

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Migrantes latinoamericanos en Madrid: percepciones y
significados sobre reproducción y sexualidad**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Itzel Magali Eguiluz Cárdenas

Directores

Joaquín Arango Vila-Belda
Sandra Treviño-Siller

Madrid, 2017



FUNDACIÓN
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN
JOSÉ ORTEGA Y GASSET

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN JOSÉ

ORTEGA Y GASSET

Programa de Doctorado

MIGRACIONES INTERNACIONALES E INTEGRACIÓN SOCIAL

Título de la Tesis Doctoral

**MIGRANTES LATINOAMERICANOS EN MADRID: PERCEPCIONES Y
SIGNIFICADOS SOBRE REPRODUCCIÓN Y SEXUALIDAD**

Doctoranda

ITZEL MAGALI EGUILUZ CÁRDENAS

Directores de tesis

DR. JOAQUÍN ARANGO VILA-BELDA

DRA. SANDRA TREVIÑO-SILLER

Madrid, 2016

Migrantes latinoamericanos en Madrid: percepciones y significados sobre reproducción y sexualidad

Tesis Doctoral

Itzel Magali Eguiluz Cárdenas

Directores:

Joaquín Arango Vila-Belda

Sandra Treviño-Siller

Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Instituto Universitario de Investigación José Ortega y Gasset

Primavera 2016

“Y al cabo de muchos años
estaban de vuelta en su tierra de origen,
y nunca habían olvidado nada.
Ni al irse, ni al estar, ni al volver:
Nunca habían olvidado nada.
Y ahora tenían dos memorias
Y tenían dos patrias”
-Eduardo Galeano

“Global health is an attitude.
It is a way of looking at the world.
It is about the universal nature of human predicament.
It is a statement about our commitment to health
as a fundamental quality of liberty and equity”
-Richard Horton

Agradecimientos

A Madrid por ser ahora parte de mí,

a Portugal por sus saudades,

a mí México utópico.

A la Universidad de Clark por su bienvenida,

al Instituto Mora abrir sus espacios,

a la Fundación Juan March por su calidez y acogida,

a la Fundación Tejerina por sus maravillosas capacitaciones,

al INSP por lo aprendido...

A todas aquellas personas que me dejaron escuchar sus historias, tan personales que no le cuentan “ni a su mejor amiga”. Gracias por su tiempo, sus palabras y sus secretos, son la esencia de este proyecto.

Joaquín Arango, Sandra Treviño, Leticia Calderón y Jeffrey Arnett gracias por sus conocimientos, por la paciencia y por todo el apoyo académico y personal que me han brindado. Ahidéé Leyva gracias por ser parte del comienzo. A Mirka Negroni, por todo lo que me enseñó y el enorme trabajo realizado por los derechos sexuales y reproductivos en su breve paso por este planeta.

Florencia gracias por compartir la mitad de todo este largo y complicado proceso de ser doctorante, por ser hoy una gran amiga. Diana Andrea por ser el grillito siempre presente. Vanessa por ser la guía y la base de una nueva ciudad, y a lo largo del camino. A Amanda por ser esa nueva amistad a la distancia que en ocasiones era poco “virtual”. Ana y Ramón por compartir tres años de complicidades inolvidables.

A Madre, Padre y Víctor porque sin ustedes hubiera sido imposible, por siempre estar, por ser una familia como la que somos.

A Carlos Candiani por pertenecer a mis realidades, a mis sueños y ser parte de mis proyectos.

Índice de contenidos

Índice de contenidos.....	9
Índice de tablas.....	11
Prefacio	13
Resumen.....	17
Abstract	23
Capítulo 1. Introducción.....	27
Objetivo.....	33
Capítulo 2. Marco Teórico.....	35
Teoría ecológica del desarrollo humano o bioecológica.....	35
Construcciones sociales dentro de la teoría ecológica	40
Género.....	43
Género y migración.....	44
Adulthood emergente	45
Sexualidad.....	54
Capítulo 3. Metodología.....	57
Diseño del estudio.....	57
Selección de los participantes	59
Recolección de datos.....	64
Proceso analítico	70
Transferibilidad y limitaciones.....	72
Capítulo 4. Resultados: primera parte.....	75
Ideales de vida: ¿grandes esperanzas?.....	76
Migración.....	78
¿Por qué migraron?	78
Migración por pareja, por amor y desamor	78
Migrar para estudiar posgrados y otras razones	80
Discriminación	83
¿Cómo hubiera sido tu vida si no hubieras migrado? Abriendo la mente.....	85
Religión: ¿en qué creen y cómo ha cambiado?	89
Capítulo 5. Resultados: segunda parte.....	97
Sexualidad y salud reproductiva	97
¿De dónde proviene la información sobre sexualidad y salud reproductiva?	98
Internet	99

Amistades o pares.....	104
Personal de la salud.....	106
Otros medios	108
Educación sexual formal: escuela	110
Educación sexual en casa	117
Prácticas sexuales, uso de condón y otros anticonceptivos.....	122
Aquella primera vez	125
Embarazo, presente y futuro.....	129
Sexo oral: “Sólo porque ya estaba ahí”	133
Sexo anal: “De esto hablo sólo con mi mejor amiga”	139
Uso de anticonceptivos: ¿con quién, por qué, cuándo y en dónde?	143
Condón	144
El retiro o “coitus interruptus”	147
Las pastillas anticonceptivas	150
Pastillas anticonceptivas de emergencia.....	153
Doble protección	157
Anticonceptivos y sus relaciones con la migración.....	159
Infecciones de transmisión sexual y su relación con los anticonceptivos.....	163
Sífilis	167
Virus del Papiloma Humano	169
Otros temas de salud sexual y reproductiva.....	173
Acceso a la salud.....	173
Cáncer de mama	176
Cáncer de próstata.....	180
Aborto	181
¿Qué es lo que piensan, saben y dicen?.....	184
Sexualidad y migración.....	188
Capítulo 6. Reflexiones finales y recomendaciones para políticas públicas.....	193
Comunicación	193
Educación sexual.....	195
Anticoncepción e ITS.....	196
Acceso a la salud.....	196
Anexos.....	225
<i>Anexo A.</i>	225

<i>Anexo B.</i>	229
<i>Anexo C.</i>	231
<i>Anexo D.</i>	233
<i>Anexo E.</i>	235
<i>Anexo F.</i>	237

Índice de tablas

Tabla 1.....	32
Tabla 2.....	61
Tabla 3.....	68
Tabla 4.....	74

Prefacio

*El prólogo, cuando son propicios los astros,
no es una forma subalterna del brindis;
es una especie lateral de la crítica.*

-J.L. Borges, Prólogos con un prólogo de prólogos

En el proceso de escritura de esta tesis me encontré con uno de los temas que más me ha apasionado: la adultez emergente. Estoy segura que a raíz de este largo proceso de tesis surgirán nuevos proyectos en los cuales procuraré seguir el camino de conocer más sobre las posibilidades de esta, aún, reciente teoría con la que me siento identificada tanto de forma personal, debido que durante cierto de tiempo de este proceso me consideré parte del grupo que estudiaba, como de forma académica, debido al interés que despierta en mí esta etapa de cambios, procesos y comienzos en la vida de cualquier persona.

Me parece que debo considerar compartir, con quien me lee, que no sólo me consideré como una adulta emergente durante este proceso, sino también como una migrante internacional con muchas de las características que buscaba en las personas a las que entrevisté. Esto lo tuve en cuenta durante el proceso de investigación y sé que ser objetiva durante el proceso fue posible con los datos y los resultados obtenidos, sin embargo hay aspectos en los que soy parte de ese grupo de personas que cambian, que viajan, que buscan y que espero encuentren. El ser una *insider* me proporcionó la facilidad de tener mayor empatía al realizar las entrevistas, base para este proyecto, sin embargo también debí de considerar la objetividad en el análisis con cada frase y comentario que encontraba a lo largo del proceso, sobre todo al abordar muchas temáticas sensibles en torno a la sexualidad.

Traté utilizar un lenguaje con perspectiva de género a largo del texto, sin embargo me disculpo porque en ocasiones era complicado mantener la fluidez del mismo y utilicé el genérico masculino, que hemos venido utilizando a través de la historia de este rico idioma, el español. En la medida de lo posible están escritas las palabras de forma

incluyente y siempre considerando la importancia que tiene el que nuestras acciones se reflejen en nuestras vidas diarias.

Dicen por ahí que siempre tuve claro hacer una maestría y un doctorado, y lo que pueda seguir, sin embargo, el tema no estuvo claro desde el principio. La idea de unir mis estudios de maestría en ciencias de la salud con especialidad en salud reproductiva y mi licenciatura en relaciones internacionales, ya me había llevado por la integración de sexualidad y migración. Sin embargo, quería algo nuevo, pretendía, espero haberlo logrado al menos en parte, explorar otras migraciones, esas que a veces se olvida que existen; debido, es cierto, a los grandes riesgos y vulnerabilidades que implican las otras, las irregulares, las del camino del tren y el desierto. Cuando escribí el protocolo del proyecto explorar y conversar con personas de cuatro diferentes países siempre pareció una gran idea, sin embargo no consideré muchas de las dificultades que esto traería consigo.

Las migraciones internacionales se encuentran en un momento crítico debido a la situación social que se vive en diferentes zonas del planeta; condiciones económicas y sociales críticas, la falta de seguridad y la guerra impulsan los ideales de una vida mejor en un sitio distinto. No sólo son estas nuevas condiciones que propician la migración, sino que los nuevos contextos que se generan debido a la globalización, de prácticamente todas las sociedades del mundo debido a las tecnologías de la información y a la creciente facilidad para la movilidad internacional que existe desde hace décadas, facilitan la formación de nuevos actores migrantes. En este caso, adultos emergentes que migran o migrantes que confirman que pueden vivir una etapa del desarrollo llamada adultez emergente.

Al mismo tiempo, la sexualidad se transforma, los discursos son cada vez más poderosos y las sociedades se adaptan a las nuevas propuestas. Las conversaciones sobre sexualidad con personas de origen latino, dicen, no son sencillas de realizar. Para mí fue un proceso de conocimiento y mediante este trabajo demuestro que se puede entrevistar a hombres y a mujeres latinas sobre sus vidas sexuales, sobre su infancia y su proceso migrante. Las personas comparten y te cuentan aquello que, según sus palabras, “no le han dicho ni a su mejor amiga”. Por ello, la mayor parte de la autoría de esta tesis son las palabras de quienes conversaron conmigo, café de por medio.

Agradezco a cada una de las personas que contaron su historia. Comparto, también, la oportunidad que brinda vivir en otro país distinto al de origen cuando se es condiciones privilegiadas como las que me tocó vivir, similares a las que vivieron muchas de las

personas que conforman esta investigación. Estas condiciones privilegiadas no evaden los riesgos y algunas vulnerabilidades. Sin embargo, siempre debemos ver al otro y a la otra, en estos momentos de violencia, inseguridad e inestabilidad que viven México y gran parte del mundo. No nos olvidemos de las muchas personas migrantes que han muerto en su tránsito hacia Estados Unidos, Europa y otros espacios huyendo de la guerra y la violencia, buscando una nueva oportunidad, de aquellas personas que han muerto por atentados justificados en las religiones, de las personas desaparecidas y de las mujeres que son asesinadas a diario por la violencia de género. Sobre todo, no nos permitamos pensar que la violencia es normal, la violencia no es normal y todas las personas tenemos derecho a vivir en paz y a buscar el sitio que nos brinde esa seguridad de caminar por la calle, libres, viendo florecer los cerezos.

Resumen

Migrantes latinoamericanos en Madrid: percepciones y significados sobre reproducción y sexualidad

El grupo de población de entre 15 y 30 años de edad representa un tercio de los migrantes internacionales en el mundo y es el más globalizado, en parte debido a las redes virtuales. La investigación sobre la salud de este grupo, especialmente sobre su salud sexual y reproductiva en virtud de los procesos globalizados, es relevante, ya que de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) hay 27 millones de jóvenes inmigrantes EN el mundo de entre 15 y 24 años de edad (OIT, 2013). Las personas jóvenes migrantes son un grupo heterogéneo que requiere la investigación de sus particularidades para comprender sus actitudes y percepciones acerca de los diversos contextos en los que se insertan.

La migración debe entenderse como un proceso multidisciplinario en el que la política, la sociología y la antropología, integran a las ciencias de la salud y a la psicología. Estas ciencias contribuyen a generar un conocimiento más detallado de las microestructuras y las macroestructuras durante el proceso migratorio, origen, destino y tránsito.

El tema de la sexualidad de los migrantes regulares latinoamericanos en Europa ha sido escasamente abordado por los investigadores. Conocemos la importancia de los estudios sobre migración y sexualidad en poblaciones irregulares debido a los riesgos y la vulnerabilidad a los que están expuestas, sin embargo cabe preguntarse acerca de lo que está ocurriendo con las personas migrantes regulares que encajan en la categoría de adultos emergentes, los que están emigrando para asistir a la universidad o a cursar un posgrado, las que han estado viviendo en la casa de sus padres hasta el momento de la migración o que viajan como parte de una aventura de vida, por ejemplo. Estas personas en su mayoría no están casadas y no tienen hijos, su perspectiva desde la adultez emergente es diversa.

Este estudio es una investigación cualitativa que incluye entrevistas a 32 inmigrantes que vivían en Madrid y provienen de cuatro países diferentes: Argentina, Bolivia, Ecuador y México. Entrevisté a hombres y mujeres que tenían entre 22 y 31 años de edad. Todos ellos

tenían un estatus migratorio regular y vivían en Madrid, al menos tenían en esa ciudad seis meses al momento de la entrevista.

El diseño cualitativo se basa en la filosofía construccionismo social, de forma más específica en la construcción social de la realidad, que está delineada por el enfoque interpretativo / constructivo en el que el objetivo es describir e interpretar los datos. Los principales exponentes de la teoría de la construcción de la realidad son Peter Berger y Thomas Luckman; proponen que la realidad es creada por las concepciones sociales. Allí, la realidad externa se construye a través de los temas que forman parte de ella.

Las personas participantes fueron seleccionadas a través de un muestreo en propósito, también conocido como un muestreo simple o por criterios. Este tipo de muestreo se utiliza cuando sólo los participantes seleccionados pueden proporcionar la información necesaria para responder a las preguntas y objetivos, de acuerdo a los criterios de inclusión. El uso de una muestra teórica me permitió añadir los criterios de estudiante, debido a la inclusión de la teoría de la adultez emergente, que se hizo a raíz de la lectura de las primeras entrevistas; aunque no es un criterio restrictivo, es deseable. A continuación, y siguiendo la pauta creada a través de los criterios de inclusión, se desarrolló un muestreo por cuotas, o el muestreo estratificado. Este tipo de muestreo incluye subgrupos y contribuye a la homogeneización y la comparación. También, es una herramienta muy útil para proponer un número inicial de participantes al comienzo de la investigación. Por último, utilicé la técnica de bola de nieve que, que como se explica Teddlie, es un tipo de muestreo secuencial que en un principio fue utilizado por Glaser y Strauss. Bola de nieve es una técnica que también se denomina muestreo en cadena, debido a que los participantes son enlaces, que se unen entre sí a fin de crear eslabones. Generalmente se utiliza en las poblaciones que son difíciles de alcanzar y para buscar una saturación teórica de la muestra. Los criterios de inclusión fueron: edad, país de origen, sexo, tiempo viviendo en España y el estatus migratorio.

Las entrevistas en profundidad son una técnica cualitativa para la recolección de datos. Hay varios tipos de entrevistas, la entrevista clásica en profundidad, entrevista en múltiples sesiones, entrevistas semiestructuradas, de una sola sesión, y la entrevista estructurada con preguntas cerradas. Según Teddlie, todos los casos el fin de la entrevista es conocer de forma personal y cara a cara con el entrevistador “las perspectivas que tienen los

informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”.

Para desarrollar el análisis se utilizó Nvivo 8. Se utilizaron códigos y subcódigos, que según dice Bradley et al., son etiquetas asignadas a un documento, o parte de él, para catalogar los conceptos clave, preservando el contexto. Estos códigos fueron útiles para desarrollar datos sistematizados y definidos, así como para relacionar con conceptos. Los códigos, deductivos o inductivos, deben ser claros y refinados, como los subcódigos que se realizan de acuerdo a una codificación axial.

El marco teórico de esta investigación se basa en la teoría ecológica del desarrollo, que será utilizada como la base para el análisis (junto con la construcción social y la teoría de género). La teoría ecológica no se prueba en esta investigación; se limita a ser un factor de organización de la misma. El guión de la entrevista trató de incluir todos los sistemas ecológicos, que aborda la teoría, y sus probables relaciones, a través de diferentes temas, que corresponden a uno o más sistemas.

La teoría de la adultez emergente explora el período de la vida que abarca entre los 18 y 29 años de edad. En este período de vida la persona se encuentra en un proceso de adaptación y búsqueda. La teoría fue creada a partir de las estadísticas y experiencias de los jóvenes que viven en los países desarrollados. Básicamente en los Estados Unidos, debido a las oportunidades económicas, sociales y culturales que tienen los jóvenes después de la adolescencia en esos países. El patrón socio demográfico del cual proviene la teoría se limita a unos pocos países, en la actualidad se considera que se debe realizar nueva investigación que incluya esta nueva realidad en otros contextos (Jensen y Arnett, 2012). Hay algunas experiencias de investigación en países en desarrollo, como en Argentina (Facio y Micocci, 2003). Las características sociodemográficas, las ideas y percepciones en este estudio conducen a la discusión acerca de la inclusión del proyecto en el grupo de estudio sobre adultos emergentes.

Objetivos

- Conocer y analizar los comportamientos sexuales y reproductivos antes y después de la migración, tomando en cuenta los contextos ecológicos (teoría ecológica del desarrollo).

- Analizar si el proceso migratorio trastoca ámbitos de la sexualidad de los participantes como prácticas sexuales, embarazo, ITS, VIH, aborto, prevención en salud, uso de condón y anticonceptivos.
- Identificar las características propias de la adultez emergente en los participantes y su relación con la sexualidad y la reproducción.

Los resultados se dividen en dos secciones acerca de los ideales de vida y la migración, y por otro lado sobre sexualidades. La vida y la migración contienen secciones en las que se desarrollan preguntas sobre porque migran, cuáles son sus ideales en la vida, la religión y la discriminación. En la sección sobre las sexualidades se contienen temáticas sobre prácticas sexuales, uso de anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, salud de las mujeres y de los hombres (cáncer de mama y cáncer de próstata).

El análisis de los datos pone en relieve diversas necesidades sobre salud sexual y reproductiva en este grupo de personas migrantes. Una serie de temas que muestran la falta de acceso a condones u otros métodos de protección contra las infecciones de transmisión sexual durante las diversas prácticas sexuales, como el sexo oral. Un tema emergente y recurrente fue que ni los hombres, ni las mujeres tienen la idea de usar condones, protectores dentales u otras barreras de látex durante la práctica del sexo oral. Algunas personas incluso no sabían acerca de la práctica del sexo oral hasta que emigraron.

Una relación formal está relacionada con los planes futuros para la pareja, pero sobre todo se refiere a que cohabitan, en la mayoría de los casos no está relacionada con la duración de la relación. Algunos de las personas que cohabitan, argumentan que es probable que no vivieran con una pareja en sus países de origen, sobre todo debido al control social de la familia. El sexo casual, no es una práctica común, y muy pocos declaran la práctica.

El análisis de los datos muestra que en la mayoría de las personas disminuyeron sus creencias religiosas durante la adultez emergente, incluso en aquellos participantes que tenían una educación muy religiosa en el hogar o en la escuela.

La adultez emergente en Latinoamérica se debe estudiar con mayor apertura en los diversos países que implican distintas características psicosociales y económicas, es decir macrosistémicas. Se muestra que existen inmigrantes latinoamericanos en España que viven la etapa de la adultez emergente a través de un proceso migratorio. Ambos factores deben ser analizados en un contexto específico y conjunto en futuras investigaciones, con

el fin de confirmar la relación entre ambas. Este estudio contribuye a llenar el vacío que existe sobre salud sexual, migración y adultos emergentes.

Abstract

Latin American immigrants in Madrid: Perceptions and meanings on sexual and reproductive health

The population group, between 15 to 30 years old, represent a third of international migrants worldwide and it is the most globalized one due to the virtual networks, therefore the study of their health is relevant, specially their sexual and reproductive health under the globalize processes. According to the International Labour Organization (ILO) there are 27 million of young immigrants around the world between 15 to 24 years old (OIT, 2013). Young migrants are a heterogeneous group who require the research of their particularities in order to understand their attitudes and perceptions about the diverse systems around them.

Migration should be understood under a multidisciplinary process in which Politics, Sociology, and Anthropology, have to consider integrating in a more in depth way health and psychology. These sciences contribute to generate a more detailed knowledge of the microstructures and the macrostructures during the migratory process, origin, destiny and transit.

Regular Latin American immigrant's sexuality in Europe has been rarely addressed by researchers. Even the known importance of irregular migration sexuality studies because of the risks and vulnerability to which they are exposed, we should ask ourselves about what is happening with those regular migrants that fit into the emerging adult category, those who are emigrating to pursue college or postgraduate courses, those who have been living in their parent's home until migration, and that in most cases are not married, and do not have children.

This study is a qualitative research that includes interviews to 32 immigrants living in Madrid from four different nationalities: Argentina, Bolivia, Ecuador and Mexico. I interviewed, both, men and women between from 22 to 30 years old. All of them had a regular migratory status and lived in Madrid at least for six months at the time of the interview.

Due to the kind of research questions proposed I selected a qualitative method in which the questions are exploratory, the general objective is not probe theory or hypothesis it, but generate them. The few or none research realized about the sexuality of Latin American emerging adulthoods with a regular migratory status living in Madrid, Spain, requires the generation of new questions and theory.

The qualitative design is based in social constructionism philosophy, more specific in the social construction of reality, which is delineated by interpretative/constructive focus in which the objective is to describe and interpret data. The main exponents of the construction of reality theory are Peter Berger y Thomas Luckman; they propose that reality is created by social conceptions. There the external reality is constructed through the subjects who form part of it.

Participants were selected through an in purpose sampling also known as a simple by criteria. This kind of sampling is use when only the selected participants can provide the information to answer the questions and objectives, in accord to the inclusion criteria. The use of a theoretical sample allowed me to add the student criteria along the simple, due to the inclusion of the emerging adulthood theory, which was done in behalf of the reading of the first interviews, although it is not a restrictive criteria, it is not necessary, but is desire. Then, and following the guideline created through inclusion criteria, it was developed a quota sampling, or stratified sampling. This kind of sampling that includes subgroups contributes to the homogenization and comparison; also it is a very helpful tool to propose an initial number of participants at the beginning of the research. Finally, I use the snowballing technique that, which as Teddlie explains, is a sequential kind of sampling that initially was used by Glaser y Strauss. Snowballing technique is also called in chain sampling, because the participants or sites are links, that joins together in order to create the final simple, it is generally use to search populations that are difficult to reach, and to search a theoretical saturation of the sample. The inclusion criteria of the simple were: age, country of origin, sex, time living in Spain and migratory status.

In-depth interviews are a qualitative technique for data recollection. There are multiple kinds of interviews as the classic in-depth interview, multiple sessions, semi-structured interviews, only one session, and the structured with closed questions. In all cases the objective of the interview is get to know in a personal way and face to face with the

interviewer “the perspectives that the participants has about their own lives, experiences or different situations, while they explain in their own words”.

To develop the analysis it was use *Nvivo 8*. Codes, says Bradley *et al.*, are labels assigned to a document, or part of it, to catalogue the key concepts, preserving the context. These codes are useful to systematized and identified data, develop and relate it to concepts. Codes, deductive or inductive, should be clear and refined, as sub-codes, this according to an axial codification.

The theoretical framework of this research relays under the Socio Ecological Theory of Development, which will be used as the base for the analysis (along with the social construction and gender theories). The Ecological Theory would not be probed in this research; it is limited to be an organizing factor of it. The interview guide tried to include all the systems in the theory, and their probable relations through different issues, which will correspond to one or more systems. However, even the theory would not define the study, it contributes to the design.

The Emerging adulthood theory explores the period in life that goes between the 18 and 29 years old. In this period of time the person find itself in a process of adaptations and search. The theory was created from statistics and experiences of young people living in developed countries. Basically in the United States, because of the economic, social, and cultural opportunities that young people have after adolescence in those countries. The socio demographic pattern from which the theory comes from was limited to few countries, nowadays is considered that research that includes this new realities in other contexts should be done (Jensen y Arnett, 2012). There are some research experiences in developing countries as Argentina (Facio y Micocci, 2003). The socio demographic characteristics, ideas and perceptions in this study, lead to the discussion about its inclusion in the emerging adults group.

Objectives

- Analyze sexual and reproductive health behaviors before and after migration, under the ecological contexts (ecological theory of development).
- Analyze whether the migration process affects the participants sexuality and reproductions as sex, pregnancy, STIs, HIV, abortion, health prevention, condom use and contraception.

- Identify the characteristics of emerging adulthood in participants and their relation to sexuality and reproduction.

Findings are divided in two sections life and migration, and sexualities. Life and migration contains why they migrate, which are their ideals in life, religion and discrimination. The section about sexualities contains sexual practices, contraceptives use, sexually transmitted infections, and women and men health (breast and prostate cancer).

The analysis of data highlights a range of themes showing the lack of condoms or other methods for STI's protection during oral sex. A recurrent emerging theme was that neither men nor women have the idea of using condoms, dental dams or other latex square barriers during oral sex. Few women said they perform oral sex with condom, but only because it was already in the penis. Participants' doesn't know about the existence of dental dams or other latex square barriers for women oral sex, except one that worked in a sex shop. Few of them didn't know about oral sex practice until they emigrate.

There is a non- homogeneous classification for partners. A formal relationship is related with future plans for the couple, but mostly relates to cohabitating, in most of the cases it is not related to the duration of the relationship. Some of those who are cohabitating argue that they haven't been living with a partner in their origin countries if they haven't married, mostly because of their families judgment. Hook up is not a common practice, and very few declare to practices it. Data analysis highlighted a range of themes about sexual practices, showing that vaginal intercourse is the most practiced and that has been the first sexual experience for most of them. A recurrent emerging theme was that they had their first sexual intercourse with a person they knew before; it never was during a hook-up.

Most of them diminish their religious believes during their emerging adulthood life, even those participants who had a very religious education at home or school.

This research highlights the participants' sexual and reproductive lives integrating with migration and emerging adulthood. It also emphasizes that, even some of them know about the possibility of transmission of STI's, it would be necessary to increase complete, real and scientific information for these groups about sex risk practices as oral and anal sex without protection. Countries of origin should increase information in their sexual education programs. Receiving countries should pay attention to promote more data to general population

Capítulo 1. Introducción

En el mundo, la población migrante se conforma en su mayoría por personas de entre 18 y 29 años de edad; 27 millones de personas de entre 15 y 24 años eran migrantes en el año 2010. El número de hombres y mujeres jóvenes que migran a nivel mundial es similar. Las razones de este grupo de población para migrar son diversas, según Naciones Unidas las principales razones son las siguientes: migrar para estudiar, por amor o para comenzar a trabajar (UN, 2011). Por ejemplo, en 2008, 2,8 millones de jóvenes migraban para realizar estudios de tercer nivel: el porcentaje de personas que están estudiando en países en vías de desarrollo ha aumentado de forma considerable (UN, 2011).

Las personas migrantes de América Latina fueron, en 2013, el segundo grupo migrante más grande del mundo (Cortés, Mondó y Betrisey, 2015), mientras que Europa es el continente al que migra mayor número de personas. Del mismo modo, el continente europeo recibe a la mitad de estos migrantes por estudios. En 2007, las personas jóvenes inmigrantes en España eran 1, 342, 830, siendo aproximadamente el 30 por ciento de los extranjeros del padrón español (INE, 2009). Respecto al sexo de los migrantes jóvenes latinoamericanos se observa una clara feminización de la migración alcanzando hasta 58 por ciento en las bolivianas y un 54,8 por ciento de colombianas (INE, 2009).

La inequidad en los movimientos de población y la propagación de enfermedades son características que hacen a la migración importante para la salud (Moya y Uribe, 2006). Sin embargo, la salud migratoria no se coloca en el plano académico internacional hasta mediados de la década de los años 50 (IOM, s.f.), cuando se daba prioridad a evitar la transmisión de enfermedades debido a la movilidad de las poblaciones. La salud migratoria se inserta en el campo de la salud global y se define como “un campo especializado de las ciencias de la salud que trata los problemas de salud individuales de los migrantes, así como los asuntos de salud pública relacionados con el desplazamiento migratorio de personas” (IOM, s.f.).

Hoy la salud migratoria no sólo se debe enfocar en evitar la propagación de enfermedades, sino en que los migrantes tengan una mejor calidad de vida. Hoy la definición de salud migratoria debería de contemplar, como lo hacen otras definiciones sobre salud, no sólo los problemas y las enfermedades, sino el completo bienestar de la persona.

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) es necesario entender las creencias de salud y perfiles de los migrantes, así como brindarles “acceso a servicios de salud culturalmente adecuados” (IOM, s.f.) para que puedan acceder a un mejor nivel de salud. Es importante que al organizar y prestar servicios de salud (sistemas de salud), se tenga presente el factor cultural y se sepa que las necesidades de los migrantes no son siempre atendidas de la mejor manera. Dentro de la organización de sistemas de salud internacionales o de apoyo entre sistemas de salud nacionales, se debe conocer el estado de salud de la persona antes y después del proceso de movilidad.

De acuerdo a la Organización Internacional para las Migraciones (IOM, s.f.) las personas migrantes tienen derecho a la salud reproductiva, a condiciones saludables de trabajo y vida, así como a recibir educación sexual y reproductiva. Por otro lado, las personas que migran tienen el derecho a asistencia médica, la cual debe de ser asequible y accesible no importando la condición migratoria. Todos estos derechos contemplan las relaciones de género.

En especial el campo de la salud sexual y reproductiva tiene determinantes e impactos diversos en las personas migrantes. Se han estudiado tanto sus vulnerabilidades como sus riesgos específicos, debido a diversos determinantes como la movilidad, la falta de oferta de servicios de salud, la violencia, la violación a sus derechos humanos y reproductivos.

En el campo de la salud sexual y reproductiva existen diversas vertientes que se incluyen en la salud migratoria como las enfermedades infecciones que incluyen al VIH y otras infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados o el acceso a anticonceptivos, así como la interrupción segura del embarazo o la prevención de los diversos cánceres relacionados, cáncer de mama, próstata o cérvico uterino.

La salud sexual y reproductiva debe de comprenderse como un concepto atemporal, cada etapa de la vida contempla diversos aspectos de la vida sexual y reproductiva de las personas. Aunque es cierto que la juventud es la etapa de la vida en la que se comienza vivir la sexualidad de forma más compleja.

La juventud se define de diversas formas alrededor del mundo, puede estar delimitada por el término de la niñez, por la etapa reproductiva, por ser legalmente un adulto, por poder decidir sobre la vida sexual o incluso, en algunos sitios, por el servicio militar. El significado de juventud, como una categoría histórico-cultural, en sus diferentes versiones, se ha discutido teóricamente por diversos autores y desde distintas ramas del conocimiento. Este concepto ha cambiado con el tiempo y de forma reciente*, en el año 2000, Jeffrey Arnett comenzó a desarrollar la teoría de la adultez emergente que da forma a la población que participa en esta investigación.

Las personas migrantes tienen determinantes individuales y sociales específicos que pueden resultar en comportamientos de riesgo sexuales específicos, como: género, etnicidad, estatus económico, educación, uso de condón, parejas sexuales, entre otras (Holmes, Sparling, Mardh, *et al.*, 1999). Aunado a ello, se sabe que existe una asociación entre el hecho de migrar y cambios en el comportamiento de los migrantes. Bronfman y Minello en *Sida en México, migración, adolescencia y género* (1998), muestran claramente la asociación entre la migración y la modificación en el comportamiento sexual al encontrar aumento en la participación en sexo comercial, prácticas como sexo anal y sexo oral, sexo entre hombres sin identidad homosexual y la diversidad de parejas, y que a su vez estos cambios favorecen el riesgo de infección por VIH. A su vez, Barclay (2005) reportó que existían múltiples comportamientos de riesgo en las poblaciones migrantes uso ilegal de drogas, sexo sin protección, sexo comercial. Estos estudios fueron realizados en su mayoría con hombres adultos migrantes entre México y los Estados Unidos, las características sociodemográficas de este grupo migrantes distan de aquellas personas que contribuyen a esta investigación, sin embargo son relevantes para poder realizar futuras relaciones de sus comportamientos y vivencias de acuerdo a las características poblacionales.

Sobre los comportamientos sexuales y reproductivos las personas jóvenes inmigrantes en España tienen comportamientos de riesgo, al igual que en otros países del mundo. Por ejemplo, tanto hombres como mujeres declaran más de cuatro parejas sexuales en el último año y el 53 por ciento de los jóvenes extranjeros en España son solteros (INE, 2009). Por

* Concepto de adolescencia Erik Erikson. Para más profundidad sobre la adolescencia se recomienda revisar el libro "Sociedad y adolescencia" escrito en 1995 por Erikson, en el que desarrolla la temática a través de ensayos sobre la identidad en la juventud, centrándose en lo descrito como adolescencia.

otro lado, en el año 2003 la natalidad de las mujeres inmigrantes en la Comunidad de Madrid fue más del doble que la de las españolas (Llácer, Morales, Castillo, *et al.*, 2006). Estos datos sólo serían similares a los que presentan las personas de población general en Bolivia, para las mujeres bolivianas la tasa de fecundidad se encuentra en 2,97 hijos por mujer. Por ello es de vital importancia tomar con precaución los datos que se presentan para “inmigrantes”, “población inmigrante”, o “mujeres inmigrantes”, ya que por lo general los datos no se encuentran desagregados por edad o país de origen.

Respecto al VIH/sida el 35 por ciento de los nuevos diagnósticos en el año 2007 fue en población extranjera, siendo el 14 por ciento sudamericanos y casi la mitad de la transmisión por contacto sexual y en relaciones heterosexuales. Las mujeres extranjeras diagnosticadas tienen un promedio de edad de 28,6 años, frente los 33 años promedio de las españolas. Estos datos representan una epidemia distinta a la que se presenta en los países de origen de los participantes, ya que en los cuatro países se encuentra una epidemia concentrada.

El número de abortos entre las mujeres migrantes es elevado, entre 40 a 50 por ciento de los abortos practicados en España son en este grupo de población (Sanidad, 2008). Según datos de la Asociación de Clínicas autorizadas para realizar el IVE en España (ACAI) el 54 por ciento de las mujeres que abortan en el país son americanas (Acai, 2006b). En el mismo estudio se preguntó a las mujeres migrantes por qué no acudían a los centros de salud, la mayoría respondió que no era una prioridad y que no conocían los servicios. Las ecuatorianas, colombianas y bolivianas son el mayor porcentaje de la muestra, que incluye migrantes de cualquier nacionalidad. En un estudio cualitativo con personal de salud que atiende a mujeres migrantes en España se indica que las mujeres latinas que acuden a los servicios para realizarse un aborto en su mayoría son ecuatorianas y colombianas de aproximadamente 25 años (Llácer, Morales, *et al.*, 2006).

Los datos reportados para la transmisión del VIH, la realización de abortos y otros en la población migrante en España nos permite tener claras las condiciones de riesgo y vulnerabilidad en la que se encuentra este grupo de población. Los programas específicos de salud, educativos y preventivos, tanto en España como en los países de origen son fundamentales para mejorar las condiciones de salud y de la vida en general de las personas migrantes.

La salud sexual y reproductiva de los migrantes debe ser prioritaria para todos los países involucrados debido a las consecuencias que puede tener para la salud pública de los grupos involucrados, de la sociedad receptora y de origen y por ser un derecho humano, que tiene implicaciones sociales y económicas para la salud global. Sin embargo, la mayor parte de los datos presentados son datos de población general, migrantes regulares e irregulares, y sin diferenciar en la mayoría de los casos por edades o nivel de escolaridad, tampoco se presentan diferencias por actividad principal en España o en su país de origen.

Estas características que son relevantes para considerar la etapa de la adultez emergente como etapa del desarrollo se tienen presentes en esta investigación y por ello se espera que la población estudiada tenga características distintas a las presentadas para la generalidad de su población migrante. La importancia de considerar estos factores en los diversos estudios denota que las poblaciones migrantes provenientes de una zona geográfica o de un país no necesariamente tendrán las mismas características sólo por migrar procedentes de ellas. En sí las transiciones ecológicas, entendidas dentro de la teoría ecológica del desarrollo como el cambio de rol de la persona, es decir como el: “conjunto de actividades y relaciones que se esperan de una persona que ocupa una posición determinada en la sociedad, y en las que se esperan de los demás en relación con aquella” (Bronfenbrenner, 1979 p.107), dadas dentro de los contextos migrantes son la base para comprender las transiciones y posibles cambios que se presentan en las personas jóvenes al migrar.

De acuerdo a lo observado y en la necesidad de minimizar las diferencias en la población y reducir las características de inclusión se eligió trabajar con cuatro países latinoamericanos: Argentina, Bolivia, Ecuador y México. Los países eligieron de forma que existieran dos países con alto número de población migrante en España y dos países con población media o baja. Ecuador y Bolivia, comparten dentro de las características generales de población el importante número de personas migrantes en España, que les sitúan en los primeros cinco lugares en números totales. Mientras que Argentina tiene una inmigración media en España y México baja, de acuerdo al número total de inmigrantes en el país.

Por otro lado, los países también cuentan con características similares sobre sexualidad y reproducción. Bolivia y Ecuador comparten altas tasas de fecundidad[†] y bajo uso de métodos anticonceptivos. Mientras que Argentina y México comparten bajas tasas de fecundidad y uso extendido de métodos anticonceptivos (Ver tabla 1)

Tabla 1. Datos sobre salud sexual y reproductiva

	Argentina	Bolivia	Ecuador	México	España
Tasa de fecundidad	2,19	2,97	2,42	2.0	1,43
Uso de AC	90 %*	1,6 %**	13,5 %***	50 % ****	95 %*****
Prevalencia VIH	0,4	0,2*****	0,4	0,24	0,4

*Primera relación sexual, personas de entre 14 y 17 años de edad

** Uso en personas de entre 15 y 19 años de edad

***Uso en mujeres de entre 15 y 24 años de edad

****Uso en la primera relación sexual en personas de entre 12 y 19 años

***** Uso mujeres jóvenes

*****Esta prevalencia es discutida, debido a falta de control en las estadísticas y pruebas de tamizaje ("Womens reproductive rights in bolivia: A shadow report," 2001).

La salud migratoria en su finalidad de encontrar el completo bienestar de la persona contemplará la relación entre salud sexual y reproductiva y la migración. Esta relación lleva a preguntarse, ¿es posible que la persona migrante alcance un estado de bienestar en las diversas condiciones que implica la salud sexual y reproductiva? Si bien es cierto que cada persona migrante tiene diferentes características y cualidades que le ubican en diversos niveles de salud, migrar en un primer momento nos ubica en un ámbito geográfico y cultural distinto al original. Este cambio básico conduce a un proceso de adaptación que corresponderá a lo físico, mental y social, así como a lo económico y cultural.

Los diferentes tipos de grupos poblacionales tienen diversas construcciones sociales sobre los roles que se destinan a cada grupo etario y sexo, esto varía entre épocas y geografías. Del mismo modo las diversas características de una población, como el género, el estatus

[†] Las tasas de fecundidad deberán de leerse con cuidado debido a los diversos medios y factores que pueden modificar estos datos nacionales de acuerdo a las poblaciones internas. Sobre todo cuando se utilicen poblaciones como la de este tipo estudio con características muy específicas.

migratorio, país o comunidad de origen, conforman su cultura, en el amplio sentido de la palabra, y contribuyen a formar sus percepciones y prácticas sexuales.

Entonces, ¿cuáles son estas diferencias en las prácticas, las percepciones y los significados sobre sexualidad y salud reproductiva?; ¿cómo influyen los factores religiosos y culturales de origen y destino en su sexualidad y reproducción?; ¿cuáles son las principales barreras a las que se enfrentan estas personas jóvenes migrantes para tener salud reproductiva y salud sexual?

Este estudio pretende ayudar a cubrir los vacíos que se encuentran la literatura sobre la salud sexual y reproductiva de las personas migrantes latinoamericanas jóvenes en Madrid, así como las posibles transformaciones de sus prácticas y percepciones sobre la sexualidad. En esta investigación se toman en cuenta los riesgos y las vulnerabilidades de los participantes. Debido a las condiciones específicas del grupo, se esperaría que fuera menor su vulnerabilidad por su condición de migrantes regulares que la de otros grupos (personas migrantes irregulares, personas refugiadas o migrantes por razones políticas). Sin embargo, se busca explorar y analizar cuáles son los riesgos o vulnerabilidades a los que estas personas se enfrentan, tanto por sus condiciones actuales como por sus historias de vida.

Es necesario contemplar las historias de vida de las personas migrantes relacionadas a los procesos de salud. Comprender cómo las construcciones sociales y los ambientes ecológicos, entendidos como los contextos que influyen y vive una persona, pueden determinar las condiciones y comportamientos actuales de las personas. Para ello, se eligió un enfoque cualitativo en el que se realizaron entrevistas como principal método de recolección de datos.

De acuerdo a lo anterior, se plantean los siguientes objetivos para esta investigación:

Objetivo

Analizar las percepciones y los significados sobre salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres migrantes latinoamericanos (Argentina, Bolivia, Ecuador y México) que viven la adultez emergente en Madrid.

Los objetivos específicos del estudio son los siguientes:

- Conocer y analizar los comportamientos sexuales y reproductivos antes y después de la migración, tomando en cuenta los contextos ecológicos (teoría ecológica del desarrollo).
- Analizar si el proceso migratorio trastoca ámbitos de la sexualidad de los participantes como prácticas sexuales, embarazo, ITS, VIH, aborto, prevención en salud, uso de condón y anticonceptivos.
- Identificar las características propias de la adultez emergente en los participantes y su relación con la sexualidad y la reproducción.

La presente investigación se ha organizado en siete apartados y una serie de anexos. En este capítulo se incluye una introducción que nos permite una primera mirada a los temas que forman la investigación y conocer el porqué de la misma. A continuación, se encuentra la sección que contiene al marco teórico. En ella se incluyen las aproximaciones a las diversas teorías en las que se basa este proyecto, así como los conceptos teóricos relevantes para el correcto entendimiento del proceso de recolección y análisis de los datos: la adultez emergente, la teoría ecológica del desarrollo, el género y la sexualidad. Posterior a ello, se explica con detalle la metodología utilizada: en ella se muestra con detalle la recolección de datos, la forma en la que localizaron y reclutaron las personas que participaron en las entrevistas. También se muestran los datos sociodemográficos de las personas participantes.

Después, se presentan los resultados en dos secciones y una aproximación a la discusión de los mismos. Los resultados se encuentran divididos en una primera parte que se enfoca en la migración y los motivos del viaje, en la religión con respecto a la adultez emergente y la migración. En la segunda parte de los resultados se presentan los temas sobre sexualidad, considerando las prácticas e historias sexuales, la salud reproductiva, así como los procesos y normas que pueden afectar la vivencia de la misma. Los resultados se muestran a través de las historias de vida que surgieron de las conversaciones con quienes viven la adultez emergente durante su proceso como inmigrantes en Madrid. En la última parte de la investigación se incluyen dos secciones, un breve recuento de las recomendaciones para la política pública y las reflexiones finales, que se incluyen a modo de conclusión de los resultados más relevantes que se encontraron en este proyecto.

Capítulo 2. Marco Teórico

*Todo ha sido pensado antes,
Lo difícil es volver a pensarlo.
-Goethe*

Los procesos migratorios entendidos como un proceso multidisciplinario en los que intervienen la ciencia política, la sociología y la antropología, deben considerar integrar de manera más profunda a la psicología y a la salud. Éstas contribuirán a conocer con mayor detalle las microestructuras y macroestructuras del proceso migratorio y de quienes migran.

Si bien es cierto que se han trabajado diversas teorías sobre lo social y la salud, como la antropología médica o la medicina social –como la escuela de la Universidad Autónoma Metropolitana, campus Xochimilco–, generalmente se investigan procesos que abordan a la salud-enfermedad o a la salud-enfermedad-atención. Estos abordajes, aunque en ocasiones contemplan a los determinantes sociales de la salud, se suelen enfocar en la estratificación social, en los problemas económicos.

Es por ello que esta investigación pretende insertarse en el campo al que Castro (2011) llama “trabajos de ciencias sociales y salud”, es decir, aquellos que recurren de forma sustancial a la teoría y metodología social. Se trabaja desde diversas áreas del conocimiento mediante teorías que coadyuvan a dar forma y sustento a la investigación. Algunas de estas teorías provienen del campo de la psicología –Teoría de la adultez emergente, Teoría del desarrollo ecológico–, de la antropología –Teoría fundamentada–, y de la sociología –Teoría de género, Teoría de las construcciones sociales–. También se utilizan conceptos multidisciplinarios, como lo son la migración, la salud sexual y reproductiva, la sexualidad, el riesgo y la vulnerabilidad.

Teoría ecológica del desarrollo humano o bioecológica

El marco teórico se basa en la teoría ecológica del desarrollo que servirá de base para llevar a cabo el estudio (tomando en cuenta la teoría de las construcciones sociales y la teoría de género). La teoría ecológica no será probada mediante esta investigación, sino que se limita a ser un factor de orden dentro del mismo. La guía de entrevista que se utilizó en el estudio trató de incluir todos los sistemas de la teoría y sus probables relaciones

mediante diferentes temáticas, que corresponderían a uno o más sistemas. Sin embargo, aunque la teoría ecológica del desarrollo no defina por completo este estudio, sí contribuye a su diseño, por lo tanto se define a profundidad en este capítulo.

La teoría ecológica del desarrollo humano fue elaborada inicialmente por Urie Bronfenbrenner en el año 1979, es utilizada desde su creación como marco teórico de diversos tipos de investigación, comenzando en el campo de la psicología y psicología infantil, desde una visión contextual. Analizar la vida fuera de un laboratorio y en contextos reales fue uno de los principales aportes de la teoría. Bronfenbrenner dedicó su vida a revisar y mejorar su teoría, a la que incluso le cambió el nombre durante su vida académica. El último modelo de la teoría recibe el nombre de modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 2006), en el que el modelo toma en cuenta el pasado, el presente y el futuro de la persona involucrada.

La teoría ecológica parte de un enfoque en el que la cultura que rodea al sujeto de estudio es fundamental para su desarrollo. La cultura es entendida como dinámica y fluida, universal o de constructos específicos. El ser humano como ente cultural pertenece a “un sistema de creencias y valores que tienen influencia sobre las costumbres, normas, prácticas e instituciones sociales” (APA, 2002 p.8) que incluyen el lenguaje, sistemas de educación, medios de comunicación, cuidados, tradiciones religiosas y espirituales, así como creencias y valores (Fiske, Kitayama, Markus, *et al.*, 1998). Por otro lado la cultura se puede observar como un comportamiento simbólico, en el que se entiende como cultura al marco teórico que permite a la sociedad una deliberación colectiva sobre lo que es “verdadero, hermoso, bueno y normal” (Shweder, Goodnow, Hatano, *et al.*, 2006 p.719), del mismo modo proviene de una herencia ancestral simbólica y del comportamiento.

Existen estudios y revisiones bibliográficas, tanto cualitativos como cuantitativos, sobre el embarazo y la sexualidad adolescente realizados desde este enfoque teórico (Meade y Ickovics, 2005; Small, 1994), de igual forma existen estudios sobre infecciones de transmisión sexual (Corcoran, 1999, 2000; Small, 1994). Por otro lado hay investigaciones sobre migración, algunas sobre temas de aculturación (Castellá Sarriera, 2003; Ko y Perreira, 2010), que también se han basado en este enfoque socioecológico (Association, 2012; Serdarevic y Chronister, 2005). Los estudios que utilizan la teoría ecológica toman en cuenta los diferentes entornos en que se desarrolla el individuo, mediante los cuales se

puede conocer y comprender la salud sexual y reproductiva de las personas migrantes al tomar en cuenta su contexto sociocultural.

Fundamentalmente la teoría ecológica del desarrollo se basa en el supuesto de que el individuo y su desarrollo dependen del ambiente. Se denomina ambiente o entorno ecológico al espacio en donde se desenvuelve el individuo, a cómo éste percibe lo que le rodea. El desarrollo se define como “estabilidad y cambio de las características bioecológicas de los seres humanos a través de la vida y las generaciones” (Bronfenbrenner, 2006 p.796). Estos cambios, que por lo general no son planeados o conscientes, no son necesariamente para que la persona mejore y es necesario comprender que estos son el objeto de estudio de la teoría.

En la teoría ecológica del desarrollo humano se propone que el ambiente –especialmente en cuanto a la situación inmediata que rodea al sujeto– (Bronfenbrenner, 1979) es cambiante y bidireccional, tanto el entorno influye la persona como la persona en el sujeto, similar a lo propuesto por Berger y Luckman (1968) sobre cómo se construye la realidad, en lo que profundizaremos más adelante. Así es como un individuo crea parte de su entorno de acuerdo a las influencias que puedan generarse en uno y otro sentido (Bronfenbrenner, 2006). A partir de 1986 Bronfenbrenner (2006), quien inicialmente se enfocaba en el contexto en el que el individuo se desarrollaba, comienza a enfocarse en el proceso, dedicándose a mejorar el esquema Persona-Proceso-Contexto-Tiempo (Tudge, Mokrova, Hatfield, *et al.*, 2009). El contexto en el ejemplo de la clase social y las características de la persona como el peso al nacer.

Para estudiar el ambiente la teoría ecológica analiza cuatro esferas o niveles de influencia, aunque en trabajos posteriores Bronfenbrenner incluye un quinto sistema al que denomina cronosistema (Bronfenbrenner, 1986). Los niveles de influencia son: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Bronfenbrenner, 1979). En cada uno de estos niveles se insertan variables que influyen en la conducta específica en el individuo. Las esferas son incluyentes. La mayor es el macrosistema, que contiene a las demás: el exosistema, el mesosistema y el microsistema. En el centro de ellas está el individuo. La teoría ecológica asume que el individuo tiene características específicas como el género, el sexo, la orientación sexual, la edad o el estatus migratorio. Las características del

individuo fueron incluidas de forma más amplia en las versiones de la teoría de los años noventa.

Para comprender de mejor forma los niveles propuestos dentro de esta teoría, se definen a continuación:

El microsistema se refiere al nivel en donde se analizan las relaciones complejas entre la persona y el ambiente; es el nivel inmediato a la persona en donde el sujeto tiene roles y actividades particulares. Se incluyen las habilidades, experiencias, conocimientos y capacidades de las personas: tienen relación con lo que les rodea directamente, como puede ser el ambiente escolar, familiar, laboral o médico. Dentro del microsistema, una persona puede sufrir racismo o ser devaluado debido a su género. La influencia que tienen los pares sobre la persona, como compañeros de escuela o hermanos, pareja o sus padres, se situaría también en este nivel.

En la versión bioecológica de la teoría (Bronfenbrenner, 1994) se agregan, entre otros, análisis sobre los símbolos y objetos que tiene relación con el individuo, como son libros o hobbies que pueden practicarse sin la compañía de otra persona. Lo anterior, a pesar de que el microsistema está considerado como un lugar en donde las personas pueden interactuar cara a cara (Bronfenbrenner, 1979). Tomando en cuenta que las primera definiciones fueron creadas entre 1979 y 1994, se debe pensar en la influencia de las redes sociales virtuales, que a pesar de no ser “personales” sí son interacciones reales que tienen influencias sobre el individuo y en el que él mismo está inmerso. Otras personas, que forman parte de diversos microsistemas, se encuentran en la misma red virtual, por ello podría también ser considerada una relación mesosistémica.

El mesosistema comprende interacciones de los diferentes microsistemas entre sí, dos entornos o más en donde la persona participa: la familia con la escuela, la escuela con el trabajo, la familia o escuela con un grupo religioso; puede comprenderse como un sistema de microsistemas (Bronfenbrenner, 1979). Es el lugar en el que una persona participa en más de un sistema (Bronfenbrenner y Ceci, 1994).

El exosistema es una extensión del mesosistema que abarca estructuras o instituciones específicas que afectan a la persona aunque ésta no intervenga de forma directa –medios

masivos de telecomunicaciones, gobierno, transportes-. Así mismo incluye ambientes que influyen al individuo o pueden determinar hacia donde se dirige. Un ejemplo sería la influencia que pueden tener las redes sociales sobre los amigos de un adolescente y esto normar las pautas y costumbres que se espera que siga. En el caso de un adulto emergente migrante la relación que pudiera tener el área migratoria del gobierno con su pareja y el estatus que pueda o no tener como migrante regular.

Finalmente, el macrosistema difiere de los anteriores por ser regulaciones, reglas, ideas, normas que rigen a los anteriores, en general trata sobre contextos culturales. En este sistema podemos encontrar la influencia que tendrían sobre el individuo como las políticas migratorias y de salud o la religión (Bronfenbrenner, 1979; Castellá Sarriera, 2003). También se localizan, por ejemplo, los roles de género construidos socialmente, aunque cada individuo dentro del microsistema tenga un género definido. Aquí es en donde pueden surgir influencias que afecten positiva o negativamente a la persona, es decir, si bien el racismo se encontraría dentro del microsistema, cuando la sociedad crea una ideología generalizada sobre quién debería ser aceptado o no en una escuela específica; recibir un permiso de trabajo se trata del macrosistema que pudiera influir a otros sistemas; tener o no acceso a los sistemas de salud del estado (Cook, Heppner y Brien, 2005).

En cuanto al cronosistema, que no ha sido considerado para el análisis de este estudio, pero sí se trastoca debido a las historias de vida y cambios en las vidas de las personas debido a los procesos en el tiempo. Podemos mencionar que se basa en la idea de que los ambientes o entornos son cambiantes a lo largo del tiempo. Esta idea se incorpora en la versión moderna de la teoría (modelo bioecológico). Presenta diferentes niveles dentro del sistema, micro, meso y macro tiempo (Bronfenbrenner, 2006). Estos niveles abarcan de los que se definen desde eventos puntuales que pueden ser continuos o discontinuos, aquellos que van por meses o años, a aquellos que implican cambios sociales a través de la historia, cambios generacionales.

Cuando se utiliza la teoría ecológica o sus variantes como base de una investigación debe quedar claro que no se pueden incluir todas las relaciones entre los ambientes, ni mucho menos todos los factores que existen dentro del fenómeno. Ni las relaciones entre los ambientes, ni los factores son innumerables, sin embargo sí suelen ser extensos de acuerdo a la complejidad del fenómeno.

Las críticas hacia la teoría de Bronfenbrenner están dirigidas, fundamentalmente, a que no cumple con todos los requisitos para ser una teoría en sí, es decir que, según Hoffman (2011), faltaría la precisión, la conectividad y la predicción de las cuales requiere una teoría para definirse como tal. Por otro lado, la crítica es que no se puede llegar a un completo entendimiento del desarrollo humano mediante la teoría, ya que, por ejemplo, haría falta aprender cómo se procesa la información o se aprenden experiencias (Shaffer y Arellano, 2000). Por ello puede ser utilizada como enfoque para la investigación, como un marco para el análisis.

Construcciones sociales dentro de la teoría ecológica

Un aspecto relevante de la teoría ecológica son las llamadas “transiciones ecológicas” (Bronfenbrenner, 1979), éstas son definidas como cambios en el rol que tiene la persona en la sociedad o cambios de entorno que ocurren a lo largo de la vida, similar a lo que ocurre en las construcciones sociales. Cambios como el migrar, tener la primera relación sexual, casarse o tener hijos, son parte de las transiciones ecológicas. Estas transiciones modifican las expectativas que la sociedad tiene sobre el rol que “debería” de desempeñar cada individuo. Bronfenbrenner define el rol como “conjunto de actividades y relaciones que se esperan de una persona que ocupa una posición determinada en la sociedad, y en las que se esperan de los demás en relación con aquella” (Bronfenbrenner, 1979 p.107).

Al migrar se cruzan límites enmarcados en el macrosistema; al realizar la transición ecológica y los roles, tanto de la persona, como de quienes le rodean pueden verse modificados. Los pros y contras que cada contexto ofrece a la realidad del migrante debe de ser considerado para el estudio de su desarrollo (Association, 2012). Cuando la persona adquiere la capacidad para cambiar su realidad con base en los requisitos sociales, humanos, se alcanza el desarrollo (Elder y Shanahan, 2006), es decir, la persona alcanza un nivel de conciencia que le permite decidir sobre su realidad. De acuerdo a ello se introduce el concepto de construcción de la realidad, una construcción social, que permite identificar patrones de conducta. En los estudios sobre migración se destaca la importancia que tiene el ambiente en la configuración de la realidad del migrante (Serdarevic y Chronister, 2005).

Los sistemas ecológicos cambian y permanecen de acuerdo al proceso migratorio. Algunos de ellos permanecen, a pesar de la distancia, debido a la globalización. Años atrás la realidad de un migrante joven hubiera sido muy distinta, ya que el contacto con su familia, amigos y la realidad de su país hubiera sido mínimo. Sin embargo, la presencia del Internet, en especial de las redes sociales, facilita que las relaciones con los microsistemas permanezca y se mezclen con los nuevos creando nuevas realidades. Por lo tanto, estos nuevos procesos migratorios no significan una ruptura con el microsistema de origen de los individuos.

Las características macrosistémicas cada vez son más comunes entre los países y las personas que se mueven entre ellos; por ello la globalización queda comprendida dentro de los procesos nacionales e internacionales (Sassen, 2007). Los nuevos grupos migratorios son una oportunidad para poder explicar cómo son los adultos emergentes que migran y la teoría ecológica brinda el espacio para el análisis de diferentes grupos de personas que habitan dentro de países en desarrollo y que tiene características similares a sus pares en países desarrollados. Al migrar a los países desarrollados se pueden corresponder en comportamientos y actitudes con sus pares, como en la sexualidad.

Elder señala que la ciencia social “debe alcanzar experiencias y actitudes humanas reales que constituyen la realidad social” (Elder y Shanahan, 2006 p.338). Las construcciones sociales se producen a través de los humanos y sus comportamientos; las sociedades cambian y se construyen, no están establecidas definitivamente (Berger y Luckmann, 1968). Desde la cultura, se desprende el hecho de que entre distintas culturas existan diversas realidades. Berger y Luckman (1968) hablaban sobre contextos sociales específicos.

En cuanto a la relación de las instituciones que participan a lo largo de la vida del individuo podemos mencionar varias que se insertan en el microsistema, como son la iglesia, la familia y los pares. La importancia de las instituciones en la creación de la realidad de una persona se ve reflejada a través del concepto de reificación –cosificación–. Este concepto, inicialmente utilizado por el marxismo, deriva en la creación de diversas instituciones que cambian el sentido inicial de las cosas, como por ejemplo la obediencia que se debe a quien sea autoridad según la cultura en donde se inserte la persona.

Las instituciones se relacionan al mantenimiento del control social. En ‘La construcción social de la realidad’, Berger y Luckman indican que “la habituación y la institucionalización en sí mismas limitan la flexibilidad de las acciones humanas” (1968 p.150). Así es como se resguardan conceptos que la sociedad acepta como reales, en la iglesia qué es y qué no es pecado; en la familia cómo se “juegan” los roles de género, quién cocina, quién arregla el jardín de la casa; en la medicina qué es enfermedad y qué no, qué es anormal o normal. Del mismo modo, el proceso de flexibilización se abre camino mediante el proceso migratorio.

Así las tradiciones y costumbres se institucionalizan, como lo están los conceptos y comportamientos sobre género y sexualidad. Según Davenport (1978) los principales regidores de la sexualidad son la familia y la religión, mediante la imposición de normas y supuestos. En esta misma línea de pensamiento podemos retomar el exosistema de la teoría ecológica del desarrollo para mencionar la posibilidad que se tiene de que la religión influya sobre la familia, por ejemplo la prohibición del sexo antes del matrimonio religioso; la expresión sexual sería consecuencia de las normas aprendidas (Davenport, 1978). Aquí las tradiciones religiosas influyen sobre las tradiciones familiares recayendo ambas sobre el comportamiento de la persona y afectando tanto la forma en la que construye su realidad como su desarrollo y futuro comportamiento, bueno o malo. Vargas Llosa, en su ensayo sobre la cultura “La Civilización del espectáculo” (2012 p 161) se refiere a la relación entre la sexualidad y la religión actuales en Iberoamérica como:

“El poder político y social que en la mayor parte de los países latinoamericanos ejerce la Iglesia católica sigue incólume y a ello se debe que, en materia de libertad sexual y liberación de la mujer, los avances sean mínimos. En la gran mayoría de países iberoamericanos, la Iglesia católica ha conseguido que ‘la píldora’ y la ‘píldora del día siguiente’ sigan siendo ilegales...”

Las tradiciones, según el construccionismo social, sostienen a las estructuras de poder. Estas tradiciones, así como las rutinas, influyen en la menor posibilidad de un cambio social, por ello existen los procesos llamados mantenimientos de rutinas (Berger y Luckmann, 1968), los cuales buscan mantener la realidad como se conoce, buscando el control social mediante la institucionalización. Así que los pueblos busquen en ocasiones el aislamiento de las sociedades extranjeras o huéspedes (Berger y Luckmann, 1968), ya

que pudieran incorporar partes de una cultura proveniente de un contexto social distinto. La movilidad social, permite que las realidades se trasformen al menos parcialmente (Berger y Luckmann, 1968). Por ello, los procesos migratorios son una ventana que permite escapar del control social que la cultura en la que una persona vive impone en cualquier ámbito, como la sexualidad, se desprende del mismo proceso la importancia del contexto.

Género

La investigación que se presenta está mediada por una perspectiva de género. A través de esta perspectiva se busca analizar procesos simbólicos culturales femeninos y masculinos desde los cuales se institucionalizan las diferencias culturales entre hombres y mujeres. Acorde a los significados que presentan estas definiciones sobre género, en este proyecto se quiere evitar la comparación que surge en ocasiones dentro de la investigación de género y mujer. El equiparar mujer a género como un sinónimo denota, según Scott, que se minimiza la distinción entre construcción social y la biología (Scott, 1996).

El concepto de género explica la asignación social de identidad así como de roles a los sexos y establece diversos aspectos de las relaciones entre ellos (Lamas, 1996). Respecto al concepto de género en el estudio se tomará en cuenta lo que Marta Lamas define como el papel (rol de género) (Lamas, 1996), “el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino”. El género también puede ser visto como una serie de elementos sociales o representaciones que delimitan las posiciones de lo que puede ser un varón o una mujer (Allen y Torres, 2008). Por ello es importante recordar que el género no se limita a personas que tienen roles femeninos dentro de nuestra sociedad, ya que mujer y género no son sinónimos.

Sobre la construcción social del género podemos mencionar que ésta es aprendida y experimentada a través de mecanismos de socialización, tipificación e institucionalización reflejados en un sistema que delega tareas, atribuciones y valoraciones a hombres y mujeres de forma diferenciada (Berger y Luckmann, 1968). La construcción social del género implica una serie de normas, creencias y representaciones que prescriben y prohíben el comportamiento de las personas, con relación a lo que en términos socioculturales puede y debe ser una mujer o un hombre.

El género implica diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la posibilidad de ejercer el poder (Allen y Torres, 2008). Cuando se introduce dentro del género el concepto de poder, Marta Lamas (1996) menciona la posibilidad que existe de que tanto las costumbres como las ideas se vean transformadas a través de la fuerza social que contiene diferenciar la dominación y subordinación que hay entre hombres y mujeres. De ahí la importancia de comprender al género como un fenómeno social en el que los diferentes contextos tendrán influencia.

El género, según Héritier (1996), se ajusta y se recompone según las culturas. La cultura vista como contexto social, por lo que cuando hablamos sobre contextos sociales – ambientes para la teoría ecológica del desarrollo– y la construcción del género se requiere denotar que la identidad de género se construye desde la infancia (Lamas, 1996), cuando niños y niñas identifican en el ambiente con qué deben identificarse según las creencias sociales. Judith Butler (1990) ha sido clave para comprender las identidades de género, ella considera las formas en las que las éstas se reproducen a través de la repetición de actividades comunes y no solo por el carácter biológico de la definición de género o las identidades establecidas a través de la construcción social (Duncan, Johnson y Schein, 2004).

En lo concerniente a este estudio en particular, destacamos que las estructuras por medio de las cuales se institucionaliza la construcción social del género pueden ser entendidas o estudiadas desde el marco de la teoría ecológica propuesta por Bronfenbrenner. Así, mientras la identidad de género y los roles son factores individuales, la familia y las instituciones educativas estudiadas en el microsistema hacen funcionales dichos conceptos, el mesosistema refuerza estas construcciones a través de las relaciones entre las instituciones religiosas y la familia; y el macrosistema sostiene la realidad a través de normas y creencias sociales. Necesitamos observar el conjunto de niveles, ya que cada una de las variables inmersas en ellos tendrá alguna relación con la forma en la que se establecen las realidades y las construcciones sociales que vivimos.

Género y migración

Cuando el género se mira desde una perspectiva migratoria éste se pueden beneficiar de las nuevas ideas y normas sociales con las que muchos migrantes se encuentran en el país al

que arriban, como en el caso de España. La promoción de derechos y las nuevas construcciones del género se interrelacionan bidireccionalmente entre el lugar de acogida y el de origen.

Para la creación de políticas adecuadas que consideren el género en las políticas migratorias, es necesario remontarnos a los niveles de la teoría ecológica, ya que deben ser tomados en cuenta desde el nivel individual, el familiar y el comunitario, hasta el nacional e internacional (UNFPA, 2006).

El género se ha analizado dentro del contexto migratorio como una feminización de la migración, es decir el hecho de que cada vez más mujeres se integren a los procesos migratorios como sujetas activas. La mujer ha dejado cada vez en mayor medida el rol que se le asignaba dentro del contexto migratorio, cuidar a los hijos y mantener a la familia en el sitio de origen, así como ser la encargada de mantener los lazos culturales de origen. Ahora la mujer migra, también, por cuestiones económicas y es parte de la fuerza laboral migrante (Castles y Miller, 2004p. 51). Sin embargo, no debemos perder de vista que estos cambios afectan las construcciones género tanto para hombres como para mujeres, debido a la construcción de nuevas realidades. Así hay ventajas y desventajas, fomento de igualdad y desigualdades que se perpetúan, aunque en la mayoría de los casos “se desafían y se transforman” (Jolly y Reeves, 2005c) las construcciones y los roles.

La migración como una cuestión que subyace en la transversalidad de las temáticas más diversas debe entenderse como una condición que está del todo relacionada con el desarrollo. Según el informe de Género y Migración (Jolly y Reeves, 2005c), algunas consecuencias del impacto que puede tener la intersección entre la migración y el género desde el desarrollo, son: la fuga de cerebros, la transmisión del VIH –y otras ITS–, y las remesas. Por ello, y debido a la falta de información sobre diversas poblaciones, en especial sobre la migración latinoamericana a Europa (McIlwaine, 2010), se requieren nuevos estudios que puedan explorar estas relaciones de género actuales.

Adulthood emergente

El grupo de población de 15 a 30 años de edad representa a un tercio de los migrantes internacionales. Según la Organización Internacional del trabajo existen 27 millones de

jóvenes migrantes alrededor del mundo que tienen entre 15 y 24 años (OIT, 2013). Los jóvenes migrantes son un grupo heterogéneo que requiere del estudio de sus particularidades para comprender sus actitudes y percepciones sobre los diversos ambientes que envuelven sus vidas. El grupo de jóvenes migrantes es el grupo de migrantes que más globalizado se encuentra debido a las redes virtuales, por ello es relevante el estudio de su salud y, en especial, sobre su salud sexual y reproductiva en el medio de un proceso globalizador.

Para realizar investigación sobre los posibles sesgos culturales se necesita más que comparar las culturas, ya que se requiere revisar las creencias culturales que crean los diferentes patrones de comportamiento (Shweder, Goodnow, *et al.*, 2006). Como hemos visto, la cultura se construye y se comparte con los diversos miembros de una comunidad y es importante recordar que esa comunidad no necesariamente es un país, sino un grupo de personas que comparten comportamientos simbolismos y comportamientos: simbolismos heredados que son definidos por Schweder como conceptos de la divinidad, la naturaleza, la sociedad y las personas. Mientras que los comportamientos se definen como prácticas habituales personales, familiares y sociales (Shweder, Goodnow, *et al.*, 2006).

Una persona en desarrollo puede percibir que se encuentra dentro del camino correcto, debido a que en la “naturaleza de las cosas” (Berger y Luckmann, 1968 p.129) está implícito cierto comportamiento para la fase de vida por la que atraviesa. Sin embargo, al existir cambios culturales generacionales las personas que viven en diferentes tiempos o contextos pueden tener diferentes patrones de vida como fin. Los individuos edifican sus propias trayectorias de vida construidas dentro de caminos sociales y trayectorias del desarrollo.

Diferentes estudios han investigado sobre los cambios generacionales que se presentan en los jóvenes a través de las últimas décadas (Jeffrey J. Arnett y Taber, 1994; C. B. Douglass, 2005; DuBois-Reymond y Lynne Chisholm, 2006; Fussell y Furstenberg, 2004). Cambios que pueden observarse en la edad de la primera relación sexual, matrimonio, cohabitación, menor religiosidad, retraso al tener hijos, más educación de posgrado, entre otros. Si bien estos procesos no se dan en todos los jóvenes, sí es un proceso que puede observarse en países desarrollados y en algunos grupos de países en desarrollo.

Sobre estos cambios se basan Fussell y Furstenberg (2004) para determinar que la edad adulta comenzaría alrededor de los 30 años, en los contextos en los que sus investigaciones han sido realizadas. Esta idea contribuyó a generar la teoría de la adultez emergente, que desarrolló Jeffrey Arnett en el año 2000. La teoría de Arnett se enmarca dentro de la psicología del desarrollo, contribuyendo la teoría ecológica del desarrollo –por su enfoque cultural–, el género y la globalización al desarrollo de la misma (Jeffrey Jensen Arnett, 2008).

La adultez emergente es una etapa del desarrollo que va de los 18 a los 29 años de edad (Jeffrey J. Arnett, 2006, 2011), aunque, inicialmente, se propuso solamente hasta los 25 años (Jeffrey J. Arnett, 2000). Es discutida debido a que es probable que como otras etapas del desarrollo no todas las personas la vivan, dependiendo de la cultura en la que están inmersos. La adultez emergente es una etapa del desarrollo socialmente construida no estructurada, que tiene sus antecedentes en trabajos sobre la adolescencia y la juventud de Levinson, Erikson y Keniston (2000). Es una etapa de vida que surge a raíz de los cambios sociales de las últimas décadas, en los que, por ejemplo, en países desarrollados las personas aplazan el tiempo para tener hijos, para casarse, incluso se dan patrones de ida y vuelta a casa de los padres. En esta etapa las personas no sólo pueden explorar su identidad, sino que tienen la oportunidad de experimentar en diversas áreas de sus vidas, como estudios (grados, maestrías, doctorados), cohabitar con sus parejas, buscar diferentes oportunidades laborales, viajar por diversas razones y, también, cambiar de país de residencia. Hoy en día, el crecer está moldeado por los procesos globalizadores, por ejemplo, los medios de comunicación son comunes en los países occidentales. Se habla de un desarrollo bicultural en el que las personas jóvenes crecen a partir de dos identidades, la de su contexto local y la cultural global (Jeffrey J. Arnett, 2002; Lloyd, 2005); los jóvenes no se desarrollan más dentro de las fronteras en las que se desenvuelven.

Arnett (2011) propone cinco comportamientos que se sugiere existen en la adultez emergente: la etapa de explorar –el trabajo, el amor, los estudios–; la inestabilidad que se vive; que la persona se encuentra enfocada en sí misma; sentirse en el medio de las etapas de vida –ni adulto ni adolescente–; y que es la etapa de las posibilidades –de formar una visión de vida–.

Esta etapa que se fundamenta en cambios, posibilidades, es en la que se realizan experimentos y decisiones de vida como el amor, el trabajo, la escuela y la familia. Dos de las características de las generaciones actuales que permiten que se genere la etapa de la adultez emergente en ciertos grupos sociales o países son: el retraso en la edad del matrimonio o la decisión consciente de no desearlo y, por lo tanto, el retraso en la edad a la que se tiene el primer hijo o la decisión de tenerlo.

En una de sus más recientes publicaciones Arnett (2013p. 13) incluye nuevas modificaciones a la teoría en la que incluye tres etapas dentro de la etapa de la adultez emergente[‡]: a) lanzamiento, etapa que iría de los 18 a los 22 en la que se depende más de los padres, tanto emocional como económicamente, comienzan a dejar el hogar, se comienza el proceso de independencia; b) exploración, va de los 22 a los 26 años, es una etapa en la que la persona es más segura y comienza a tomar decisiones sobre su vida independiente y futura, comienza a tener experiencias laborales y probablemente después de su graduación de la universidad decida comenzar estudios de posgrado. Las relaciones de pareja también comienzan a tener más estabilidad y seriedad, aunque aun así pueden continuar dependiendo de los padres en ciertos momentos, ya que aún no tienen una estabilidad que les permita prescindir de este apoyo; c) aterrizaje, hace referencia al tiempo comprendido entre los 26 y los 29 años, etapa en la que algunas personas están cohabitando o incluso se han casado, están en proceso de tomar algunas de las decisiones más importantes para su vida adulta, muchos de ellos han terminado sus estudios y tienen una estabilidad laboral. Se debe tomar en cuenta que como en el resto de los procesos que se dan durante la adultez emergente, estas etapas pueden tener diferentes variantes, como volver a la anterior o tener una duración mayor o menor dependiendo del ambiente y el contexto, incluso en algunos casos puede extenderse más allá de los treinta años, en las que como dice Arnett las personas no terminan de aterrizar.

Los cambios que se ha dado sobre el rol de género que las personas experimentan durante este periodo de vida ha contribuido también a la existencia de este periodo de vida; cambios de rol como la independencia económica de la mujer y romper el binomio madre cuidadora-padre proveedor (C. B. Douglass, 2005). Las mujeres tienen mayor acceso a la educación, y tanto hombres como mujeres estudian grados superiores con más frecuencia

[‡] Estas etapas son nuevas y no existe aún una traducción oficial al español.

(Jeffrey J. Arnett, 2000, 2006). En países europeos la obligación social que implicaba casarse ha decrecido, hay mayor preferencia por cohabitar, más divorcios y menor número de hijos que nacen dentro de un matrimonio; casarse ya no implica la necesidad de tener hijos (Carrie B. Douglass, 2007; Nash, 2005).

Durante la adultez emergente, existe la probabilidad de que las personas tengan más parejas sexuales y diversas experiencias de vida como viajes, migración, cohabitación, estudios de posgrado, ir y venir de casa de los padres, entre otras, en mayor medida que en otras etapas de la vida. Muchas personas que viven esta etapa suelen recibir ayuda económica de sus padres y, de acuerdo a Arnett, quienes viven en países europeos podrían hacerlo por más tiempo (Jeffrey J. Arnett, 2006).

Hay dos factores que pueden relacionarse directamente con lo que se considera el inicio de la adultez: tener hijos y tener independencia económica. Pocos de aquellos que se podrían considerar adultos emergentes tienen hijos y aunque desearan tenerlos en un futuro, no lo planean por ahora. Sin embargo, cabe preguntarse qué sucede con aquellos quienes tienen hijos antes de los veinte años de edad o un poco después. Arnett dice que aun así muchos de ellos experimentarán un periodo de adultez emergente, aunque éste sea más corto (Jeffrey J. Arnett, 2006). A pesar de ello queda abierta la pregunta para futuras investigaciones, ya que existen jóvenes que a pesar de tener hijos no necesariamente se hacen responsables de ellos u hombres que al no vivir con la pareja no tienen las mismas responsabilidades y pueden seguir con un periodo de adultez emergente casi sin cambio alguno.

Durante la adultez emergente hay etapas de cambio de casa: pueden vivir solos, con sus padres o salir de casa de sus padres para volver después, pueden cohabitar una o varias veces o vivir con amigos. Por otro lado, pueden estudiar la universidad o un posgrado o pueden no hacerlo. Generalmente trabajan en puestos temporales, cambian de trabajo varias veces en búsqueda del plan ideal de vida.

Otro fenómeno que se ha estudiado por producirse en la adultez emergente es una posible dilución de la fe religiosa (Jeffrey J. Arnett y Jensen, 2002) en mayor o menor grado. Dicen Arnett y Jensen que según el estudio realizado en los Estados Unidos, las creencias y vivencias religiosas en la adultez emergente son muy distintas a las que se viven en la

infancia. Coinciden con sus resultados otros estudios que hablan acerca de que un 40 por ciento de los adultos emergentes pierden su religiosidad, al menos durante esta etapa (Uecker, Regnerus y Vaaler, 2013). La llamada pérdida de religiosidad puede deberse a diversos factores, como dejar la casa de los padres y sentirse menos presionado, a tener nuevas ideas debido a las personas y conceptos que rodean el ingresar a programas de estudios de grado (universitarios) o de posgrado, viajes en donde se conozcan otras culturas, nuevas actividades que no permiten el tiempo que antes se le dedicaba a actividades religiosas, entre otros.

El matrimonio ya no es visto como necesario para tener relaciones sexuales mientras que la cohabitación se vuelve una práctica más común a pesar de que sigue siendo tabú en varios sitios del mundo (Jeffrey J. Arnett, 2011). Aunado a ello, en muchos contextos sociales las personas jóvenes buscan “establecerse antes de casarse” (Jeffrey J. Arnett, 2004 pp. 101), aunque esto no es un patrón generalizado, ya que no todos los jóvenes buscan casarse o tener hijos. Igualmente, por ser una etapa construida social y culturalmente, puede o no tener todas las características mencionadas, como encuentran Torres y Zacarés (2004) en España, donde la crisis económica no permite que los adultos emergentes terminen de independizarse económicamente y dejar la casa de sus padres.

Dice Arnett (2000) que al no ser la adultez emergente una etapa homogénea, es compleja y dinámica. En esta etapa hay muchas formas de vivir según “clase social, cultura, religión y género” (Jeffrey J. Arnett, 2011) o la migración. Los estudios de Arnett se han llevado a cabo en Estados Unidos por lo que sus resultados pudieran variar según el contexto. En Europa, Douglass realizó estudios con población española (2005), en Argentina, Facio y sus colaboradores (2007) también comenzaron a estudiar el tema, mientras que con población mexicana y española trabajaron Fierro y Hernández (2007), y con población mexicana en zonas indígenas existe el trabajo de Adriana Manago (2012).

Ya se ha hablado sobre la posibilidad de una “cultura global de la juventud”, *Global Youth Culture* (Lloyd, 2005), especialmente desarrollada en los grupos juveniles de clase media. Sin embargo, muchos de los grupos culturales conservan características independientes y los cambios de roles se desarrollan paulatinamente y a diferentes ritmos en las distintas comunidades del mundo. En ciertas culturas se pospone el acceso a la adultez o a tener roles adultos, por lo general estos roles comenzaría al terminar los estudios de grado,

buscar un trabajo estable, tener una casa, casarse y posteriormente tener hijos (Jeffrey J. Arnett, 2011).

Debe comprenderse que no todas las personas tienen los mismos objetivos de vida y es por ello que deben tomarse en cuenta diversos procesos para convertirse en un adulto, los cuales no siempre incluyen un plan de vida “clásico” o “tradicional”. Los roles, “roles estables de adulto” (Jeffrey J. Arnett, 2011), que con anterioridad se alcanzaban entre los 18 y los 25 años, por lo que hoy habría que preguntarse sobre la posibilidad de que estos estén cambiando y no sólo retrasándose. Incluso, existen otras culturas y espacios sociales en donde este proceso de búsqueda del ideal para tener un rol de persona adulta no existe y se sale de la infancia o adolescencia para entrar en ello, en un rol adulto.

En Europa, la adultez emergente se ha estudiado en varios países. Están, por ejemplo, la investigación de Welti en Reino Unido (2002) y la de Douglass *et al.* (2005). Ésta última se realizó en diez países europeos, incluyendo España. Aunque se han detectado diferencias respecto a la teoría de Arnett, hay similitudes como que los matrimonios se realizan a mayor edad, que los hijos también se tienen con más años y las mujeres tienen más acceso a instituciones educativas como aclara Douglass (2007), todas son generalidades.

Se ha discutido sobre la posibilidad de que la adultez emergente no exista como tal en los países en desarrollo (Galambos y Loreto Martinez, 2007), específicamente los países latinoamericanos, debido a que los contextos demográficos, como postergar el matrimonio o los hijos, están cambiando más lentamente. También existe la necesidad de realizar un mayor número de estudios con estas poblaciones (Jeffrey J. Arnett, 2011), y así obtener nuevos y mejores datos en el área. Dice Galambos (2007) que factores como el género, el acceso a la educación y el trabajo son distintos en aquellos jóvenes con quienes se ha trabajado el concepto de adultez emergente a aquellos que viven en Latinoamérica. Sin embargo, la importancia del concepto recae en la posibilidad de elegir la ruta de vida que se desee, de acuerdo a las posibilidades socioeconómicas. También deben realizarse estudios con poblaciones específicas, no sólo con población general. En este estudio recae la importancia de comenzar a llenar el vacío que existe dentro de la investigación sobre la adultez emergente y los países latinoamericanos, específicamente en contextos migratorios.

En los Estados Unidos las personas suelen dejar la casa de los padres alrededor de los 18 años de edad, mientras que en Latinoamérica o en España sucede con el matrimonio o después de los 30 años, esto último debido en parte a las situaciones económicas que se viven o al tabú de la cohabitación. Aunque los adultos emergentes no siempre dejen la casa familiar, lo más probable es que entre los 18 y los 29 años de edad tengan mucho más autonomía (Jeffrey J. Arnett, 2006). Welti (2002) argumenta que aunque en América Latina las personas jóvenes creen tener mejores oportunidades que sus padres, también creen que sus países se encuentran en peores situaciones que antes, lo cual implica una visión de menores oportunidades que la que tienen los jóvenes entrevistados en Estados Unidos y similar a la situación española.

Entre las comunidades urbanas y rurales de los países latinoamericanos existen diferencias culturales en cuestiones de educación o género. Los procesos migratorios en los que se han visto envueltas estas comunidades han acelerado cambios, sin embargo siguen siendo distintos los patrones demográficos, así como lo son entre países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Jeffrey J. Arnett, 2011) (OCDE) y los que no están incorporados a la misma.

Según Galambos y Loreto (2007) los grupos de jóvenes latinoamericanos que podrían formar parte de la adultez emergente pertenecen a contextos urbanos, a países más desarrollados y a familias con mejor situación económica, mismos jóvenes que suelen migrar a países europeos para realizar estudios o viajes largos (Eguiluz, 2012). Sus investigaciones hacen mención a países como México y Argentina en donde existen grupos de la sociedad que tiene la oportunidad de tener una etapa de desarrollo de su persona en la transición a la adultez, así como permitirse explorar nuevos roles que pueden realizar según su personalidad.

Los adultos emergentes, que quieren conocer el mundo, realizan o quieren realizar viajes. Una de las posibilidades para llevar a cabo estos viajes son los estudios en el extranjero y este proceso migratorio impacta en posibles cambios de rol o reafirmación de ideas. La elección de estudios de grado o posgrado repercuten en el desarrollo y es posible que se den cambios de dirección en la vida que quieren desarrollar quienes se insertan en ellos (Jeffrey J. Arnett, 2000), sobre todo aquellos que están en la adultez emergente.

Las experiencias personales que se viven en la adultez emergente, como exponerse a una nueva cultura, ya sea a través del viaje o de la globalización de las redes sociales son de posible acceso para quien vive la adultez emergente. En esta etapa, dentro de muchos grupos sociales y culturales, se tienen más posibilidades de vivir con más libertad “experiencias intensas” (Jeffrey J. Arnett, 2000p. 28), posiblemente aumentadas al migrar o viajar por la falta de control social al que se enfrentan en sus vidas diarias. Las personas migrantes que participan en este estudio probablemente vivan este tipo de situaciones durante su proceso de la adultez emergente.

El proceso migratorio de un adulto emergente puede generar cambios en procesos demográficos propios de esta etapa del desarrollo. Por ejemplo, los trabajos a los que accede o busca acceder son a corto plazo y, en ocasiones, deben compaginar con estudios de grado o posgrado; en cuestión de pareja o amor, la cohabitación se da con mayor facilidad que en sus comunidades de origen, sobre todo cuando hablamos de comunidades de países en desarrollo en las que este proceso no es común o está en proceso de serlo.

Aunque los adultos emergentes latinoamericanos no suelen dejar la casa de sus padres hasta el matrimonio, el fenómeno migratorio en sus distintas versiones cambia esta tradición, ya que se tiene la oportunidad de vivir solo, con amigos o con la pareja lejos del control social de los padres y la sociedad, aunque una vez finalizado el viaje (migración), regresen a la casa familiar, esta misma situación podemos encontrarla en países del sur de Europa, España y Portugal. Así mismo los migrantes pueden cambiar ciertos patrones culturales que existen en la adultez emergente de los países de acogida, como sucede en países europeos que tiene gran cantidad de inmigración musulmana (C. B. Douglass, 2005)

Las diferencias que encontramos en los adultos emergentes pueden ser entre países y dentro de cada país, debido a los diferentes grupos sociales y culturales que existen en cada uno de ellos. Ser un adulto emergente soltero en Europa es formar parte de la “cultura global de la juventud” (Nash, 2005).

Durante la adultez emergente la salud suele encontrarse en una de sus mejores etapas (Tanner y Arnett, 2009). Los problemas de salud que pueden relacionarse a este grupo de edad son en su mayoría causados por accidentes. Sin embargo, tienen mayores posibilidades de tener comportamientos de riesgo, entre ellos el uso de drogas o aumento

de consumo de alcohol. Por otro lado la salud sexual y reproductiva tiene distintos fenómenos que deben de analizarse en este grupo como el uso o no uso de anticonceptivos, el embarazo no deseado, las infecciones y otras enfermedades de transmisión sexual (ITS), entre otros.

Sexualidad

La sexualidad es construida socialmente, por ello es distinta en cada cultura y grupo social. Además, siempre está evolucionando (Martel, Hawk y Hatfield, 2004). Sin embargo, los procesos globalizadores hacen que cada vez se encuentren mayores similitudes entre las personas de diferentes partes del mundo, sobre todo de aquellos que mediante los medios internacionales de comunicación, el internet o los viajes, tiene contacto con otras culturas. Bauman dice “la migración es un elemento de cambio que en las sociedades globalizadas trastoca la sexualidad” (Bauman, 1999).

Martel (2004) argumenta, por ejemplo, sobre la doble moral que existe en algunas sociedades en cuanto a las restricciones que se imponen en cuestiones de sexualidad debido a diferencias de género. Aunque éstas han disminuido con el tiempo, sobre todo en las sociedades más desarrolladas, se conservan en la mayoría de los grupos sociales de los países en desarrollo. Por ejemplo, en países de América Latina en los que se espera que las personas tengan hijos hasta después del matrimonio. Otra característica de las sociedades industrializadas, que ya hemos mencionado que forma parte del proceso de la adultez emergente, es que se demora el matrimonio y por lo tanto se incrementa el tiempo en el que el sexo puede darse sin estar casado.

Las restricciones y normativas sociales impuestas a la sexualidad pueden ser estudiadas dentro del “control de la sexualidad” del que habla Foucault (1976). El control social se ejerce a través de la normalización que puede ser de forma positiva, no sólo negativa, la prescripción de lo que deben ser o hacer las personas (Foucault, 1976; Light, Keller y Calhoun, 1991). Por ejemplo, en *The Social Control of Sexuality* (DeLamater, 1981) se determinaba que la normatividad era impuesta por la Iglesia y la familia, como principales factores.

La política sexual de cada país y en cada época es diferente y sufre transformaciones a través del tiempo. Dichas transformaciones recaen en la reglamentación de la sexualidad (Foucault, 1976; Weeks, 1998) llevada a cabo por diferentes actores sociales tanto en lo privado como en lo público. Según Weeks (1998) la sexualidad es un conductor de influencias culturales, en sí misma es una construcción sexual histórica y global.

La sexualidad también se puede integrar dentro de la teoría ecológica del desarrollo. La organización social de la sexualidad que propone Weeks (1998), los sistemas familiares, la organización económica, la regulación social, las intervenciones políticas y el desarrollo de "culturas de resistencia", son parte del sistema ecológico de los individuos, en este caso de los adultos emergentes hoy migrantes.

El concepto de sexualidad se sobrepone al concepto de salud sexual y reproductiva definida por la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en 1994 en el Cairo, la cual implica “un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, así como la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo” (UNFPA, 2010). La sexualidad implica una relación entre lo individual y lo colectivo, como ya lo mencionaba González-López (2005), relacionada a todos los factores que contemplan el ambiente ecológico, cada uno de los sistemas tiene una influencia sobre la sexualidad de cada una de las personas, que se integran en cada fase de su desarrollo desde el nacimiento hasta la muerte. Las personas viven y transforman su sexualidad y la ejercen manteniendo o no salud tanto en lo sexual como en lo reproductivo. Aunque se entrelazan la sexualidad y la reproducción en diversos factores, la reproducción puede no estar presente mientras que la sexualidad es inherente al ser humano. La búsqueda del placer a través de la sexualidad suele quedar a un lado en los estudios sobre sexualidad y migración limitando las líneas de investigación a evitar riesgos, la educación sobre sexualidad y reproducción debería estar orientada no sólo evitar estos riesgos sino, como la definición lo indica, a “disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo” (UNFPA, 2010). Entonces, podemos preguntarnos qué sucede con las personas adultas emergentes latinas que migran, cómo es esta definición para ellas.

Capítulo 3. Metodología

*The academy is not paradise.
But learning is a place
where paradise can be created.
-Hooks*

En este capítulo se expone la metodología y el proceso de análisis que se utilizó en este estudio. La investigación se realizó mediante una aproximación cualitativa, con un enfoque de métodos integrados (Driessnack y Mendes, 2007) para el planteamiento, que permitiría el posterior análisis integrado. Para realizar el análisis se revisó en profundidad el material de las entrevistas, transcrito sin codificar, con la finalidad de encontrar los temas relevantes y posteriormente realizar la codificación. Las entrevistas se realizaron a 32 mujeres y hombres que tenían entre 22 y 31 años de edad al momento de la entrevista y que tenían un tiempo mínimo de seis meses de residencia en España. Todos los participantes se encontraban en una situación migratoria regular y provienen de Argentina, Bolivia, Ecuador y México. Todas las entrevistas se desarrollaron siguiendo una guía de entrevista específicamente diseñada para este estudio; fueron audiograbadas y transcritas para su análisis. Se llevó un registro con sus correspondientes notas en diarios de campo, de donde se retomaron los discursos más relevantes. Finalmente, se analizaron los temas provenientes de la codificación y se adecuaron a las teorías para redactar el informe de resultados.

Diseño del estudio

La investigación cualitativa ha ganado espacio y respeto en el mundo académico debido a la rigurosidad metodológica alcanzada a través del tiempo. Inicialmente utilizada en trabajos antropológicos como el de Margaret Mead, basado en un enfoque antropológico-cultural, o el realizado por Oscar Lewis 'Los hijos de Sánchez', con un enfoque hermenéutico. La investigación cualitativa ha sido replicada en múltiples estudio, sus métodos han sido probados para que sea de utilidad cuando se enfoca al área de las migraciones internacionales (Ariza y Laura, 2012) y la salud pública (Conde y Andres, 1995), ejemplo de esto último es el desarrollo de los estudios sobre epidemiología social (Muntaner y Gómez, 2003) y la antropología médica.

La definición de investigación cualitativa descrita por Merriam (2009p. 13) es la que mejor describe los objetivos de ese estudio. Merriam alude a la idea de que como investigadores cualitativos estamos interesados en entender el significado que la gente ha construido (sobre los fenómenos), y dice, además, que de este modo es como las personas crean un sentido sobre su mundo y las experiencias que viven en él.

De acuerdo a los objetivos de esta investigación, se eligió un método, en el que las preguntas de investigación son preguntas exploratorias, generalmente su fin no es probar una teoría o una hipótesis sino generarlas (J. Corbin y Strauss, 2008). La investigación realizada sobre la sexualidad de los adultos emergentes inmigrantes latinos en situación regular que viven en España, específicamente en Madrid, requiere generar nuevas preguntas y teorías.

El diseño del estudio está basado en una filosofía del construccionismo social, específicamente en la construcción social de la realidad (Berger y Luckmann, 1968), la cual se delinea por un medio interpretativo/constructivista en el que el fin es describir, comprender e interpretar los datos (Merriam, 2009). Los principales exponentes de la construcción social de la realidad son Peter Berger y Thomas Luckman, quienes en su libro “La construcción social de la realidad” (1968) proponen que la realidad está construida socialmente. En ella la realidad externa está construida por los sujetos que forman parte de la misma. Lo cual se explicó con mayor profundidad en el Marco Teórico.

Glaser y Strauss (1967) describieron la importancia que tiene el no contar con un marco teórico o conocer literatura previa que pudiera sesgar el análisis cuando se realiza un estudio apoyándose en la teoría fundamentada; sin embargo, como lo explican Merriam (2009) y Charmaz (2006), la teoría fundamentada ha evolucionado; de hecho Glaser concebía la importancia de conocer la literatura sobre el tema de estudio. La teoría fundamentada, que tiene como fin interpretar desde la realidad social del individuo, puede ser entendida dentro de la construcción social de la realidad de la que hablan Berger y Luckman (1968) y se relaciona directamente con el concepto de sexualidad como una construcción social. Weeks (1998) enfatiza, al hablar sobre la construcción social de la sexualidad, que “la sexualidad no es un hecho dado, es un producto de negociación, lucha y acción humanas” (pp. 30). Del mismo modo, la migración es un proceso construido

desde el imaginario del viaje, durante el continuo proceso de adaptación al nuevo espacio y hasta el posible retorno.

La metodología del estudio tiene un enfoque plural en el que se utilizan diferentes teorías y métodos, específicamente se utiliza un enfoque integrado, *integrated approach*, que es aquel en el que se utilizan códigos creados a partir del análisis y códigos que parten del marco teórico, es decir, el enfoque integrado es: “el método que aplica principios de razonamiento inductivo y el método de comparación continua –de Glaser y Strauss, 1967– mientras que se utilizan códigos predeterminados (*a priori*) para el análisis”[§](Bradley, Curry y Devers, 2007). Un ejemplo de un método integrado o mixto de teoría cualitativa puede observarse en Federay y Muir-Cochrane (2008) y se respalda en las nuevas formas de la teoría fundamentada (Juliet Corbin y Strauss, 1990; Charmaz, 2006). Este tipo de acercamiento permitió relacionar los hallazgos de las lecturas iniciales de las primeras entrevistas con la teoría de la adultez emergente, que es parte fundamental del marco teórico de esta investigación, lo que contribuyó a contemplar un muestreo teórico de mayor profundidad.

Selección de los participantes

La muestra en este tipo de investigación busca ser significativa (Gutiérrez Vidrio, 2012), más allá de buscar la representación del total de la población. Los jóvenes fueron seleccionados utilizando un muestreo mixto, es decir, utilizando conceptos de los tres tipos de muestreo más comunes según la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID, por sus siglas en inglés–: a propósito, por cuotas y bola de nieve (Mack, Woodsong, Macqueen, *et al.*, 2005). Todos ellos unificados mediante un muestreo teórico (Glaser y Strauss, 1967). Un ejemplo de este tipo de muestreo mixto puede verse aplicado por Poorman (2002).

Los participantes fueron seleccionados con un muestreo *a propósito*, también conocido como muestreo por criterios (Mack, Woodsong, *et al.*, 2005; Patton, 1990; Teddlie, 2007). Este es un tipo de muestreo utilizado en estudios cualitativos mediante el cual sólo los

[§] Traducción propia del texto de la página 1768 de Bradley, E. H., Curry, L. A., y Devers, K. J. (2007). *Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory*. Health Research and Educational Trust, 4(42). doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x

participantes seleccionados pueden proveer la información necesaria para responder a las preguntas y objetivos planteados, de acuerdo a los criterios de inclusión (ver tabla 2). El uso de un muestreo teórico permitió añadir el criterio de estudiante a lo largo de la muestra, debido a la inclusión de la teoría de la adultez emergente, lo que se realizó a partir de la lectura de las primeras entrevistas, sin embargo éste es un criterio no restrictivo, es decir, no necesario, pero deseable. A continuación y siguiendo la pauta creada mediante los criterios de inclusión utilizados en el muestreo a propósito se desarrolló un muestreo por cuotas o muestreo estratificado (Mack, Woodsong, *et al.*, 2005; Patton, 1990). El muestreo estratificado mediante subgrupos en la muestra contribuye a la homogeneización y la comparación, de igual manera es una herramienta útil al plantear originalmente un número inicial de la muestra, lo que se requiere en protocolos y proyectos de investigación del proyecto. Por último, se utilizó un muestreo por *bola de nieve*, que según explica Teddlie (2007) es un tipo de muestro secuencial que inicialmente utilizaron Glaser y Strauss.(2002) La técnica de *bola de nieve* también suele llamarse *muestreo de cadena*, porque los individuos o sitios son eslabones que se unen a otros para formar la muestra final; generalmente es utilizada para localizar a población de difícil acceso, aunque también se utiliza para buscar la saturación teórica (Brod, Tesler y Christensen, 2009; J. Corbin y Strauss, 2008) de la muestra.

Los criterios de inclusión que se utilizaron para delimitar la muestra fueron la edad, el país de origen, el sexo, el tiempo de residencia en España y la condición migratoria en ese momento, así como ser o no estudiante –este concepto no era excluyente o incluyente, sólo deseable–. Aunque algunas de estas características ya fueron tratadas con mayor profundidad conceptual dentro del marco teórico, se retoman sus características básicas.

Tabla 2. Criterios de selección

Criterio	Explicación
Edad	<p>Una vez definido el espectro que abarcaría la posible población de estudio, de acuerdo a lo que plantea la teoría de la adultez emergente, esta etapa va de los 18 a los 29 años de edad, y a la mayor población migrante, se seleccionó este criterio de inclusión. Debido a las características de los participantes y a la diferencia en los ambientes –y culturas–, se decidió incluir en la muestra a participantes que excedieron el límite de edad.** De igual forma el participante de menor edad contaba con 22 años al momento de la entrevista.</p>
Países	<p>Los países seleccionados para la muestra fueron Argentina, Bolivia, Ecuador y México:</p> <p>México y Argentina fueron seleccionados debido a que las características de su población de migrantes que pertenecen al rango de la edad planteada son similares. También, estos países son estadísticamente similares en cuestiones de salud sexual y reproductiva. Principalmente se toma en cuenta que una gran parte de los migrantes de estos países vienen a España a realizar estudios de posgrado. Así mismo, se han realizado trabajos sobre adultez emergente en estos países (Facio y Resett, 2009; Facio, Resett, <i>et al.</i>, 2007), lo cual es un antecedente sobre la posibilidad que tiene la adultez emergente de existir en otros medios que no sólo sean países desarrollados. Argentina es el 13º país con mayor número de inmigrantes en España: 105,219 (INE, 2013).</p> <p>Mientras que Bolivia y Ecuador se integraron a la muestra por ser los dos países latinoamericanos con</p>

** Incluso se planteó a Jeffrey Arnett la posibilidad de alargar la etapa dependiendo de la situación de vida.

	<p>mayor población inmigrante en España, aunque los datos durante la elaboración de este documento pueden haberse modificado de forma reciente, los últimos datos publicados indicaban que Ecuador contaba con un total de 316, 756 migrantes en España y Bolivia es el tercer país de América Latina con más inmigrantes en este país con un total de 183,626 (INE, 2013). Por otro lado, comparten estadísticas sobre salud sexual y reproductiva en jóvenes, así como las leyes sobre el aborto, las cuales son similares (ver aborto). A diferencia de México y Argentina estos países no cuentan con estudios sobre poblaciones durante la adultez emergente o la posibilidad de que esta etapa de vida existe en algún grupo poblacional específico.</p>
Migrantes regulares	<p>En la investigación sobre la sexualidad de migrantes, en especial de poblaciones latinas, predominan estudios que tienen como objetivo a población migrante con estatus irregular sobre aquellas personas que tienen un estatus regular. Esto, en parte, se debe a las características de riesgo que tienen las personas que migran de forma irregular. Sin embargo, se retoma la necesidad de plantear nuevas áreas de estudio en población migrante (Ariza y Laura, 2012); por ello en este estudio se requería de un alto porcentaje de estudiantes y personas en situación regular dentro de la muestra. Por lo anterior, y debido a las características que se buscaban explorar, se decidió delimitar la muestra a migrantes regulares, de los cuales existe muy poca literatura, y es nula cuando se combina con la adultez emergente.</p>
Género	<p>La investigación sobre migración ha sido criticada debido a su falta de enfoque de género (Parker, 2007). Existen diversos enfoques, sin embargo gran parte de la literatura sobre género y migración, se enfoca en tráfico de</p>

	<p>personas, personas refugiadas, migración por acompañamiento, y en pocos casos se mira la relación en procesos migratorios en los que las mujeres migran con independencia y por decisión propia (por trabajo, estudios o en busca de un cambio de vida). Para poder realizar un análisis con un enfoque de género, es decir en el que las construcciones sociales sobre lo que es ser hombre o mujer, y las consecuencias de esto, se puedan analizar dentro del contexto de la investigación, se han incluido hombres y mujeres en la muestra, siempre tratando de mantener un equilibrio entre ambos (ver género).</p>
Tiempo	<p>El tiempo que cada uno de los participantes ha pasado en España o viviendo fuera de su país debía de ser relevante, es decir, no un periodo vacacional, el cambio de residencia era un elemento básico. De esta forma, el participante que menor tiempo había residido en España tenía seis meses viviendo en Madrid. Se sabe que para los organismos internacionales el tiempo mínimo de residencia para considerar inmigrante a una persona es de un año, sin embargo hay características similares, de quienes planean residir en otra ciudad al menos por ese tiempo, que permiten incluirlos en la muestra.^{††}</p>

Utilizando dichas técnicas de muestreo se contactó a uno o a varios jóvenes en lugares clave: bares y restaurantes; universidades; ferias de países latinoamericanos; y redes sociales virtuales. Se intentó contactar a participantes por medio de casas de inmigrantes o centros de apoyo, pero no fue posible que las casas y los centros proporcionaran los datos personales de posibles participantes.

^{††} El término migrante para esta investigación es definido como: persona que viaja a España para vivir en ese país durante un periodo de tiempo mínimo de seis meses, con la condición de que no lo haga con fines turísticos, no importando las razones de su viaje (trabajo, estudios, otros). No es relevante para fines de esta investigación si planea o no retornar a su país de origen.

Cuando el primer contacto con el posible participante fue en persona, se le explicaron de forma breve los fines del estudio, se le preguntó su edad y su nacionalidad, que son criterios de inclusión básicos para la muestra. Posteriormente, se le pidieron datos de contacto, como su teléfono, correo electrónico o red social. Les fue enviada una invitación (ver anexo B) con una explicación a profundidad sobre el estudio y se fijó, en caso de que aceptaran la entrevista, la fecha, la hora y el lugar para llevarla a cabo. En caso de que el primer contacto hubiera sido virtual, la invitación se envió desde un primer momento y se continuó con el proceso que se describe en el contacto personal. Al finalizar cada una de las 32 entrevistas, se les solicitó su apoyo a los participantes para que recomendaran a otros jóvenes con las características necesarias, con el fin de continuar el muestreo de bola de nieve.

El uso de redes sociales como medio de contacto, se utilizó en menos de la tercera parte de las entrevistas, sin embargo el proceso está siendo cada vez más utilizado. Existen artículos de investigación que han desarrollado técnicas de recolección de datos basadas en la bola de nieve virtual (Baltar, Grjup y Pámies, 2007; Sadler, Lee, Lim, *et al.*, 2010). Las redes sociales virtuales utilizadas fueron *Twitter* y *Facebook*; aunque el contacto final establecido por *Facebook* se realizó mediante el correo electrónico. Se creó un perfil de *Facebook* a nombre de la investigadora principal con datos del proyecto y en adelante se utilizó de manera formal, sin embargo pareció funcionar mejor cuando la cuenta fue más amigable, es decir, que se utilizó una foto de perfil y se añadieron contactos para formar una red más cercana a los usuarios. En cuanto a *Twitter* se utilizó enviando mensajes a contactos clave, así como mensajes a la comunidad abierta. También se buscaron, en ambas redes sociales, perfiles que parecieran cumplir con los criterios de inclusión para hacerles una invitación virtual. *Twitter* funcionó únicamente para contactar a dos de los participantes bolivianos, mientras que *Facebook* fue la herramienta con la que se inició el contacto con el grupo argentino.

Recolección de datos

Las entrevistas a profundidad son parte de una técnica cualitativa de recolección de investigación. Existen diversos tipos de entrevista, partiendo desde la entrevista a profundidad clásica donde se requieren varias sesiones de entrevista, las entrevistas semiestructuradas de una sola sesión o las estructuradas creadas a partir de preguntas de

respuesta cerrada. En todos los casos el fin de la entrevista es conocer de forma personal y cara a cara con el entrevistador “las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Teddlie, 2007).

La entrevista permite que el participante comparta de forma personal sus perspectivas y experiencias, sobre todo cuando se trata de temas que pudieran resultar difíciles de compartir con otras personas, como en este caso en el que objetivo era aprender sobre la vida sexual y reproductiva de los migrantes participantes, acerca de cómo se desarrolla y cambia (Bradley, Curry, *et al.*, 2007; Mack, Woodson, *et al.*, 2005; Simon y Gagnon, 2003). De ello deriva la importancia de realizarlas sin familia o personas conocidas presentes en la misma habitación y sin interrupciones como trabajo o niños pequeños, aunque esto último no pudo lograrse en todas las entrevistas. Por ejemplo, durante las entrevistas Lorena y Laura, ambas mujeres ecuatorianas, fueron distraídas en ciertos momentos de la entrevista por sus hijos, los cuales llegaban de la escuela o que, aunque estuvieran a cargo de sus padres, buscaban a la madre en diferentes ocasiones.

Para este estudio se definió una entrevista semiestructurada con una pequeña sección estructurada al inicio para contener los datos sociodemográficos de los participantes. Antes de realizar las entrevistas, se realizó un proceso formativo en el que se crearon guías de entrevista de investigación (ver anexo C). Las guías cuentan con áreas específicas sobre sexualidad y migración, así como áreas que contemplaban conceptos básicos demográficos de los entrevistados, también contienen temáticas sobre escolaridad, religión, parejas y familias, entre otras preguntas lo suficientemente amplias para contener el discurso de cada uno.

El orden de los temas fue corroborado mediante una prueba piloto, comprobando así que las guías fueran de utilidad, tuvieran el efecto deseado, fueran fluidas y que quienes fueran entrevistados comprendieran el lenguaje utilizado y los términos planteados. Las entrevistas piloto fueron dos, realizadas a Elisa y a Erick. De cualquier forma las entrevistas cualitativas fueron modificadas durante el trabajo de campo adaptándose a nuevos conceptos que surgieron a lo largo del trabajo de investigación, posibilidad planteada en la teoría fundamentada (Brod, Tesler, *et al.*, 2009).

Se estableció contacto con un total de 37 posibles participantes. La no respuesta o no asistencia a la entrevista fue baja. Sólo dos ocasiones el contacto no se presentó a la entrevista: un hombre boliviano contactado a través de *Facebook* y una mujer mexicana contactada en un café. Con ambos se trató de fijar una nueva cita sin éxito. Tres contactos se negaron a la entrevista, nunca se pudo fijar una fecha o no dieron respuesta después del primer contacto.

El número total de entrevistas fue de 32, las cuales fueron realizadas en la ciudad de Madrid durante varios periodos de tiempo, que en conjunto fueron de noviembre del 2011 a junio del 2013. El número de entrevistas se define por diversos métodos, el más común para la teoría fundamentada es la saturación teórica, sin embargo los autores indican que el número de entrevistas varía dependiendo de las preguntas y fines de la investigación (S. E. Baker, Edwards, Adler, *et al.*, 2012; Guest, Bunce y Johnson, 2006; Patton, 1990). Hay investigaciones, como la que realizaron Guest *et al.*, en la que se han analizado los procesos de manera que, verificando cuando se comenzaban a repetir los códigos y en qué momento habían aparecido, seis entrevistas eran suficientes para saturar la muestra (Guest, Bunce, *et al.*, 2006). Por otro lado, Morse argumenta que lo realmente importante no es el número de veces que la información se repite, sino la riqueza del detalle descriptivo que ésta encierra (Morse, 1995). Con base en la conceptualización de saturación teórica se trató de alcanzar la saturación de los principales códigos propuestos *a priori*, conservando en lo posible la homogeneidad de los subgrupos de la muestra. Así mismo se tomaron en cuenta los códigos que surgían *in vivo* de las primeras lecturas y codificaciones para poder incluirlos en las siguientes entrevistas y determinar su posible saturación.

Al mismo tiempo que se realizaban las primeras entrevistas, se inició la transcripción de datos para asegurar el número necesario de jóvenes en la muestra. Los datos que se han obtenido de las entrevistas realizadas, permiten llevar a cabo un análisis a profundidad, dentro del marco ecológico, sobre las percepciones y los significados de los temas que trastocan la sexualidad y la migración de los participantes en cada uno de los grupos estratificados.

Antes de realizar la entrevista, los jóvenes recibieron una tarjeta informativa (similar a la invitación inicial) con los datos que ésta contenía sobre las características del estudio, para cumplir con los lineamientos éticos necesarios para cualquier estudio que implique a

personas en él (ver anexo D). Los principios éticos básicos que cualquier investigación, cualitativa o no, debería de practicar se describen en el Reporte de Belmont (1979), estos principios son: respeto por los participantes, beneficencia y justicia. Además, se les leyó una carta de consentimiento informado (Israel y Hay, 2006; Johnson y Christensen, 2007), la aceptación a participar en el estudio con todas sus características, así como la posibilidad de renunciar a la entrevista en el momento en el que se decida o de poder no responder a uno o más de los temas propuestos quedó grabada en el audio de las entrevistas (ver anexo E). Este tipo de consentimiento informado oral se utiliza, por ejemplo, cuando el mayor de los riesgos es la pérdida de la confidencialidad de la información dada al investigador (Mack, Woodsong, *et al.*, 2005). Aunque algunos autores discuten el uso del consentimiento informado en estudios cualitativos, argumentando que no se trabaja con sujetos sino con personas de par a par (Taylor y Bogdan, 1987) y parece esencial contar con estos mínimos requisitos éticos dentro de cualquier proyecto, tanto para garantizar la viabilidad del proyecto como los derechos de los participantes.

En toda investigación es importante la confidencialidad de la entrevista, especialmente para temas que pueden ser difíciles de tratar socialmente, como en este caso la sexualidad del participante. En ese sentido el nombre real de los informantes queda registrado sólo en el diario de campo, donde se elaboró inicialmente un cuadro biográfico con los principales datos sociodemográficos obtenidos en la entrevista. Posteriormente se realizaron tablas para crear nombres codificados y los nombres ficticios que se utilizan a lo largo del proyecto. Los audios y los nombres reales de los participantes se conservarán por un máximo de tres años a partir de la finalización del proyecto.

Los datos del cuadro biográfico, así como el audio y la transcripción de la entrevista, son archivados bajo la siguiente clasificación (ver tabla 3), misma que se utilizó durante las transcripciones y el análisis:

Tabla 3. Clasificación de las entrevistas y transcripciones

Sexo	
H	Hombre
M	Mujer
O	Otro
País	
A	Argentina
B	Bolivia
E	Ecuador
M	México

Ejemplo de la clasificación: MH24, donde se trata de una entrevista realizada a un hombre mexicano de 24 años de edad. En el caso de que existieran dos claves idénticas se utilizó una letra al final, a partir del segundo entrevistado, quedando así: MH24, MH24A, MH24B, etc.

La información que se obtuvo de las entrevistas fue codificada. Para comenzar se crearon los códigos *a priori*^{‡‡}, estos son códigos desarrollados antes del análisis de datos y de la realización de las entrevistas (Johnson y Christensen, 2007) (ver Anexo F). Los códigos y las entrevistas fueron revisados durante el proceso del trabajo de campo, surgiendo códigos *in vivo* (Brod, Tesler, *et al.*, 2009; Guest, Bunce, *et al.*, 2006). Tanto los códigos preconcebidos, que se incluyen en los temas de las guías de entrevista, y los que surgieron durante el proceso del trabajo de campo *códigos in vivo*, se añadieron a la investigación, mediante el libro de códigos. Este tipo de métodos, como mencionamos, se conocen como *integrated approaches* (Bradley, Curry, *et al.*, 2007). El libro de códigos es un listado en el que se registran todos los códigos del estudio tanto *a priori* como *in vivo* y dentro del cual se registra la descripción y número total de veces que se utilizó cada uno de ellos.

^{‡‡} Los códigos *a priori* se refieren a los temas relevantes para la investigación y que deben ser abordados en las entrevistas, basados en el conocimiento previo del investigador y en la revisión bibliográfica y teórica realizada antes de comenzar con las entrevistas.

El proceso analítico comenzó por la transcripción de las entrevistas, para realizar un análisis posterior. La transcripción es el proceso mediante el cual el audio grabado en cada una de las entrevistas a profundidad es convertido en texto. Este proceso generalmente no es descrito en la metodología de la investigación y es tomado como un paso más, la mayoría de las veces no se toma en cuanto a su importancia en la validez y rigurosidad de la metodología. Es por ello que debe ser realizada de forma profesional, utilizando criterios uniformes y las abreviaciones gramaticales correctas para las indicaciones que se realicen como pausas o interrupciones (Poland y Sage, 2003). Los textos deben ser comparados contra el audio un mínimo de dos ocasiones. En este trabajo la investigadora realizó todas las entrevistas y transcripciones.

La transcripción se realizó utilizando la técnica del dictado con uso de un programa informático dedicado a dicho fin: *Dragon NaturallySpeaking v.12.0*⁵⁵ (Nuance, 2012). Esta técnica permite acelerar el proceso de transcripción y el proceso llevado a cabo en este estudio está basado en lo propuesto por Jennifer Matheson (2007). Los programas de dictado no han llegado al nivel de desarrollo en el que puedan reconocer más de una voz, por lo que la solución ha sido dictar al programa tanto la voz del investigador como la respuesta del participante. Después del dictado debe revisarse y corregirse, para posteriormente volver a comparar el texto con el audio. Se registraron cada uno de los sonidos que existen en el audio, risas, llantos, afirmaciones y sonidos externos como platos rotos, llanto de niños, sonido de teléfonos, entre otros.

Dragon NaturallySpeaking v.12.0 debe de ser inicialmente entrenado, es decir, se realizan una serie de ejercicios en los cuales quien transcribe lee un conjunto de textos, dictándolos al programa. Siempre que se introducen datos de voz se debe utilizar una diadema con audífonos y micrófono integrados para cerciorarse de que se mantendrá la mayor claridad posible. El programa captará con mayor claridad las palabras conforme más se utilice, es importante mantener un nivel de voz y una dicción similares cuando se utilice.

No hay muchas referencias académicas sobre la metodología que implica la transcripción por dictado, sin embargo se menciona su rapidez y su precisión (Fletcher y Shaw, 2011; Zick y Olsen, 2001). En este caso la velocidad de transcripción, incluida la revisión y

⁵⁵ Dragon NaturallySpeaking Premium 12 es un programa de cómputo de reconocimiento de voz.

corrección posterior de los textos, fue mucho más rápida y sencilla que en anteriores transcripciones realizadas de forma tradicional, es decir introduciendo el texto mediante el teclado.

Proceso analítico

Para desarrollar el proceso de análisis se utilizó como organizador de datos el programa de análisis cualitativo *Nvivo 8* (QSR, 2008). Es importante señalar que los programas de cómputo para análisis cualitativo son sólo un apoyo para organizar, intercambiar, codificar, unir y separar los datos. Algunos de ellos pueden ayudarnos formando cadenas mediante nodos, una serie de códigos que vistos gráficamente son más fáciles de analizar. Los programas de análisis cualitativo no analizan, sino que apoyan a quien realiza la investigación a simplificar la visualización de los textos y a clasificar los códigos y subcódigos dentro de las categorías dadas por la investigadora.

Los códigos, según Bradley *et al.* (2007), son etiquetas que se asignan al documento, o parte de él, para catalogar los conceptos clave, preservando el contexto. Estos códigos también son útiles para sistematizar los datos, así como a identificar, desarrollar y relacionar los conceptos que surjan de ellos (Denzin y Lincoln; Strauss, 2002). Los códigos, ya sean inductivos o deductivos, deben ser claros y entre más datos existan serán cada vez más refinados, es decir, existen subcódigos, esto de acuerdo a una codificación axial (Bradley, Curry, *et al.*, 2007; Brod, Tesler, *et al.*, 2009; Corbin y Strauss, 2007).

El método inductivo es parte de la teoría fundamentada e implica que a partir de los datos se obtienen nuevas hipótesis y teorías (Amezcuca y Galvéz, 2002; Denzin y Lincoln). En la teoría fundamentada, el fenómeno en estudio no se concibe como estático sino se encuentra siempre en proceso de cambio (Brod, Tesler, *et al.*, 2009) y este cambio puede ser observado desde el punto de vista de la migración y la sexualidad de una persona o un grupo. De acuerdo a la teoría fundamentada, siguiendo las guías de entrevista y la teoría ecológica del desarrollo (Bronfenbrenner, 1979), se identificaron códigos que se desprendieron del análisis de los datos. Cuando se utilizan, como en este caso, códigos tanto deductivos como inductivos.

Los códigos se utilizaron para adecuar los datos por temas o categorías, es decir, se agruparon los datos con los códigos relacionados, lo que sería similar a una taxonomía de los datos donde se describe un discreto conjunto de dominios que caracterizan un proceso multifacético o grupo de códigos (Bradley, Curry, *et al.*, 2007). Se recurrió a la teoría ecológica del desarrollo (Bronfenbrenner, 1979) como herramienta para observar cómo se entrelazan los diferentes elementos –desde los individuales hasta los estructurales, pasando por los sociales, familiares y otros– dentro de los contextos donde los jóvenes viven su sexualidad. También se utilizó el enfoque de género para el análisis, así como la teoría y estudios existentes sobre la adultez emergente.

El total de los códigos generados en el análisis pueden verse en el libro de códigos. Sin embargo cabe mencionar algunos de los más relevantes, ya que son aquellos que funcionaron como eje del análisis: el código *aborto* contiene los discursos que se refieren a una opinión o conocimiento sobre el tema, incluye a las mujeres que se han practicado un aborto y los discursos de los hombres y las mujeres que conocen a alguien que se lo ha practicado, su pareja o no, también se retoma el conocimiento que se tenga sobre leyes en su país de origen o España y la posibilidad hipotética de verse en la situación de un embarazo no deseado; *métodos anticonceptivos* es un código amplio que contempla discursos sobre uso de anticonceptivos y las razones del uso o no uso, la posible negociación con la pareja, con qué tipos de pareja se usa y qué proceso de uso se utiliza, si el proceso migratorio ha hecho que estos conceptos cambien o si hay otros factores que los modifiquen; *salud del hombre* se refiere a toda mención sobre la salud del hombre, especialmente sobre su salud reproductiva, incluye cáncer de próstata, conocimiento sobre otros padecimientos y deseos de mayor información sobre el tema; *salud de la mujer* es un código amplio que considera prevención del cáncer de mama y cáncer cervicouterino, conocimiento sobre el Papanicolaou y el virus del papiloma humano (VPH), incluye también temas sobre la menstruación; el código *prácticas sexuales* se refiere a discursos sobre los distintos tipos de prácticas como el sexo anal y sexo oral, con qué parejas se practica y con cuáles no, si la migración influye de algún modo en estas prácticas o sus conocimientos sobre ellas, entre otros; *búsqueda de información sobre salud sexual y reproductiva* se conforma de la información recabada acerca de dónde se obtiene información sobre los diversos temas de salud sexual y reproductiva, integra la que proviene de la pareja, los pares, los medios de comunicación y la que se busca a propósito con el médico o el internet; *diferencias entre el país de origen y España* un código que

contiene todas las diferencias culturales, sexuales, reproductivas, sociales entre los países a las que los entrevistados hacen referencia; *cómo hubiera sido la vida sin haber migrado* interesante descubrir lo que ha traído a sus vidas la migración y lo que han dejado atrás, en ocasiones dicen que nada cambió, que nada hubiera cambiado; *discriminación* cualquier referencia a ser o sentirse discriminado, igualmente se integran los discursos sobre otros siendo discriminados, o sobre nunca haberlo sido; *educación sexual* en dónde se aprende y qué se enseña, quién les habla sobre sexualidad en primer lugar, qué se dice en casa y en la escuela, qué se aprende de los amigos, código ligado en ocasiones a *información*; por último, el código *religión* donde se integran las menciones a ser, dejar de ser o haber sido religioso, en un sentido amplio que no necesariamente menciona un colectivo en específico, aunque predomina la religión católica, también se hacen comentarios sobre la relación entre la educación sexual y la religión, la escuela y la religión, así como la sexualidad y la influencia de la religión en ella, o la relación entre la religión y la adultez emergente.

Los resultados se presentan utilizando un nombre ficticio con el cual se identificó a quienes participaron en el estudio. La clave se encuentra resguardada junto con la clave numérica con la que se clasificaron en un inicio. La tabla de atributos (ver tabla 4) se presenta con la clasificación alfanumérica y el texto de resultados con los nombres ficticios, además de la edad del participante y su nacionalidad.

Como mencionamos, desde los códigos se generaron distintos temas, a partir de los cuales se presentan los resultados del estudio. Pudiendo así generar hipótesis sobre los cambios que se generaron o no en los comportamientos y significados de los fenómenos que se trastocan entre la sexualidad de estos adultos emergentes e inmigrantes en Madrid.

Transferibilidad y limitaciones

Al realizar una investigación cualitativa el investigador se transforma en parte fundamental de la misma, interviniendo de alguna forma en los datos presentados. Ya sea modificando algún aspecto de la población de estudio por su acercamiento a la misma, como los roles de género (Paris Pombo, 2012) o por los sesgos que pueda tener el investigador al momento de realizar el análisis.

Cuando se habla sobre la confiabilidad de un estudio, Merriam deja claro que “la pregunta más importante para la investigación cualitativa es si los resultados son consistentes con los datos recolectados” (2009 p. 221). Del mismo modo no se debe perder de vista que la impermanencia de la causalidad en los procesos sociales hace que la transferibilidad de los datos no sea posible en términos estadísticos, sin embargo cuando los procesos de la investigación han sido descritos con detalle suficiente puede ser que quien busca aplicarlos nuevamente pueda saber en dónde sería posible hacerlo, de acuerdo a los criterios existentes, por ello Lincoln y Guba (1985) aclaran que la “prueba” recae en quien desea replicar y transferir.

Las limitaciones, que se encuentran en cualquier tipo de investigación, confieren a la investigación cualitativa la especificidad de la no generalización de los datos en las poblaciones. Se habla de grupos específicos y las personas que participan en ellos, ya sea mediante grupos focales, entrevistas, observación participante, fotografías u otros métodos de investigación poseen características que les vuelven parte de un grupo en el que se profundiza sobre temáticas específicas, las personas que participan son aquellas que pueden dar mayor detalle.

Como explica Gloria González-López (2005) en su trabajo con migrantes, el fin de esta investigación es crear discursos reales, verdaderos, que representen “con exactitud” las construcciones sociales de quienes ha colaborado en este estudio sobre su migración y su sexualidad.

Tabla 4. Atributos

Clave	Sexo	País	Edad	Años en España	Estado civil	Hijos	Escolaridad	# Parejas sexuales	Primera R. Sex	Religión	Ocupación
AH25	Hombre	Argentina	25	9	Soltero	0	Universidad	20	16	Sí (No practica)	Estudia
AH26	Hombre	Argentina	26	3	Soltero	0	Universidad	9	16	No	Trabaja
AH30	Hombre	Argentina	30	5	Soltero	0	Universidad	25	17	Otra: budista	Trabaja
AH32	Hombre	Argentina	31	5	Soltero	0	Bachillerato	6	15	No	Trabaja
AM27	Mujer	Argentina	27	2	Soltero	0	Universidad	30	16	No	Búsqueda
AM27A	Mujer	Argentina	27	10	Pareja (viven juntos)	0	Universidad	No asignado	19	No lo sabe	Estudia y trabaja
AM28	Mujer	Argentina	28	1	Casado	0	Maestría	15	17	No	Estudia y trabaja
AM29	Mujer	Argentina	29	11	Soltero	0	Maestría	15	18	No	Estudia
BH27	Hombre	Bolivia	27	1	Pareja (viven juntos)	0	Maestría	10	19	No	Estudia
BH27A	Hombre	Bolivia	27	1	Soltero	0	Maestría	30	14	No	Estudia y trabaja
BH29	Hombre	Bolivia	29	5	Soltero	0	Maestría	3	18	No	Trabaja
BH31	Hombre	Bolivia	31	11	Soltero	0	Universidad	30	12	No	Trabaja
BM28	Mujer	Bolivia	28	1	Soltero	0	Doctorado	10	18	No	Estudia
BM29	Mujer	Bolivia	29	7	Soltero	1	Bachillerato	6	16	Sí (No practica)	Trabaja
BM29A	Mujer	Bolivia	29	2	Soltero	0	Universidad	4	23	Sí (No practica)	Estudia
BM29B	Mujer	Bolivia	29	1	Pareja (viven juntos)	0	Maestría	10	18	Sí (No practica)	Estudia
EH24	Hombre	Ecuador	24	3	Soltero	0	Universidad	9	15	Sí	Trabaja
EH25	Hombre	Ecuador	25	2	Soltero	0	Bachillerato	6	17	Sí (No practica)	Trabaja
EH26	Hombre	Ecuador	26	8	Pareja (viven juntos)	1	Bachillerato	5	No asignado	No asignado	Trabaja
EH30	Hombre	Ecuador	30	2	Pareja (viven juntos)	0	Maestría	7	18	No	Estudia
EM27	Mujer	Ecuador	27	8	Casado	2	Secundaria	1	18	Sí (No practica)	Trabaja
EM28	Mujer	Ecuador	28	4	Soltero	0	Universidad	3	17	Sí (No practica)	Trabaja
EM29	Mujer	Ecuador	29	11	Pareja (viven juntos)	1	Bachillerato	10	No asignado	Sí (No practica)	Trabaja
EM30	Mujer	Ecuador	30	12	Pareja (viven juntos)	1	Bachillerato	3	16	No	Trabaja
MH22	Hombre	México	22	1	Soltero	0	Universidad	4	17	Sí (No practica)	Estudia
MH24	Hombre	México	24	5	Soltero	0	Universidad	No asignado	20	Sí (No practica)	Estudia
MH28	Hombre	México	28	1	Pareja (viven juntos)	0	Doctorado	6	17	No	Estudia
MH29	Hombre	México	29	1	Soltero	0	Maestría	6	17	No	Estudia
MM27	Mujer	México	27	8	Soltero	0	Universidad	3	17	No	Trabaja
MM29	Mujer	México	29	4	Casado	0	Doctorado	3	21	No	Estudia
MM30	Mujer	México	30	4	Divorcio	0	Doctorado	5	20	No	Estudia
MM30A	Mujer	México	30	1	Casado	0	Maestría	5	22	Sí	Estudia y trabaja

Capítulo 4. Resultados: primera parte

*“Pies para que los quiero,
Si tengo alas pa´ volar”
-Frida Kahlo*

Los resultados de esta investigación se organizan en dos partes que contienen diversas secciones temáticas, de acuerdo a las taxonomías creadas durante el proceso de análisis de las entrevistas y códigos. Los resultados se entrelazan con la discusión con otros resultados previos con el fin de mostrar el conocimiento a partir de esta investigación.

La primera parte de los resultados se enfoca a cuáles son los ideales de vida de las personas que participaron en la investigación, como una forma de acercarnos a ellas y saber qué buscan, qué desean y a través de ello comprender los porqués de su forma de ver y vivir la vida. A continuación, se presentan las principales razones por las que las personas que participaron en la investigación dicen haber salido de sus países, ¿qué les llevó a migrar?, ¿cuáles fueron sus razones?, ¿cómo fue el proceso? Después se aborda una sección sobre la discriminación que han podido sentir, vivir o ver en España, esta sección contiene testimonios que muestran que incluso siendo una población muy específica, que pudiera considerarse privilegiada en cierto modo, también vive algunos procesos de discriminación sistemática. Finalmente, en esta sección se aborda la religiosidad de los participantes. Se destina esta sección a las relaciones que trastocan la religión, el proceso migratorio y la adultez emergente, siempre dentro de un contexto ecológico. La relación entre la religión y la sexualidad se aborda en diferentes secciones de la parte dos de este trabajo, como se ha mencionado es una de las principales formas de control social sobre la sexualidad.

Antes de comenzar con los resultados se muestran una serie de características sociodemográficas básicas de los 32 participantes (ver tabla 4), entre las que se destacan la edad, número de hijos o tipo de estudios:

- Únicamente tres personas estaban casadas al momento de la entrevista.
- Cinco participantes tenían hijos, de ellos cuatro procedían de Ecuador.
- Catorce participantes tenían estudios de posgrado y doce de licenciatura.

- Diecisiete personas no tienen una religión o se declaran ateas, mientras que sólo dos dicen ser religiosas.
- Dieciséis tenían como principal actividad estudiar.
- El promedio de edad es de 27,7 años en un rango de 22 a 31 –estos datos son similares al número modal de edad de los migrantes internacionales jóvenes que se encuentra entre 23 y 27 años de edad–.
- La edad promedio a la que migraron fue de 23 años de edad, sin grandes diferencias para hombres (23,5) o mujeres (22,9).
- En promedio tenían 4 años y medio viviendo en España –u otro país europeo– en un rango de seis meses a 12 años.

Ideales de vida: ¿grandes esperanzas?

¿Qué se espera a futuro?, ¿cuál es el plan ideal?, ¿cómo se espera que sean los siguientes años? Según Arnett (2007) para la mayoría de los adultos emergentes la vida tiene grandes esperanzas, en el amor y el trabajo, en el futuro. Los adultos emergentes de este estudio, tiene planes de vida a futuro que involucran viajes, hijos, no hijos, retornos y logros profesionales, pero sobre todo quieren vivir.

Cuando Leonardo me cuenta su historia de vida, tiene 28 años y lleva un año viviendo en Madrid; es mexicano y vino a España para estudiar parte de su posgrado. María es argentina, lleva diez años viviendo en Madrid. Ella vino a España cuando su familia decidió emigrar desde Buenos Aires, cuando la entrevisté ella tenía 27 años. María y Leonardo, aunque provienen de diferentes países, comparten una idea, definir su vida profesional antes de planear tener hijos. Dice María:

“...quiero esperar un poquito [para tener hijos], pero más que nada por nosotros, por nuestra vida personal, para desarrollarnos nosotros. Yo en lo personal quiero definir un poco mejor lo que voy a hacer a nivel profesional, no económico, porque nunca sabes, pero sí profesional o qué voy a hacer”.

Esperar para tener hijos, primero logrando una serie de metas personales, académicas, laborales o de pareja es una de las cualidades más específicas y comunes del porqué la

adultez emergente como etapa de vida (Konstam, 2007; Mortimer y Larson, 2002). Dichas decisiones personales, que impactan a los diversos sistemas ecológicos, se observan en la mayoría de los adultos emergentes del estudio.

Viajar, migrar como un ideal de vida, vivir en España un tiempo, pero al final volver a sus países son ideales comunes para los participantes. Víctor, que tiene 27 años y es boliviano, vive con su pareja en Madrid aunque su familia no lo sabe, Lorena una mujer ecuatoriana con ocho años viviendo en España y Leonardo el estudiante de posgrado, que vive con su novia, que ahora está en México, planean regresar a sus países. Cada uno tiene historias de vida distintas, pero desean ese regreso, ya sea para criar a sus actuales o futuros hijos, para casarse o para establecer una vida a futuro. Muchas de estas personas viajan sabiendo que tiene una fecha de retorno y muy pocas con la idea de establecerse de manera permanente.

En la literatura sobre migración se ha teorizado en diversas ocasiones sobre las personas migrantes que vuelven a sus lugares de origen, sobre “los retornados” en sus diversas categorías. Algunas de las teorías sobre retorno (Cassarino, 2004), confirman que muchos de los procesos migratorios son planificados y ello conlleva a la planeación del posible retorno desde antes de migrar.

Sin embargo, los ideales de vida pueden ser simples como lo define Alma:

“No tengo planes de vida, sólo vivir” (Alma, Argentina de 27 años)

Esta idea de vivir y dejarse llevar tomando decisiones según se requiera en cada momento es, también, consistente con la adultez emergente. Es el tiempo de la experimentación y las posibilidades.

Ellos son parte de una cultura global de la juventud (Nash, 2005), en la que los procesos entre la adolescencia y la adultez se extienden cada vez más, y en los que migrar es un fenómeno que ocurre con frecuencia, sobre todo como un proceso que se desea y se busca, se plantea como un proceso positivo de vida. A lo largo de las secciones de este trabajo se comprenderán mejor las situaciones de vida que conllevan a estas personas migrantes a tener características muy especiales y específicas en sus ideales, pensamientos y prácticas.

Migración

¿Por qué migraron?

Existen diversas categorías para clasificar a los movimientos poblacionales migratorios, tanto locales como internacionales, pueden ser debido a razones políticas o económicas, de forma interna o internacionales. Cada uno de los tipos de migración internacional tiene diversas características, pero pocas veces son relevantes en la literatura aquellas investigaciones que analizan los procesos migratorios en los que la persona sale de su país por otro tipo de razones. En este estudio sólo una persona migró puramente por razones económicas, que fue Elisa desde Bolivia –veremos su caso más adelante. El resto de las personas migraron por razones como las relaciones de pareja –sobre todo cuando las personas de diferentes países–, el deseo de vivir en otro sitio distinto al de origen (por conocer otros sitios, para estudiar –no importante si se estudia por vivir fuera o se vive fuera por estudiar–, o por encontrar raíces o dejar atrás situaciones personales que no les gustan.

Migración por pareja, por amor y desamor

En general, son las mujeres quienes migran debido a la pareja; ya sea que la pareja sea de origen español o que sea de su misma nacionalidad. Leonora, por ejemplo, conoció a su pareja, un hombre mexicano, por internet. Ambos vivían en México y después de conocerse y tener una relación, él decidió venir a vivir a España. Ella vino con él aunque no quiere vivir aquí.

“Él no estaba a gusto en México. Entonces era “nos vamos”, y yo sabía que él aquí está como pez en el agua, pero en México no y yo lo notaba, y ahorita lo veo, lo ves aquí feliz y lo ves allá y está deprimido, mal. El trabajo que tenía no le gustaba, se quejaba de todo. Entonces, yo también decidí venirme más que nada por él, no porque yo quiera estar aquí, yo estoy aquí por él. Es algo que me pesa y mis papás lo saben.” (Leonora, mexicana de 30 años de edad)

En algunos casos la razón que propició el proceso migratorio no fue el amor, sino el estudiar en el extranjero, sin embargo, con el tiempo algunas mujeres, como Patricia, que

vino de Bolivia, u Ofelia, mexicana de 30 años de edad, conocieron a su pareja y decidieron establecerse en Madrid indefinidamente. Valeria, mexicana, también conoció a su pareja por internet y vive en España desde hace cinco años, cuatro de ellos viviendo en pareja. Tanto Ofelia, como Leonora, se casaron, aunque Ofelia se divorció al poco tiempo. Ofelia decidió quedarse a vivir en Madrid, sobre todo debido a que ella había venido también a estudiar un programa de doctorado. Mientras que Leonora volvió a México al no haber sido su iniciativa migrar, en México sus microsistemas eran conocidos y viables para sus ideales de vida, y en España se habían trastocado.

Del total de hombres entrevistados sólo Octavio, boliviano, migró por acompañar a su pareja que decidió venir a España a estudiar. Octavio llevaba con su novia varios años de relación de noviazgo, después de un tiempo en España la relación se diluyó. Él cree que ella cambió mucho, que se comportaba con mayor libertad, debido a que aprendió cómo se comportaban las mujeres en España, dejando de lado roles más tradicionales.

“Es la rutina, se te va escapando de las manos y es muy difícil recuperarlo. Sobre todo influye mucho acá, que es muy liberal y la mujer tiene muchísimos más derechos, y la gente despierta mucho antes, y no es como nuestros países de Latinoamérica que somos más posesivos. Sobre todo en Bolivia. En La Paz, por ejemplo, la chicas son más tranquilas, acá comienzan a cambiar, tienen otros gustos y preferencias, entonces ya la cosa cambia. Si no alimentas el amor, si tu pareja va por otros temas poco a poco se pierde, y se acabó, pero gracias a Dios no se acabó mal.” (Octavio, boliviano de 29 años de edad)

El comentario de Octavio está relacionado con lo que halló González-López (2005 p. 196) en relación a lo que los hombres mexicanos pensaban que podía suceder con las mujeres al migrar “se hacen más libres” decía uno de sus entrevistados. Las relaciones de género están presentes en las relaciones de pareja, en los contextos de los participantes entrevistados ellas son quienes migran por decisión de la pareja o al país de la pareja. Incluso, es relevante que en el único caso de migración de un hombre, Octavio, por decisión de su pareja, la relación se haya disuelto por razones de roles de género. Este tipo de relaciones de género y machismo también se observa, con diferencias por país, en el estudio con migrantes latinoamericanos, hombres y mujeres, que realizó C. McIlwaine (2010) en Londres.

Valeria, mexicana, quien en parte conoció a su pareja por internet, debido a una intermediaria, se casó en España mientras estudiaba el doctorado. Ella cuenta que para su padre era muy importante y no podía dejar de hacerlo. El control social de su microsistema familiar seguía ejerciendo presión sobre ella a pesar de la distancia. Ella describe los procesos que vivió para poder casarse en España y los que otras personas habían vivido. Siendo sin duda un proceso burocrático, en el que explica, según su perspectiva, la nacionalidad de origen es importante. En una posición similar se encontró Leonora, quien define el proceso como “un trámite lento y difícil” para lo cual decidieron contratar los servicios de un abogado.

“Luego tenías que llevar los papeles a la provincia. Había una chica afuera, era rumana y le dijeron que no, y en seguida pasé yo, y – ¡Ah, México!, y, ¿Qué tal está todo por allá?–, siento decirlo, pero la verdad más privilegiados.” (Valeria, mexicana de 30 años de edad)

Migrar por amor, o quedarse en España por amor, implica no sólo decisiones entre dos personas, o entre sus microsistemas –familia, amigos, grupos religiosos–, también requiere de procesos macrosistémicos debido a los procesos legales que implica obtener una tarjeta de residencia o incluso la nacionalidad a largo plazo. Este tipo de procesos migratorios han tenido repercusión sobre el derecho a la elección libre de la pareja. Incluso un comunicado (“Love and money: how immigration policy discriminates between families,” 2014) sobre parejas de diferentes países en Reino Unido lo definió como “love isn’t all you need” – amor no es todo lo que necesitas–, haciendo referencia a las dificultades que se presentan para la legalización de dichos procesos.

Migrar para estudiar posgrados y otras razones

La migración tiene dos factores generalizados, la pobreza y el desempleo (Sassen, 2007), es decir que tiene un factor económico detrás. Sin embargo, en su mayoría, quienes participan en esta investigación tienen factores migratorios distintos. Como ya observamos en la sección anterior algunos participantes migraron “por amor”, pero existe otro grupo importante y son aquellas personas que migran debido al deseo de estudiar en el extranjero. En ocasiones los estudiantes extranjeros se consideran en los estudios de movilidad (Flores, 2009), pero no siempre son migrantes, incluso las legislaciones los incluyen en un

apartado especial que los coloca en un limbo. En este estudio los migrantes por estudios son considerados simplemente migrantes, debido a que viven en otro país por más de seis meses, con vías de permanecer por años, se establecen en ese país de destino, en ocasiones trabajan en él y más importante, generan relaciones personales y culturales bilaterales.

Como veremos a lo largo de este trabajo Elisa, Lorena y Angélica son las personas que migraron por trabajo o buscando trabajo, entre otras razones. De ellas, dos proceden de Ecuador, las tres tienen características menos semejantes al resto de las personas que integran la muestra, características que se apegan menos a las características de un adulto emergente e incluso esas cuatro personas son cuatro de las cinco que tienen hijos, lo que las hace distintas al resto y esto se relaciona con los factores económicos que se ha discutido en ocasiones deben tener los adultos emergentes para poder vivir dicha etapa de vida, por ejemplo en un estudio en Brasil (Dutra-Thomé, 2013) se encontró que el grupo de nivel económico bajo tendía a asumir roles adultos antes que el resto de las personas.

Migraron por su familia algunas personas que participaron en el estudio, como Jorge, Mario, Laura y María. Ellos migraron al final de su adolescencia o ya en la etapa de la adultez emergente. También han desarrollado estudios de licenciatura, excepto en el caso de Laura, quien ha llevado un ciclo de vida distinto al migrar. Los padres de Laura migraron primero, ella permaneció en su país de origen hasta que finalmente ella viajó después de un tiempo. Ha cambiado de país y en ocasiones no ha podido tener documentos de forma regular. El proceso migratorio no les fue fácil debido a que no fue su decisión y a la etapa de vida que vivían.

“Yo vine aquí con toda mi familia hace 10 años, y en Argentina, en un estado social bastante privilegiado, por decirlo de alguna manera, teníamos problemas, problemas económicos que iban y venían sobre todo con mis viejos, pero la verdad es que estábamos bastante bien, fue decisión a mis padres venir aquí, un poco también consensuada por todos” (María, argentina de 27 años de edad)

Del resto de participantes la mayoría migró por estudios, buscando oportunidades para mejorar su educación y vivir en otro país. Muchas de esas personas tienen becas y ahorros para poder vivir en Madrid, por periodos que varían entre un año y hasta más de cinco. Otras personas, en especial quienes viajan desde México tienen becas para poder realizar

dichos estudios, algunos pocos como el caso de Santiago, mexicano de 22 años, tienen apoyo de sus padres para poder realizar este tipo de estancias. El caso de Santiago, quien tiene apoyo de sus padres, coincidiría con la etapa de “lanzamiento” de la que habla Arnett y Fishel (2013), en la que el adulto emergente aún no es independiente económicamente.

“P: ¿Cómo es el proceso en el que tú decides estudiar un doctorado en el extranjero? R: Lo decidí cuando estuve en Europa, en un principio quería estudiar en otro país, pero en el 2010, no en el 2011, en mayo, me tocó venir a dar una entrevista aquí, una plática a Madrid. [...] y dije quiero vivir aquí, quiero estar aquí. Y un día platicando con mi familia, me estaban diciendo, que me fuera a estudiar fuera. Todo fue tan rápido que me di cuenta cuando estaba en el aeropuerto tomando el avión para venir.” (Luís, mexicano de 29 años de edad)

Un par de los participantes cuentan que parte del viaje se inició por la búsqueda de sus raíces, una de las razones que argumenta Sassen (2007) por las que suelen darse las migraciones en tradicionales. Este es el caso de Alejandro y Cecilia, ambos argentinos. Cecilia inicia este proceso migratorio como un viaje, sin embargo dice que la vida que encuentra en Barcelona era lo buscaba y decide quedarse en España y comenzar a estudiar. La búsqueda de raíces es entonces más un subtexto del viaje que del proceso migratorio que se da como tal una vez que Cecilia se encuentra en España.

Sin embargo, hay algunas otras razones para migrar. Personales, decisiones de vida, detonadores para aquellas personas que sólo buscan vivir de la manera en que se desea o imagina, posiblemente como se verá a lo largo de estos textos, buscando vivir una vida sin el control que genera el ambiente:

“Me considero una persona que me gusta estudiar, estudié derecho en la Argentina en la Universidad de título de abogada y me vine acá con la intención de no volver a trabajar de eso y estoy viviendo un poco al día, sin pensar en el futuro” (Alma, argentina de 27 años de edad)

Las diferentes razones que encontramos para migrar de las personas que componen este grupo nos brindan un panorama distinto. Como hemos observado pocas personas migrantes por razones económicas o parcialmente económicas, muchas por estudiar, por conocer, por

amor, a partir de un viaje o porque su familia decidió cambiar de país. Algunas de estas razones, como la experimentación y la oportunidad de viajar, reafirman la condición de adultos emergentes de los participantes.

Discriminación

La discriminación puede afectar la salud, la salud mental y la autoestima de las personas, entre otras situaciones. Es decir, la discriminación afecta a las personas de diversas formas, algunas de ellas pueden afectar los procesos de integración y aculturación, otras afectar la vida diaria y derechos humanos de las personas, como el acceso a la salud. Según el estudio realizado por Portes y Aparicio (2013) sobre inmigrantes de segunda generación en España solamente un cinco por ciento de los encuestados se ha sentido discriminado. Quienes contaron sus experiencias para esta investigación tienen, en su mayoría, presente eventos de discriminación que han sufrido ellos o personas a las que conocen. Es importante remarcar que mencionan como mayor indicativo para ser discriminado condiciones físicas que indiquen origen extranjero, entre las que se incluye el lenguaje.

La forma de hablar, ya sea la acentuación de las palabras o utilizar un lenguaje diferente denota el ser extranjero. Esto ha sido causa de discriminación para muchos de los participantes, incluso se les ha recomendado no hablar frente a policías para no ser increpados y les soliciten su identificación, incluso siendo estudiantes y recordando que en esta muestra todos los participantes tienen documentos vigentes para residir de forma regular en España. Este tipo de discriminación, llamada discriminación lingüística es descrita por los entrevistados.

“...la única vez [que me sentí discriminada] fue hace muy poco, cuando estuvo este conflicto que hay entre Repsol, bueno yo trabajaba de teleoperadora, la única vez que me sentí discriminada fue porque hablando por teléfono evidentemente mucha gente se percataba de mi acento, y me insultó por teléfono. Y de hecho en la calle me pasó en Vallecas, me pasó de pedirle fuego una señora en la calle para encender mi cigarro y decirme “Chao YPF” [se refiere a la empresa de gas nacionalizada por Argentina] la verdad es que por lo demás sé que me ha jugado mucho favor por ser blanquita, que no tengo parece el típico migrante, nunca me pidieron papeles, la policía jamás me paró para pedirme papeles” (Alma, argentina de 27 años de edad)

La discriminación racial es la más notoria, especialmente contra las personas que provienen de ciertos países latinoamericanos, como es el caso de Bolivia y Ecuador. Se repiten los ejemplos de agresiones verbales directas o indirectas. El caso de Rodrigo es relevante porque no sólo explica la discriminación dentro de España sino en otros países. Así mismo no es una discriminación específicamente en su contra, al parecer podría ser contra cualquier persona que físicamente fuera similar a él.

“Lo típico que te pasa que te subes el metro, buscas asiento y te sientas y una mujer blanca agarra su cartera, pensando te la vas a robar, pero “yo vivo mucho mejor que tú, probablemente donde tú nunca vas a vivir”, pero aun así que por el simple hecho de ser de un lugar distinto tienes esos prejuicios, aquí yo me siento como si fuera negro, sí me siento discriminado porque en Liberia también me decían que hombre blanco, por ejemplo, que no soy blanco, pero igual me decían chino, porque parezco chino, entonces en todos lados siempre soy discriminado, si volviera a Bolivia estaría bien porque pasaría desapercibido. (Rodrigo, boliviano de 27 años de edad)

En otros casos como los que narran Elena y Angélica, se repiten patrones de discriminación contra personas de ciertas nacionalidades. La mayoría de quienes participan de Ecuador y Bolivia tienen historias sobre discriminación física, sin embargo también muchos de los argentinos se han sentido discriminados por diversas razones, pero al parecer es una generalidad quien ha sufrido comentarios sobre las muchas personas inmigrantes que hay en España y la negatividad que se involucra en ello.

“Sí, de los sudaca de mierda, por ejemplo, de pedirme papeles, de cosas así, sí. Después, por ejemplo, mis vecinos. Vivíamos, mi prima y yo, con chicos españoles y los vecinos por ejemplo sólo conversaban con chicos españoles y no nos hablaban. O, a veces, por ejemplo, trabajaba en un lugar que se llama beca para socios de ONG y tenía que hablar de médicos del mundo y tenía que hablar con miles de personas, muchas veces así que te tratan “usted sudaca” y así. P: ¿Directamente te ha pasado algo? R: Que me pidan papeles, que qué haces aquí; y cada vez que iba hacer algún trámite burocrático en extranjería, que te tratan muy

mal, que poco más de “volverte a tu país”... y “ser de Bolivia es jodido.” (Elena, boliviana de 28 años de edad)

“Una vez en Alcalá que le habían robado un chico a una señora un bolso, a una señora mayor, “no es que estos inmigrantes de mierda” y me estaba mirando” (Angélica, ecuatoriana de 29 años edad)

Parece que existe también un patrón sobre los beneficios que por lo general tiene el ser de origen mexicano. La historia entre México y España durante la Guerra Civil española dejó una idea positiva sobre el mexicano en gran parte de la población española, comentarios señalan que a pesar de estar siendo discriminado cuando una persona se da cuenta de que, según el acento, se es mexicano el trato cambia de manera radical. Eso no significa que no exista cierta discriminación, como le sucedió a Ofelia a quien le pedían sus papeles sólo por su físico, ya que a otros en el mismo sitio no se los solicitaban. Finalmente, se muestra el caso de Santiago, quien fue agredido debido a la historia geopolítica que existe entre ambos países.

“Y la otra ocasión con un sujeto que se me acercó, él estaba borracho, y no me acuerdo que me empezó a decir, pero cuando escuchó que era latino, reconoció que mexicano, empezó a decirme cosas, de tu país es una mierda, nosotros los conquistamos, sin nosotros no existirían, y así, en realidad yo tampoco le hice mucho caso. Sabía que estaba borracho” (Santiago, mexicano de 22 años edad)

¿Cómo hubiera sido tu vida si no hubieras migrado? Abriendo la mente

“Yo no sería la que soy y sería otra, a la mejor peor o mejor, no lo sé. Creo que es una experiencia vital de la hostia porque conocí mucha gente diferente, por ejemplo, abrir la cabeza, el pensamiento”, dice Alma, que tiene tres años en Madrid, cuando le pregunto sobre cómo hubiera sido su vida si no hubiera dejado Buenos Aires.

Por otro lado, Cecilia, quien también dejó Buenos Aires, cuenta que un día se imaginó yendo por sus posibles futuros hijos al colegio y le dio pánico, así decidió salir; ahora,

cinco años después de haber tomado esa decisión, al preguntarle sobre la diferencia entre salir y quedarse, explica:

“En gran parte porque estoy sola, entonces también al salir de tu contexto y de tu entorno, creo que no hay límites más que los que te pongas vos y también quieras o no, allá tenés todo un entorno, tenés unos contactos, tenés una forma de funcionar que es muy difícilmente, o quizás no, y creo que, últimamente más, pienso que quizás no me hubiera limitado a ese entorno, pero veo que la gente que está allá, a mis amigos de allá, y más o menos están todos en ciertas posiciones, en cierto lugar, creo que aunque puedo imaginar que, aunque yo no sé, pudiera haberme escapado un poco, no sé si hubiera sido tanto.” (Cecilia, argentina de 29 años de edad)

Cuando Cecilia dice “no hay límites más que los que te pongas vos”, esa libertad de la que habla que le ha proporcionado la migración, describe lo que gran parte de las personas entrevistadas menciona. Como adultos emergentes con la oportunidad de experimentar, conocer, viajar y cambiar, el control social se trastoca, no necesariamente es que sus valores cambien o que ellos cambien, sino pueden tomar decisiones independientes a su microsistema de origen. Esto no significa que pierdan total conexión con dicho microsistema como en el caso de Valeria y su papá.

En las entrevistas se percibe una visión positiva sobre lo que la migración ha dado a quienes entrevisté. Al igual que Alma, Amanda cree que el haber migrado le abrió la mente. Amanda tiene 28 años y nació en Bolivia, tiene apenas un año en Madrid, pero destaca la importancia de conocer otras culturas. Ellas, por sus características socioculturales, pertenecen al grupo de la adultez emergente y disfrutaban de viajar y de conocer otros países y otras culturas. Una de las principales propuestas de la adultez emergente es el deseo de las personas por explorar su identidad (Jeffrey J. Arnett, 2000), esta búsqueda, que puede manifestarse a través de diferentes comportamientos, incluye el viajar, y muchas de las personas a quienes entrevisté coinciden en haber migrado como parte de un proceso de crecimiento y búsqueda personal.

Para los participantes, uno de los principales cambios que creen que tuvieron sus vidas al migrar fue un desarrollo personal positivo, al que algunas veces podríamos mencionar

como consecuencia de la migración. La migración, como proceso de cambio fuera del control social de la comunidad de origen y en la mayoría de los casos lejos de los padres, coadyuva en “encontrarse a uno mismo”, al crecimiento personal. Elena, boliviana de 28 años que vino a Madrid a estudiar, lo describe de la siguiente forma: “Me he vuelto más independiente, también porque vivía en casa de mis papás, así como vivir acá uno madura también de golpe, es como que te encuentras más contigo mismo, ¿no?, como un proceso de autodescubrimiento personal, de ponerte frente al espejo, esto es lo que hay”.

Para Víctor, un boliviano de 27 años y que está estudiando en Madrid su segunda maestría, migrar ha representado resultados positivos y saludables:

“[En Bolivia] Seguiría en mi empresa, feliz, trabajando, tranquilo, normal, pero seguiría ahí en la misma burbuja; ahora pienso que estoy... bueno de hecho yo pesaba 100 kg al llegar, ahora estoy en 80, he bajado... cambiar de país, cambiar de ambiente es un elemento personal, además de toda la historia, pues viajar y ver muchas cosas abren la mente.” (Víctor, boliviano de 27 años de edad)

En su relato, Víctor retoma el viaje como elemento beneficioso de la migración, como un proceso de resiliencia que le ayudó a mejorar su salud, cambiando su estilo de vida. Funciona, en cierta forma, como un proceso de encuentro con su persona y de escape de la rutina.

Jorge es mexicano y vino a Madrid a los 19 años, con sus padres; él es el único que se refiere al proceso de migrar como un cambio confuso: “Igual tendría, eh, menos confusión, salir de tu país te hace confundirte mucho”, continúa explicando cómo siente que se ha diluido su identidad durante la migración. Jorge narra diversas complicaciones durante la universidad, un proceso de adaptación difícil y una de las posibles razones es que es, a parte de María, el único participante que no decidió por sí mismo migrar.

“Todos esos tópicos que dicen la identidad son ciertos, depende cómo los manejes tú, pero si sales de tu país y llevas mucho tiempo fuera, ya se diluye, quién eres más o menos, de dónde vienes, a dónde perteneces más, y eso te hace confundirte, yo ahora mismo acabo la carrera, mi visado llega hasta diciembre, puedo irme a cualquier parte del mundo.” (Jorge, mexicano de 24 años de edad)

Para Santiago, el proceso de cambio se ha dado durante el año que ha vivido en Madrid. Tiene 22 años y es de México, al llegar a Madrid se encontró con una libertad que no conocía debido a los cambios que encontró en su microsistema; no estaban sus padres, ni sus amigos, su entorno era otro. Se encontró con libertad para salir, con “la fiesta” y sin control social. Sin embargo, cuenta que durante la segunda parte de su estancia tomó la decisión de concentrarse más en el trabajo y en la escuela, que lo demás pasaba a un segundo plano en su vida.

Tanto Pablo, un argentino de 30 años de edad que lleva cinco años viviendo fuera de su país, como Arturo, ecuatoriano de 26 años de edad, creen que su vida hubiera sido más complicada económicamente si se hubieran quedado en sus países de origen debido a que, explican, es más difícil vivir solos con los sueldos que existen, su situación económica es mejor en Madrid, aunque esa no haya sido la razón para migrar. Dicen que en Madrid han encontrado que pueden vivir mejor realizando el mismo trabajo con el que en sus países no hubieran tenido la misma calidad de vida, y que tiene más oportunidades de desarrollo.

“[En Buenos Aires] Es muy diferente, tendría que estar trabajando el doble de lo que trabajo aquí y no me alcanzaría, me costaría mucho poder vivir solo. La última vez que volví a Buenos Aires pregunté a los pocos amigos que están viviendo solos, a ver si de mi grupo de amigos del colegio están todos salvados económicamente, pueden rentar un piso donde quieran, pero otros amigos que están en situación de tener que trabajar para poder vivir, cuesta muchísimo y alquilar en capital te ponen veinte mil trabas, no es nada fácil vivir en Buenos Aires, es tan caótica la ciudad”
(Pablo, argentino de 30 años de edad)

Sin embargo, para Angélica, ecuatoriana de 29 años, el migrar implicó madurar en cuanto a las responsabilidades adquiridas, como el trabajo necesario para vivir, para mantenerse. Mención aparte el caso de Elisa, quien como hemos visto es la persona que migró netamente a trabajar, vive una idea distinta del proceso migratorio, ya que emigró por cuestiones puramente económicas para poder darle una mejor vida a su hija recién nacida a quien sólo ha visitado en dos ocasiones en nueve años. Por ello, la principal diferencia entre haber migrado o no para Elsa es la distancia con su hija. Sin embargo, a pesar de las dificultades que narra Elisa, el resultado en objetivos es positivo, ya que ha logrado establecerse y darle la vida que deseaba a su hija.

“Yo creo que mi hija no estaría pasando lo que pasa hasta ahora, no estar con su madre. Yo creo que la vida de mi hija hubiese cambiado mucho, porque al yo estar ahí, podía haber sabido de mi hija, qué está bien, qué está mal, qué le duele, qué no le duele. Pero lo malo es que si me quedaba allí, mi hija no hubiera tenido para comer, no hubiera tenido los lujos que yo quería darle siempre. Entonces, yo creo que allí no hubiera conseguido lo que estoy consiguiendo aquí, darle un futuro para ella [llanto]. (Elisa, boliviana de 29 años de edad)

El ejercicio imaginario de preguntarse cómo hubiera sido la vida sin el viaje, sin el proceso migratorio invita a reflexionar sobre el balance de la migración en la vida de las personas. Gran parte lo valoran como un proceso de autoconocimiento, un proceso positivo, no con ello se pretende decir que sea fácil.

Religión: ¿en qué creen y cómo ha cambiado?

Existen algunos estudios (Jeffrey J. Arnett y Jensen, 2002; Uecker, Regnerus, *et al.*, 2013) sobre la pérdida o dilución de la fe religiosa durante la adultez emergente, aunque no necesariamente en personas migrantes, y otros estudios sobre los efectos de la migración en la religión, que confirman la disminución, tanto de la fe religiosa, como de la frecuencia en que acuden las personas a centros religiosos (Akresh, 2011; Van Tubergen, 2013). Uecker, Regnerus y Vaaler (2013) identifican que es frecuente que, alrededor de los 20 años de edad, los adultos emergentes se alejen de la religión. Otros estudios sobre adultos emergentes destacan que al ser ésta una etapa de búsqueda y cambios, muchas veces culturales, de acuerdo a la definición de cultura de Fiske *et al.* (1998) como se observa en el Marco Teórico de este trabajo, las creencias religiosas también se ven afectadas y modificadas (Ahmadi, 2003; Jeffrey J. Arnett, 2003; Barry y Nelson, 2005; González-López, 2005; Konstam, 2007pp. 31). La mayoría de las personas a las que entrevisté no practican una religión como tal, han disminuido sus prácticas o creencias y se consideran ateos o agnósticos, este hallazgo coincide con lo que sucede con otros adultos emergentes de países desarrollados.

Por otro lado, estudios sobre religión y migración indican que hay grupos de migrantes, como el mexicano en Estados Unidos, que tienden a llevar sus costumbres religiosas consigo (Rivera S., 2006). Sin embargo, estos estudios no están realizados con una muestra

de adultos emergentes sino con migrantes adultos, y en migrantes generales, es decir con características socioeconómicas y políticas distintas.

Los datos sobre migración por amor son pocos, aunque en algunos países desarrollados se encuentran estadísticas sobre la población, por lo general joven, que migró para casarse o para seguir a su familia. Se pone en relevancia la bidireccionalidad de la migración y su relación con casarse, es decir, se puede haber migrado por la pareja o migrar y después encontrar a dicha pareja (UN, 2011). Es importante diferenciar esta clasificación de aquellas personas que son víctimas de trata o que viven matrimonios forzados o arreglados.

Los conceptos que surgen cuando se habla sobre religión en las entrevistas están relacionados con la sexualidad, los valores, el conservadurismo y la libertad. A pesar de que la mayoría de quienes participaron fueron criados bajo un esquema católico, sólo dos personas, Leonora, quien migró por amor y estudios, y Erick, un ecuatoriano de 24 años que lleva tres años viviendo en Madrid, se asimilan como católicos practicantes y creyentes. Sin embargo, como iremos conociendo en sus narraciones, no por ser ellos quienes se declaran como religiosos son quienes siguen más rigurosamente los lineamientos planteados por dicha religión.

Por otro lado, hay casos como el de Mario, argentino de 25 años de edad, quien ha sido criado en escuelas que se rigen bajo los preceptos del Opus Dei^{***}, pero no se asume como religioso, sus relatos remiten a su educación y creencias católicas. También es el caso de Jorge, mexicano que migró con su familia y de quien hablamos en la sección *¿Cómo hubiera sido tu vida?* Aunque menos dogmático, Jorge también fue criado de forma “muy católica” y sigue demostrando sus creencias, que se apegan a ello, sin embargo no se identifica como religioso. Para Jorge, por ejemplo, el ángelus al inicio de una clase no es un tema religioso y retoma como positivo de la religión la cohesión familiar que provee.

“... tuve una educación católica, yo diría que tradicional, y por mi padre conocí a mucha gente del Opus Dei. Nunca fuimos esa familia con tendencia ultraderechista para nada, no, yo diría que bastante normal, de hecho en la escuela con esta formación católica, pero bastante *light*, rezas el Padre Nuestro, al empezar todas las

^{***} Opus Dei: organización católica conocida por tener medidas disciplinarias estrictas con sus miembros.

clases se reza el ángelus, pero yo diría que es como parte de la formación global del individuo, ¿no?, para nada una cosa más vocacional, ni te meten presión, como sí pasa en el Opus Dei.” (Jorge, mexicano de 24 años de edad)

“Todos somos católicos en Bolivia”, dice Elisa, boliviana de 29 años que trabaja en un bar madrileño; mientras que Elena, también boliviana, confirma la influencia moral que tiene la iglesia católica en su país. Elena se dice atea, después de haber sufrido un proceso difícil para cambiar su forma de pensar.

En ocasiones la religión es un evento social, una forma de pertenecer a un grupo, más que un acto de fe. Elisa dice que no es católica, pero que algo quedó de su educación religiosa, a veces pide, ora o prende una vela. Igual que Patricia que dice que no es católica, pero va a misa en Semana Santa o en Navidad. Laura cree que a su madre le molesta que haya dejado el camino de la religión.

“Mi familia siempre ha sido católica, no extremista, bueno mis padres sí, pero yo ya así de ir domingo a domingo a misa no, será Viernes Santo, Jueves Santo que voy, domingo de Ramos, pero más no... y Navidad” (Patricia, boliviana de 29 años de edad)

María, argentina educada en el catolicismo, del Opus Dei, es el ejemplo más claro sobre cómo la migración puede influir cambios en las ideas de las personas. Ella dice que a pesar de haber tenido muchos conflictos por su educación religiosa, le ayudó mucho a aclarar su cambio de residencia a España, así como su novio, un español al que conoció aquí.

“Con él [novio español] aprendí montones, muy relajado, es muy, muy, muy bueno, nos damos de palos igual, pero aprendí un montón, sobre todo me ayudó mucho con los tabúes que yo tenía, en la doble moral que me pasaba *soy una puta, no soy una puta*. Me ayudó un montón. P: Entonces tú tenías problemas sobre quién soy, crees que eso fue por, como dices, “tener una educación muy cerrada y católica” R: Sí, absolutamente, no lo creo, lo sé (risa)” (María, argentina de 27 años edad)

Pablo, argentino quien decía que migrar le ha hecho tener mejores oportunidades de vida, es el único de los entrevistados que hace mención a otras religiones, fuera de las ramas del

cristianismo. Ha encontrado en sus viajes por el mundo diferentes visiones religiosas. Su proceso migratorio ha influido en sus creencias religiosas mostrándole nuevas opciones.

“Hice la comunión, en mi colegio había catecismo, por tradición mi madre es la más católica de la familia, yo jamás me creí la mejor historia del catolicismo. Es una religión que está basada en el miedo como tantas otras, todos mis compañeros de trabajo son dominicanos súper católicos. Todo el día “Jesús, Jesús, Jesús”. Después me hice budista, viajé, hice peregrinaciones a la India, Nepal, recorriendo lugares budistas, hace tres años, dos años, estuve cuatro meses en Asia y visité todos los sitios en los que supuestamente nació buda, esto, el otro. La religión que más me llamaba la atención y lo que más se acercaba a mi visión pacífica, nadie te va a decir no, te hace creer, ésta es filosofía de vida más que otra cosa” (Pablo, argentino de 30 años de edad)

Sus encuentros en el mundo sobre otras opciones religiosas y de fe son parte del proceso de búsqueda de identidad durante la adultez emergente. Así mismo, se observan coincidencias en el cambio de ambiente ecológico al transgredir el macrosistema conocido, es decir en el que se enmarcaban las creencias y normas sociales que Pablo conocía, se modifica su ambiente ecológico y le permite transformar las relaciones con el exosistema.

A diferencia de Pablo, Octavio, que es boliviano y ha crecido en una familia católica, ha conocido otras religiones cristianas:

“A la religión católica nos hemos inclinado por esa parte, pese a todo tampoco nos hemos cerrado, conocí otro tipo de religiones o formas de ver la religión, yo personalmente he estado con los testigos de Jehová, con los evangélicos y con los mormones, no me he metido mucho, pero he participado con ellos, y todo para ver la cosa, pero yo la verdad es que me inclino más por la religión católica. Siempre hemos estado ahí. Yo creo que la religión es importante más que todo por los valores que Dios nos ha enseñado, y practicarlos” (Octavio, boliviano de 29 años de edad)

Pablo también relaciona sus creencias religiosas a las posibilidades de viajar y conocer otras opciones de vida. Esta relación de viaje y religión retoma conexiones que se enmarcan dentro del macrosistema, en donde las creencias religiosas, la geografía y las

normas de cada sitio pueden modificar al individuo.

Bruno, Ernesto, Leonardo, Valeria y Elena tuvieron una educación católica en casa y algunos de ellos también en la escuela. Sin embargo, al crecer han ido dejando atrás las enseñanzas recibidas para tomar sus propias decisiones de fe. Elena, por ejemplo ahora se declara atea. Mientras que Bruno, boliviano de 31 años, y Ernesto, ecuatoriano de la misma edad, han dejado la religión. Ernesto incluso la relaciona a la violencia intrafamiliar que afectaba a su madre, cuando él era niño. Fowler (1997) hace mención a la posibilidad de cuestionar las creencias de los padres durante el crecimiento. El proceso de cambio es paulatino según las etapas de vida.

Los valores religiosos que rigen los comportamientos de las familias de algunos de los participantes conllevan que ellos decidan modificar los suyos a partir de su adolescencia. Esta relación enmarcada dentro del exosistema se acrecienta durante la adultez emergente y con el proceso migratorio estos cambios se tornan más evidentes, influidos en parte por la falta de control social. Si a este cambio añadimos lo que dicen tanto Gerardo “allá todos somos católicos *per se*”, como Elena, acerca de la religiosidad en Bolivia, podemos reafirmar que el proceso migratorio durante la adultez emergente puede contribuir a cambiar o diluir las creencias religiosas de quienes se ven involucrados, y que éstas están delimitadas por el ambiente.

También existen casos en donde los microsistemas se relacionan para conjuntar o separar a la familia, el individuo y la religión o institución religiosa, así como situaciones como las de Alma y Rosario de Argentina, como los de Ofelia y Leonardo de México, que crecieron en familias en donde la religión no era prioritaria, no se practicaba o no gustaba. Alma habla de creer en la energía del mundo, lo que relaciona a su infancia, donde creció con elecciones libres.

“En mi casa son totalmente ateos, a mí no me bautizaron, siempre me dijeron que eligiera lo que me pareciera, fue muy libre mi educación, nunca colegios religiosos, y me considero agnóstica. Creo que hay una energía muy potente de la naturaleza, de lo que yo puedo opinar de Dios como energía propia, la verdad es que no sé cómo definirlo, sí creo en algo que existe, que no podemos ver lo que percibimos, básicamente creo que somos energía. Me interesan mucho las religiones, viajar, me

interesa conocer distintas religiones.” (Alma, argentina de 27 años de edad)

Los microsistemas, mediante el control social, pueden afectar a través de la religión, la sexualidad de las personas. Cuando la familia tiene creencias religiosas, es decir el mesosistema que se crea entre la familia y la iglesia, en ocasiones, afecta las decisiones personales de los individuos. Angélica, creció en Ecuador y nunca pudo experimentar su preferencia sexual, conocerse a sí misma fue un conflicto durante toda su vida debido a que en los contextos en los que se desenvolvía no era permisible tener una preferencia sexual diferente a la heterosexual. Ella pudo vivir su sexualidad de forma más libre una vez que llegó a España. Incluso así los valores religiosos inculcados desde su infancia siguen teniendo gran influencia en su vida y le causan conflictos, haciéndole sentir confusión:

“La verdad es que yo creo que hay alguien arriba. A veces pienso que lo estoy haciendo bien, a veces pienso que lo estoy haciendo mal, eso es algo contradictorio, porque se supone que Dios creó al hombre y a la mujer, pero yo entiendo por qué una mujer se puede fijar en otra, yo entiendo un poco porque a mí me pasa, o sea que para mí no es raro, yo estoy con una mujer y me siento bien, y no le hago daño a nadie.” (Angélica, ecuatoriana de 29 años de edad)

En las influencias religiosas familiares rescatadas como positivas por los participantes, se encuentra el discurso de Leonora. Ella, a quien su padre educó con valores católicos fuertes, ahora no cree en la iglesia como institución, sin embargo mantiene la influencia de su educación para “retomar lo bueno”.

Las relaciones entre los procesos migratorios y religiosos, que han sido abordados en distintas investigaciones (Ahmadi, 2003; De Marinis, 2003; Levitt, 2003), difieren de lo que aquí se ha encontrado. Por ejemplo, incluso tomando en cuenta el rol de una cultura global y la globalidad de las instituciones religiosas (Levitt, 2003), que en los países de origen de los participantes y en España son similares y católicas en su mayoría, muchas personas que participan en esta investigación perdieron de forma parcial o total su religiosidad, al menos la pública, no la espiritualidad.

Los estudios deberán tomar en cuenta la religiosidad de los participantes en sus microsistemas de origen, del mismo modo la etapa de vida en la que se encuentren, ya que

en ocasiones se afirma que los distintos grupos de migrantes, en especial latinos, llevan consigo sus costumbres religiosas (Levitt, 2003; Rivera S., 2006), incluso las imágenes y figuras de santas y santos, lo cual no se repite en todas las poblaciones.

Debido a que tanto las creencias religiosas, como las prácticas en salud y los procesos migratorios son construcciones sociales cuando uno de estos factores cambia los otros tienden a tener consecuencias, positivas o negativas. Ko y Perreira (2010) contemplan las relaciones entre la juventud, la migración y la religión de acuerdo a la teoría cultural ecológica, que es similar a los planteamientos de Bronfenbrenner en la teoría ecológica del desarrollo. En este sentido es relevante pensar en que las creencias religiosas o los cambios que pudieran tener debido a los procesos migratorios y las etapas del desarrollo pueden generar distintos comportamientos en las prácticas de salud. En este caso la población específica de migrantes emergentes que migraron en condiciones regulares.

Capítulo 5. Resultados: segunda parte

*“Y por fin veo tus ojos
que lloran desde el fondo
y empiezo a amarte con toda mi piel.
y escarbo hasta abrazarte
y me sangran las manos
pero qué libres vamos a crecer”
-Sui Generis*

En esta segunda parte se presentan los resultados y su discusión sobre los temas relacionados a la sexualidad. Se realizó una profundización en diferentes áreas de la sexualidad para así comprender de forma consistente los posibles porqués de las prácticas y actitudes de las personas entrevistadas. Sus historias de vida como el abordaje sobre la sexualidad en las relaciones familiares y en la escuela, sus primeros contactos sexuales, la relación de la religión en su vida sexual o reproductiva, así como sus prácticas sexuales y uso de anticonceptivos, se observan antes y durante el proceso migratorio, así como durante las diferentes etapas del desarrollo infancia / preadolescencia, adolescencia y adultez emergente.

Sexualidad y salud reproductiva

La sexualidad es inherente al ser humano en todas las etapas de la vida. El proceso que va de la adolescencia, a través de la adultez emergente hasta llegar a la adultez es uno de los que tiene mayor importancia para el desarrollo. Es durante este periodo de vida cuando se desarrollan los principios normativos de la sexualidad que vivirá la persona en el futuro (Jeffrey J. Arnett, 2000; E. S. Lefkowitz y Gillen, 2005).

Si hablamos sobre sexualidad y salud reproductiva, la etapa de la adultez emergente es el momento en el que las personas tienen una mayor posibilidad de tener un número de parejas sexuales más elevado que en el resto de su vida. Es el periodo en el que generalmente se forman relaciones de pareja a largo plazo (Jeffrey J. Arnett, 2000), lo cual tiene implicaciones en el uso de condón y otros anticonceptivos.

Debido a las temáticas que se abordan en esta investigación, las entrevistas no fueron sencillas. La mayoría de las personas respondió sin problema a todos los temas, narraron incluso temas de prácticas sexuales o abusos y violencia, sin embargo sí tuvieron una

enorme carga emocional. En algunos casos específicos no fue fácil tocar ciertas temáticas, como las prácticas sexuales o el abuso. Las entrevistas se dieron en lugares públicos para facilitar de los entrevistados y seguridad, tanto de los participantes como mía, debido a que todos eran desconocidos, excepto en un caso. La excepción fue la entrevista de Laura, a quien entrevisté en su casa. Realizar las entrevistas en lugares públicos complicó la apertura en un par de temas por parte de una de las participantes y fue imposible llegar más allá de respuestas monosilábicas con otra de ellas. El resto de las entrevistas fueron exitosas al recabar información sobre sexualidad durante las conversaciones.

¿De dónde proviene la información sobre sexualidad y salud reproductiva?

La información sobre salud sexual y reproductiva puede obtenerse de manera formal o informal. Dicha información se contiene dentro de los diversos sistemas de la teoría ecológica e interactúa entre ellos. La información que se capta de manera informal proviene de los medios de comunicación, tecnologías de la información y la comunicación (TIC), como radio y tv; de las redes sociales, a conversaciones con amigos y familia; de forma más reciente se ha incorporado el internet que puede dividirse en información general –incluye redes sociales digitales– y en información científica –páginas *web* sobre estudios científicos en salud o difusión de información de forma clara y certera–; libros y revistas, también se encuentran en esta categoría. Por otro lado, dentro los medios formales encontramos la educación sexual que se otorga en programas de educación escolar y algunos programas educacionales de gobierno o de ciertas organizaciones de la sociedad civil.

Aunada a los medios formales o informales, se encuentra la información que se genera a través de la globalización y la migración. Éstas generan que diversos niveles ecológicos se vean modificados, desde el microsistema hasta el macrosistema. Mediante medios de comunicación tradicionales o digitales, tanto religiones como otros contextos culturales, macrosistémicos, sufren modificaciones que contribuyen a que las construcciones sociales sobre sexualidad y reproducción se vean modificadas.

Las personas que participaron en esta investigación mencionan como fuentes de información sobre sexualidad, en orden de mención de mayor a menor, las siguientes, que más adelante serán analizadas: internet; amigos o amigas; servicios de salud –médicas/os,

enfermeras/os y personas cercanas que ejercen alguna de éstas profesiones—; programas de radio y televisión; días del orgullo gay, revistas, programas de gobierno y libros. Sin embargo, hay diversidad sobre lo que se opina de la información recibida o vista en cada uno de estos medios. La familia se considera una fuente de información independiente, por ejemplo, es más relevante durante la pubertad y la adolescencia para las mujeres, debido a las construcciones sociales que rodean a la menstruación o la virginidad.

Internet

La búsqueda sobre información en salud vía internet es la más común en las generaciones más jóvenes (Gray, Klein, Noyce, *et al.*, 2005; Jiménez-Pernett, Olry de Labry-Lima, Bermúdez-Tamayo, *et al.*, 2010) y en poblaciones que van de medianos ingresos hacia deciles más altos, al menos eso se espera en diversas partes del mundo y ha sido resultado de una encuesta nacional realizada en Estados Unidos publicada en 2011 (L. Baker, Wagner y Singer, 2003). Por ejemplo, en Argentina, el promedio de edad de los usuarios de internet es de 28 años (Lucía Wang, Valeriano, Cáceres, *et al.*, 2009) y se han comenzado a realizar intervenciones para prevenir la transmisión del VIH por medio del uso de las TIC's. En España, cerca del 55 por ciento de adolescentes encuestados por Jiménez-Pernett *et al.* (2010) declara utilizar el internet como medio para obtener información sobre salud, detrás se encuentran familia y amigos, seguido por enfermeras y personal médico. La falta de confianza sobre los contenidos fue uno de los principales problemas reportados en este uso del internet. En el mismo estudio con población española, de quienes habían buscado información sobre salud en internet, 40 por ciento había buscado temas relacionados con comportamiento sexual, 41 por ciento buscó información sobre anticoncepción y un 32,6 por ciento temas relacionados a infecciones de transmisión sexual.

El internet como parte del exosistema es, por supuesto una adición al modelo ecológico creado por Bronfenbrenner. Aunque su teoría y los niveles no eran cerrados, sino que podían introducirse diversos contextos que pudieran formar los ambientes de acuerdo a diferentes situaciones como el tiempo, la cultura y el tema que se estudiara, hay pocas ocasiones en que el internet es referido dentro del sistema, un ejemplo es el texto de Cook *et al.* (2005) sobre la mujer en ambientes multiculturales. Aunque el exosistema está clasificado como ajeno al individuo, en la literatura se ha clasificado como parte de los

medios y por ello en este sistema. Sin embargo, debería plantearse como parte del microsistema, ya que la convivencia diaria dentro de las redes virtuales es cada día mayor.

Las características socioeconómicas de quienes participan en este estudio son consistentes con lo que se indica en la literatura sobre el uso de internet para la salud: se ha encontrado que a mayor escolaridad, mayor estrato económico y menor edad, –muestras de 18 años en adelante– mayor uso del internet para búsqueda de información en salud (Gray, Klein, *et al.*, 2005; Hesse, Nelson, Kreps, *et al.*, 2005).

El internet, mencionado en mayor número e importancia como sitio de búsqueda y encuentro de información sobre salud sexual y reproductiva, por la mayoría de los participantes, hombres y mujeres, de los diferentes países. La facilidad y privacidad con la que se tiene acceso a éste, proveen un sitio accesible para la búsqueda de información, tanto como primera fuente como para el cotejo de datos adquiridos por otros medios. Es importante notar que se presenta un argumento constante del uso del internet, y es que la opinión sobre la información que pueda encontrarse es ambivalente. Tanto Mario, como Rosario, ambos de Argentina, aclaran que para la búsqueda de información sobre salud sexual o reproductiva no usarían internet o que sería el último sitio para buscar información debido a que es poco creíble y peligrosa.

“P: Si tuvieras alguna duda [sobre temas de salud reproductiva o sexualidad] cuál sería el primer lugar, persona o cosa a la que te acercarías a preguntar... R: No en internet, es un peligro, no, le pregunto a personas, amigos médicos, en el caso de si tuviera una duda de una enfermedad de transmisión sexual y a el médico.” (Mario, argentino de 25 años de edad)

Aun así el internet se utiliza y es la primera fuente de información, sin embargo, lo que debe destacarse es que en su mayoría los usuarios de esta fuente de información enfatizan la importancia de su uso correcto. Es decir, la búsqueda de fuentes científicas y confiables. Argumentan que debe discernirse entre información científica y no científica. Por ejemplo, Cecilia menciona como posible filtro utilizar *Google Scholar* para comenzar una búsqueda confiable. Tres de los hombres provenientes de México, Jorge, Leonardo y Luís, también comenzaron sus búsquedas en Google para diferenciar páginas web científicas, académicas o de centros de salud. Este tipo de acceso a la información estaría relacionado al tipo de

búsquedas que generalmente realizan para sus actividades académicas ya que tanto Cecilia, como Leonardo y Luís, estudian posgrados en investigación.

“P: Oye, abres la computadora, ahí buscas algo, te van a salir 800 mil resultados, ¿a qué página entrarías? R: Un poco como todo, como siempre, o sea, como cualquier búsqueda en concreto, a alguna página un poco más oficial, de algún tema, no necesariamente oficial, evidentemente de un tema que busques la prensa algún artículo científico. Por ahí en Google académico, si realmente tengo una pregunta por lo que voy a buscar y sé que haya ambigüedad, puede ser porque yo no tengo idea y que es una tontería, que se resuelve rápido y otras veces sí que puede tener que ver con algo más controvertido. Si realmente hay controversias, cuando pasa eso sí tendría que encontrar algún artículo académico.” (Cecilia, argentina de 29 años de edad)

Sobre la búsqueda en páginas de organismos internacionales, Bruno y Elena, de Bolivia, mencionan como posible fuente de información a la página web de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La búsqueda de información páginas web especializadas, en las que las fuentes tienen una probable validación científica, en las que los conocimientos adquiridos sean fiables y verídicos es una condición que es posible explicar debido al tipo de población del estudio. La mayoría de las personas que indican estas fuentes tiene estudios de posgrado, aunque no todos como Bruno. Puede deberse a sus relaciones personales y a la información que han construido a lo largo de sus viajes y trabajos. Sin embargo, como veremos más adelante la información vía internet es viable para todo tipo de poblaciones, caso de ONUSIDA en población de Mali, sólo debemos llevar las fuentes a la población general de forma amigable. La posibilidad de globalizar la información vía internet sería una herramienta para poder llevar educación sexual y reproductiva a todas las poblaciones, sin importar en dónde se encuentren, el idioma que compartan o el nivel socioeconómico general.

“Internet. P: ¿Y abrirías y buscarías? R: Sí, sí en internet. P: ¿Y qué abrirías si son más de mil resultados? R: Me daría una idea general, la mejor, buscaría revistas especializadas, páginas de revistas de salud, una cosa así. O alguna institucional, no sé la OMS o algo así...” (Elena, boliviana de 28 años de edad)

“Personalmente no me fío de una sola página, busco varias y cuando muchos coinciden creo que sería información. Desde luego siempre que puedas buscar que tenga que ver algo con la Organización Mundial de la Salud, en el caso de la salud, que venga de alguna clínica, porque venía recomendada por el médico. Y aun así comparado con otros.” (Bruno, boliviano de 30 años de edad)

Por otra parte, Bruno considera al internet como una buena fuente de información ya que ahí no se tiene vergüenza. El anonimato que permite la red brinda la confianza de buscar información sobre temas que no se preguntarían en persona, por ejemplo.

“P: ¿Oye cómo llega esa información a tu cabeza? R: Curiosidad, gracias a Internet, gracias internet, y a la facilidad con la que encuentras información hoy en día, puedes informarte sin necesidad de tener vergüenza, no tienes que ir a una biblioteca preguntar por un libro, o alguien especializado. Cuenta como una forma si preguntar. A base de clics buscas información. El anonimato que te pueda dar que puedes recabar información, y luego sacar tu conclusión. Funciona esto, pienso que muchos chicos, no se chicas menos tal vez, pero muchos chicos han tenido alguna enfermedad hay un hombre más que se me viene a la cabeza aparte de la sífilis cuando te vacuna, hepatitis cuando lo llaman hepatitis, es una enfermedad de transmisión sexual lo buscan en internet” (Bruno, boliviano de 30 años de edad)

Esta conclusión de Bruno sobre el tipo de búsquedas que realizan hombres y mujeres, no es consistente con lo que encontramos en esta población, sin embargo su condicionamiento de género debe tomarse en cuenta para profundizar sobre la posibilidad que existe de que en otras poblaciones la diferencia sea mayor, incluso debido a la posibilidad de acceso, que en ocasiones es diferente para hombres y mujeres debido a las construcciones de género en diversas sociedades.

Siguen existiendo algunos riesgos en la búsqueda de información como los casos de Erick o de Lorena, quien ya hemos mencionado tienen características distintas al resto de los participantes, ambos son de Ecuador. Tanto Erick como Lorena, mencionan los comentarios que las personas realizan en foros abiertos o en páginas que resultan de una búsqueda simple en las que se discuten temas sobre sexualidad para basar sus opiniones o prácticas sexuales.

“Lo escuché y luego como que me documenté en internet. P: En internet, ¿entonces has buscado información ahí? R: En el internet siempre la busco P: ¿Y cómo qué páginas? R: Pongo: enfermedades venéreas, anticonceptivas... Sí yo leo y luego también veo los comentarios y así” (Erick, ecuatoriano de 24 años de edad)

“P: ¿Y alguna vez has usado internet para buscar información? R: Sí. P: En general, abrimos todos un buscador tipo Google, y abres y pones lo que vas a buscar y te van a salir 200 millones de resultados, ¿cómo sabrías a qué página le crees y a qué página no? R: Pues pinchas la mayoría y si coincide la mayoría es que es verdad (risas) que se contradicen, es que no sé...” (Angélica, ecuatoriana de 29 años de edad)

Por otro lado, estos resultados son relevantes, ya que son pocos los estudios que se han realizado sobre este tema con poblaciones que hablan español como primera lengua, como se discute en la investigación de Jiménez *et al.* (2010). En su mayoría dichas investigaciones son cuantitativas y provienen de muestras derivadas de encuestas a poblaciones abiertas. En esta investigación, cualitativa, podemos comprender por qué sí o por qué no utilizar este medio para obtener información específica sobre salud sexual y reproductiva. El uso del internet como fuente de información contribuye a globalizar las percepciones que los adultos emergentes tienen sobre los comportamientos sobre salud sexual y reproductiva.

De acuerdo a lo anterior, podemos continuar con la revisión sobre el posible uso de los teléfonos móviles como vía de acceso a la información, educación, sobre salud sexual y reproductiva. El uso de la misma es común en los países africanos y se desarrolla en países de bajos y medios ingresos. ONUSIDA realizó una intervención en Mali, y otros países de África, sobre el acceso a información sobre el VIH a través del uso de la telefonía móvil (UNAIDS, 2 mayo 2011). Dicha intervención fue realizada en países como Sudáfrica a trabajadores sexuales, hombres y mujeres, y otros grupos clave, ha tenido resultados positivos.

En América Latina el uso del teléfono móvil va en aumento, el número de ellos supera a la población, según datos del Banco Mundial, existen 107 teléfonos móviles por cada 100 habitantes (Banco-Mundial, 2013). México y Argentina fueron, en el año 2011 y en el año

2013, el segundo y tercer lugar, respectivamente, en número de personas con acceso a internet en América Latina, sólo por detrás de Brasil (BBC, 2013). De acuerdo al estudio de prácticas del uso de internet de 2013, México es el país de la zona que más utiliza los teléfonos móviles como medio de conexión a internet, con un 13,9 por ciento del tráfico por este medio (BBC, 2013). En vistas del posible uso de esta herramienta se realizó una pequeña sección de preguntas sobre el tema dentro de la investigación. A la mayoría de quienes participaron en este estudio se les realizó la pregunta: “Si tuvieras acceso a información científica sobre salud sexual y reproductiva en tu teléfono móvil, es decir si te llegaran alertas, mensajes, textos sobre el tema, ¿la usarías?”. La mayoría de los participantes, excepto una persona, demostraron interés por el uso, ya que lo consideran una herramienta práctica y sobre todo confidencial. La persona que dijo que no estaría interesado fue Santiago, de México, que argumentaba sobre la privacidad de la búsqueda de información.

“Probablemente no [usaría el teléfono móvil]. Prefería estar en un lugar privado, porque es un tema delicado, no porque me dé pena realmente, pero sí me molestaría, como, no sé, algún entrometido. P: ¿Qué fuera viendo lo que ves tú? R: Sí, mejor en privado, yo sólo con mi pareja.” (Santiago, mexicano de 22 años de edad)

Amistades o pares

Las amistades son la segunda fuente de información sobre salud sexual y reproductiva a la que recurrirían quienes participan en esta investigación. La importancia de “los pares” para recabar información o resolver dudas sobre su sexualidad es básica durante la adultez emergente. Amigos y amigas suelen ser quienes se encuentran más cerca de la persona durante este periodo de vida, en algunos sistemas sociales se vuelven, no sólo una extensión de la familia, sino la familia en sí, son redes de apoyo, compañeros de casa, colegas en la escuela y/o trabajo.

Durante este periodo de vida la comunicación sobre sexualidad suele ser más abierta con los amigos, concretamente a los llamados “mejores amigos” (Eva S. Lefkowitz, Boone y Shearer, 2004). Un artículo de Lefkowitz y Espinosa-Hernández (Eva S. Lefkowitz y

Espinosa-Hernandez, 2007) realizado con adolescentes/adultos emergentes en Estados Unidos mostró que la comunicación con pares está más relacionada a las actitudes sexuales que las conversaciones con la madre, por lo que se destaca la importancia de este tipo de comunicación y del tipo de información que proviene de ella. Por otro lado, un estudio con estudiantes de enfermería en Cuba (Barbón Pérez, 2011) sitúa también a los amigos como segunda fuente de información, aunque no trata sobre “a quién recurrirían por información”, sino a simplemente de dónde les llegó la información. Sobre sus preferencias sitúan en primer lugar a los padres o madres. Mientras que una pequeña muestra con adolescentes cubanos de la zona de Iguará, indicó que preferirían al personal de los servicios de salud (Hernández Cabrera y Pérez Rodríguez, 2005), lo que difiere con el principal microsistema que se menciona en este proyecto: el Internet.

Las diferencias por género que se han encontrado en algunos estudios cuantitativos con adultos emergentes en países desarrollados sobre las pláticas que se tienen con amigos y amigas sobre sexualidad no coinciden, ya que existen estudios que indican que no hay diferencias, como Papini *et al.*(1998) o Busse *et al.*(2010), y otros como Dilorio *et al.*(1999a) y Lefkowitz *et al.*(2004) que destacan que los hombres hablan menos con sus amigas o amigos que las mujeres. Las diferencias de género que encontré en las entrevistas son pocas, tanto hombres como mujeres mencionan sus amigos o amigas como fuente de información. Sin embargo, las mujeres tienden más a preguntar a hombres o mujeres, mientras que sólo dos hombres mencionan a amigas como para tener una conversación de este tipo.

Hablar sobre temas de salud sexual y reproductiva cuando se tiene alguna duda o pregunta, generalmente tiene una relación positiva. Las personas tienen la confianza de hablar con sus amigos o amigas, debido a que pueden verlos como un par que probablemente sepa más sobre el tema del que surge el cuestionamiento, sin embargo hay diversas vertientes. Existe, por ejemplo, aquella persona que recurriría una amiga o amigo, tal vez no tan cercano como “mejor amigo”, pero que creen que puede tener mayor conocimiento sobre el tema, como Cecilia.

Existe, a pesar de que la generalidad menciona a amigos o amigas como fuente, aquel que está consciente de que hay una posibilidad de que esas personas tengan un nivel de conocimiento similar al suyo o que no supieran nada sobre el tema y que sería un riesgo

tratar de aprender de ellos, que no es lo mismo que dialogar con ellos. Esta particularidad está presente, de un modo similar a lo que planteaba Cecilia. Luís lo define como un periodo de tiempo en el que se dio cuenta de que era posible que sus amigos tampoco estuvieran enterados realmente de lo que se discutía en sus conversaciones.

Por otro lado en la literatura revisada no se hace una diferenciación sobre si se habla con un amigo hombre cuando se es hombre y con una amiga mujer cuando se es mujer o si esto es independiente. La diferencia debe comenzar a realizarse ya que es probable que como en el caso de Luís, existan hombres que prefieren hablar con sus amigas mujeres y viceversa, debido al conocimiento de la situación que se vive.

“Empiezas a leer un poco de lo que hay, luego te das cuenta de que los foros de internet hay de todo. Y luego, con mi hermano en ese entonces no platicaba, pero bueno, el caso, una amiga mía me lo platicó [sobre PAE], yo le pregunté, es una amiga que tengo años de conocer y yo la trato como hombre, tengo esa confianza de decirle ese tipo de cosas, entonces ella me lo contó alguna vez, y le pedí el nombre.” (Luís, mexicano de 29 años de edad)

Personal de la salud

Poco se ha indagado en la literatura sobre la información que llega a los jóvenes desde los proveedores de salud. Menos incluso sobre la elección durante la adultez emergente o la adolescencia para acercarse al profesional de salud para recabar información o resolver alguna duda en específico. Sin embargo, en México a finales de años noventa, se realizó un estudio en donde no se tuvo en cuenta el Internet como medio de acceso a información sobre VIH/sida, en él se encontró que los médicos eran las personas en quienes más confianza se tenía (Caballero, Villaseñor y Hidalgo, 1997). Por otro lado, podemos mencionar al estudio cubano realizado con adolescentes que indicaban que preferían como medio de información a los servicios de salud (Hernández Cabrera y Pérez Rodríguez, 2005) realizada La información que las personas puedan recibir durante la adultez emergente sobre métodos anticonceptivos –condón masculino o femenino especialmente–, transmisión del VIH y otras ITS, embarazo no deseado, interrupción del embarazo, etc. será fundamental para su desarrollo, como en otras etapas de vida, sin embargo como hemos visto son un grupo propenso a migrar, que cambia de parejas sexuales y de grupos

de amigos, que se desarrolla en diversos ambientes y que por lo tanto debiera ser prioritaria su correcta información. Dicha información transmitida de forma verídica, confidencial y científica recae en primer lugar, para este grupo de edad no siempre escolarizado, en manos de los servicios de salud, ya sea de forma personal o a través de otros medios, como el Internet que hemos mencionado como ventana de oportunidad.

Los programas sobre servicios amigables de salud para jóvenes en los países en vías de desarrollo son generalmente planeados para adolescentes. A pesar de esto, la dificultad para que los jóvenes se acerquen a ellos es común debido a la pena que les produce ser vistos pidiendo información sobre salud sexual y reproductiva, por los horarios en los que se ofrecen los servicios, desconocimiento del servicios, entre otros. Los adolescentes tienen dificultades para acceder a información sobre salud mediante los servicios para la salud o “medios tradicionales” como los llaman Gray *et al.* (2005). Debe planearse una estrategia para incentivar su uso (Lloyd, 2005). Para ello debe tomarse en cuenta la necesidad de que los servicios de salud brinden información por medio del internet, lo que puede mejorar el acceso a la información de jóvenes, adolescentes y durante la adultez emergente. La confianza que los migrantes entrevistados tienen en los servicios de salud de sus países generalmente es mayor a la que dicen tener en los del país receptor. Así, mediante el internet, los adultos emergentes migrantes podrían seguir teniendo acceso, ya sea por telemedicina o simplemente a través de páginas web, a los servicios para la salud que existen en sus países.

Quienes participan en esta investigación mencionan a los servicios de salud en el tercer lugar para buscar información sobre sexualidad y reproducción. Varía dentro de dichos argumentos el médico, ginecólogo o urólogo, como es el caso de Rodrigo, único participante que menciona al urólogo como fuente de información; las personas cercanas que son médicas o enfermeras, como hermanas o suegras; los ambulatorios y consultorios médicos *online*. Hay mujeres que inician su búsqueda de información en los servicios de salud, debido a recomendaciones de amigas, como Laura y Elisa.

“P: ¿Si tuvieras una duda sobre algo, sobre sexo, sexualidad, aquí a quién le preguntarías primero? R: Pues iría a donde mi urólogo, aparte de que está bien guapo, sí. P: Bueno el pretexto pero... R: Sí, pero básicamente con él.” (Rodrigo, boliviano de 27 años de edad)

“P: Oye y, por ejemplo, si tú tuvieras una duda sobre algún tema de salud en general, a quién le preguntarías, en dónde buscarías, ¿cuál sería el primer lugar o la primera persona a la que acudirías para buscar información? R: Mi hermana es ayudante enfermería, entonces ella sería la primera persona.” (Angélica, ecuatoriana de 29 años de edad)

Es necesario fomentar el acceso a la salud, como se puede observar en la sección ‘Acceso a la salud’, el área tiene muchas deficiencias tanto en los países de origen como en el país de migración. Las deficiencias en acceso o confianza resultan en menor acceso a información en salud que provenga de estas fuentes, que pudieran ser las más óptimas. La relación entre proveedores de salud, adolescentes y adultos emergentes debe de mejorarse.

Por otro lado, acudir a los servicios médicos por información como una forma de prevención para la salud, sin estar enfermo o requerir ayuda médica de urgencia, es poco común. No obstante, también es una responsabilidad y una obligación por parte de los gobiernos de los países ofrecer servicios confidenciales para la salud sexual y reproductiva, según la Convención de los Derechos del Niño y la Niña.

Otros medios

Existen otros medios en donde los adultos emergentes del este estudio buscarían información sobre salud sexual y reproductiva o en donde la han encontrado sin buscarla directamente: en la pareja, por ejemplo, solamente Ernesto, ecuatoriano que ahora vive con su pareja en Madrid, hace mención a que ha tenido conocimiento sobre temas de salud sexual y reproductiva por una novia; los libros y las revistas son poco mencionados, pero no hay diferencia entre medios especializados y no especializados; la televisión y la radio, ya sean programas sobre temas de sexualidad o campañas de gobierno y ONG; campañas generalizadas sobre temas de salud sexual y reproductiva; Día del Orgullo Gay, en Madrid se realiza uno de los desfiles más grandes, por lo que las personas que viven en la ciudad están enteradas y muchas suelen participar en él, Rodrigo dice que es el único día en el que ha visto información sobre estos temas en las calles, mientras que a María y a Valeria les obsequiaron condones ese día, alguno con un logo del Partido Popular, y Amanda lo menciona como fuente de información. El hecho de que el Día del Orgullo Gay esté relacionado con las pocas campañas públicas que mencionaron las personas es un indicador de la importancia que tiene llevar estos temas referentes a la sexualidad a la

esfera pública, quedan en la memoria y se generaliza la información tanto para las personas locales como para quienes viajan a la ciudad o inmigraron a ella. Cabe retomar que del total de quienes participaron sólo dos personas se identificaban como gay y lesbiana y que en ningún momento plantean su preferencia sexual o su identidad como un factor detonante para migrar.

Sobre los programas de televisión los contenidos varían en temáticas, pero son programas que hablan sobre temas de sexualidad en general, mencionados por dos mujeres de Bolivia, Amanda y Elisa, y por Ofelia y Santiago de México. Sobre sexo oral, como muestra el análisis realizado en este estudio (ver sección “sexo oral”), los participantes conocen poco. La información de una de las dos únicas participantes que conocía sobre el uso de las láminas de látex o “condones para la lengua”, provenía de uno de estos programas. Dicho programa de televisión de paga mencionado por Amanda, transmite información a los jóvenes y adultos emergente, es importante que se realice una correcta revisión de contenidos.

“Sí, cuando estos programas de ahora, no sé si era de Alessandra, o ahora hay muchos de esos programas en la tele, donde mostraban un condón para la lengua y decían que te podías contagiar de... P: ¿Qué programas? R: *Alessandra a tu manera*, es una venezolana gordita, muy famosa P: ¿Y lo pasan aquí [en España]? R: No, en Bolivia, y el otro, hay un programa de Telehit, que hace una española que habla de sexo, se llama *Cuéntamelo*, ahí también he escuchado hablar del condón ése para la lengua, que te puedes contagiar, y pues ahí como que me entero un poco la verdad” (Amanda, boliviana de 29 años de edad)

Las campañas públicas son las más recordadas por los participantes. Mencionan campañas sobre VIH, condones y VPH. Estas campañas, vistas en el metro de Madrid, son coincidentes con lo que menciona Arturo, ecuatoriano, “en España te informan un motón”, contrastando con Remedios y Santiago que creen que en la Ciudad de México hay más campañas. Las diferentes percepciones sobre las campañas públicas en salud son también para las diferentes ciudades, ya que aunque Santiago cree que en México ha visto más, recalca que habla de la Ciudad de México, ya que en su ciudad no recuerda haber visto ninguna campaña. El contenido de las mismas es un detonador para el impacto de la

campaña, ejemplo de que Ernesto sólo recuerda una campaña que vio en Cuba, la cual “era muy fuerte, sobre condones”.

Educación sexual formal: escuela

La educación sexual en las escuelas tiene un efecto importante en la salud sexual y reproductiva de las personas, por ello se esperaría que se reforzara y mejorara a nivel internacional (Lloyd, 2005). La educación sexual y reproductiva es un derecho, así lo suscribe en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en septiembre de 1994. En Latinoamérica y el Caribe se circunscribe en la Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe ("Declaración Ministerial Prevenir con educación," 2010) que se llevó a cabo en la Ciudad de México en 2008. Dicha reunión fue circunscrita por los ministros de salud de los cuatro países de donde provienen quienes han participado en este estudio.

La educación sexual aparece como concepto durante la segunda mitad del siglo XX en Europa (OMS, 2010). Mientras que en América Latina, Narciso Bassols, quien fuera Secretario de Educación Pública de México a principios del siglo XX, en 1932, intentó iniciar con el primer programa sobre educación sexual en las escuelas, sin embargo presiones de la Asociación de Padres de Familia detuvieron el proyecto.

Según un análisis sobre la educación sexual en los países latinoamericanos realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México en 2008, Argentina se encuentra en un nivel alto, Bolivia y Ecuador, como la mayoría de los países de la zona están en un nivel medio, mientras que México se encuentra muy rezagado en un nivel bajo (DeMaria, Galárraga, Campero, *et al.*, 2009), en cuanto a la educación escolarizada se refiere.

En Argentina, en el año 2006, se creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, el cual contempla la obligatoriedad de todos los tipos de escuela de brindar educación sexual. Esta fecha es posterior a los años en que los participantes provenientes de Argentina estudiaron estos niveles, por lo que sus percepciones sobre la educación sexual percibida en ámbitos escolares varían. En Ecuador no existía una obligatoriedad para que las escuelas educaran en salud sexual y reproductiva, hasta el año 2013, cuando se integró la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), la cual promueve la educación sobre salud sexual y

reproductiva en el ámbito escolar. Mientras que en Bolivia, a partir de 2014, el Ministerio de Salud ha integrado en los currículos escolares información sobre el VIH/sida y otros temas sobre salud reproductiva. En México es una obligación legal del estado, sin embargo las políticas no son claras en muchas ciudades y la información y métodos son diferentes de acuerdo a las políticas de cada uno.

Por lo general, las dinámicas a través de las cuales se enseñan temas sobre salud sexual y reproductiva en las escuelas se centran en temas meramente biológicos, pocas veces reproductivos, sobre prevención del embarazo y el acoso, pero la información sobre sexualidad es prácticamente nula. Los currículos suelen ser establecidos a través de los Ministerios de salud y Educación de los gobiernos. El único de los países de donde provienen los participantes de la muestra que tiene una educación sexual independiente a las instancias gubernamentales es Argentina (DeMaria, Galárraga, *et al.*, 2009). Tanto Argentina, como Bolivia, Ecuador y México, disminuyen los temas y materiales oficiales a partir del término de la educación secundaria (DeMaria, Galárraga, *et al.*, 2009). Por tanto, podemos observar que los adolescentes y adultos emergentes tienen cada vez menos acceso a la educación sexual y reproductiva de manera formal.

La educación sexual que se recibe en la escuela fue descrita como la fuente de información más importante para un grupo de adolescentes mexicanos (Rodríguez, *s/f*). La información que puede recibirse en esta etapa de la vida será indispensable para el futuro y, en ocasiones, puede ser indicador de futuros comportamientos en salud sexual y reproductiva, dentro o fuera del país de origen.

La educación sexual en Europa tiene una serie de regulaciones que intentan tener una educación sexual estandarizada entre los países miembro de la Unión Europea (Ketting y Winkelmann, 2011; Lazdane, 2011; OMS, 2010). Dichas recomendaciones incluyen, en el más amplio sentido de la palabra, los cambios que se suscitan en el mundo, tomando en cuenta la globalización y la inmigración, así como el internet y nuevas tecnologías (OMS, 2010). Se centra hacia una educación positiva en la que exista un desarrollo integral de la sexualidad.

Las barreras para la educación sexual en las escuelas son comunes y están relacionadas a diversos factores como la religión, las escuelas privadas y las asociaciones de padres de

familia. En la muestra de este estudio muchos de los participantes, hombres y mujeres, estudiaron la educación básica, secundaria o bachillerato en instituciones privadas, en su mayoría religiosas, las cuales eran exclusivas para hombres o para mujeres, algunas dirigidas por órdenes religiosas. La mayoría de las personas que estudiaron en estas escuelas religiosas consideran que no fue positivo para su desarrollo personal, ni su vida sexual.

“Pues... yo creo que fue una parte la educación que tuve de monjas, que fue muy *chingativa*, inclusive denota el acercarse a los hombres, y si le saludas de mano no está bien visto, fue tanta la presión que nos metieron a las chavitas, porque éramos puras mujeres, que yo creo que me quedé un poco ahí trabada con eso. Luego ya lo trasladé a mi vida más adulta-joven y quise eso trasladarlo en bueno, sí pero lo voy a controlar de la mejor manera. Quise seguir con eso pero a mi manera, a la mejor porque pensaba que igual me espero hasta casarme. Estas ondas que te meten en la cabeza, y por qué no hacerlo con responsabilidad y así... porque hacerlo como las monjas me dijeron toda la vida y mis papás quieren que sea, pues bueno, no funcionó.” (Leonora, mexicana de 30 años de edad)

María considera que su educación sexual fue buena tomando en cuenta el ambiente en el que se desarrollaba las condiciones de su mesosistema eran muy religiosas. Pese a que culpa a su educación religiosa de posteriores problemas para desarrollar positivamente sus relaciones de pareja.

“P: Oye, me contaste un poco de la educación sexual en la escuela, pero ¿crees que la educación religiosa que tuviste haya influido en algo, la forma en la que lo viviste? R: Sí, sí, muchísimo, yo creo que recién a partir de los 24 o una cosa así es como que me he ido liberando un poco más yo en cuanto sexualidad, porque es como que se me quedaron ideas de que todo lo relacionado con sexo, el tema de salud sexual es como todo tabú, y hasta ahora no, hay miles de cosas que todo el mundo debería saber que yo no sé, pero si la idea de que es tabú, de que es sucio, de que es pecado, de que es prohibido, es una idea que se me ha quedado muchísimo tiempo, como que me cuesta desprender, yo protesto igual que a partir de que me he hecho más atea, es como que ya llevaba otro tipo de cargas morales, de sentirme culpable.” (Elena, boliviana de 28 años de edad)

Del mismo modo vemos el comentario de Elena, a quien igual que a María, la educación religiosa que vivió en su adolescencia, de la cual aprendió ciertos comportamientos sexuales y reproductivos, marcó su adultez emergente y le causó conflictos con su forma de actuar. Ella dice que vivir una nueva cultura le ayudó a descargar la culpabilidad que vivía.

La relación sólo con personas del mismo sexo en el ámbito escolar, relacionada con la forma en la que se desarrollan posteriormente con otras personas, se aborda por pocos participantes. Las mujeres como Leonora o Remedios no la mencionan como un factor determinante, sin embargo para Ernesto sí lo fue.

“P: ¿Cómo fue estar en una escuela religiosa y empezar a salir con chicas? R: Traumático, porque siempre estuve con chicas, porque tenía primos de mi edad que estaban en colegios mixtos, entonces tenía fiestas, tenía cosas, tenía relaciones con chicas, pero lo que no tenía era una cotidianidad, no tenía una conversación con mujeres, una amistad, que creo que eso es importante. Y eso creo que es lo que más hace falta en la adolescencia, tener esa relación, establecer la amistad con un amigo, con una amiga, creo que es muy diferente, que son cosas importantes.” (Ernesto, argentino de 25 años de edad)

Esta situación puede estar relacionada a construcciones de roles de género. Como mujeres, Leonora y Remedios no tenían la presión que tuvo Ernesto por conocer y acercarse a las chicas, él no sabía cómo acercarse ni cómo relacionarse. Esto también puede deberse a que tanto Leonora como Remedios tuvieron hermanas o hermanos y Ernesto era hijo único, por lo que su comunicación con otras personas de su edad fuera del ambiente escolar queda como una posibilidad abierta.

La información que reciben quienes estudian en una escuela religiosa varía, no obstante existen ocasiones en las que la información brindada es poco objetiva y sesgada, como en los casos de Jorge, Santiago y Leonora, de México. Este tipo de conflictos debieran estar regulados por las legislaciones educativas del país, sin embargo al ser escuelas privadas se vuelve complicado revisar currículos de temas no básicos.

“En realidad como que no se tocaba mucho el tema, en realidad la evitaban, había pocos profesores, que procuraban que los maestros fueran laicos, pero había uno que otro maestro religioso que era dogmático, que por su opinión propia sí nos hablaba de esperarse al matrimonio, de evitar la lujuria, ya sabes, la homosexualidad está mal, la posición que siempre tiene la Iglesia” (Santiago, mexicano de 22 años de edad)

La información sobre salud sexual y reproductiva, brindada en las escuelas de quienes participaron en las entrevistas, es similar al ser casi en su totalidad centrada en la biología y en evitar lo “negativo”, no es una educación sexual que busque el desarrollo sexual positivo de la persona, como lo plantean los estándares europeos recomendados. Aquellas personas que recuerdan la edad de la plática sobre sexualidad refieren a los once años en promedio. Quienes participan etiquetan su educación como banal, fría y centrada en la biología. La impartición de las pláticas, que no son clases generalizadas sino algunas pocas horas generales dedicadas al tema, son impartidas por: sexólogos, médicas, psicólogas o profesores. Las conversaciones centradas en la menstruación, la recomendación de la abstinencia hasta el matrimonio, pocas veces mencionado el condón como método para evitar un embarazo o una ITS, e información básica sobre cómo se produce un embarazo, cuando debieran incluir la promoción de la información necesaria para la negociación del uso de anticonceptivos, incluyendo componentes socioculturales. La correcta información sobre salud sexual y reproductiva que pueda provenir de profesores (Lloyd, 2005) capacitados es una de las intervenciones más importantes que pueden traer beneficios a la salud de adolescentes y adultos emergentes.

“Como a los 12 más o menos, a los 14 nos dan clases por separado, en colegios mixtos, pero para hablar tema de sexualidad de la adolescencia: qué te paso, no sé qué, nos daban charlas de los cuerpos [...]. Y después ya cuando estabas a partir de los 15 [años] nos daban las clases juntos, pero siempre como que sobre el pecado, eran clases, pero muy religiosas dígame, que tienen que mantenerse vírgenes hasta el matrimonio y si no vas a ser un pecador, el tema aborto, en temas métodos anticonceptivos, esas cosas, les mencionaban, pero no te enseñaban cómo hacer sino que estaba la información y ya con eso se supone que cumplían” (Elena, boliviana de 28 años de edad)

“Tenía 11 ó 12 años, y era muy básica, y era como algo bastante natural, en un colegio cristiano, pero no pronunciaban sexo así como otros, eran como muy naturales, nos explicaban lo que es el sexo y bastante científico, como fríos. Después acá en España fue más gracioso porque los del Opus Dei son bastante más, no sé si reservados, depende también del profesor, pero nos tocó un sacerdote que fue bastante gracioso porque el tipo empezó la charla diciendo, bueno ustedes se fijan en las mujeres, sí, sí, todos, y en qué se fijan de las mujeres, y ahí todo el mundo un ambiente más distendido y todo mundo las tetas, el culo, etcétera, y el sacerdote dijo bueno a partir de ahora voy a hacer que ya no se fijen o que si se fijan se vayan a fijar de una manera diferente. Empezó a decir que los pechos son para dar de mamar y el trasero, digamos, que son las caderas son para albergar al niño, etcétera. No nos lo tomamos muy en serio.” (Mario, argentino de 25 años de edad)

En muchas ocasiones se recuerda el uso de videos impersonales e infantilizados. Las herramientas para las clases son pocas. Los temas básicos y repetitivos están relacionados, en su mayoría, con la salud de la mujer. Dato importante que recupera Rodrigo en su argumentación, siendo el único que habla sobre la necesidad de mayor información sobre la salud sexual y reproductiva de los hombres.

“Si, la verdad es que las pláticas de salud reproductiva son muy raras, porque yo sé que en Bolivia, sobre todo en la primaria, que están enfocadas a la prevención de embarazos no deseados, y de ahí para adelante siempre se enfocan el tema en las mujeres, muy poco en el de los hombres, siempre como el embarazo de las mujeres y los ciclos menstruales y tal, de los hombres muy pocos salvo por enseñarte a ponerte un condón y ya.” (Rodrigo, boliviano de 27 años de edad)

Solamente un par de participantes no recuerdan haber tenido alguna clase o plática sobre salud sexual y reproductiva en la escuela, pero aun así aseguran que debieron haberla tenido. Aunado al poco impacto positivo que reporta la mayoría de los participantes, es importante retomar las visiones de quienes años después poco recuerdan de una educación que debiera ser una de las más importantes e influyentes en sus vidas. Dice Santiago: “Está mal que en las escuelas no se toque el tema y que la gente aprenda en la tele”.

La Declaración Ministerial tiene entre sus objetivos disminuir para el año 2015 en un 75 por ciento el número de escuelas –públicas o que dependen de los Ministerios de Salud– que no imparten educación sexual integral –positiva– ("Declaración Ministerial Prevenir con educación," 2010). La educación para disminuir las vulnerabilidades y riesgos, como, por ejemplo, la transmisión del VIH, incluye la promoción, el acceso y distribución de condones. Sin embargo, en las conversaciones que se mantuvieron durante esta investigación las menciones respecto a haber recibido esta información, o en su caso un condón dentro del ámbito escolar, son prácticamente nulas, con excepción de Cecilia, quien a sus 15 años de edad comenzaron a hablar de algunos temas sobre sexualidad:

“Yo iba a un colegio de mujeres, no me acuerdo bien, pero teníamos clase de educación sexual, no en una clase-curso, sino que era que desde los 15 años cada año teníamos como un curso intensivo, de varias horas, que venían médicos, venía gente y nos explicaban un poco. Nos hacían hacerles preguntas anónimas para que no te dé vergüenza y esas cosas, y un poco nos explicaban. No sé, la verdad es que no lo sé, sobre todo responder dudas, nos machacaron mucho con eso de cuidarnos” (Cecilia, argentina de 29 años de edad)

Sin embargo, en otras escuelas los planteamientos son distintos, como no mencionar las opciones de anticoncepción, ya que se promueve la abstinencia sexual en la vida de los jóvenes. Santiago explica que cuando cursaba el bachillerato sólo se dieron dos pláticas sobre el tema de sexualidad: una poco objetiva y la otra muy apegada a la biología. Añade que en alguna ocasión la asociación de estudiantes de su bachillerato repartió condones entre los alumnos durante una semana de la salud, pero fue prohibida la repartición; era una escuela a la que solamente acudían hombres.

“Alguna vez, en mi escuela, por parte de las campañas de la Sociedad de Alumnos, intentaron promover eso [repartir condones], entonces con el seguro [seguridad social] consiguieron varios, pero cuando los empezaron a regalar en mi escuela, que era religiosa, lo prohibieron, casi casi amenazaban de expulsión a la asociación alumnos.” (Santiago, mexicano de 22 años de edad)

Educación sexual en casa

El hogar es el primer sitio en el que la educación en sexualidad puede existir. Educación que comienza desde la infancia a través del conocimiento y las actitudes hacia el cuerpo, como la desnudez y nombrar a las diferentes partes del cuerpo por el nombre correcto. La familia, en cualquiera de sus definiciones, es el microsistema más influyente en el desarrollo de la persona en la primera infancia, cuando comienza a desarrollarse la identidad. Una de las funciones más importantes de la familia es su papel en la educación para la sexualidad (Monroy y de Velasco, 2004), que debe ser relacionado al contenido de la educación formal debido a la importancia que tiene el diálogo de la información recibida de los padres.

La gran mayoría de los participantes en este estudio recibieron algún tipo de educación sexual de parte de sus padres, ya fuera de los dos o por separado, prevaleciendo una separación sexos e inclinándose a una mayor comunicación entre las mujeres y sus madres debido a la menarca y menstruación. Se destaca en las relaciones familiares la comunicación entre hermanos sobre temas sexuales y reproductivos, no importando el sexo. Las pláticas o acercamientos para platicar sobre temas de sexualidad entre padres e hijas son casi inexistentes. Se reconocen patrones de roles de género en los patrones que se tienen dentro de las familias que incluyen la educación sexual como un tema de conversación entre padres, madres, hijas e hijos.

Las conversaciones sobre la educación sexual en casa, se iniciaron basadas en temas como si se había recibido alguna vez información por parte de los padres, si iniciaron un diálogo en algún momento, si se les ofreció el tiempo y la confianza para obtener algún consejo, entre otros. Alejandro, Bruno, Ernesto y Angélica no recuerdan haber platicado nunca con su madre o su padre sobre algún tema referente a lo sexual o reproductivo.

“P: ¿En tu casa te acuerdas haber hablado con tus padres [sobre sexualidad]? R: Tampoco, tampoco, tampoco en mi casa tampoco. P: Tu padre, ¿algo que te haya dicho? R: No, nada, son muy cerrados.” (Ernesto, ecuatoriano de 30 años de edad)

“[Cómo llegó la información sin diálogo con los padres] Porque muchas niñas en mi pueblo se han quedado embarazadas, casi de la misma edad que yo. Y lo de las enfermedades... lo que escuchado por mi hermana, que es menor que yo.” (Angélica, ecuatoriana de 29 años de edad)

La influencia de unos hermanos sobre otros, en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, son comunes y se ha analizado la influencia que pueden tener (Bronfenbrenner y Ceci, 1994; Widmer, 1997). La comunicación sobre sexualidad y reproducción entre hermanos se presenta como positiva en algunos de los casos de la muestra. La confianza y la cercanía son factores que fomentan las conversaciones. Las y los hermanos mayores tienden a acercarse a los menores para aconsejarles sobre el uso del condón. Esta relación abierta permanece aún en familias muy religiosas como las de Rodrigo y Mario, que hablan de una buena comunicación con sus hermanas. Incluso en casos donde no hubo acercamiento de los padres, hubo alguna entre hermanos como el caso de Amanda y Leonardo. Estas conversaciones pueden ser patrones de nuevos roles de género en los que hombres y mujeres de la generación de los participantes puede tener mayor apertura a platicar temas de sexualidad con personas del sexo contrario.

“Con mi padre llegué a hablar alguna vez, pero nunca fue como muy este... es que no vivía con nosotros, vivía en otra parte, entonces pues sólo fue como, pero en realidad como que me diera un consejo o algo así, no lo recuerdo ahora. P: Tal vez se acercó a hablar contigo y ahí quedó... R: Quizá en ese momento no quise escuchar nada, con mi familia, quizá con mi hermana porque con ella, con la menor, te digo que somos como muy unidos.” (Leonardo, mexicano de 28 años de edad)

“En casa se habla mucho, tengo cuatro hermanos varones que no paran de hablar y yo también los animo muchísimo todo el tiempo. “Lleva gorro en la cartera, todo el tiempo”. Se habla en casa después, cuando se fue toda la religión, yo tenía 17 [años], mis hermanos eran más chicos, sobre todo mis viejos hablaban mucho y después acá en España se habla también. No hay tanta información como debería, pero hasta el alcance, no está a la vista, pero si querés información está.” (María, argentina 27 años de edad)

El discurso de María sobre sus hermanos explica cómo a través de cambios, en el mesosistema familia-iglesia y en su macrosistema al cambiar de país, la comunicación sobre salud sexual y reproductiva en casa se vuelve más abierta y relajada. Esto parece depender más de las familias que del entorno. En el caso de la familia de María la relación era una barrera que se deja detrás al momento de migrar.

Así es la comunicación que han tenido Cecilia o Elena. Mientras que en el caso de los hombres Luís y Pablo recuerdan la insistencia tanto de sus padres como de sus madres en el uso del condón: “cuídate”. Jorge sólo lo recuerda como un comentario aislado. Octavio recuerda que su padre le contó cómo cambiaría su cuerpo. A Luís sus padres le ofrecieron hablar con él, pero dice que nunca se acercó, y recuerda que en México pocas familias hablan sobre sexualidad.

“P: En tu casa, ¿te acuerdas de hablar con tus papás de algo sobre sexualidad, que tu papá o tu mamá se acercaran, o los dos, y te dijeran algo al respecto? R: No, nunca tocamos el tema así, abiertamente, la verdad es que no se platicó, yo creo que por la educación de ellos y más bien fue ir a preguntar, pues prácticamente ellos compraban los libros y se daban cuenta de lo que supuestamente nos enseñaban. Entonces sólo nos decían que si teníamos alguna duda o alguna situación que estaban abiertos y que nos escuchaban.” (Luís, mexicano de 29 años de edad)

Es común entre los participantes, como lo vivieron Luís, Elena y Leonora, haber recibido un libro de parte de sus padres con información sobre salud sexual y reproductiva se le diera o no continuidad a la información. La comunicación indirecta, tal vez originada por la educación de los padres o madres, se repite en otros casos como lo vivieron Valeria, Mario y Leonora.

“El tema sexual no, con mi papá jamás, con mi mamá sí. Un poquillo de ten cuidado, nunca dio entender, como si yo lo fuera a hacer, pero que si la prima ya salió embarazada, “ay, ésta muchachita que no se cuida”, diciendo de esa persona como para que a mí me cayera el veinte, pero nunca directamente. P: ¿Nunca te dijeron usa esto para cuidarte? R: Jamás.” (Leonora, mexicana de 30 años de edad)

La mayoría de quienes provienen de Argentina tuvo algo de comunicación tanto con el padre como con la madre, mientras que algunos mexicanos y sólo una de las mujeres bolivianas la tuvieron. En el contexto de las madres mexicanas de la muestra son más comunes sus pláticas con los hijos e hijas que las de los padres. Esta relación de las madres con los hijos o hijas, como generadoras de conversaciones relacionadas a la sexualidad, son comunes en la muestra, lo que coincide con otros estudios sobre el tema (Colleen Diiorio, Kelley y Hockenberry-Eaton, 1999b; Miller, Kotchick, Shannon, *et al.*, 1998). En

ocasiones dentro de una familia se habla con las mujeres y no con los hombres, como pasó con Jorge, quien recuerda las conversaciones de su madre con su hermana. Él no tuvo ninguna conversación con su familia directa.

“Desde cierta distancia me hacía gracia, aunque estaba chavito, la conversación de mi madre sobre la regla con mis hermanas. La escuché alguna vez. Sobre sexualidad, no sé, yo creo que nunca.” (Jorge, mexicano de 24 años de edad)

La comunicación con los padres y madres es importante desde la infancia, acentuándose durante la pubertad y adolescencia. Los adultos emergentes que tuvieron mejor comunicación con sus padres durante esas etapas siguen con el patrón. La migración funcionó como un proceso de resiliencia que mejoró la comunicación entre padres, hijos e hijas, cuando la familia migró junta.

La menarca se aprovecha en el caso de las mujeres como el momento detonador de una plática sobre temas sexuales y reproductivos, sobre todo con la madre. En ocasiones se realizan celebraciones de la madre a la hija, o de la abuela y la madre a la hija, no siempre del gusto de la celebrada. A Valeria, Elena, Alma y Rosario sus madres les hicieron hincapié en la importancia del momento, incluso la reacción de Alma hacia su padre, cuando éste le regala un ramo de flores, es de enojo. Ella no sentía felicidad por el hecho de comenzar a menstruar.

“Por ser la pequeña, tenía información, yo sabía que a mis hermanas les pasaba, sabía que me tenía que pasar. A mí de hecho me pasó cuando estaba en la casa de mi abuela, estaba en la secundaria, y claro, yo le dije a mi abuelita que ya me había pasado, pero no le dije qué, porque ya sabía. Mi mamá sí, cuando lo de la regla mi abuela la llamó para decirle que ya me había bajado, que hablara conmigo, y pues ya mi mamá me dijo que me iba a pasar cada mes y así de sí, ya lo sé (risa), lo sé.” (Valeria, mexicana de 29 años de edad)

El padre de Elena también tuvo presencia en esta etapa de su vida, la presencia de ambos padres en el proceso no es común, por lo que se destaca su presencia en dos de las conversaciones:

“P: ¿Oye, cuando tuviste la regla fuiste y le contaste a tu mamá? R: Sí y mi mamá le contó a su mamá y fue como el evento familiar “vean a la señorita”, digamos, y me acuerdo porque ese día me habló mi mamá primero, vinieron los dos, mi mamá y papá, y me dijeron que, bueno, que súper bonito y me regalaron, me acuerdo, me regalaron una cajita de madera, esto es como un paso más en tu vida, que súper importante, que eres una mujercita...” (Elena, boliviana de 28 años de edad)

Los casos de Alma y Elena son extremos, ya que como mencionamos las conversaciones entre padres e hijas o madres e hijos sobre temas de sexualidad son prácticamente nulas entre las personas a las que entrevisté. Sin embargo es relevante pensar que existen familias en las que las relaciones familiares son positivas y tiene las herramientas necesarias para lograr este tipo de relación. Sería interesante poder realizar entrevistas sobre este tema en particular para conocer cómo eran las dinámicas familiares y la opinión de madres y padres que hablan abiertamente sobre sexualidad. Elena, boliviana, difiere del resto de las personas involucradas de su país al tener más libertad en el discurso y la práctica que las demás personas entrevistadas de Bolivia.

Las amigas y hermanas son fuente de información sobre la menstruación. Para las participantes de argentina los tampones son parte del proceso de comenzar a menstruar y, en ocasiones, como le sucedió a Cecilia, el apoyo de su madre y hermana fue esencial en ese momento. Pareciera existir un patrón cultural en el uso de tampones o toallas/compresas para la menstruación, dependiendo del sitio en donde se ha crecido, aunque no hay datos suficientes para asegurarlo, coincide con que Remedios comienza a utilizarlos a su llegada a Europa, cuando cambia su ambiente ecológico.

“Cuando arranca, supongo que teníamos 11 años, a mi mejor amiga le vino la regla la primera vez. Teníamos 11 [años] y a mí me vino hasta los 12, con lo cual era como estar todo el tiempo ahí el tema súper latente, estábamos todas esperando a ver quién era la próxima que caía en ese tipo de cosas, la verdad que en eso les agradezco a mis amigas la confianza” (Alma, argentina de 27 años de edad)

“Sí, le dije a mamá, y no me importó nada porque era de las últimas de mis amigas [que iniciaba la menstruación], de hecho le pedí un Tampax a una, me lo dejó y me acuerdo perfecto, mi mamá me fue a buscar colegio y yo me quería ir con una amiga, “mamá, me quiero ir a lo de una amiga de no sé qué... ah... y ya me vino”, y ella estaba como toda emocionada, yo como que no quería darle importancia, no quería que fuera un circo, así de no, no, ya está, ya está, me acuerdo perfecto, perfecto, perfecto” (María, argentina de 27 años de edad)

Existen ocasiones en las que las mujeres no están preparadas para su regla, causa molestias, pena, vergüenza y situaciones incómodas. La menstruación debiera ser un concepto más natural y feminista, menos *biologicista* (Romaní y Casadó, 2014). Incluso en Rosario, quien tenía una buena relación con su madre y había tenido alguna educación sexual, sentía pena y no quería que en su casa lo supieran, del mismo modo una de las participantes de México cuenta que su hermana, al igual que Rosario, escondía todo lo que la pudiera relacionar a estar menstruando en un intento porque nadie se diera cuenta de ello.

La menstruación es el tema principal de las conversaciones sobre salud sexual y reproductiva entre madres e hijas. No existe en las entrevistas ningún tipo de símil para las conversaciones que pudieran darse entre padres e hijos. Esto parece limitar la comunicación con los hombres durante la adolescencia. Aunque la educación sexual en casa no resulte con indicadores positivos al analizarse como factor independiente de modificador de comportamientos, sí es relevante para fomentar la confianza del microsistema y fomentar mejores relaciones en el mesosistema y exosistema de los adultos emergentes.

Prácticas sexuales, uso de condón y otros anticonceptivos

¿Amor y sexo están relacionados para estos adultos emergentes? Al parecer no es un tema recurrente cuando se habla de sexo en lo general, sólo dos participantes hablan sobre la relación que el amor y las relaciones sexuales pueden tener, Luís, mexicano de 29 años, y Octavio, boliviano de 29 años.

“Yo todavía creo en el amor. P: Entonces tú creerías que tiene que haber algo más...

R: Por lo menos para mí sí, a mí sí me pasó y yo siento que si yo tengo relaciones

con alguien y que a los tres días me termina, creo que me molestaría más el numerito que se montó para llegar a tener relaciones que el que me haya terminado así.” (Luís, mexicano de 29 años de edad)

La definición sobre “tener sexo” o “tener relaciones sexuales” corresponde al sexo vaginal. Sin embargo, sólo una de las participantes hace referencia clara a diferentes prácticas sexuales para definir a sus parejas. Remedios discrimina a sus parejas según el tipo de relación sexual que tuvo con ellos. La diferencia se basa entre la práctica del sexo oral y el sexo vaginal. Adicionalmente, aclara que la mayoría de las prácticas sexuales orales fueron con distintas parejas a las prácticas sexuales vaginales.

Al respecto, hay que tener en cuenta que estas prácticas sexuales no siempre son consideradas por los jóvenes como tales, debido a que diversos factores no se encuentran en el proceso, como la posibilidad de un embarazo o el coito. En estudios realizados con poblaciones jóvenes (Bogart, Cecil, Wagstaff, *et al.*, 2000; Carpenter, 2001; Gute, Eshbaugh y Wiersma, 2008) se ha relacionado al acto sexual a “tener sexo” o “tener relaciones sexuales” exclusivamente con la penetración del pene en la vagina. Ni el sexo oral, ni el sexo anal –en menor medida– son considerados por muchos de los jóvenes encuestados o entrevistados en los estudios realizados como sexo, tener relaciones sexuales como tal está entonces en mayor medida asociado a la posibilidad de un embarazo y no al placer. Estas definiciones también pudieran estar relacionadas con el concepto de virginidad (Gute, Eshbaugh, *et al.*, 2008) y la importancia que este concepto toma en diversos ambientes sociales y grupos culturales.

El ser virgen se refiere a aquella persona que no ha tenido relaciones sexuales y la preservación del himen en la mujer es históricamente el factor principal. Las relaciones sexuales son entendidas en la generalidad como sexo con penetración pene-vagina. El concepto de virginidad no se abordó como tal durante las entrevistas a quienes participaron en esta investigación, sin embargo hay tres menciones sobre el tema. Tres mujeres, dos mexicanas y una argentina, describen en sus discursos sus actitudes respecto a la virginidad. Este concepto arraigado en diferentes poblaciones latinoamericanas se repite en algunas poblaciones migrantes, ejemplo de ello la investigación de Gloria González-López (2005). Sin embargo, las características poblacionales y generacionales son distintas a las de este proyecto.

El primer comentario que me interesa desarrollar es el discurso de Rosario. Ella creció en una pequeña población argentina y sus padres se divorciaron cuando era pequeña, su educación fue libre y laica. Sus ideas sobre virginidad se desarrollan en el marco de una primera migración interna y la finalización de la educación básica –bachillerato– cuando tenía 17 años. El cambio de residencia a la capital de su país durante su adolescencia contribuye a la decisión sobre “perder su virginidad”: “...en mi pensamiento racional fue: tengo que irme de mi ciudad y antes quiero perder mi virginidad”. La relación entre la migración y la toma de decisiones sobre sexualidad es clara en la forma de pensar de una adolescente que se enfrenta a la posibilidad de cambio. El no tener que volver al sitio y volver a ver a la persona con la que perdería su virginidad le otorgaba esa libertad del anonimato.

Para Rosario era un deseo perder su virginidad. La elección de la persona para su primera relación sexual estaba relacionada con la impersonalidad del acto “no lo voy a volver a ver nunca más”, eso facilitaba la decisión, aunado al futuro viaje.

Aunque no habla sobre virginidad conceptualmente, Jorge, al igual que Rosario, veía su primera relación sexual como un trámite con el que debía de cumplir debido a su edad. Tenía 20 años de edad y ya vivía en España, “como yo no tenía ningún tabú, dije, bueno, ya voy a quitármelo de encima”.

Esta decisión es contraria a la situación vivida por Valeria, quien tuvo su primera relación sexual a los 22 años edad, influenciada por su educación religiosa y el “respeto” a su padre, a quien describe como “estricto y muy conservador”. Deja la casa de sus padres a los 21 años de edad, su comunicación con su madre era positiva y es ella quien habla sobre virginidad, ofreciéndole a su hija la opción de no sentirse obligada a casarse con el chico con el que salía “a pesar de haberle entregado su virginidad”. Este caso es similar a los que González-López presenta en el libro *Travesías Eróticas* (2005). Coincidiría con el lugar de origen de la entrevista y los migrantes de los datos que presenta González-López.

Durante la adultez emergente, algo que se puede observar en Estados Unidos o Canadá es que los estudiantes dejan la casa de sus padres por primera vez al entrar a la universidad, pero esta situación no se repite en muchos países latinoamericanos. Facio y Resett (2009) encontraron en una muestra de adultos emergentes argentinos que quienes vivían solos

eran personas que habían salido de sus casas para estudiar en otros sitios del país o del extranjero; mientras que dos tercios de su muestra vivían en casa de sus padres. Sin embargo, como en el caso de Valeria es más común ver este comportamiento en adultos emergentes de ciertas provincias que cambian de ciudad para continuar con su educación.

Los microsistemas generan relaciones entre el individuo y sus acciones. Mientras que en el exosistema se encuentra la influencia que la iglesia, a través de creencias religiosas, generó en las familias para crear normas y valores. Por otro lado, la influencia que la familia tuvo sobre ellas se encontraría en el mesosistema. Finalmente, observamos la relación de la educación laica o religiosa sobre Rosario y Leonora, como condicionante a las acciones.

Lo que encuentran Facio y Resett (2009) en su investigación sobre vivir solos, es consistente con que la mayoría de las personas de esta investigación vivían en casa de sus padres hasta antes de migrar.

Aquella primera vez

“...fue mi primera vez, pero fue un desastre. Un desastre que por suerte duró diez segundos o menos.” (Mario, argentino 25 años de edad)

Cuando en las entrevistas se habló sobre la primera relación sexual, una gran parte de los participantes cuenta sobre su experiencia con nociones negativas, se refieren a algo que “solamente pasó”, que no fue lo que esperaban, que fue una mala experiencia. Muy pocos se refieren a este momento como algo positivo en sus vidas. “Uno no puede pedir mucho la primera vez”, dice Luis.

Elena lo planeó, compró los condones con su pareja, tenía un lugar seguro y en el que iban a estar solos, sin embargo, dice que, “por los nervios”, fue una mala experiencia. Para la mayoría de los participantes la primera vez implicó un nivel de estrés, nervios, presión social y personal que evitó que puedan disfrutar plenamente del encuentro sexual.

Diecisiete años y medio es la edad promedio en la que los participantes tuvieron su primer encuentro sexual, se hallan diferencias entre hombres –16,5 años– y mujeres –18,5 años–. Este dato sólo tiene un carácter orientativo, ya que, como hemos mencionado, la muestra

no puede inferir ningún tipo de poder estadístico. Sin embargo, es prácticamente idéntico a lo que han hallado en una encuesta sobre sexualidad en México (Mitofsky, 2004), pero es probable que, debido a la forma en que ésta fue realizada, se hayan dado sesgos para que más personas similares en cuestiones sociodemográficas a las de este estudio estén en la muestra. Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2006 en México, reportados por el *Guttmacher Institute*, hablan de 19,3 años en promedio para las mujeres (F. Juárez, Palma, Singh, *et al.*, 2010), lo cual es similar considerando que para las mujeres mexicanas el promedio de las participantes es a los 20 años de edad para la primera relación sexual. Esto difiere de lo hallado por un estudio argentino, en el cual su población de adolescentes comenzaba a tener relaciones sexuales a los 15 años en promedio (Lucia Wang, Vazquez, Ravalli, *et al.*, 2012). Mientras que en España y Ecuador el promedio se encuentra alrededor de los 18 años para las personas en el grupo de edad más joven (INE, 2003; UNICEF, 2012). En Bolivia existe un promedio de 18 años, que se divide entre hombres y mujeres: en 18,8 y 17,7 años de edad, respectivamente, para la primera relación sexual. Este dato varía conforme a al nivel de educación y departamento de residencia (Coa y Ochoa, 2009; ECOSOC y CELADE, 2004).

Sólo dos de los participantes tuvieron su primera relación sexual después de haber migrado, en Madrid, y no en sus países de origen. Jorge, mexicano, quien migró a los 19 y tuvo su primera relación sexual a los 20 años de edad con una chica española; por otro lado Angélica, ecuatoriana, quien migró por primera vez a los 18 años de edad y tuvo su primera relación sexual con un joven peruano. En lo general, son parte del grupo que migró a menor edad. El caso de Angélica es distinto, ya que posteriormente decidió que prefería sexualmente a las mujeres, aunque no se define a sí misma como lesbiana durante la entrevista. En la mayoría de las ocasiones la primera relación sexual fue con una pareja, novio o novia, sin embargo esta relación no suele durar más que unos pocos meses.

La conversación acerca de la primera relación sexual fue uno de los primeros temas sobre sexualidad en la entrevista, junto con la educación sexual y reproductiva. Hay a quienes les era natural hablar sobre su sexualidad, a siete de los ocho participantes argentinos se les percibía más tranquilos; el resto de los participantes variaba, a la mayoría le llevaba un poco de tiempo acostumbrarse a la idea.

A Octavio parecía que le servía para contar historias que tenía guardadas y se enojaba mientras contaba algunas partes de su vida. Rodrigo, boliviano de 27 años, tiene la historia más extrema respecto a los demás y su caso es diferente. Rodrigo se asimila como gay, lo que él considera fue su primera relación sexual fue a los 14 años con un hombre de 50 años, y se trató de sexo oral.

En los casos en los que se utiliza un anticonceptivo en la relación sexual, la negociación del uso de condón u otro anticonceptivo se da por un hecho. Es decir, los discursos indican que la persona entrevistada está segura de que ambos en la pareja desean el uso del anticonceptivo.

Cuando la primera relación sexual es planeada con anticipación por alguno de los integrantes de la pareja, generalmente se utiliza un método anticonceptivo, como el condón. Sin embargo, algunas personas que no lo planearon también dicen haber utilizado condones debido a que ya contaban con ellos. Tener el condón con anticipación puedes ser un factor que promueve el uso, sobre todo en nuevas generaciones en las que el uso se ha generalizado. Según Pablo “a los 17 años llevas condones, toda la gente lleva condones en la media, en todos lados, llevas como diez condones por ahí”, su idea se confirma escuchando los relatos de los demás. En su mayoría, los hombres, las mujeres, y sus parejas, tienen condones y acceso a ellos.

Sin embargo, dependiendo del ambiente en el que se hayan desarrollado hay unos pocos casos excepcionales que hablan de la pena de comprar o pedir un condón de las reservas de las amistades para acceder a condones u otros métodos anticonceptivos. Situaciones generalizadas sobre no planearlo y no utilizar métodos de protección. El discurso varía entre no necesitarlo por ser una mala experiencia que dura pocos segundos, no pensarlo o no querer utilizar protección “por amor”, como en el caso de Patricia, que a pesar de ser médico basa su conversación en muchos tabúes y desinformación.

En ocasiones, el sitio de la primera relación es la casa de los padres, ese momento en el que se ha quedado vacía, ya sea por vacaciones, horarios de trabajo de los padres o simple coincidencia. Es el caso de Mario, Pablo, Leonardo, Luís, Valeria, Elena y Lorena. Así fue, también, para Alma “mucho no recuerdo, pero creo que se los robamos a sus padres porque

fue en su casa, nos escapamos del cole, nos fuimos a su casa, sus padres estaban trabajando, supongo que lo habrá robado, lo tenía él”.

Existen casos extremos, quienes planearon su primera relación sexual incluso visitando al ginecólogo previamente para conocer el mejor método anticonceptivo disponible, como el caso de Leonora. Sin embargo esta preparación para una relación sexual planeada y responsable no resultó placentera, lo cual confirma que el acceso a la salud no es común en otras poblaciones.

“[Mi primera relación sexual] No fue lo bonito que yo esperaba, muy cuidado y muy estresante” (Leonora, mexicana 30 años de edad)

Algunas personas hacen visitas a médicos y servicios de salud después de la relación sexual. Este es el caso de Alma, quien platica con su madre sobre su relación sexual porque ella quería ir al ginecólogo y su madre no apoyaba esa decisión. Valeria también lo platicó con su madre, aunque después de la primera relación sexual, y explica que para ella era fundamental esta conversación. Los hombres nunca mencionan algún tipo de comunicación con su padre o madre sobre la primera relación sexual. En este caso, en el microsistema no existe comunicación entre el individuo de sexo masculino y la figura familiar como padre o madre, como habíamos visto.

Bruno es otro caso excepcional, él tenía sólo 12 años cuando tuvo su primera relación sexual. La influencia del mesosistema en los que se desarrolló su infancia, la familia, la escuela y los amigos, coaccionaron esta situación. Como único participante en tener relaciones sexuales a esta edad, y los amigos con varios años de diferencia de los demás, su situación es especial. Vivió conflictos familiares en casa, violencia física y psicológica, y tuvo amigos que “lo engañaron y presionaron”. Con la similitud de pares, él también debía tener sexo con la chica con los que los demás dicen haber tenido su primera relación sexual. Después supo que era el único que realmente lo había hecho.

Finalmente, en la parte positiva de la primera relación sexual se encuentra Alma, quien afirma que su primera relación sexual fue una maravillosa experiencia. No se ha encontrado literatura en español o inglés sobre el tema del disfrute o no de la primera relación sexual, la mayoría de la literatura científica está enfocada a los riesgos y uso de

anticonceptivos. Únicamente algunos documentos sobre la educación sexual para el placer hacen mención de los posibles motivos de que la educación sexual siga siendo en mayoría de enfoque reproductivo (Ingham, 2005). Se debe destacar la importancia de realizar futuros estudios que tomen en cuenta a la primera relación sexual desde un ámbito del disfrute o no de la misma, no sólo de los riesgos que puede implicar para quien se involucra por primera vez en la práctica del sexo (coito).

Las constantes con las que la primera relación es vivida no han cambiado mucho desde el estudio realizado por Sprecher *et al.* (1995). En sus hallazgos del trabajo con un grupo de estudiantes de los primeros años de la universidad en Estados Unidos encontraron que la primera relación sexual se tiene dentro de una relación de pareja, es espontánea, no planeado, en la casa familiar de alguno de los miembros de la pareja y existe el posible consumo de bebidas alcohólicas, similar a lo hallado en 1983 por Zelnik, y en 1981 por DeLamater (1981).

Las diferencias por género anteriormente encontradas por otras investigaciones (Rubin, 1990; Sprecher, Barbee, *et al.*, 1995) indicaban que las mujeres reportaban más sentimientos negativos. En los datos aquí presentados las mujeres que dicen haberlo planeado con anticipación son las únicas que refieren un sentimiento de culpa, debido a ser ellas quienes lo habían planificado. En este estudio no aparecen diferencias claras entre hombres y mujeres, aunque sí hay muchas vertientes negativas en las historias de quienes participaron, las cuales se comparan presentadas por Rubin (1990). Tampoco se han encontrado diferencias relevantes entre las personas provenientes de uno u otro país.

Embarazo, presente y futuro

“Tal vez por el miedo, miedo a no querer tener una pareja formal, de tener hijos, entonces por no querer tener hijos con otra tienes que estar muy atento, eso, si no quieres tener una pareja, si sabes que no va a ser la mujer de tu vida, es muy importante cuidarse porque si tienes hijos, va a ser la mujer de tu vida por una irresponsabilidad” (Alejandro, argentino de 31 años de edad)

Este grupo de adultos emergentes pareciera estar determinado por la relación que tienen con querer tener hijos o no querer tenerlos. Sus características de referencia con la adultez

emergente se pueden ver más claramente cuando se analizan las conversaciones relacionadas al embarazo y la posibilidad de tener hijos. Estos cambios de patrones se pueden ver en el trabajo de Arnett quien relacionaba sus primeras publicaciones (Jeffrey J. Arnett, 2000, 2004; Jeffrey J. Arnett y Taber, 1994) sobre la adultez emergente la ausencia de hijos. Sin embargo, no es un factor necesario para ser un adulto emergente mientras se encuentren presentes otras características. La responsabilidad que implica el cuidado de los hijos es lo que más los aleja de estudios, viajes, cambios de trabajo o pareja.

La decisión de postergar el embarazo, que ha cambiado entre las generaciones, es una de las razones que motivaron a la creación de la teoría de la adultez emergente, debido a que es un factor que se deriva del lapso de tiempo que se abre en la primera relación sexual y vivir en pareja o casarse (Carrie B. Douglass, 2007), así el momento en el que las personas, que así lo desean, tienen el primer hijo, ha ido retrasándose en los países desarrollados y en ciertos ambientes de los países en desarrollo.

Cinco personas de la muestra tenían hijos propios o de sus parejas al momento de la entrevista, de las cinco personas cuatro son mujeres^{††} y cuatro provenían de Ecuador. Del mismo modo son las cinco personas con menor escolaridad de la muestra, aunque, como hemos mencionado anteriormente, debido al tipo de estudio, no se pueden realizar inferencias causales, pero debe tomarse en cuenta dentro del análisis, ya que es consistente a lo que se ha encontrado en diversos estudios sobre la relación de edad del nacimiento de los hijos versus escolaridad (Corcoran, 1999; González-Garza, 2005; Menkes y Suárez).

El resto de quienes participaron en las entrevistas no tenían planes de tener hijos a corto plazo, sin embargo, hay algunos pocos casos en los que, aunque dicen no desear hijos, ya que no es el momento adecuado, no sería un problema si resultara un embarazo, por lo que, similar a lo hallado por Arnett (2014), descuidan sus cuidados anticonceptivos debido a la ambivalencia sobre la decisión. Son los casos de Lorena, Ernesto y Valeria.

“P: Pero entonces, o sea, ¿tú sí quieres tener hijos? R: Sí, está en mis planes y en los de él también, pero tampoco hemos dicho que sea ya, ni que no sea ahora, pues está en plan de que si llega, llega, pero sí que es verdad que el método de ritmo y

^{†††} La hija de Angélica es hija de su pareja, otra mujer con la que tiene viviendo tres años.

que esto no funciona, bueno, vale, pero sí que es verdad que en esos días en que yo sé que soy más fértil y tal nos cuidamos, si lo hacemos en esos días nos cuidamos, no es... sólo con el condón ya... P: Cómo para tratar de que no, pero... R: Pues en plan de, bueno, si sale pues ya ni modo.” (Valeria, mexicana de 30 años de edad)

Existe un consenso entre varias de las participantes al hablar sobre el embarazo y es que la posibilidad se describe con las palabras “conflicto”, “temor”, “terror” y “miedo”. En sus discursos también se menciona la responsabilidad que implica tener hijos y que debe ser una decisión que se toma, no una obligación o destino. Algunas dejan la posibilidad de tener hijos abierta, pero en el momento adecuado, cuando, por ejemplo, en el caso de María, tanto ella como su pareja se desarrollen a nivel profesional, similar al caso de Luís, quien también prioriza su carrera. Esto contrario a lo que explica Arnett (2014, p. 133) sobre las adultas emergentes en Estados Unidos, las mujeres de este estudio, en su mayoría, sí deciden si se embarazan o no, escasas son aquellas personas que lo dejan al azar. El miedo a embarazarse se encuentra en los discursos de Alma, Rosario, Elena, Ofelia y María.

“No sé, yo creo que la idea de que nunca he querido ser mamá y entonces me daba terror quedarme embarazada [por lo que usaba anticonceptivos]” (Rosario, argentina de 28 años de edad)

“...y peor quedar embarazada, y peor para mí, no sé a mí me da muchísimo miedo” (Ofelia, mexicana de 30 años de edad)

Sólo uno de los hombres busca tener hijos con mayor claridad. Octavio termina su relación de pareja porque él deseaba hijos en el momento y su pareja no. Mientras que el resto de los hombres parece coincidir en el deseo de tener hijos, sin embargo la idea de postergar el momento se repite.

“Sí, sí, lo hemos platicado. Yo cuando era más chico no quería tener un hijo, pero ahora pienso que estaría bien tener un hijo, pero en unos cuantos años, y lo platicamos que como por cosa de salud o de riesgos sería como mejor si queremos tener un hijo que fuera como los 35 años, todavía nos quedan unos cinco años para organizarlo bien.” (Leonardo, mexicano de 28 años de edad)

Para los participantes estudiar, trabajar y viajar antes de embarazarse son las principales razones para postergar un embarazo en caso de que se desee o que no se haya planteado hasta el momento. Esperar, postergar, buscar el momento adecuado son los pensamientos comunes, sobre todo en el caos de las mujeres participantes. Buscar la realización personal y de pareja son ideales comunes que se encuentran a lo largo de las conversaciones.

“P: ¿Y por qué no quieres un embarazo? R: Porque tenía que estudiar, porque estaba estudiando y trabajando y quería viajar.” (Amanda, boliviana de 29 años de edad).

La migración es un factor que, por lo general, contribuye al retraso del embarazo debido a la situación de inestabilidad que se vive en diversos aspectos, sobre todo dentro del microsistema de quienes migran, como, por ejemplo, en el caso de Leonora, la ausencia de la familia. Aunque existe el caso de Ernesto, quien ve como un factor positivo para el embarazo tener un seguro médico que pudiera cubrir los gastos del embarazo y que en Ecuador no existiría. Así mismo, los patrones de crianza son discutidos, Leonora ve mayores facilidades en cuanto al ambiente en el que un niño crecería, a la vez que discute la falta de su red familiar, mientras que a Lorena no le gusta que sus hijos crecieran en España.

“P: ¿Hoy, de qué depende esa decisión, qué es lo que más importa para tener o no tener hijos ahorita? R: En nuestro caso pues que estamos asegurados y eso nos ahorraría muchísimo dinero en el caso de que en Ecuador no tuviéramos, no nos cubre por el seguro, porque no trabajamos y nos costaría, entonces acá por el tema de las becas estamos asegurados y dijimos oye...” (Ernesto, boliviano de 30 años)

Posponer el embarazo entonces resulta una característica común entre los adultos emergentes de países desarrollados y los adultos emergentes de esta investigación. Estas relaciones, que se definen por razones en común para postergar tener hijos, son producto de los diversos ambientes ecológicos en los que se han desarrollado los adultos emergentes y de la globalización, que contribuye a formar características similares en los diversos espacios.

Sexo oral: “Sólo porque ya estaba ahí”

El sexo oral es una práctica cada vez más común para los adolescentes y adultos emergentes en muchos países (Stone, Hatherall, Ingham, *et al.*, 2006), sin embargo, estudios coinciden en la poca información que tienen al respecto (Vannier y L., 2012) y en la necesidad de realizar mayor investigación sobre este tema, debido a las consecuencias que el sexo oral sin protección podría tener en la salud pública (Cherpes, Meyn y Hillier, 2005; Stock, Peterson, Houlihan, *et al.*, 2013; Stone, Hatherall, *et al.*, 2006). Como vimos en la sección anterior, el sexo oral no siempre es interpretado como “tener sexo” o “tener relaciones sexuales” (Gute, Eshbaugh, *et al.*, 2008), por ello puede ser que no sea considerado en los programas de prevención, como la poca promoción al uso de métodos de barrera para estas prácticas.

Entre las repercusiones que puede tener el sexo oral sin protección a la salud, se encuentran la transmisión del Virus del Papiloma Humano (VPH),(Stock, Peterson, *et al.*, 2013), Herpes Simplex Tipo I (VHS-1) (Cherpes, Meyn, *et al.*, 2005), Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la Hepatitis C (Edwards y Carne, 1998a). También pueden transmitirse enfermedades no virales, como son gonorrea, sífilis, clamidia, chancros, infecciones entéricas o por estreptococos (Edwards y Carne, 1998b). Sin embargo, la práctica del sexo oral no se relaciona con los riesgos que puede representar si se realiza sin protección (C. Roberts, Kippax, Spongberg, *et al.*, 1996; Stock, Peterson, *et al.*, 2013), y en ocasiones se ve como una alternativa al sexo vaginal por no existir el riesgo de un embarazo no deseado.

Remedios y Luís hacen mención al riesgo que para ellos podía implicar la práctica de sexo oral sin protección, pero de formas distintas. Mientras que Remedios hace referencia a la posibilidad de transmisión del Herpes durante el sexo oral, duda sobre su propio argumento de conocer a sus parejas; así Luís confirma a sí mismo que hay un riesgo, pero argumenta que su educación “como hombre” fue para inculcarle que no había ese riesgo. Estas diferencias de género que se realizan en la educación sexual y reproductiva de hombres y mujeres que se repiten en diversas temáticas.

“Yo creo que como hombre sabes que eso está mal, pero te lo meten un poco en la cabeza desde siempre. P: ¿Que no pasa nada? R: Que no pasa tanto, que no tienes tanto riesgo.” (Luís, mexicano 29 años de edad)

Las ideas que menciona Luis sobre lo que es ser un hombre, son similares a los conceptos de machismo que son mencionados por algunas de las participantes, como Elena. Estas ideas que Luís ha generado a partir de los ambientes en donde se ha desarrollado se muestran en ideas sobre la sexualidad. Al preguntarle sobre si ha practicado sexo oral de forma inmediata se adelanta y responde que “con hombres no”, la asociación hacia la homosexualidad con esta práctica sexual fue inmediata y denotó nerviosismo, una defensa de su sexualidad como hombre.

El machismo en las sociedades latinas, relacionado a lo religioso o no, surge al ser comparado con las relaciones que existen en otros países, en este caso en España, mientras que las participantes del estudio de González-López (2005p.251), por ejemplo, mencionan también que hay más machismo en México que en Estados Unidos.

“A mí una razón igual por las que he decidido salir de Bolivia es por el tema del machismo, que a mí me llegado, hacía cosas que [...] yo creo que por eso, por una sociedad tan conservadora, tan patriarcal, tan machista, creo que vas regulando, no sé, vas tomando conciencia también de otro tipo de cosas. (Elena, boliviana de 28 años)

La literatura sobre la práctica de sexo oral y el uso de protección durante la misma es muy escasa. La mayoría de la información que se ha generado al respecto es en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y en el caso de prácticas heterosexuales, el uso o no de métodos de barrera como protección es poco abordado. Los inmigrantes adolescentes latinos en España no presentan diferencias significativas en el número de contactos sexuales, específicamente orales respecto a sus contrapartes españoles (Bermúdez, Castro, Madrid, *et al.*, 2010).

En las entrevistas, dentro de la sección de sexualidad y prácticas sexuales, se les preguntó a los participantes si habían dado y recibido sexo oral, evitando el uso de las palabras “felación” y “cunnilingus”, para evitar confusión sobre el conocimiento de los términos.

Para soslayar las respuestas monosilábicas se ahondó en el tipo de pareja con quien practicaban o no el sexo oral, si utilizaban protección y conocían métodos para ello, y otras opiniones o comentarios al respecto.

Hay participantes hombres que relacionan el sexo oral con la confianza y el amor hacia la pareja. El sexo oral es una práctica sexual que se asume como más profunda, cercana e íntima. En el estudio realizado en Estados Unidos por Kaestle y Tucker (2007) con adultos emergentes, se encontró que en las parejas que decían quererse mutuamente era más común el sexo oral y dentro de esas parejas los hombres tenían más probabilidades de caer en dicha conducta.

“El sexo oral que he dado ha sido con chicas con las que he sentido algo, el sexo oral que proporciono, vale, lo asoció a algo más, deseo hacer sexo oral cuando esa persona me gusta mucho, y si tengo amor. Cuando solamente es por placer no lo hago. Lo tengo muy asociado al amor y el sexo oral al revés, el que me lo proporcionan y si la chica está dispuesta no le hago ningún feo” (Bruno, boliviano de 31 años de edad)

“Algo que sí te puedo decir es que el sexo oral sólo fue con mi chica, lo hice por una cuestión de confianza, nunca se me pasó por la cabeza tener sexo oral con las chicas que eran solamente relaciones sexuales, esa sí es una cosa como más íntima” (Jorge, mexicano de 24 años de edad)

Mientras que Remedios dice que las personas con las que ha tenido sexo oral han sido personas con las que no ha practicado otro tipo de sexo y han sido parejas más esporádicas; Patricia, boliviana de 29 años de edad, aclara que para practicar sexo oral “tienes que conocer a la persona para hacerlo, yo a la primera sexo oral jamás lo he hecho”. Estos datos corresponden con lo que hallaron Roberts *et al.* (1996) en un estudio cualitativo que incluía jóvenes australianos, estudiantes en su mayoría, al encontrar que los hombres hacen más diferencias entre las parejas con las que practican sexo oral y con las que no lo practican. El hecho de que en una población tan distinta a la del estudio se encuentren similitudes en los comportamientos corrobora la idea de una cultura global de la juventud.

También en el extremo opuesto están algunos de los hombres, como Arturo o Alejandro, argentino de 31 años, quienes relacionan esta práctica sexual, específicamente una felación, con trabajadoras sexuales y no con otras parejas. Arturo también dice que las parejas con las que ha practicado sexo oral son amigas “porque a su mujer no le va el rollo”, mismo argumento que utiliza al hablar sobre la práctica del sexo anal. En un estudio realizado con jóvenes brasileños encontraron que uno de los tabúes que siguen presentes en esa sociedad es la relación entre el sexo oral y la prostitución (Araújo de Souza Fonseca, Dias, Benevides de Oliveira, *et al.*, 2010).

Casi todos los participantes han practicado sexo oral. Sin embargo, es una constante que no conozcan que existen métodos de barrera para protegerse de posibles enfermedades/infecciones de transmisión sexual. Hay ocasiones en las que se relaciona el “cuidarse” durante el sexo oral con mantener una correcta higiene de pene, boca y vagina, así como lavarse las manos. Cuando se les pregunta sobre los métodos de barrera responden algunas veces con sorpresa, después se profundiza sobre el tema y el posible uso de condón se relaciona con los condones de sabores, sin embargo, el sabor del látex, como menciona Lorena, ecuatoriana de 30 años, es un factor de no uso.

“P: ¿Entonces nunca pasó por tu cabeza cuidarse? R: No, ni aunque los condones eran de fresa.” (Elena, boliviana de 28 años de edad)

“¿Para eso también hay cómo cuidarse? (risas) ¡Hombre!, claro que (risas) yo no sabía que para eso hay que cuidarse, que a la mejor al principio llegas y que para hacer esas cosas debes estar totalmente aseado, totalmente, o sea porque si no, ni de coña, para mí el aseado ante todo, y sí.” (Erick, ecuatoriano de 24 años de edad)

La prevención durante el sexo oral puede darse de diferentes maneras. Primero hay distinguir entre el contacto pene-boca y boca-vulva-clítoris. Para el contacto pene-boca, existe como método de barrera el condón de látex. El VIH, entre otros virus, está contenido en el semen (Edwards y Carne, 1998a), por lo que tener contacto con el semen, al practicar sexo oral, implica un mayor riesgo que el contacto boca-vulva-clítoris. En el caso del contacto boca-vulva-clítoris existen las láminas de látex, conocidas también como *dental dams* (Bailey, Farquhar, Owen, *et al.*, 2004), en su defecto, y al ser difíciles de encontrar en muchos países y zonas de los mismos, hay recomendaciones de utilizar *film* de cocina.

Una lámina de látex se define como “un cuadro de látex que se coloca sobre la vulva como una barrera de protección durante el sexo oral-vaginal” (Bailey, Farquhar, Owen, *et al.*, 2003).^{***} Sin embargo, es menor la posibilidad de transmisión de virus y otras enfermedades de transmisión sexual en la práctica del cunnilingus que en la felación. Debido a esto, el uso de las láminas de látex ha sido criticado, sobre todo en grupos de mujeres que tienen sexo con mujeres (MacBride-Stewart, 2004).

Ante la pregunta específica sobre haber utilizado un condón durante el sexo oral la respuesta siempre fue negativa, excepto en tres ocasiones. La primera, Leonora, que dice que alguna vez utilizó el condón durante el sexo oral, sin embargo aclara que era “sólo porque ya estaba ahí”, es decir, ya habían colocado el condón para la penetración. Mismo caso el que menciona Bruno, sobre el uso casual del condón. El segundo caso es más relevante, Pablo cuenta que en España, durante un viaje, una chica española le pidió que utilizara condón para que ella se decidiera a practicarle sexo oral. Es una ocasión excepcional en la que un participante, hombre o mujer, se ve en la situación de utilizar un método de barrera para la práctica del sexo oral.

En el caso de prevención, durante el sexo oral que recibe la mujer –cunnilingus–, solamente dos mujeres de entre todos los participantes sabían que existían las láminas de látex. Una de ellas, Leonora, había trabajado en una *sex shop*, donde adquirió conocimiento al respecto de éste y otros temas de sexualidad y placer. La segunda, Amanda, recibió la información por un programa en la televisión, transmitido en Bolivia, pero realizado en Venezuela: en él, una sexóloga explicaba qué era y para qué servían las láminas de látex. Una participante más, Cecilia, hace mención al posible uso del *film* de cocina como protección de barrera. Dicha información la obtuvo la misma semana de la entrevista en una plática informal con sus amigas, una de ellas había preguntado a su ginecóloga sobre el tema, esto en España, y la amiga de la que habla también era española.

“Justo hablamos con mi compañera de piso, que uno puede tener sexo oral y puedes contagiarte de muchas cosas. Mi amiga de Barcelona, que vino ayer, me dijo que fue a la ginecóloga y comentó lo de la posibilidad de un *film*, estábamos hablando un

^{***}Traducción propia del original citado

poco de eso, de la posibilidad, de que obviamente existen formas.” (Cecilia, argentina de 29 años de edad)

Los medios por los cuales obtuvieron información fueron diversos y no necesariamente confiables. El concepto de educación sexual es necesario en los países latinoamericanos aquí representados. Como observa en la sección sobre educación sexual y reproductiva, hace falta mayor énfasis en la parte sexual y de placer, sólo se educa en los temas reproductivos.

Elisa y Octavio, ambos bolivianos, tienen una visión negativa sobre el sexo oral. Elisa, quien difiere en lo general en la muestra, comenta que antes de viajar a España nunca había escuchado sobre dicha práctica. En realidad es el único caso en el que un participante del estudio menciona haber conocido alguna práctica sexual o haber adquirido información similar durante el proceso migratorio. El cambio de ambiente ecológico al migrar determinó, en este caso, su conocimiento sobre prácticas sexuales.

El caso de Mario es diferente, él sí ha practicado sexo oral con su novia actual, pero hasta ese momento había evitado el contacto sexual oral al grado de quitar una mujer cuando ella pretendía practicarle sexo oral. Lo atribuye a su educación religiosa, que como vimos en la sección sobre religión, fue cercana al Opus Dei y a ciertas películas que vio en su adolescencia: lo asociaba a una especie de sometimiento y no se sentía bien practicándolo. Al final dice que posiblemente nunca había querido a nadie como para tener sexo oral con ella. Sus comentarios remiten a la relación de intimidad y amor que mencionan otros hombres de la muestra.

“Siempre me costó muchísimo, por ejemplo, saliendo con estas chicas esporádicas llegue a levantar a una chica para que no me hiciera nada, porque me daba una sensación de eso, de tener la cabeza de ella, me daba como que es sometimiento sexual y algo que no podía. Todos mis amigos se reían de mí. Luego lo medité mucho y nunca llegué a una conclusión del porqué, era un poco esta película y un poco mi educación, pero no fue nada fácil de descubrir, no ha sido fácil” (Mario, argentino de 25 años de edad)

Al parecer la información sobre la protección durante la práctica del sexo oral es mayor en adultos emergentes y adolescentes de países como Estados Unidos, Inglaterra o Australia (Stone, Hatherall, *et al.*, 2006). Aunque esta investigación no corresponde a datos estadísticos o inferencias, sí es relevante la desinformación general que presenta la muestra. La mayor parte de los datos que se encuentran en la literatura sobre el tema, como se ha mencionado, son de países desarrollados y en poblaciones de estudiantes, ya sea de nivel medio o medio superior. Hay similitudes entre los resultados de este proyecto y los que se han dado en otras poblaciones, el poco o nulo uso de barreras de protección para evitar la transmisión de virus o enfermedades, el desconocimiento de las mismas y la mención de intimidad para la práctica del sexo oral, principalmente. Es probable que las diferencias se deban a los tipos de educación sexual, algunas como en Europa ya se habla de educación sexual positiva, integral, mientras que en los países latinos, por lo general se trata de una educación reproductiva.

Sexo anal: “De esto hablo sólo con mi mejor amiga”

En 2010, Mc Bride y Fortenberry (2010), publicaron una revisión sistemática de literatura sobre sexo anal. En dicha revisión se confirma la falta de investigación referente al sexo anal en personas heterosexuales, limitándose la mayoría de los estudios publicados a parejas de hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Existen dos razones fundamentales por las que el sexo anal es una práctica que debe de ser tomada en cuenta dentro de los estudios sobre salud pública y sexualidad: salud y placer. El sexo anal es una vía de fácil transmisión del VIH, VPH, el Herpes Simplex Tipo 2 (VHS-2) y otros virus y enfermedades (Brown, Hess, Brown, *et al.*, 2011; Leichter, Chandra, Liddon, *et al.*, 2007; McBride y Fortenberry, 2010). Las prácticas sexuales, como parte fundamental de la sexualidad, deben ser placenteras, incluso en la definición sobre salud sexual de la Organización Mundial para la salud se destaca este punto (Lazdane, 2011). El sexo anal debe ser practicado con conocimiento de uso de condón y lubricante. La falta de uso de lubricante repercute también en la facilitación de la transmisión de enfermedades debido a la fricción que se da cuando no es utilizado.

Durante la realización de las entrevistas, éste fue el tema más difícil de abordar, ya que varios participantes se sorprendían por la temática, incluso hubo una participante, Patricia,

que me preguntó varias veces el porqué del tema. Su sorpresa, decía, era porque de esos temas no hablaba más que con su mejor amiga, y aun así era raro que se abordara en alguna conversación.

Aunque como hemos mencionado, ésta no es una investigación en la que se busquen datos estadísticos, debido a su carácter cualitativo, pero un tercio de los entrevistados han practicado sexo anal, o lo han intentado, sin encontrar diferencias relevantes en el género, edad o estado civil de los participantes. Llama la atención el que ninguno de los participantes mexicanos, hombres o mujeres, digan haber tenido prácticas sexuales anales. Aun no siendo estadísticamente significativo, el número de participantes que practican sexo anal es consistente con otros estudios realizados en diversas poblaciones en Estados Unidos, Brasil o Inglaterra, en donde en sus muestras, Leichter *et al.*(2007), encontraron que un tercio de sus 12 571 participantes de 15 a 44 años de edad en Estados Unidos practicaba sexo anal, mientras que Kaestle y Harper (2007) hablan de un 22 por ciento de su muestra de jóvenes de 18 a 26 años de edad, que es una muestra con características similares a las de este estudio.

Algunos de los participantes que no han practicado sexo anal aseguran que ni siquiera han pensado en la posibilidad de llegar a realizar esta práctica sexual. Elena, Cecilia, Rosario, Alma, Lorena y Patricia han tenido sexo anal. Algunas de ellas como parte de su relato cuentan que lo han intentado en algunas ocasiones y han tenido experiencias complicadas debido a las molestias que produce la práctica. La importancia de la lubricación durante el sexo anal es importante tanto para disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades, como para disminuir las molestias que pudiera causar su práctica (Brown, Hess, *et al.*, 2011). Rosario, quien lo ha practicado con varias parejas, especifica una diferencia entre unas y otras, puntualizando la confianza que debe tener. Del mismo modo, Patricia aclara que fue antes de migrar con un novio en quien confiaba mucho.

Ernesto es ecuatoriano, tiene 30 años edad y vive con su pareja desde hace dos años. Él relata que ha tenido sexo anal con varias parejas y que el tener o no esta práctica depende de las mujeres con las que sale. Pablo y Bruno aclaran la necesidad de sentir atracción y cercanía con la pareja. “Deseo por amor” a la pareja, confirma Bruno. Esto es similar con los hallazgos de Leichter *et al.*(2007) en los que se encontró una predisposición de las personas a relacionar el sexo anal con la formalidad en sus relaciones de pareja.

“Lo asocio de la misma manera [que el sexo oral], si siento mucha atracción y me gusta mucho como para querer algo más con la chica, quiero y deseo de sexo anal. P: ¿Y ahí usaste preservativo? R: Dependiendo, esta chicas que se supone que he querido más, son chicas que he conocido más tiempo, que han sido amigas, que conozco un poco su vida, un poco en el sentido de que nos conocemos, preguntamos de hábitos de sus parejas. Normalmente han sido amigas con las que quiero intimar más. Entonces he podido confiar en ellas. Entonces esa ventaja de conocernos un poco más ha hecho que llegáramos a tener sexo oral o sexo anal. Con lo cual, cuando son parejas de una noche no, no.” (Pablo, argentino de 30 años de edad)

Únicamente Rosario y Pablo hacen referencia al uso del condón durante sus prácticas de sexo anal, sin embargo Pablo dice que el uso no fue constante. En este discurso Pablo retoma el uso del condón con mujeres desconocidas más que con su pareja formal. Rosario muestra que tiene información sobre salud sexual cuando menciona que cambiaban de condón al cambiar de posición sexual. Estas afirmaciones son consistentes con hallazgos en otros estudios con diferentes poblaciones –población general en Estados Unidos y personas que acuden en Estados Unidos a una clínica para ITS– (D’Anna, Korosteleva, Perez, *et al.*, 2013; Leichter, Chandra, *et al.*, 2007); el uso de condón para la práctica del sexo anal es muy baja e inconsistente.

La práctica del sexo oral o del sexo anal como alternativa al sexo vaginal es común por diversas razones (Chandra, Mosher, Copen, *et al.*, 2011; Leichter, Chandra, *et al.*, 2007). Una de ellas es evitar la posibilidad de un embarazo. Lorena lo practicó sin cuidarse y esto le produjo una infección de vías urinarias; ella practicó sexo anal porque no tenía acceso a métodos anticonceptivos de barrera en ese momento y la práctica sexual fue una alternativa para evitar un posible embarazo no deseado.

Mientras que Pablo y Erick, boliviano de 24 años que se declara muy religioso, hablan sobre los posibles riesgos a la salud, hasta que se menciona en la conversación la posibilidad de utilizar un método de barrera. El caso de Erick sería ejemplo de que no se comprueba lo que encontraron Baldwin y Baldwin (2000) con la hipótesis de a mayor religiosidad menos prácticas sexuales anales u orales, pudiera ser un caso excepcional. Erick también habla sobre la posibilidad de que el tener contacto sexual anal dañe la

próstata, su argumento se relaciona con la falta de educación sexual y la búsqueda de información por medios no confiables.

“Y porque no es tan recomendable hacerlo así, no se debería, pero que a veces uno se deja llevar por la excitación y eso, pero siempre, siempre no, pero a veces me cuida. P: ¿Y cómo supiste esto de que no era tan recomendable no cuidarte? R: Cuando un hombre eyacula, absorbe un poco el líquido seminal de la mujer, y si es anal pues absorberías otra cosa que ya te imaginarás, entonces que a la mejor te puede afectar a la próstata y luego sufres P: ¿Y eso quién te lo contó o dónde lo escuchaste? R: Lo escuché y luego como que me documenté en internet.” (Erick, ecuatoriano de 24 años de edad)

Octavio, al igual que respecto al sexo oral, tiene una visión negativa sobre la práctica del sexo anal. Como sucedió con Luis en la sección anterior, Octavio relaciona al sexo anal con relaciones sexuales que sólo se dan entre hombres. Sin embargo, argumenta que en caso de tener relaciones sexuales anales una persona debe cuidarse.

“P: ¿Entonces, si te pregunto por sexo anal? R: Menos, es una de las cosas que detesto, a mí me encanta el tema de la relación sexual con mujeres, pero con hombres no, no es mi favorito, pero me gusta más el tema del cariño, demostrar el cariño mediante lo que es el sexo, hacer el amor. [...] Es una zona donde más virus tiene el cuerpo, contraer una enfermedad venérea, a la mejor por anal sí es transmisible (sic).” (Octavio, boliviano de 29 años de edad)

El sexo anal es una práctica sexual que no está generalizada, pero a la que debe prestar atención, ya que es un factor de riesgo y a la vez hay poca información sobre su práctica segura. Es necesario que este tipo de prácticas sexuales tomen mayor relevancia en las campañas de educación sexual de los diferentes países, con el fin de que sea una práctica más placentera y menos riesgosa para quienes decidan practicarla.

Uso de anticonceptivos: ¿con quién, por qué, cuándo y en dónde?

“Para mí, ser madre es muy importante,
es una decisión que hay que tomar,
no es una casualidad”
(María, argentina 27 años)

El uso de métodos anticonceptivos tiene dos vertientes: para evitar un embarazo no deseado y para evitar la transmisión de una ITS. En las entrevistas no se habló específicamente sobre conocimiento de los métodos anticonceptivos o sobre su uso correcto, la conversación se encauzó hacia las razones de uso y el tipo de pareja con quien se utilizaba o no y si es que existía algún tipo de proceso de negociación para el uso. También se conversó sobre posibles cambios en el uso entre el país de origen y el uso en España.

Los métodos de anticoncepción más mencionados durante las entrevistas fueron el condón masculino, las pastillas anticonceptivas, el retiro^{§§§} y la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE).

Una investigación realizada por Valadez *et al.* (2014), publicada en abril del año 2014, sobre uso de condón en una amplia población de jóvenes de Uganda, demostró que el uso de condón en la primera relación sexual está positivamente relacionado al uso de condón en el futuro. Siguiendo la lógica de los resultados de dicho análisis, la mayoría de las personas que han participado en esta investigación dijeron haber utilizado condón en su primera relación sexual, por lo que se esperaría que lo siguieran utilizando. Sin embargo, los patrones de uso de métodos anticonceptivos varían para este grupo.

En cuanto a la relación de los anticonceptivos y el embarazo en la adultez emergente, como hemos mencionado, la mayoría de los participantes no tenían hijos en el momento de la entrevista y, de las cinco personas que los tenían, tres de ellas son quienes menos características de la adultez emergente presentan. Las razones para no tener hijos se

^{§§§} El método anticonceptivo conocido como retiro, se refiere a que durante la penetración el hombre retira su pene antes de la eyaculación. Con esto se busca evitar el paso de los espermatozoides, su eficacia es discutida.

centran en que son primordiales las carreras laborales y académicas, los estudios, tener una pareja con la que se desee permanecer a largo plazo, mejor calidad de vida y disfrute del tiempo sin la responsabilidad que implica tener hijos –para viajar, por ejemplo–. En un hallazgo relevante, aunque no significativo estadísticamente hablando debido al tipo de muestra, son más las mujeres que expresan su falta de planes o deseos por tener hijos a futuro, los hombres parecen tener más claro este plan a futuro.

De las personas que ya tenían hijos son relevantes los discursos de Lorena y Elisa, quienes tenían una hija cada una. Según comentaron en la entrevista, no deseaban embarazarse en el futuro próximo debido a sus condiciones de vida. Sin embargo, Lorena indica que no utilizaba ningún método anticonceptivo dando como razón el que tenía relaciones sexuales con su pareja en pocas ocasiones. ****

Otra de las razones que se mencionan como causa para posponer un embarazo deseado es la crianza durante el proceso migratorio, no por el tiempo, sino por las diferencias culturales de la crianza en un país distinto al del origen. Estos comentarios son específicos de Lorena, sin embargo se contraponen al pensamiento de Ernesto, quien argumenta que debido a que tienen un seguro médico sería más fácil, económicamente, tener un hijo en España que en Ecuador. Leonora analiza la situación y define que a pesar de las ventajas que tendría el tener un hijo en España, debido a la futura nacionalidad que podría obtener su hijo y la libertad, †††† no le gustaría estar lejos de su familia –esta idea la revisamos también en los ideales de vida–.

Condón

El uso consistente de condón –cien por ciento de las veces– es mencionado por pocas personas en las entrevistas; las variaciones con cada pareja y edad son constantes. Sin embargo, una mayoría de los entrevistados dice tener un uso de condón semejante a moderado –de entre 50 al 99 por ciento de uso–. Macaluso *et al.* (2000) realizaron un seguimiento sobre uso de condón a 869 mujeres en Alabama, Estados Unidos. Las mujeres tenían una escolaridad aproximada a 12 años. En el estudio encontraron que era menos

**** Ambas se embarazaron de nuevo un par de meses después de la entrevista.

†††† La entrevistada se refiere a la violencia que se ha presentado e incrementado en los últimos años en diferentes ciudades de México.

probable que utilizaran el condón con parejas regulares que con parejas esporádicas/casuales. Dichos hallazgos son similares a los que reportan algunos de los entrevistados que tienen o han tenido una pareja estable o formal. Lorena, por ejemplo, argumenta la fidelidad como una razón para dejar de cuidarse con su pareja actual, refiriéndose a que así evitan el riesgo de infección por transmisión sexual.

En el caso de Lorena también se puede observar un claro patrón sobre los cambios en el uso de anticonceptivos en el tiempo. Estos cambios incluyen los períodos antes y después de la migración.

“P: ¿Y con todas [tus parejas] te cuidaste? R: Sí, no, empiezas a cuidarte, pero por estar una relación estable, que ahí sí tengo sexo con mi pareja, entonces no tienes que buscar [otras parejas], entonces dejas de cuidarte.” (Lorena, ecuatoriana de 30 años de edad)

“P: Entonces, de lo que me has contado, lo que te preocuparía sería embarazarte, que la verdad es que nunca te has puesto a pensar, por lo que te entendí, en infecciones de transmisión sexual o este tipo de cosas, realmente no era tu principal preocupación cuando has tenido relaciones... R: Es que no sé por qué, porque tendría que ser lo mismo, es que yo también me estoy cuestionando (risa), es que cuando he estado con gente en relaciones esporádicas sí que me daba más miedo que me transmitiera algo, que igual me lo pudo haber transmitido el chico con el que estuve casada, pero es como un miedo y peor quedar embarazada. No sé, a mí me da muchísimo miedo, pero cuando he tenido pareja, que he estado saliendo con gente, tuve dos novios formales y ahora estoy saliendo con un chico, pero no sé, o sea salir no es formal, no sé cómo llamarle, esas relaciones que no tienen nombre, pero no, nomás estamos para tener sexo, pero las circunstancias no se prestan; pero con la gente que sí ha sido mi pareja, me cuido principalmente por el embarazo.” (Ofelia, mexicana 30 años de edad)

Como podemos leer en el caso de Ofelia, a pesar de que dice inicialmente que su uso de condón es debido al miedo que tiene de embarazarse, al ahondar en el tema ella misma nota una relación en el uso de condón y las parejas esporádicas con quienes no tiene la seguridad de que no puedan transmitirle una ITS.

Existen dentro de las conversaciones comentarios de hombres y mujeres que indican que hay mujeres que no quieren usar condón, incluso que piden a los hombres no utilizarlo en algunas ocasiones, ya fuera por falta de interés en el método de protección o porque lo que consideraban molesto. Mujeres que no quieren usar condón y hombres que les piden a ellas usarlo. Dos mujeres, Rosario y Laura, comentan que ellas pidieron no utilizar condón a sus parejas. Del mismo modo, tanto Luís como Santiago, conversaron sobre situaciones en donde sus parejas, mujeres, les pidieron no utilizar el condón por diversas razones. En la literatura científica hay algunas pocas menciones hacia este hecho, generalmente relacionados a las mujeres que no tienen una percepción del riesgo que implica el hecho de no utilizar condón (Browne y Minichiello, 1994; Eguiluz-Cárdenas, Torres-Pereda y Allen-Leigh, 2013; S. T. Roberts y Kennedy, 2006; Sánchez-Domínguez, Leyva-Flores, Caballero García, *et al.*, 2010). Es de notar que uno de los artículos mencionados fue realizado por Browne y Minichiello en 1994, en el que destacan la importancia de la promoción positiva del condón, al parecer incluso 20 años después, según lo hallado en los comentarios de las entrevistas, esto no se ha logrado hacer llegar a toda la población.

“Al principio yo tenía como esa tendencia de “no me importa”, como que ya tenías el ritmo del principio de no usar condón y con él fue siempre con el condón, súper responsable en el cuidado, y para mí era rarísimo, para él era rarísimo, y ahora a veces es al revés, él dice que sin condón y yo no, no.” (Rosario, argentina de 28 años de edad)

“P: Pero, ¿alguna de las chicas te dijo “oye, no hay que usar condón”? R: Sí P: ¿Qué te dijo? R: Mi novia en alguna ocasión me dijo que a veces la molestaba, le llegaba lastimar. Y de hecho por eso me dijo que a veces prefería que fuera sin condón y tomarse la pastilla del día siguiente.” (Santiago, mexicano de 22 años de edad)

“Sí, ellas me decían que no [usara el condón] P: Cuéntame, ¿tú lo proponías y ellas te decían que no? R: Eran amigas, era el típico *free*,^{****} [...] la invitas a salir, te tomas un par de tragos, y bueno allá en México, pues yendo al motel, pues compras los anticonceptivos, los preservativos, mejor dicho, eso era porque a mí me salía

^{****} El anglicismo *free* es un coloquialismo que se usa para referirse a una relación libre o sin compromiso.

hacerlo, porque yo estoy seguro que ellas estaban seguras de que yo lo iba a hacer, sin embargo, ya cuando estabas teniendo relaciones, muchas veces te decían que no lo usaras, por lo menos dos veces me dijeron que no lo usara.” (Luís, mexicano de 29 años de edad)

Persisten el miedo y los tabúes al comprar el condón, generalmente lo comentan quienes tienen menor edad dentro de los participantes, pero también hay citas al respecto sobre su uso cuando eran más jóvenes, sobre su primera experiencia sexual, por ejemplo.

“P: Oye, no se cuidaron, porque... R: Porque no teníamos, porque por el miedo de pedir en una farmacia y comprar un condón, no sé, tú sabes que allá en muchos lugares eso se ve mal, vas a comprar un condón y todo mundo te mira, yo jamás haría eso. Luego ya como tienes a tu pareja bueno el hecho de cuidarse ya es más controlado, nosotros lo hicimos, se cuidaba ella, me cuidaba yo también” (Octavio, boliviano de 29 años de edad)

A pesar de que es una situación que aparece en diversas poblaciones es poco estudiado o presentado en los resultados de investigación, posiblemente debido a que los estudios sobre uso de condón están, en su mayoría, dirigidos a hombres. Por otro lado, la teoría indicaría que son los hombres los que indican factores de bajo uso como sentir menor placer durante la relación sexual (IPPF y UNFPA, 2007; VanOss, Gómez, Tschann, *et al.*, 1997). Finalmente son casos aislados, sin embargo debe prestarse mayor atención en futuras investigaciones.

El retiro o “coitus interruptus”

El método anticonceptivo conocido como retiro o coito interrumpido es utilizado y mencionado por muchos de quienes participaron en las entrevistas. A pesar de que su uso ha sido discutido por su poca efectividad, es un método comúnmente utilizado. Su eficacia, según la OMS, en uso no perfecto, es de 27 embarazos por cada 100 mujeres (OMS, 2013). Incluso en población latina migrante en los Estados Unidos se ha encontrado que prevalece este método (Gilliam, Warden y Tapia, 2004). En la misma línea debe tomarse en cuenta para su uso que según el último estudio publicado en el tema, se sabe que en un 41 por ciento de las muestras de líquido preseminal que se tomaron se encontraron espermatozoides.

(Killick, Leary, Trussell, *et al.*, 2011).

“P: ¿Y siempre fue con condón o usaste pastillas en algún momento? R: Con mi primera pareja usaba preservativo y luego una temporada utilicé pastillas, pero fue coincidencia, tenía un quiste hormonal y me dieron pastillas para que se desvaneciera. Entonces fue la gran oportunidad, entonces ahí me cuidaba con pastillas. Luego es verdad que sí que tuve un par de sustos, porque el preservativo ya había días en que no lo utilizamos, que yo creo que ya fue la mayoría de las veces que no nos cuidábamos con preservativo casi que terminas fuera, pero que sí tiene nombre, el retiro o algo así, yo creo que me cuidaba con eso.” (Lorena, ecuatoriana de 30 años de edad)

“P: Eso lo platicaron, dejaron de usar condón, tomabas anticonceptivos, ¿por qué?
R: No, porque yo no puedo tomar pastillas porque me daba migraña, y me las prohibieron en Argentina, y acá me dijeron que no tome. Y acababa fuera y no usábamos más condón.” (Cecilia, argentina 29 años de edad)

El retiro es considerado por Berer (2006), en su argumentación sobre la protección dual, como método de protección para la transmisión de ITS, ya que cuando se compara su uso perfecto con el uso de condón típico tienen una efectividad similar (Jones, Fennell, Higgins, *et al.*, 2009), sin embargo se compara con el mal uso del condón. En otros medios como la Guía para el uso de métodos anticonceptivos del Ministerio de Salud argentino, no lo mencionan como una posibilidad (Schwarcz, Galimberti, Obst, *et al.*, 2002). El método de retiro es utilizado en el mismo porcentaje –alrededor de un 60 por ciento al menos lo ha utilizado alguna vez en su vida– durante la vida de adolescentes en Estados Unidos, de acuerdo a un reporte de 2011 (K. Welti, Wildsmith y Manlove, 2011), mientras que en Inglaterra, en los medios sociales de comunicación, existen ejemplos (Cosslett, 2014; Friedman, 2013) sobre la cantidad de mujeres que optan por esta opción, incluso se les ha comenzado a llamar “*The pull out generation*” (la generación del retiro), nombre creado por la periodista inglesa Ann Friedman.

Respecto a resultados cualitativos de entrevistas a hombres, muchos de ellos adultos emergentes, sobre el uso de este método, encontramos los resultados de Ortal y *et al.* (2005). En dicho estudio los autores concluyen, al igual que en otros estudios, que por lo

general las razones para el uso del retiro como método anticonceptivo se basan en querer evitar los riesgos de un anticonceptivo hormonal moderno, muchas veces basados sólo en rumores. Dentro de las conversaciones con quienes participan en este estudio, acerca del retiro como método, no se encuentran las mismas razones, mientras que sí son similares a las que hay para el no uso o desuso de la pastilla anticonceptiva. Las razones para el retiro son, por ejemplo, no confiar en el condón o las pastillas por desinformación, como dice Elisa:

“Eyacular afuera” [método que usa] P: ¿Alguna vez has tomado pastillas anticonceptivas? R: No he tomado P: ¿Por qué, porque no se te ocurrió? R: Porque unas amigas decían que engordan y principalmente por eso, y luego ya que te adelgazan y así, que otras te sacan acné, a ver, no sé, después de pronto con el preservativo para mí era suficiente” (Elisa, boliviana de 29 años de edad)

Dude *et al.* (2013) hallaron en un estudio cohorte en Estados Unidos que las mujeres solteras utilizan el retiro como anticonceptivo en mayor medida que las que tienen una pareja fija. No se debe olvidar que la utilización de este método como forma anticonceptiva deja importantes espacios para la discusión sobre el riesgo de transmisión de las ITS. La confianza en la fidelidad de la pareja es un factor importante que debe tomarse en cuenta, en esta población las personas que utilizaron el retiro varían en sus tipos de pareja. No parece haber un patrón.

“Sin embargo, por ejemplo, con mi última exnovia no fue así, porque no, no sé, desde un principio yo traté de demostrarle, yo creo que fueron varias cosas, entre que estaba saliendo yo de un montón de cosas emocionales que tenía y que ella era también la primera vez que estaba con alguien más estable, fue como una muestra muy tonta de confianza. Digo tonta porque nunca te das cuenta, o sea, para mí siempre era pensar que estaba haciendo algo malo, bueno no algo malo, pero sí que estaba corriendo riesgo, y que en cualquier momento podía pasar algo, porque todo falla” (Luís, mexicano de 29 años de edad)

“Fue de los dos, lo teníamos clarísimo, la primera razón era que nos conocíamos ese tiempo y tal, siempre hablar de venéreas con alguien en quien tienes confianza es como darle un punto de desconfianza, entonces es medio complicado, pero con

la cosa de los hijos es muy fácil, entonces condón siempre” (María, argentina de 27 años de edad)

En el caso de María la decisión fue utilizar condón siempre, pero no sucede así en todos los casos, la confianza en la pareja es un factor que puede ser de riesgo o de protección. Cuando no se utilizan métodos de protección para la transmisión de las ITS, debido a la confianza en la pareja, debe ponerse mayor atención al riesgo que implica el discurso.

Las pastillas anticonceptivas

El uso de pastillas anticonceptivas es tan común como el uso de condón, no obstante existen desconocimiento y tabúes sobre el uso de las mismas. Acudir al médico para obtener orientación sólo sucede con un par de los participantes en el estudio, Leonora, o Luís con su primera pareja, por ejemplo.

En España, a diferencia de lo que sucede en otros países, en muchas ocasiones es necesario presentar una receta médica para la compra de los anticonceptivos hormonales. Esto genera desuso en la población por diferentes razones, pero en la población migrante del estudio afecta principalmente por los siguientes motivos:

- mujeres sin seguro médico;
- mujeres con acceso a la salud pública española que tienen problemas con sus médicos;
- mujeres con un seguro médico internacional que no cubre consultas;
- mujeres con un seguro médico internacional sólo para emergencias;
- largos plazos para obtener citas en los diferentes sistemas de salud.

Las limitaciones que impone el mesosistema, es decir el sistema de salud, los gobiernos, el acceso, en el que se desenvuelven quienes migran, aun regularmente, no permiten que puedan acceder a los métodos anticonceptivos hormonales con facilidad.

Los microsistemas en los que se desenvuelven durante la adultez emergente, quienes han participado en este proyecto, plantea una serie de tabúes y concepciones sobre los posibles efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas. Existen diferentes versiones. Uno de

los mayores conflictos que se ven en el análisis de las entrevistas es dejar los métodos muy rápido, dejarlos sin razón aparente y falta de información ocasionada por rumores, entre otros.

Este tipo de características para el no uso o desuso de la píldora anticonceptiva ha sido mayormente abordado por el periodismo y la literatura no científica, como se puede observar en la sección sobre el método del retiro. Las razones para el uso del método del *coitus interruptus* en ocasiones están relacionadas con las razones para el no uso o desuso de la píldora.

Si bien es cierto que el uso de la pastilla anticonceptiva, en algunos casos específicos, tiene restricciones médicas, como podemos observar en los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” (OMS, 2012b) de la Organización Mundial para la Salud (OMS), estas restricciones o efectos secundarios graves que no permiten la utilización de las pastillas son poco comunes. Es importante que se realicen mayores estudios científicos sobre el tema, ya que es un riesgo para la salud pública, y un retroceso, el que se dejen de lado los avances en el uso de la píldora y el condón sin fundamentos. Así mismo, se requiere un análisis exhaustivo sobre el desuso de la píldora. Algunas corrientes del feminismo afirman que el uso de la píldora y otros métodos anticonceptivos hormonales es negativo para la salud y hablan de múltiples efectos secundarios respaldados por un “farmacopoder”, estos efectos no aparecen en los estudios realizados por la OMS, por ejemplo. Si bien es verdad que deben fomentarse las investigaciones sobre nuevas opciones y que cada mujer debe tener la información verídica y completa para tomar la mejor decisión sobre su cuerpo. Por ejemplo, Patricia privilegia su físico por una posible subida de peso al utilizar el método anticonceptivo, mientras que Rosario habla de cierto misticismo en su toma de decisiones.

“Te digo que me costó un montón menstruar, como que me da un poco impresión el tema de las pastillas. Nunca me hicieron mal, en realidad yo tomé unas pastillas buenísimas que no te hacen nada. Pero tengo como algo medio místico, que pienso que me da un poco de impresión la maduración del óvulo que está ahí desde que nació y como que me agarra cierto miedo. Y hay otra parte que nunca se la digo a mi pareja, pero que también lo pienso, que es mucho más higiénico usar condón.”
(Rosario, 28 años argentina de edad)

“Con pastillas y condones, porque yo no era muy regular, entonces tenía que tomar hormonas, pero tengo tendencia a engordar y no puedo engordar más de lo que ya estoy P: ¿Entonces era esa era tu razón para no usar pastillas? R: Sí, bueno, me vendría muy bien que me regularizara, sería todo, pero no, conozco mi cuerpo y no por el momento, no. P: ¿Entonces las has usado alguna vez? ¿Fue de probar y ver qué pasa? R: Las empecé a usar un mes y empecé realmente con que quería comer a cada rato, diciembre nada, chucherías [golosinas] y pues engordé y las inyecciones peor. (Patricia, boliviana 29 años de edad)

La escolaridad no parece hacer una diferencia en las decisiones que implican dejar de utilizar pastillas anticonceptivas. Por ejemplo, si revisamos el perfil de Rosario y Patricia, la primera está estudiando un posgrado, mientras que la segunda estudió medicina. En el mismo sentido, Remedios y Cecilia comentan su desuso debido a posibles efectos a la salud como migrañas o sensibilidad. Y por otro lado, Elisa es una de las participantes con menor escolaridad y con menores características de la adultez emergente que comparte los mismos miedos.

Incluso en el discurso de los hombres, como en el caso de Ernesto, prefieren que sus parejas dejen de utilizarlas. Ernesto menciona lo siguiente: “No sé, yo sentía que las pastillas tenían ahí alguna cosa hormonal fuerte; decidimos que las deje de usar”. Del mismo modo Jorge habla de efectos secundarios que no se discuten en la literatura sobre el tema, dice:

“No sé, igual lo de las pastillas, por ejemplo, lo del *Billings* quizá, pero es como poco fiable, así se llama método de *Billings*, ¿no?, pero lo de las pastillas dices *ok*, igual está interesante hacerlo sin condón, igual se siente mejor, no, yo cuando lo he hecho sin condón tampoco siento nada en especial, ¿pero pastillas? Eso es súper dañino para el riñón, me parece tan feo, tan peligroso, eso me parece horrible, entonces mi vida sexual siempre ha sido de lo más sana y de lo más natural posible” (Jorge, mexicano de 24 años de edad)

En el tema de las pastillas anticonceptivas, y después de los resultados sobre condón, se encuentra la relación que tiene el involucramiento de ellos en las decisiones anticonceptivas de pareja. Existen recordatorios sobre la toma y acudir en pareja al médico,

como lo indica Luís, quien tiene un discurso relevante sobre la responsabilidad de los miembros de la pareja sobre el uso de los anticonceptivos, para él es importante saber que realmente se están cuidando y por ello, casi siempre intenta la doble protección (ver “doble protección”). Encontramos también la negociación del anticonceptivo, condón o pastillas, en donde hay casos como el de Rosario en el que su pareja exigía siempre el uso del condón. Sin embargo, en la literatura encontramos que se da por un hecho que las mujeres se responsabilicen del uso de la pastilla anticonceptiva y los hombres del uso del condón (Fennell, 2011). A diferencia de lo hombres del estudio de Fennell, aquí la mayoría de los hombres están dispuestos, al menos en el discurso, a participar en el uso y cuidado de los métodos anticonceptivos.

Pastillas anticonceptivas de emergencia

Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) se encuentran disponibles en los sistemas de salud en Argentina (1999), Bolivia (2006), Ecuador (1998), España (2001) y México (2005). Su introducción en los diferentes países ha sido tema de discusión sobre su funcionamiento a nivel biológico. El exosistema, en el que se enmarcan conceptos legales que el gobierno considera a través de instancias internacionales, como el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE), recae en la población cuando se transforma en un macrosistema con leyes y normas que fungen como mediadores del comportamiento, aunque en ocasiones no siguen su estructura. La utilización en los contextos de los adultos emergentes latinoamericanos se ilustra mediante el caso de Alma:

“P: ¿Alguna vez has usado pastillas de emergencia, del día después? R: Sí, dos veces, cuando era chica. P: ¿Fue en Argentina, entonces? R: Sí. P: ¿Y te acuerdas dónde las conseguiste, fue fácil? R: Sí, las conseguí súper fácil, y pues de hecho creo que se modificó [la ley] y era más complejo, fue cuando tenía 16 ó 17 años, fue un poco el pánico. P: ¿Te acuerdas cómo supiste que existía? R: Sí, le dije a mis amigas, un drama y tal, fuimos a la farmacia, un dramón, novela latinoamericana.”
(Alma, argentina 27 años de edad)

El uso de la anticoncepción de emergencia no es algo nuevo, antes de que se aprobaran las pastillas únicas con la dosis necesaria de *levonogestrel* o método Yuzpe –estrógenos más progestinas– se utilizaban las pastillas anticonceptivas comunes en altas cantidades hasta

alcanzar la dosis necesaria. El tiempo de efectividad para la toma de la anticoncepción de emergencia llega hasta las 72 horas después del coito, sin embargo cuanto antes se tome es más efectiva. La efectividad de la PAE va del 52 al 94 por ciento, dependiendo de factores como tiempo entre el coito y la ingesta (Cheng, Gülmezoglu, Piaggio, *et al.*, 2008). Es por ello que se destaca la importancia que debe tener su venta y el acceso libre. Dentro de las entrevistas observamos que las personas que han intentado utilizarla no han tenido problemas para conseguirla, como podemos ver en el caso de Víctor que la compra en Bolivia sin problema.

“Alguna vez, alguna vez hemos hecho el amor sin condón y tuvimos que ir a comprar la pastilla del día después. P: ¿Y la compraste sin problemas en Bolivia?
R: Sí, sí.” (Víctor, boliviano 27 años de edad)

Sobre el uso del método Yuzpe, el comentario de Ofelia es relevante, ya que utilizó una dosis alta de pastillas anticonceptivas comunes y sabía la forma en la que se utilizaba este método debido a que un profesor lo mencionó cuando ella estudiaba bachillerato. En el año en que ella consumió las píldoras aún no se comercializaba como dosis única de *levonogestrel*.

Por otro lado, se ha discutido sobre los posibles efectos adversos en la salud del uso continuo de la PAE. La OMS (2012a), sin embargo, la cataloga como un anticonceptivo seguro, conveniente y efectivo. Estudios científicos sobre el tema no han encontrado efectos secundarios negativos sobre el uso frecuente o el consumo en más de una ocasión en un lapso de tiempo determinado, por adolescentes (OMS, 2012a), mientras que el régimen por *levonogestrel* tiene menores efectos secundarios que el régimen YUZPE (López de Castro y Lombardía Prieto, 2005). El riesgo más significativo es la posible transmisión de ITS y otras enfermedades de transmisión sexual, si es que se utiliza en lugar del condón, mismo conflicto que aplicaría a las pastillas anticonceptivas convencionales, otros métodos hormonales y el dispositivo intrauterino (DIU). Sin embargo, estudios demuestran que el uso de la PAE no disminuye el uso de otros anticonceptivos (2005a). Éste último también se puede utilizar como un método de anticoncepción de emergencia, pero es poco utilizado y muy desconocido, a pesar de ser mucho más efectivo.

Sobre los posibles efectos secundarios que se mencionan en las entrevistas hay variación, a Leonora no le causó ningún tipo de efecto secundario, pero se compara con personas a quienes la ingesta de la PAE sí les causó efectos negativos en su salud. Amanda también la ha tomado, pero ella sí refiere haber tenido un desajuste hormonal, el cual adjudica a la toma de la pastilla. Una de las parejas más estables de Leonardo también la utilizó mientras estaba en una relación con él y recuerda que sí le causó vómitos.

“P: ¿Alguna vez has usado la pastilla del día siguiente? R: Sí, con el primer novio que se nos rompió [el condón], de hecho varias veces, tres o cuatro veces. No pasó nada, a la mejor una vez que me sentía un poco rara, pero nada de mareos, nunca me pasó nada. Luego escuché que a mucha gente le pasan mil cosas. A mi amiga, no manches, duraba dos días con diarrea, dos días con calentura, tirada en la cama.”
(Leonora, mexicana 30 años de edad)

En el caso de Leonora acudió a la ginecóloga para que ella le indicara qué pastilla de emergencia debía comprar. Patricia también la ha utilizado varias veces y no ha tenido problemas para conseguirla ni en Bolivia ni en España.

La apertura en los sistemas de salud y las legislaciones de los diversos países pueden ser benéficas para las mujeres y hombres inmigrantes regulares o no, que en muchas ocasiones tienen menor acceso a diferentes métodos de anticoncepción. En Estados Unidos ya se han comenzado a ver resultados positivos del libre acceso a la anticoncepción de emergencia en las mujeres latinas inmigrantes que viven en ese país (White, 2012). De igual forma, su promoción en grupos de refugiados ha tenido resultados que mejoran las vidas de personas adolescentes y adultas que viven en los campos para refugiados kenianos (Muia, F. Fikree y Olenja, nd). Estudios sobre migrantes irregulares en Suecia y en Suiza encontraron un bajo nivel de conocimiento sobre la PAE (Helström, Odlind, Zätterström, *et al.*, 2003; Wolff, Epiney, Lourenco, *et al.*, 2008). En otros grupos de inmigrantes o países, hay poca o nula investigación al respecto de su uso y efectos.

Sobre acceso a la PAE, en lo general, los entrevistados, quienes la han buscado en España, no han tenido problemas para acceder a ella, mientras se tenga algún tipo de acceso a la salud, ya sea a servicios públicos o privados. Mismos determinantes del uso de otros

métodos hormonales o del DIU. En algunos casos, como el de Cecilia, han tenido buen acompañamiento y consejería para su uso correcto.

“P: ¿Alguna vez usaste una pastilla de emergencia, del día siguiente? R: Sí, me he tomado [asiente] P: ¿Y cómo la conseguiste, te costó trabajo? R: No, no me costó trabajo, la tomé tres veces en estos once años [...] después dos veces más, que realmente yo no sé si me las tenía que tomar, pero me asusté y me fui al hospital a la vuelta de casa y las pedí P: ¿Y nunca tuviste problemas para que te la dieran? R: No, la verdad es que la tercera vez que fui, que fue cerca de la segunda, relativamente cerca, a los meses. El médico sí que me echó la bronca de que no podía estar tomándome la pastilla, así que no era para eso y que me la iba a dar obviamente, pero que empezara a tomar conciencia de que esta pastilla no se podía tomar así y fue la última de hecho P: ¿Esto fue Barcelona? R: Barcelona, sí”
(Cecilia, argentina 29 años de edad)

La mayoría de las personas entrevistadas tienen conocimientos sobre la PAE, varias mujeres que participaron la han utilizado o las parejas de los hombres entrevistados, quienes según comentan se han visto involucrados en el proceso de decisión para el uso.

“Entonces, bueno, yo desde la primer noche que tuvimos relaciones le dije ‘oye cómo te cuidas’, porque no nos cuidamos. Yo también, anticipándome a los hechos, fui a comprar la pastilla del siguiente día y le dije, ‘mira, yo a pesar de que te suene a que soy el más patán de todos, pues compré la pastilla. Es la primera vez que la compro y porque te quiero, porque me quiero, porque finalmente las enfermedades no se van a salvar, pero mínimo si llegara a pasar algo más no vamos a arruinarle a un ser humano la vida que no tiene la culpa’. Y bueno ella accedió tomarla y después accedió ir al ginecólogo para que le hiciera estudios, y le dieran anticonceptivos aptos para ella.” (Luís, mexicano 29 años de edad)

Dos de las parejas de Luís han tomado la pastilla, la conocieron por amigos y amigas que les han contado de su uso, él la compró en alguna de las ocasiones y le propuso a la chica que la tomara. Santiago también cuenta que una de sus parejas utilizó la pastilla, pues no utilizaron el condón.

“R: Sí, sí me ha pasado, una pastilla del día siguiente, pues más por evitar el susto.
P: ¿Ellas lo tomaban, lo platicaban? R: Lo platicábamos siempre. Siempre era una conversación, ningún rollo moral, por suerte con las parejas que he tenido, y tenemos la vida por delante.” (Ernesto, ecuatoriano 30 años de edad)

La mayor parte de los usos de la pastilla anticonceptiva de emergencia en las entrevistas se deben a rupturas de condón o al no uso del mismo. Las razones para el no uso del condón son la prisa por tener relaciones sexuales, el llamado “momento”, que deriva en no pensar la situación, o como hemos visto, no pensar en los riesgos, que importan pero se valora más la importancia de tener sexo en ese preciso momento. Los usos reportados en las entrevistas son en general en los países de origen de los participantes. Existe conocimiento sobre el tema en lo general, sólo un comentario específico sobre el desconocimiento en cuanto al acceso, Remedios que comparte que no sabría cómo acceder a la PAE en caso de requerirla.

Doble protección

La utilización de la doble protección significa proteger tanto de un embarazo como de una posible infección de transmisión sexual. Según la definición utilizada por Berer (2006), toda pareja de hombre y mujer que tengan relaciones sexuales, deseen evitar un embarazo y hayan estado expuestas al VIH u otra ITS, deberían de utilizar la doble protección. Es por ello que en diversas instancias de salud pública (Cruz Hernández, Yanes Quesada, Isla Valdés, *et al.*, 2007) se ha recomendado el uso de la doble protección.

Esta forma de protección sexual es poco utilizada por quienes participaron en este estudio, sin embargo hay casos que deben mencionarse: se destacan como razones de uso la importancia a sus carreras; futuros de vida; su situación como migrante, lo cual les lleva a querer evitar un embarazo; y tener parejas sexuales concurrentes^{§§§§} –caso de Alma–. María se define como hipocondríaca cuando habla sobre el uso de pastillas anticonceptivas y condón en cada relación sexual. La norma social del macrosistema en el que se ha desenvuelto la han llevado a creer que lo “normal”, por ser lo común, sería utilizar sólo un método de protección en su caso, cuando la recomendación en salud (Berer, 2006) sería la prevención. Ofelia, como podemos leer, también explica como paranoia su uso de doble

^{§§§§} Se entiende por pareja sexual concurrente o simultánea toda aquella relación sexual que ocurre con durante el mismo lapso de tiempo que otra, ya sean consentidas o no por la(s) otra(s) pareja.

método. Esta sensación de culpabilidad por tener mayor protección es negativa para que más personas la utilicen. Las poblaciones deben tener una idea positiva sobre el doble método, el uso de los métodos anticonceptivos y de barrera debería de tener una calidad de beneficio.

“Soy lo más hipocondríaco que te puedes imaginar, entonces, y además la verdad es que a mí lo de los hijos es otra movida muy importante y, mira que de pendeja [niña, en Argentina] no tuve una mala relación con mis viejos, de grande sí, muchas veces era como: no me toques más los huevos. Y todo eso me removi6 mucho en el sentido de ser madre, entonces para mí ser madre es muy importante, es una decisión que hay que tomar, no es una casualidad, no es porque toca, y a eso también le falta un tiempo. Las mujeres estamos como predestinadas a tener hijos incluso solteras, podemos decir: no quiero tener hijos de repente, yo con un hijo con 19 años, que me parecía yo una bebé, después las enfermedades me llevaron al condón. Y también por él, porque estaba muy enamorada de mi primer novio, pero de los otros no tanto, y me moría del horror de tener que compartir un hijo toda mi vida con una persona con la que no tengo nada que ver entonces, que pasamos por ahí [a usar condón y pastillas].” (María, argentina de 27 años de edad)

“P: Y mientras estuviste usando pastillas y parches, también usabas condón R: Sí, yo era muy paranoica (risas) muy paranoica, pero después me enteré, pero por si acaso” (Ofelia, mexicana de 30 años)

En el caso específico de Alma, observamos el uso de la doble protección debido a parejas concurrentes. Aún en acuerdo con la pareja fija, se recurre al uso de doble protección con otras parejas, para poder seguir confiando en los análisis para infecciones de transmisión sexual que se realizaron anteriormente.

En un estudio cohorte sobre uso de anticonceptivos hormonales y condón masculino en mujeres de 15 a 24 años de edad realizado por Goldstein *et al.*, sólo el cinco por ciento de las participantes utilizaba la doble protección como método de anticoncepción. Es importante mencionar que las participantes en el estudio, en ocasiones, se refieren al uso de doble método para multiplicar la eficacia como método anticonceptivo y no como protección ante la posible infección por una ITS.

“P: ¿Oye y por qué [te cuidas siempre]? R: Pues porque no sólo pastillas ni nada, y tenía como terror de quedarme embarazada o de alguna enfermedad de transmisión sexual P: Oye, ¿dónde crees que fue, como de dónde llegó a tu cabeza la idea de cuidarte? R: No sé, yo creo que la idea de que nunca he querido ser mamá, y entonces me daba terror quedarme embarazada.” (Elena, boliviana de 28 años)

El único de los participantes que de forma clara expresa el uso de un doble método es Luís. Incluso hace mención a la negociación de la utilización de los métodos anticonceptivos junto con sus parejas. Lo cual es consistente con un estudio que muestran que sólo el 7,7 por ciento de adolescentes residentes en Oviedo, España, dice utilizar un doble método (García-Vega, Menéndez, Fernández, *et al.*, 2012), y en una muestra española más amplia se encontró que sólo el 3,4 por ciento de los hombres y el 7,3 por ciento de las mujeres dicen haber utilizado en alguna ocasión el doble método (Lete, Martínez-Salmeán, Coll, *et al.*, 2008). Sin embargo, en este último punto puede haber una confusión de acuerdo al doble uso de los hombres debido a que los anticonceptivos hormonales los utilizarían sus parejas y viceversa en el caso del uso del condón.

“Sí, lo negocié, hasta cierto punto, porque tú sabes que todo falla, entonces si le pones un poco, como tener un doble método, creo que hay un poco más, simplemente como por estadística, ya lo usas más.” (Luís, mexicano 29 años)

Dado el impacto que el doble método (Cates y Steiner, 2002) tiene en los países y ciudades en donde se recomienda durante la adultez emergente, por sus características específicas, disminuyendo la transmisión de infecciones de transmisión sexual y bajando las tasas de embarazo no deseado, debe comenzar a recomendarse a mayor escala y a estudiar los efectos en otras poblaciones.

Anticonceptivos y sus relaciones con la migración

En esta investigación, los anticonceptivos y los métodos de barrera como prevención a la transmisión de ITS tienen diversas relaciones con la migración, sus procesos y participantes, tanto en origen como en destino. Uno de ellos es que el envío y compra de medicamentos desde el país de origen se debe a diversas causas, como la falta de acceso,

diferentes precios, falta de confianza en los servicios de salud, entre otras. Diferentes investigadores se han dado a la tarea de estudiar el fenómeno del envío de medicamentos a las personas migrantes (González-Vázquez, Torres-Robles y Pelcastre-Villafuerte, 2013; G. F. Juárez, 2006; Nigenda, Ruiz-Larios, Bejarano-Arias, *et al.*, 2009). Dentro de esta investigación, cuando se conversó sobre la compra y el acceso a los anticonceptivos, surgieron menciones a este fenómeno. En primer lugar está la compra del medicamento por parte del migrante para llevarlo al país de destino. Esto puede ocurrir en la primera migración o en posteriores viajes. Se ilustra el caso de Alma. Según sus menciones, las pastillas anticonceptivas orales son más baratas en Argentina, a menos de que la apoye la seguridad social española, por lo que en su último viaje decidió adquirir una gran cantidad de ellas. Estas diferencias en precios pueden limitar el acceso de los adultos emergentes migrantes, ya que, como hemos observado en la muestra, hay muchos estudiantes que viven de becas académicas o apoyos familiares y aquellos más establecidos en España, que trabajan, lo hacen en cafeterías, centros de atención al cliente u otros sitios similares. Así mismo, limita el acceso a los servicios la posible discriminación que sufren algunas de las personas migrantes como en el caso de Alma:

“P: Vale, ¿has tenido problemas para comprar la pastilla anticonceptiva acá? R: Sí, bueno, de hecho, ahora mismo tengo que comprarla, me sale muy cara y tuve un problema con la médica que me atiende. La médica que me asignaron, tuve un problema gravísimo, o sea gravísimo, en realidad me discriminó, hice una nota. La presenté estoy muy atrasada con eso. Ahora tendría que ir a pedirle la receta para que me las den baratas en la farmacia y todavía no consigo que me den turno y tal, entonces es como un tema, y la verdad que hasta ahora compré un batallón de pastillas en Argentina y me las traje, se terminan y ahora sí las tengo que comprar (Alma, argentina 27 años)

Y en otro sentido está Laura, a quien su madre le envía inyecciones anticonceptivas desde Ecuador. Aunque Laura es la persona de la muestra que más alejada del perfil medio se encuentra. A Laura no le gustan los servicios de salud en España y su conocimiento sobre su salud sexual y reproductiva es muy bajo, tiene tabúes al respecto y una serie de mitos, por lo que ha tenido conflictos al tener a sus hijos y a partir de que le ofrecieron ponerle el DIU como método anticonceptivo fue que su madre le ofreció enviarle medicamentos desde Ecuador, en los que sí confía.

“[Después de que naciera su hijo] ‘Al momento de tener relaciones’, yo pregunté, ‘¿te puedes cuidar?’ y dijeron que tenían que ponerme ‘la T’, y que hacer montón de análisis y no sé cuánto. Yo paso de que me estén sacando tantos tubos de sangre, cada vez que iba era sacarme cinco tubos de sangre, solamente para cuidarme, digo además tienen a ponerme “la T” esa, que un fierro ahí dentro, iba a doler, entonces llamé a mi madre, le dije ‘¿oye, para cuidarme?’, y me dijo que le decía a la ginecóloga de ella y me mandaba inyecciones mensuales. Y de ahí empezó a mandarme inyecciones mensuales. (Laura, ecuatoriana 27 años)

Estos casos difieren de las razones encontradas en la literatura, ya que no se automedican como tal, ni tiene necesidad de llevar o solicitar los medicamentos por no tener acceso a la salud en el país de destino. Utilizan la compra y envío por razones económicas de ahorro, más que por no poder afrontar el gasto, y en segundo lugar por no confiar en el sistema de salud, debido, en parte, a la falta de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. Nuevamente se recuerda que el caso de Laura es el caso extremo de la muestra.

La diferencia en el precio del costo de los anticonceptivos no parece ser un factor que influya en el uso o no uso de los hombres y las mujeres de este estudio, pero sí es un problema que encuentran al hablar sobre la accesibilidad de la población a los mismos. Lo explican en sus conversaciones Arturo y Rodrigo:

“Sí, yo siempre lo llevo [condón], pero la desventaja es que son más caros, entonces, en Bolivia antes eran muy baratos, ningún problema en conseguirlos, pero aquí, para alguien que no tiene trabajo o que dan ahora menos de €1000 y tal, te lo piensas en ir a la farmacia y tal, no son tan accesibles. Y en el caso de nosotros [población gay] un poco más caros porque aparte el lubricante cuesta un montón y entonces es un plus.” (Rodrigo, boliviano 27 años de edad)

“P: ¿Les piden receta? R: No, cuando te da la médico de cabecera directamente sí, pero aquí no están subvencionadas las anticonceptivas, tienes que pagarlo de tu bolsillo, si estuviese subvencionado pues te costaría 2€, pero te cuesta 12-13€ porque no las paga el gobierno.” (Arturo, ecuatoriano 26 años de edad)

En este sentido, en las personas de este estudio que provienen de Bolivia y Ecuador son más frecuentes los comentarios sobre la mayor facilidad que hay en España, comparada con sus países de origen, para obtener condones, debido a su aceptabilidad social.

“Yo creo que puede ser porque aquí la libertad también de conseguir un preservativo no es tan difícil, en el metro o lo tienes en las discotecas, si tú ves un chico en un bar y lo encuentras, incluso una vez entré un baño de chicas porque en el de chicas también había máquina, y de ahí me parece lo mejor que pueden poner en un bar, porque las cosas pueden pasar en cualquier sitio... y es una manera de que se cuidan ambos.” (Octavio, boliviano 29 años de edad)

Los cambios en el uso de métodos anticonceptivos, entre el antes y el después de migrar, se enmarcan dentro de los cambios de pareja y edad. Con el tiempo, las parejas de los entrevistados se vuelven más formales y esto conlleva a que las prácticas anticonceptivas se modifiquen, generalmente disminuyendo la constancia en el uso de condón. Sin embargo, cuando no tienen una pareja formal al migrar hay participantes que reportan utilizar en mayor medida el método anticonceptivo o usarlos siempre como el caso de Jorge y Ofelia:

“P: [...] Y después comenzaste a salir con el que te viniste a España, ¿y con él también te cuidabas igual? R: Más. P: ¿Te cuidabas más? ¿Por qué más o cómo más? R: Porque no quería embarazarme.” (Ofelia, mexicana 30 años de edad)

Esta situación del uso constante de los métodos anticonceptivos es contraria a lo que indican otros estudios con población migrante en España (Bretin y Gómez Bueno, 2010; Ornat Clemente). La diferencia puede estar en el tipo de metodología, pero sobre todo se encuentra en la población estudiada, específicamente los adultos emergentes que se analizan en este estudio tienen características específicas de edad, sexo, nivel de estudios, tipo y razones de migración. En cambio, el resto de los estudios trabajan sobre Latinoamérica como un todo y no hay restricciones de edad, excepto por la edad reproductiva en algunos casos. También deben tomarse en cuenta las diferencias culturales, sociales y de los sistemas de salud de cada país, debido a que si en un país el diafragma no se distribuye es normal que su población no lo conozca. En un reporte descriptivo del uso de métodos anticonceptivos en la población inmigrante latinoamericana en la Comunidad

de Madrid, sin poder estadístico o técnica de muestreo aparente, Hernando *et al.* (2005) encontraron que un alto porcentaje de los inmigrantes conocía y utilizaba los métodos anticonceptivos. Es importante mencionar que la población encuestada tiene un promedio de edad menor al de otros estudios.

Sobre las relaciones sexuales, incluso Pablo recuerda que sus relaciones sexuales fueron casi inexistentes durante los primeros meses en Madrid, e incluso más allá del primer año, debido a que sus redes sociales en España eran limitadas y ni siquiera conocía mujeres. Del mismo modo lo atribuye a “un poco a la suerte”.

Uno de los cambios que existen debido al proceso migratorio es el acceso a servicios de salud, y, por lo tanto, a la anticoncepción, abarcando desde los costos hasta la necesidad de obtener una receta médica para poder adquirirlos, lo que genera en algunas personas un estigma para la compra de los mismos.

“Como te digo, aquí las puedes comprar sin ningún problema, después salió lo de la ley del aborto, esto que pueden abortar antes la píldora del día después y todo eso, aquí en España y se empezaron a poner un poco más estrictos entonces ya no podía, ya no era tan fácil poder comprar el parche. Me sentía como una drogadicta, porque era de llegar a la farmacia, ¿tienes el parche?, ¿pero tienes receta?, pues no, pues dice es que te tienen que dar, yo le digo que siempre lo he comprado así, no pues es que a partir de ahora tienes que traer receta.” (Valeria, mexicana 29 años)

Así podemos observar el uso de los diferentes métodos anticonceptivos en esta muestra de adultos emergentes, qué usan y cuándo lo usan. Sobre todo podemos observar que en algunos casos la migración afecta al uso continuo de métodos anticonceptivos, pero en la mayoría de los casos el uso sigue siendo frecuente debido a la intención de postergar el embarazo mientras se encuentran en este proceso migrante.

Infecciones de transmisión sexual y su relación con los anticonceptivos

“Miedo”, “horror” y “asco” son algunas de las palabras con las que algunas de las personas que participan en el estudio reaccionan ante las infecciones de transmisión sexual. El virus

del papiloma humano (VPH) tiene un espacio propio dentro del presente análisis, por ser su relación con el cáncer cérvicouterino y diálogos independientes en las entrevistas. Otras ITS, en ocasiones, se dejan fuera de los programas, discusiones académicas, investigación y educación.

“P: Y para usar condón, si te pregunto por qué usabas condón. R: Porque no quería embarazarme y por cualquier enfermedad. Yo al principio no sabía, no conocía a mi novio de nada. P: Ok, entonces de esas dos razones, ¿cuál es la principal? R: ¿Cuál es la más importante? (risa), las enfermedades, siempre me han dado mucho asco.”
(Remedios, mexicana de 27 años de edad)

Infecciones de transmisión sexual es el término aprobado por ONUSIDA (2011), ya que su utilización abarca la transmisión de diversos organismos por medios de contacto sexual: gonorrea, sífilis, VIH, VPH, herpes, hepatitis B, entre otros. Adquirir una de estas enfermedades es mucho más complicado de asimilar en el imaginario de quienes participan en el estudio, como podemos leer en el testimonio de Leonardo:

“P: Si te pregunto [si lo utilizas] por evitar un embarazo o por una evitar una infección. R: Ya, mmm, en ese momento yo creo que por el embarazo, pero no sé si las puedas separar. Creo que en ese momento por el embarazo, porque te cuidas a ti mismo, quieres cuidarte de la responsabilidad del embarazo, porque lo de las enfermedades es todavía como inasible, ¿no?, es como irresponsable y puedes decir a mí no me va a pasar, o algo así, pero bueno, ahora por ejemplo que tengo mi novia, pienso, por ejemplo, que lo del embarazo podríamos afrontarlo en determinado momento o algo así, pero lo otro, lo de las enfermedades, exponerla a un riesgo o también ella a mí o algo así, entonces no sé.” (Leonardo, mexicano de 28 años de edad)

Los adolescentes latinos inmigrantes en España, tanto hombres como mujeres, declaran más de tres parejas sexuales en el último año (Paz, 2010), dicho estudio tiene un promedio de edad de alrededor de 16,5 años. Mientras que el número de parejas sexuales de quienes participan varía sin tener una constante clara (ver tabla 4), no obstante la mayoría, recurre al uso de condón, sobre todo con parejas casuales, como se ve en la sección anterior. Esto disminuye su riesgo de adquirir alguna ITS u otra enfermedad de transmisión sexual y

justo esa es la razón para el uso del mismo en diversas ocasiones, ya que cuando hablan sobre planear evitar un embarazo, el discurso cambia y se introducen en los diálogos métodos como las pastillas anticonceptivas.

En la población general de jóvenes en diferentes países de Latinoamérica (Picón Ruiz, 2009; "VIH y SIDA en las Américas una epidemia multifacética," 2001), de Europa (Ketting y Winkelmann, 2011; Lazdane, 2011) y de Estados Unidos (Lam y Lefkowitz, 2013), las ITS/VIH han aumentado, sin embargo, en el caso particular de los migrantes adultos emergentes del estudio, ninguno dice haber tenido una ITS, a excepción del VPH. Lo cual se asemeja más a los datos que presenta el Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades ("Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe," 2009) sobre ITS en personas de 15 a 24 años de edad, donde sólo tiene el 13 por ciento de los nuevos diagnósticos refiere a una ITS, aunque estudios hablan del 25 por ciento (Weinstock H, Berman S y Jr., 2004).

Las recomendaciones sobre el aumento de exámenes diagnósticos preventivos no son tomadas en cuenta por la población general. Algunas de las personas se han realizado análisis para conocer su situación, pero ninguno ha resultado positivo. Las razones son para llevar a cabo estos análisis son, por ejemplo, tener una pareja estable y pretender dejar de utilizar el condón, como en los casos de Alma y Lorena:

“Cuando empezamos a tener relaciones empezamos a conocernos, empezamos con preservativos, y después llegó un momento donde teníamos una relación *seudoexclusiva*. Llegamos a un acuerdo en el cual nos hicimos los análisis, nos dejamos de cuidar con ese [condón] y yo empecé a tomar pastillas anticonceptivas, cuando estábamos con otra gente pues nos cuidamos con preservativo” (Alma, argentina de 27 años de edad)

También se menciona el miedo después de haber tenido alguna práctica de riesgo, como no haber utilizado el condón con una o más parejas. El caso de Octavio, quien se realizó análisis debido al miedo provocado después de práctica sexual sin protección.

“Sí, por el miedo, porque como no sabes mucho del tema y obviamente el tema del sida te lo van metiendo la cabeza, pues llegas con el miedo de decir no pues es que

la mejor... Vas a un centro de salud y te haces el examen, te entregan los análisis y gracias a Dios pues todo sale negativo. Y es increíble, pero ya ahora lo veo como un tema peligroso” (Octavio, boliviano de 29 años)

Aunque Rosario dice que en primer lugar utiliza condón debido a querer evitar un embarazo, dentro de su microsistema, cuando era niña, Rosario tuvo un catalizador para que ella decidiera siempre utilizar un método de barrera, en este caso el condón, por prevención de ITS.

“Primero el embarazo, más que nada eso. Segundo que el papá de una amiga mía, que yo lo adoraba y así, se murió de sida, bueno de HIV (VIH) cuando éramos chicas. Entonces siempre supe, escuché en mi casa, yo escuché que él estaba enfermo antes que su hija. Un tema muy poco cuidado por lo que pueden ver y escuchar los demás, y además se sabía el porqué, y esas cosas las sabía mucha gente, en ese sentido, pues nada, sabía que siempre hay que cuidarse fuera con quien fuera. (Rosario, argentina 27 años)

Del mismo modo, Remedios vivió una situación similar en su familia con una persona muy cercana que vivía con VIH, cuando la persona murió ella era pequeña y no se enteró de la situación hasta mucho después. El estigma está presente aun dentro de las relaciones familiares más cercanas.

Dentro de las narrativas es claro que cuentan con la información sobre las diversas infecciones y enfermedades de transmisión sexual, incluso sin preguntar sobre métodos de transmisión específicos Santiago los menciona correctamente, al menos para infecciones como VIH, gonorrea, sífilis, entre otras. La información genérica sobre VIH, es decir la existencia del virus, su relación al sexo, la tienen presente la mayoría, pero debe destacarse que indican una saturación del tema sin inferir mayores cambios en los comportamientos. Así mismo están otras menciones:

“Me da mucho miedo del sida porque no tiene cura, y claro que muchas enfermedades, la gonorrea y sífilis el chancro y todo eso.” (Erick, ecuatoriano de 24 años de edad)

“...y luego hubo un *boom* en Argentina en los años 80, cuando el sida, el sida, el sida. Hay muchas más infecciones que no se hablan, se habla del sida solamente, sabes. Es el gran miedo, después por lo que estudiaba yo, por el periodismo, por trabajar mucho en ONG’s, había muchas campañas.” (Pablo, argentino 30 años de edad)

Es importante disminuir los estigmas sobre las ITS para que las personas se acerquen a los servicios de salud y para que todas las personas asimilen su posibilidad de estar en riesgo, no sólo las poblaciones más vulnerables. Abrir la posibilidad a las poblaciones migrantes y realizar aproximaciones en escuelas públicas y privadas puede llevar a estas poblaciones a hacer pruebas diagnósticas en caso de considerarse en riesgo.

Sífilis

La sífilis, cuyo nombre data de un poema del mismo nombre escrito en el año 1530, ha aumentado su prevalencia en la Unión Europea y en España desde el año 2000 al 2010 ("Sexually transmitted infections in Europe 1990-2010," 2012), incluso en el caso específico de Madrid, desde el año 2010 al 2012 (Sevillano, 2012), y en Buenos Aires desde el año 2002, sobre todo en la población de entre 20 y 30 años de edad (Elustondo, 2007). Lo anterior puede estar relacionado con los hallazgos del estudio de Conde *et al.* (2007) en México sobre el bajo uso de condón. En el estudio mexicano se halló que las personas que no utilizaron el condón tuvieron 16 veces más posibilidades de tener resultados positivos a pruebas serológicas para sífilis.

En el reporte Europeo sobre ITS de los 1990 a 2010 ("Sexually transmitted infections in Europe 1990-2010," 2012) se tomaron en cuenta datos sobre clamidia, gonorrea y sífilis, cuyas prevalencias estuvieron representadas en ese mismo orden. Tanto la clamidia como la gonorrea tuvieron su mayor porcentaje en personas de entre 15 y 24 años de edad, mientras que esta población sólo representa el 17 por ciento de los casos, y su mayor incidencia en la población es de 25 años de edad o más. Los datos de España no fueron presentados por género o edad, por lo que no fueron representados en diversas secciones del reporte.

En primera instancia, Rosario recuerda que cuando un amigo le contó que le habían

diagnosticado sífilis su primer pensamiento fue que la sífilis, “al igual que la tuberculosis, era algo de otro siglo, de otra época del mundo”. Sin embargo, en ocasiones la sífilis se menciona como una ITS con la que más se convive, que se tiene presente y sobre la que han escuchado en ambientes formales de educación, como en la escuela. Así lo explican Elena y Bruno sobre la presencia constante de la sífilis en su microsistema y en su mesosistema. Ambos son bolivianos, lo que podría explicar diferencias por país en las estadísticas y por ello diferencias en sus percepciones.

“La alarma que te ponen es el sida, yo creo que la sífilis es lo más común, lo que pasa es que no lo decimos porque siempre de lo que tenemos miedo es del sida. Porque sabes que es algo para lo que todavía no hay una cura como tal, entonces yo creo que si me hablas de transmisión sexual lo primero que piensas es sífilis y sida. Uno porque es al que le tienes miedo realmente, y la otra porque sé que le da a mucha gente, a muchos amigos y amigas les ha dado.” (Bruno, boliviano 31 años)

“A mí gonorrea y sífilis, no sida y tal porque en Bolivia no hay tanto ese problema de salud pública [VIH], pero me imagino ese tipo de enfermedades. P: ¿Oye, entonces tú ves que hay más acá? R: Sí, en Bolivia poquito, no hay tanto, bueno, cuando yo empecé a ser activa sexualmente no era una cosa tan... o tal vez por desconocimiento, es como un tema más tabú, enfermedad transmisión sexual en ese momento no, gonorrea y sífilis ese tipo de cosas.” (Elena, boliviana 28 años)

En el diálogo anterior con Elena hay un acercamiento a la visión que se tiene sobre “el otro” en el contexto de los diversos países. La imagen que tiene Elena sobre la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual tanto en su país como en España es muestra de la información que ella ha adquirido a través del mesosistema y el exosistema en el que se ha desarrollado.

Por su parte, Erick, al migrar, recibió de su padre el consejo de cuidarse mucho si llegara a tener relaciones sexuales, ya que en su imaginario “en España hay muchas enfermedades”, relacionando su imaginario sobre una sexualidad más libre con el no uso de anticonceptivos o métodos de barrera para las ITS. Finalmente, Arturo concluye que al migrar se ha dado cuenta de que en su país la situación no es positiva porque la diferencia radica en “que allá no usan condón”.

“Pues aquí sinceramente el miedo al sida, porque mi papá me lo dijo de principio, ‘cuídate que allá hay muchas enfermedades’, claro, lo cual directamente ahora dándose cuenta, pues la estadística en Ecuador tiene un alto índice de sida, más alto que en España todavía, y claro mucha gente allá no utiliza el preservativo. Lo utiliza gente que está muy preparada, gente del campo o gente que no tiene los estudios, pues va, como se dice, *a capella*.” (Erick, ecuatoriano de 26 años)

Virus del Papiloma Humano

El virus del papiloma humano (VPH) es un agente causal necesario para desarrollo del cáncer cérvicouterino (CaCu), es por ello que se destaca la importancia de su estudio para conocer la situación del conocimiento de prevención que durante la adultez emergente tienen quienes participan en este estudio. El cáncer cérvicouterino (CaCu) es el segundo cáncer más común en la mujer a nivel mundial. Mientras que la prevalencia global, es decir, la proporción de personas de un cierto grupo del VPH es de 11,7 por ciento (Bruni, Diaz, Castellsagué, *et al.*, 2010). En Estados Unidos el 74 por ciento de las nuevas infecciones –es decir, la incidencia– por VPH son en la población de 15 a 24 años de edad, aunque la prevalencia actual es sólo del 25 por ciento para esta población (Weinstock H, Berman S, *et al.*, 2004) y la incidencia es de 7,8, mientras que para América Latina es de 37 por ciento (Bermudez, 2005).

El VPH tiene más de cien cepas y los tipos de virus que más riesgo implican para el desarrollo del CaCu son las cepas 16, 18, 31 y 33, entre otras. Tanto en Latinoamérica como en Europa los tipos de cepa más comunes son las cepas 16, 31 y 18 (Bruni, Diaz, *et al.*, 2010), por lo que son similares entre los países de origen y España.

El virus del papiloma humano ha sido tema concurrente en los últimos años debido a la existencia de la vacuna contra el mismo. La vacuna que se puede aplicar en mujeres y hombres ha sido objeto de diversos estudios y análisis. Existen dos versiones en el mercado y una tercera en revisión, la diferencia entre las mismas se encuentra en el número de cepas contra las que funcionan. La primera en el mercado latinoamericano fue el Gardasil. La recomendación epidemiológica es que la vacuna se aplique en niñas a partir de nueve años de edad, o antes de que la mujer comience su vida sexual, asegurando de ese

modo que no ha adquirido el VPH con anticipación.

Es de importancia el estudio del VPH en el grupo de adultos emergentes debido a que el grupo de mujeres en el que es más prevalente en el mundo es en el grupo de hasta 25 años edad (Bruni, Diaz, *et al.*, 2010), periodo de vida que se inserta en la adultez emergente y edad en la que las mujeres de esta investigación ya habían migrado. Por otro lado, las lesiones que pueden llegar a causar el VPH generalmente tardan entre cinco y diez años en aparecer (Almonte, Murillo, Sánchez, *et al.*, 2010; Schiffman, Castle, Jeronimo, *et al.*, 2007).

Para la detección de las lesiones causadas por el virus se utiliza el ampliamente conocido Papanicolaou. Dicho examen ayuda a mejorar la detección oportuna de las lesiones que el VPH pudiera causar y así prevenir el posible desarrollo del cáncer cérvicouterino.

Las conversaciones que se tuvieron, tanto con hombres como con mujeres muestran que desconocen, en lo general, la asociación entre el VPH y el Papanicolaou. Existe confusión, principalmente en los hombres, sobre los nombres de los distintos análisis y sus usos apropiados. En la descripción de Ofelia observamos cómo ha llevado controles médicos preventivos desde que inició su vida sexual, lo cual es recomendado para todas las mujeres. Por otro lado, Víctor ha escuchado dentro de su vida diaria que existe el Papanicolaou y que las mujeres deben de realizarlo, pese a ello no tiene clara la información y confunde el PAP al relacionarlo con un método de detección para cáncer de mama.

“P: Vale, oye y ¿sabes que es el VPH? R: No, he escuchado, pero hasta ahí P: Has escuchado hablar entonces. Y si te pregunto sobre la salud de la mujer, ¿qué sabrías sobre cáncer de mama?, ¿sabrías algo? R: Sé que tienen que hacerse exámenes una vez al año, eso del Papa... Papanicolaou, eso sé que se tiene que hacer una vez al año. Y que es peligroso y que la cantidad de cáncer está incrementándose a lo largo de los años, que hay mucho más cáncer de mama, es más frecuente, no sé, no sé.”
(Víctor, boliviano de 27 años de edad)

“[...] ya mi madre dice que anualmente tiene que hacerse un Papanicolaou, ya una vez que empiece con relaciones, aunque sea con la misma persona, pero siempre tiene que hacerse un Papanicolaou. Pero la verdad es que como yo no he tenido la

necesidad, y también con mi primera hija, hasta hacerme yo esas cosas, el tacto que te hacen embarazada... yo no me dejaba y yo pedí el papel y dije que no.” (Lorena, ecuatoriana de 27 años de edad)

En ocasiones los conflictos que se presentan para que las personas migrantes accedan de mejor forma a servicios de salud, no sólo tienen que ver con la cultura, es decir con el macrosistema en el que quien migra se ha desenvuelto antes de llegar al país en el que reside. El diálogo que se tuvo con Lorena permite conocer que, aunque en la relación microsistémica con su madre ella recibe la información sobre la prevención del cáncer cérvicouterino, en forma de Pap, ella como individuo tiene conflictos sobre su cuerpo visto por otras personas, específicamente hombres, ya que solicita a una médica para su parto, aunque no lo conceden. Lorena no acude a revisiones médicas, ya que no le parece importante que la revisen porque se siente bien, aunado a su pudor por el cuerpo. El comportamiento presentado tiene mayores similitudes a los de otros grupos distintos a los de este estudio, como las poblaciones de mujeres adultas de Ecuador, que describen Yancon *et al.*(2009), y grupos de mujeres adultas latinoamericanas (Agurto, Bishop, Sánchez, *et al.*, 2004), que con el resto de los adultos emergentes migrantes de esta investigación.

Muchas de las participantes y algunos de los hombres están informados sobre la necesidad de que las mujeres se realicen un Papanicolaou, de hecho varias de las mujeres se lo realizan cada año desde el inicio de su vida sexual e incluso llegan a exigirlo en los servicios de salud, aunque no tengan claro el porqué deben realizarlo.

P: ¿Y el ginecólogo te ha hecho, has tenido revisiones de Papanicolaou? R: ¡Qué va! Siempre he considerado que la medicina es mejor en Ecuador, porque cuando vas al médico aquí, no te auscultan, no te preguntan, no te tocan; todo es mediante el ordenador y nunca te tocan, es muy raro encontrar un médico que te toque, que te pregunté dónde está tu dolencia. La revisión para hacer Papanicolaou y estas cosas, si no vas tú porque tienes una infección o tienes un picor o algo, no te lo hacen, no hay un chequeo normal, el chequeo que debería tener cada mujer. P: ¿Y te lo haces en Ecuador? R: No, me lo hecho aquí porque yo iba pedirlo. (Laura, ecuatoriana de 30 años de edad)

“P: ¿Y te has hecho, por ejemplo, con tu ginecóloga aquí o en México Papanicolaou? R: Sí. P: ¿Y cuántos o cada cuándo? R: Cuando empecé a tener relaciones hasta ahora una vez cada año. Con el médico privado en México, con mi ginecóloga, yo desde que empecé a tener relaciones sí que iba una vez al año.”
(Ofelia, mexicana de 30 años de edad)

Varias de las mujeres han tenido lesiones, por lo que tienen conocimiento sobre los procesos que deben de seguirse. Algunos de los hombres conocen a amigas o familiares que han tenido que acercarse a servicios de salud, debido a que han tenido Papanicolaou con resultados positivos. Cecilia plantea uno de los casos más emblemáticos cuando vivía con su pareja después de llegar a Barcelona desde Argentina y tuvo síntomas de la infección por VPH:

“Sí, me agarró hace muchos años, hace siete años, justo después de estar con mi pareja, esto del papiloma humano, muy suave, era una cepa que no pasaba nada en un principio, fueron unas *verruguitas* que una vez bañándome me las sentí, eran dos, a la semana siguiente vi que las tenía y como soy una paranoica con estas cosas fui al médico corriendo, me asustó mucho porque el médico patético, me dijo eso tiene 80 por ciento de probabilidad de terminar en cáncer, o sea algo totalmente inadecuado, inaceptable” (Cecilia, argentina de 29 años de edad)

El VPH en hombres no fue un tema que se propusiera ni que surgiera dentro de las entrevistas, sólo con una excepción. El caso donde se muestra un mayor conocimiento sobre el tema es el de Rodrigo. Su situación es distinta a la del resto de los participantes porque, como hemos señalado, él se asimila como gay, lo que lo sitúa en un microsistema distinto. Esto conlleva a que él se haya practicado un Papanicolaou:

“P: Vale, oye, por ejemplo, sobre la salud de la mujer, que yo sé que no es tu área, pero sabrías, por ejemplo, por hermanas, por tu mamá o así, ¿sabrías sobre cáncer de mamá? R: La mamografía, luego Papanicolaou y tal, ya aquí entre paréntesis una vez me hicieron un Papanicolaou. P: Ah, pues sí, cuéntame. R: Que no sabía que se podía hacer. P: Aquí o en Bolivia R: En Bolivia, entonces fui al urólogo por el tema de una hematuria, entonces el médico me recetó Papanicolaou, y fui donde el del análisis y le dije quiero un Papanicolaou y me dijo: ¿cómo, cómo, cómo? Y

buscando, buscando al final sería un médico el que me hiciera el Papanicolaou que al final había sido una ecografía explorativa (sic), que lo que iban a hacer era analizar las células de la uretra para ver si no eran cancerosas, pero sí me lo hicieron. (Rodrigo, boliviano de 27 años de edad)

Rodrigo distingue claramente entre la mamografía y el Papanicolaou. Si bien es cierto su conocimiento previo sobre la posibilidad de realizar este análisis en hombres era nulo, la percepción del comportamiento de riesgo que sobre él tuvo el médico que le atendió lo llevó a obtener mayores datos.

La capacidad que demuestran algunas participantes para conocer más sobre su salud sexual y reproductiva y a partir de ello solicitar a los servicios de salud una mejor atención y calidad, y en caso de no obtenerla acudir a profesionales de la medicina que puedan ayudarlas, es una característica distinta a la que se puede encontrar en otros grupos de migrantes y mujeres latinoamericanas (Agurto, Bishop, *et al.*, 2004; Bermudez, 2005; Tornesello, Giorgi Rossi, Buonaguro, *et al.*, 2014; Weinstock H, Berman S, *et al.*, 2004).

Otros temas de salud sexual y reproductiva

Acceso a la salud

El acceso a la salud de los migrantes es un tema ampliamente discutido, generalmente debido a la falta de acceso. Los migrantes no regulares tienen mayores dificultades para acceder a los servicios de salud por diversas razones: falta de dinero, de tiempo, el lenguaje, tienen miedo a ser detenidos o deportados, entre otras. Sin embargo, el acceso a la salud no está condicionado sólo en el caso de los migrantes no regulares, también resulta complicado en diversos casos a los migrantes regulares, dependiendo de las condiciones del país al que migran. El caso español ha sido objeto de recientes modificaciones debido al cambio de gobierno y justificado por la crisis económica. A partir del año 2012 se realizaron cambios en la legislación referente al acceso a la salud pública, antes de esa fecha, con un par de excepciones, todas las personas tenían derecho a la salud. Aunque se deciden modificaciones mediante las cuales quedan excluidas aquellas personas en situación irregular, así como aquellos que no coticen a la seguridad pública (Abellán, 2014). Los migrantes que están dentro de este estudio se encuentran en su mayoría en dos categorías: estudiantes y trabajadores regulares o dependientes de trabajadores regulares.

Los estudiantes extranjeros no tienen servicios médicos del gobierno de España –tampoco los tenían antes–, tanto para la expedición del visado de estudiante, como de familiar de estudiante, se requiere de un seguro médico privado del país de origen (*Visados de estudios*), que generalmente sólo cubre emergencias y es complicado de utilizar. Para comprar un seguro médico en España un estudiante debe contar, en primer lugar, con su NIE (número de identificación de extranjero), el cual se obtiene meses después de llegar al país, en ese momento se puede adquirir un seguro médico privado español. Por otro lado, quienes tienen un trabajo y estatus regular pueden acceder, mientras coticen, a los servicios públicos de salud, así como quienes dependen del padre o madre de familia que cotiza.

“P: Oye, cuando te vienes a España, te vienes con una visa de estudiante, ¿te pidieron un seguro médico para venir? R: Sí. P: ¿Lo has usado? R: La cobertura del seguro es que tú llamas y si es urgente te mandan un médico a casa, las tres veces que yo he necesitado lo han enviado a casa, y me dan la receta, una vez lo enviaron a la escuela porque no había manera de que llegara a casa y tengo que guardar los *tickets* y con eso me devuelven a mí, dicen. Estoy guardando todo.”
(Amanda, boliviana de 29 años de edad)

No hay consenso sobre la información recabada al respecto del acceso a la salud entre los participantes del estudio, excepto en que todos tienen acceso a algún tipo de seguro médico. Sólo una de las participantes no tiene ningún seguro de salud público o privado por el momento, Cecilia, quien trabajaba y ahora estudia, por lo que se ve obligada a comprar un seguro médico privado, el cual no puede pagar por el momento. Se encuentra, por ello, en una situación de riesgo, ya que el costo por la atención médica privada en España es alto.

Existen participantes que prefieren acudir a los servicios médicos en sus países, principalmente debido a la falta de confianza en los servicios médicos en España, a malas experiencias con el trato, a la calidad del servicio o a la burocracia a la que se enfrentan, a que su servicio médico no cubre atención primaria, como en casos de varios estudiantes y, finalmente, porque prefieren ir con el médico de familia.

“No, yo tengo seguro de Sanitas, porque el seguro público no se puede conseguir porque cuando está sacando los papeles es el requisito para tener la tarjeta de

estudiante, el requisito para tener el seguro público y para sacar el seguro público necesitaba otras y mi jefe se cansó, y saqué el seguro de sanitas que supuestamente es muy bueno en plan de la póliza, pero igual es una mierda aquí la salud no me gusta nada. P: ¿Por qué? R: Porque aquí te hace mucho lío con el tema de las órdenes, los médicos hacen mucho rollo con los laboratorios. Aquí tiene que ser la orden del médico y luego tienes que ir a ver el seguro y luego se queda registrado ante historial, entonces es un poco...” (Rodrigo, boliviano de 27 años de edad)

“Yo desde que llegué, por parte del CONACyT [Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología] pues te hacen comprar el seguro privado y entonces pues no lo he utilizado para nada, para casi nada, no iba a ir al seguro privado para que me dieran la receta, y como no tenía seguridad social, pues tampoco podía ir al médico, entonces, o sea las últimas veces que intenté comprar el parche pues eso fue yendo a una farmacia, o con mis compañeros de la facultad, de oye vas a ir a la farmacia, sí, pues tráeme unos parches porque no me los venden.” (Valeria, mexicana de 29 años de edad)

El caso de Valeria muestra que utilizar los seguros médicos privados que se compran en el país de origen no facilita el uso de los servicios básicos de salud. Contrario a lo anterior, existen un par casos diferentes que utilizan su servicio médico privado para realizarse chequeos preventivos que no se habían realizado en su país o que consideran que el gasto de bolsillo en su país es mayor.

“Aquí en España, cuando empecé a trabajar a los quince días y luego sabía que existía la seguridad social, que es algo que sale de tu salario, que es porcentaje que va destinado a la salud, con el tiempo te especializas más en esto, sabes que estás aportando a una institución de acuerdo a velar por tu salud para cuando estés mal. De momento en mi caso, las cosas que he necesitado de la seguridad social de momento han sido muy pocas. De niño casi me muero, pero ahora mi salud no ha tenido problemas de casi nada, con lo cual la seguridad social la utilizó muy poco, pero sé que es buena, porque como estudio economía, sé que el aporte que tenemos hacia la seguridad social todas las personas, nacidos aquí o extranjeros es absolutamente importante.” (Bruno, boliviano de 31 años de edad)

El uso de la salud pública reportado es mínimo. Sólo es utilizado de forma continua por uno de los participantes, quien tiene un problema cardiaco, el resto lo ha utilizado un par de veces con excepción de dos embarazos. El acceso a la salud pública o privada es esencial para fomentar una cultura de la prevención, por ejemplo para enfermedades como el cáncer cérvicouterino, el cáncer de mama o de próstata, en las que la detección temprana es uno de los factores que más impacto tienen en la sobrevivencia de los pacientes afectados por estas enfermedades.

Cáncer de mama

El cáncer de mama (CaMa) se ha mantenido como una de las enfermedades más comunes en la mujer, es el cáncer más diagnosticado y una de las principales causas de muerte. En el año 2008, las cifras globales calculaban más de 12,7 millones de casos en el mundo, más del 50 por ciento de ellos en países en vías de desarrollo (Jemal, Bray, Center, *et al.*, 2011). Aunque el número de mujeres que desarrolla cáncer de mama antes de los 40 años es bajo, es de alta agresividad (Jemal, Bray, *et al.*, 2011; Martínez-Ramos, González, del Val Gil, *et al.*, 2012). Se deben realizar acciones para detectarlo tempranamente desde los 20 años de edad. Para ello existen diferentes herramientas: la revisión que cada mujer debe utilizar, que es una revisión mensual; revisión por parte del médico o enfermera capacitada; ecografía de la mama o la mastografía (estudio radiológico para la detección del cáncer de mama). Se realiza cuando la autoexploración no permite tener una idea clara del estado de salud del seno (porque por ejemplo, la mama es muy densa) o cuando se requiere realizar un estudio más amplio.

Sobre las mujeres durante la adultez emergente, es decir, mujeres de 30 años de edad o menos, en promedio, existen dos recomendaciones:

- 1) Todas las mujeres con más de 20 años de edad deben revisar sus senos cada mes. Existen guías que lo recomiendan desde la primera menstruación, como el “Manual de exploración clínica de mamas” de la Secretaría de Salud de México (*Manual de Exploración Clínica de las Mamas* 2007).
- 2) Aunado a ello se recomienda acudir a revisión médica cada año. El médico, o personal capacitado, hará una revisión similar a la autoexploración. Existen factores de riesgo para la enfermedad que deben ser considerados como antecedentes

familiares en línea directa: madre, padre o abuela; la edad, la nuliparidad, la obesidad o el alto consumo de alcohol.

La literatura que se ha dedicado a abordar el cáncer de mama en mujeres migrantes es escasa y de esa es prácticamente nula aquella que toma en cuenta a mujeres menores de cuarenta años de edad, también muchos de los estudios han sido realizados con mujeres en situación irregular (Editorial, 2012; Lee-Lin, Menon, Pett, *et al.*, 2007; Remennick, 2006; Tsai, Morisky, Kagawa-Singer, *et al.*, 2011). En Cataluña, un 15 por ciento de las mujeres no acuden a realizarse estudios mamográficos, se indica que en su mayoría son mujeres inmigrantes de bajos estudios y bajos recursos económicos (Editorial, 2012; Pons-Vigués, Puigpinós-Riera, Serral, *et al.*, 2012). Mientras que mujeres chinas que viven en Estados Unidos se realizan con mayor frecuencia estudios preventivos para el cáncer de mama cuando tienen a alguna persona cercana con la enfermedad, así como acceso a un seguro médico que cubra los estudios (Lee-Lin, Menon, *et al.*, 2007). Se discuten en la literatura factores multiculturales, como tabúes, religión, idioma, machismo o falta de conocimiento (Durmaz, 2011; Lee-Lin, Menon, *et al.*, 2007; Remennick, 2006), sin embargo, durante las conversaciones, se habló tanto con las mujeres como con los hombres sobre su conocimiento general acerca del cáncer de mama y, debido a su perfil, no surgen este tipo de barreras, más bien se encuentran barreras en el acceso a servicios de prevención.

En el caso de los participantes, hombres, la mayoría de ellos sabe que el cáncer de mama es común en las mujeres, y se aventuran indicando cifras. Alejandro, que habla de “dos de cada tres” mujeres con cáncer de mama. Hay cierta desinformación sobre las causas, como las menciones que hacen Jorge y Víctor, sin embargo, por lo general, saben que las mujeres se deben realizar chequeos. También, en un par de ocasiones, se mencionó al PAP como método de prevención para el cáncer de mama. Es relevante el discurso de Octavio, quien se involucra en la salud de su pareja, en ésta y otras áreas, y habla acerca de las señales de riesgo que se deben de buscar en el seno. Él tuvo cierta información sobre sexualidad en casa durante su adolescencia.

“No sé desde qué edad las afecta, pero sé que es una enfermedad que, como el cáncer de próstata para nosotros, que es una enfermedad pues medio silenciosa, que las mujeres pueden no darse cuenta hasta que ya lo tienen muy desarrollado, y que es una causa de muerte también muy elevada en las mujeres, y sin embargo, sé que

se debe hacer. El primer paso para identificarlo es la auscultación que la mujer debe hacerse desde, no sé desde qué edad, pero yo creo que desde los... desde que empieza la edad reproductiva, porque creo que las glándulas mamarias empiezan a desarrollarse, pero la verdad es que no estoy muy seguro de que sea así. Sé que muchas personas no lo hacen y también sé que muchos médicos recomiendan, no sé cuál es la especialidad del médico que se dedica a eso, pero recomiendan a la pareja, al hombre, que le ayude la mujer a detectar las pequeñas irregularidades en los senos.” (Octavio, boliviano de 29 años de edad)

Las mujeres de este estudio que se realizan autorevisiones mensuales y que acuden al ginecólogo a revisión tienen alguna persona cercana que ha tenido cáncer de mama o alguna otra enfermedad relacionada. Este factor detona que estén más conscientes sobre la necesidad de realizar la prevención. Esto no implica que en todos los casos tengan pleno conocimiento de los factores de riesgo o de los indicadores que deben buscar en sus cuerpos. Rosario, Alma, Ofelia, María y Elena, se encuentran en estas situaciones, Elena sin embargo, cree que es inculta e inconsciente.

“P: ¿Oye, por ejemplo, también te haces chequeo de mamá, entonces tú sabes sobre cáncer de mama? R: Poco o nada, que no deberías de tener ningún bulto, ni ninguna cosa, pero más de eso, que ya me decía que me revisara, siempre en las noches levantar el brazo, pero nada más... P: ¿Oye, te revisas? R: Si me acuerdo. Más a partir de hace unos años a una tía mía le dio cáncer de mama, entonces ahí como que ya hay que checar poco más. P: Como tomar conciencia... R: Pero sigo bastante inconsciente creo, inculta” (Elena, argentina de 28 años de edad)

“P: ¿Te revisan senos para cáncer de mama y estas cosas? R: No, sólo me revisaron, nunca me hicieron una mamografía. P: ¿Y tampoco una ecografía? R: No. P: ¿Y tú te revisas? R: Sí, porque una vez me asusté mucho porque me salió, sentía un gran cambio y como mi mamá fue porque se inflamaron los ganglios, me atacó muchísimo, me agarró mucho miedo” (Rosario, argentina de 28 años de edad)

No solamente las mujeres que tienen algún caso cercano de enfermedad son conscientes de las revisiones, la mayoría de las mujeres del estudio dicen hacerse revisiones

frecuentemente. Aunque para quienes tienen seguro de estudiante se complica el acceso y suelen postergar la atención médica preventiva, a pesar de haberlo hecho en sus países.

“P: Eso es el Papanicolaou, pero ¿te revisas para cáncer de mama? R: Clínicamente no, yo en casa suelo hacerlo, una vez al mes, cada dos meses. Sí que lo hago.”
(Remedios, mexicana de 27 años de edad)

“P: Ok, entonces sí te haces regularmente. R: Sí, eso me hago cada seis meses, he sido muy *piqui* (quisquillosa) y porque veo tantas cosas, digo ¡ay no me vaya a pasar! Ahorita desde que vine de México no he ido. P: ¿Sí tienes seguro médico, acá? R: Sí. P: ¿De cuál? R: Pues es el seguro de vida, más bien. P: Pero no tienes el médico normal de ir a consultas R: Ah, no, no es lo mismo verdad, no entonces, no tengo.” (Leonora, mexicana de 30 años de edad)

Tanto Leonora como Lucía son algunas de las mujeres que describen una completa educación sexual, comunicación con su familia y mayor información. También, mencionan uso de anticonceptivos y métodos de prevención. Esto se encuentra relacionado de forma positiva a la prevención médica en salud sexual y reproductiva.

La relación con el médico es importante y la migración implica un proceso de cambios, en el acceso y en la información que se recibe así como en los protocolos que pueden darse en la salud pública. Sin embargo, para algunas mujeres acudir a revisiones ginecológicas en España ha implicado no ser atendidas de la forma en la que esperaban, no por cuestiones culturales sino porque no quieren brindarles los servicios –revisión física o información– preventivos debido a su edad, como en el caso de Remedios.

El conocimiento existe en este grupo, aunque eso no detone que realicen autoexploraciones cada mes, están casi todas conscientes de la necesidad de conocer sus cuerpos y de que deben realizarse revisiones periódicas, a pesar de las dificultades que implica el proceso migratorio.

“Pues que se dan casos prematuros [casos de cáncer de mama], sé que desde los 30, que tienes que hacerte la revisión, que es bueno hacerte las revisiones, que es bueno tener esa cultura de las revisiones desde los 20-25 años, que las mujeres mayores de

45 que son más propensas, creo que tiene algo que ver el hecho de la menopausia, que es donde se manifiesta más, y bueno están dando mucha ayuda. Hablan de que te revises en Bolivia. P: ¿Y esa información, por ejemplo, las has visto en campañas, en la tele...? R: Sí, la he visto en campañas, en bares, las campañas que las auspician, un poco en *banners*, revistas, incluso hay una unidad que se llama salud sexual y reproductiva que sacó la publicidad y hablaba de cáncer de mama y de las ITS, de todo eso.” (Amanda, boliviana de 29 años de edad)

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata afecta a los hombres generalmente a partir de los 40 años, edad a la que se recomienda comenzar pruebas de tamizaje. Es común en hombres mayores de 60 años, siendo la primera causa de muerte por cáncer en hombres de 75 años de edad y más en Estados Unidos, y la quinta en el mundo (Muñoz, Sossa, Ospina, *et al.*, 2011). Los métodos de tamizaje son la prueba del antígeno prostático y el tacto rectal, que puede indicar algún crecimiento o formación de la próstata (Crawford, 2003). El sedentarismo y el sobrepeso son dos de los principales factores de riesgo (Morote, Celma, Planas, *et al.*, 2014). Las barreras percibidas para el examen digital rectal en hombres latinoamericanos son múltiples, falta de conocimiento y afectación a la “masculinidad”, entre otros, y se repiten en los diferentes estudios (Lucumí y Cabrera, 2009; Muñoz, Sossa, *et al.*, 2011).

El conocimiento sobre el cáncer de próstata en este grupo de adultos emergentes es mínimo. La noción más común es que el cáncer de próstata se da en “los más viejos”, es una idea que tienen tanto los hombres como las mujeres de la muestra.

“P: Oye, hablando poco de temas de salud, ¿sabes algo sobre cáncer de próstata? R: Mmm no, o sea, sé que les da los viejitos, he sabido de casos, no he sabido de casos de adultos jóvenes, les da a los viejitos...” (Amanda, boliviana de 29 años de edad)

“En realidad no sé mucho tampoco, tengo entendido que es más frecuente en gente mayor, de 40 años para arriba, pero he escuchado que es recomendable hacerse la prueba desde más joven. Siempre existe la posibilidad de desarrollarlo.” (Santiago, mexicano de 22 años de edad)

Sobre lo “masculino”, la “hombría” o concepciones negativas relativas al tacto rectal existe el comentario realizado por Luís, quien habla sobre la pérdida de hombría comparada con el valor de la salud.

“P: ¿Y el cáncer de próstata sabes qué hay que hacer, a qué edad? R: Pues que me falta poco (risas), la gente dice que a los 35, que a los 30, 32. Yo creo que por mi vida, yo creo que lo tengo que hacer pronto, tomo mis medidas, porque a pesar de que tomo mucha agua, tomo mucha cerveza y café, entonces sé lo que puede afectar, un poco por lo que he leído. Entonces lo tengo que hacer para estar sano, yo sé es algo a lo que no tienes que temer, porque creo que el mayor miedo del hombre, a llegar a esa edad, es la revisión que se tiene que hacer con el médico, desconozco si seguirá siendo como era antes o no, yo creo que da un poco igual porque es salud, tienes que hacerlo, tienes que arriesgar un poco esa hombría para seguir vivo” (Luís, mexicano de 29 años de edad)

El desconocimiento sobre el cáncer de próstata y sus agentes causales es generalizado. Tanto Pablo como Alejandro tienen familiares cercanos que han padecido o que están padeciendo el cáncer de próstata, aun así, como otros hombres de la muestra indican, su conocimiento es bajo o nulo. Incluso, en el caso de Mario sabe de quimioterapias para el tratamiento del mismo, pero no existe conocimiento sobre prevención y tamizaje.

“P: Vale, cambiando un poco de tema, ¿sobre cáncer de próstata tienes alguna idea? R: No, poco, se quedó poca información, sé que lo tuvo mi papá, pero no mucho más.” (Alejandro, argentino 31 años de edad)

Aborto

El aborto espontáneo, el aborto legal o seguro o interrupción legal del embarazo (ILE) y el aborto inseguro, son diferentes situaciones que implican mayor o menor riesgo para la mujer. Esta sección se refiere al aborto seguro (ILE) o el aborto no seguro, el objetivo fue indagar los conocimientos sobre el aborto y su legislación tanto en España como en los países de origen, así mismo, indagar sobre las percepciones e ideas al respecto que tienen tanto los hombres como las mujeres que participan en el estudio.

“Yo, sobre el aborto creo que sobre todo que decidimos nosotros, no rige una moral, entonces sobre el aborto en particular creo que la madre es lo más importante, que nadie la tiene en cuenta a la hora de decidir siempre que hablan del aborto. A mí, por ejemplo, primero estar a favor de la ley del aborto no es estar a favor del aborto, no quiere decir que me encanta que se aborte los martes, entonces creo que se juega mucho con ese juego de palabras, porque estar a favor del aborto, te joden, no, no estoy a favor, a cualquier mujer le jodería abortar, a cualquier mujer, estoy a favor de la educación sexual, a favor de que sepa hablar tranquilamente, estoy a favor de que se pueda abortar porque la gente hace locuras por abortar, se mueren infectadas, estoy a favor también, no solo por sanidad.”
(María, argentina de 27 años de edad)

El aborto de mujeres latinas en España ha sido estudiado en diversas ocasiones (Acai, 2006b; Castello, 2009; Llácer, Morales, *et al.*, 2006) debido a su alto porcentaje: representa un 20 por ciento del total de los abortos que se practican en España ("El aborto en España," 2013). Ecuador es el país más representado en dichas cifras (Acai, 2006a). En el mismo estudio se preguntó a las mujeres migrantes por qué no acudían a los centros de salud, la mayoría respondió que no era una prioridad y que no conocían los servicios. Las ecuatorianas, colombianas y bolivianas son el mayor porcentaje de la muestra, que incluye migrantes de cualquier nacionalidad. En un estudio cualitativo con personal de salud que atiende a mujeres migrantes en España se indica que las mujeres latinas que acuden a los servicios para realizarse un aborto en su mayoría son ecuatorianas y colombianas de aproximadamente 25 años de edad (Llácer, Morales, *et al.*, 2006). Sin embargo, estos estudios contemplan sólo la visión de mujeres, las estadísticas acerca de mujeres que han tenido un aborto, pero no se analizan o definen tipos de migración o edad.

La guía de entrevista contenía una sección sobre el aborto, con preguntas dirigidas hacia ¿qué piensas sobre el aborto?; ¿conoces a alguien que se haya practicado alguno?; ¿conoces cómo es la legislación en cuanto al aborto en tu país y en España? En América Latina el aborto es legal sólo en nueve países (Guillaume y Lerner, 2008), Uruguay es el país que ha cambiado su ley más recientemente y en Chile la discusión sobre el tema formó parte del debate en las últimas elecciones presidenciales de 2013.

En muchos países es muy complicado para la mujer practicarse un aborto, incluso siendo legal: la burocracia es una barrera importante (Guillaume y Lerner, 2008; IPAS, 2010; Maffía, 2006). El tema del aborto es complicado en América Latina en parte debido a la influencia que tiene la religión sobre las decisiones políticas (Barraza y Maorenzic, 2009; Gire, 2011; Guillaume y Lerner, 2008; IPAS, 2010; Maffía, 2006). Tres de los cuatro países de donde provienen los participantes son laicos, excepto por Argentina. Aquí se presenta una breve descripción de las leyes sobre el aborto en los países de donde provienen quienes participan en esta investigación.

Argentina tiene una ley sobre el aborto restrictiva. Sólo se permite el aborto si la vida de la mujer está en riesgo (Maffía, 2006). Recientemente, en el año 2012, la Suprema Corte declaró que el aborto, en caso de violación, estaba permitido para todas las mujeres (*La Corte Suprema precisó el alcance del aborto no punible y dijo que estos casos no deben ser judicializados*, 2012), no sólo para las “mujeres idiotas (sic)” o para mujeres con problemas de salud mental, como lo indican las leyes.

En Bolivia, la ley permite el aborto cuando la vida de la mujer está en peligro, cuando el embarazo es consecuencia de una violación y cuando el embarazo es consecuencia de un incesto, esto “solamente cuando la acción penal ha iniciado” (“Bolivia: Código Penal,” 1972).

Mientras que Ecuador permite el aborto cuando la salud o la vida de la madre estén en peligro, y cuando el embarazo es consecuencia de violación –sólo cuando la mujer es “idiotas” (sic) o “loca”– (“Código Penal de la República del Ecuador,”). En febrero del año 2014 entró en vigor un nuevo código penal en Ecuador, en el que ahora se habla de una mujer con una discapacidad mental en lugar de una mujer “idiotas” o “loca”. Recientemente el gobierno de Ecuador recibió recomendaciones de las Naciones Unidas y de la organización *Human Right Watch* para que se cambie la legislación, para que al menos se permita en casos de violación (“Criminalización de las víctimas de violación sexual,” 2013).

En México la ley se define por los gobiernos de los estados, de las 32 entidades federativas. El aborto es legal en todos los estados en caso de violación, en 29 en caso de que la vida de la mujer esté en riesgo, en 14 por complicaciones fetales, y existen algunas

otras razones en algún estado como motivos económicos. En el año 2007, la Ciudad de México aprobó la interrupción legal del embarazo hasta la semana 12 y en el año 2008 la decisión fue ratificada por la Suprema Corte de Justicia (*Acción de Inconstitucionalidad relativa a la despenalización del aborto hasta las 12 semanas de gestación (aborto)*, 2008).

Recientemente, a principios de 2010, fue modificada la ley que penaba al aborto en España. La nueva ley publicada en el Boletín Oficial del Estado en marzo del año 2010 ("Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo," 2010), una de las más novedosas del mundo, permitiendo el aborto por cualquier causal hasta las catorce semanas de gestación y en caso de grave peligro para la madre y otras causales médicas hasta las veintidós semanas. Para las adolescentes de entre 16 y 17 años, se requiere el permiso del padre, madre o tutor a menos que se argumente que se pudieran provocar conflictos o violencia. Es importante mencionar que dicha Ley también contemplaba el derecho a la información y a la educación sobre salud sexual y reproductiva (SSR), el acceso a los servicios de SSR, así como a métodos seguros y eficientes para regular la fecundidad. La legislación española sobre el aborto se encuentra en un proceso de cambios en los últimos años. Existen movimientos sociales en contra de la contracción de la ley —Marea Violeta—. Las primeras entrevistas las realicé en 2011, en el periodo en que se anunciaba la idea de realizar las reformas a la ley que contiene la legislación sobre la interrupción del embarazo (Ley orgánica 2/2010 sobre Salud Sexual y Reproductiva y la Terminación Voluntaria del Embarazo). En diciembre del año 2013 el anteproyecto para la modificación de la ley fue aprobado (Gutiérrez y Sahuquillo, 2013), sin embargo en La Ley Orgánica 2/2010 del 3 de marzo ha sido objeto de diversas discusiones y proyectos para su modificación desde su aprobación. El 23 septiembre de 2014 se anunció la retirada del anteproyecto de Ley Orgánica de Protección del Concebido y los Derechos de la Embarazada.

¿Qué es lo que piensan, saben y dicen?

La mayor parte de quienes participan en las entrevistas tienen ideas claras sobre la legislación en España; algunas personas indican que es legal, pero no tienen la seguridad de que siga así debido a que, en su momento, el nuevo gobierno del Partido Popular anunciaba medidas al respecto. La legislación española es mediática, aparece en discusión

en los diversos medios de comunicación: televisión, radio, internet y diarios. Esta discusión mediática puede ser el principal factor para que los participantes conozcan la ley, aunque no tengan claridad sobre las especificidades de la misma.

“En España era legal hasta que llegó el PP.” (Pablo, argentino de 30 años)

“Yo tenía entendido que era legal, que cualquier mujer podía, que si era por violación, que si no era por violación o por peligro de la madre la mujer podía abortar, es lo que yo tenía entendido, pero este año leí que los del PP querían como dar marcha atrás a la última reforma y lo que yo entendí es que tenía que justificarse mucho más el porqué se da el aborto.” (Rosario, argentina de 28 años)

Aun cuando éste es un estudio cualitativo y no se pueden realizar inferencias sobre los países de procedencia de los participantes, sí se puede observar un patrón en aquellas personas que provienen de Argentina, que observan un patrón de cambio, como puede verse arriba, y de los participantes de otros países que critican la ley española.

“Aquí [España] es muy liberal, las chicas abortan mucho” (Erick, ecuatoriano de 24 años)

“...lo que sí no me parece es que sean chicas de menos de 15 años y tal y que su madre ni se entere de que están embarazadas, de que hayan abortado.” (Valeria, mexicana de 29 años)

La mayoría de los participantes no tienen conocimiento completo sobre las legislaciones de sus países, sobre en qué circunstancias el aborto es legal o no es legal. Por lo general indican que no es legal, sin embargo algunas personas hablan sobre abortos inseguros practicados a amigas o conocidas, ya sea con medicinas, plantas, en clínicas clandestinas o por médicos que aceptan realizarlos. El nivel socioeconómico es un factor determinante cuando alguna mujer decide abortar en un país en el que no es legal.

“Tengo dos amigas que se lo hicieron en México. Una de ellas cuando estábamos en la licenciatura, no sé con quién haya ido, yo soy la única persona que lo sabe y yo no estuve con ella, lo supe después. Fue con varios médicos, según yo fue a un

centro de salud y la atendieron. Lo pasó muy mal, tuvo que ir de ginecólogo en ginecólogo después porque tenía hemorragias, sufría muchísimo hasta que dio con una doctora que ya hizo que todo se normalizara, no sé de qué manera tuvo el aborto y muchas consecuencias después, no sé qué hizo o con quién haya ido. Luego, otra amiga también se lo hizo con una doctora, amiga de no sé quién, que la ayudó para que abortara y hay otra conocida que supe que abortó, pero no sé más.” (Leonora, mexicana de 30 años de edad)

“¿Qué sabes del aborto en España? R: Que es legal, por ahora, por ahora. En Argentina no es legal todavía. No, bueno de hecho una de mis mejores amigas tuvo un aborto, cuando no era mi amiga, sí, la conocí cuando yo tenía 20 años. Ella tuvo un aborto con 16, y me contó su experiencia. Sí, que la llevaron y se lo hizo y nada pagando \$500 [dólares] se lo hizo.” (Alma, argentina de 27 años de edad)

“P: ¿Y conoces a alguien que haya pasado por esa situación? R: Sí. P: ¿Cercana? R: Sí, muy cercana. R: Fue dura, pero creo que hubiera sido mucho más dura la experiencia de enfrentarse a un hijo siendo pequeños, no queriendo a la pareja, la decisión de abortar nunca es fácil porque siempre por las perspectivas de ser padre existen y son bonitas siempre, entonces cortar eso es un horror, pero un horror doloroso y para una madre mucho más. A saber, es que yo, por ejemplo, la adopción me muero, no me lo podrían quitar, me tienen que matar, no sé, a la mejor no, pero creo yo que sería mucho más difícil.” (María, argentina de 27 años de edad)

Sólo una de las participantes de Argentina contó haber tenido un aborto, el cual se realizó en Barcelona, algunos pocos años después de llegar a España. Tenía pareja, pero no quería tener un bebé en ese momento, tenía 21 años de edad. Sus ideas sobre el aborto cambiaron a partir de lo difícil que fue la decisión, cree que el aborto debe de ser legal y gratuito para todas las mujeres, pero está segura de que no es una decisión fácil.

“No llevábamos tanto tiempo juntos y yo era muy chica. [...] estaba hablado, evidentemente, y fue que no, realmente yo estaba convencida de que no, de que no podía en ese momento plantearme eso, ni nada parecido, lloré durante tres días, lo tenemos, no que no tiene nada que ver, una cosa con la otra, no, y bueno al poquito

tiempo hice la terminación del embarazo. Mi opinión ahora es mucho más parcial que la de antes, entonces es rotundamente que sí, evidentemente. Ahora no opino, no digo que no lo hagan, evidentemente, pero sí lo veo mucho más delicado que estar a favor o en contra.” (Cecilia, argentina de 29 años de edad)

Quienes participaron en las entrevistas, por lo general defienden el derecho de la mujer a decidir, mientras que muy pocas personas están en contra no importando la situación. La perspectiva moral versus la religión es recurrente en las conversaciones, para explicar por qué les importa o por qué no. Los hombres, por lo general, optan por ser neutrales y dejar el derecho a decidir exclusivamente a la mujer, incluso cuando no ven el aborto como una opción en sus vidas.

A pesar de las limitaciones, en los datos podemos reconocer el porqué quienes participan están o no de acuerdo con la interrupción legal del embarazo, por qué no y en qué casos. Sin embargo, hay muy poco conocimiento sobre los pasos a seguir en caso de que una mujer quisiera interrumpir su embarazo. La mayor parte acudiría a los servicios de salud directamente, aunque algunos preguntarían a amigos o amigas que hayan pasado por la situación o pudieran tener más idea sobre el tema.

Los participantes no parecen cambiar su forma de pensar con respecto a la ILE durante el proceso migratorio, incluso cuando la legislación en sus países es muy distinta a lo que era la española al momento de la entrevistas. Siguen realizándose abortos inseguros en América Latina, y la problemática debe insertarse en la agenda internacional y en las políticas de cada uno de los países.

El hecho de que la interrupción del embarazo sea libre, legal y gratuita o no en los países de origen de los participantes o en España es independiente a su forma de entender el fenómeno. Sus concepciones religiosas, así como menor identificación con las características de la adultez emergente, tienen una mayor relación con estar de acuerdo con la legalización o no. Aquellas personas que se declaraban muy religiosos practicantes o que estudiaron y crecieron en un ambiente muy religioso suelen estar menos de acuerdo que quienes no tienen una religión o no la practican.

“P: ¿Y cuál es tu razón para estar en contra? R: Porque me considero un humanista,

he tenido épocas de estar muy en contra del cristianismo y seguir estando en contra del aborto, no se corresponde con ninguna concepción cristiana, meramente humanista, para mí, para mí es una cuestión en donde no entra la medicina, sería una cuestión como filosófica, creo en algo más allá del material del hombre, una vez que se sabe que es un embrión, que eso va ser un hombre, para mí es inmoral terminar con ella, no hay ninguna discusión del alma, no sé si es alma lo que tenemos o no, pero no importa, creo en el hombre, y en la vida humana, y no confío en el humanismo, en un humanismo falso que hay.” (Mario, argentino de 25 años de edad)

“P: ¿Qué piensas del aborto y si sabes si es legal en Argentina? R: El aborto pienso que tendría que ser público, gratuito y legal; estar al servicio de cualquier mujer, de cualquier pareja, de cualquier mujer que no quiera tener un hijo. Las mujeres no tendrían que estar obligadas, además la hipocresía de que el aborto en Argentina está penado, pero todo el mundo sabe que pagas y te haces un aborto fantástico, divino que no te vas a morir, no va a pasar nada, pero si no te puedes morir, te puedes infectar. Ninguna amiga mía directa, bueno sí, una se hizo un aborto fantástico porque ella tiene una hija, no quería tener otro más, pero después amigos de amigos, decisión de abortos con pastillas y no sé qué y que de repente una descompensación y que terminó en un hospital, una chica bien, y terminó en un hospital de un barrio que es una batalla campal, pero que fueron los únicos médicos que la atendieron, porque nadie la atendió en los hospitales públicos, muy hipócritas en Argentina. [...] En Argentina es así, porque sólo se mueren las pobres, porque las chicas en la clase media se hacen abortos, pero se lo hacen seguras.” (Rosario, argentina de 28 años de edad)

Sexualidad y migración

A lo largo de las diferentes secciones hemos observado cómo se entrelazan las diversas características de los adultos emergentes con su sexualidad y el ambiente en el que se desenvuelven. En este último apartado reviso de forma breve los comentarios que surgieron dentro de las conversaciones con los participantes relacionadas a la sexualidad y la migración.

Se ha hablado que la adultez emergente es un fenómeno que puede o no ser clasificado como una etapa de vida debido a las diferencias que existen en los países socioeconómica y culturalmente (UNFPA, 2013). Este periodo de vida conlleva ciertas conductas que pueden influir en la toma de riesgos, incluyendo comportamientos en salud sexual y reproductiva (Eva S. Lefkowitz, Gillen y Shearer, 2004).

Weeks (1998pp. 30) enfatiza, cuando habla sobre la construcción social de la sexualidad, que “la sexualidad no es un hecho dado, es el producto de la negociación, la lucha y de las acciones humanas”. En el mismo sentido las sociedades son producidas por los humanos y sus comportamientos; las sociedades cambian y se construyen a través del tiempo, no son establecidas definitivamente (Berger y Luckmann, 1968). La migración es un factor para estos cambios sociales y de salud sexual y reproductiva.

La sexualidad se ha relacionado a los procesos migratorios principalmente debido a los comportamientos de riesgo que se asocian al migrante, a la relación entre el VIH y la migración, a los conflictos de género de acuerdo a los roles a uno y otro lado de cada frontera y las tasas de embarazo de quienes migran. Se sabe que existe una asociación entre el hecho de migrar y cambios en el comportamiento de los migrantes. Bronfman y Minello, en *Sida en México, migración, adolescencia y género* (1995), muestran claramente la asociación entre la migración y la modificación en el comportamiento sexual –aumento en la participación en sexo comercial, prácticas como sexo anal y sexo oral, sexo entre hombres sin identidad homosexual y la diversidad de parejas (Mario Bronfman, Sejenovich, *et al.*, 1998)–, y que a su vez estos cambios favorecen el riesgo de infección por VIH (M. Bronfman, Amuchástegui, *et al.*, 1995). Sin embargo, deben tomarse en cuenta las características de cada grupo (Jolly y Reeves, 2005b), en este caso las características que hacen de los participantes potenciales adultos emergentes, escolaridad, edad, género, viajes, cambios, etcétera, también generan diferentes características en sus comportamientos sexuales, como hemos visto a lo largo de los resultados. Éstas, en ocasiones, son transformaciones positivas en su sexualidad debido a la migración o la confirmación de estos patrones debido a esta causa.

En cuanto a las mujeres, se perciben cambios en la forma mediante la cual ejercen su sexualidad. Una sexualidad más libre, relajada y con menos prejuicios. Esta sexualidad que se encuentra lejos del control social de sus sitios de origen promueve que al ser más

sencillo hablar de sexualidad también sea más sencillo disfrutar de la misma y negociar el uso de los anticonceptivos.

“P: ¿Oye, crees que venir acá cambió poco tu percepción de sexualidad? R: Sí, aquí me he quitado mucho más la vergüenza que tenía sobre el tema, incluso un poco más al ver que aquí el tema es como más relajado, yo también me lo he tomado más relajadamente. P: ¿Cómo más relajado, qué sería esta relajación? R: Que es una cosa más natural, que puedes hablar, que es normal...” (Elena, boliviana 28 años de edad)

“Con él [novio español] aprendí montones, muy relajado, es muy, muy, muy bueno, nos damos de palos igual, pero aprendí un montón, sobre todo me ayudó mucho con los tabúes que yo tenía, en la doble moral que me pasaba *soy una puta, no soy una puta*. Me ayudó un montón. P: ¿Entonces tú tenías problemas sobre quién eres, crees que eso fue por, como dices, “una educación muy cerrada y católica? R: Sí, absolutamente, no lo creo, lo sé (risa)” (María, argentina de 27 años de edad)

Como podemos observar en las conversaciones, las mujeres tienen un encuentro con una realidad distinta, a la cual integrarse les lleva un proceso de adaptación, incluso con su ambiente original a la distancia. Este cambio les beneficia como positivo para poder ejercer su sexualidad de mejor forma. Incluso la visión de los padres puede cambiar al ver a sus hijas en una realidad diferente, como sucedió en el caso de Remedios.

“Pues a mi padre, justo cuando me vine a Europa, el consejo de mi papá fue: “Hija que Dios te bendiga”, a pesar de que no éramos religiosos, “acuérdate de que entre más pruebes mejor eliges a tu pareja al final.” (Remedios, mexicana 27 años de edad)

El proceso de cambio no sólo se presenta en las mujeres, también hay hombres, como lo cuenta Arturo, que tuvieron cambios importantes en su sexualidad. Comenzar a utilizar condón en España debido a las circunstancias que aprende a vivir al llegar a Madrid nos indica que hay otros cambios positivos que pueden darse junto con el proceso migratorio y, sobre todo, que existen cambios que disminuyen los riesgos que en ocasiones se adjudican a las poblaciones migrantes generales.

“P: Ok, y bueno ¿allá era diferente este rollo del condón, de los anticonceptivos, era diferente la forma en la que se cuidaban? R: No, lamentablemente yo allá no me cuidé.” (Arturo, ecuatoriano de 26 años de edad)

Contrarios son los reportes del *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* sobre conductas de riesgo adolescente en los EEUU (CDC, 2008; Services, 2008), pues se reporta que el único grupo que no presenta disminución en el comportamiento de riesgo es el grupo de jóvenes hispanos. En el mismo reporte la prevalencia de uso de anticonceptivos fue de 20,8 por ciento para blancos y 9,1 por ciento para hispanos. Luis comenzó a usar condón al llegar a España, lamenta no haberse cuidado en su país, sin embargo, su contexto nunca lo llevó a tener la conciencia del uso, su ambiente no generaba un medio adecuado para que sus parejas o él priorizaran el uso y así evitar conductas de riesgo. Por lo anterior, se insiste en la importancia de los estudios con diferentes tipos de poblaciones para poder observar las diferencias entre las muy diversas poblaciones migrantes.

Al migrar, los adultos emergentes del estudio han realizado un cambio en los factores estructurales en los que se desarrollan y uno de ellos es la cohabitación. Algunas de las mujeres han tenido cohabitación, es decir que han vivido con su pareja; algunas dicen que no lo hubieran hecho en sus países de origen debido a lo que su familia pensaría.

“Vivo con él hace tres años. P: Hace tres años, y cómo es esa decisión de vivir juntos. R: Estábamos juntos hace mucho tiempo y además dormíamos juntos casi todos los días en casa de mis viejos o en su casa, casi siempre en su casa porque en su cuarto él estaba solo, yo dormía con mi hermana, y yo en mi casa tenía una situación insostenible con mis padres, entonces decidí que me tenía que ir, entonces le dije ya me voy a ir, se la planteó él y se vino, fue muy natural, como lo que tenía que pasar.” (María, argentina de 27 años de edad)

La cohabitación en la adultez emergente ha sido discutida por Arnett (2008). Se muestra, por ejemplo, cómo ésta es mucho más común en nuestro tiempo que en las décadas anteriores, debido a que el tiempo entre el inicio de la vida sexual y el matrimonio se ha extendido, al igual que los estudios y la búsqueda de un trabajo estable.

El discurso sobre una mayor libertad con la pareja, y en las relaciones amorosas o sexuales en general predomina.

“...lo que te quiero decir, es que en cualquier parte del mundo hay personas que pueden vivir la sexualidad o todo lo demás con naturalidad, sin prejuicios y sin exageraciones, entonces yo creo que lo que pasa es que en México se recarga el conservadurismo, se recarga un poco a la exageración.” (Jorge, mexicano de 24 años de edad)

“P: Oye, cuéntame por ejemplo cuando llegas acá, a España, un poco en este mundo nuevo al que vienes acá, ¿cómo ha sido tu relación de pareja, ha cambiado su relación a cuando estaban allá? R: Sí, sí, ha cambiado. Ha sido complejo también eso, por lo que platicábamos antes de la sensación de libertad que tienes. Nosotros siempre hemos sido una pareja bastante libre, pero acá creo que una de las cosas que más ha cambiado es el poder disfrutar de nuestra libertad, creo que eso ha sido bastante interesante y difícil también porque te genera dudas a veces, pero con el tiempo, ya estando acá un tiempo creo que es lo que más hemos adquirido, y es una libertad en cuestión de cada quien sale por su lado.” (Ernesto, ecuatoriano de 30 años de edad)

Capítulo 6. Reflexiones finales y recomendaciones para políticas públicas

*“...los que han nacido en Madrid no han podido soñarla.
Lo bueno es llegar con la boina y la maleta de cartón,
y a los cinco minutos ser de Madrid”*

-Joaquín Sabina

Este apartado contiene en un primer espacio algunas breves recomendaciones sobre políticas públicas que se desprenden a partir de los resultados de la investigación. Se encuentran divididas por temáticas e implican ideas que pudieran fomentar el ir más allá de la teoría y convertir en acciones e intervenciones esta investigación. En un segundo momento presento las reflexiones finales sobre los resultados obtenidos en los cuales se condensan las conclusiones de esta investigación.

Recomendaciones para políticas públicas

Comunicación

La información que las personas puedan recibir durante la adultez emergente sobre métodos anticonceptivos –condón masculino o femenino especialmente–, transmisión del VIH y otras ITS, embarazo no deseado, interrupción del embarazo, etcétera, será fundamental para su desarrollo, como en otras etapas de vida, sin embargo como hemos visto son un grupo propenso a migrar, que cambia de parejas sexuales y de grupos de amigos, que se desarrolla en diversos ambientes y que por lo tanto debiera ser prioritaria su correcta información. Dicha información transmitida de forma verídica, confidencial y científica recae, en primer lugar, para este grupo de edad no siempre escolarizado, en manos de los servicios de salud, ya sea de forma personal o a través de otros medios, como el internet, que hemos mencionado como ventana de oportunidad.

Los programas sobre servicios amigables de salud para jóvenes en los países en vías de desarrollo son, generalmente, planeados para adolescentes. A pesar de esto, la dificultad para que los jóvenes se acerquen a ellos es común debido a la pena que les produce ser vistos pidiendo información sobre salud sexual y reproductiva, por los horarios en los que se ofrecen los servicios, desconocimiento del servicios, entre otros. Los adolescentes tienen dificultades para acceder a información sobre salud mediante los servicios para la salud o

“medios tradicionales”, como los llaman Gray *et al.* (2005). Debe planearse una estrategia para incentivar su uso (Lloyd, 2005). Para ello debe tomarse en cuenta la necesidad de que los servicios de salud brinden información por medio del internet, lo que puede mejorar el acceso a la información de jóvenes, adolescentes y, por supuesto durante la adultez emergente. La confianza que los migrantes entrevistados tienen en los servicios de salud de sus países generalmente es mayor a la que dicen tener en los del país receptor. Así, mediante el internet, los adultos emergentes migrantes podrían seguir teniendo acceso, ya sea por telemedicina o simplemente a través de páginas web, a los servicios para la salud que existen en sus países.

La confidencialidad que ofrece la información vía internet para los migrantes adultos emergentes es una ventana de oportunidad. Las personas buscan la confidencialidad y la veracidad de la información lo cual se puede brindar a través de la creación de programas de salud en línea. Este hallazgo en población migrante y adulta emergente, es coincidente con lo que encontraron Miguel *et al.*(2011) En Asturias, España en un grupo más joven que las personas de este estudio.

Si bien el uso y acceso de las nuevas tecnologías de la información seguirá creciendo en el mundo su uso debe de ser selectivo. Las personas, en especial jóvenes, tanto adolescentes como adultos emergentes, requieren de la capacidad para discernir entre los tipos de información que pueden encontrar en el internet. La posibilidad de encontrar información no verídica, cuando se busca información en internet, resulta peligrosa cuando se trata sobre su sexualidad, entre otros muchos temas. La relevancia que tiene que las organizaciones internacionales de la salud para la infancia y la juventud generen ambientes de fácil acceso a los que las personas puedan acercarse con confianza y confidencialidad son esenciales. Las redes que pueden darse en los macrosistemas entre el individuo, los actores que pertenecen a microsistemas como la familia, la escuela y los que pertenecen a los exosistemas, como las legislaciones y políticas de educación sexual, son fundamentales para el correcto aprovechamiento de este sistema de información.

Se requiere profundizar más en la comunicación entre pares de adultos emergentes en los países latinoamericanos. Definir quién y cómo habla con quién, sobre qué bases y fomentar que la información que se transmita este basada en fuentes. Las intervenciones sobre información de temas sexuales y reproductivos deben de aclarar que es importante que los pares, en quienes se basa la confianza para poder preguntar, también tengan la confianza

para responder que no están suficientemente informados sobre el tema.

La información recabada sobre los sitios públicos para realizar campañas e información y prevención es útil para las futuras campañas que se realicen y se debe de enfatizar que la información llegue a todos los grupos de población que conviven en una ciudad.

Debe reconocerse que si bien las campañas de información y educación sobre salud sexual y reproductiva tienden a incrementar el conocimiento sobre la existencia de un tema como el VIH/sida y otras ITS, ese conocimiento no está necesariamente generando un impacto en la prevención de la transmisión o de los embarazos no deseados. La educación sexual integral deberá de continuarse a lo largo de la vida para cubrir las necesidades específicas de cada grupo poblacional. A la vez que tiene que intervenir en las diferentes esferas de la teoría ecológica para crear un conjunto que refuerce la prevención.

Educación sexual

Las formas de educación sexual en las escuelas que mencionaron las personas entrevistadas son contrarias a las recomendaciones emitidas por los organismos internacionales para mejorar la prevención, riesgos y vulnerabilidades de adolescentes y adultos emergentes relacionadas a la salud sexual y reproductiva (WHO, 2003). La escuela es uno de los sitios de oportunidad para acceder a grandes poblaciones de adolescentes y adultos emergentes, esta ventana de oportunidad debiera tener los recursos adecuados para otorgar información sobre salud sexual y reproductiva.

La globalización de la educación sexual informal modifica el macrosistema de los adultos emergentes, especialmente de aquellos que migran debido a que se enfrentan a dos macrosistemas distintos, el de origen y el de destino. Su microsistema escolar debiera ser lo suficientemente fuerte para aportar las bases requeridas para incrementar salud sexual y reproductiva y comprender, a través de ellas, la información que de manera informal llega a cada individuo, así como para lograr un impacto en la reducción de los diversos indicadores como el embarazo no deseado, el uso de condón, la transmisión de VIH/sida, y otros con impacto positivo, como el disfrute de la sexualidad.

Anticoncepción e ITS

Solicitar una receta médica para la compra de los anticonceptivos hormonales en España limita el acceso a los mismos. El individuo puede modificar sus actitudes al respecto del uso como consecuencia de las dificultades a las que se enfrenta para su adquisición, las modificaciones del mesosistema que regula esta situación son necesarias para que este microsistema funcione adecuadamente. Por otro lado, la discusión científica sobre la automedicación y los posibles efectos secundarios de algunos anticonceptivos hormonales debería extenderse para poder justificar la venta de ellos o de algunos de ellos sin necesidad de recetas médicas y con la información necesaria por parte del farmacéutico.

Por otra parte, es importante disminuir los estigmas sobre las ITS para que las personas se acerquen a los servicios de salud y para que todas las personas asimilen su posibilidad de estar en riesgo, no sólo las poblaciones más vulnerables. Abrir la posibilidad a las poblaciones migrantes y realizar aproximaciones en escuelas públicas y privadas puede llevar a estas poblaciones a realizar pruebas diagnósticas en caso de considerarse en riesgo.

Acceso a la salud

Las adultas emergentes de esta muestra son latinas informadas sobre el cáncer de mama. Están conscientes de los tamizajes que deben realizarse, aunque hay un par de excepciones que no tiene información sobre el tema. Se debe proporcionar mayor información a las mujeres jóvenes para que se realicen autoexploraciones correctas y de manera continua. Si bien asisten a revisiones clínicas en sus países, se deben realizar esfuerzos para que continúe la prevención durante el proceso migrante. Incluso una muestra ampliada podría contribuir a proyectos de intervención para la mejora de la prevención en las comunidades migrantes en diferentes países (Durmaz, 2011), especialmente cuando el idioma es una barrera.

El que los adultos emergentes tengan conocimientos básicos sobre el tamizaje y prevención del cáncer de próstata puede ser una intervención oportuna, tanto para su futuro como para el presente de quienes los rodean. La prevención a través del antígeno prostático y el tacto rectal deben de integrarse en las campañas públicas de los países tanto de origen como de destino para crear mayor conciencia sobre el tema.

Reflexiones finales

A pesar de que, como hemos visto, las características de la adultez emergente están presentes en los participantes, ellos no están conscientes de la existencia de esta etapa que viven. Al ser una teoría del desarrollo que se ha utilizado en mayor medida para establecer criterios de investigación, no la conocen y por lo tanto no pueden identificarse como adultos emergentes. Las personas que participaron en el estudio ya tenían una serie de características socioeconómicas, conocimientos, identidades y una cultura preestablecidas antes de migrar, sin embargo el proceso migratorio tiende, en la mayoría de los casos, a reforzar las ideas que los sitúan como adultos emergentes. Debido a su situación como migrantes, y en diversos casos, también, estudiantes, viven contextos similares a los de adultos emergentes en otros países. Resulta entonces que la entrada a la adultez como se conocía en el pasado, marcada por casarse y tener hijos, está cambiando sus procesos y poblaciones.

Estos resultados indican que existen adultos emergentes en países en desarrollo, como ya se había analizado en el caso argentino (Facio y Micocci, Summer 2003; Facio y Resett, 2009; Facio, Resett, *et al.*, 2007), aunque es verdad que existen excepciones. Las personas de la muestra cumplen con criterios de la adultez emergente al postergar tener hijos, privilegiar viajar, cohabitar, experimentar en trabajos, buscar logros personales, y en algunos casos buscar estudios de tercer nivel, entre otros.

La migración y la adultez emergente se encuentran relacionadas de diversas formas. Comprender en qué manera los factores sociales y estructurales, de aquellos que migran durante la adultez emergente, interactúan con la sexualidad, se vuelve central para entender cómo opera esta etapa del desarrollo en poblaciones que no han sido estudiadas con anterioridad. No sólo son importantes los procesos y comportamientos que se presentan durante la migración, también los previos para comprender mejor la sexualidad y por ende la salud sexual y reproductiva de las personas, es por ello que es útil analizarlos dentro de contextos ecológicos.

La mayoría de las diferencias que se pueden apreciar entre quienes participaron en el estudio no son por género, sino por el país del que provenían. Este tipo de selección de participantes no permite hacer inferencias generalizadas según país de origen de quienes

participaron en las entrevistas, empero hay un patrón de respuestas obtenido de las conversaciones que es generalizado, tanto en el grupo que provenía de México como del grupo de provenía de Argentina. En el caso de quienes provenían de Ecuador y Bolivia el patrón se divide de acuerdo a otras características, sobre todo en nivel de estudios, el porqué de su migración y estatus socioeconómico de origen. Son diferentes, en algunos de los participantes y sus discursos, las vivencias, las acciones y las actitudes con respecto a diversos contextos analizados, como sus prácticas sexuales o percepciones sobre cuestiones reproductivas. Esto es radical en algunos casos como el de Elena, boliviana que se asemeja más a las migrantes argentinas. La relación que existe entre quienes participan es variable para cada una de las temáticas, habiendo algunas en las que no se hallan diferencias entre participantes de uno u otro país como en sus decisiones sobre el porqué migrar.

Migrar es un proceso que forma parte de un plan de vida, de un deseo, es una opción y no una necesidad para casi todas las personas que participaron en este estudio. Esta migración deseada, que se mira como positiva y privilegiada en cuestiones de viaje y estancia en España, hace de estos migrantes una población distinta a la que se presenta en otros estudios. Es importante que se realicen otras investigaciones con poblaciones similares para así poder realizar inferencias sobre estas poblaciones, así, en caso de que se repitan estos hallazgos, se podrían desestigmatizar poblaciones migrantes.

Otros factores que se vuelven relevantes son la educación y el sector social en el que se desenvuelven las personas que participaron. Quienes tienen una mayor escolaridad cuentan con más características propias de la adultez emergente y también, al parecer, viven una sexualidad más libre con mayor información, y sobre todo, de acuerdo a sus discursos, una práctica sexual más segura, aunque el cambio de pareja es común. Por otro lado, cuando llegan a tener una pareja fija cohabitar en el extranjero se vuelve más sencillo que en sus países de origen debido a la falta de control social, es decir, a la cultura que rige en sus comunidades sobre la sexualidad y la religión.

Las bases religiosas con las que algunas personas han crecido, aunque indiquen que ya no siguen esos preceptos religiosos o no religiosos, les llevan en la práctica a opinar sobre temas o basan sus decisiones de salud sexual y reproductiva en preceptos o enseñanzas religiosas. Los procesos de encuentros y desencuentros con la religión tienen raíces en la

infancia de quienes participaron, ya sea en la casa o en la escuela. En ocasiones estos procesos han sido complicados y presentan dificultades a lo largo de las vidas de los y las participantes. El periodo entre la adolescencia tardía y la adultez emergente, así como proceso migratorio, les permite analizar de forma individual cómo han beneficiado o afectado sus vidas dichas creencias. En la mayoría de las ocasiones el resultado ha sido la pérdida de la religiosidad, si es que hubieran crecido con ella. Pocas personas la conservan y menos aún la viven. La migración puede tener un rol que contribuye a la resiliencia, es decir que genera la capacidad de asumir con mayor flexibilidad ciertos fenómenos de vida, como normas religiosas o comunicación con los padres, y por ende se torna un factor positivo en la vida de los adultos emergentes. Este proceso de resiliencia y migración lo observamos en Ko y Perreira (2010). Será de relevancia para futuras investigaciones abordar los posibles cambios en la religiosidad de estas personas una vez que vuelven a sus países de origen o pasan más años fuera de ellos, sobre todo una vez que dejen atrás la adultez emergente.

Es una característica entre las y los participantes el deseo de viajar y conocer culturas y países, lo que les lleva a no tener un sitio fijo de residencia por un tiempo. La globalización, a través de la identidad híbrida, se enmarca en esta coyuntura. Muchas veces los lleva a migrar la idea de estudiar en otro país, ya que se contempla la posibilidad de viajar. La relación que existe entre la migración y la adultez emergente se denota, nuevamente, a partir de la edad. Recordemos que una gran parte de los migrantes internacionales tiene entre 18 y 29 años de edad, etapa que se entrelaza con la adultez emergente. Estas personas migrantes por estudios viven diversos tipos de migración, no necesariamente se encuentran todas en una situación privilegiada por tener una beca o apoyo de la familia. Algunas personas trabajan y estudian para poder vivir fuera de su país, esto como hemos visto en ocasiones les lleva a tener deficiencias en el acceso a la salud.

El anonimato que provee la migración, en esta nueva sociedad en la que se insertan las personas, fuera del control social y, más allá de ello, con un nuevo sistema ecológico permite que las percepciones y que las ideas que no habían podido ser desarrolladas cambien, como las creencias religiosas. Otras se mantienen de forma similar al contexto de origen como las experiencias sexuales. Se ve modificada la libertad que sienten algunas de las personas al hablar sobre sexualidad o sobre poder sentirse más cómodas con su sexualidad como un todo. De acuerdo a ello, confirmamos aquello que discute DeLamater

(1981) sobre el control social de la sexualidad, ejercido de forma principal por la familia y la iglesia, determinando que son los microsistemas aquellos que mayor influencia tienen sobre estas personas. Sin embargo, también podemos observar como el exosistema, es decir aquellas situaciones que no tienen relación directa con las personas hacen que su personalidad sea distinta.

Los cambios que vive una persona a lo largo de la vida dependen de su entorno, éste modifica las expectativas que se tienen sobre ella. Según Serdarevic (2005) esto es distinto en cada migrante, ya que su contexto ecológico es diferente al de otros migrantes y se confirma con estos resultados. Las características de los migrantes que viven la adultez emergente como tal, son diferentes a las que se encuentran en otros grupos migrantes, por lo que sus posibles comportamientos de riesgo en cuestiones sexuales también son distintos. No se encuentran diferencias claras en aspectos de uso de anticonceptivos o condón entre antes y después de migrar. Estos migrantes dicen utilizar condón con la mayoría de sus parejas sexuales, incluso en ocasiones realizarse análisis para poder dejar de utilizar este método. También, la mayoría de ellos conoce los riesgos que implica el sexo sin protección en cuestión de transmisión de infecciones y embarazo no deseado, lo cual no los lleva a un uso constante del condón. Si bien es cierto que, como en la población general, no conocen las formas de tener sexo oral o anal seguros, sus prácticas podrían ser seguras si se diera mayor difusión a este tipo de prácticas, sus riesgos y de cómo realizarlas con protección.

Las leyes sobre la legalidad o ilegalidad del aborto, así como sus diversos procesos de cambio, no son un factor determinante en las percepciones del mismo para estas personas. Los factores que delimitan sus opiniones y acciones están ligados a la libertad, la moral, la religiosidad y sobre todo a las circunstancias de vida. Los hombres, en su mayoría, se limitan a no cuestionar la libertad de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, a excepción de un hombre boliviano y uno mexicano, con educación muy religiosa. Las mujeres, excepto una de ellas, defienden la posibilidad de tener acceso a la legalidad y a la salud durante este proceso y especialmente a la equidad para quienes lo deciden realizar.

Esta investigación confirma que existen grupos de adultos emergentes en los países latinoamericanos y esclarece relación que tienen estos grupos con el proceso migratorio. El proceso migratorio consolida la adultez emergente. Así mismo, los resultados permiten

conocer las sexualidades de estos grupos de adultos emergentes antes y durante el proceso migratorio, cómo se han formado y qué influencias tuvieron ambos factores en ellas, la migración y la adultez emergente.

La educación sobre salud sexual y reproductiva tiene deficiencias, sobre todo al hablar de una educación sexual integral o positiva. La repetición de “cuidarse” como frase de educación sexual, sobre todo en contextos familiares, muestra la falta de comunicación e información que puede generarse en casos en los que no exista otro medio de educación o información confiable. La apertura a la sexualidad de madres y padres, que se muestran ajenos para estos migrantes, tiene influencia como microsistema en hijas e hijos. Sobre la educación sexual en las escuelas, por lo general para estas personas fue mala y deficiente, centrada en la reproducción y contextos básicos sobre la pubertad y en algunos casos sobre las infecciones de transmisión sexual. Hay una necesidad por implementar los acuerdos de la Declaración Ministerial Prevenir con Educación e incidir mediante estos microsistemas y macrosistemas en la mejora de la salud sexual y reproductiva latinoamericana.

Es relevante también mencionar que las mujeres que no desean tener hijos en su mayoría son argentinas, y que es más común que en los hombres. Ellas reflejan mejores historias de vida, positivas respecto a la confianza y la comunicación con sus padres y madres, y así como una independencia de vida en sus discursos. Estas mujeres latinas serían similares a lo que se vive en algunos países europeos, como España, y también, serían patrones distintos a los que se viven en Bolivia y Ecuador, en cuanto al número de hijos por mujer. Estas similitudes y diferencias se pueden explicar mediante la adultez emergente.

Sobre los procesos globalizadores, se muestra claridad en el uso del internet como herramienta para encontrar información sobre salud sexual y reproductiva. La apertura mostrada para utilizar herramientas que provean servicios de salud desde páginas oficiales es una ventana de oportunidad para mejorar el acceso a la información. El uso de mesosistemas para mejorar la educación sexual es esencial. Uno de los hallazgos que deben conducir a nuevas investigaciones es sobre los servicios de salud. El hecho de que las mujeres que tienen la educación y conocimiento para realizarse estudios preventivos lo dejen o lo retrasen debido a falta de acceso a servicios ginecológicos preventivos o al tipo de seguro médico con el que cuentan, debe considerarse para reevaluar el acceso a la salud

de los y las migrantes, sobre todo de aquellas personas quienes migran para estudiar y quedan automáticamente en un universo aparte de la salud pública.

Los hallazgos en cuanto a la disminución de la prevención durante la migración, al menos en sus primeras etapas, y la falta de conocimientos sobre cáncer de mama, cáncer cérvicouterino y cáncer de próstata, permite acercarse a las necesidades de acceso a la salud y a campañas preventivas, tanto en el proceso previo a la migración como durante la estancia en Madrid. En cuestiones de acceso a la salud ésta es la principal necesidad detectada dentro de los procesos migratorios en España, de forma especial en la oferta del Papanicolaou.

Este estudio demuestra que no existe un solo patrón en las sexualidades migrantes. Los migrantes regulares, en especial aquellos que migran durante la adultez emergente tienen necesidades y características específicas. Los comportamientos no parecen modificarse con el proceso migratorio, sin embargo es en ese proceso en el que se viven situaciones que pueden mejorar como el acceso a anticonceptivos, condones, servicios de salud, entre otros.

La adultez emergente en Latinoamérica se debe estudiar con mayor apertura en los diversos países que implican distintas características psicosociales y económicas, es decir macrosistémicas. Es posible que las cualidades de los migrantes que participaron en este estudio se repliquen en personas no migrantes. La migración es un cambio no normativo (Kloep, Hendry, y Saunders, 2009), no lo vivirán todos los miembros de una generación, así como tampoco todas las personas de una generación vivirán la experiencia de la adultez emergente. Sin embargo, hay inmigrantes latinoamericanos en España que viven la etapa de la adultez emergente a través de un proceso migratorio. Ambos factores deben ser analizados en un contexto específico y conjunto en futuras investigaciones, con el fin de confirmar la relación entre ambas. Sobre todo, porque éste es el único estudio que existe con este tipo de población, el cual contribuye a llenar el vacío que existe sobre salud sexual, migración y adultos emergentes. Funciona entonces como un primer marco de contexto.

Debido a que encontramos en el estudio que la adultez emergente puede ser diferente entre países y dentro de cada país, por los distintos grupos sociales y culturales que existen en

cada uno de ellos y a la “cultura global de la juventud” (Nash, 2005), planteamos la importancia de futuros estudios para conocer qué sucede al regreso de estos migrantes a sus países. Se confirma, a través de los resultados de esta investigación, que se comienza a formar una cultura global de la sexualidad.

Referencias

- Abellán, L. (2014, 29 enero 2014). El Consejo de Europa juzga ilegal excluir a los sin papeles de la sanidad, *El País*. Disponible en http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/29/actualidad/1391000298_824511.html
- Acai. (2006a). Boletín de salud sexual y reproductiva. España.
- Acai. (2006b). Estudio sobre aborto, anticoncepción y otros aspectos de la salud reproductiva en mujeres inmigrantes: Asociación de clínicas acreditadas para la realización de la IVE.
- . *Acción de Inconstitucionalidad relativa a la despenalización del aborto hasta las 12 semanas de gestación (aborto)*. (2008). Mexico: SCJN Disponible en http://www.equidad.scjn.gob.mx/spip.php?page=ficha_biblioteca&id_article=333.
- Agurto, I., Bishop, A., Sánchez, G., et al. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, 39(1), 91-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.03.040>
- Ahmadi, N. (2003). Rocking sexualities: Iranian migrants' views on sexuality. *Archives of sexual behavior*, 32(4), 317-326.
- Akresh, I. R. (2011). Immigrants' religious participation in the United States. *Ethnic and Racial Studies*, 34, 643-661.
- Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G. I., et al. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Pública de México*, 52, 544-559.
- Allen, B., y Torres, P. (2008). Género, poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias. En J. Á. Córdova, Ponce y Valdespino (Eds.), *25 años de SIDA en México, Logros desaciertos y retos* (pp. 275-287). Cuernavaca, México: INSP.
- Amezcuca, M., y Galvéz, A. (2002). Different Approaches to Qualitative Health Research Analysis: A Critical and Reflective *Rev. Esp. Salud Publica*, 76(5), 423-436. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=en&nrm=iso.
- . Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe. (2009) *European Centre for Disease Prevention and Control*. Stockholm.
- APA. (2002). Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists: APA.
- Araújo de Souza Fonseca, Z. A., Dias, F. J., Benevides de Oliveira, G., et al. (2010). Avaliação dos mitos e tabus sexuais entre jovens de 18 a 29 anos no estado do Rio Grande do Norte. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 10(2).
- Ariza, M., y Laura, V. (Eds.). (2012). *Métodos cualitativos y su aplicación empírica. Por los caminos de la investigación sobre migración internacional*. México: COLEF.

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Arnett, J. J. (2002). The psychology of globalization. *American Psychologist*, 57(10), 774-783. doi: 10.1037/0003-066x.57.10.774
- Arnett, J. J. (2003). Conceptions of the transition to adulthood among emerging adults in American ethnic groups. En J. A. a. N. Galambos (Ed.), *New Directions in Child and Adolescent Development* (Vol. 100, pp. 63–75).
- Arnett, J. J. (2004). *Adolescence and emerging adulthood*: Pearson Prentice Hall.
- Arnett, J. J. (2006). Emerging Adulthood in Europe: A Response to Bynner¹ The author is currently a Fulbright Scholar at the University of Copenhagen. *Journal of Youth Studies*, 9(1), 111-123. doi: 10.1080/13676260500523671
- Arnett, J. J. (2007). Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For? *Child development perspectives*, 1(2), 68-73.
- Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente* (3 ed.). México: Pearson Educación.
- Arnett, J. J. (2011). Emerging Adulthood(s). The Cultural Psychology of a New Life Stage. En L. A. Jensen (Ed.), *Bridging Cultural and Developmental Approaches to psychology* (pp. 254-275): Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties*: Oxford University Press, Incorporated.
- Arnett, J. J., y Fishel, E. (2013). *When will my grown-up kid grow up? Loving and Understanding Your Emerging Adult*. New York: Workman Publishing.
- Arnett, J. J., y Jensen, L. A. (2002). A congregation of one: Individualized religious beliefs among emerging adults. *Journal of Adolescent Research*, 17(451-467).
- Arnett, J. J., y Taber, S. (1994). Adolescence terminable and interminable: When does adolescence end? . *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 517-537.
- Association, A. P. (2012). Crossroads: The Psychology of Immigration in the New Century. *Report of the APA Presidential Task Force on Immigration Author, Washington, DC*.
- Bailey, J. V., Farquhar, C., Owen, C., et al. (2004). Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*, 80(3), 244-246. doi: 10.1136/sti.2003.007641
- Bailey, J. V., Farquhar, C., Owen, C., et al. (2003). Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sexually Transmitted Infections*, 79(2), 147-150. doi: 10.1136/sti.79.2.147
- Baker, L., Wagner, T. H., y Singer, S. (2003). Use of the Internet and e-mail for health care information results from a national survey. *JAMA*, 289(18).
- Baker, S. E., Edwards, R., Adler, P., et al. (2012). How many qualitative interviews is enough ? Expert voices and early career reflections on sampling Expert voices. *National Centre for Research Methods Review Paper*, 1-43.

- Baldwin, J. I., y Baldwin, J. D. (2000). Heterosexual anal intercourse: an understudied, high-risk sexual behavior. *Arch Sex Behav*, 29(4), 357-373.
- Baltar, F., Grjup, M. T., y Pámies, M. M. (2007). *Aplicación de muestreo virtual y diseños mixtos en el estudio de poblaciones ocultas*. Paper presented at the Conferencia Iberoamericana de Investigación Cualitativa, Argentina.
- Banco-Mundial. (2013, 30 de agosto 2014). América Latina tiene más teléfonos móviles que personas. Retrieved from <http://blogs.worldbank.org/voices/es/america-latina-tiene-mas-telefonos-moviles-que-personas>
- Barbón Pérez, O. G. (2011). Fuentes de información sobre educación sexual en adolescentes estudiantes de enfermería. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49, 238-246.
- Barclay, E. (2005). Mexican Migrant Communities May Be on Verge of HIV/AIDS Epidemic. Último Acceso, Año de acceso, desde <http://www.prb.org/Articles/2005/MexicanMigrantCommunitiesMayBeonVergeofHIVAIDSEpidemic.aspx>
- Barraza, E., y Maorenzic, M. (2009). Leyes del aborto en el mundo. En GIRE (Ed.). Ciudad de México.
- Barry, L., y Nelson, L. (2005). The role of religion in the transition to adulthood for young emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 245–255.
- Bauman, Z. (Ed.). (1999). *Modernidad líquida*. Buenos Aires, Argentina.
- BBC. (2013, 20 mayo 2013). Ocho cosas que no sabía sobre internet en América Latina, *BBC* Disponible en http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2013/05/130528_tecnologia_uso_internet_america_latina_aa.shtml
- Belmont, I. (1979). Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. *Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. EE. UU*, 18.
- Berer, M. (2006). Doble protección: más necesitada que practicada o comprendida. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 162-170.
- Berger, P., y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad* (S. Zulueta, Trans. 1 ed.). Argentina: Amorrortu.
- Bermudez, A. (2005). Can we do the same in the developing world? *Gynecologic Oncology*, 99(3, Supplement), S192-S196. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.07.080>
- Bermúdez, M. P., Castro, Á., Madrid, J., et al. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 89-103.
- Bogart, L. M., Cecil, H., Wagstaff, D. A., et al. (2000). Is it “sex”? College students’ interpretations of sexual behavior terminology. *The Journal of Sex Research*, 37, 108-116.
- Bolivia: Código Penal. (1972). Último acceso <http://cyber.law.harvard.edu/population/abortion/Bolivia.abo.htm>

- Bradley, E. H., Curry, L. A., y Devers, K. J. (2007). Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory. *Health Research and Educational Trust*, 4(42). doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x
- Bretin, H., y Gómez Bueno, C. (2010). El uso de anticonceptivos y de la píldora anticonceptiva de urgencia por la población inmigrante. En C. d. S. d. Andalucía (Ed.). Sevilla.
- Brod, M., Tesler, L. E., y Christensen, T. L. (2009). Qualitative research and content validity: developing best practices based on science and experience. *Qual Life Res*, 18, 1263-1278.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of Human Development. *Cambridge, Harvard University Press*.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological Models of Human Development En T. Husten y T. N. Postelethwaite (Eds.), *International Encyclopedia of Education* (2 ed., Vol. 3, pp. 1643-1647). Oxford: Pergamon Press Elsevier Science.
- Bronfenbrenner, U. (2006). The Bioecological Model of Human Development. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology, Theoretical Models of Human Development* (6 ed., Vol. 1). New Jersey: Wiley.
- Bronfenbrenner, U., y Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568-586.
- Bronfman, M., Amuchástegui, A., Martina, R. M., et al. (1995). *SIDA en México migración, adolescencia y género*. (1 ed.). México: Colectivo Sol.
- Bronfman, M., Sejenovich, G., y Uribe, P. (1998). *Migración y SIDA en México y América Central* (1 ed.). México: CONASIDA.
- Brown, J., Hess, K., Brown, S., et al. (2011). Heterosexual Anal Sex, Lubrication, HIV, and HSV-2 infection among women. *Sexually Transmitted Infections*, 87(Suppl 1), A175. doi: 10.1136/sextrans-2011-050108.179
- Browne, J., y Minichiello, V. (1994). The condom: why more people don't put it on. *Sociology of health & Illness*, 16(2), 229-251. doi: 10.1111/1467-9566.ep11347391
- Bruni, L., Diaz, M., Castellsagué, M., et al. (2010). Cervical Human Papillomavirus Prevalence in 5 Continents: Meta-Analysis of 1 Million Women with Normal Cytological Findings. *Journal of Infectious Diseases*, 202(12), 1789-1799. doi: 10.1086/657321
- Busse, P., Fishbein, M., Bleakley, A., et al. (2010). The Role of Communication With Friends in Sexual Initiation. *Communication Research*, 37(2), 239-255. doi: 10.1177/0093650209356393

- Caballero, R., Villaseñor, A., y Hidalgo, A. (1997). Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el SIDA en adolescentes de México. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 351-359.
- Carpenter, L. M. (2001). The ambiguity of “having sex”: The subjective experience of virginity loss in the United States. *The Journal of Sex Research*, 38, 127-139.
- Cassarino, J.-P. (2004). Theorising Return Migration: The Conceptual Approach to Return Migrants Revisited. *International Journal on Multicultural Societies*, 6(2), 253-279.
- Castellá Sarriera, J. (2003). Estudios Actuales sobre Aculturación en Latinos: Revisión y Nuevas Perspectivas. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 341-364.
- Castello, P. (2009). *Migrantes en Barcelona: Salud sexual y salud reproductiva entre los derechos y las experiencias migratorias de mujeres ecuatorianas y bolivianas*. Barcelona.
- Castles, S., y Miller, M. (2004). *La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud* Buenos Aires: Salud Colectiva.
- Cates, W., y Steiner, M. J. (2002). Dual protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections: what is the best contraceptive approach? *Sex Transm Dis*, 29(3), 168-174. doi: 10.1097/00007435-200203000-00007
- CDC. (2008). Youth Risk Behavior Surveillance (CDC, Trans.) *Morbidity and Mortality Weekly Report* (Vol. 57). United States: CDC.
- CENSIDA. (2013). Registro nacional de casos de SIDA. En CENSIDA (Ed.). México, DF.
- Cepar. (2005). Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Quito, Ecuador.
- CIA. (2009a). *The world Factbook 2009*. Washington, DC: Central Intelligence Agency Disponible en <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>.
- CIA. (2009b). *The world Factbook 2009*. Washington, DC: Central Intelligence Agency.
- Coa, R., y Ochoa, L. H. (2009). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008. En M. d. S. y. Deportes (Ed.). La Paz.
- . Código Penal de la República del Ecuador. (S-147, 22- ed., Vol. 18.08.00, pp. 222-222). Quito, Ecuador: Suprema Corte de Justicia.
- Conde-González, C. J., Valdespino, J. L., Juárez-Figueroa, L. A., et al. (2007). Prevalencia de anticuerpos antitreponémicos y características sociodemográficas de la población mexicana adulta en el año 2000. *Salud Pública de México*, 49, s412-s420.
- Conde, F., y Andres, C. P. (1995). La investigación cualitativa en Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública*, 2, 145-149.

- Cook, E. P., Heppner, M. J., y Brien, K. M. O. (2005). Multicultural and Gender Influences in Women's Career Development: An Ecological Perspective. *33*(July), 165-179.
- Corbin, y Strauss, A. J. (2007). *Basics of qualitative research* (3a ed.). Newbury Park, CA.
- Corbin, J., y Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. [Article]. *Qualitative Sociology*, *13*(1), 3.
- Corbin, J., y Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*: SAGE Publications.
- Corcoran, J. (1999). Ecological Factors Associated With Adolescent Pregnancy: A Review of the. *Adolescence*, *34*(135), 603.
- Corcoran, J. (2000). Ecological factors associated with adolescent sexual activity. *Social work in Health care*, *30*(4), 93-111.
- Cortés, A., Mondó, B., y Betrisey, D. (2015). Movilidad transnacional de jóvenes españoles y latinoamericanos: Una comparación en contexto de crisis C. R. S. s. A. y. Juventud (Ed.)
- Cosslett, R. L. (2014, 23 May 2014). Unsafe sex: why everyone's at it, *The Guardian*. Disponible en <http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2014/may/23/unsafe-sex-why-everyones-at-it>
- Crawford, E. D. (2003). Epidemiology of prostate cancer. *Urology*, *62*(6, Supplement 1), 3-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2003.10.013>
- . Criminalización de las víctimas de violación sexual. (2013): Human Rights Watch.
- Cruz Hernández, J., Yanes Quesada, M., Isla Valdés, A., et al. (2007). Anticoncepción en la adolescencia. *Revista Cubana de Endocrinología*, *18*, 0-0.
- Chandra, A., Mosher, W., Copen, C., et al. (2011). Sexual Behavior , Sexual Attraction , and Sexual Identity in the United States : Data From the 2006 – 2008. 2011;19(36). *National Statistics Report*, *36*.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*: SAGE Publications.
- Cheng, L., Gülmezoglu, A. M., Piaggio, G., et al. (2008). Intervenciones para la anticoncepción de emergencia. *Base de Datos de Revisiones Sistemáticas*, *2*(CD001324). doi: 10.1002/14651858.CD001324.pub3
- Cherpes, T. L., Meyn, L. A., y Hillier, S. L. (2005). Cunnilingus and Vaginal Intercourse Are Risk Factors for Herpes Simplex Virus Type 1 Acquisition in Women. *Sexually Transmitted Diseases*, *32*(2), 84-89.
- D'Anna, L. H., Korosteleva, O., Perez, D., et al. (2013). Differences in Condom Use Consistency During Vaginal and Heterosexual Anal Sex: Findings from the Safe in the City Study. *Sex Transm Infect*, *89*(1), A298.
- Davenport, W. H. (1978). Sex in Cross-Cultural Perspective. En F. A. Beach (Ed.), *Human Sexuality in Four Perspectives*: Johns Hopkins University Press.
- De Marinis, V. (2003). Migration and Religion. En L. DA. (Ed.), *Encyclopedia of Psychology and Religion* [Internet]. (2 ed., pp. 1109-1112). New York: Springer

- New York. Disponible en <http://books.google.com/books?id=atVgAAAACAAJ&pgis=1>.
- . Declaración Ministerial Prevenir con educación. (2010). En Unesco (Ed.). Santiago.
- DeLamater, J. (1981). The social control of sexuality. *Annual Review of Sociology*, 7, 263-290.
- DeMaria, L. M., Galárraga, O., Campero, L., et al. (2009). Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: un diagnóstico para América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 485-493.
- Denzin, N., y Lincoln, Y. *Handbook of qualitative research* (2 ed.). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- DiIorio, C., Kelley, M., y Hockenberry-Eaton, M. (1999a). Communication about sexual issues: Mothers, fathers, and friends. *J. Adolesc. Health*, 24, 181-189.
- Diiorio, C., Kelley, M., y Hockenberry-Eaton, M. (1999b). Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *Journal of Adolescent Health*, 24(3), 181-189. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00115-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00115-3)
- Douglass, C. B. (2005). *Barren States: The Population "Implosion" In Europe*: Berg.
- Douglass, C. B. (2007). From Duty to Desire: Emerging Adulthood in Europe and Its Consequences. *Child Development Perspectives*, 1(2), 101-108. doi: 10.1111/j.1750-8606.2007.00023.x
- Driessnack, M., y Mendes, I. (2007). Revisión de diseños relevantes para enfermería: parte 2: diseños de investigación cualitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15(4), 684-688.
- DuBois-Reymond, M., y Lynne Chisholm. (2006) The modernization of youth transitions in Europe. *Child & Adolescent Development. New directions for child and adolescent development* (pp. 93): Jossey-Bass.
- Dude, A., Neustadt, A., Martins, S., et al. (2013). Use of Withdrawal and Unintended Pregnancy Among Females 15–24 Years of Age. *Obstetrics & Gynecology*, 122(3), 595-600 510.1097/AOG.1090b1013e31829d38074.
- Duncan, J. S., Johnson, N. C., y Schein, R. H. (Eds.). (2004). *A Companion to Cultural Geography* (Vol. 95): Blackwell Publishing Ltd.
- Durmaz, M. (2011). *Young adult migrants role in stimulating participation in breast cancer screening of older female family members*. Especialización, PHAROS, Amsterdam.
- Dutra-Thomé, L. (2013). *Emerging Adulthood in Southern Brazilians from differing socioeconomic status: Social and subjective markers*. Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre.
- ECOSOC, y CELADE. (2004). *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?* Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, CELADE.
- Editorial. (2012, 19 octubre). Una de cada nueve mujeres desarrollará cáncer de mama a lo largo de su vida, *La Vanguardia*.
- Edwards, S., y Carne, C. (1998a). Oral sex and the transmission of viral STIs. *Sex Transm Infect* 74, 6-10. doi: 10.1136/sti.74.1.6

- Edwards, S., y Carne, C. (1998b). Oral sex and transmission of non-viral STIs. *Sex Transm Infect* 74(2), 95-100.
- Eguiluz-Cárdenas, I., Torres-Pereda, P., y Allen-Leigh, B. (2013). Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU. [Juventud; México; migración; VIH/Sida.]. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(2), 515-526.
- Eguiluz, I. (2012). *Sexualidad y migración: adultos emergentes latinoamericanos en Madrid*. Paper presented at the II Encuentro de Becarios y exbecarios CONACyT, Estrasburgo.
- El aborto en España. (2013). *El País*. Disponible en http://elpais.com/elpais/2013/12/18/media/1387384587_836262.html
- Elder, G. H., y Shanahan, M. J. (2006). The Life Course and Human Development. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology, Theoretical Models of Human Development* (6 ed., Vol. 1, pp. 665-715). New Jersey: Wiley.
- Elustondo, G. (2007, Martes 30 de enero de 2007). Aumentan entre los jóvenes de todo el país los casos de sífilis *Clarín*. Disponible en <http://edant.clarin.com/diario/2007/01/30/sociedad/s-02615.htm>
- Facio, A., y Micocci, F. (Summer 2003). Emerging Adulthood in Argentina. *New Directions for Child and Adolescent Development*(100), 21-31.
- Facio, A., y Resett, S. (2009). *Staying at Home in Emerging Adulthood: The Argentinian case*. Universidad Nacional de Entre Ríos. Argentina.
- Facio, A., Resett, S., Micocci, F., et al. (2007). Emerging Adulthood in Argentina: An Age of Diversity and Possibilities. *Child Development Perspectives*, 1(2), 115-118. doi: 10.1111/j.1750-8606.2007.00025.x
- Fennell, J. L. (2011). Men Bring Condoms, Women Take Pills: Men's and Women's Roles in Contraceptive Decision Making. *Gender & Society*, 25(4), 496-521. doi: 10.1177/0891243211416113
- Fereday, J., y Muir-Cochrane, E. (2008). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods* 5(1), 80-92.
- Fierro Arias, D., y Moreno Hernández, A. (2007). Emerging adulthood in Mexican and Spanish youth. Theories and realities. *Journal of Adolescent Research*, 22(476-503).
- Fiske, A. P., Kitayama, S., Markus, H. R., et al. (1998). The Cultural Matrix of Social Psychology. En D. T. Gilbert, S. T. Fiske y G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4th ed., Vol. 2). Boston: McGraw Hill Companies.
- Fletcher, A. K., y Shaw, G. (2011). How voice-recognition software presents a useful transcription tool for qualitative and mixed methods researchers. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 5(2), 200-206. doi: 10.5172/mra.2011.5.2.200

- Flores, P. B. (2009). El estado del arte en materia de movilidad internacional de estudiantes: tipos de enfoques *Centro de Redes sobre Ciencia, Desarrollo y Educación Superior*, 39.
- Flórez, C., y Soto, V. (2008). El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global (Vol. Febrero): Banco Interamericano de Desarrollo.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad. I. La voluntad de saber*. México DF.
- Fowler, J. (1997). Moral stages and the development of faith. En K. Arnold y I. Carreiro-King (Eds.), *College Student Development and Academic Life: Psychological, Intellectual, Social, and Moral Issues* (pp. 160–190). Garland, New York.
- Friedman, A. (2013, 9 May 2013). No Pill? No Prob. Meet the Pullout Generation. *The Cut*.
- Fussell, E., y Furstenberg, F. (2004). The Transition to Adulthood during the 20th Century: Differences by Race, Nativity and Gender. En J. Richard A. Settersten, J. Frank F. Furstenberg y R. G. Rumbaut (Eds.), *On the Frontier of Adulthood: Theory, Research, and Public Policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Galambos, N. L., y Loreto Martinez, M. (2007). Poised for Emerging Adulthood in Latin America : A Pleasure for the Privileged. *1*(2), 109-114.
- García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P., et al. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- Gilliam, M. L., Warden, M. M., y Tapia, B. (2004). Young latinas recall contraceptive use before and after pregnancy: a focus group study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17(4), 279-287. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2004.05.003>
- Gire. (2011). Reformas aprobadas a la constituciones estatales que protegen la vida desde la concepción / fecundación 2008-2011 (pp. 8-8): GIRE.
- Glaser, B. G., y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Goldstein, R. L., Upadhyay, U. D., y Raine, T. R. With Pills, Patches, Rings, and Shots: Who Still Uses Condoms? A Longitudinal Cohort Study. *Journal of Adolescent Health*(0). doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.08.001
- González-Garza, C. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad: resultados de la ENSA 2000 *Salud Pública de México*, 47(3), 209-218.
- González-López, G. (2005). *Erotic journeys: Mexican immigrants and their sex lives*: University of California Press.
- González-Vázquez, T. T., Torres-Robles, C. A., y Pelcastre-Villafuerte, B. E. (2013). Utilización transnacional de servicios de salud por parte de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 55(4), 477-484.

- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., et al. (2005). Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1467-1478. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.010>
- Guest, G., Bunce, A., y Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Guillaume, A., y Lerner, S. (2008, 03/08). El aborto en América Latina y el Caribe. *La Chronique*, 55.
- Gute, G., Eshbaugh, E. M., y Wiersma, J. (2008). Sex for You, But Not for Me: Discontinuity in Undergraduate Emerging Adults' Definitions of "Having Sex". *The Journal of Sex Research*, 45(4), 329-337. doi: 10.1080/00224490802398332
- Gutiérrez, y Sahuquillo, M. R. (2013, 20/12/13). El Gobierno aprueba la ley del aborto más restrictiva de la democracia, *El País*. Disponible en http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/12/20/actualidad/1387544028_883233.html
- Gutiérrez Vidrio, S. (2012). El análisis del discurso. En M. Ariza y L. Velasco (Eds.), *Métodos cualitativos y su aplicación empírica. Por los caminos de la investigación sobre migración internacional* (pp. 367). México: COLEF.
- Helström, L., Odland, V., Zätterström, C., et al. (2003). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(6), 405-410. doi: 10.1080/14034940210165181
- Héritier, F. (1996). Valencia diferencial de los sexos. ¿Se halla en los cimientos de la sociedad? (V. Villacampa, Trans.). En Ariel (Ed.), *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia* (pp. 13-29). Barcelona.
- Hernández Cabrera, J., y Pérez Rodríguez, O. (2005). Temas sobre sexualidad que interesan a un grupo de adolescentes en el área de salud Iguará. *Revista Cubana de Enfermería*, 21, 1-1.
- Hernando, V., Álvarez, M. C., Arriola, L., et al. (2005). Conocimientos y uso de anticonceptivos en la población inmigrante latinoamericana en la Comunidad Autónoma de Madrid. En I. d. I. S. C. III (Ed.), (Vol. 13). Madrid: Centro Nacional de Epidemiología.
- Hesse, B. W., Nelson, D. E., Kreps, G. L., et al. (2005). The Impact of the Internet and Its Implications for Health Care Providers: Findings From the First Health Information National Trends Survey. *Aech Intern Med*, 165(Dic), 2618-2624.
- Hoffman, S. (2011). *Migration Aspirations, Religiosity, and Sexual Behavior among Youth: A New Look at Suicidal Ideation in Central Mexico*. . Arizona State University. Disponible en http://129.219.247.59/attachments/56549/content/Hoffman_asu_0010E_10484.pdf
- Holmes, K. K., Sparling, P. F., Mardh, P.-A., et al. (1999). *Sexually Transmitted Diseases* (3 ed.): McGraw-Hill.

- IMJUVE. (2006). *Encuesta nacional de la juventud 2005*. México D.F: Centro de investigación y estudios sobre juventud Disponible en http://sic.conaculta.gob.mx/centrodoc_documentos/292.pdf.
- INDEC. (2010). *Censo 2010*. Disponible en http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos_totalpais.asp.
- INDEC. (2014). *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva revela elevado uso de anticonceptivos en adolescentes*. Buenos Aires: Disponible en <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/articulos/lista-de-slide-de-destacados/2028--encuesta-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-revela-elevado-uso-de-anticonceptivos-en-adolescentes>
- INE. (2003). *Encuesta de salud y hábitos sexuales*. España: INE.
- INE. (2009). Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor. . Último acceso, from Anuario Estadístico del Ministerio de Trabajo e Inmigración <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- INE. (2011). Estimaciones de la población actual de España. Último acceso, from INE <http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?L=0&divi=EPOB&his=0&type=db>
- INE (Ed.). (2013). *España en Cifras*. Madrid: INE.
- INEGI. (2010). Censo de población y vivienda 2010. Último acceso, from INEGI
- Ingham, R. (2005). 'We didn't cover that at school': education against pleasure or education for pleasure? *Sex Education: Sexuality, Society and Learning* 5(4), 375-388.
- IOM. (s.f.). Migración y salud. *Desarrollo de políticas migratorias* Último Acceso, Año de acceso, desde <http://www.iom.int/jahia/Jahia/cache/offonce/lang/es/pid/275>
- IPAS. (2010). *Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto*. Chapel Hill, EEUU: IPAS.
- IPPF, y UNFPA. (2007). Myths, misperceptions and fears. Addressing condom use barriers (pp. 86-86). Nueva York.
- Israel, M., y Hay, I. (2006). *Research Ethics for Social Scientists*: SAGE Publications.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., et al. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(2), 69-90. doi: 10.3322/caac.20107
- Jiménez-Pernett, J., Olry de Labry-Lima, A., Bermúdez-Tamayo, C., et al. (2010). Use of the internet as a source of health information by Spanish adolescents. *Medical Informatics and Decision Making*, 10(6).
- Johnson, R. B., y Christensen, L. (2007). *Educational Research. Quantitative, qualitative, and mixed approaches* (3ra ed.). Thousands Oaks, CA: SAGE.
- Jolly, S., y Reeves, H. (2005a). Gender and migration. En Bridge (Ed.), *Development and gender*: Institute of development Studies.

- Jolly, S., y Reeves, H. (2005b). Gender and migration: Institute of development Studies.
- Jolly, S., y Reeves, H. (2005c). Género y Migración. En BRIDGE (Ed.), *Canastas Básicas*. Brighton: Institute of Development Studies.
- Jones, R. K., Fennell, J., Higgins, J. A., et al. (2009). Better than nothing or savvy risk-reduction practice? The importance of withdrawal. *Contraception*, 79, 407-410.
- Juárez, F., Palma, J. L., Singh, S., et al. (2010). Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades. En G. Institute (Ed.). NYC.
- Juárez, G. F. (2006). *Salud e interculturalidad en América latina: antropología de la salud y crítica intercultural*: Abya-Yala Ediciones.
- Kaestle, C. E., y Halpern, C. T. (2007). What's Love Got to Do with It? Sexual Behaviors of Opposite-Sex Couples Through Emerging Adulthood. *Perspectives On Sexual And Reproductive Health*, 39(3), 134-140. doi: 10.1363/3913407
- Ketting, E., y Winkelmann, C. (2011). Sexual Health of adolescents and young people in the WHO European Region. *Entre-Nous*, 72, 12-13.
- Killick, S. R., Leary, C., Trussell, J., et al. (2011). Sperm content of pre-ejaculatory fluid. *Hum Fertil (Camb)*, 14(1), 48-52. doi: 10.3109/14647273.2010.520798
- Ko, L. K., y Perreira, K. M. (2010). "It Turned My World Upside Down": Latino Youths' Perspectives on Immigration. [10.1177/0743558410361372]. *Journal of Adolescent Research*, 25(3), 465-493. doi: 10.1177/0743558410361372
- Konstam, V. (2007). *Emerging and Young Adulthood. Multiple Perspectives, Diverse Narratives*. Boston: Springer Science & Business Media B.V.
- . *La Corte Suprema precisó el alcance del aborto no punible y dijo que estos casos no deben ser judicializados*. (2012). Buenos Aires: Centro de Información Judicial Disponible en <http://www.cij.gov.ar/scp/index.php?p=interior-nota&nid=8754>.
- Lam, C., y Lefkowitz, E. (2013). Risky Sexual Behaviors in Emerging Adults: Longitudinal Changes and Within-Person Variations. *Archives of sexual behavior*, 42(4), 523-532. doi: 10.1007/s10508-012-9959-x
- Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría de "genero". En M. Lamas (Ed.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (1 ed., Vol. 1, pp. 97-126). México: UNAM / Porrúa.
- Lazdane, G. (2011). Sexual health: a public health challenge in Europe. *Entre nous. The European magazine for sexual and reproductive health*, 72.
- Lee-Lin, F., Menon, U., Pett, M., et al. (2007). Breast Cancer Beliefs and Mammography Screening Practices Among Chinese American Immigrants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(3), 212-221. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00141.x

- Lefkowitz, E. S., Boone, T. L., y Shearer, C. L. (2004). Communication with Best Friends About Sex-Related Topics During Emerging Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 339-351. doi: 10.1023/B:JOYO.0000032642.27242.c1
- Lefkowitz, E. S., y Espinosa-Hernandez, G. (2007). Sex-Related Communication With Mothers and Close Friends During the Transition to University. [Article]. *Journal of Sex Research*, 44(1), 17-27.
- Lefkowitz, E. S., y Gillen, M. M. (2005). "Sex is just a normal part of life" Sexuality in emerging adulthood. En J. J. Arnett y J. L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 235-255). Washington: American Psycho- logical.
- Lefkowitz, E. S., Gillen, M. M., y Shearer, C. L. (2004). Religiosity, Sexual Behaviors, and Sexual Attitudes During Emerging Adulthood. *The Journal of Sex Research*, 41(2), 150-159.
- Leichliter, J. S., Chandra, A., Liddon, N., et al. (2007). Prevalence and Correlates of Heterosexual Anal and Oral Sex in Adolescents and Adults in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 196(12), 1852-1859. doi: 10.1086/522867
- Lete, I., Martínez-Salmeán, J., Coll, C., et al. (2008). La juventud española y el doble método: un análisis de la situación actual. Resultados de un estudio transversal de una muestra amplia. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 51(12), 716-720. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013\(08\)76313-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013(08)76313-1)
- Levitt, P. (2003). "You Know, Abraham Was Really the First Immigrant": Religion and Transnational Immigration. *International Migration Review*, 37(3), 847-873. doi: 0198-9183/03/3703.0143
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo § 1 (2010).
- Light, D., Keller, S. I., y Calhoun, C. J. (1991). *Sociología* (5 ed.).
- Lincoln, Y. S., y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, Ca.: Sage.
- López de Castro, F., y Lombardía Prieto, J. (2005). Novedades en anticoncepción hormonal. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(3), 57-68.
- . Love and money: how immigration policy discriminates between families. (2014). *Politics and Society* Último Acceso, Año de acceso, desde <http://theconversation.com/love-and-money-how-immigration-policy-discriminates-between-families-34253>
- Lucumí, D. I., y Cabrera, G. A. (2009). *Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali* (Vol. 34).
- Llácer, G., Morales, Castillo, et al. (2006). El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda

- en Madrid sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid (4 enero 2006 ed.): Escuela Nacional de Sanidad Instituto de Salud Carlos III
- Lloyd, C. B. (Ed.). (2005). *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Macaluso, M., Demand, M. J., Artz, L. M., et al. (2000). Partner type and condom use. *AIDS*, 14(5), 537-546.
- MacBride-Stewart, S. (2004). Dental dams: A parody of straight expectations in the promotion of 'safer' lesbian sex. *Out in the Antipodes: Australian and New Zealand perspectives on gay and lesbian issues in psychology* 368-391.
- Mack, N., Woodsong, C., Macqueen, K., et al. (2005). *Qualitative Research Methods: A datacollector's fieldguide*. Research Triangle Park, North Carolina: USAID.
- Maffía, D. (2006). Aborto no punible: ¿Qué dice la ley argentina? En S. Checa (Ed.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires.
- Manago, A. (2012). The New Emerging Adult in Chiapas, Mexico: Perceptions of Traditional Values and Value Change Among First-Generation Maya University Students. *Journal of Adolescent Research*, 27(6), 663-713.
- . *Manual de Exploración Clínica de las Mamas* (2007). DF: Secretaría de Salud.
- Martel, L., Hawk, S., y Hatfield, E. (2004). Sexual behavior and culture. En C. Spielberger (Ed.), (pp. 385-392). Lonfon: Elsevier Ltd.
- Martínez-Ramos, D., González, M. R., del Val Gil, J. M., et al. (2012). Seguimiento del cáncer de mama en la mujer joven. Revisión de la bibliografía y propuesta de un protocolo. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 25(2), 60-67. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0214-1582\(12\)70014-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0214-1582(12)70014-2)
- Matheson, J. (2007). The voice transcription technique: Use of voice recognition software to transcribe digital interview data in qualitative research. *The Qualitative Report*, 12(4), 547-560.
- McBride, K. R., y Fortenberry, J. D. (2010, 2010 March-June). Heterosexual anal sexuality and anal sex behaviors: a review. *The Journal of Sex Research*, 47, 123+.
- McIlwaine, C. (2010). Migrant machismos: exploring gender ideologies and practices among Latin American migrants in London from a multi-scalar perspective. *Gender, Place & Culture*, 17(3), 281-300. doi: 10.1080/09663691003737579
- Meade, C. S., y Ickovics, J. R. (2005). Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy. *Social Science & Medicine*, 60(4), 661-678.
- Menkes, C., y Suárez, L. Sexualidad y embarazo adolescente en México *Papeles de Población*, 35.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*: John Wiley & Sons.
- Miguel González, I., Echevarría Broz, C., Ferrero Fernández, E., et al. (2011). Uso de Internet por parte de los adolescentes de Gijón (Asturias) como fuente de

información sobre salud. *Atención Primaria*, 43(6), 281-286. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.01.019>

Miller, K. S., Kotchick, B. A., Shannon, D., et al. (1998). Family Communication About Sex: What are Parents Saying and Are Their Adolescents Listening? *Family Planning Perspectives*, 30(5), 218-235. doi: 10.2307/2991607

Mitofsky, C. (2004). Primera encuesta nacional sobre sexo (pp. 59). México.

Monroy, A., y de Velasco, A. M. (2004). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: guía práctica para padres y educadores*: Editorial Pax México.

Morote, J., Celma, A., Planas, J., et al. (2014). Sedentarism and overweight as risk factors for the detection of prostate cancer and its aggressiveness. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, 38(4), 232-237. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuroe.2013.12.003>

Morse, J. M. (1995). The Significance of Saturation. . *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149. doi: 10.1177/104973239500500201

Mortimer, J. T., y Larson, R. W. (2002). The Changing Adolescent Experience. doi: 10.1017/cbo9780511613913

Moya, J., y Uribe, M. (2006). Migración y salud en México: Una aproximación a las perspectivas de investigación: 1996-2006 Último Acceso, Año de acceso

Muia, E., F. Fikree, F., y Olenja, J. (nd). Enhancing the Use of Emergency Contraception in a Refugee Setting: Findings from a Baseline Survey in Kakuma Refugee Camps, Kenya. NY: Population Council.

Muntaner, C., y Gómez, M. B. (2003). Qualitative and quantitative research in social epidemiology: is complementarity the only issue? *Gaceta Sanitaria*, 17, 53-57.

Muñoz, M., Sossa, L., Ospina, J., et al. (2011). Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2), 147-161.

Nash, R. (2005). The economy of birthrates in the Czech Republic. En C. Douglass (Ed.), *Barren states: The population 'implosion' in Europe*. Oxford, England: Berg.

Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. A., Bejarano-Arias, R. M., et al. (2009). Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. *Salud Pública México*, 51(5), 407-416.

Nuance. (2012). Dragon NaturallySpeaking Premium (Version 12) [Speech Recognition].

OIT. (2013). ¿Porqué migran los jóvenes?

OMS. (2010). Estándares de educación sexual en Europa. (pp. 1-84): Oficina Regional de la OMS para Europa y BZgA.

OMS. (2012a). Anticoncepción de emergencia (Vol. 244). Online OMS webpage: OMS.

OMS. (2012b). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (4 ed.).

- OMS. (2013). Planificación Familiar. *Nota descriptiva*, 351. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- Ornat Clemente, L. *El aborto provocado en la Comunidad Autónoma de Aragón: estudio epidemiológico de la población española e inmigrante*. Doctorado, Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- Ortayli, N., Bulut, A., Ozugurlu, M., et al. (2005). Why Withdrawal? Why Not Withdrawal? Men's Perspectives. *Reproductive Health Matters*, 13(25), 164-173. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(05\)25175-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(05)25175-3)
- Papini, D. R., Farmer, F. L., Clark, S., et al. (1998). An evaluation of adolescent patterns of sexual self-disclosure to parents and friends. *J. Adolesc. Res.*, 3, 387-401.
- Paris Pombo, M. D. (2012). De la observación participativa a la investigación militante en las ciencias sociales. El estudio de las comunidades indígenas migrantes. En M. Ariza y L. Velasco (Eds.), *Métodos cualitativos y su aplicación empírica. Por los caminos de la investigación sobre migración internacional* (pp. 251). México: COLEF.
- Parker, L. M. (2007). The Ethics of Migration and Immigration: Key Questions for Policy Makers. Último Acceso, Año de acceso, desde http://www.scu.edu/ethics/practicing/focusareas/global_ethics/migration.html#top
- Patton, M. (1990). Purposeful Sampling. En Sage (Ed.), *Qualitative evaluation and research methods* (pp. 169-186). Beverly Hills, CA.
- Paz, M. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos.
- Picón Ruiz, M. M. (2009). Conocimientos, Percepciones, y Prácticas de Mujeres Jóvenes Acerca del Papiloma Virus Humano *Independent Study Project*, 732.
- Poland, B., y Sage. (2003). Transcription quality (pp. 267-288). Thousand Oaks, CA.
- Pons-Vigués, M., Puigpinós-Riera, R., Serral, G., et al. (2012). Knowledge, attitude and perceptions of breast cancer screening among native and immigrant women in Barcelona, Spain. *Psycho-Oncology*, 21(6), 618-629. doi: 10.1002/pon.1940
- Poorman, P. B. (2002). Perceptions of Thriving by Women who have Experienced Abuse or Status-Related Oppression. *Psychology of Women Quarterly*, 26(1), 51-62. doi: 10.1111/1471-6402.00043
- Portes, A., y Aparicio, R. (2013). Investigación longitudinal sobre la Segunda Generación en España. Madrid: Fundación Instituto Universitario José Ortega y Gasset.
- QSR. (2008). NVivo 8 (Version 8) [Análisis Cualitativo]. Melbourne, Australia: QSR Publisher.
- Remennick, L. (2006). The Challenge of Early Breast Cancer Detection among Immigrant and Minority Women in Multicultural Societies. *The Breast Journal*, 12, S103-S110. doi: 10.1111/j.1075-122X.2006.00204.x
- Rivera S., L. (2006). Cuando los santos también migran Conflictos transnacionales por el espacio y la pertenencia. *Migraciones internacionales*, 3(4).

- Roberts, C., Kippax, S., Spongberg, M., et al. (1996). 'Going Down': Oral Sex, Imaginary Bodies and HIV. *Body & Society*, 2(3), 107-124. doi: 10.1177/1357034x96002003006
- Roberts, S. T., y Kennedy, B. L. (2006). Why Are Young College Women Not Using Condoms? Their Perceived Risk, Drug Use, and Developmental Vulnerability May Provide Important Clues to Sexual Risk. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 32-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2005.08.008>
- Rodríguez, G. (s/f). ¿Cuáles son los beneficios de la educación sexual? *Carpeta informativa sobre los beneficios de la educación sexual en México*. Disponible en <http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2009/11/beneficiosdelaeducacionsexual.pdf>
- Romaní, O., y Casadó, L. (2014). *Jóvenes, desigualdades y salud: Vulnerabilidad y políticas públicas*.
- Rubin, L. B. (1990). *Erotic wars: What happened to the sexual revolution?* New York: Harper Collins.
- Sadler, G. R., Lee, H.-C., Lim, R. S.-H., et al. (2010). Research Article: Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy. *Nursing & Health Sciences*, 12(3), 369-374.
- Sánchez-Domínguez, M. S., Leyva-Flores, R., Caballero García, M., et al. (2010). Disposición a usar condón en localidades con alta movilidad poblacional de México y Centroamérica. *Migración y Desarrollo*, 15(15), 155-178.
- Sanidad. (2008). *Interrupción voluntaria del embarazo datos definitivos correspondientes al año 2007*. Ministerio de sanidad y consumo Disponible en http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionIV_E_2007.pdf.
- Sassen, S. (2007). *Una sociología de la globalización*. Buenos aires: Editorial Katz.
- Scott, J. W. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Ed.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (Vol. 1, pp. 265-302). México: Programa universitario de estudios de género.
- Schiffman, M., Castle, P. E., Jeronimo, J., et al. (2007). Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*, 370, 890-907.
- Schwarcz, R., Galimberti, D. D., Obst, L., et al. (2002). Guía para el uso de métodos anticonceptivos.
- Serdarevic, M., y Chronister, K. (2005). Research with immigrant populations: The application of an ecological framework to mental health research with immigrant populations. *Journal of Mental Health Promotion*, 37-41.
- Services, D. o. H. a. H. (2008). Nation's High School Students Showing Overall Improvements in Health-Related Behaviors. En P. release (Ed.): Centers for disease control and prevention.
- Sevillano, E. G. (2012, 15 abril 2012). Los casos de gonorrea y sífilis se duplican en la región en solo un año, *El País*. Disponible en http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/04/15/madrid/1334517189_706816.html

- . Sexually transmitted infections in Europe 1990-2010. (2012). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- Shaffer, D. R., y Arellano, J. A. V. (2000). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*: International Thomson.
- Shweder, R. A., Goodnow, J. J., Hatano, G., et al. (2006). The Cultural Psychology of Development: One Mind, Many Mentalities. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology, Theoretical Models of Human Development* (Vol. 1, pp. 716-792). New Jersey: Wiley.
- Simon, W., y Gagnon, J. H. (2003). Sexual Scripts: Origins, Influences and Changes. *Qualitative Sociology*, 26(4), 491-497.
- . Situación epidemiológica del VIH/sida en inmigrantes. (2009) (pp. 10). Madrid, Es: Instituto de Carlos III.
- Small, S. A. (1994). Adolescent Sexual Activity: An Ecological, Risk-Factor Approach. *Journal of Marriage and the Family*, 56(1), 181-192.
- Sprecher, S., Barbee, A., y Schwartz, P. (1995). Was it good for you too? Gender differences in first sexual intercourse experiences. *The Journal of Sex Research*, 32(1), 3-15.
- Stock, M., Peterson, L., Houlihan, A., et al. (2013). Influence of oral sex and oral cancer information on young adults' oral sexual-risk cognitions and likelihood of HPV vaccination. *Journal of sex research*, 95-102.
- Stone, N., Hatherall, B., Ingham, R., et al. (2006). Oral sex and condom use among young people in the United Kingdom. *Perspect Sex Reprod Health*, 38(1), 6-12.
- Strauss, A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (1 ed.). Colombia: Universidad de Antioquia.
- Tanner, J. L., y Arnett, J. J. (2009). The emergence of "emerging adulthood": The new life stage between adolescence and young adulthood En A. Furlong (Ed.), *Handbook of youth and young adulthood* (pp. 39-48). New York: Routledge.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona, España: Ediciones Paídos Ibérica S.A.
- Teddle, Y. (2007). Mixed methods sampling. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 77-100. doi: 10.1177/2345678906292430
- Tornesello, M. L., Giorgi Rossi, P., Buonaguro, L., et al. (2014). Human Papillomavirus Infection and Cervical Neoplasia among Migrant Women Living in Italy. *Front Oncol.* , 4(31). doi: 10.3389/fonc.2014.00031
- Torres, F., y Zacarés, J. J. (2004). *La adultez emergente: ¿ Una nueva fase en el ciclo vital*. Paper presented at the IV Congreso Internacional de Psicología y Educación, Almería, Spain.
- Tsai, T.-I., Morisky, D. E., Kagawa-Singer, M., et al. (2011). Acculturation in the adaptation of Chinese-American women to breast cancer: a mixed-method

approach. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3383-3393. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03872.x

Tudge, J. R. H., Mokrova, I., Hatfield, B. E., et al. (2009). Uses and Misuses of Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Development. *Journal of Family Theory & Review*, 1, 198-201.

Uecker, J. E., Regnerus, M. D., y Vaaler, M. L. (2013). Losing My Religion: The Social Sources of Religious Decline in Early Adulthood. *Social Forces*, 85(4), 1667-1692. doi: 10.1353/sof.2007.0083

UN. (2011). International Migration in a Globalizing World: The Role of Youth. En P. Division (Ed.), (pp. 27). New York: United Nations.

UNAIDS. (2 mayo 2011). Preventing HIV with social media and mobile phones Último Acceso, Año de acceso, desde <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2011/may/20110502sm/>

UNAIDS. (2011). UNAIDS Terminology Guidelines (pp. 1-31): UNAIDS.

UNFPA. (2006). Hacia la esperanza. Las mujeres y la migración internacional New York.

UNFPA. (2010). Salud sexual y reproductiva Último Acceso, Año de acceso, desde <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>

UNFPA. (2013). Motherhood in Childhood. En R. Kollodge (Ed.), *State of World Population*. New York: UNFPA.

UNICEF. (2012). Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Ecuador 1990-2011. En O. d. I. D. d. I. N. y. Adolescencia (Ed.). Quito.

Valadez, J. J., Jeffrey, C., Davis, R., et al. (2014). Putting the C Back into the ABCs: A Multi-Year, Multi-Region Investigation of Condom Use by Ugandan Youths 2003-2010. *PLoS ONE*, 9(4).

Van Tubergen, F. (2013). Religious change of new immigrants in the Netherlands: The event of migration. *Social science research*, 42(3), 715-725.

Vannier, S., y L., O. S. (2012). Who Gives and Who Gets: Why, When, and with Whom Young People Engage in Oral Sex. *J Youth Adolesc*, 41(5), 572-582.

VanOss, B., Gómez, C. A., Tschann, J. M., et al. (1997). Condom use in unmarried Latino men: A test of cultural constructs. *Health Psychology*, 16(5), 458-467.

Vargas-Llosa, M. (2012). *La civilización del espectáculo*. Madrid: Alfaguara.

. VIH y SIDA en las Américas una epidemia multifacética. (2001). En OPS (Ed.).

. *Visados de estudios*. Madrid: Ministerio de asuntos exteriores y de cooperación Disponible en <http://www.exteriores.gob.es/Embajadas/PANAMA/es/ServiciosConsulares/visados/Paginas/Visados-de-estudios.aspx>.

- Wang, L., Valeriano, C., Cáceres, B., et al. (2009). Promoción de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos y prevención del VIH/sida en jóvenes de sectores populares a través del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. *Actualizaciones en SIDA*, 17(66), 151-160.
- Wang, L., Vazquez, M., Ravalli, M. J., et al. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas e VIH y salud sexual y reproductiva (SSR) y uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) entre adolescentes de Argentina. En UNICEF (Ed.). Argentina: Fundación Huésped.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad* (M. Mansour, Trans.). México: Paidós.
- Weinstock H, Berman S, y Jr., C. W. (2004). Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspect Sex Reprod Health*, 36, 6-10.
- Welti, C. (2002). Adolescents in Latin America: Facing the Future with Skepticism *The World's Youth: Adolescence in Eight Regions of the Globe*: Cambridge University Press.
- Welti, K., Wildsmith, E., y Manlove, J. (2011). Trends and Recent Estimates: Contraceptive Use Among U.S. Teens and Young Adults. *Trends Child Research Brief*, 2011-13.
- White, E. (2012). Broader access to Emergency Contraception would benefit Youth, Immigrant Latinas Último Acceso, Año de acceso, desde <http://latinainstitute.org/media/releases/Broader-access-to-emergency-contraception-would-benefit-youth-immigrant-Latinas>
- WHO. (2003). Global consultation on the health services response to the prevention and care of HIV/AIDS among young people: Achieving the global goals: access to services *Achieving the global goals: access to services*. Montreux: WHO.
- Widmer, E. D. (1997). Influence of Older Siblings on Initiation of Sexual Intercourse. *Journal of Marriage and Family*, 59(4), 928-938. doi: 10.2307/353793
- Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A., et al. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8(1), 93.
- . Womens reproductive rights in bolivia: A shadow report. (2001). Nueva York, NY.
- Yancon, A. R., Kelly, S. G., Valsangkar, B., et al. (2009). A multidisciplinary approach to improving women's health in semi-urban Ecuador. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107(1), 70-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.05.013>
- Zick, R. G., y Olsen, J. (2001). Voice recognition software versus a traditional transcription service for physician charting in the ED. *The American journal of emergency medicine*, 19(4), 295-298.

Anexos

Anexo A.

Datos sobre salud sexual y reproductiva en Argentina, Bolivia, Ecuador y México

A continuación se presentan datos en población general de los países de América Latina de donde provienen las personas que se entrevistaron para el estudio sobre las cuestiones de salud sexual y reproductiva más básicas, como uso de métodos anticonceptivos, prevalencia del VIH o inicio de la vida sexual.

América Latina ha tenido variaciones estadísticas de la salud sexual y reproductiva de sus habitantes en los últimos años. Uno de los cambios principales es la disminución general que se ha presentado de la tasa de fecundidad. Los países tienen diferentes estadios de fecundidad, Bolivia, por ejemplo tiene una la tasa de fecundidad alta, debido a las tendencias que ha seguido en el tiempo, se encuentra en 2,97 hijos por mujer (CIA, 2009a). Sin embargo, esta tasa difiere entre los diversos sectores económicos, urbanos y rurales del país. La tasa de fecundidad de Bolivia es la más alta de los cuatro países del estudio, le sigue Ecuador se sitúa en 2,42 (CIA, 2009a). Mientras, que Argentina tiene una tasa de fecundidad de 2,19 hijos por mujer y en México se observa la tasa global de fecundidad más baja con dos hijos por mujer (INEGI, 2010).

El uso de algún tipo de método anticonceptivo se encuentra directamente relacionado con la tasa de fecundidad de los países. En Bolivia, las cifras más recientes, que datan del año 2000, indican que sólo 1,6 por ciento de los adolescentes entre 15 y 19 años utiliza algún método anticonceptivo -refiriéndose a los llamados métodos modernos, excluyendo métodos naturales- ("Womens reproductive rights in bolivia: A shadow report," 2001). Aunque, en población general la cifra de uso de anticonceptivos alcanza 35 por ciento (Flórez y Soto, 2008), difiera por estrato socioeconómico, conocimiento del ciclo menstrual y nivel educativo, entre otros. En Ecuador la Encuesta Demográfica y de salud materna e infantil de 2004 (ENDEMAIN) muestra los datos sobre uso de anticonceptivos para mujeres de 15 a 24 años, en donde señalan que sólo el 13,5 por ciento de las mujeres que habían tenido relaciones sexuales había utilizado algún método anticonceptivo, siendo el condón el más común (Cepar, 2005). Sobre el uso de condón en la última relación sexual

(hasta tres meses antes de la encuesta) las mujeres reportan un 9,1 por ciento, utilizándole en mayor número las que no tienen pareja fija y con mayor nivel de educación o económico, similar a los datos de Bolivia. La ENDEMAIN indica que un 33,4 por ciento de la juventud piensa que si le pidiera a su pareja el uso de condón ésta se molestaría. En México, el uso de anticonceptivos entre los jóvenes de 12 a 29 años de edad el método más utilizado es el condón, que disminuye al aumentar el uso de pastillas anticonceptivas a la par de la edad. Menos del 50 por ciento de hombres y mujeres utilizaron algún método de anticoncepción en su primera relación sexual, las mujeres tienden a tener un porcentaje mucho más alto de uso en la última relación sexual que en la primera (IMJUVE, 2006). Finalmente el caso de Argentina, en donde un 21 por ciento de la población argentina tiene entre 18 y 30 años de edad (INDEC, 2010), lo que indica un alto margen de la población, las personas en general inician su vida sexual entre los 16 y los 17 años, es caso más exitoso en uso de métodos anticonceptivos, al menos en la primera relación sexual, ya que el 90 por ciento de los jóvenes de entre 14 y 17 años dijeron en la última Encuesta sobre salud reproductiva, haber utilizado algún método anticonceptivo (INDEC, 2014).

Respecto a los indicadores para VIH en los países del estudio, en Bolivia la tasa estimada es de 0,20 por ciento (CIA, 2009a), sin embargo este dato es discutido, debido a falta de control en las estadísticas y pruebas de tamizaje ("Womens reproductive rights in bolivia: A shadow report," 2001). En Argentina 0,40 por ciento de la población vive con VIH (CIA, 2009b), lo cual es un porcentaje alto para lo esperado en su zona y comparado a los países que le rodean, sin embargo similar para España y Ecuador, en donde la prevalencia de personas viviendo con VIH es de 0,40 (CIA, 2009a). Para México la estimación más reciente sobre el número de personas viviendo con VIH es de 2013, cuando se contabilizaban alrededor de 180 mil, con una prevalencia de 0,24 en la población de 15 a 49 años de edad (CENSIDA, 2013). En estas cifras sigue prevaleciendo una epidemia concentrada en ciertos grupos de población.

Por otro lado, en el año 2010 en España el 95 por ciento de las jóvenes españolas reportó haber utilizado condón en su última relación sexual, este porcentaje es uno de los más altos en Europa, y en el mundo, sin embargo el porcentaje reportado de uso de la píldora anticonceptiva es sólo del 4,4 por ciento (Lazdane, 2011). Por otro lado, la media de edad a la que se embarazaban las españolas en 2008 fue de 31 años, mientras que en 2010 la tasa de fecundidad se estimó en 1,43 hijos por mujer (INE, 2011). Sobre ITS y VIH podemos

mencionar que la prevalencia de VIH reportada para este país en el año 2010 fue de 0,40 (CIA, 2009a). Las personas que viven con VIH, que adquirieron el virus por ser usuarios de drogas intravenosas (UDI), fueron las más prevalentes en la atención hospitalaria entre los años 2001 y 2007 ("Situación epidemiológica del VIH/sida en inmigrantes," 2009).

Podemos observar como los datos para la prevalencia del VIH son similares entre España, Argentina y Ecuador, mientras que para México siguen manteniéndose en un nivel más bajo, incluso teniendo países fronterizos con niveles sobre 0,40 de prevalencia. Estos datos se relacionan en algunos de los casos con el uso de anticonceptivos, sin embargo las epidemias son distintas y los casos argentino y español difieren del resto al tener un 0,40 de prevalencia de VIH y un muy alto uso reportado de uso de anticonceptivos. En el caso español, como ya se mencionó, la epidemia concentrada de VIH se encuentra en UDI's

Anexo B.

Introducción e invitación al estudio

Se está realizando un estudio para explorar sobre las percepciones y significados de la reproducción y la sexualidad de los jóvenes migrantes procedentes de América Latina a Madrid. Actualmente existe poca información sobre sus conocimientos y actitudes respecto a la sexualidad y reproducción en temas como uso de anticonceptivos, salud reproductiva, comportamiento sexual y sobre todo si estos cambian al migrar. Este estudio está dirigido a recolectar dicha información para mejorar las condiciones de vida de los jóvenes migrantes.

El estudio consiste en una entrevista, anónima, audiograbada y que se llevará a cabo en el lugar que mejor te convenga, con una duración aproximada de 1 hora. Toda la información recolectada será usada de manera confidencial, eliminando toda posibilidad de identificación de los participantes. Cualquier persona puede retirar su participación en el momento que así lo desee.

Si cumples con estos requisitos tu apoyo será esencial:

Ser nacional de uno de los siguientes países:

- Argentina
- México
- Bolivia
- Ecuador
- Tener entre 18 y 30 años cumplidos al día de la entrevista (en el caso de los países que manejen su mayoría de edad a los 21 años esta será la edad mínima requerida)
- Haber residido un mínimo de 6 meses en España. Radicar en Madrid.
- Tener interés por participar en la entrevista

Si cumples con los criterios señalados te agradeceremos escribirnos para fijar la fecha de la entrevista. Tus respuestas ayudarán a comprender mejor a personas como tú y tu medio ambiente. Si tienes dudas la investigadora podrá responder a ellas.

Itzel Eguiluz

Doctoranda en Migraciones Internacionales

Maestra en Ciencias de la Salud

Correo: im.eguiluz@gmail.com

Guía de entrevista **“Percepciones y significados sobre reproducción y sexualidad de migrantes latinoamericanos en Madrid, España.”**

Entrevistador:

Lugar:

Hora de inicio:

Hora de término:

Código Entrevistado:

Presentación del entrevistador y lectura de la autorización de la entrevista y uso de datos para los fines del presente estudio. **Leer carta de consentimiento informado. Explicar objetivos del proyecto, autonomía para participar o retirarse, confidencialidad. Asegurar que quede grabada la aceptación o negación a participar en el estudio.**

“El equipo de investigación me ha leído la información previa en relación al estudio. En todo momento se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas sobre mi posible participación, y todas aquellas preguntas que realicé fueron respondidas de manera satisfactoria. Acepto de manera voluntaria participar en este estudio, bajo el entendimiento de que tengo derecho a retirar mi participación en el momento en que lo decida sin que esto me afecte de alguna manera.”

1. Datos socio demográficos

- 1.1. Lugar de nacimiento
- 1.2. Edad
- 1.3. Edad a la que migró
- 1.4. Escolaridad. Último grado obtenido (En España o en su país)
- 1.5. Estado civil. Si es casado, preguntar si es su único matrimonio, si no, ¿cuántos matrimonios ha tenido? Si es separado, viudo, divorciado.
 - 1.5.1. Soltero. ¿Cuántas parejas antes de venir? ¿Cuántas parejas después de venir?
- 1.6. Dónde vive actualmente. ¿Con quién vive?
- 1.7. Tiempo de residencia en España.
- 1.8. Hijos
- 1.9. Religión

2. Ocupación

- 2.1. ¿A qué se dedica?
- 2.2. Ingresos
- 2.3. ¿Dónde realiza esta actividad?
- 2.4. ¿La realizaba antes de venir a España? ¿A qué se dedicaba?

3. Migración (Generalidades)

- 3.1. ¿A qué edad cambiaste de país por primera vez?
- 3.2. ¿En cuántos países has vivido?
- 3.3. Razón (es) para venir a España/ migrar.

- 3.4. ¿Cómo fue tu viaje?
- 3.5. Documentos
- 3.6. ¿Alguien más de tu familia ha migrado a España u otra ciudad?
- 3.6.1. En caso de que sí ¿Cómo fue su experiencia al migrar?
- 3.6 ¿Si no hubieras migrado qué sería diferente?
- 3.7 Descripción de su vida en España

4. Sexualidad y Reproducción

***Recordar anonimato y posibilidad de no respuesta**

- 4.1 Pareja actual e historia de la misma (¿Dónde se conocieron? ¿A qué se dedica? ¿Nacionalidad? ¿Hijos? ¿Uso de AC/condón?)
- 4.2 Edad de primera relación sexual
- 4.3 ¿Se considera hetero u homosexual?
- 4.4 Parejas sexuales (antes y después de migrar)
- 4.5 Parejas último año
- 4.6 Parejas desde que llegó a España (¿aumentó, disminuyó?)
- 4.7 Embarazos
- 4.8 ¿Aquí cómo conoces a alguien “lugares de ligue”?
- 4.9 Normas sociales sobre el sexo en España
- 4.10 Normas sociales sobre el sexo en tu lugar de origen
- 4.11 Religión y su importancia sobre su SSR

5. Métodos AC /uso de condón (si es hombre indagar en sus parejas y su conocimiento sobre ello)

- 5.1. ¿Sabe dónde adquirirlos? (Programas de gratuidad, costos, otros)
- 5.2. Si no los utiliza, ¿por qué?
- 5.3. ¿Cambió el tipo de AC/condón al llegar a España?
- 5.4. ¿Modificó su uso al llegar a España?
- 5.5. ¿Conoce campañas al respecto?

6. Conocimiento sobre VIH/SIDA, medios de transmisión, forma de evitarlo y diferencia entre VIH y SIDA

- 6.1. ¿Cambio su percepción respecto al VIH/SIDA el haber migrado?
- 6.2. Conoce a alguien con VIH/SIDA (¿Esta persona es migrante? ¿De qué país es? ¿Sabe cómo se contrajo el virus?)

7. Aborto.

- 7.1. Conocimiento general
- 7.2. Tipos de aborto
- 7.3. Aborto con medicamentos
- 7.4. Conocimiento sobre leyes
- 7.5. Conoce a algún migrante que se haya realizado alguno / él o ella ha pasado por uno
- 7.6. ¿Ha acompañado a alguien a realizarse un aborto y cómo fue el proceso?
- 7.7. Reacciones ante el mismo

8. Uso de *smartphones* para la SSR

Algo más que se quiera agregar por parte del entrevistado. Agradecimiento.

Anexo D.

Tarjeta informativa

Título del proyecto: **“Percepciones y significados sobre reproducción y sexualidad de migrantes latinoamericanos en Madrid, España.”**

Si usted tiene alguna duda, queja o comentario sobre su participación en este estudio a cargo de la Mtra. Itzel Eguiluz (Investigadora principal), puede contactar con ella al 639116713. En caso de conflicto ético llamar a la investigadora principal o en su defecto al Instituto Universitario Ortega y Gasset y contactar con el Dr. Joaquín Arango al teléfono 91 700 4100 de lunes a viernes de 9am a 5pm.

Para obtener mayor información sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación o para reportar problemas en la conducción del estudio, puede así mismo comunicarse a los números anteriores, si lo prefiere escribir al correo electrónico im.eguiluz@gmail.com

Muchas gracias por su participación

Madrid, 2012

Carta de consentimiento informado oral para participantes en el estudio:

“Percepciones y significados sobre reproducción y sexualidad de migrantes latinoamericanos en Madrid, España.”

A. Descripción del estudio

La Maestra Itzel Eguiluz está llevando a cabo un estudio para explorar sobre las percepciones y significados de la reproducción y la sexualidad de los jóvenes migrantes procedentes de América Latina a Madrid. Actualmente existe poca información sobre sus conocimientos y actitudes respecto a la sexualidad y reproducción en temas como uso de anticonceptivos, salud reproductiva, comportamiento sexual y sobre todo si estos cambian al migrar. Por esto el objetivo de este estudio es identificar las percepciones y significados de los jóvenes, así como describir sus prácticas y cómo influye en ello el vivir en Madrid. Este estudio está dirigido a recolectar dicha información particularmente en el contexto de mejorar las condiciones de vida de los jóvenes migrantes.

Usted ha sido invitado a participar en este estudio debido a que se encuentra actualmente como migrante latinoamericano en España y es joven (18 a 30 años). El estudio consiste en la aplicación de una entrevista, anónima y que se llevará a cabo en el lugar que a usted mejor le convenga, con una duración aproximada de 1 hora. Toda la información recolectada será usada de manera confidencial, eliminando toda posibilidad de identificación de los participantes. Cualquier persona puede retirar su participación en el momento que así lo desee.

B. Certificado de consentimiento

Objetivo del estudio

Explorar las percepciones y significados de su salud sexual y reproductiva (embarazo, ITS, VIH/ SIDA, aborto, uso de condón y anticonceptivos), dentro del comportamiento migrante tomando en cuentas las legislaciones nacionales e internacionales de los diferentes países latinoamericanos.

Procedimiento

Si acepta participar, el procedimiento será el siguiente:

- Usted agendará junto con el entrevistador una cita para la fecha hora y lugar que mejor le convenga, considerando el tiempo que llevará la entrevista.

- El lugar deberá ser adecuado, para su comodidad y porque se requiere audio grabar la entrevista.
- El entrevistador le hará nuevamente la invitación a participar y le entregará una copia del contacto por surgieran dudas posteriores a la entrevista con respecto al estudio.

C. Riesgos de participar

Al participar en este estudio el único riesgo que se prevé para usted es que pudiera sentirse incómodo al preguntársele sobre su vida personal, sexual y reproductiva.

D. Beneficios de participar

Los beneficios de su participación voluntaria en este estudio pueden ser:

Para usted: No existe ningún beneficio directo, sin embargo tendrá la oportunidad de reflexionar respecto a sus percepciones de la salud sexual y reproductiva tanto de su país de origen como de España.

Para la sociedad: Este estudio aportará información que será útil para la creación de nuevas políticas, especialmente para el grupo de jóvenes migrantes, buscando que se optimicen sus condiciones de salud sexual y reproductiva.

E. Compensación / Pago participación

No existe ningún tipo de pago o compensación por su participación.

F. Alternativas

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o bien a responder alguna pregunta en particular o bien retirar su participación cuando así lo desee sin existir ningún tipo de repercusión.

Anexo F.

Códigos	
<i>Códigos a priori</i>	
*Salud Reproductiva	Este es un mega código que incluye todo lo relacionado a los relatos de salud reproductiva
*Prácticas sexuales	Todos los relatos sobre su propia sexualidad
Pareja antes migración	Todos los relatos sobre la pareja que tenían antes de migrar
Pareja migración	Los relatos que describen cualquier pareja que tenían al momento de migrar
Pareja España	Cualquier pareja que no es la misma que tenían antes de migrar
Pareja actual	La persona con quien declaran tener una pareja el momento de la entrevista
Prácticas sexuales otros	Todo lo que describen sobre lo que normalmente hacen las parejas en la cama aquí en México y lo que hacen en España
*Uso de Métodos Anticonceptivos	Este es un mega código para todo lo relacionado a cualquier uso o idea expresada alrededor de los métodos anticonceptivos
Uso de métodos REAL país de origen vs España	Las practicas que cambian en los dos lados de la frontera, en este código solo entran las practicas personales
Compra/acceso a AC	
Uso de métodos DISCURSO país de origen vs España	Lo que se “dice” sobre el uso de métodos diferenciado en uno y otro lado de la frontera, en éste entran las prácticas de los otros
Uso de condón REAL	Las practicas que cambian en los dos lados de la frontera, en este código solo entran las practicas personales
Uso de condón DISCURSO	Lo que se “dice” sobre el uso de métodos diferenciado en uno y otro lado de la frontera, en éste entran las prácticas de los otros

ITS y VIH	Discursos acerca de las enfermedades y la migración
Aborto	Todos los discursos sobre aborto
Aborto ellos	Discursos sobre aborto en el que ellos hayan estado relacionados
Migración y género	Codificar las cosas que están relacionadas específicamente al género y que hacen diferente la experiencia migratoria de hombres y mujeres. Como por ejemplo el hecho de que muchas mujeres se casan durante la migración.
Imaginario en sexualidad de migrantes	Las cosas que se dicen que los migrantes hacen, tales como engañar a sus mujeres, o comprar sexo, o vender sexo
Salud de la mujer	Todos los discursos sobre la salud de la mujer
Salud del hombre	Todo discurso relacionado a la salud del hombre
Acceso a la salud	Seguros médicos públicos o privados
Migración impacto en comportamiento sexual en migrantes de retorno	Los discursos que se dicen sobre los impactos que la migración tiene en la conducta sexual de los migrantes de retorno
Migración impacto en género	Las cosas que dicen sobre cómo cambian los roles de los hombres y las mujeres a partir de la migración. Aquí debemos incluir los discursos de los migrantes y los no migrantes. El embarazo y migración y todo lo que se refiere a historias de embarazo y salud reproductiva y migración.
Diferencias entre país de origen y España Sexualidad	Cualquier mención que haya sobre diferencias en actitudes o comportamientos de participantes, parejas u otras personas que les rodeen sobre sexualidad
Diferencias entre país de origen y España Otros	Cualquier mención que haya sobre diferencias en actitudes o comportamientos de participantes, parejas u otras personas que les rodeen
Educación sexual en familia	Relación a la información o educación sexual y reproductiva recibida en casa

Educación sexual formal	Relación a la información o educación sexual y reproductiva recibida en la escuela
Cáncer de mama	Conocimiento sobre el cáncer de mama
Cáncer de próstata	Conocimiento sobre el cáncer de próstata
<i>Códigos in vivo</i>	
Amor	Cualquier discurso relacionado al amor
Casarse	Piensen casarse o no, lo han hecho o qué piensan sobre ello
Cómo hubiera sido tu vida	Hubiera cambiado su vida actual en caso de que no hubieran migrado
Hijos	Discursos sobre tener hijos, deseo, no deseo
Ideales de vida	Deseos en la vida de los participantes
Conocerse por Internet	Si han conocido a la pareja actual u otra por internet
Machismo	En sus país o en España, qué es para ellos y ellas
Ginecólogo	Acudir al mismo, razones para dejarlo o volver a ir y en dónde
Ellas no quieren condón	Experiencias de mujeres y parejas de hombres que no desean usar el condón durante las relaciones sexuales
Madurar	Cu
Actividad al migrar	A qué se dedican al migrar y durante el proceso
Presión de pares	Si en algún momento existió presión de pares para algún comportamiento
Uso de alcohol y drogas	Mención a consumo o a opinión sobre consumo en España o en sus países
Virginidad	Mención a pérdida o creencia de las mujeres o de las parejas de los hombres
Vivir con pareja	Mención a cohabitar y razones
Vivir fuera de casa	Porqué dejaron la casa de los padres o porque no volverán
Búsqueda de información	Dónde buscan información sobre salud sexual y

	reproductiva
Menstruación	Menciones a la primera vez que tuvieron la regla y situaciones generadas
Libertad sexual	Cualquier referencia la libertad de la práctica sexual o sexualidad
Migración por pareja	Migrar debido a tener una pareja en España o que se va a España
Moral familiar	Como sienten la moralidad de su familia y si afecta o no
Otros de migración	Cualquier tema que tenga relación a la migración que no encaje en otros nodos
PAE	Cualquier mención a la píldora anticonceptiva de emergencia.
Otros de SSyR	Menciones sobre sexualidad y salud reproductiva que no estén en los nodos
Razón para uso de AC	Cuáles son las razones para el uso o no uso de AC, en sus países o en España, limitantes y menciones
Religión /sexualidad	Relaciones entre religión y sexualidad en sus países, educación, amigos o discursos generales
Homosexualidad	Cualquier relación en el discurso a la homosexualidad