

Problemáticas del comportamiento sexual y reproductivo de las jóvenes inmigrantes de Baja California

Issues of Sexual and Reproductive Behavior of Young Immigrants from Baja California

Humberto GONZÁLEZ GALBÁN
hggalban@colef.mx

Germán VEGA BRIONES
gvega@colef.mx

El Colegio de la Frontera Norte

RESUMEN

Entre los aspectos que son analizados en el presente artículo se encuentran los vinculados a la sexualidad y la reproducción de las mujeres inmigrantes de Baja California, donde se manifiestan inequidades con relación al resto de los jóvenes, tales como las mayores afectaciones por enfermedades de transmisión sexual y los más altos niveles de embarazos –generalmente no planificados–, lo que a su vez tiene implicaciones como una mayor frecuencia del abandono escolar, la salida involuntaria del hogar paterno así como otras problemáticas familiares, todo lo que incide negativamente en la salud de las jóvenes migrantes y en sus condiciones de vida en general. La atención médica, que puede contribuir a atenuar efectos no deseados de dicha situación, también es recibida en menor medida por las jóvenes inmigrantes, lo que conjuntamente con las desventajosas condiciones socioeconómicas en que viven y/o el contar, en un menor grado, con redes familiares y sociales de apoyo, las convierte en una población más vulnerable y necesitada de trabajo comunitario que atienda sus problemáticas sexuales y reproductivas.

Palabras clave: 1. jóvenes, 2. inmigrantes, 3. problemas sexuales y reproductivos, 4. Baja California.

ABSTRACT

Among the issues that are discussed in this article are problems related to sexuality and reproduction of immigrants women from Baja California, where manifest inequities in relation to other young women, such as greater problems caused by sexually transmitted diseases and higher levels of pregnancies, –usually unplanned– among women, which at the same time has implications such as higher frequencies of early school leavers, involuntary leaving of home, and other family problems, all that affects negatively the health of young migrants and their living conditions in general. Health care, which can help to mitigate undesired effects of this situation, also received lesser extent by young women immigrants, which jointly with unfavorable socioeconomic conditions in which they live and/or have a lesser extent with family and social support networks, makes them a population more vulnerable and needy of social work that cares about their sexual and reproductive issues.

Keywords: 1. youth, 2. immigrants, 3. sexual and reproductive problems, 4. Baja California.

Fecha de recepción: 23 de agosto de 2012

Fecha de aceptación: 19 de diciembre de 2012

CONSIDERACIONES INTRODUCTORIAS

Existen grupos poblacionales que están expuestos a sufrir de manera más acen- tuada las consecuencias de diversos males que afectan a la sociedad. Uno de los de mayor peso cuantitativo e importancia estratégica en México son los jóvenes y entre estos, para el caso del norteño estado mexicano de Baja California, las mujeres inmigrantes que llegan del centro y sur del país y se asientan en esta entidad atraídas, en gran medida, por la demanda de fuerza de trabajo del sector maquilador de exportación.

Los aspectos relacionados a la sexualidad y la reproducción de las jóvenes son el centro de interés de numerosos estudios, debido a las vinculaciones con dife- rentes problemáticas que tiene la sexualidad ejercida de manera desinformada, ello por su potencial incidencia en la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de la aparición de embarazos no planificados en edades tempranas.

Entre los factores que se vinculan a éstos y otros cambios sociodemográficos ocurridos en los países desarrollados, que se han difundido a regiones de los países en vías de desarrollo, conjuntamente con algunas problemáticas asociadas a los mismos, se encuentran los de tipo estructural relacionados con el mejoramiento de la posición económica, política, social y familiar de la mujeres, ampliando con ello las necesidades de superación –particularmente de las jóvenes– para poder acceder en iguales condiciones que los hombres al mercado de trabajo. Todo ello, a su vez, incidió en la postergación del matrimonio o unión estable de pareja, el auge de la actividad sexual fuera del matrimonio con fines no reproductivos y el potencial incremento de la importancia relativa de los nacimientos extramaritales.

En gran medida, los cambios de actitud y culturales son elementos condicio- nantes de la problemática señalada sobre los cuales los investigadores han venido haciendo hincapié desde hace varias décadas (Van de Kaa, 1987). En correspon- dencia con ello, de manera gradual las personas fueron presentando nuevas formas de percepción sobre aspectos sexuales y reproductivos, lo que las hizo más tole- rantes a diferentes tipos de conducta como la cohabitación sin intención de casar- se o tener hijos, llevar la vida sexual como parejas pero manteniendo residencias diferentes, empleo para las mujeres con hijos en edad escolar y otros aspectos que disminuyeron la dependencia femenina y debilitaron las desigualdades de género y generacionales.

El otro factor determinante de trascendencia ha estado referido a los cambios tecnológicos, lo cual se conoce como segunda revolución contraceptiva, que com-

prendió el desarrollo de más efectivos métodos anticonceptivos, la ampliación de su cobertura y del acceso a los mismos, así como de menores restricciones para las interrupciones de embarazos, aunque limitado a los países desarrollados y sólo a algunas regiones en los menos avanzados.

Así, una mayor tolerancia social ante las prácticas sexuales fuera de uniones maritales institucionalizadas, sin tomar las medidas de protección necesarias para que ello no tenga consecuencias indeseadas,¹ ha contribuido a la propagación de algunas infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes, problemática que puede presentarse de una forma peculiar en el contexto fronterizo de la entidad de Baja California, por su más intensa relación con Estados Unidos, manteniendo a la vez una gran vinculación con el resto de la población mexicana a través de la inmigración.

Otra consecuencia no deseada de la situación referida es la del cambio de los patrones de fecundidad favoreciendo una tendencia positiva para las edades tempranas, mientras que entre las de 20 años y más se ha reforzado el descenso de dicha variable, lo que puede resultar menos común en contextos preponderantemente urbanos como lo es Baja California. Dicha situación parece estar manifestándose de forma más frecuente entre el gran número de residentes que han llegado de otras regiones del país que en las nacidas en la entidad, como se apreciará más adelante en este trabajo.

La magnitud de las señaladas problemáticas generadas por deformaciones institucionales, que inciden en el mencionado segmento juvenil, obliga a la referencia y análisis de algunos de los aspectos citados, llamando la atención al respecto y contribuyendo potencialmente con ello a la búsqueda de soluciones.

A tal fin, los aspectos que aquí serán tratados están limitados a la sexualidad y la reproducción intergeneracional, temáticas con las que se buscará evidenciar situaciones, en muchos casos, de inequidad a que están expuestas las jóvenes que llegan a la región. Para ello se presenta en este trabajo un panorama reciente sobre el comportamiento sexual y reproductivo de las jóvenes bajacalifornianas y los resultados de estas conductas, también se hace referencia a algunas implicaciones de dichas problemáticas a nivel individual, familiar y social, así como a limitaciones en las acciones con lo que se trata de contrarrestar los efectos no deseados al respecto, básicamente en el área de la salud pública y la educación sexual.

¹Entre las medidas ante el riesgo de un mayor ejercicio de la sexualidad entre los jóvenes se destaca generalmente una educación sexual oportuna de calidad y amplia cobertura.

En el caso de este trabajo, la mayor parte de la información proviene del módulo de mujer de la *Encuesta de salud reproductiva en la adolescencia de Baja California* (ESRA) [El Colef, 2006], levantada en 2006 a residentes de todos los municipios del estado que contaran con edades de 18 a 29 años, a las cuales, en general, se les solicitó información actual y retrospectiva sobre eventos que tuvieron lugar entre las mismas, relacionados con la salud sexual y reproductiva y otros aspectos, lo que permitió contar con información de los jóvenes de esta entidad.² Como complemento de la ESRA, se utilizó la *Encuesta nacional de la dinámica demográfica* (Enadid) [Inegi, 2009], censos de población y vivienda para el cálculo de tasas y otros indicadores, así como otras fuentes con información primaria, lo cual es complementado con bibliografía que documenta diferentes aspectos sobre la temática presentada.

Los análisis desarrollados tomaron en cuenta la condición de las jóvenes residentes de ser inmigrantes o nacidas en alguna localidad del estado de Baja California, por la trascendencia que ello puede tener en el comportamiento sexual y/o reproductivo de las mismas. El referido estatus migratorio se obtuvo a través de la pregunta que tomaba en cuenta la localidad de nacimiento en relación con la de residencia actual al interior del estado, lo que tuvo como resultado que aproximadamente 40 por ciento de las jóvenes fueran tomadas como inmigrantes, mientras que el porcentaje restante resultara ser de origen local, ello según la ESRA. La fuente utilizada hizo posible analizar a los inmigrantes según lugar de nacimiento y no por tiempo de entrada en la entidad. Según ello, 60 por ciento de las jóvenes son nacidas en la entidad y el restante 40 por ciento son procedentes de otras partes del país.

PANORAMA RECIENTE DE LA SEXUALIDAD Y LOS EMBARAZOS EN BAJA CALIFORNIA

Una de las formas básicas para prevenir las infecciones o padecimientos de transmisión sexual es conociendo la existencia de los mismos y las vías de contagio, lo cual se logra a través de diferentes medios. En el caso de que exista riesgo de alguna

²Aspectos biológicos, psicológicos y sociales diferencian los conceptos de adolescencia y juventud; sin embargo, es poco probable impedir el solapamiento que se presenta entre estas “etapas” del ciclo de la vida de las personas. A fin de trascender dicha limitación en algunas partes se utiliza el término de adolescente para hacer referencia a las jóvenes de 15 a 19 años de edad.

ITS, es importante contar con elementos sobre los síntomas y el acceso para la realización de pruebas acudiendo con un especialista, lo que puede presentar mayores limitaciones y por tanto consecuencias negativas en el plano social y de la salud si son jóvenes inmigrantes, aspectos que serán analizados a continuación.

En relación con un conocimiento básico que implica al menos haber oído hablar sobre enfermedades o infecciones que pueden ser transmitidas a través de las relaciones sexuales se apreció que está generalizado, sin grandes diferencias entre el ser una joven nacida en la entidad o inmigrante; sin embargo, para las del último grupo referido, el desconocimiento de los síntomas por medio de los que se puede manifestar una ITS en las mujeres, sobrepasa al de las nativas (11.4 frente a 6 %, respectivamente). Las jóvenes están más limitadas aún para reconocer que un hombre posee una enfermedad sexual, particularmente esto se aprecia entre las nacidas fuera de la entidad (12.3 frente a 18.3 %).

En cuanto a las vías a través de las que se puede evitar el contagio de alguna ITS, incluyendo el VIH-sida, en general se observa que alrededor de tres quintas partes de las jóvenes están conscientes de la importancia del condón a tal fin, ello es más notorio entre las inmigrantes, mientras que menos de una tercera parte de las jóvenes hace referencia a la no promiscuidad en las relaciones de pareja (cuadro 1). Sin embargo, la generalidad de las jóvenes que tienen vida sexualmente activa no asume que su pareja le podría transmitir el sida o alguna otra ITS.

CUADRO 1. *Opiniones acerca de cómo evitar las ITS*

Manera de evitar la transmisión de ITS	Nativas	Inmigrantes
Usando condones u otros anticonceptivos	59.5	68.3
A través de la fidelidad	30.4	25.1
No teniendo relaciones sexuales	9.7	5.8
No conoce al respecto	0.4	0.8
Total	100	100

Fuente: El Colef (2006).

Apostándole a la confianza en su compañero, casi cuatro de cada cinco jóvenes no piensa que su pareja pueda transmitirle el sida o alguna otra infección por relaciones sexuales, creencia que sustentan principalmente en la supuesta fidelidad, relegando a un plano marginal la protección con métodos de barrera a estas enfermedades,

lo que puede resultar una falacia que puede conducir a ser contagiada (González, 2011), potenciando la mayor incidencia de dichas enfermedades o limitando la posibilidad de disminuir en mayor grado la incidencia de las mismas.

Entre las prácticas de riesgo para la aparición de una ITS, en las jóvenes sexualmente activas está el no uso de condón, lo que es más frecuente de lo imaginado pues a pesar de que una elevada proporción de las mismas está consciente de dicho riesgo —como se apreció anteriormente—, alrededor de tres cuartas partes de las mismas no lo usan nunca o sólo lo hacen algunas veces, situación que se agudiza entre las migrantes. Es destacable también que son las casadas o unidas consensualmente las que en mayor grado sustituyen el preservativo por la confianza de una pareja estable.

Coincidentemente con lo planteado en otros estudios que abordan problemáticas de género vinculados a las jóvenes, una parte importante de éstas se limitan a pedirle a sus parejas que usen condón en sus relaciones sexuales, en este caso en alrededor de la mitad de las adolescentes más jóvenes —con menos de 18 años—, particularmente las inmigrantes, se presenta dicha situación. Las principales razones dadas del por qué nunca pedían a su pareja que usaran la referida protección era por pensar que no existía ningún riesgo o porque no habían planeado las relaciones, argumentaciones que difieren de cuando sí se les solicitó el uso a algunas parejas, destacándose en este caso las situaciones de relaciones casuales o con personas de mayor edad que la joven. También representó un incentivo importante para el uso de condón el temor a un embarazo, particularmente en el caso de las inmigrantes, al tiempo que la promiscuidad de la pareja no resultó ser tan importante para éstas como para las originarias de la entidad.

Derivado de la situación anteriormente planteada se manifiesta una mayor incidencia de ITS entre las inmigrantes que en las residentes nativas de Baja California, lo que puede tener entre los condicionantes una mayor proporción de las referidas mujeres que inician más tempranamente las relaciones sexuales en Baja California; ello también representa un mayor riesgo de embarazos no planificados en la adolescencia, aspecto que será analizado de manera más amplia.

En cuanto al caso particular del VIH, las fuentes de información señalan a México como uno de los países de América Latina con más número de casos de este padecimiento, destacándose al respecto la región de la frontera norte, donde se ha concentrado una parte importante de los mismos desde finales de la década de los noventa del siglo pasado hasta años recientes, situación que ha estado acompañada por una más elevada letalidad en estados como Baja California, donde

para el año 2004 la tasa de mortalidad por sida se duplicó con respecto a la del nivel nacional (Zapata y Rangel, 2012), continuando con el tercer lugar al respecto, en relación con todas las entidades del país.

Varias son las causas que pueden estar incidiendo en la manifestación de la referida problemática, particularmente en las jóvenes inmigrantes.³ El temor a ser relegado socialmente propicia que quienes se perciben en riesgo de estar infectados no acudan a realizarse la prueba de detección y, por lo tanto, no cuenten con un diagnóstico oportuno que les permita atenderse antes de desarrollar la sintomatología propia de la enfermedad, lo cual inmoviliza la prevención por cuanto no se aceptará la posibilidad de infección con alguien que no se conozca que es seropositivo y no tenga el estereotipo que se le atribuye a quienes sí lo son (OPS, 2009). Además, en el caso de las personas ya diagnosticadas, conlleva a que por temor a que se descubra socialmente su estado serológico, aumente en ellas la ansiedad y el estrés, el aislamiento y el sufrimiento, evadan la atención médica e incluso el tratamiento, contribuyendo a un empeoramiento de su estado de salud (Iglesias *et al.*, 2012).

Los autores antes referidos plantean que, a nivel comunitario, lo anterior:

- a) limita en las personas el deseo de informarse y aprender sobre la epidemia, provocando que disminuya la capacidad de respuesta ante el reto que representa frenar la propagación del VIH;
- b) propicia la divulgación de mitos y falsas creencias en torno a dicho padecimiento, obstaculizando así la adopción de comportamientos seguros;
- c) fomenta la intolerancia hacia determinados grupos sociales que de manera equivocada han sido percibidos como representantes o responsables de la propagación de esta infección;
- d) daña psicológicamente a los familiares y a quienes rodean a las personas con VIH;
- e) provoca que se avergüencen, que en disímiles situaciones encubran su asociación con la epidemia y restrinjan su apoyo y participación en respuestas sociales más positivas (Iglesias *et al.*, 2012).

La discriminación asociada al VIH y las personas que padecen este mal se sustenta fundamentalmente en el desconocimiento sobre las reales formas de

³Ello está relacionado con que ellas se encuentran limitadas en un grado mayor en cuanto al acceso a información y servicios especializados, debido a la carencia de redes sociales y familiares de apoyo que pudieran facilitar dichos aspectos.

propagación del virus, pero emerge también como resultado de la estigmatización que se tiene sobre él y las personas seropositivas. Cualesquiera que sean sus orígenes, lo cierto es que constituye uno de los principales obstáculos que entorpece los esfuerzos de prevención y tratamiento que desarrollan los países por controlar el incremento de la epidemia y minimizar los daños físicos y psicológicos de los afectados (Iglesias *et al.*, 2012).

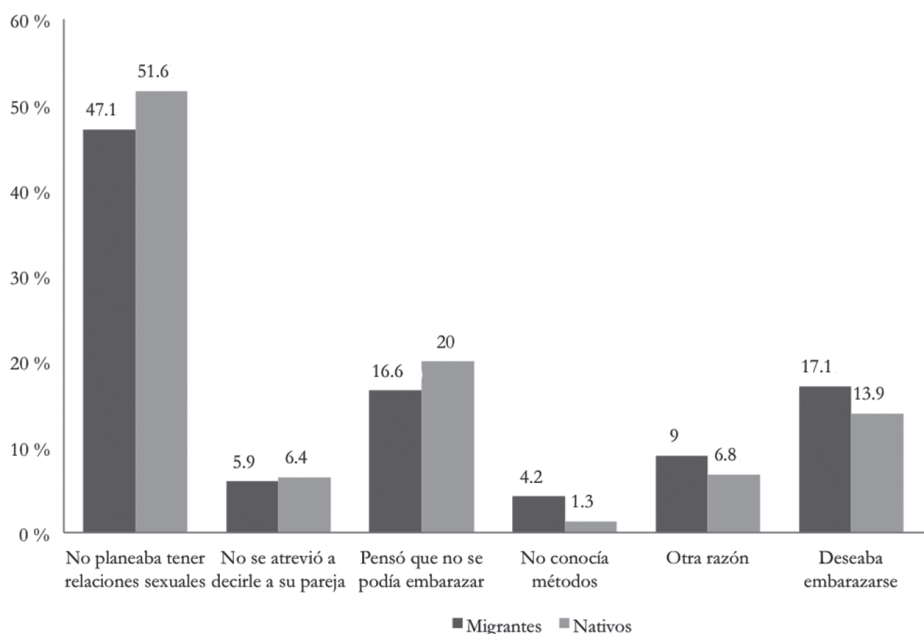
Otro potencial resultado indeseado de una sexualidad ejercida sin la información necesaria, en el plano individual, sería la aparición de un embarazo no planificado, pues éste podría representar una interrupción en los proyectos de vida de las personas en una etapa que se asume como formativa por medio de la educación institucionalizada. También puede incidir en la perpetuación de diferencias de género que afectan a las mujeres, así como la extensión de condiciones de pobreza en la que se forman y desarrollan las familias (Zeidentein, 1989), problemas que pueden alcanzar mayores dimensiones entre los inmigrantes que no han podido desarrollar un apoyo económico y/o social. Tales razones muestran el interés por conocer aspectos sobre condicionantes, la magnitud, riesgos o implicaciones de la reproducción intergeneracional de las jóvenes de Baja California, según el estado migratorio de las mismas.

En relación con la información que confirmaría la importante magnitud de la reproducción se encontró que la proporción de jóvenes residentes en la entidad referida que han estado embarazadas alcanza casi a la mitad (46.8 %), valor que se eleva a 58.2 por ciento, más de 10 puntos porcentuales entre las inmigrantes (El Colef, 2006).

La referida situación se agudiza para las adolescentes inmigrantes (de 15 a 19 años de edad), pues la proporción de las mismas que han estado embarazadas se eleva 90 por ciento por encima de las residentes, o sea, casi se duplican los embarazos en adolescentes inmigrantes con respecto a los que experimentan las mujeres de 15 a 19 años de edad nacidas en esta entidad.

El no encontrarse estudiando es otro factor que se asocia a la presencia de un embarazo entre las jóvenes bajacalifornianas. En relación con ello se tiene que del total de mujeres con nivel igual o inferior al de preparatoria, que tienen menos de 25 años de edad, más de la mitad de las que no asisten a la escuela han estado embarazadas, en tanto que sólo 39 por ciento de las que asisten ha presentado algún embarazo. Para el caso de las inmigrantes, estos valores se hacen mucho más elevados, al extremo que entre las mismas, las alguna vez embarazadas alcanzan aproximadamente a las dos terceras partes del total de las jóvenes que no asisten a la escuela.

Aunque el comienzo de las relaciones sexuales de las migrantes es algo más tardío que de las nativas –para las sexualmente activas– con una mediana de 17 y 16 años de edad respectivamente, el no uso de anticonceptivos en las primeras relaciones incrementa el riesgo de un embarazo en edades juveniles, situación que se presenta en mayor grado entre las inmigrantes en el contexto estatal analizado (58.1 frente a 46.7 %), lo cual confirmaría un supuesto de que en éstas la primera relación sexual se presenta en más alto nivel de forma imprevista o no planeada, bajo la creencia de que no se podría embarazar en este primer encuentro, lo que denota poca información sobre sus posibles implicaciones.⁴



Fuente: El Colef (2006).

GRÁFICA 1. Razones por las que no usó protección anticonceptiva en su primera relación sexual para no quedar embarazada

⁴Al respecto también puede ser de interés la gran proporción de residentes de la entidad que inician su vida sexual con un novio o prometido y no con el esposo, particularmente entre las originarias de Baja California de las que poco más de las tres cuartas partes tienen su primera relación con el novio, valor que es algo menor entre las inmigrantes.

En cierta medida también se hacen patentes problemáticas de género al no atreverse a pedirle a su pareja que use protección para no embarazarse, así como de limitaciones en el conocimiento de métodos anticonceptivos. Es destacable el hecho de que una parte de las jóvenes buscaban un embarazo, básicamente entre las inmigrantes (gráfica 1) lo que es más común en zonas rurales de alta marginación del país como estrategia para acceder a la maternidad y/o asegurar una pareja.⁵

Según la información disponible, la forma más importante de conclusión de los embarazos entre las jóvenes en Baja California es el nacimiento de un hijo. En esta entidad se presenta una situación de incremento relativo de la natalidad y un rejuvenecimiento de la fecundidad, ello a pesar de un descenso muy acentuado de la fecundidad del resto de las mujeres más adultas. En la entidad, a diferencia de lo observado en el promedio nacional, en el período 1990-92 a 2003-05, se produjo un incremento de los nacimientos que representó aproximadamente 12 por ciento de crecimiento con relación al total del país.

En correspondencia con lo señalado se observa que se ha elevado en las entidades de la frontera norte la importancia relativa en cuanto al número de nacimientos con relación al total del país. A nivel regional se manifiesta de manera más evidente al representar los nacimientos registrados en dichos estados en los inicios del siglo XXI, 16.7 por ciento del total del país, o sea, dos por ciento más que diez años antes, lo cual hace pensar en variaciones en la natalidad que han afectado de manera singular a la región fronteriza con relación al resto del país. El incremento relativo de los nacimientos se presenta particularmente elevado en las madres muy jóvenes de Baja California, entre las que se destacan las adolescentes no nativas residentes en dicha entidad.

Los cambios en el calendario de la fecundidad, que se infieren de estimaciones realizadas a partir de diferentes fuentes de información primarias generadas en el país para varios años (Inegi, 1990, 1991, 1992, 2000, 2001, 2002, 2006, 2007, 2010),⁶ que consiste en un crecimiento acelerado de los nacimientos provenientes de las mujeres jóvenes, o al menos un decrecimiento más lento de dicha variable

⁵Estudios realizados en zonas rurales de alta marginación del estado de Oaxaca aportan elementos en tal sentido (Palma y González, 2006).

⁶Los indicadores de fecundidad estimados a partir de censos de población y registros de hechos vitales, permiten tener una visión de la evolución de los niveles y el calendario de la referida variable demográfica para las últimas décadas, los cuales no se incluyen en este texto pues ello no constituye un aspecto central del mismo.

para la referida población, tanto para Baja California como para la frontera norte en general, se manifiestan como parte de un proceso experimentado en las etapas finales de la transición demográfica por países desarrollados y en otros casos menos comunes en que, sin un desarrollo económico significativo, han avanzados sustancialmente en su transición demográfica (Chackiel y Schkolnik, 2003; González, 2006). La réplica de dicho proceso en el contexto estatal de Baja California y en el resto de la frontera norte del país puede tener trascendentes implicaciones coyunturales en el área sociodemográfica.

Así la retrasada implosión, o su posible sustitución coyuntural por un *boom* demográfico de la fecundidad de las adolescentes, observado en otros contextos en épocas anteriores, puede funcionar no sólo como un freno al descenso de la fecundidad general, sino en casos extremos hasta como un punto de inflexión en la tendencia de dicha variable demográfica y con ello incrementar el crecimiento poblacional regional interrumpiendo en cierta medida importantes procesos sociodemográficos como el envejecimiento, y lo que puede resultar alarmante, potenciar el aumento de nacimientos no deseados o planificados, que traen como consecuencia trascendentes problemáticas sociales y familiares.

En relación con el aborto, otra forma relativamente importante de conclusión de una gestación –en otros contextos–, más adelante se hará referencia en este trabajo, haciendo hincapié en las interrupciones provocadas, ello cuando se analice las implicaciones de los embarazos no deseados.

IMPLICACIONES DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO PARA LAS JÓVENES Y SUS FAMILIARES

Conjuntamente con la magnitud de los embarazos juveniles y sus posibles eventos resultantes, ofrece interés el conocer las implicaciones mediatas que las gestaciones tempranas presentan, lo cual está asociado con los cambios estructurales y funcionales en los hogares, y que algunos autores estadounidenses han dado en llamar declinación de la familia (Vega, 2008), lo cual puede estar afectando de manera más aguda a los jóvenes inmigrantes. Ello se relaciona con diversos aspectos vinculados con la reproducción entre los que destaca el incremento de los nacimientos de niños fuera del matrimonio, el porcentaje de madres jóvenes que no se han casado ni unido consensualmente, la proporción de madres divorciadas, del número de hijos viviendo con uno solo de sus padres y de la disminución de tiempo de vida adulta compartida con el cónyuge y sus hijos.

En similar sentido la deserción escolar, en el contexto de esta entidad, es una de las problemáticas que más preocupan a las autoridades educacionales, padres y sociedad en general, lo cual puede estar condicionado por varios factores, entre los que se destaca el surgimiento de un embarazo. En este sentido se cuenta con el dato de que alrededor de la sexta parte de las jóvenes se encontraba estudiando cuando experimentaron su primer embarazo, proporción que resultó mayor para las nacidas en la entidad; sin embargo, fueron las migrantes las que en mayor grado dejaron de estudiar cuando apareció la gestación. La causa de ello pudiera encontrarse en la mayor precariedad en las condiciones de vida de las migrantes, así como en las menores redes naturales de apoyo, particularmente las redes familiares de estas últimas.

Entre otra de las implicaciones mediatas que tuvo la aparición de un primer embarazo se encuentra el abandono –presumiblemente involuntario– del hogar paterno. La información disponible al respecto muestra que una parte importante de las jóvenes residían con sus padres cuando se embarazaron (41.8 %), y de éstas dos de cada cinco se vieron obligadas a abandonar la casa de su familia. Dicha situación afectó de manera particular a las inmigrantes, lo que posiblemente esté vinculado a las menores posibilidades materiales y de espacio existente en las viviendas de éstas, por lo que se haría más difícil la aceptación de nuevos integrantes familiares.

Es también motivo de preocupación el que la mayor parte de los embarazos declarados por las de menos edad, dentro del grupo de las jóvenes (las de 15 a 19 años), puedan ser no planificados por éstas. En tal sentido se presenta el dato de que poco más de tres cuartas partes de las jóvenes que se embarazaron no buscaba una gestación.

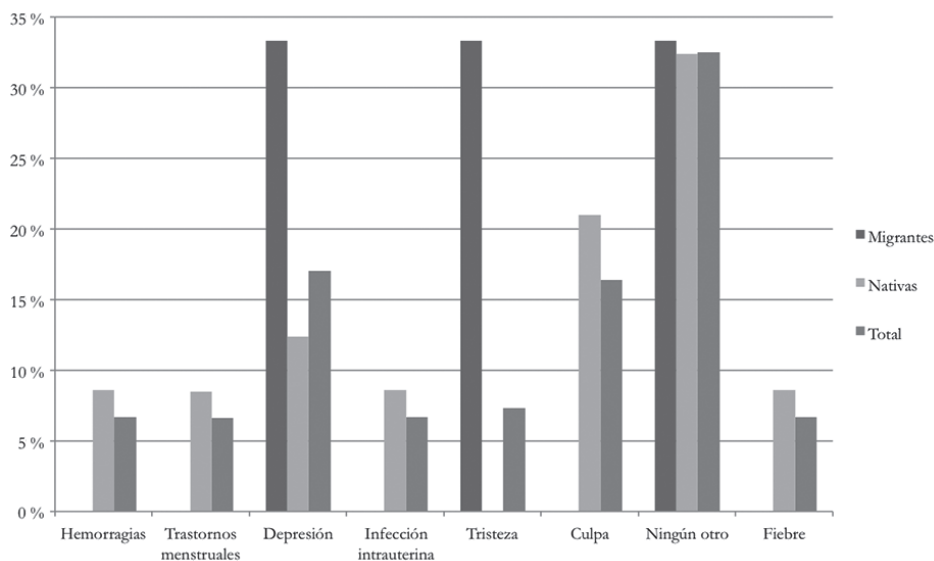
La situación antes referida, de gran incidencia de los embarazos no planificados entre las jóvenes de la entidad, puede conducir en igual sentido a la expansión de las interrupciones voluntarias de dicho proceso o a un nacimiento no deseado; sin embargo, sólo poco más de cinco por ciento de las jóvenes alguna vez embarazadas declaró haber concluido algún embarazo con una interrupción, sin poderse precisar la elevada subdeclaración supuestamente existente sobre el número total de estos eventos, ni qué proporción de dichas interrupciones ha sido provocada; lo cual pudiese tener que ver con la censura social y religiosa existente en la entidad en relación con el aborto; independientemente de ello, las interrupciones voluntarias fueron superiores en las inmigrantes de acuerdo con la fuente de datos utilizada.

A pesar de las limitaciones de información en torno a las interrupciones del embarazo en la entidad es posible asumir que la mayor parte de las mismas pueden representar un riesgo para la salud y hasta la vida, por la ilegalidad que pesa sobre esta práctica, en la generalidad del país, lo que obliga a las jóvenes con menos recursos económicos a recurrir a abortos clandestinos en condiciones sanitarias inadecuadas, aunque estudios realizados muestran el paso de mujeres a las cercanas ciudades estadounidenses para realizarse abortos (Ojeda, 2004), dado que en el vecino país esta práctica no es ilegal. De acuerdo con los datos disponibles en la *Encuesta de salud reproductiva en la adolescencia de Baja California* (El Colef, 2006) los medios para la realización de los abortos fueron principalmente “algún medicamento” para las nacidas en la entidad y los “tés” para las migrantes, lo cual es una práctica precolonial en México que les fue transmitida a las jóvenes por las madres y no por las amigas, contrario a lo observado como dominante entre las bajacalifornianas.

Es también aceptado la mayor afectación, de las menos dotadas de recursos económicos y de información, como es el caso de las inmigrantes, de las que poco más de la mitad expresaron que tuvieron problemas de salud o emocionales, asociados a la realización de un aborto provocado en condiciones no propicias, pues a través de estudios realizados en otros países se conoce que una interrupción de embarazo con la asistencia de los especialistas médicos y de condiciones sanitarias adecuadas no implica mayor riesgo que un embarazo llevado a término (González, 2000).

Como condicionantes de afectaciones de la salud por la realización de un aborto, en el contexto de Baja California, se debería agregar las presiones sociales y religiosas, lo cual es posible ser inferido a partir de que entre los problemas de salud que plantean haber tenido las inmigrantes, vinculados al haberse practicado un aborto, se encuentran básicamente los de tipo emocional tales como depresión, tristeza y culpa (gráfica 2).

Relacionado con lo antes expresado, otro aspecto en el que se refleja una situación de inequidad que afecta a las jóvenes migrantes es la mortalidad que experimentan sus hijos. La mortalidad en los primeros años de existencia de las personas depende, en gran medida, de las condiciones de vida en que se desarrollan los infantes, referidas a la atención médica prenatal de la madre así como del hijo luego de su nacimiento, a condiciones sanitarias, de nutrición y del entorno familiar, social y cultural (Bronfman, 2003), aspectos ante los que diversas subpoblaciones se encuentran en situación desventajosa, entre éstos se destacan los jóvenes inmigrantes (Molina, 2002).



Fuente: El Colef (2006).

GRÁFICA 2. *Problemas de la salud vinculados a la realización de un aborto*

La vulnerabilidad de los infantes de morir en los primeros meses, o años de vida, asociado a la migración, se relaciona con las limitaciones que experimentan las personas que se desplazan de una zona a otra para acceder a la riqueza económica o social existente en el lugar de destino, lo que determina las condiciones de vida de éstos, afectando de manera directa la salud de las madres y las posibilidades de sobrevivencia de sus hijos menores.

Investigaciones realizadas evidencian que la mortalidad de los hijos afecta en mayor medida a las madres jóvenes inmigrantes que a las que son nacidas en Baja California. La diferencia en valores de algunos indicadores al respecto, como la tasa de mortalidad infantil, fue estimada en aproximadamente siete muertes más, por cada mil nacidos vivos para las inmigrantes de esta entidad, en el período 1988-1997. En años más recientes, aunque los niveles de mortalidad han disminuido, las diferencias desfavorables con respecto a las inmigrantes no parecen haber cambiado. Según datos del año 2006, las madres que han sufrido la pérdida de algún hijo, entre las inmigrantes, supera en 50 puntos porcentuales a las madres originarias del estado que se encuentran en igual situación.

ATENCIÓN MÉDICA DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Otro aspecto que evidencia la situación de inequidad, a la que están expuestas en mayor grado las migrantes, está relacionado con el tipo de personal que diagnosticó la rrs en la adolescencia, pues en la totalidad de los casos de nativas ello fue realizado por un médico, mientras que esta posibilidad sólo la tuvo poco más de 80 por ciento de las migrantes, en el resto de los casos accedieron a un personal aparentemente menos especializado al respecto, como enfermeras o trabajadoras sociales, principalmente.

Referencia especial se puede realizar sobre la más letal y estigmatizada de las infecciones de transmisión sexual, como es el caso del sida, pues alrededor de dos terceras partes de las inmigrantes no se han realizado alguna prueba al respecto, lo que limita su tratamiento para disminuir la letalidad y las afectaciones que pueden sufrir en la calidad de vida las jóvenes y particularmente las migrantes que padecen el temido mal, las que además pueden agregar por ello un nuevo estigma a su condición, ya que como se ha referido la discriminación social a las personas con sida se ha propagado en paralelo con el desarrollo de dicha enfermedad.

Resulta relevante para la salud reproductiva de las jóvenes y de sus hijos la atención médica que reciben durante el proceso del embarazo, misma que ha alcanzado una considerable cobertura en las zonas urbanas de México (Chávez *et al.*, 2007), así como en Baja California donde sólo se registró 3.2 por ciento de jóvenes que durante el primer embarazo no recibieron alguna revisión prenatal.

La condición migratoria condiciona un comportamiento diferencial al respecto al superar en 50 por ciento la proporción de inmigrantes a las nativas que no fueron revisadas durante el embarazo, llamando la atención al respecto que mientras la mayor parte de estas últimas expusieron ante ello el sentirse bien, no considerarlo necesario o no contar con el servicio médico, de las migrantes que no recibieron el referido servicio la totalidad declaró que ello fue por sentirse bien, por no considerarlo necesario, por falta de dinero o por problemas de acceso a los servicios médicos.

A diferencia de lo que se presenta en el resto del país, la mayor parte de revisión prenatal tiene lugar en dependencias del Instituto Mexicano del Seguro Social y en clínicas o consultorios privados –a estos últimos acuden en mayor cantidad las oriundas de Baja California (El Colef, 2006)–. De cierta importancia es también la concurrencia a la Secretaría de Salud Pública, mientras que a las consultas prenatales en otras instituciones de gobierno y clínicas estadounidenses asisten pocas de las jóvenes embarazadas.

Al igual que la revisión prenatal, la atención durante el parto resulta importante para la salud de las mujeres y su descendencia. Este servicio es recibido básicamente en establecimientos del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como en clínicas u hospitales privados. Como otra peculiaridad de la región se presenta que poco más de una de cada 20 jóvenes oriundas de Baja California residentes en este estado, dan a luz en Estados Unidos, con lo que se busca, en general, que el niño adquiera una serie de ventajas por el nacimiento en el vecino país del norte.

Durante el período del puerperio o de “cuarentena”, una proporción de jóvenes de esta ciudad que asciende a 78 por ciento recibió alguna consulta médica, resultando menos favorecidas al respecto las inmigrantes.

LA EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS JÓVENES MIGRANTES DE BAJA CALIFORNIA

En uno de los aspectos en los que más se hace patente la transformación –declinación para otros– de las funciones de la familia, es el relacionado con la orientación sexual en la adolescencia. Los padres comunican poco y de forma inadecuada a los hijos al respecto, por tales razones, como se evidenció, los jóvenes llegan a la primera relación sexual con una muy limitada información, lo que condiciona el comportamiento “irresponsable” y potencialmente desencadenante de graves problemáticas para ellos y sus familias en general.

En el referido contexto surge la educación sexual a fin de contrarrestar la falta de información, los prejuicios y la confusión en la toma de decisiones de los jóvenes, por lo que es asumida por otras instituciones que consideran diferentes modelos entre los que se destacan el escolar y el institucional de salud y planificación familiar, sustentados en los que se adoptan diferentes estrategias que deben tomar en cuenta las necesidades reales de los jóvenes y la sensibilización de distintos sectores sociales y gubernamentales acerca de la importancia de educar sexualmente a los adolescentes (Aguilar *et al.*, 2008).

La estrategia escolarizada formal se sustenta en textos y conferencias de los profesores que tienen un carácter informativo en aspectos básicamente biológicos y reproductivos, los que se encuentran insertos en el plan de educación básica a nivel primaria y secundaria de la Secretaría de Educación Pública, mientras que ello puede ser complementado de manera no formal por instituciones privadas que apoyan a las escuelas para el desarrollo de dichos temas. También se puede

considerar la implementación de lo antes señalado con la estrategia educativa re-creativa donde los jóvenes pueden cubrir necesidades como puede ser la de contar con ciertos conocimientos a través de talleres de sexualidad.

En el modelo Institucional de Salud y Planificación Familiar se incluye programas que llevan a cabo instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la importante Dirección Integral de la Familia (DIF) y el programa Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (Mexfam), entre otras. Éstos se centran en el cuerpo de la mujer, la fecundidad y el desarrollo personal.

También se llevan a cabo estrategias comunitarias que hacen hincapié en las condiciones de vida con iguales derechos para las mujeres y los hombres, con modalidades como servicios clínicos para el embarazo adolescente, consultorio médico general, entre otros.

CUADRO 2. *Primera persona o medio que sirvió como fuente de información sobre temas de educación sexual, según condición migratoria de la mujer (%)*

Primera persona que te habló sobre las relaciones sexuales									
	<i>Maestro</i>	<i>Médico</i>	<i>Padres</i>	<i>Otro familiar</i>	<i>Mamá</i>	<i>Amigos</i>	<i>Otro</i>	<i>Nadie</i>	<i>Total</i>
Nativos	39.35	2.77	10.63	2.63	33.47	5.36	1.44	4.36	100
Inmigrantes	41.85	3.02	6.25	3.43	26.03	5.45	2.84	11.14	100
<i>Total</i>	<i>40.33</i>	<i>2.87</i>	<i>8.91</i>	<i>2.94</i>	<i>30.55</i>	<i>5.39</i>	<i>1.98</i>	<i>7.01</i>	<i>100</i>
Primera persona que te habló sobre los métodos anticonceptivos									
	<i>Maestro</i>	<i>Médico</i>	<i>Padres</i>	<i>Otro familiar</i>	<i>Mamá</i>	<i>Amigos</i>	<i>Otro</i>	<i>Nadie</i>	<i>Total</i>
Nativos	45.16	9.64	8.63	2.08	25.77	2.81	2.98	2.92	100
Inmigrantes	48.33	9.15	4.6	2.63	19.38	3.52	4.36	8.03	100
<i>Total</i>	<i>46.4</i>	<i>9.45</i>	<i>7.05</i>	<i>2.29</i>	<i>23.27</i>	<i>3.09</i>	<i>3.52</i>	<i>4.93</i>	<i>100</i>
Primera persona que te habló sobre el sida									
	<i>Maestro</i>	<i>Médico</i>	<i>Padres</i>	<i>Otro familiar</i>	<i>Mamá</i>	<i>Amigos</i>	<i>Otro</i>	<i>Nadie</i>	<i>Total</i>
Nativos	51.55	12.88	9.15	1.28	11.81	0.69	10.17	2.48	100
Inmigrantes	52.32	10.80	5.12	1.36	9.02	0.98	13.56	6.84	100
<i>Total</i>	<i>51.84</i>	<i>12.09</i>	<i>7.62</i>	<i>1.31</i>	<i>10.75</i>	<i>0.80</i>	<i>11.46</i>	<i>4.13</i>	<i>100</i>

(continúa)

(concluye)

Primera persona que te habló sobre los embarazos no deseados									
	<i>Maestro</i>	<i>Médico</i>	<i>Padres</i>	<i>Otro familiar</i>	<i>Mamá</i>	<i>Amigos</i>	<i>Otro</i>	<i>Nadie</i>	<i>Total</i>
Nativos	34.08	6	11.70	3.05	28.21	3.60	3.05	10.31	100
Inmigrantes	38.05	5.18	6.68	3.01	19.59	4.75	2.77	19.96	100
<i>Total</i>	<i>35.63</i>	<i>5.68</i>	<i>9.74</i>	<i>3.03</i>	<i>24.85</i>	<i>4.05</i>	<i>2.94</i>	<i>14.08</i>	<i>100</i>

Fuente: El Colef (2006).

A pesar de la diversidad de estrategias empleadas, a lo largo del trabajo se ha evidenciado que éstas no han sido totalmente adecuadas, de manera más acentuada para las mujeres migrantes; así vemos que los medios a través de los cuales las jóvenes tuvieron las primeras informaciones sobre diferentes aspectos de sexualidad y reproducción, tales como los métodos anticonceptivos, el sida y las relaciones sexuales, fueron los maestros y las madres, también presentaron algún protagonismo al respecto los médicos, relegando a un plano muy marginal a las amigas y los medios televisivos. Entre las diferencias se destaca la muy superior proporción de migrantes, con relación a las nativas, a las que nadie les habló sobre dichas temáticas, lo que sugiere la necesidad de difundir más estas importantes temáticas entre las inmigrantes (cuadro 2).

CUADRO 3. *Personas o medios que desearían las jóvenes que ampliaran la información que recibieron sobre temas de educación sexual, según condición migratoria de la mujer*

¿Quién te hubiera gustado te diera más información sobre las relaciones sexuales?								
	<i>Maestro</i>	<i>Médico</i>	<i>Padres</i>	<i>Otro familiar</i>	<i>Mamá</i>	<i>Otro</i>	<i>Nadie</i>	<i>Total</i>
Nativos	26.78	16.08	14.73	1.40	36.63	4.38	0	100
Inmigrantes	23.82	10.59	11.65	2.09	48.4	2.83	0.61	100
<i>Total</i>	<i>25.49</i>	<i>13.69</i>	<i>13.39</i>	<i>1.7</i>	<i>41.74</i>	<i>3.71</i>	<i>0.26</i>	<i>100</i>

(continúa)

(concluye)

¿Quién te hubiera gustado te diera más información sobre los métodos anticonceptivos?								
	<i>Maestro</i>	<i>Médico</i>	<i>Padres</i>	<i>Otro familiar</i>	<i>Mamá</i>	<i>Otro</i>	<i>Nadie</i>	<i>Total</i>
Nativos	25.06	26.18	10.32	1.01	34.29	3.14	0	100
Inmigrantes	23.34	17.97	8.63	1.63	44.16	3.69	0.57	100
<i>Total</i>	<i>24.33</i>	<i>22.66</i>	<i>9.60</i>	<i>1.28</i>	<i>38.52</i>	<i>3.38</i>	<i>0.24</i>	<i>100</i>

¿Quién te hubiera gustado te diera más información sobre el sida?								
	<i>Maestro</i>	<i>Médico</i>	<i>Padres</i>	<i>Otro familiar</i>	<i>Mamá</i>	<i>Otro</i>	<i>Nadie</i>	<i>Total</i>
Nativos	26.74	39.11	10.78	1.03	16.42	4.74	1.17	100
Inmigrantes	26.94	38.23	7.13	0.94	21.51	3.88	1.38	100
<i>Total</i>	<i>26.82</i>	<i>38.75</i>	<i>9.29</i>	<i>0.99</i>	<i>18.51</i>	<i>4.39</i>	<i>1.26</i>	<i>100</i>

¿Quién te hubiera gustado te diera más información sobre los embarazos no deseados?								
	<i>Maestro</i>	<i>Médico</i>	<i>Padres</i>	<i>Otro familiar</i>	<i>Mamá</i>	<i>Otro</i>	<i>Nadie</i>	<i>Total</i>
Nativos	25.62	23.44	15.64	0.50	30.43	4.37	0	100
Inmigrantes	27.08	14.85	11.22	0.99	41.52	3.75	0.59	100
<i>Total</i>	<i>26.25</i>	<i>19.72</i>	<i>13.72</i>	<i>0.71</i>	<i>35.23</i>	<i>4.10</i>	<i>0.26</i>	<i>100</i>

Fuente: El Colef (2006).

No obstante la relativa alta proporción de las jóvenes a las que alguien les habló sobre los temas referidos, ello fue percibido como una información muy superficial por parte de las mismas, las que expusieron su interés porque les hubieran hablado más al respecto, tanto las madres como los maestros, dándole más participación a los médicos –fundamentalmente en el caso del sida–, lo que inclinaría a pensar que se le atribuye un gran valor a la comunicación filial y dentro de las instituciones a las escuelas y a los centros médicos (cuadro 3).

Es necesario señalar que, para lograr la efectividad de los programas de educación sexual, se debe buscar la asistencia coordinada de especialistas de diferentes disciplinas en todos los niveles de organizaciones comunitarias y gubernamentales a fin de que dichos programas alcancen efectividad y lleguen a la totalidad de los jóvenes, incluyendo a las inmigrantes.

Finalmente, se hace necesario destacar que, en el marco de los programas de educación sexual, se debe desarrollar proyectos dirigidos al análisis y resolución de las contradicciones esenciales que afectan a la adolescencia y la juventud, sustentados en el criterio de que ello es necesario para que los más jóvenes puedan asumir responsablemente los cambios en su sexualidad, no resultando suficiente tratar de incidir directamente en el conocimiento que sobre la sexualidad y el uso de anticonceptivos pueda tener este segmento de la población.

CONCLUSIONES

Con el presente estudio se ha logrado conjuntar nueva información sobre la salud sexual y reproductiva de las jóvenes inmigrantes de Baja California, lo que ha permitido el desarrollo de análisis de diferentes tópicos de los que existen pocos antecedentes en el ámbito regional y nacional, resultando de utilidad en investigaciones sociales que tomen en cuenta, de forma directa o indirecta, aspectos de las relaciones sexuales y del embarazo temprano que afecten a una parte significativa de la juventud bajacaliforniana.

Como primer resultado de interés se encuentra la poca correspondencia entre el conocimiento sexual de las jóvenes que, aunque fue medido en forma primaria, sugirió una cierta universalidad, y su comportamiento en relación con la sexualidad, lo que facilita la incidencia de infecciones de transmisión sexual, con mayores afectaciones al respecto para el caso de las inmigrantes.

Otro resultado de la sexualidad ejercida de forma poco informada es el embarazo, generalmente no planificado en estas edades, el cual alcanza altos valores en Baja California, destacándose entre sus condicionantes la extensión de actitudes más permisivas en torno a la sexualidad de los más jóvenes, pero sin dotar a los mismos de los conocimientos necesarios para que a partir de ello no experimentan una gestación no deseada. Así, el no uso de anticonceptivos efectivos o su utilización inadecuada, particularmente en las primeras relaciones sexuales completas, propicia la aparición de un embarazo, especialmente en poblaciones con ciertas características como son el ser más joven, no asistir a la escuela o el ser migrante.

Las implicaciones mediatas de los embarazos no planificados son variadas, representando un obstáculo para el desarrollo de proyectos de vida que les permitan asumir a los jóvenes otras etapas de manera más preparada económica y/o profesionalmente.

La deserción escolar, como una de las problemáticas que más preocupan a las autoridades educacionales, padres y sociedad en general, puede estar condicionada por varios factores, entre los que supuestamente se destaca el surgimiento de un embarazo. En este sentido se cuenta con el dato de que alrededor de la sexta parte de las jóvenes se encontraba estudiando cuando experimentaron su primer embarazo, proporción que resultó mayor para las nacidas en la entidad, sin embargo fueron las migrantes las que en mayor grado dejaron de estudiar cuando apareció la gestación. La causa de ello pudiera encontrarse en la mayor precariedad en las condiciones de vida de las migrantes, así como en las menores redes de apoyo familiar de estas últimas.

Entre otra de las implicaciones mediatas de mayor trascendencia que tuvo la aparición de un primer embarazo se encuentra el abandono del hogar paterno. La información disponible al respecto muestra que una parte importante de las jóvenes residían con sus padres cuando se embarazaron (41.8 %), y de éstas, dos de cada cinco se vieron obligadas a abandonar la casa de su familia. Dicha situación afectó particularmente a las inmigrantes, lo que posiblemente esté vinculado con las menores posibilidades materiales y de espacio existente en las viviendas de las mismas, por lo que se haría más difícil la aceptación de nuevos integrantes familiares.

Es también motivo de preocupación el que la mayor parte de los embarazos declarados por las de menos edad dentro del grupo de las jóvenes (15-19 años) puedan ser no planificados por éstas. En tal sentido, se presenta el dato de que poco más de tres cuartas partes de las jóvenes que se embarazaron no buscaba una gestación.

Derivado de la alta incidencia de embarazos no planificados se observa la preponderancia de embarazos no deseados, lo que puede incidir en un potencial alto nivel de interrupciones provocadas de gestaciones que se evidencian en mayor grado y con más afectaciones entre las migrantes. Esto último, para las jóvenes de la entidad, en general, parece estar asociado a las repercusiones negativas que trae aparejado las presiones sociales y religiosas, superando inclusive, de acuerdo con las evidencias empíricas, a las condiciones médico-sanitarias en que se practican los abortos a una supuesta gran proporción de jóvenes.

Resultan reveladores los principales agentes de la primeras informaciones recibidas por las jóvenes sobre diferentes aspectos de la sexualidad y reproducción en Baja California, éstos fueron básicamente los maestros y las madres. Así mismo es llamativa la relativamente elevada proporción de jóvenes inmigrantes a las que nadie les habló al respecto.

En este sentido, la percepción de lo limitado de dicha información que manifestaron las jóvenes, las cuales expresaron el deseo de recibir más conocimiento sobre dichos temas a través de una mayor comunicación filial (madre) e institucional por medio de las escuelas y los centros médicos.

Por último, resulta oportuno resaltar que las políticas dirigidas a resolver estas problemáticas trascendentes que afectan a la juventud, no son totalmente efectivas si sólo tratan de incidir de forma directa en el conocimiento que sobre la sexualidad y el uso de anticonceptivos se pueda tener, sin tratar de trabajar por la resolución de contradicciones esenciales existentes que impiden su desarrollo pleno.

REFERENCIAS

- AGUILAR, Ofelia *et al.*, 2008, *Guía operativa para programas de educación sexual y servicios de salud reproductiva para jóvenes*, México, D. F., Population Council-Fronteras/Mexfam.
- BRONFMAN, Mario, 2003, *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*, Cuernavaca, CRIM/UNAM.
- CHACKIEL, Juan y Susana SCHKOLNIK, 2003, *América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad*, Santiago de Chile, Naciones Unidas/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población, Serie de Población y Desarrollo, núm. 42.
- CHÁVEZ, Ana María; Patricia URIBE y Yolanda PALMA, coordinadoras, 2007, *La Salud Reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, México, Secretaría de Salud/CRIM/UNAM.
- EL COLEGIO DE LA FRONTERA NORTE [base de datos], 2006, *Encuesta de Salud Reproductiva en la Adolescencia de Baja California*, Tijuana, El Colef/Conapo.
- GONZÁLEZ, Humberto, 2000, *Aspectos sociodemográficos del embarazo adolescente en Cuba*, La Habana, Editorial de la Oficina Nacional de Estadísticas.
- GONZÁLEZ, Humberto, 2006, “Cambios previsibles en los niveles de fecundidad de las adolescentes mexicanas: El caso de la frontera norte”, *Frontera Norte*, Tijuana, El Colef, vol. 18, núm. 36, pp. 29-52.
- GONZÁLEZ, Humberto, 2011, “Caracterización sociodemográfica de la población en tránsito a la vida adulta en Tijuana”, en Norma Ojeda y María Eugenia Zavala-Cosío, coordinadoras, *Jóvenes fronterizos/Border youth*, Tijuana, El Colef/Conacyt.
- IGLESIAS, Mildred *et al.*, 2012, *Constructo para la aproximación a dimensiones sociales de la discriminación hacia las personas con VIH*, La Habana/Tijuana, Centro de estudios de Población y Desarrollo/El Colegio de La Frontera Norte.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) [base de datos], 1990, *Censo General de Población y Vivienda*, Aguascalientes, Inegi.
- INEGI [base de datos], 2013, “Registros de Estadísticas de Nacimientos”, 1991, 1992, 2000, 2001, 2002, 2006, 2007, Aguascalientes, Inegi.
- INEGI [base de datos], 2010, *Censo General de Población y Vivienda*, Aguascalientes, Inegi.
- INEGI y CONAPO [base de datos], 2009, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*, México, D. F., Inegi/Conapo.

- MOLINA, María del Carmen [tesis], 2002, *Mortalidad infantil según estatus migratorio de la madre en los estados de la frontera norte de México: Período 1987-1997*, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte.
- OJEDA, Norma, 2004, "Silent and Alone: Abortion in a Transborder Context", en Ellen R. Hansen y Doreen Mattingly, editoras, *Woman and change at the U.S.- Mexico Border*, Arizona, University of Arizona Press, pp. 133-144.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2009, *Retos planteados por la epidemia de VIH en América Latina y el Caribe 2009*, Perú, OPS/UNICEF/ONUSIDA.
- PALMA, Yolanda y Humberto GONZÁLEZ, 2006, "Comportamiento reproductivo en adolescentes: resultado de una encuesta en los Valles Centrales de Oaxaca", *Andamios: Revista de Investigación Social*, México, D. F., IIS-UACM, año 2, núm. 1, pp. 39-59
- VAN DE KAA, Dirk J., 1987, "Europe's Second Demographic Transition", *Population Bulletins*, Washington, Population Reference Bureau, vol. 42, núm. 1.
- VEGA, Germán [ponencia], 2008, "Hogares y relaciones de género en la Frontera Norte: Un estudio de caso de familias monoparentales en Ciudad Juárez, Chihuahua", IX Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Guadalajara, Somede.
- ZAPATA, Rogelio; Eduardo GONZÁLEZ y Gudelia RANGEL [mimeo], 2012, "Mortalidad por VIH/sida en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes", en *Población y salud en la frontera norte de México*, Tijuana, El Colef.
- ZEIDENTEIN, George [conferencia], 1989, "La fecundidad adolescente, la salud y la condición de la mujer", Conferencia Internacional sobre Fecundidad en la Adolescencia en América Latina y El Caribe, Oaxaca, México.