

ASPECTOS SOCIALES DEL EMBARAZO Y LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN AMÉRICA LATINA

Edith Alejandra Pantelides*

RESUMEN

Luego de repasar las razones que despertaron el interés de los estudiosos por la fecundidad adolescente, en este artículo se revisan los conocimientos sobre los aspectos sociales que inciden en las diferencias en maternidad adolescente en América Latina. Entre los aspectos macrosociales se destacan las políticas públicas y entre los del contexto social próximo, el lugar de residencia de las jóvenes, la disponibilidad de recursos para la atención en salud reproductiva y la anticoncepción, la estructura familiar y la interacción con los padres, otros adultos y el grupo de pares. También se abordan características individuales, entre las que se cuentan la edad, el estrato socioeconómico, el nivel de educación y la pertenencia a grupos étnicos. Por último, se analiza el efecto en la conducta reproductiva de las adolescentes de sus percepciones, actitudes y conocimientos de aspectos de la reproducción y la anticoncepción, para finalizar con breves consideraciones sobre las posibles causas de la lentitud relativa del descenso de la fecundidad adolescente.

* Investigadora independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) e investigadora titular del Centro de Estudios de Población (CENEP), Argentina.

ABSTRACT

After reviewing the reasons that stimulated the interest of scholars in adolescent fertility, this article reviews the current knowledge on social aspects that affect differences in adolescent maternity in Latin America. The macrosocial aspects include public policies, and aspects of the immediate social context include the place of residence of the young women, the availability of resources for reproductive health services and contraception, the family structure and the interaction with parents, other adults and the peer group. Individual characteristics are also considered, including age, socioeconomic group, level of education and ethnic groups. Lastly, the effect on adolescents' reproductive behaviour of their perceptions, attitudes and knowledge with regard to reproduction and contraception are analyzed, and the paper concludes with a brief consideration of the possible reasons for the relatively slow decline in adolescent fertility.

RESUMÉ

Cet article passe d'abord en revue les raisons qui ont suscité l'intérêt des analystes pour la fécondité chez les adolescents, pour se pencher ensuite sur les connaissances relatives aux aspects sociaux qui ont une incidence sur les différences existant en Amérique latine en matière de fécondité adolescente. Les principaux aspects macro sociaux sont les politiques publiques et, en ce qui concerne l'environnement social proche, le lieu de résidence des jeunes filles, la disponibilité de ressources pour les soins de santé en matière d'hygiène de la procréation et de contraception, la structure familiale et l'interaction avec les parents, d'autres adultes et le groupe de pairs. D'autres caractéristiques individuelles sont également prises en compte, telles que l'âge, la couche socio-économique, la scolarisation et l'appartenance aux groupes ethniques. Finalement, l'étude aborde l'effet, en termes de comportement procréateur des adolescentes, de leurs perceptions, attitudes et connaissances relatives à la procréation et à la contraception. Quelques brèves considérations sont ensuite exposées quant aux causes possibles de la lenteur relative du fléchissement de la fécondité chez les adolescentes.

I. INTRODUCCIÓN

Las investigaciones sobre fecundidad y embarazo adolescente, de orientación tanto biomédica como social, exhibieron un gran impulso en la década de 1970 en los países desarrollados, sobre todo en Estados Unidos. En la región de América Latina y el Caribe el fenómeno se observó en los años ochenta y se consolidó a fines de esa década. El surgimiento de interés por el tema se ha justificado de diversas maneras, que se examinan a continuación.

En primer lugar, las tasas de fecundidad de las menores de 20 años se consideraban altas y eran vistas como un problema social e individual. No se tenían en cuenta las diferencias culturales, según las cuales en ciertas sociedades en que la maternidad a edad temprana es la norma aceptada e incluso alentada,¹ ni el ciclo vital en el que muchas madres adolescentes están en uniones estables y tener hijos es lo esperado y deseado.

En segundo lugar, la preocupación se justificaba por el aumento de la fecundidad adolescente, si bien los datos no daban sustento a este argumento ya sea por falta de información o porque indicaban estabilidad o una tendencia contraria a las postuladas (CEPAL/CELADE, 2002; Luker, 1997; Naciones Unidas, varios años).

También se señalaba el riesgo para la vida y la salud que, para la madre y el hijo, provendría de una maternidad temprana. Sin embargo, ya a fines de la década de 1970 había investigaciones que evidenciaban que los riesgos de salud para la madre adolescente y el hijo obedecían en gran medida a la falta de cuidados médicos y a deficiencias nutricionales debidas a su situación económica (las madres adolescentes eran mayoritariamente pobres) o al descuido de la propia salud, no eran consecuencia de la edad de las madres en sí misma (Baldwin y Caine, 1980; Griffiths, 1977; Hollingsworth, Kotchen y Felice, 1982; Makinson, 1985; McAnarney y otros, 1978; Menken, 1980).² Una compilación reciente de los estudios realizados en México sobre parturientas adolescentes tampoco muestra que estas corran riesgos significativamente superiores a los de las adultas (Román Pérez y otros, 2001).

¹ Véase Furstenberg Jr. (1998) acerca de las circunstancias en las que la maternidad adolescente se transforma en un problema.

² Citados en Hayes (1987).

La preocupación por la fecundidad adolescente también se fundamentaba en las desventajas vinculadas a la condición de madre soltera, para esta y su hijo. Ahora bien, en muchas sociedades, la mayor parte de las madres adolescentes son casadas o unidas consensualmente al momento de tener el hijo, aunque a menudo la unión o casamiento son posteriores al embarazo, pero anteriores al nacimiento (Añaños, 1993: p. 4; Pantelides, 1995: p. 17; Singh y Wulf, 1990: pp. 62-64).

Por último se sostenía que convertirse en madre en la adolescencia conducía a un menor nivel de educación y de estatus socioeconómico en general (Hayes, 1987: p.123). Este argumento se relaciona con el que afirma que la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza (Buvinic y otros, 1992). Sin embargo, la evidencia puede ser leída en forma inversa; es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia. Dicho en forma más general, las condiciones socioeconómicas preexistentes explicarían por qué algunas adolescentes se convierten en madres y otras no (Geronimus y Korenman, 1992; Luker, 1997; Stern, 1997).³

Si la fecundidad adolescente no estaba aumentando, los riesgos de salud no eran una consecuencia de la edad de las madres y las carencias educacionales y económicas no eran —al menos no en gran medida— un resultado de la maternidad temprana cabe preguntarse cómo se explica esta preocupación.⁴ La respuesta no es sencilla, pero es posible sugerir algunos factores, aunque no estimar su orden de importancia. En primer lugar, y desde un punto de vista “demográfico”, la proporción de nacimientos que corresponden a madres adolescentes ha ido en aumento, en general no debido a un incremento de las tasas de fecundidad en esas edades sino porque la fecundidad de las menores de 20 años disminuyó relativamente menos que la de las demás mujeres (Ferrando, 2003). Del mismo modo, ha ido en aumento en muchos países el número de nacimientos de madres adolescentes, tampoco en virtud del aumento de las tasas de fecundidad sino porque tasas estancadas o en descenso lento se han combinado con cohortes de tamaño creciente. Ello ha dado lugar a la impresión, especialmente a los profesionales de los servicios públicos de salud, que atienden el grueso de los nacimientos en edades tempranas y cada vez a más madres adolescentes, de que la fecundidad de este grupo etario está aumentando.

³ Un excelente trabajo de Ralph Hakkert (2001) examina en detalle la evidencia sobre las consecuencias de la maternidad temprana para la madre adolescente y su hijo.

⁴ Un análisis muy agudo y bien documentado de los factores que explican la preocupación por la fecundidad adolescente en Estados Unidos figura en Luker (1997). El caso de México se considera en Stern (1997).

En segundo lugar, como consecuencia del avance de los movimientos feministas, se está imponiendo la preocupación por que las mujeres que así lo deseen tengan la oportunidad de trabajar, estudiar o tener otros objetivos y actividades además de —o en lugar de— la maternidad. Tener un hijo a edad temprana sin duda dificulta la realización de ese tipo de objetivos. Por último, puede tratarse también de una reacción frente al ejercicio de la sexualidad especialmente por parte de las mujeres jóvenes, que parece haber escapado al control social.

II. ASPECTOS SOCIALES DEL EMBARAZO Y LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE

En este trabajo se examinan los aspectos sociales que, con mayor frecuencia, se han identificado como factores determinantes de las diferencias en la fecundidad en la adolescencia. Se trata sobre todo de una revisión —sin duda parcial— de la literatura sobre el tema y no se incluye información original ni una reelaboración de datos secundarios.⁵

Si bien el título menciona tanto el embarazo como la fecundidad, cabe notar que la información que se posee sobre el embarazo es escasa. Por una parte, no se registra en forma sistemática y por otra, aunque en algunas encuestas se ha preguntado por embarazos, no se ha encontrado mayor elaboración de los resultados en relación con variables sociodemográficas. En consecuencia, nos concentraremos en los aspectos sociales de la fecundidad y de sus determinantes próximos, en particular la edad en el momento de la iniciación sexual y el uso de métodos anticonceptivos. Cuando la investigación existente lo permita, se hará referencia al aborto.

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, desde el más alejado, el nivel macrosocial, al más próximo, la conducta, o el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. En el nivel macrosocial se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente. El contexto social abarca también factores importantes más “próximos” al individuo, entre otros, el lugar de

⁵ Existen al menos dos publicaciones que examinan en forma amplia el tema del embarazo y la fecundidad en la adolescencia en América Latina: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001) y de Oliveira (2000), este último solamente para los casos de Argentina, Brasil y México.

residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad integrados por docentes y grupos de pares, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, y la disponibilidad de recursos anticonceptivos. Las siguientes características de los sujetos determinan grados de “vulnerabilidad” a una fecundidad precoz: su edad, su situación socioeconómica, sobre todo su nivel de educación, y su grupo étnico. En último lugar, las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes o no a una fecundidad temprana.

No todos los aspectos enunciados han sido estudiados, como tampoco abunda el abordaje empírico de su relación. En la investigación empírica se han dejado de lado sobre todo los factores de orden macrosocial, que tampoco se tratan con detalle en este artículo.

III. FUENTES DE INFORMACIÓN

Una de las fuentes de datos más importantes sobre la fecundidad son las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), realizadas a mujeres de 15 a 49 años en varios países de la región. Las más antiguas contienen poca información de interés para este trabajo, pero las realizadas a partir de mediados de la década de 1990 incorporan secciones destinadas específicamente a la fecundidad adolescente o de las mujeres de 15 a 24 años, si bien a veces sumamente escuetas o con tablas mal concebidas, que no explotan adecuadamente la información.⁶ Sorprendentemente, muchos datos se refieren solamente al grupo de 15 a 24 años sin mayores distinciones, reuniendo edades con características muy disímiles, lo que vuelve inútil esa información para el estudio de la adolescencia.⁷ Otros solo se presentan para las mujeres en unión, dejando de lado a las solteras, con la consecuente pérdida de información crucial. Las encuestas realizadas por equipos locales de varios países y apoyadas por el “Center for Disease Control” (CDC) de los Estados Unidos también son una fuente de información relevante. En estas

⁶ Se ha trabajado solamente con el material publicado, no con las bases de datos. Véase Guzmán, Hakker, Contreras y Falconier de Moyano (2001), cuya inteligente reelaboración de los datos de diversas encuestas arroja resultados muy interesantes.

⁷ Estas categorías suelen ser idénticas en muchos de los informes de las encuestas. La agrupación por edades quizás esté basada en una concepción de que la adolescencia abarca más años en la actualidad. Aun aceptando que esto ocurra con los jóvenes de las grandes ciudades, no es el caso de la generalidad de los jóvenes de América Latina.

encuestas, como en las de demografía y salud, solo se interroga a mujeres a partir de los 15 años y no al segmento más joven, para el que el embarazo y la maternidad son más conflictivos.⁸ Algunas investigaciones realizadas en América Latina, generalmente con muestras intencionales y de alcance local, proveen alguna información sobre ese segmento más joven de la adolescencia.

Los censos parecen una fuente de información obvia, en aquellos casos en que se ha preguntado el número de hijos de las mujeres. Permiten relacionar la fecundidad con otras características de la mujer y del hogar que son de mucho interés, aunque solamente para las fechas censales, espaciadas un mínimo de 10 años. De todos modos, más allá del número de hijos por edad de la madre, es poco o nada lo que se ha publicado de la información censal respecto del tema que nos ocupa.

Las estadísticas vitales son otra fuente potencial de datos, aunque en América Latina su cobertura y calidad no siempre son aceptables. Además, la información sobre características de la madre no siempre existe o es de calidad dudosa. Como en el resto de las fuentes mencionadas, el acceso a las bases de datos correspondientes brindaría la posibilidad de analizar aspectos sociales de la fecundidad adolescente que las publicaciones habitualmente no consideran.

También es posible combinar metodologías cuantitativas y cualitativas, es decir, encuestas generalmente realizadas en áreas restringidas y a muestras intencionales, entrevistas semiestructuradas, grupos focales y etnografía.

Cabe agregar que, dado que el interés en el estudio del rol de los varones en la fecundidad es relativamente reciente, las fuentes proveen información sobre todo acerca de mujeres, y ello se refleja en este trabajo.

IV. ASPECTOS MACROSOCIALES: LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

De los aspectos macrosociales mencionados, solo se hará referencia de forma más extensa a las políticas públicas. La estratificación social se considerará solamente en la medida en que se refleja en las características individuales de las adolescentes.

El primer foro de discusión de la problemática de la fecundidad adolescente en la región fue, probablemente, la Conferencia Internacional sobre

⁸ La fecundidad de las menores de 15 años es muy costosa de captar en una encuesta por muestreo probabilístico, por tratarse de un fenómeno relativamente infrecuente.

Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe, que se realizó en noviembre de 1989.⁹ Varios de los trabajos presentados en esa ocasión se dedicaron a temas de políticas públicas y legislación (Cavalcanti, 1989; Paxman y Rosenbaum, 1989; Urbina, 1989). Aunque la situación ha cambiado en parte, todavía siguen vigentes algunas de sus conclusiones: "...en América Latina, los programas de salud reproductiva para los adolescentes se han iniciado sin el apoyo de las políticas o las instituciones nacionales. En ocasiones han encontrado obstáculos concertados o resistencia abierta" (Paxman, 1989). Aún hoy, si las políticas destinadas a poner a disposición de los adultos los conocimientos y los medios para controlar su fecundidad encuentran resistencia en las capas más conservadoras de la sociedad, las orientadas a la adolescencia son mucho más resistidas. Se rechazan especialmente los intentos de asegurar la autonomía de los jóvenes, es decir, su derecho a tomar decisiones independientes, sin el permiso de sus padres. Sin embargo, en algunos países se han ido adoptando gradualmente planes de salud reproductiva dirigidos a la adolescencia.¹⁰

Resulta imposible determinar el efecto en el embarazo y la fecundidad adolescente de esta ausencia de políticas públicas. Es evidente que en lugares como Argentina y Uruguay, la fecundidad en general tuvo un comportamiento independiente tanto de la falta de políticas gubernamentales como de la de las organizaciones de la sociedad civil, y la fecundidad adolescente no fue la excepción. No obstante, hay que señalar que en ambos países la fecundidad adolescente es relativamente alta en relación al nivel de fecundidad general y parece presentar mayor resistencia al descenso. En países como Brasil, en que las entidades de la sociedad civil llenaron con acciones concretas el vacío dejado por el Estado, la fecundidad general se redujo, y con ella la de la adolescencia, aunque no en la misma medida. En México, que tiene una política definida y enérgica en materia de planificación familiar, aunque solo recientemente ha prestado atención específica a la adolescencia, se observa un descenso notable de la fecundidad adolescente en los últimos 30 años, tanto durante la vigencia como durante la ausencia de políticas de salud reproductiva dirigidas a la adolescencia (CEPAL/CELADE, 2002).

⁹ Convocada por The Population Council y The Pathfinder Fund.

¹⁰ Véase Gogna (2001), donde se recopilan estudios de casos para Argentina, Brasil y México. Ferrando (2003) cita avances en los casos de Chile, Colombia, Paraguay (solo en materia de programas de educación familiar y sexual), Panamá, Costa Rica, Bolivia, Perú y República Dominicana.

V. CONTEXTO SOCIAL PRÓXIMO

1. Lugar de residencia

La variable “lugar de residencia” resume una realidad compleja, pero que se podría sintetizar como “estilo de vida”, y comprende desde acceso a la educación, al trabajo y a los mensajes de los medios de comunicación, hasta aspectos culturales y sociales tales como las perspectivas que se le ofrecen a las mujeres fuera del hogar y la mayor o menor igualdad entre los sexos.

La unidad de análisis mayor es el país, y se puede demostrar que la fecundidad adolescente difiere según los países, lo que seguramente tiene que ver con el nivel de desarrollo y los denominadores comunes en la cultura. Sin embargo, muchos países —y los de América Latina no son la excepción— presentan desigualdades económicas, sociales y culturales, que establecen diferencias internas en la fecundidad adolescente, a veces mayores que las existentes entre países.

Una forma habitual de segmentar el lugar de residencia es clasificarlo en urbano y rural.¹¹ En el cuadro 1 se presentan algunos ejemplos de diferencias en la fecundidad adolescente según lugar de residencia, que no necesitan de mayor comentario; en todos los casos, la fecundidad adolescente rural —medida por la tasa de fecundidad o por el porcentaje de madres— es claramente más alta que la urbana, e incluso en un caso la duplica.¹²

En algunos países se cuenta con mediciones para áreas geográficas más detalladas. Por ejemplo, en Perú en el año 1996, 5,5% de las adolescentes eran madres en Lima Metropolitana, cifra inferior al 8,6% de otras grandes ciudades y al 9,9% del resto urbano (Instituto Nacional de Estadística e Informática/Macro International Inc. 1997). En Honduras, en el mismo año, las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula exhibían una tasa de fecundidad adolescente de 100 por mil y el resto de las áreas urbanas de 124.

Variables intermedias o determinantes próximos como la edad a la iniciación sexual, también varían de acuerdo con la residencia. En Honduras, según la encuesta de 1996, mientras en Tegucigalpa y San Pedro Sula el 14,4% se había iniciado antes de cumplir 15 años, en las demás áreas urbanas lo había hecho el 21,7%, al igual que en las zonas rurales (Ministerio

¹¹ La definición de urbano difiere según los países.

¹² La existencia de diferencias entre los ámbitos rural y urbano en la fecundidad adolescente es prácticamente universal (Sing, 1998).

de Salud, ASHONPLAFA,USAID/Honduras y CDC, 1997). Otra forma de ver el diferencial de fecundidad adolescente según lugar de residencia es presentada por Welti quien observa que, en México, el 14,5% de los nacimientos correspondían a madres adolescentes en las localidades de más de 100.000 habitantes, cifra que ascendía al 17,3% en las de menos de 2.500 habitantes (Welti, 2000). Los datos muestran la importancia del lugar de residencia en el establecimiento de pautas de fecundidad, aun más allá de la distinción entre áreas urbanas y rurales.

Cuadro 1

MUJERES DE 15-19 AÑOS. TASA DE FECUNDIDAD O PORCENTAJE DE MADRES SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. PAÍSES SELECCIONADOS, 1995-2001

País	Tasa de fecundidad por mil		Porcentaje que ya son madres	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Bolivia 1998			9.2	18.4
Colombia 2000			13.3	20.8
Ecuador 1999	79	112		
El Salvador 1998	87	150		
Nicaragua 2001			17.4	25.8
Paraguay 1995-1996	82	138		
República Dominicana 1996	87	160	14.4	25.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (1998); PROFAMILIA (2000); CEPAR/CDC (s.f.); INE/ DHS (1998); ADS (2002); INEC-MINSA (2002); CEPEP/CDC/USAID (1997); CESDEM/ PROFAMILIA/ONAPLAN (1997).

2. Estructura familiar y grupos de sociabilidad

Distintos grupos sociales ejercen influencia en la conducta adolescente. En particular, se ha postulado que el tipo de familia en que el adolescente ha sido socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias “bien constituidas”, con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazada o embarazaz a su pareja. Estudios realizados en Estados Unidos demuestran la existencia de ese tipo de relación entre estructura familiar y conductas reproductivas (véanse citas en Hayes, 1987). La evidencia en América Latina es escasa. En una investigación con

adolescentes de 15-18 años se determinó que: las mujeres que no conviven con la madre ni con el padre registran la mayor frecuencia de conductas de riesgo, su falta de cuidado en materia de anticonceptivos es tres veces más frecuente en la primera relación y casi nueve veces más frecuente en la última relación que la registrada por las chicas que conviven con ambos progenitores. Si bien las jóvenes que viven con un solo progenitor —en la inmensa mayoría de los casos, con la madre— exhiben una mayor frecuencia de conductas de riesgo que aquellas que viven con el padre y la madre, es significativamente más baja que la manifestada por las adolescentes que no conviven con ninguno de los dos (Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995).¹³ En el mismo trabajo se muestra que el 83,3% de las jóvenes encuestadas que no viven con ninguno de sus progenitores ya se había iniciado sexualmente, en comparación con 55,2% de las que viven con uno de los padres y 40% de las que viven con ambos. Di Silvestre Paradiso coincide en señalar la importancia de la presencia de los padres en el hogar; en su estudio se afirma que “las adolescentes no embarazadas viven con mayor frecuencia en familias intactas y menos probablemente en familias uniparentales que las adolescentes embarazadas” (Di Silvestre Paradiso, 1997).¹⁴

El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano (Climent y otros, 1998). En testimonios aislados se menciona el deseo de tener hijos propios para no seguir cuidando de los hermanos pequeños, tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres, o para ser tratada como adulta por los padres.

Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres (Huerta Franco, Díaz de León y Malacara, 1996; Quintana Sánchez y Vázquez del Aguila, 1997). La madre parece ser la figura clave en este sentido, aún para los adolescentes varones (Geldstein, 1993; Pick de Weiss y otros, 1987). De todos modos, varones y mujeres prefieren a la figura paterna del mismo sexo y las mujeres recurren al padre con poca frecuencia (Laurinaga, 1995; Pantelides y Cerrutti, 1992).

En una investigación con mujeres de 12 a 19 años residentes en la ciudad de México se encontró que aquellas que habían dialogado con sus madres sobre temas sexuales era más probable que no se hubieran iniciado

¹³ La encuesta se realizó con una muestra intencional de 386 adolescentes de ambos sexos, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

¹⁴ El estudio se realizó con una muestra no probabilística de 251 mujeres de entre 12 y 20 años, de estrato social medio bajo y bajo, residentes en Santiago de Chile.

sexualmente respecto a aquellas que no lo habían hecho (Pick de Weiss y otros, 1991). La madre, sin embargo, suele brindar mensajes parciales. “Al ejercer el rol precautorio, las madres tratan de proteger a las adolescentes de los riesgos que acarrea una vida sexual activa, procurando que las hijas adopten el modelo sexual que ellas consideran más beneficioso —que por lo general implica una concepción tradicional de los roles de género. Para alcanzar esos objetivos, la madre fundamentalmente transmite valores e impone límites. La transmisión de contenidos instrumentales para favorecer el ejercicio de una sexualidad responsable y protegida es, en cambio, mucho más limitada...” (Geldstein, Infesta Domínguez y Delpino, 2000). En un sentido parecido Gage señala que las jóvenes reciben mensajes que toman la forma de prohibiciones, restricción de movimientos y advertencias sobre las consecuencias negativas del embarazo premarital, pero no información sobre sus cuerpos, la menstruación o el proceso reproductivo (Gage, 1998).

La fuente interpersonal preferida para hablar sobre temas de sexualidad (incluida la anticoncepción) es el grupo de pares, es decir, amigas, vecinas y hermanas (Berglund y otros, 1997; Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995). Los pares a menudo no son una fuente de información de buena calidad. Por otra parte, pueden tener influencias negativas en cuanto a la adopción de conductas de riesgo reproductivo, cuando empujan a los varones a iniciaciones que quizás de otro modo habrían sido postergadas.

Un dato interesante que surge de la investigación es que los docentes son el otro grupo de adultos con quien los adolescentes dialogan de temas sexuales (Kornblit y Mendes Diz, 1994). Pero el 70% de los jóvenes no recurre ni a maestros ni a padres y alrededor del 50% no conversa ni con los padres ni con los amigos, estableciendo un muro de silencio alrededor de su sexualidad (Pantelides y Cerrutti, 1992).

3. Servicios en salud sexual y reproductiva y disponibilidad de recursos anticonceptivos

La disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad y anticoncepción de las adolescentes afecta las tasas y las modalidades de embarazo y fecundidad de esa población. La existencia de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental en tal sentido, no sólo para establecer su legalidad, sino para que alcancen a los estratos más pobres, que solo tienen acceso a los servicios públicos de salud.

En la Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe, la situación de fines de los años ochenta se

resumía así: "...existe una tendencia creciente hacia la creación de programas de salud para los adolescentes, que incluyen la atención a aspectos de la reproducción" (Paxman, 1989). Pero se señalaba que, en la mayoría de los casos, la iniciativa había sido de las organizaciones no gubernamentales o de "...profesionales altamente motivados, ajenos a las políticas nacionales de salud..." (Paxman, 1989). Esta situación aún prevalece en muchos de los países de la región, incluso en aquellos que cuentan con una política dirigida expresamente a ese segmento de la población.

Resulta fundamental que los servicios que se instalen sean accesibles, tanto desde un punto de vista físico (localización) como subjetivo. Para que los adolescentes hagan efectivamente uso de éstos es crucial la actitud de los profesionales, que deben evitar la censura. Un clima cultural adverso a la sexualidad en la adolescencia puede verse reflejado en actitudes tales como la negativa de proveer anticoncepción o incluso atención.

Además de la recomendación y oferta de métodos anticonceptivos en los servicios de salud, su disponibilidad en las farmacias y la actitud de los que están a su cargo ante el adolescente resultan fundamentales pues, en muchos casos, se trata del proveedor al que recurre la población, sin pasar por la atención médica.

VI. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

1. Edad

Concebimos aquí a la edad como una variable de índole social, en el sentido que indica, aunque imperfectamente, la etapa de la vida en la que se encuentra el individuo. Más allá de que en la adolescencia, la fecundidad aumenta con la edad, esta variable influye en la vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo reproductivo. El uso de anticonceptivos en la iniciación, por ejemplo, aumenta con la edad a la que ocurre, de modo que, cuanto más temprana es mayor es el riesgo de embarazo, no sólo porque aumenta el tiempo total en que la mujer estará expuesta a embarazarse, sino porque es menor el porcentaje de las que adoptan conductas preventivas (véase el cuadro 2).

Otro factor de riesgo de embarazos no planeados es la iniciación sexual bajo coerción que, además de dañina para la salud sexual de la joven, generalmente se da sin protección anticonceptiva. Pantelides y Geldstein comprobaron que la experiencia de una iniciación sexual forzada o no deseada pero finalmente aceptada, disminuía drásticamente a medida que aumentaba la edad en que había tenido lugar (Pantelides y Geldstein,

1998).¹⁵ En los extremos, el 100% de las niñas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años habían sido forzadas y ninguna de las que se iniciaron entre los 17 y 18 años lo fueron. Datos de 1996 correspondientes a Brasil muestran algo semejante; mientras que el 4,9% de las mujeres que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años fueron forzadas, solo un 0,4% de las que lo hicieron entre los 15 y 17 años y ninguna de las que se iniciaron entre los 18 y 24 años lo fue (BENFAM, 1999: p. 65).

Cuadro 2
PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE USARON ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA INICIACIÓN SEXUAL, SEGÚN EDAD EN EL MOMENTO DE LA INICIACIÓN. PAÍSES SELECCIONADOS, SEGUNDA MITAD DE LOS AÑOS NOVENTA

Edad a la iniciación	Colombia 1996	El Salvador 1999	Nicaragua 1996
<15	23.5	5.0	2.9
15-17	39.4	9.1	6.4
18-19		14.1	6.9
18-24	48.1		

Fuente: ADS (2002); PROFAMILIA (2000); INEC-MINSA (2002).

**2. Situación socioeconómica:
estrato socioeconómico, grupo étnico, educación**

En este artículo se ha comentado la importancia que las condiciones de existencia tienen en el embarazo y la fecundidad adolescentes. Esto se puede comprobar con facilidad observando las tasas de fecundidad en los distintos estratos sociales. Guzmán, Contreras y Hakkert calcularon las tasas de fecundidad adolescente según quintiles de pobreza para algunos países de América Latina, sobre la base de datos de las EDS. En todos los casos, las tasas del quintil más pobre son de cuatro a nueve veces mayores que las del quintil superior (Guzmán, Contreras y Hakkert, 2001).¹⁶ El uso de métodos anticonceptivos es sensible a los niveles de pobreza, si bien no siempre en forma lineal; aunque en varios países el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes aumenta a medida que se sube en la escala

¹⁵ Investigación realizada con una muestra al azar de 201 adolescentes que recurrieron al servicio de adolescentes de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires.

¹⁶ Los quintiles de pobreza se establecieron sobre la base de información acerca de la situación del hogar en cuanto a servicios y bienes disponibles (Guzmán, Contreras y Hakkert, 2001).

social, en otros la tendencia se revierte algo en el nivel superior (Contreras, Guzmán y Hakkert, 2001: p. 132).

En su investigación con adolescentes de estratos bajos y medio-altos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez (1995) encontraron que, si bien las jóvenes del estrato bajo se iniciaban algo más temprano que las del estrato medio-alto y no había diferencia entre los varones de los dos estratos, al llegar a los 18 años, la proporción de iniciados era superior en el caso de varones y mujeres de los estratos medio-altos. Esta diferencia en la exposición al riesgo de concebir, sin embargo, era totalmente compensada por el uso de la anticoncepción. Mientras solamente alrededor de un tercio de varones y mujeres de clase baja usaron anticoncepción consistentemente desde la iniciación, dos tercios de los varones y tres cuartas partes de las mujeres de clase media alta tuvieron esa conducta.

El estrato socioeconómico también parece establecer diferencias en el recurso al aborto. Wartemberg concluye que ha abortado el 15,3% de las adolescentes de los estratos bajo-bajo y bajo, el 9,3% de las de los estratos medio-bajo y medio-medio y el 7,6% de las que pertenecen a los estratos medio alto y alto (Wartemberg, 1999).¹⁷

La situación socioeconómica y la pertenencia a un grupo étnico suelen estar indisolublemente imbricadas. Como en América Latina los indígenas suelen ocupar los últimos peldaños de la escala social, es difícil distinguir entre la influencia de las diferencias culturales y la de la clase socioeconómica en las pautas de fecundidad en la adolescencia. En los estudios de Welti, Pantelides y Binstock se analiza el embarazo en adolescentes según su idioma, un indicador del grupo étnico al que pertenecen y del grado de integración a la cultura hispanohablante (Welti, 2000 y Pantelides y Binstock, 1993). Welti encuentra que el 6,3% de las adolescentes de habla indígena y solo un 3,7% de las que no hablan ese idioma están embarazadas. Pantelides y Binstock registran que el 73,4% de las jóvenes en cuyos hogares solo se habla guaraní, el 52,3% de las que hablan guaraní y español y el 41,1% de las que solo hablan español han estado embarazadas alguna vez.

La relación inversa entre nivel de educación y fecundidad es posiblemente la más documentada y parece cruzar las barreras culturales, pues se verifica en prácticamente todos los países, también para el caso de la fecundidad adolescente (Singh, 1998).

¹⁷ Aparentemente, la autora ha usado como denominador a todas las adolescentes y no solo a las embarazadas, por lo cual estas cifras no dependen solo de la tasa a la que las jóvenes recurren al aborto sino también de la frecuencia de los embarazos en cada estrato social.

Cuadro 3

**MUJERES DE 15-19 AÑOS. PORCENTAJE DE MADRES EN LOS EXTREMOS DEL
RANGO DE EDUCACIÓN FORMAL. PAÍSES SELECCIONADOS,
SEGUNDA MITAD DE LOS AÑOS NOVENTA**

País y fecha	Nivel de educación	
	Superior	Sin educación
Bolivia 1998	40.1	5.2 ^a
Colombia 2000	(a)	2.3
Guatemala 1998-1999	31.9	7.3 ^a
Nicaragua 2001	39.6	4.1
Perú 1996	47.9	2.2
República Dominicana 1996	42.2	0.9

Fuente: INEC-MINSA, 2002; Instituto Nacional de Estadísticas (1998); Instituto Nacional de Estadística e Informática y Macro International Inc. (1997); PROFAMILIA (2000); INE, MSPS, USAID, UNICEF, FNUAP, Macro International Inc. (1999). Menos de 25 casos.

^a Media y superior.

Como se dijo, la mayoría de los autores coincidía en que la maternidad en la adolescencia explicaba el menor nivel de educación de las jóvenes que han tenido hijos tempranamente. Entre otros, Singh señalaba que "...las mujeres que tienen hijos cuando son adolescentes terminan recibiendo mucha menos instrucción que las que posponen la maternidad" (Singh, 1990).¹⁸ Estas afirmaciones adolecen de al menos dos problemas metodológicos. En primer lugar, se basan generalmente en datos transversales, que no tienen en cuenta el orden cronológico de los acontecimientos, es decir, si el embarazo precedió o no al abandono escolar. En segundo lugar, suponen que toda la población tiene la misma posibilidad de estudiar y que, por tanto, la mayoría lo hará salvo que existan impedimentos graves como un embarazo. Sin embargo, existen casos en que una buena parte de las jóvenes deben abandonar los estudios por falta de medios e incluso de establecimientos educativos, la educación no se ve como necesaria para el proyecto de vida y los jóvenes observan que los caminos de movilidad social que la educación abría para generaciones anteriores están cerrados por altos niveles de desempleo y que el grado de especialización requerida en la sociedad tecnificada no se obtiene con cursar la escuela secundaria, nivel máximo al que pueden aspirar.

¹⁸ Sin embargo, en su publicación de 1998, Singh reconoce que la relación entre educación y fecundidad en la adolescencia puede no ser de tipo causal.

En la actualidad, muchos autores sostienen que la secuencia de eventos es en general la inversa a la que se postulaba y el abandono escolar es anterior al embarazo en edades tempranas. Luker dice que las jóvenes que quedan embarazadas y llegan a término a menudo han fracasado en la escuela mucho antes (Luker, 1997). Furstenberg Jr., sostiene que muchas niñas quedan embarazadas y llevan a término su embarazo porque perciben pocas oportunidades en la vida futura y ni los costos de una maternidad temprana ni los beneficios de postergarla son tan importantes (Furstenberg Jr., 1998). Por su parte, Wartenberg plantea que las adolescentes "... con una historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento pueden encontrar en un embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar" (Wartenberg, 1999).

Es necesario aplicar una metodología que ubique en el tiempo los acontecimientos para poder realmente afirmar si el embarazo o el abandono escolar sucedió en primer lugar. La Encuesta Nacional de Salud Familiar de El Salvador contiene este dato, pues presenta la ocupación de la mujer al momento que supo que estaba embarazada (ADS, 2000). De las adolescentes que tuvieron un embarazo antes de los 15 años, el 64,4% no estudiaba ni trabajaba y un 10,3% trabajaba pero no estudiaba.¹⁹ En el caso de las que tuvieron su primer embarazo entre los 15 y 19 años, las cifras son del 59,1% y 20,3% respectivamente. Es decir que entre dos tercios y cuatro quintos de las adolescentes no estudiaban al momento de quedar embarazadas. Lo mismo señalaban los datos de Pantelides y Cerrutti en relación con los adolescentes del Área Metropolitana de Buenos Aires (Pantelides y Cerrutti, 1992).

Cabe preguntarse si la educación, y, sobre todo, la retención escolar tienen un efecto "protector", como se postula. Quizás no. Es posible que la permanencia en la escuela sea un indicador de los "proyectos de vida", que tienen un fuerte componente de posibilidad, ya que dependen, entre otros factores, de la situación económica y la situación del mercado de trabajo, y un componente subjetivo, es decir de vocación y empuje individual. En una de las investigaciones mencionadas se establecieron indicadores para medir de manera aproximada esos proyectos de vida u orientación al logro. Estos se clasificaron en "tradicionales", cuando las respuestas de las encuestadas sobre cómo imaginan su futuro a los 25 años se orientaban a la vida reproductiva (matrimonio, hijos) o carecían de proyectos, y "modernos", cuando se referían a estudios universitarios y al trabajo en el caso de las mujeres. Las investigaciones concluyeron que: "La existencia de proyectos de vida orientados al logro individual

¹⁹ Esta es la terminología usada en la publicación.

tiene un efecto positivo en la reducción de la frecuencia de conductas sexuales de riesgo, tanto por parte de las mujeres como por parte de los varones. (...) la ausencia de cuidado [anticonceptivo] en la última relación [sexual] es algo más del doble entre las mujeres y casi el triple entre los varones tradicionales respecto a los modernos” (Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995).

VII. PERCEPCIONES, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS

A nivel subjetivo, se ha postulado que las conductas, incluidas las sexuales, son una consecuencia de los conocimientos, percepciones y actitudes de los sujetos. De acuerdo con los principios del modelo de creencias sobre salud de Becker y Maiman, la conducta individual, en este caso frente a un posible embarazo se ve determinada por la percepción de la propia vulnerabilidad, la gravedad del problema que se enfrenta, la posibilidad de resolverlo, los costos de la prevención y su eficacia y la disponibilidad y calidad de la información con la que se cuenta (Becker y Maiman, 1983).

Este modelo ha sido criticado, pues supone una conducta completamente racional. La investigación relacionada con el VIH/SIDA ha confirmado lo que ya se sabía respecto de otros campos de la conducta sexual: la posesión de conocimientos y aun la conciencia de la propia vulnerabilidad no necesariamente conducen a una conducta de prevención (Pantelides, Gogna y Ramos, 2000). Lo mismo sucede en el caso de los embarazos no planeados y con el comportamiento de los adolescentes.

Aparte de la abstinencia, la única estrategia disponible de prevención de embarazos es el uso de anticonceptivos. El conocimiento sobre anticonceptivos es generalizado en la población adolescente de América latina. El problema de los embarazos no planeados, al menos en el caso de los adolescentes urbanos, parece no obedecer al conocimiento de los medios para evitarlos, sino en que dicho conocimiento no lleva necesariamente a una acción adecuada. Aun cuando la indagación se limita a los métodos modernos, en las EDS de la segunda mitad de los años noventa y principios del 2000 se observa un alto nivel de conocimiento por parte de las adolescentes.²⁰ Por el contrario, el uso de métodos anticonceptivos modernos oscila entre menos del 2% en Bolivia en 1998 y 12% en Colombia en el año 2000.

Según un estudio de Kornblit y Mendes Diz, uno de los factores que conducirían a la adopción de conductas preventivas es la percepción

²⁰ Con algunas excepciones, como Guatemala y Honduras. Los datos se refieren a los países que poseen la información sobre todas las adolescentes.

del riesgo de embarazo (Kornblit y Mendes Diz, 1996). Pero múltiples barreras se interponen entre esta percepción de riesgo y la posibilidad de prevención. En relación con los anticonceptivos se ponen de manifiesto los miedos frente a los efectos secundarios de los métodos químicos y el rechazo al condón —documentado en múltiples investigaciones— por su interferencia con el placer y lo “natural” y, en la era del SIDA, por su significado de desconfianza hacia el otro miembro de la pareja.²¹ A esto se suma la aceptación de creencias equivocadas respecto a los métodos, como revelaron Pick de Weiss y otros, en su investigación en la ciudad de México (Pick de Weiss y otros, 1991). También se aprecia la influencia de los problemas de acceso, económicos o no, entre otros el trato expulsor de los proveedores o la vergüenza en el momento de la adquisición, especialmente en relación con el condón.

En el plano de la relación con la pareja, la iniciación sexual y el uso de anticonceptivos son producto de negociación, implícita o explícita. No se trata necesariamente de una negociación entre iguales en la que se tienen en cuenta los deseos de ambos miembros. En las sociedades latinoamericanas, el varón está todavía en mejores condiciones de imponer su voluntad, aun sin recurrir a la violencia. Las mujeres siguen siendo socializadas de acuerdo con concepciones de los roles sexuales y sociales que otorgan el saber y la decisión sobre todo al varón. En ese contexto, actúan el deseo de complacer a la pareja y el temor a ser abandonada si se la contradice.

En último término, nuestras sociedades otorgan un valor superior al matrimonio y la maternidad como proyecto de vida. En ese marco, una maternidad temprana puede considerarse un logro personal y ser el resultado de un cálculo perfectamente racional, en el que las consecuencias positivas superan a las negativas, en particular, como se señaló, para las jóvenes de aquellos estratos de la sociedad en las que los proyectos de vida alternativos no tienen posibilidad de realización.

VIII. CONCLUSIONES

Del análisis de los diferentes aspectos sociales de la fecundidad adolescente, se desprende que esta responde a factores diferentes de los que actúan en otras edades de la vida reproductiva. Si, en América Latina, la fecundidad de los mayores de 20 años se rige por el deseo de espaciar los nacimientos

²¹ El miedo a los efectos secundarios se manifestó incluso en relación con los métodos mecánicos de contracepción. En la investigación de Gogna, Pantelides y Ramos (1997) algunas participantes adultas de grupos focales refirieron alergia al material del preservativo.

y limitar la descendencia —lo que en las últimas décadas se tradujo en un descenso pronunciado de las tasas de fecundidad—, la lentitud de la disminución de la fecundidad adolescente estriba en otras motivaciones, cuya modificación será más gradual. Por una parte, el cálculo racional parece pesar menos a la hora de decidir conductas que pueden resultar en un embarazo. Por otra, para grandes grupos de adolescentes, no es evidente que la maternidad temprana tenga más costos que beneficios. Solamente en un contexto social que ofrezca a las y los jóvenes perspectivas de progreso que compitan exitosamente con los beneficios subjetivos de tener hijos, incluidos los afectivos, que no se han analizado en este trabajo, ellos y ellas se sentirán impulsados a modificar las conductas que los llevan a un embarazo, como ya lo han hecho los jóvenes de otras sociedades y los más privilegiados de aquella a la que pertenecen.

BIBLIOGRAFÍA

- ADS (Asociación Demográfica Salvadoreña) (2000), *Encuesta nacional de salud familiar- FESAL-98. Informe final*, San Salvador.
- Añaños, M. C. (1993), “Composición social y comportamientos de unión en madres adolescentes, Rosario, 1980-1991”, *Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad/Centro de Estudios de Población (CEDES/ CENEP.)
- Baldwin, W. y V. Cain (1980), “The children of teenage parents”, *Family Planning Perspectives*, vol. 12, N° 1.
- Becker, M. y L. Maiman (1983), “Models of health related behavior”, *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*, David Mechanic (ed.), Nueva York, The Free Press.
- BENFAM (Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil) (1999), “Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde”, *Um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva*, Río de Janeiro.
- Berglund, S. (1997), “The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: a qualitative approach”, *Social Science and Medicine*, vol. 44, N°1.
- Buvinic, M. y otros (1992), *The fortunes of adolescent mothers and their children: a case study of the transmission of poverty in Santiago, Chile*, Washington, D.C., Consejo de Población/ Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.
- Cavalcanti, R. (1989), “La salud sexual y reproductiva: las políticas de acción y de cambio en Brasil”, *Conferencia Internacional sobre Fecundidad en*

- Adolescentes en América Latina y el Caribe*, Claudio Stern y otros (eds.), Oaxaca, Consejo de Población/The Pathfinder Fund.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2002), “América Latina y Caribe: indicadores seleccionados con una perspectiva de género”, *Boletín Demográfico*, N° 70 (LC/G.2172-P/E.), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población de la CEPAL.
- CEPAR/CDC (Centro de estudios de Población y Desarrollo Social/Centros para el Control de Enfermedades) (s/f), *Encuesta demográfica y de salud materna e infantil ENDEMAIN-99. Informe general*, Quito.
- CEPEP/CDC/USAID (Centro Paraguayo de Estudios de Población/Centros para el Control de Enfermedades/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) (1997), *Encuesta nacional de demografía y salud reproductiva 1995-1996. (ENDSR-95/96)*, Asunción.
- CESDEM/PROFAMILIA/ONAPLAN (Centro de Estudios Sociales y Demográficos/Asociación Probienestar de la Familia/Oficina Nacional de Planificación) (1996), *Encuesta demográfica y de salud 1996*, Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Climent, G.I. y otros (1998), “Maternidad adolescente: estrategias conyugales, reproductivas y de crianza de los hijos”, *Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, Asociación de Estudios de Población de la Argentina/Centro de Estudios de Estado y Sociedad/Centro de Estudios de Población (AEP/CEDES/CENEP).
- Contreras, Juan Manuel, José Miguel Guzmán y Ralph Hakkert (2001), “Uso de anticonceptivos en adolescentes”, *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, José Miguel Guzmán y otros (comps.) México, D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Di Silvestre Paradizo, M.C. (1997), *Procesos y estructura familiar asociados con el embarazo y con conductas sexuales de alto riesgo en adolescentes*, Santiago de Chile, Universidad del Pacífico.
- Ferrando, Delicia (2003), “Tendencias de la fecundidad en América Latina: 1950-2000”, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población de la CEPAL, inédito.
- Furstenberg Jr., F.F. (1998), “When will teenage childbearing become a problem? The implications of Western experience for developing countries”, *Studies in Family Planning*, vol. 29, N° 2.
- Gage, A.J. (1998), “Sexual activity and contraceptive use: the components of the decisionmaking process”, *Studies in Family Planning*, vol. 29, N° 2.
- Geldstein, Rosa (1993), “Los roles de género en la crisis. Mujeres como principal sostén económico del hogar”, *Cuaderno del CENEP*, N° 50, Buenos Aires,

- Centro de Estudios de Población/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (CENEP/UNICEF).
- Geldstein, Rosa, Graciela Infesta Domínguez y Nena Delpino (2000), "La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas", *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Edith Pantelides y S. Bott (eds), Buenos Aires, Biblos/OMS.
- Geronimus, A.T. y S. Korenman (1992), "The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 107, N° 4.
- Gogna, Mónica (2001), (coord.), *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México, D.F. y San Pablo*, Buenos Aires, Consorcio Latinoamericano de Programas de Salud Reproductiva y Sexualidad.
- Gogna, Mónica, Edith Pantelides y Silvina Ramos (1997), "Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad", *Cuaderno del CENEP*, N° 52, Buenos Aires, Centro de Estudios de Población/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (CENEP/UNICEF).
- Griffiths, John (1977), "Reducing the medical risk of teenage pregnancy", *Sexual Medicine Today*, octubre.
- Guzmán, José Miguel y otros (2001), *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, México, D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Guzmán, José Miguel, Juan Manuel Contreras y Ralph Hakkert (2001), "La situación actual del embarazo adolescente y del aborto", *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, José Miguel Guzmán y otros, México, D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Hakkert, Ralph, (2001), "Consecuencias del embarazo adolescente", *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, José Miguel Guzmán y otros, México, D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Hayes, Cheryl (ed.) (1987), *Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing*, Washington, D.C., National Academy Press.
- Hollingsworth, D.R., J.M. Kotchen y M.E. Felice (1982), "Impact of gynecological age on outcome of adolescent pregnancy", *Premature adolescent pregnancy and parenthood*, Elizabeth McAnarney (ed.), Nueva York, Grune & Stratton.
- Huerta-Franco, R., J. Díaz de León y J.M. Malacara (1996), "Knowledge and attitudes toward sexuality in adolescents and their association with the family and other factors", *Adolescence*, vol. 31, N° 121.
- INE/MSPS/USAID/UNICEF/UNFPA/Macro International Inc. (Instituto Nacional de Estadística/ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Fondo de

- las Naciones Unidas para la Infancia/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1999), *Encuesta nacional de salud materno infantil 1998-1999*, Guatemala.
- INEC/MINSA (Instituto Nacional de Estadística y Censos/ Ministerio de Salud) (2002), *Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2001*, Managua.
- INE (Instituto Nacional de Estadística) (1998), *Encuesta nacional de demografía y salud 1998*, La Paz.
- INE/Macro International Inc. (Instituto Nacional de Estadística e Informática) (1997), *Encuesta demográfica y de salud familiar 1996*, Lima.
- Kornblit, Ana Lía y Ana María Mendes Diz (1994), *Modelos sexuales en jóvenes y adultos*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina (CEAL)/Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Kornblit, Ana Lía y Ana María Mendes Diz (1996), "Percepción del riesgo y conductas preventivas en relación con el embarazo y el SIDA en jóvenes escolarizados", *Segundo taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, Centro de Estudios de Población/Organización Mundial de la Salud/Centro de Estudios de Estado y Sociedad/Asociación de Estudios de Población de la Argentina (CENEP/OMS/CEDES/AEPA).
- Laurnaga, M.E. (1995), *Uruguay adolescente, Maternidad adolescente y reproducción intergeneracional de la pobreza*, Montevideo, Instituto Nacional de la Mujer y la Familia/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (INFM/UNICEF).
- Luker, K., (1997), "Dubious conceptions", *The politics of teenage pregnancy*, Cambridge y Londres, Harvard University Press.
- Makinson, C. (1985), "The health consequences of teenage fertility", *Family Planning Perspectives*, vol. 17, Nº 3.
- McAnarney, Elizabeth y otros (1978), "Obstetric, neonatal, and psychological outcome of pregnant adolescents", *Pediatrics*, vol. 61, Nº 2.
- Menken, J. (1980), "The health and demographic consequences of adolescent pregnancy and childbearing", *Adolescent pregnancy and childbearing: findings from research*, C. Chilman (ed.), Washington, D.C., Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Ministerio de Salud/ASHONPLAFA/USAID/CDC (Asociación Hondureña de Planificación de la Familia/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional/ Centros para el Control de Enfermedades) (1997), *Encuesta nacional de epidemiología y salud familiar. ENESF-96. Informe final*, Tegucigalpa.
- Naciones Unidas, (varios años), *Demographic Yearbook*, Nueva York.
- Oliveira, Maria Coletta (coord.) (2000), *Cultura, adolescencia e saúde: Argentina, Brasil e México*, Campinas, Consorcio Latino-Americano de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade.

- Pantelides, Edith (1995), "La maternidad precoz", *La fecundidad adolescente en la Argentina*, Buenos Aires, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Pantelides, Edith y G. Bisntock (1993), "Factores de riesgo de embarazo adolescente en el Paraguay", *Revista Paraguaya de Sociología*, vol. 30, N° 87.
- Pantelides, Edith y M.S. Cerrutti (1992), "Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia", *Cuaderno del CENEP*, N° 47, Buenos Aires, Centro de Estudios de Población/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (CENEP/UNICEF).
- Pantelides, Edith y Rosa Geldstein (1998), "Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos", *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, Asociación de Estudios de Población de la Argentina/Centro de Estudios de Estado y Sociedad/Centro de Estudios de Población (AEPA/CEDES/CENEP).
- Pantelides, Edith, Rosa Geldstein e Graciela Infesta Domínguez (1995), "Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia", *Cuadernos del CENEP*, N° 51, Buenos Aires, Centro de Estudios de Población (CENEP).
- Pantelides, Edith, Mónica Gogna y S. Ramos (2000), "Concepciones legas de salud y enfermedad: el SIDA según pobladores de un barrio pobre del Gran Buenos Aires", *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Edith Pantelides y S. Bott (eds), Buenos Aires, Biblos/OMS.
- Paxman, J. (1989), "Introducción", *Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*, Claudio Stern y otros (eds.), Oaxaca, Consejo de Población/The Pathfinder Fund.
- Paxman, J. y Rosenbaum, J., (1989), El papel de las leyes y políticas en la promoción de la salud reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe, *Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*, Claudio Stern y otros (eds.), Oaxaca, Consejo de Población/The Pathfinder Fund.
- Pick de Weiss y otros (1991), "Sex, contraception, and pregnancy among adolescents in Mexico city", *Studies in Family Planning*, vol. 22, N° 2.
- ____ (1987), "¿Qué papel juega la familia en la conducta sexual y anticonceptiva de la adolescente en la ciudad de México?", *Revista de Psicología Social y Personalidad*, vol. 3, N° 1.
- PROFAMILIA (Asociación Probienestar de la Familia) (2000), *Salud sexual y reproductiva. Resultados. Encuesta nacional de demografía y salud 2000*, Bogotá.
- Quintana Sánchez, A. y E. Vázquez del Aguila (1997), *Construcción social de la sexualidad adolescente. Género y salud sexual*, Lima, Instituto de Educación y Salud (IES).

- Román Pérez, Rosario y otros (2001), “Riesgos biológicos del embarazo adolescente: una paradoja social y biológica”, *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes en México. Aportaciones para la investigación y la acción*, Claudio Stern y E. García (coords.), México, D.F., El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad.
- Singh, S. (1998), “Adolescent childbearing in developing countries: a global review”, *Studies in Family Planning*, vol. 29, N° 2.
- Singh, S. y D.Wulf (1990), *Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas*, Washington, D.C., The Alan Guttmacher Institute.
- Stern, Claudio (1997), “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”, *Salud Pública de México*, vol. 39, N° 2.
- Urbina, M. (1989), “Factores y actores que afectan los cambios en la política de México: la experiencia del sector público”, *Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*, Claudio Stern y otros (eds.), Oaxaca, Consejo de Población/The Pathfinder Fund.
- Wartenberg, L. (1999), *Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia*, Bogotá, CIDS, Universidad Externado de Colombia y UNFPA.
- Welti Chanes, C. (2000), “Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México”, *Papeles de Población*, vol. 6, N° 26.

