

## CONDUCTA SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN AMERICA LATINA

SUSAN PICK DE WEISS \*

*Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Mexicano  
de Investigación de Familia y Población.*

y

ELVIA VARGAS - TRUJILLO

*Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población*

A review is presented of the Latin American situation concerning sexual, reproductive, and contraceptive behavior. After referring to demographic aspects, the paper centers on the results of research about sexual behavior, marriage patterns, abortion, pregnancy, determinants of contraceptive use, prevalence of usage and contraceptive information. Finally, the adolescent sex education programs are presented.

*Key words:* adolescents, sexual behavior, contraception, abortion, pregnancy, marriage, sex education, health, Latin America.

### INTRODUCCION

Existe acuerdo general en que el término "adolescencia" se refiere a un proceso de maduración que involucra factores físicos, psicológicos, intelectuales, sociológicos, y legales. (Suárez Ojeda, Roberts, Korin y Cusminsky, 1985). En lo que respecta a la Sociedad

---

\*Dirección: Susan Pick de Weiss, Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A. C., Apartado Postal 41-595, México, D. F., 11001, México.

Occidental, es la época que va desde los doce o los trece años hasta comienzos de los veinte, o cuando la persona se sostiene a sí misma, ha elegido una carrera, se ha casado y fundado una familia (Rosselot Vicuña, 1979).

La adolescencia es una combinación de aspectos psicológicos y culturales y es un fenómeno relativamente reciente tal como la conocemos. En las sociedades tradicionales los jóvenes pasan rápidamente de la niñez a la edad adulta. Tan pronto como llegan a una edad predeterminada o, en el caso de las niñas, cuando tienen la primera menstruación.

En general entre más avanzada es la sociedad, desde el punto de vista tecnológico, más largo es este período de maduración. En la medida en que la educación se prolonga y se vuelve más necesaria para encontrar trabajo, y que el matrimonio ocurre más tarde, los jóvenes hacen frente a un período más largo de preparación para las responsabilidades de la edad adulta. Sin embargo, este período puede reducirse, en detrimento de la maduración por los obstáculos que las condiciones socioeconómicas (pobreza) imponen a los esfuerzos educativos del adolescente (Papalia y Olds, 1975).

En las últimas décadas, la población de adolescentes en las Américas se ha incrementado considerablemente en relación a otros grupos de edad. Este incremento en Latinoamérica y en el Caribe ha llegado a ser uno de los más altos en el mundo. En 1960 el total de la población menor de 24 años alcanzaba cerca de 39 millones y en 1980 alrededor de 73 millones; casi el doble en 20 años (Suárez Ojeda y cols. 1985). Para el año 2000 según los estimativos de las Naciones Unidas habrá alrededor de 107 millones de personas jóvenes en esta región del Continente (Population Reports, 1987).

La gran cantidad de jóvenes que se encuentra hoy en día en los países en desarrollo es el resultado de la alta tasa de fecundidad en el pasado. Eran tan numerosas las parejas en edad reproductiva a fines del decenio de 1960 y principios del de 1970, que a pesar de que estas parejas tuvieron en promedio menos hijos que sus propios padres, el número de jóvenes comprendidos entre los 10 y los 19 años de edad aumentó, en términos generales un 10% más rápidamente que el resto de la población. En la actualidad el embarazo en la adolescencia es uno de los principales problemas de salud pública en América Latina y el Caribe; las tasas de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años fluctúan entre 74 en el Perú y 137 X 1000 mujeres en Jamaica (Population Reports, 1987).

Estos datos demográficos implican que a escala mundial, aproximadamente una persona de cada cinco está en proceso de transi-

ción entre depender de los padres y de la sociedad, o contribuir a la sociedad y formar una familia. El precio que los adolescentes tienen que pagar en los países de Latinoamérica para integrarse como adultos a su sociedad es muy alto, dada la carencia notoria de maestros, escuelas, servicios de salud y empleo (Population Reports, 1987). Las oportunidades son limitadas y esto se refleja en tasas altas de abandono escolar, desempeño académico deficiente, desempleo, abandono familiar, vagancia, embarazos no deseados, aborto, matrimonios prematuros, delincuencia, drogadicción, alcoholismo, violencia y básicamente un sentimiento de indiferencia y desesperanza hacia la vida y el medio que los rodea.

En un estudio de atención de parto hospitalario en Colombia sobre 13.445 partos 1.101 correspondieron a mujeres menores de 18 años que representan el 8.10% de los casos (López, Riaño y Karen, 1978).

La aceptación del *embarazo* en la adolescencia varía de un país a otro y de una cultura a otra. En gran parte del mundo no se considera un problema social importante y en muchos países en desarrollo las tradiciones y tabúes limitan tanto la discusión pública acerca del tema de la sexualidad adolescente como la disponibilidad de información y servicios para este grupo de población. Como resultado de esto, la sociedad no aborda el problema de los riesgos que en particular corren la salud y el desarrollo personal de las adolescentes, casadas o no, que quedan embarazadas (Alvarez, 1983). La fecundidad a una edad demasiado temprana expone a la madre y al hijo a una serie de problemas médicos, sociales y económicos. También tiene importantes consecuencias para los jóvenes padres y para toda la sociedad (Brody y Newman, 1983; Chui, 1978; Acuña Díaz, 1988).

Desafortunadamente en Latinoamérica es difícil cuantificar la *sexualidad* de los adolescentes. Muchos de los estudios sobre planificación familiar en la literatura se basan en encuestas de fertilidad aplicadas a mujeres casadas. Sin embargo, muchos países e instituciones de planificación familiar tienen indicadores de que la sexualidad y el embarazo en la adolescencia es un problema creciente (Woodward, 1985).

En este artículo el propósito es realizar una revisión de la literatura disponible hasta el momento en Latinoamérica sobre conducta sexual y reproductiva de los adolescentes y facilitar a los profesionales interesados en esta área la utilización de los hallazgos de investigación en forma más coherente y sistemática.

## ACTIVIDAD SEXUAL PREMARITAL

Si bien los datos disponibles son limitados, en los informes se sugiere que la actividad sexual prenupcial no solamente es común en algunas regiones sino que va en aumento. Un número mayor de jóvenes de ambos sexos son sexualmente activos y están iniciando la actividad sexual más temprano. (Hofman, 1984; Woodward, 1985). Este es un período difícil y peligroso para ambos sexos, pero en especial para la mujer que se expone a un embarazo no deseado. Una indicación de la actividad sexual premarital en los países en desarrollo se desprende de los informes de encuestas acerca de los embarazos prenupciales. Por ejemplo, en Panamá uno de cada 5 nacimientos es de una adolescente entre 15 y 19 años de edad. A pesar de que la mayoría de estos nacimientos ocurren dentro del matrimonio parece ser que por lo menos el 25% son concebidos fuera de él (Monteith, Anderson, Mascarim y Morris, 1980). En Chile, el 44% de los nacimientos vivos de madres menores de 20 años son ilegítimos (Viel, 1982). En Argentina el 45% de las pacientes adolescentes en un hospital son sexualmente activas y la mitad de ellas han estado embarazadas antes de su primera consulta en la clínica (Guruchairi, 1984).

Un estudio realizado en una comunidad peruana de indios quechua encontró que las mujeres generalmente se unían a su primera pareja a los 18 años estando en su mayoría ya embarazadas (Maynard, 1986).

En una encuesta representativa de hogares realizada en la Ciudad de México, por Pick de Weiss, Díaz Loving, Andrade Palos y Atkin, (1988b) con adolescentes de sexo femenino entre 12 y 19 años de edad, el 16% de las adolescentes entrevistadas afirmaron haber tenido relaciones sexuales. De las adolescentes que habían tenido su debut sexual la edad promedio había sido de 16.4 años y únicamente el 30% había hecho algo para prevenir un embarazo en su primera relación sexual.

En Colombia un estudio llevado a cabo con 10.000 jóvenes embarazadas menores de 18 años atendidas en el Hospital Gineco-obstétrico San Juan de Dios de Cúcuta, reveló que el 48.43% de las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 16 años de edad (Duarte Contreras, 1988).

La prevalencia de la actividad sexual premarital revelada varía según el sexo. En casi todos los estudios, los hombres suelen tener más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales, y

suelen informar sobre el comienzo de la actividad sexual a una edad más temprana que las mujeres (García, Bravo, Mondragón, Rojas, Alonso, Lara y Aznar, 1981). Además los jóvenes suelen informar que han tenido mayor número de compañeras sexuales y haber tenido relaciones con personas poco conocidas con quienes se relacionan de manera casual (Morris, Núñez, Monroy de Velasco, Bayley, Cárdenas y Whatley, 1985). En cambio las muchachas generalmente informan haber tenido su primera y sus posteriores relaciones sexuales con su enamorado o su novio (Pick de Weiss y cols. 1988b).

En contraste con lo anterior en Haití, el 80% de las mujeres entre 15 y 19 años, entrevistadas en la encuesta haitiana de fertilidad en 1977, nunca habían estado en unión. La edad media en este país para iniciar la actividad sexual fue calculada en 21.6 años por lo cual la fertilidad adolescente es prácticamente la menor en Latinoamérica (Allman, 1982).

Igualmente un estudio realizado durante 1981 en República Dominicana con jóvenes entre 10 y 23 años de edad reveló que tan sólo una minoría de los entrevistados había experimentado el coito, dado que la mayoría de los adolescentes consideraban que tanto el hombre como la mujer desea llegar virgen al matrimonio (Alvarez, 1983).

En México, Pick de Weiss, Andrade Palos y Díaz Loving (1988a) encontraron que los adolescentes de 16-17 años que no han tenido relaciones sexuales a diferencia de las que sí las han tenido, mostraron poseer un menor grado de liberalidad en la percepción de las actitudes del padre hacia el sexo, anticoncepción y aborto. En este sentido, estudio comparativo de adolescentes de dos grupos de edad de la Ciudad de México, que han y no han tenido relaciones sexuales (Pick de Weiss, Díaz Loving, y Andrade Palos, 1988d) reveló que las variables que tienen en común las jóvenes de 12 a 15 y de 18 a 19 años que no han tenido su debut sexual, es una actitud más negativa hacia las relaciones sexuales premaritales, mayor obediencia, menor toma de riesgos y una relación positiva y alta frecuencia de comunicación con la madre sobre sexo. En lo que se refiere a la familia de origen para ambos grupos es determinante el vivir actualmente con ella, mientras que para el grupo más joven es también importante el haberse criado con ambos padres, así como la percepción de un padre presente. En lo que concierne a la pareja, esta juega un papel más importante en el grupo mayor ya que el hecho de que sea percibida como más tradicional en cuanto a sexo y anticoncepción es determinante de la ausencia de relaciones sexuales a esta edad.

Estos datos revelan que la gente joven está rompiendo con las restricciones impuestas por los usos y las costumbres sociales y las presiones familiares y comunitarias a las relaciones sexuales prematrimoniales. Los medios masivos de comunicación, los grupos de compañeros y otras fuentes de información compiten con los padres exponiendo a los jóvenes a formas de comportamiento sexual no tradicional (Population Reports, 1987). Los adolescentes de hoy no son inmunes a las fuertes alusiones al sexo en la TV, las películas, la publicidad y la música, los cuales presentan al sexo como algo atractivo, incitante y libre de riesgo (Woodward, 1985).

Pero por otro lado, los adolescentes no reciben mensajes igualmente francos de sus padres, sus maestros y de la comunidad que indiquen acerca de las consecuencias de ejercer activamente su sexualidad: embarazo, enfermedades sexualmente transmisibles, abortos, hijos y anticonceptivos (CONAPO sin año; Woodward, 1985).

#### PATRONES DE MATRIMONIO

A pesar de que la actividad sexual prematrimonial es evidentemente muy común en Latinoamérica y el Caribe, la mayor parte de fertilidad entre adolescentes de los países en desarrollo ocurre dentro del matrimonio el cual puede ser civil, religioso o uniones consensuales, no autorizadas por el estado o la Iglesia (Senderowitz y Paxman, 1985).

En América Latina y el Caribe las mujeres tienden hoy en día a casarse a los 20 años, tendencia que ha persistido durante algún tiempo con el evento de un matrimonio oficial o una unión consensual que en ocasiones sigue al nacimiento de un hijo en lugar de precederlo (ICAF, 1987). Las proporciones de mujeres adolescentes que están casadas o en uniones consensuales son relativamente moderadas oscilando entre 10% en Chile a 30% en Cuba (Senderowitz y Paxman, 1985).

A pesar de que en general se han observado bajos porcentajes de mujeres entre 15 y 19 años de edad casadas o en uniones consensuales, las encuestas mundiales de fertilidad realizadas en 8 países de Latinoamérica a mediados de 1970, sugieren que las mujeres de las zonas urbanas y las mujeres con instrucción tienden a casarse más tarde que las mujeres de las zonas rurales y que no han asistido a la escuela (Senderowitz y Paxman, 1985). En Colombia, la mayor educación de la mujer no sólo contribuye a retardar su entrada en el matrimonio sino que le permite mayor acceso y mejor utilización de los métodos anticonceptivos. Pero los pobres, particularmente los del campo presentan una edad de nup-

cialidad temprana, y tienden, en las zonas atrasadas, a trabajar en el hogar (Patiño, Caicedo de Cardozo y Rangel Bohórquez, 1988). Los datos anteriores coinciden con los reportados por Zúñiga, Hernández, Menkes y Santos (1986) en la población rural de México donde la mayoría de las mujeres de cualquier grupo social inicia su vida marital antes de cumplir los 18 años.

Las encuestas mundiales de fecundidad aplicadas entre 1974 y 1984 revelan que en América Latina y el Caribe la edad media de las mujeres al casarse era de menos de 20 años en el Salvador, Guatemala (1978-1983), Jamaica (1983) y México (1979), y de 20 a 24 en los países restantes (Population Reports, 1986).

En este sentido también se han encontrado grandes diferencias entre la zona rural y urbana, por ejemplo, la mayor diferencia entre una zona y otra se registraba en 1978 en el Salvador donde la tasa de fecundidad total (TFT) era de 3.3 en las zonas urbanas y de 8.4 en las zonas rurales. De modo similar, en 1978 Honduras tenía una TFT de 4.1 en las zonas urbanas y de 8.2 en las zonas rurales (Population Reports, 1986).

Entre las razones económicas y culturales que suelen citarse para explicar la elevada fecundidad observada en las zonas rurales, están los costos menores del alumbramiento y la crianza de los hijos, el mayor aporte de los hijos al ingreso familiar como fuerza de trabajo y los valores tradicionales pronatalistas imperantes en las zonas rurales (Zúñiga y cols., 1986).

En los países en desarrollo las niñas tienen pocas alternativas respetables para casarse. Con las pocas oportunidades que tienen para terminar su educación y la virginidad tan altamente apreciada y arriesgada, en una niña joven la solución usual es el matrimonio temprano, seguido rápidamente de un embarazo (Piotrow, 1975).

En muchos países la aprobación del matrimonio convenido de antemano fomenta la procreación a edades tempranas (ICAF, 1978). Las mujeres que se casan jóvenes tienen familias más numerosas porque están expuestas al riesgo del embarazo durante más tiempo que las mujeres que se casan más tarde y dado que tienden a usar menos los métodos anticonceptivos (McDonald, 1984), el intervalo entre un nacimiento y otro es generalmente corto (Population Reports, 1986). En México, por ejemplo, el 69% de las mujeres menores de 20 años tienen intervalos entre embarazos inferiores a dos años (Main y McNamara, 1985).

La edad en el momento del matrimonio responde también a patrones sociales y culturales. Se ha asociado la edad tardía en la

fecha de la primera unión con mayores alternativas de vida para la mujer distintas al matrimonio. En este sentido se considera que la escolaridad favorece el retraso de la vida conyugal y la disminución de la fecundidad. (Zúñiga y cols., 1986; Novoa, Cota Guilling y Morena, sin año; Patiño y cols., 1988).

#### ABORTO

Cuando una adolescente queda embarazada tiene dos alternativas, llevar el embarazo a término o el aborto (Alvarez, 1983).

Las leyes sobre el aborto en Latinoamérica son generalmente restrictivas a pesar de que es realizado con frecuencia por médicos y personas no entrenadas. Dos tercios de los países en Latinoamérica permiten el aborto solamente cuando existe algún riesgo grave para la vida de la madre; los otros reconocen amplias indicaciones médicas. Siete países permiten la terminación del embarazo en caso de violación o incesto. Algunos intentos para liberalizar las leyes han sido realizadas —por ejemplo Colombia y Costa Rica— pero estos han sido infructuosos. En Uruguay donde el aborto fue legal desde 1933 a 1938, la penalización es vacilante cuando el aborto se ejecuta durante los primeros tres meses de embarazo por razones de presión económica seria (Tietze y Henshaw, 1986).

En Cuba, los abortos electivos están disponibles en hospitales del gobierno desde la mitad de los 60s. Las mujeres pueden obtener el aborto si lo solicita en las primeras diez semanas de gestación: abortos tardíos requieren aprobación (Woodward, 1985).

Cuba es el único país en Latinoamérica donde los abortos son realizados de manera importante dentro del contexto de los servicios oficiales de salud. En 1974 la tasa total de aborto se aproximaba a 70 por 1000 mujeres entre los 15 y 44 años. De 1974 a 1981 la tasa de aborto declinó cerca del 31% y la tasa de fertilidad cayó a 44% sugiriendo un incremento en el uso de anticonceptivos. Las tasas de aborto y fertilidad subieron un 15% en 1982 evidentemente debido al incremento en el número de adolescentes y permaneció a un nivel alto hasta 1984 (David, 1983; Pick de Weiss y David, en prensa).

La incidencia del aborto ilegal en otros países de Latinoamérica se cree que sea alta y que se sigue incrementando especialmente en áreas urbanas (Gaslonde, 1976). En razón a la ilegalidad del aborto en otros países los datos deben ser inferidos de las admisiones a los hospitales por complicaciones de abortos sépticos. Viel, (1982) afirma que los hospitales urbanos de la mayoría de los

países tienen el 30% de las camas en la sala de obstetricia y ginecología usualmente ocupadas por mujeres con complicaciones del aborto. En América Latina aproximadamente el 15% de las mujeres hospitalizadas en la década de 1970 debido a complicaciones de aborto tenía menos de 19 años de edad. Este es un porcentaje mucho más alto que el que se había registrado en el decenio de 1960, lo cual sugiere que la tasa de abortos ilegales entre los jóvenes está en aumento en esta región (International Fertility Research Program, 1980). En Panamá el 17% de las mujeres tratadas por complicaciones de abortos sépticos son adolescentes (Monteith, 1980).

La proporción de abortos complicados en mujeres menores de 20 años fluctúa entre 11% y 20% en Latinoamérica. Si se incluyeran los abortos de adolescentes que abortan sin complicaciones, el número se elevaría considerablemente (Woodward, 1985).

Varias encuestas de fertilidad muestran que la tasa de aborto en esta región fluctúa de 30 a 60 por 1000 mujeres menores de 19 años de edad (Organización Panamericana de la Salud, 1984). Un estudio llevado a cabo en Argentina por Guruchairi (1984) reveló que un tercio de las adolescentes que quedan embarazadas recurren al aborto inducido. En México, se encontró que 60% de los embarazos en una población universitaria terminan en aborto (García y cols., 1981).

Una encuesta realizada en varias ciudades de Latinoamérica estimó la proporción del total de abortos para mujeres menores de 20 años de la siguiente manera a saber: Campinas, Brasil (12%); Santiago, Chile (13%); Ciudad de México, México (11%); Lima, Perú (12%) (International Fertility Research Program, 1980).

El aborto ilegal es una causa importante de la mortalidad materna. Los datos de los países latinoamericanos indican que el aborto constituye del 12 al 53% de todas las muertes maternas, la mayor proporción de las cuales, ocurren en mujeres solteras entre 15 y 24 años de edad (Rosselot Vicuña, 1979).

En Colombia el aborto constituye la segunda causa de morbilidad de las mujeres entre 15 y 24 años de edad, representando el 8% de los egresos hospitalarios en 1985. La quinta parte de estas mujeres era menor de 20 años (Patiño y cols., 1988).

En lo que se refiere a actitudes, en la Ciudad de México, la encuesta de hogares realizada por Pick de Weiss, Atkin y Andrade-Palos, (1988c) reveló un bajo índice de aceptación, en especial cuando las adolescentes se refieren a la percepción que ellas tienen de los padres y de la pareja, siendo más liberal para la adolescente misma la perspectiva que ella considera que tendrían sus amigas.

Un estudio llevado a cabo en la República Dominicana con adolescentes entre 10 y 23 años de edad indicó que la mitad de ellos pensaban que el aborto era un crimen pero que el resto tenían actitudes diversas en un rango similar al de la población general (Alvarez, 1983).

En México las adolescentes que participaron en un estudio con adolescentes embarazadas (Vargas-Trujillo y Atkin, 1988) al recordar la vivencia de la noticia del embarazo manifestaron sentimientos de rechazo, temor, enojo, desconcierto y mucha ansiedad y compartieron el hecho de que todas habían pensado que la solución era el aborto y que algunas habían llegado a acudir a un médico para que lo realizara o a utilizar métodos abortivos (inyecciones o tés), después de lo cual habían desistido de la idea por temor a la muerte o a quedar incapacitadas para tener hijos posteriormente (esterilidad).

En esta misma área de actitudes (Cantú, Hernández, Alvarez, Margain y Armendares, 1975) llevaron a cabo un estudio con 316 médicos del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México el cual permitió establecer que el 83% de los médicos tienen conocimiento directo de por lo menos un caso de aborto ilegal inducido, y aproximadamente uno de cada dos conoce once o más casos. El 78% de los médicos que participaron en este estudio consideran que la frecuencia del aborto inducido ilegal en México es mayor al 6% de todos los embarazos, estando el 61.4% en contra de su práctica a la libre demanda, sin embargo, la mayoría de ellos (del 74.9% al 95.4%) están a favor del aborto cuando se trata de preservar la salud de la madre o cuando el producto tiene un riesgo mayor de 5% de sufrir alteraciones congénitas que comprometan su salud física y/o mental.

Con el objeto de obtener información sobre las características de proveedores de servicios y clientes del aborto. (Pick de Weiss y David, en prensa) llevaron a cabo un estudio de campo en tres ciudades de México (Distrito Federal, Acapulco y Oaxaca).

La intolerancia del aborto por parte del cuerpo médico en estos países, para este grupo de edad, induce, a la adolescente a buscar ayuda clandestinamente donde el aborto es generalmente practicado por personal no entrenado y en condiciones inadecuadas, debido a que la adolescente desconoce la información acerca del acceso legal a este procedimiento y que ellas no quieren correr el riesgo de ser descubiertas. Estos abortos tienden a tener tasas de complicación generalmente más altas, y mucho más cuando se aso-

cion las dificultades quirúrgicas que se relacionan con la inmadurez emocional y física de los adolescentes. Estas incluyen hemorragia, perforación uterina y lesiones viscerales y cervicales (Senderowitz y Paxman, 1985).

Otro factor que incrementa el riesgo de los abortos en las adolescentes es que la gente joven tiende a buscar ayuda después de las primeras 12 semanas de embarazo cuando es menos seguro. Esto es atribuido a la ignorancia acerca de los signos del embarazo, disponibilidad del servicio, ciclos menstruales irregulares, negación, ambivalencia, vergüenza, temor y preocupación por el costo y la confidencialidad (Senderowitz y Paxman, 1985).

### EMBARAZO

El embarazo en el caso de mujeres muy jóvenes, aun cuando sea deseado, es más peligroso, tanto para la madre como para su hijo, que el embarazo en una edad más tardía (Senanayake, 1987; Belitzky, Cruz, Marinno y Tenzer, 1985). En Latinoamérica éste es un factor que se ha venido considerando como un problema de salud pública creciente y que ha merecido especial interés desde comienzos de 1980 (Molina y Romero, 1985).

Los problemas del embarazo en la adolescencia son explicados por las características de salud materno infantil en donde las tasas de mortalidad durante 1970-1975 por complicaciones del embarazo, parto y puerperio estaban dentro de las cinco principales causas de muerte en mujeres entre 15 y 24 años de edad (Rosselot Vicuña, 1979). Los riesgos son mayores para las mujeres de escasos recursos económicos, que han tenido una mala alimentación y pocas oportunidades de obtener servicios de salud prenatal (Molina y Romero, 1985).

De acuerdo con los últimos datos disponibles de la región las tasas de mortalidad más elevadas se encuentran en los países de habla hispana de Centroamérica y el Caribe. En casi todos los países latinoamericanos las tasas de nacimiento en este grupo de edad (15-19 años) son altas (Molina y Romero, 1985). En México por ejemplo la Encuesta Nacional Demográfica, 1982 y la Encuesta Nacional de Prevalencia de Uso de Métodos Anticonceptivos, 1979 establecieron que alrededor del 12% de los nacidos vivos en los años 1979 y 1982 fueron madres entre 15 y 19 años de edad. Este mismo índice de fecundidad fue encontrado por (Alvarez, 1980). En Colombia, de cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años, se embarazan anualmente entre 60 y 80 (Rico de Alonso, 1986).

Las consecuencias del embarazo y el parto en las adolescentes están relacionadas a un amplio espectro de resultados médicos, psicológicos, sociales, económicos y demográficos y sus efectos van desde la madre joven hasta su pareja, otros miembros de la familia adolescente, sus hijos y la sociedad. La literatura relacionada con el embarazo adolescente y sus complicaciones médicas muestra que los diversos autores coinciden en sus hallazgos a saber: una mayor probabilidad de toxemia (Aznar Ramos y Lara Ricalde, 1967; Guerrero Sanguino, Chávez Azuela, González Hernández, Pardo Esparza y Karchmer, 1975; Chávez Azuela, Castro, Guerrero, Tonda y Quesnel, 1978), mortalidad perinatal (Guerrero Sanguino y cols., 1975; Chávez Azuela y cols., 1978; Kably y cols., 1982) lesiones del canal del parto, infección urinaria, mayor número de distocias (Pérez Segura, 1981); mayor índice de cesáreas (Chávez Azuela cols. 1978; Kably, Mar de la Rosa, Orozco Herrera y Alvarez Durán, 1982); desproporción céfalo-pélvica y parto prolongado (Uriza, 1983). Al mismo tiempo, es importante anotar que estudios recientes sugieren que algunas complicaciones no están relacionadas directamente con la edad sino con la atención prenatal inadecuada, con problemas psicosociales, económicos y nutricionales (Herrera Lasso y Díaz y Díaz 1980; Molina y Romero, 1985; Belitzky y cols., 1985; Suárez Ojeda y cols., 1985; Pérez Segura, 1988).

En los países en desarrollo, cerca de tres cuartas partes de los partos ocurren sin atención prenatal, ya sea porque, estos servicios no están a disposición de todas las mujeres o porque las adolescentes tienden a buscar atención prenatal mucho más tarde que las mujeres de mayor edad. Lo anterior está relacionado con la negación inicial del embarazo, desconocimiento de los signos de embarazo, culpa, vergüenza o motivación (Population Reports, 1987).

Los riesgos de salud también están asociados con los bebés de madres adolescentes. El hijo de una madre joven tiene mayores probabilidades de tener bajo peso al nacer, el cual conduce a problemas neurológicos, retardo y otros problemas de salud incluyendo la muerte (Belitzky y cols., 1985; Suárez Ojeda y cols., 1985a; Engle, 1978; Acuña Díaz, 1988). Los riesgos de bajo peso al nacer y de mortalidad infantil son mayores en los niños de las madres más jóvenes (de 15 años o menores) y entre las que tienen su segundo y tercer hijo con poco espaciamiento entre los partos (Engle, 1978; Maine y McNamara, 1985).

Además las complicaciones del embarazo y del parto que comúnmente se presentan entre las mujeres jóvenes (anemia, pre-eclampsia y desproporción céfalo-pélvica) pueden conducir a com-

plicaciones serias o a la muerte del niño. Con una buena atención prenatal y una nutrición adecuada las tasas de mortalidad y de complicaciones entre los niños de todas las mujeres, salvo las chicas muy jóvenes, pueden disminuir enormemente (Engle, 1978).

Para las madres adolescentes, los riesgos de la maternidad no necesariamente terminan en el momento del parto. El embarazo en las adolescentes obstaculiza su desarrollo tanto personal como social (Jagdeo, 1985 a).

En muchas sociedades, la mujer joven principalmente si es soltera, enfrenta problemas psicológicos y emocionales para ajustarse a la maternidad. Estos se intensifican si está tratando de criar a su hijo sola, ya que, en Latinoamérica es muy común que la madre adolescente soltera sea rechazada tanto por su grupo familiar como por el padre del bebé y por el sistema social, lo cual acentúa la inestabilidad psicológica e incrementa los sentimientos de culpa e inseguridad característica de esta edad (González, Molina y Romero, en prensa).

Si la adolescente es lo suficientemente afortunada y recibe el apoyo de su familia, es muy común que experimente gran tensión y confusión sobre roles y responsabilidades. Incluso dentro del matrimonio, una madre muy joven puede sentirse insegura o inmadura para llevar a cabo aceptablemente su papel (Senderowitz y Paxma, 1985).

La actitud frente a la maternidad a una edad temprana varía en las diferentes regiones del mundo, y a pesar de que algunas sociedades favorecen el embarazo a edad temprana, las consecuencias para la mujer joven generalmente son las mismas: pérdida de la autonomía; interrupción en sus relaciones sociales; aplazamiento o estancamiento de su desarrollo personal (Suárez Ojeda y cols., 1985). Esto las lleva a expresar que la vida no es como esperaban y que la crianza del bebé con o sin pareja es una responsabilidad muy grande que les impide realizar las actividades que hacen otras chicas de su edad (Vargas-Trujillo y Atkin, 1988) o a contraer un matrimonio que les brinde seguridad y aceptación social pero que a la larga termina por disolverse (Population Reports, 1987).

En una muestra de adolescentes embarazadas estudiadas en el Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México, (Fernández MacGregor, Arcelus y Atkin, 1988) se encontró que de las 203 adolescentes el 56.7% viven con el compañero, (26.1% en unión libre y 30.6% casadas por lo civil y/o religioso), a raíz del embarazo lo que de acuerdo con las autoras sugiere que culturalmente aun existe una tendencia a que el compañero responda res-

ponsabilizándose de su pareja, con el apoyo económico y emocional de sus familiares. Por otro lado, las autoras encontraron una relación significativa entre la calidad de la relación con la familia de él y la calidad de comunicación de pareja percibida por ella a pesar de existir una serie de factores que hablan de un mal pronóstico.

Una de las consecuencias más dramáticas y a más largo plazo de la maternidad temprana, es el abandono escolar. En los países en desarrollo, las chicas del colegio que quedan embarazadas, casi siempre abandonan los estudios, ya sea que estén o no casadas. Generalmente, no se permite a una chica soltera continuar en el colegio o volver a él después de dar a luz a su hijo. En el Caribe, por ejemplo, donde un tercio de todos los embarazos son de mujeres menores de 19 años, se observa un sustancial abandono escolar, por parte de estas jóvenes a quienes se les niega la entrada posteriormente (Jagdeo, 1985a). Una encuesta realizada en Costa Rica, permitió establecer que el 51% de las adolescentes embarazadas que estudiaban dejaron de asistir a la escuela por el embarazo y 61% de aquellas que trabajaban dejaron de hacerlo por la misma causa (Bermúdez, Barbe y Ortiz, 1982). Por otro lado, se ha visto que aunque la maternidad en la adolescencia incrementa el abandono escolar, la tasa de asistencia escolar es menor entre adolescentes desde antes de su embarazo (Pick de Weiss y cols., 1988 b). Parece ser entonces que el decremento educativo es tanto la causa como la consecuencia del embarazo adolescente.

Algunos países en desarrollo como Jamaica están modificando sus políticas y están permitiendo a las chicas volver a la escuela cuando han nacido sus hijos, si bien en general no regresan a la misma que asistían antes (Jagdeo, 1985).

En lo que se refiere a consecuencias económicas del embarazo durante la adolescencia en los países en desarrollo, y especialmente en las zonas rurales, las mujeres tienen menos oportunidad para el progreso económico. Por consiguiente, es probable que el embarazo no empeore demasiado sus perspectivas económicas. No obstante, en las zonas urbanas, donde las oportunidades para la mujer son mayores, las madres jóvenes son a menudo pobres porque no están casadas y no tienen un marido que mantenga a la familia. Por ejemplo, en una encuesta realizada en Guatemala se determinó que en la periferia de las zonas urbanas las mujeres que dieron a luz antes de los 17 años de edad vivían en condiciones de mayor pobreza y habían tenido menos experiencia en el trabajo que las mujeres que tuvieron hijos a una edad mayor (Engle, 1978).

## FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

El uso y no uso de anticonceptivos es uno de los principales factores que intervienen en el embarazo de las adolescentes, y un tópico interesante de investigación, especialmente para los psicólogos, dado que el comportamiento anticonceptivo aparentemente irracional de los jóvenes se relaciona con aspectos de personalidad, desarrollo, cognición, toma de decisiones y actitudes (Morrison, 1985).

En Latinoamérica la mujer joven soltera está particularmente afectada por una serie de presiones sociales en conflicto. Por un lado, se encuentra rodeada por un medio ambiente que auspicia su participación sexual a través de los medios de comunicación, su pareja, y los valores tradicionales que le dan un lugar primordial a la fecundidad femenina (Jones y cols., 1985), de la cual algunos hombres, exigen una "prueba" antes del matrimonio, (Maynard, 1986). Por otra parte, los valores sociales también exigen que la mujer joven se mantenga virgen hasta el momento del matrimonio dentro del cual se debe practicar el sexo con reserva y pasividad (Giraldo Neira, 1986).

Estas presiones en conflicto hacen que la mujer practique su actividad sexual en forma insegura o culpable. Es posible que ella no sea capaz de tomar firmemente la decisión de decir "no" (Herold y Goodwin, 1981; Jones y cols., 1985) o en su defecto planear de antemano el uso de métodos anticonceptivos. Puede ser que para ella el uso de los métodos anticonceptivos equivale a la promiscuidad o a un deseo sexual inaceptable (Greydanus, 1983).

Algunas adolescentes tienen dificultad para hacer planes realistas para el futuro y para ver los efectos a largo plazo de sus acciones (Pick de Weiss y Andrade Palos, 1987). Generalmente subestiman las obligaciones que implica criar a un hijo y son poco realistas acerca de sus costos y beneficios. Una mujer joven puede en el fondo, desear un embarazo (Pick de Weiss y cols., 1988 a; Jagdeo, 1985), o por lo menos tratar de evitarlo porque percibe que el ser madre le permitirá satisfacer y solucionar sus carencias emocionales y situaciones del conflicto pero no logra prever que la maternidad es una gran responsabilidad que le impide participar en las actividades que realizan otras chicas de su edad (Vargas-Trujillo y Atkin, 1988).

Para algunas adolescentes el embarazo puede ser una manera de rebelarse contra sus padres, de llamar la atención o de forzar un matrimonio (Kreipe, 1983). Las jóvenes pobres sin alternativas educativas y/o laborales, pueden considerar la maternidad como algo

que les da una función en la vida, aun siendo solteras (Jagdeo, 1985).

Los valores culturales y las presiones afectan también a los varones. En la mayoría de los países latinoamericanos se mantienen criterios morales dobles, en relación con la sexualidad, tolerando y facilitando las relaciones sexuales prematrimoniales en el caso de los hombres, mientras se prohíben y condenan en la mujer (Giraldo Neira, 1986; Population Reports, 1987).

Así, por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en la Ciudad de México el 40.7% de las adolescentes entrevistadas manifestaron estar de acuerdo con que un hombre tenga relaciones sexuales antes de casarse mientras que solo el 26.5% no opina lo mismo. Según el 68% de las adolescentes que participaron en el estudio la mujer debe conservarse virgen hasta que se case (Pick de Weiss, Díaz Loving y Andrade Palos, en prensa). Estos resultados generales coinciden con estudios previos que muestran que en la familia mexicana existe una aceptación de premisas, socioculturales tradicionales en lo que se refiere a relaciones sexuales premaritales (Díaz Guerrero, 1982).

El inicio temprano de la actividad sexual por parte de los hombres se acepta y reconoce como muestra de virilidad y mucho más cuando logra embarazar a una chica (Giraldo Neira, 1986) bajo la cual recae la responsabilidad de criar al hijo. Como resultado de ello, muchos varones no asumen la responsabilidad de evitar el embarazo. Algunos hombres rehusan usar anticonceptivos; algunos objetan que sus compañeras los usen; y otros ni siquiera piensan en los anticonceptivos ni los discuten con sus parejas (Population Reports, 1987). Por ejemplo, en la encuesta de hogares de la Ciudad de México realizada por Pick de Weiss y cols., (1988 b), se encontró que sólo el 18.3% de las adolescentes entrevistadas consideró que a los hombres les gusta usar anticonceptivos, mientras el 62.5% de la muestra creía que el hombre no es quien debe cuidarse para no embarazar a una chica.

En un estudio realizado en Cuernavaca (México), con un grupo de mujeres de nivel socioeconómico bajo se encontró que a pesar de que la mujer favorece el control de la natalidad más que sus esposos, ellas no hacen nada si sus esposos no están de acuerdo (Levine, Levine, Richman y Sunderland, 1987).

A este respecto, un estudio realizado en Markita, (Perú), reveló que los servicios de planificación familiar no son prestados a una mujer que desea usar anticonceptivos sin la presencia y autorización escrita de su compañero sexual (Maynard, 1986).

El hecho de que la responsabilidad y la iniciativa del uso de anticonceptivos recaiga generalmente sobre la mujer adolescente ha exacerbado la dificultad para su uso, debido a su poco poder de decisión y a la dependencia del hombre, en estas culturas. Además las mujeres también, tienen actitudes negativas hacia los efectos colaterales y los riesgos para la salud (Silva y cols., 1980). Así por ejemplo, en el estudio realizado por Maynard, (1986) en la comunidad de indios quéchuas del Perú se encontró que el uso de anticonceptivos modernos (píldoras, condón y DIU) se ve afectado por las ideas erróneas acerca de su uso, efectos colaterales y tasas de fracaso, se observó que cualquier efecto en el nacimiento o en el momento del parto (labio leporino, anencefalia, etc.) es atribuido al uso de métodos anticonceptivos. Por otro lado, el temor a sentirse enfermas como consecuencia del uso de anticonceptivos impide que las mujeres de esta comunidad utilicen métodos modernos de planificación familiar, ya que, esto les impediría realizar las actividades domésticas, para las cuales no cuentan con ayuda.

Entre ciertos grupos sociales subsisten valores y creencias que se contraponen a la anticoncepción. En ellos la mujer fértil goza de prestigio, a diferencia de la estéril, y la planificación familiar no es comunmente aceptada, especialmente por factores de tipo religioso y por la oposición de las parejas quienes piensan que a la mujer se le facilita ser infiel si usa anticonceptivos. Además se manifiestan diversas creencias y valores negativos en relación con su uso. Como que "se convierte a la mujer en objeto de placer", o la noción de que "los métodos no sirven" (Patiño y cols., 1988).

Otra de las razones por las cuales los adolescentes no usan métodos anticonceptivos es que muchas parejas jóvenes no están preparadas para su primera experiencia sexual. En México, las encuestas han revelado que entre el 50 y el 60% de los adolescentes no usan métodos anticonceptivos la primera vez por "lo imprevisto de la relación" (García y cols., 1981; Pick de Weiss y cols., 1988 b). En general las chicas más jóvenes suelen ser las que menos probabilidades tienen de usar anticonceptivos la primera vez que tienen relaciones (Pick de Weiss, y cols., 1988 b).

Por otro lado se ha visto que variables de personalidad tales como asertividad, locus de control, planeación, organización, obediencia, controlabilidad, y toma de decisiones están asociadas diferencialmente con la actividad sexual y anticonceptiva adolescente dependiendo de la edad de la joven (Pick de Weiss, Díaz Loving, Andrade Palos, 1988 d; Pick de Weiss, Andrade Palos y Díaz Loving, 1988 a; Díaz Loving, Pick de Weiss y Andrade Palos, 1988 ab).

En cuanto a la estructura familiar se ha encontrado que la ocurrencia de un embarazo premarital, entre las hermanas o la madre de la adolescente y la frecuencia de comunicación sobre aspectos personales están relacionados con la conducta sexual (Pick de Weiss, Díaz Loving, Rívera Aragón, Flores Galaz, Andrade Palos, 1987; Pick de Weiss, Atkin y Andrade Palos, 1988 c). En el estudio longitudinal de adolescentes embarazadas del Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México, se encontró que el uso previo de anticonceptivos estaba relacionado con la escolaridad de la joven y su pareja antes del embarazo, la edad de la madre al embarazarse por primera vez y el número total de hermanos menores de la adolescente (Atkin y Vargas-Trujillo, 1989).

También se ha visto que los adolescentes encuentran más dificultades en obtener anticonceptivos que las parejas de casados adultos, por su percepción de no ser bienvenidos en los centros de planificación familiar, la vergüenza y el temor a ser descubiertos por sus padres (Viel, 1982; Alvarez, 1983).

#### PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS

En la actualidad se tiene muy poca información acerca del uso de métodos anticonceptivos entre jóvenes solteros sexualmente activos en Latinoamérica. Se cuenta con reportes de la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF) y de las Encuestas de Prevalencia de Uso de Anticonceptivos (EPA). Las cuales se basan en datos de mujeres actualmente casadas de 15 a 44 años de edad. Los datos de estas encuestas revelan que el uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 19 años es bajo, encontrándose el porcentaje más bajo en Haití (4%) (Anderson y Cleland, 1984) y el más alto en Costa Rica (47%) (Grimaldo, Ortiz Carbajal y Sosa, 1982).

La mayoría de las encuestas aplicadas a muestras representativas de jóvenes sexualmente activos, solteros, han revelado que menos de la mitad de los jóvenes responden que han usado alguna vez métodos anticonceptivos. Uno de los estudios más completos que se ha llevado a cabo dentro de esta área en México es el de García Bravo y cols., (1981), quienes trabajando con una muestra de 1687 alumnos de la Universidad Nacional Autónoma de México y 506 de la Universidad Juárez de Durango, entre 16 y 23 años de edad que voluntariamente quisieron participar durante el año escolar 79-80 encontraron que el ritmo y el retiro se usaban en el 42% de los casos que habían tenido relaciones sexuales, el 32% utilizaban métodos hormonales y una tercera parte de los entrevistados sexual-

mente activos no utilizaban ningún anticonceptivo. El uso del preservativo y el DIU fue reportado en menos del 5% de los casos.

Con respecto al uso de anticonceptivos en la investigación "Adolescentes de la Ciudad de México: un estudio psicosocial de las prácticas anticonceptivas y embarazo no deseado" de una muestra representativa de hogares, el 13.09% manifestó haber hecho algo para prevenir el embarazo, siendo los métodos más usados las pastillas (28.7%), retiro (7.4%) e inyecciones (5.3%); (Pick de Weiss y cols., 1988 b). De las adolescentes embarazadas entrevistadas el 86.36% no hizo nada para no embarazarse. Las adolescentes que utilizaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual usaron el retiro (35.71%), pastillas (23.8%), el ritmo (19.04%) y ovulos (9.52%) (Pick de Weiss y cols., 1988 b).

Un estudio realizado en Brasil en la Ciudad de Campinas reveló que el 88% de las jóvenes solteras que daban a luz en un hospital docente, nunca había usado métodos anticonceptivos por temor a los efectos secundarios (Silva, Sarmiento y Faundes, 1980).

En República Dominicana un estudio con adolescentes entre 10 y 23 años de edad encontró que sólo el 11% de los adolescentes sexualmente activos había usado alguna vez un método anticonceptivo (Alvarez, 1983).

#### CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPTIVOS

De acuerdo con los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad y de las encuestas de prevalencia de uso de anticonceptivos aplicadas entre 1974 y 1984 en la mayoría de los países latinoamericanos, la edad de la mujer no está estrechamente ligada al conocimiento que posee de la anticoncepción. El porcentaje de las mujeres entre 15 y 19 años que conocían la anticoncepción en Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Jamaica, Panamá, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Venezuela, no variaba en más de 5 puntos comparado con el porcentaje del grupo de mayor edad (Population Reports, 1986).

En muchos países, sin embargo, las mujeres más jóvenes eran las que menos conocimiento tenían. El nivel más bajo de conocimiento entre las mujeres casadas de 15 a 19 años era más evidente en Bolivia (54%), Ecuador (64%), Perú (73%). El Salvador (76%) y México (79%), mientras que los otros países presentaban porcentajes que van de un 90 a 100%.

De la misma manera en México, los reportes de investigación con poblaciones entre 15 y 19 años indican un alto porcentaje (80

a 90%) de los entrevistados han "oído" de los métodos anticonceptivos (Núñez y cols., 1986; Network, 1987; Pick de Weiss y cols., 1988 b). En Colombia una investigación realizada en el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos en Bogotá, reveló que el 90% de las adolescentes embarazadas encuestadas conocía la píldora como método anticonceptivo, el 80% el DIU, el 72% el condón, el 56% la espuma y óvulo; el 50% el ritmo (Márquez, 1987).

En República Dominicana la mayoría de las adolescentes que participaron en el estudio de Alvarez (1983) habían oído de los métodos anticonceptivos y sabían dónde conseguirlos.

Sin embargo, en algunos países, la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas lo hacen sin desearlo y sin intención. Por ejemplo, de las adolescentes embarazadas que fueron entrevistadas en el Hospital de la Mujer y el Instituto Nacional de Perinatología en la Ciudad de México por Pick de Weiss y cols., (1988 b) el 82.9% reportó no desear el embarazo. Existen numerosas razones para que esto suceda, incluyendo ignorancia del proceso reproductivo, de los métodos de control natal y de su disponibilidad y la creencia de que el coito no ocurrirá o el embarazo subsecuente (Jagdeo, 1985; Pick de Weiss y cols., 1988 b; Márquez, 1987; Ruiz, 1980; Suárez Ojeda y cols., 1985).

Parte de esta ignorancia e información equivocada proviene de fuentes de información disponibles a los adolescentes. En muchos países los conocimientos que tienen los jóvenes acerca de la fecundidad y de los métodos anticonceptivos los han aprendido casi siempre de sus amigos y de los medios de comunicación. Las dos fuentes sobresalen por su falta de certeza e imparcialidad al presentar los aspectos relacionados con la sexualidad. La información obtenida a través de estos medios es a menudo incompleta, errónea o falsa (Márquez, 1987; Jagdeo, 1985).

Por ende, los mitos y las ideas erróneas acerca de la fecundidad y los métodos anticonceptivos son ampliamente difundidos. En México, por ejemplo, Pick de Weiss y cols., (1988 a) observaron que el 31.7% de las entrevistadas manifestaron estar de acuerdo en que se puede embarazar una mujer al ir a un baño público, 58% afirmaron que los métodos anticonceptivos causan enfermedades en las mujeres, y 36.3% que las pastillas causan infertilidad, las cuales son creencias altamente aceptadas por la cultura mexicana.

Muchos adolescentes creen que el embarazo no puede ocurrir cuando son muy jóvenes, cuando tienen relaciones sexuales por primera vez, o cuando tienen relaciones sexuales en forma poco frecuente. Además, muchos tienen conceptos errados acerca de cuándo

ocurre el período fértil del ciclo menstrual (Jagdeo, 1985; Suárez Ojeda y cols., 1985; Pick de Weiss, y cols., 1988b).

Ideas erradas acerca de los anticonceptivos modernos son también bastante difundidas entre los jóvenes. Por ejemplo, en una encuesta de hogares de la Ciudad de México 40.5% de las adolescentes desconocía cuantas veces podía ser utilizado un condón, 35,5% no sabía si el tomar una pastilla anticonceptiva después de haber tenido relaciones sexuales sirve para prevenir el embarazo y con respecto a si se deben tomar las pastillas anticonceptivas diario aunque no se tengan relaciones sexuales muy seguido, sólo el 35.1% dió una respuesta afirmativa (Pick de Weiss y cols., 1988 b). Por otro lado, los temores infundados acerca de los efectos secundarios son generalizados, (Jagdeo, 1985; Silva, Sarmiento, Landerer y Faundes, 1980; Maynard, 1986).

#### PROGRAMAS DE ORIENTACION Y EDUCACION SEXUAL PARA ADOLESCENTES

El incremento en la actividad sexual, el embarazo y sus consecuencias sociales, económicas y de salud entre la gente joven en edad reproductiva, están siendo finalmente reconocidas como problemas de gran magnitud en Latinoamérica.

Actualmente, la mayor preocupación es cómo tratar y cómo prevenir esos problemas. Varios estudios han revelado que muchos adolescentes carecen de información acerca de la función reproductiva y no saben a dónde acudir para obtener información adecuada (Population Council, 1986). En respuesta a esta realidad se están montando varios servicios, los cuales a menudo están en fase experimental, con el objeto de ayudar a los jóvenes a alcanzar una mejor vida familiar y salud reproductiva. Para esto es necesario considerar las necesidades específicas de la población objetivo y los elementos críticos del medio ambiente. Los programas de población y educación sexual deben iniciarse durante la infancia para familiarizar a la gente joven con datos relacionados con la sexualidad humana y para hacerlos conscientes de la necesidad de tomar decisiones responsables y racionales en lo referente a su comportamiento reproductivo (Chui, 1978).

La educación para la salud es un recurso científico y tecnológico que permite, por una parte, identificar las necesidades individuales y de grupo en el campo de los conocimientos, de las actitudes y de las conductas relacionadas con la salud; por otra parte, proporciona técnicas y procedimientos para resolver esas necesidades (González Carbajal, 1982).

Existen ciertas áreas en las cuales la educación para la salud es particularmente relevante en la medida que las necesidades de los adolescentes se incrementan. Estas áreas son sexo, alimentación, higiene (corporal y psicosocial), uso del tiempo libre, y orientación vocacional, las cuales deben ser tratadas simultáneamente si lo que se pretende es la adopción de actitudes y patrones de comportamiento adecuados y duraderos (Gómez Ferrarotti, 1985).

Una de las áreas que requiere más atención es la sexual, dado que es precisamente en la adolescencia cuando surge una gran curiosidad por todos los aspectos relacionados con el sexo, lo cual es comprensible a la luz de los numerosos cambios tanto físicos como psicológicos que tienen lugar en esta etapa del desarrollo.

Por otro lado, a pesar de que los niveles de información y educación sexual en este grupo de edad son pobres, algunos adolescentes se evalúan a sí mismos como "informados adecuadamente" (Baechler, y cols., 1982), mientras que otros exponen la necesidad de recibir orientación sexual y de métodos anticonceptivos. Este fue el caso, de un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México, en donde el 97% de los estudiantes encuestados durante 1980 que se encontraban entre los 16 y 20 años de edad, manifestaron la necesidad de educación de este tipo (Encárcega Rivera y Bazaine Morales, 1982).

En América Latina y el Caribe, la educación sexual ha sido impartida ampliamente durante varios años. Se han puesto en marcha programas piloto en escuelas en varios países que incluyen Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá y la República Dominicana (Population Reports, 1987).

Con base en los resultados de una investigación psicosocial con adolescentes de 12 a 19 años en la que se relacionan las variables psicosociales que diferencian a adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, que han tenido y nunca han usado métodos anticonceptivos, que han sido usuarias de diferentes tipos de anticonceptivos y un grupo de adolescentes embarazadas de dos Hospitales de la Ciudad de México (Pick de Weiss y cols., 1988 a, b, c, d.), se desarrolló un programa de educación sexual que contiene además de un programa básico de sexualidad, conducta reproductiva y anticoncepción, un entrenamiento con respecto a comunicación, toma de decisiones, valores, control sobre el medio ambiente y asertividad (Pick de Weiss, Aguilar, Rodríguez y Montero, 1989). El programa es llevado a cabo a través de ejercicios participativos, asignando a los alumnos tareas para la casa "activas" (en las que participan los padres y otros miembros de la comunidad) y en el cual se esclarecen creencias equivocadas en cada sesión a través del

análisis de una parte llamada "Es verdad que...". Las Evaluaciones que se han realizado sobre su efectividad (Pick de Weiss y Townsend, 1989) indican que tiene un efecto positivo tanto sobre conocimientos como sobre conducta anticonceptiva.

La Asociación Pro-Superación Familiar Neolones, A. C. estableció desde 1985 un centro de integración juvenil en el cual se provee educación sexual en escuelas y calles (Townsend y cols., 1987).

En el Instituto Nacional de Perinatología se está probando un modelo de educación participativa para adolescentes embarazadas, que consiste en compartir en forma gradual y sistemática un conjunto de expectativas conocimientos y vivencias alrededor del embarazo, la educación de los hijos, relación de pareja y de la adolescente con su familia de origen y política, la sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos que le permitan a la adolescente identificar situaciones o problemas en estas áreas, generar y analizar alternativas, proponer soluciones y utilizar este aprendizaje para que en forma activa y organizada logre el mejoramiento de sus condiciones de vida personal, de pareja, familiar y ocupacional (Vargas-Trujillo y Atkin, 1988).

Algunos países han vinculado los sistemas escolares formales a la labor de la educación en la salud reproductiva. Por ejemplo, en 1981 en la República Dominicana, PROFAMILIA, preparó un plan de estudios de educación sexual. Este programa fue puesto a prueba por varios maestros, consejeros y alumnos en una escuela secundaria de Santo Domingo. Con el apoyo de los padres de familia y los administradores de las escuelas, y posteriormente, en 1984, el Ministerio de Educación empezó a aplicar el programa en todas las escuelas a nivel nacional (Pathfinder Fund, 1985).

La Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, y la Asociación de Planificación Familiar del Caribe en 1984 publicaron una guía para maestros titulada "La Enseñanza de la Sexualidad Humana en las Escuelas Un Manual para el Educador", que constituye un plan de cursos de educación sexual (Lewis, Ragoonanan y Saint-Victor, 1984).

Otras instituciones de países como Chile, Guyana, Guatemala, Jamaica y México, han ampliado su radio de acción llevando la educación sobre sexualidad, reproducción humana a los lugares de trabajo de los jóvenes (Population Reports, 1987).

En algunos países las leyes prohíben o limitan algunos aspectos de la educación sexual. En Argentina, por ejemplo, la educa-

ción sexual constituye una ofensa criminal si incluye información sobre anticonceptivos (Senderowitz y Paxman, 1985).

Una de las formas de educación que tiene mayor poder de persuasión es el contacto personal entre individuos de la misma generación. Basados en este hecho algunas asociaciones utilizan esta estrategia en sus sesiones educativas y de consejería (Gómez Ferrarotti, 1985). En el presente en América Latina y el Caribe, los programas de aproximadamente diez países han capacitado a consejeros jóvenes (multiplicadores juveniles, promotores de la juventud) para llevar a cabo varias actividades educativas (Population Reports, 1987).

Usualmente los consejeros juveniles dictan charlas y coordinan discusiones de grupo sobre paternidad responsable, valores familiares, sexualidad humana, enfermedades sexualmente transmisibles y planificación de la familia para lo cual reciben una capacitación adecuada en los diferentes temas y en técnicas de comunicación y dinámicas de grupo. Después de la capacitación, los consejeros juveniles trabajan con escuelas, clubes de jóvenes, iglesias y grupos de padres con el fin de incrementar la concientización de la comunidad sobre el excesivo crecimiento demográfico y la necesidad de la planificación familiar (Population Reports, 1987). En República Dominicana en un período de tres años, se entrenaron 110 adolescentes en educación sexual para difundir este conocimiento entre sus iguales. (Alvarez, 1983).

Otros autores han señalado que existen algunas dificultades en el empleo de los consejeros juveniles. Para ser más eficaces necesitan un entrenamiento intensivo y supervisión constante para lo cual se requiere dedicación de gran parte del tiempo del personal responsable de los programas. Además dado que los jóvenes cambian con mucha rapidez y frecuencia de actividad (matrimonio, graduación, ingreso a la universidad, empleo, etc.), se observa constantemente cambio del personal entre los promotores juveniles lo cual implica un elevado costo (Cossey, 1985).

Otra alternativa para enviar mensajes educativos a los jóvenes sobre sexualidad y fecundidad o para atender problemas específicos de los jóvenes han sido los medios de comunicación masiva, utilizados en países como Costa Rica, Argentina, Guyana, Trinidad y Tobago. En México también una compañía de producción de comunicaciones, ha producido un disco de canciones populares acompañadas de videocintas las cuales enfatizan la importancia de posponer la actividad sexual. (Population Reports, 1987).

En Jamaica, la Junta Nacional de Planificación Familiar ha montado una campaña para alentar a los jóvenes posponer su ma-

ternidad utilizando los lemas "antes de ser madre, sé mujer" y "antes de ser padre, sé hombre" (Adolescent Fertility Resource Center, 1985).

Con respecto a Programas para madres adolescentes existen algunos programas de servicios para jóvenes embarazadas en Chile, Jamaica, Filipinas, Uruguay, México y Colombia (Corona, 1987; Duarte de Useche, 1988). Estos programas atienden las necesidades médicas de estas jóvenes y sus recién nacidos y proporcionan orientación individual o de grupo sobre el parto y las responsabilidades de la maternidad. En lo que se refiere a programas para adolescentes dentro de los programas de planificación familiar existen algunos centros de planificación familiar e instituciones de salud que han incluido servicios especiales para los jóvenes en algunos países como México, República Dominicana, Costa Rica, en los cuales se brinda atención médica, orientación y consejería, planificación familiar (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1986).

#### CONCLUSION

En el presente trabajo se ha procurado realizar una revisión de la investigación que sobre conducta sexual y reproductiva adolescente se ha llevado a cabo en América Latina. Es aparente que se han hecho importantes avances, sobre todo en estudios de tipo descriptivo (e. g. de prevalencia) y en la implementación de programas de educación sexual. Queda sin embargo, un largo camino por recorrer sobre todo en lo que se refiere a investigación diagnóstica, aborto y sus consecuencias y desarrollo y evaluación (a corto y largo plazo) de programas educativos.

#### REFERENCIAS

- Acuña Díaz, J. G. (1988). Anticoncepción en la adolescencia. Aspectos médicos y culturales. En Asociación Salud con Prevención (Eds.), *Sexualidad en la adolescencia*. (pp. 22-26). Bogotá, Colombia: Editores.
- Anderson, J. E. y Cleland, J. C. (1984). The world fertility survey and contraceptive prevalence surveys: A comparison of substantive results. *Studies in Family Planning*, 15, 1-13.
- Adolescent Fertility Resource Centre (1985). Teenage pregnancy advertising campaign. *Newsletter*, 1-8.
- Allman, J. (1982) Fertility and family planning in Haiti. *Studies in Family Planning*, 13, 237-245.
- Alvarez, A. J. (1980) *La mujer joven de México*. México: El Caballito.
- Alvarez, R. R. (1983). ¿Está la adolescente psicológicamente apta para la reproducción? *Familia*, 1, 23-25.

- Atkin, L. C. y Vargas-Trujillo, E. (1989). *Conducta anticonceptiva de un grupo de adolescentes mexicanas*. Trabajo presentado al XXII Congreso Interamericano de Psicología, Buenos Aires, Argentina.
- Aznar Ramos, R. y Lara Ricalde, R. (1967). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 22, 661-667.
- Bachler, R. R. y Molina, M. I. (1982). Sexualidad en la adolescencia *Cuadernos Médico Sociales*, 24, 60-67.
- Belitzky, R., Cruz, C. A., Marinho, E. y Tezner, S. M. (1985). Perinatal findings in young mothers: A comparative study in Latin American maternity centers. En *Health of Adolescents and Youths in the Americas*, Panamerican Health organization/World Health Organization, Scientific Publication, 489, 206-220.
- Bermúdez, M. Barbe, C. y Ortiz, M. (1982). *Embarazo entre las adolescentes: Resultados de una encuesta realizada en la Ciudad de Limón, 1980* San Juan de Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense, Departamento de Investigaciones Sociodemográficas.
- Brody, E. B. y Newman, L. F. (1983). Psychosocial aspects of personal fertility regulation. En E. Dennerstein y W. Burrows (Eds.), *Handbook of psychosomatic obstetrics and gynecology*, (pp. 353-372). Nueva York: Elsevier Biomedical Press.
- Cantú, J., Hernández, A., Alvarez, R., Margain, J. y Armendares, S. (1975). Actitud del médico ante el aborto. *Ginecología y Obstetricia de México*, 37, 171-182.
- Consejo Nacional de Población (sin año). *La educación de la sexualidad*, Vol. 4. (pp. 213-251). México: CONAPO.
- Corona, E. (1987). *A study to evaluate the quality of care in a comprehensive model of service delivery to adolescent mothers in a Mexico City hospital*. México: Population Council.
- Cossey, D. (1985). Grapevine: London. En P. Meredith. (Ed.), *Adolescents: Planning contraceptive and counseling services*. Londres: International Planned Parenthood Federation, Europe Region, 69-77.
- Chávez Azuela, J. Castro, C. Guerrero, A., Tonda, R. y Quesnel, C. (1978). Riesgo fetal de la paciente adolescente sometida a cirugía obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 43, 405-411.
- Chui, J. W. (1978). *Policies and programs on adolescent fertility in developing countries: an integrating approach*. Nueva York, (mimeo).
- David, H. P. (1983). Cuba: Low fertility, relatively high abortion... *Intercom*, Julio-Agosto, 5-6.
- Díaz-Guerrero, R. (1982). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.
- Díaz-Loving, R., Pick de Weiss, S. y Andrade Palos, P. (1988 a). Relación de control, conducta sexual, anticonceptiva y embarazo en adolescentes. En *La psicología social en México* Vol. II. (pp. 328-335). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Díaz Loving, R. Pick de Weiss, S. y Andrade Palos, P. (1988 b). Obediencia, asertividad y planeación al futuro como precursores de comportamiento sexual y anticonceptivo en adolescentes. En *La Psicología Social en México*. Vol. II, (pp. 336-342). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Duarte Contreras, A. (1988). Mis experiencias en investigación sobre sexualidad

- en adolescentes. En Asociación Salud con Prevención (Eds.), *Sexualidad en la adolescencia*. (pp. 17-21). Bogotá, Colombia: Editores.
- Duarte de Useche, C. E. (1988). Embarazo en adolescentes solteras. Aspectos médicos y culturales. En Asociación Salud con Prevención (Eds.), *Sexualidad en la adolescencia*. (pp. 15-20). Bogotá, Colombia: Editores.
- Escárcega Rivera, G. y Bazain Morales, A. C. (1982). Actitud del estudiante universitario hacia los métodos anticonceptivos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 50, 305-311.
- Engle, P. I. (1978). *Consequences for mothers and children of adolescent child-bearing in rural and urban Guatemala*. Washington: Battelle Population and Development Policy Program, Working Paper 3, 1-80.
- Fernández-MacGregor, A., Arcelus, M. y Atkin, L. C. (1983). Adolescente embarazada: relación de pareja y apoyos familiares. En *La Psicología Social en México*. Vol. II, (pp. 357-366). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- García, E., Bravo, R., Mondragón, T., Rojano, M., Alonso, R., Lara, R. y Aznar, R. (1991). Conducta sexual y anticonceptiva en jóvenes solteros. *Ginecología y Obstetricia de México*, 49, 343-357.
- Gaslonde, S. (1976). Abortion research in Latin America. *Studies in Family Planning*, 7, 211-217.
- Guerrero Sanguino, A., Chávez Azuela, J., González Hernández, R., Peredo Esparza, J. y Karchmer, S. (1975). El riesgo del embarazo en la paciente adolescente. *Ginecología y Obstetricia de México*, 37, 119-128.
- González Carbajal, E. (1982). Cómo la educación para la salud puede promover la salud para todos a través de la participación de la comunidad en el ambiente urbano. *Salud Pública de México*, 24, 49-54.
- González, E. R., Molina, M. I. y Romero, M. I. (en prensa). Actitud de la pareja de la adolescente y su familia frente al embarazo. *Cuadernos Médico Sociales*.
- Gómez Ferrarotti, N. (1985). Health and areas of health education in adolescence. En *Health of adolescents and Youths in the Americas*. Panamerican Health Organization/World Health Organization, Scientific Publication 489, 194-205.
- Giraldo Neira, O. (1986). *Explorando las Sexualidades Humanas: Aspectos psicosociales*. México: Trillas.
- Greydanus, D. E. (1983). Alternatives to adolescent pregnancy: Review of contraceptive literature. En E. R. McAnarney, (Ed.), *Premature adolescent pregnancy and parenthood* (pp. 28-35). Nueva York: Grune and Stratton.
- Grimaldo, C. Ortíz, L., Carbajal, J. y Sosa, D. (1982). *Características de la comunidad y anticoncepción en el área de Costa Rica, Colombia*, Maryland: Westinghouse Health Systems, (Contraceptive Prevalence Surveys, Further Analysis report).
- Guruchairi, C. (1984). An assesment of adolescent sexuality in our hospital population-pregnancy, abortion and contraception. *Pediatry Adolescence Gynecology*, 2, 14-21.
- Herold, E. S. y Goodwin, M. S. (1981). Premarital sexual guilt and contraceptive attitudes and behavior. *Family Relations*, 30, 247-253.
- Herrera Lasso, F. y Díaz y Díaz, J. (1980). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 48, 59-68.

- Hofmann, A. D. (1984). Contraception in adolescence: A review I. Psychosocial aspects. *Bulletin of the World Health Organization*, 62, 151-162.
- International Clearinghouse on Adolescent Fertility (ICAF), Center for Population Options (1987). Se inicia el debate. ¿El embarazo en la adolescencia es un problema? *Boletín informativo* 7, 1-3.
- International Fertility Research Program (IFRP) (1980). *Abortion in Latin America*. North Carolina: Research Triangle Park (Research Report DDX 005).
- Jagdeo, T. P. (1985). Teenage pregnancy in the Caribbean. *Transnational Family research Institute*, 7, 1-4.
- Jagdeo, T. P. (1985 a). *Teenage Pregnancy in the Caribbean: a plea for action*. Barbados: Inter-América Population and Development.
- Jones, E. F., Forrest, J. D., Goldman, N., Henshaw, S. K., Lincoln, R., Rosoff, J. I., Westoff, C. F. y Wulf, D. (1985). Teenage Pregnancy in developed countries: Determinants and Policy implications. *Family Planning Perspectives*, 17, 53-63.
- Kably, A., Mar de la Rosa, P., Orozco Herrera, J. M. y Alvarado Durán, A. (1982). Embarazo en la adolescente: análisis de 500 casos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 50, 179-182.
- Kreipe, R. E. (1983). Prevention of adolescent pregnancy: A developmental approach. En E. R. McAnarney, (Ed.). *Premature adolescent pregnancy and Parenthood*. (pp. 89-110) Nueva York: Grune y Stratton.
- López, G., Riaño, G. y Karen, S. (1978). *La embarazada adolescente: Serie de monografías de la Corporación Centro Regional de Población (CROP)*, 1-8.
- Levine, R. Levine, S., Richman, A. y Sunderland, C. (1987). Schooling and maternal behavior in a Mexican City: The effects on fertility and child survival. *Fertility Determinants; research notes*. The Population Council, 16, 1-9.
- Lewis, A. Y., Ragoonanan, S., y Saint Victor, R. (1984). *Teaching human sexuality in Caribbean schools: A teachers handbook*. Nueva York: International Planned Parenthood Federation.
- McDonald, P. (1984). *Nuptiality and completed fertility: A study of starting, stopping and spacing behaviour*. Voorburg, Netherlands International Statistical Institute (World Fertility Survey Comparative Studies) 35, 1-64.
- Main, D. y McNamara, R. (1985). *Birth spacing and child survival*. Nueva York: Center for Population and Family Health, School of Public Health Faculty of Medicine, Columbia University.
- Márquez, E. (1987). Adolescentes colombianos frente al sexo: Más conservadores de lo que se piensa. *Cromos*, 3675, 32-34.
- Maynard, T. G. (1986). Barriers to modern contraceptive use in rural Perú. *Studies in Family Planning*, 17, 308-316.
- Mednick, B. R., Baker, R. L. y Sutton-Smith, B. (1979). Teenage Pregnancy and prenatal mortality. *Journal of Youth and Adolescence*, 8, 343-357.
- Molina, R. y Romero, M. I. (1985). Adolescent pregnancy: The Chilean experience. En *Health of Adolescents and Youths in The Americas*. Panamerican Health Organization/World Health Organization, Scientific Publication, 489, 261-265.

- Morris, J. Núñez, L. Monrroy de Velasco, A., Bailey, P., Cárdenas, C. Whatley, A. (1985). Sexual experience and contraceptive use among young adults in México City, Trabajo presentado a la Reunión Anual de la American Public Health Association, Washington, D. C.
- Monteith, R. S., Anderson, F., Mascarim, J. y Morns, L. (1980). Contraceptive use and fertility in the Republic of Panamá. *Studies in Family Planning*, 12, 331-340.
- Morrison, D. M. (1985). Adolescent contraceptive behavior: A review. *Psychological Bulletin*, 3, 538-568.
- Family Health International (1987). Adolescent fertility and contraceptive use in México. *Network*, 8, 4-5.
- Novoa Cota, V., Gilling, D. y Morena, I. (sin año). *La mujer joven en México*. Documento interno de la Dirección de Planeación del Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud (CREA), México.
- Núñez, L., Morris, L., Bailey, P., Monroy, A., Cárdenas, C. y Whatley, A. (1986). *Resumen de resultados. Encuesta sobre información sexual y reproductiva de jóvenes*. Presentado a la III Reunión Nacional sobre la Investigación demográfica en México. México, D. F.
- Organización Panamericana de la Salud (1984). *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Papalia, D. y Olds, S. W. (1985). *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill.
- Patiño, C. A., Caicedo de Cardozo, E. y Rangel Bohórquez, M. (1988). *Pobreza y desarrollo en Colombia: Su impacto sobre la infancia y la mujer*. Bogotá, Colombia: UNICEF, DNP, ICBF.
- Pathfinder Fund (1985). *Scope of work for evaluation of PROFAMILIA'S adolescent program*. Chesnut Hill, Massachusetts: Autor.
- Pérez Segura, J. (1981). Perinatología del embarazo en la adolescente. *Revista Mexicana de Pediatría*, 48, 79-87.
- Pérez Segura, J. y Torres, A. (1988). Repercusión del embarazo en la salud prenatal de la adolescente. En L. Atkin, M. Arcelus, A. Fernández MacGregor, y K. Tolbert (Eds.) *La psicología en el ámbito perinatal*, (pp. 380-391). México: Instituto Nacional de Perinatología.
- Pick de Weiss, S. (1980). *Estudio social psicológico de la planificación familiar*, México: Siglo XXI.
- Pick de Weiss, S., Aguilar, J., Rodríguez, G. y Montero, M. (1989). *Planeando tu vida*. México: Pax de México.
- Pick de Weiss, S., Andrade Palos, P., y Díaz Loving, R. (1988 a). Características psicosociales de las adolescentes de 16-17 que han tenido y no han tenido su debut sexual. *La psicología social en México* Vol. II. (pp. 322-327). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Pick de Weiss, S., Andrade-Palos, P., Díaz-Loving, R. y Atkin, L. (1988 b). *Encuesta de hogares de la Ciudad de México: estudio psicosocial de las adolescentes, sus conocimientos y prácticas sexuales y anticonceptivas*. Reporte presentado a la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C.
- Pick de Weiss, S., Atkin, L. y Andrade Palos, P. (1988 c). Psychosocial differences and similarities of pregnant and non pregnant teenagers in México City. Trabajo presentado al XXIV Congreso Internacional de Psicología, Sidney, Australia.

- Pick de Weiss, S. y David, H. P. (en prensa). Illegal abortion in Mexico: Client perception. *American Journal of Public Health*.
- Pick de Weiss, S., Díaz Loving, R., Andrade Palos, P. (en prensa). Actitud y norma subjetiva con respecto a sexo, anticoncepción y aborto en las adolescentes de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología*.
- Pick de Weiss, S., Díaz Loving, R., y Andrade Palos, P. (1988 d). Estudio comparativo de adolescentes de dos grupos de edad que han y no han tenido relaciones sexuales. *La psicología social en México*. Vol. II. (pp. 312-321) México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Pick de Weiss, S., Díaz Loving, R., Rivera Aragón, S., Flores Galaz, M., y Andrade Palos, P. (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*, 1, 1-15.
- Pick de Weiss, S. y Townsend, J. (1989). *Evaluation of a sex education program in México City*. Trabajo presentado a la 117 Reunión de la American Public Health Association, Chicago, III.
- Piotrow, P. T. (1975). *Mothers too soon*. Draper World Population Fund Report, 1, 3-5.
- Population Council (1986). Programa para jóvenes en el norte de México. *Alternativas*, Programa de Investigación de Operaciones, INOPAL.
- Population Reports (1976). *Fecundidad adolescente. Riesgos y consecuencias*, 8, 1-10.
- Population Reports (1986). *Actualización de las encuestas de fecundidad y de planificación familiar*, 8, 1-30.
- Population Reports (1987). *La juventud en la década de 1980: aspectos sociales y de salud*, 9, 1-47.
- Rico de Alonso, A. (1986). *Madres solteras adolescentes*. Bogotá, Colombia: Plaza y Janés.
- Rosselot Vicuña, J. (1979). The health of adolescents and young people in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the Panamerican Health Organization*, 13, 7-20.
- Ruiz-Moreno, J. A. (1976). Problemas obstétricos de la adolescente. *Ginecología y Obstetricia de México*, 40, 337-343.
- Ruiz, R. (1980). *Problemas del embarazo en la mujer joven en Puebla*. México: Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud (CREA).
- Ruiz Velasco, J., y Peraza, Z. (1974). Gestación en la adolescente. *Ginecología y Obstetricia de México*, 35, 117-125.
- Senanayake, P. (1987). La anticoncepción y el adolescente. *Outlook*, 5, 2-6.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (1986). *Análisis sobre avance de programas prioritarios 1985-1986: Programa de Planificación Familiar*. México: Edición del autor.
- Senderowitz, J. y Paxman, J. M. (1985). Adolescent fertility: Worldwide Concerns. *Population Bulletin*, 40, 1-25.
- Silva, J. Sarmiento, R. y Faundes, A. (1980). Gravidanza adolescencia. *Journal Brasileiro de Ginecología*, 90, 283-287.
- Suárez Ojeda, E., Roberts, E., Korin, D., y Cuminsky, M. (1985). Adolescence and youth: Demographic and epidemiological aspects. En *Health of Ado-*

- lescents and Youths in the Americas*, Panamerican Health Organization/World Health Organization, Scientific Publication, 489, 3-18.
- Tietze, C. y Henshaw, S. K. (1986). *Induced abortion: A world review*. Washington, D. C.: The Alan Guttmacher Institute.
- Townsend, J., Díaz de May, E., Sepúlveda, Y., Santo de Garza, Y. y Rosenhouse, S. (1987). Sex Education and family planning services for youth adults: Alternative urban strategies in México. *Studies in Family Planning*, 18, 103-107.
- Uriza, G. (1983). Embarazo en adolescentes. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, 34, 102-110.
- Vargas-Trujillo, E. y Atkin, L. C. (1988). Grupos Educativos con metodología participativa para adolescentes embarazadas. En *La psicología social en México*. Vol. II. (pp. 343-349). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Vaz, R., Smolen, P. y Miller, C. (1983). Adolescent pregnancy: Involvement of the male partner. *Journal of Adolescent Health Care*, 4, 246-250.
- Viel, B. (1982). El aborto ilegal en América Latina. *Boletín Médico, International Planned Parenthood Federation*, 16, 8-20.
- Woodward, K. (1985). Adolescent contraception: Helping the adolescent choose a method of birth control. En *Health of Adolescents and Youth in the Americas*. Panamerican Health Organization/World Health Organization, Scientific Publication, 489, 101-114.
- Zúñiga, E., Hernández, D., Menkes, C. y Santos, C. (1986). *Trabajo familiar, conducta reproductiva y estratificación social: un estudio de las áreas rurales de México*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.