



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Stern, Claudio

El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica

Salud Pública de México, vol. 39, núm. 2, marzo-abril, 1997, pp. 137-143

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639208>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*

Claudio Stern, Ph.D.⁽¹⁾

Stern C.
El embarazo en la adolescencia
como problema público: una visión crítica.
Salud Pública Mex 1997;39:137-143.

Resumen

Se hace una revisión de los argumentos comúnmente utilizados para definir al embarazo adolescente como un problema público: su supuesto incremento, su contribución al crecimiento acelerado de la población, sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño y su contribución a la persistencia de la pobreza; y se proponen algunos elementos para una posible explicación alternativa, con la intención de contribuir a definir con mayor rigor y pertinencia los problemas reales vinculados con el embarazo en adolescentes y poder diseñar políticas y programas más adecuados para enfrentarlos.

Palabras clave: embarazo en adolescencia; salud reproductiva; salud materno-infantil; política social; México

Stern C.
Pregnancy in adolescence
as a public problem: A critical vision.
Salud Pública Mex 1997;39:137-143.

Abstract

The present work is a review of the most commonly used arguments to define pregnancy during adolescence as a public problem: its supposed increase, contribution to accelerated population growth, adverse effects on maternal and child health and contribution to the persistence of poverty. Some elements are proposed for an alternative explanation with the intention of defining with more rigour and pertinence the real problems related to pregnancy during adolescence, thus allowing an improvement in the design of policies and programs to confront it.

Key words: pregnancy in adolescence; reproductive health; maternal and child health; public policy; Mexico

En los últimos diez a quince años ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas –de población, de salud, de educación, sociales– en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes.

Después de haber revisado la literatura y reflexionado sobre este asunto por varios años, he llegado a la conclusión de que distamos mucho de tener una comprensión clara de este fenómeno y que es necesario reformular la investigación y el conocimiento existentes a fin de proponer medidas más adecuadas para enfrentarlo.

* Presentaciones preliminares de este trabajo en: I Reunión de Investigación en Salud Reproductiva, Instituto Nacional de Perinatología; Consejo Técnico Consultivo de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar; Sociedad Médica de Mérida Sur; 1996 abril 16, mayo 16, 28; Ciudad de México; Celebración del día Mundial de la Población, Consejo Estatal del Gobierno del estado de Hidalgo; 1996 julio 11; Pachuca, Hidalgo.

(1) Profesor-Investigador, El Colegio de México.

Aclaro que en este ensayo me refiero predominantemente al embarazo adolescente como un problema social o público (utilizaré indistintamente ambos términos), esto es, en cuanto atañe a la sociedad en su conjunto y no solamente a las personas y familias involucradas.

Por otra parte, no pretendo desmentir que este fenómeno da lugar a problemas que deben ser enfrentados y atendidos, sino hacer una reflexión más profunda acerca de la verdadera naturaleza del mismo, sobre la manera como se lo investiga y como se actúa al respecto.

En el primer apartado resumo los argumentos que generalmente se esgrimen para definir al embarazo adolescente como un problema público y señalo algunas reservas respecto a los mismos, mientras que, en el segundo, esbozo lo que considero las verdaderas razones por las cuales se ha llegado a convertir en un problema social. En la conclusión sintetizo lo planteado y ofrezco una reflexión para aquellos que se preocupan por este problema.

Argumentos que se esgrimen para definir al embarazo adolescente como problema

Me referiré a cuatro elementos: a) su supuesto incremento; b) su contribución al crecimiento acelerado de la población; c) sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño; y, d) su supuesta contribución a la persistencia de la pobreza.

1. Se dice que el número de embarazos adolescentes está aumentando de manera considerable,^{1,2} y que alcanza grandes cifras y altas proporciones (alrededor de 450 000 nacimientos anuales en los últimos lustros, equivalentes aproximadamente al 15% del total).^{3,6} Sin embargo, de acuerdo con el sentido común y con la evidencia disponible, no parece que sea más frecuente en México ahora que, digamos, hace cincuenta, treinta o veinte años, que las adolescentes se embaracen (y tomemos como tales, provisionalmente, a las que tienen entre 15 y 19 años de edad, que es el criterio más utilizado por quienes manejan estadísticas socio-demográficas en relación con la sexualidad y la salud reproductiva de los adolescentes); los datos lo confirman (cuadro I).^{7,8}

A pesar de que la evidencia es incompleta, porque no incluye los embarazos no llevados a término, un vistazo a la tasa específica de fecundidad de las mujeres del grupo de edad mencionado (el número de hijos nacidos vivos de las mujeres de dichas edades) muestra que, al contrario de lo

Cuadro I
TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD*, GRUPO DE EDAD DE 15 A 19 AÑOS. MÉXICO, 1974-1991

| Grupo de edad | 1974 ^a | 1978 ^b | 1982 ^b | 1986 ^c | 1991 ^d |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 15-19 | 130 | 132 | 105 | 84 | 82 |

*Niños nacidos vivos por cada mil mujeres

Fuentes: ^aEncuesta Nacional de Fecundidad, 1976; ^bEncuesta Nacional Demográfica, 1982; ^cEncuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987; citadas en: referencia 7; y ^d Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992, referencia 8

que se dice, en México ha disminuido la fecundidad de las adolescentes en los últimos lustros. Podría pensarse que el número de hijos nacidos vivos no constituye un buen indicador de los embarazos ocurridos, ya que una proporción de los mismos no llega a término y dicha proporción podría haber aumentado. No obstante, la evidencia existente para México no permite pensar que ello haya ocurrido en los últimos lustros.⁶

2. Otro de los argumentos que se aducen para considerar al embarazo adolescente como problema público se da desde el punto de vista demográfico, en términos de sus consecuencias para el crecimiento de la población. Se indica –y los datos así lo muestran– que el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de hijos y a un menor espaciamiento entre ellos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población.^{9,10}

No hay duda de que el embarazo adolescente contribuye al crecimiento de la población y que, en tanto lo haga de manera desmesurada, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y, por tanto, definirse como un problema público legítimo. Empero, habría que valorar su peso real en el crecimiento de la población –que probablemente no es muy elevado– y circunscribirlo a ciertos sectores de la misma en los que el fenómeno se concentra: en los sectores más pobres de la sociedad, en los que, además, la fecundidad tiende a ser elevada independientemente de la edad del primer embarazo.

La legitimidad del embarazo adolescente como problema demográfico, por otra parte, no implica que su solución se limite a una mayor cobertura de métodos anticonceptivos, como se piensa a menudo. En sectores muy numerosos de

la sociedad mexicana, en particular la población rural y la marginal urbana –precisamente aquellos en los que el embarazo temprano es más frecuente– la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora los limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo.

3. Otro de los argumentos comúnmente manejados para definir este fenómeno como un problema público, y que parece ser el que ha adquirido un mayor peso en la actualidad, es el de sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño.

Empecemos por preguntarnos si hay razones para sostener que un embarazo entre los 15 y 19 años de edad deba constituirse necesariamente en un riesgo para la salud de la madre y/o del niño. Contra lo que generalmente se piensa, no ocurre así, ya que en condiciones adecuadas de nutrición, de salud, de atención prenatal, y en un contexto social y familiar favorables, un embarazo y/o parto a los 16, 17, 18 ó 19 años de edad no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal que un embarazo y parto entre los 20 y 25 años. Es sólo a edades muy tempranas –menores a dos años posmenarca, o sea más o menos a los 14 años de edad– cuando se constituye en un riesgo en términos biológicos,^{11,12} y su frecuencia a dichas edades no tiene comparación con la cantidad de embarazos que ocurren entre los 16 y los 19 años.¹³

Como el embarazo en edades adolescentes tiende a concentrarse precisamente en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y de salud de la madre y en los que ésta no cuenta con el apoyo y la atención necesarios, la correlación positiva entre la edad a la que ocurre el embarazo y el riesgo de problemas de salud se presenta con gran frecuencia en estudios empíricos.¹⁴⁻¹⁶ Pero no son ni la edad a la que ocurre el embarazo ni los factores biológicos asociados a la misma los que, en sí mismos, se constituyen en riesgos de consideración, sino su interacción con las condiciones de nutrición, de salud y de falta de atención de la madre.¹⁷⁻²⁰

Ciertamente, hay preocupaciones legítimas por el embarazo adolescente en términos de la salud de madres e hijos, pero estoy convencido de que sus causas han sido mal comprendidas. Las condiciones sociales y culturales en las que tiende a ocurrir el embarazo adolescente tienen mucho más peso que la edad y los factores biológicos relacionados con ésta –subrayo nuevamente, excepto a edades muy tempranas– en sus consecuencias negativas para la salud. El que tengan dichas consecuencias obliga a que el Sector Salud intervenga de manera decisiva para atenderlas, remediarlas y tratar de prevenirlas en términos de posibles embarazos subsecuentes.

Sin embargo, dados los razonamientos anteriores, me pregunto si es el Sector Salud el más indicado para prevenir el embarazo en adolescentes, tal y como parece derivarse de las políticas recientes, que aparentemente le han encargado asumir esa responsabilidad, otorgándole cuantiosos recursos para ello.

Dada la naturaleza del problema, ¿no debiera recaer una parte importante de la responsabilidad en otros sectores, como el educativo –incluyendo la formación de maestros y los medios de comunicación de masas– y aquellos encargados de las políticas económicas y sociales?

Aquí, como en el caso del embarazo adolescente como problema demográfico, sugiero que queda mucho por esclarecer y que, de nueva cuenta, en términos de sus consecuencias para la salud pública, éstas se concentran de manera predominante en los sectores pobres, en los que la mala nutrición y la salud precaria de la población son prácticamente consustanciales a su condición de pobreza.

4. Uno de los argumentos que recientemente ha recibido mayor difusión y respaldo “científico” es aquel que ve en el embarazo adolescente un mecanismo que contribuye a la transmisión de la pobreza. Este argumento se asocia cercanamente al supuesto de que dicho fenómeno coarta las posibilidades de obtener una escolarización suficiente y, por lo tanto, limita las posibilidades de obtener un empleo conveniente (o mejor remunerado) lo cual, a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos,^{9,21} de tal modo que esta situación se perpetúa como un círculo vicioso.

Existen diversos elementos que se manejan al respecto; por ejemplo, que el embarazo adolescente tiende a repetirse entre las generaciones; a conducir a uniones inestables; a una jefatura de hogar femenina; a condiciones precarias para el

desarrollo de los hijos, etcétera, lo cual, se arguye, se traduce en un mecanismo de transmisión de la pobreza.^{22,23}

En primer lugar, quiero resaltar lo siguiente: el argumento sobre el embarazo adolescente como un mecanismo de transmisión de la pobreza lleva fácilmente a la conclusión de que erradicar este comportamiento contribuiría a disminuir la pobreza, y muchos de los recursos canalizados a diversos programas dirigidos a los adolescentes y jóvenes son justificados con base en este supuesto. No obstante, se trata de un argumento en su mayor parte falaz. El hecho de que el embarazo temprano se encuentre frecuentemente asociado con la pobreza no implica que sea un fenómeno que conduzca a dicha situación ni que, por sí mismo, lleve a perpetuarla.

Más bien habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población como una de las causas principales del embarazo adolescente: para algunos grupos sociales, como extensos sectores de la población rural, debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia. Para otros, como el sector marginal urbano, porque los embarazos en adolescentes son vividos como una salida –así sea falsa en muchas ocasiones– a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social, etcétera, como lo muestran diversos estudios.^{24,25}

En segundo lugar, es necesario abandonar varios mitos relacionados con la argumentación aludida –que hemos importado acríticamente a partir de lo que ocurre en sociedades donde esta etapa de la vida se da en condiciones sociales y culturales muy distintas a las nuestras. En particular, la creencia de que el embarazo precoz lleva al abandono escolar y, por tanto, coarta las posibilidades de una escolarización suficiente. De acuerdo con la evidencia disponible para México, la mayor proporción de las adolescentes embarazadas ya había abandonado la escuela antes de haberse embarazado.^{12,26} Difícilmente podría entonces el embarazo truncar su escolarización y ser la causa de los efectos que se derivan de ello a partir de la argumentación referida.

En términos de sus consecuencias, existe efectivamente evidencia (para otros países, cuando menos) de que el embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la

familia. Sin embargo, una parte importante de esta asociación se debe al origen mismo de la adolescente en términos del grupo étnico y del nivel socioeconómico del que proviene, del contexto familiar en el que creció y de los obstáculos que la sociedad interpone en su camino para un crecimiento y desarrollo adecuados.^{27,28}

Entonces, si los argumentos que usualmente se utilizan para definir el embarazo en adolescentes como un problema público no parecen justificar del todo dicha afirmación, ¿por qué se le aprecia como tal?

Procesos que contribuyen a que el embarazo adolescente se haya convertido en un problema creciente en México

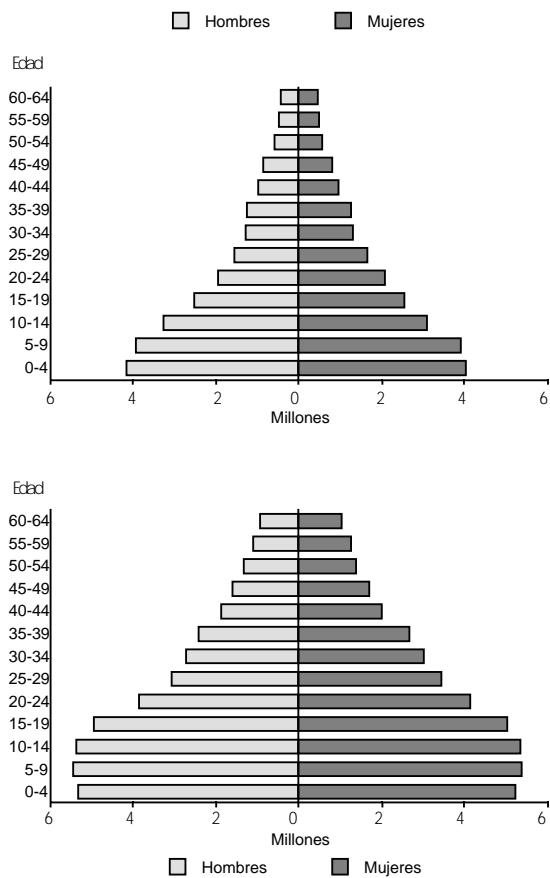
Desde mi punto de vista, los factores y procesos que han jugado un papel importante para que el embarazo adolescente pueda considerarse como un problema público en México son los siguientes:

Primero, el gran crecimiento, en términos relativos y absolutos, del grupo de adolescentes en los últimos lustros, lo que puede apreciarse en la figura 1. El grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad pasó de un poco más de dos millones en 1970 a más de cinco millones en 1992, lo que lo ha vuelto mucho más evidente y ha dado lugar al hecho de que, aun a tasas de fecundidad menores, el número de hijos nacidos de madres adolescentes sea muy grande.

Segundo, el hecho de que la fecundidad de los grupos de mujeres mayores ha disminuido más que la de los grupos de mujeres jóvenes (cuadro II), por lo que la proporción de hijos nacidos de mujeres jóvenes –muchas de ellas adolescentes– es mayor ahora que en el pasado.

Tercero, el mayor acceso de la población pobre de la sociedad, particularmente en el medio urbano, a los servicios de salud, lo cual, conjuntamente con la creciente medicalización del embarazo, ha puesto de manifiesto –al contrario de lo que sucedía cuando no tenían acceso a estos servicios– la alta incidencia de este tipo de embarazos, muchas veces problemáticos por las condiciones en que se presentan.

El resultado de estos tres factores, visto desde las clínicas y hospitales, es que la proporción de embarazos entre las mujeres jóvenes –muchas de ellas adolescentes– ha aumentado de manera muy visible y significativa en los últimos quinquenios, y que muchos de estos embarazos presentan problemas.¹¹ Esto puede parecer cierto si se comparan, a lo largo del tiempo, la incidencia y el resultado de los embarazos y partos



Fuentes: 1970, Censo General de Población
1992, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, referencia 8

FIGURA 1. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO. MÉXICO, 1970, 1992

de todas las mujeres que acuden a los centros de salud para ser atendidas: han disminuido proporcionalmente las mujeres de edades mayores y, correlativamente, han aumentado las más jóvenes, así como también ha aumentado la proporción de mujeres pobres –con un mayor riesgo de daños a la salud– que acuden a los hospitales. Pero, seguramente no es cierto para el grupo de las mujeres adolescentes en particular: entre ellas, la fecundidad y el embarazo, así como probablemente también la incidencia de daños a la salud como resultado de éstos, son cada vez menos frecuentes en términos relativos.

Un cuarto factor que está contribuyendo a que el embarazo adolescente se considere como un problema social es la ocurrencia creciente de este tipo de emba-

**Cuadro II
CAMBIOS PORCENTUALES DE LA TASA DE FECUNDIDAD.*
MÉXICO, 1974-1991**

| Edades | 1974-78 | 1978-82 | 1982-86 | 1986-91 | 1974-91 |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 15-19 | +1.5 | -20.4 | -20.0 | -2.3 | -36.9 |
| 20-24 | -10.3 | -5.3 | -11.7 | -11.8 | -34.0 |
| 25-29 | -16.7 | -15.2 | -4.6 | -17.7 | -39.2 |
| 30-34 | -17.4 | -17.9 | -7.7 | -16.7 | -48.0 |
| 35-39 | -23.1 | -22.1 | -16.3 | -23.7 | -61.8 |
| 40-49 | -29.6 | -26.4 | -25.6 | | |

* Niños nacidos vivos por cada mil mujeres

Fuentes: de 1974 a 1986 los cambios se obtuvieron de los datos del cuadro 3 de la referencia 7

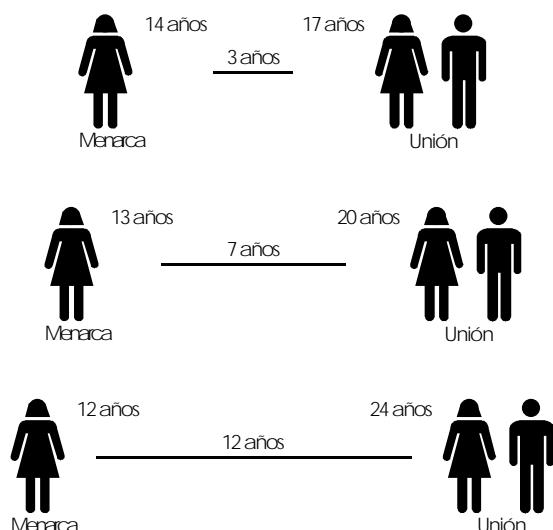
Para 1991, los cambios porcentuales se calcularon a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992, referencia 8

razos en contextos normativos en los que se supone no debiera ocurrir.

Para las generaciones anteriores a las nuestras, los embarazos de jóvenes entre los 15 y los 20 años de edad no eran considerados por la mayor parte de la población como algo indebido o indeseable –cuando menos no en el mismo grado en que lo son ahora-. La mayoría de las adolescentes, particularmente de la población rural –que era la más numerosa– no asistía a la escuela o lo hacía unos cuantos años; la maternidad era prácticamente la única función de la mujer, y la postergación de la unión o matrimonio hasta después de los 20 años de edad no era una norma generalizada.

Entonces, las uniones tempranas eran más comunes que ahora, y aun cuando el embarazo ocurriera antes de ellas, frecuentemente se legitimaba muy pronto con la unión –ya fuera consensual o matrimonial-. Esto último aún ocurre en sectores importantes de la población mexicana, pero se ha modificado para muchos otros que, correlativamente con el cambio social y cultural que ha ocurrido a partir de los años cuarenta en México, han incorporado la aspiración de posponer el embarazo hasta después de los 20 años. Me refiero a sectores numerosos de la población femenina que se han incorporado de manera creciente a una escolarización extendida y a la aspiración y necesidad de desarrollar alguna actividad propia además de la maternidad. Esto ha dado lugar a lo que se ha llamado el alargamiento del periodo de espera (para la unión y la maternidad) y que, al no ser acompañados por una sexualidad protegida, conduce a lo que puede denominarse la extensión del periodo de riesgo –en la acepción estadística del término– de un embarazo no previsto o no planeado anterior a la unión,²⁹ lo cual se ilustra en la figura 2.

Por último, y en íntima vinculación con el aspecto anterior, se encuentra el hecho de que, aparentemente, se ha vuelto cada vez más frecuente –aunque no tan generalizado como se piensa– el fenómeno de las madres solteras (figura 3),^{30,31} a diferencia del pasado, cuando la gran mayoría de los embarazos que ocurrían



Fuente: Stern, Claudio. El Colegio de México, 1996

FIGURA 2. PERÍODO DE RIESGO DE UN EMBARAZO ANTERIOR A LA UNIÓN

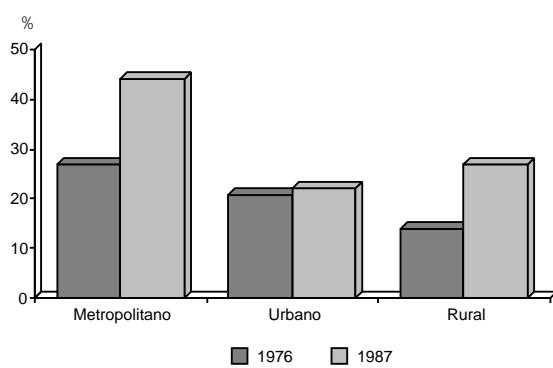


FIGURA 3. PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-24 AÑOS CON HIJO PREMARITAL, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. MÉXICO, 1978-1987

entre adolescentes solteras conducía en pocos meses a una unión o matrimonio –ya fueran voluntarios o forzados.

Conclusión

Para resumir, las verdaderas razones por las cuales el embarazo adolescente ha venido a constituirse en un problema social no son, como frecuentemente se aduce, su supuesta colaboración en el crecimiento desmesurado, las malas condiciones de salud y la pobreza de la población, sino el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres –que tienden a conducir a la formación temprana de las familias y que se asocian con mayores riesgos para la salud de éstas–; los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aun deseosos de hacerlo.

Como trasfondo del problema quiero agregar la siguiente reflexión: ¿no será que muchos de los problemas que llevan al embarazo adolescente y a los que éste conduce –y, repito, no niego que sean problemas reales– se derivan de la manera como hemos valorado la sexualidad premarital y, particularmente, sancionado la sexualidad adolescente?

La valoración negativa del ejercicio de la sexualidad antes de la unión podía justificarse en el contexto de una sociedad en la que la sexualidad y la reproducción se encontraban casi indisolublemente unidas, como resultado del período relativamente breve entre la fecundabilidad y la unión y de la función prácticamente exclusiva de la mujer como esposa y madre, pero debiera justificarse cada vez menos, pues conforme dichas condiciones van cambiando, se amplían las opciones para las mujeres y se extiende el período entre la maduración sexual y la formación de la familia, durante el cual se requiere reforzar la preparación de los y las jóvenes para la prevención de embarazos no deseados e inconvenientes.

La sanción negativa obstaculiza el acceso a la información, la educación y la preparación para ejercer la sexualidad de una manera placentera y responsable, de modo que buena parte del problema estriba en la manera como los adultos calificamos el fenómeno; en la forma como las instituciones sociales –la familia, la escuela, las instituciones religiosas, el Sector Salud, etcétera– lo interpretan y lo manejan.

Agradecimientos

Agradezco a Xóchitl Castañeda y a Marcos Neuhardt sus comentarios a versiones anteriores de este artículo; a Elizabeth García y Magdalena León, el apoyo técnico brindado para la elaboración de la bibliografía y de los cuadros y figuras, y a Oralía Rodríguez, las sugerencias para mejorar el texto. El contenido es responsabilidad exclusiva del autor.

Referencias

1. Toro-Calzada RJ. Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación Apgar con la población general. *Ginecol Obstet Mex* 1992;60:291-295.
2. Fernández-Paredes F, Avila-Reyes MA, Castro-García MA, Montiel Martín-Blanco E, Godínez-González ME. Problemas perinatales del embarazo en edad precoz. *Rev Salud DF* 1995;3(3):51-54.
3. Kumate J. La fecundidad en los adolescentes de México. En: Memoria. Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe. México, D.F.: Pathfinder Fund & Population Council, 1991:18-21.
4. Urbina M. Jóvenes reproductores. En: Bellinhausen H, coord. El nuevo arte de amar. Usos y costumbres sexuales en México. México, D.F.: Cal y Arena, 1992:83-89.
5. Welti C. Fecundidad adolescente. Implicaciones del inicio temprano de la maternidad. Demos. Carta Demográfica sobre México 1995:8-9-10.
6. Consejo Nacional de Población. Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar. México, D.F.: CONAPO, 1996.
7. Palma-Cabrera Y, Echarri-Cánovas CJ. La fecundidad en México: niveles actuales y tendencias. En: Muñoz-García H, ed. Población y desarrollo en México. México, D.F.: UNAM, 1992:31.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992. Metodología y tabulados. México, D.F.: INEGI, 1994:418.
9. Population Reference Bureau. La actividad sexual y la maternidad entre los adolescentes en América Latina y El Caribe: riesgos y consecuencias. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, Demographic and Health Surveys, 1992.
10. Welti C. La fecundidad adolescente en México. En: Muñoz H, ed. Población y sociedad en México. México, D.F.: Porrúa & UNAM, 1992: 55-79.
11. Pérez-Segura J, Torres A. Repercusión del embarazo en la salud perinatal de la adolescencia. En: Atkin L, Arcelus M, Fernández-McGregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988:380-397.
12. Fernández-Paredes F, Castro-García M, Avila-Reyes M, Montiel Martín-Blanco E, Godínez-González ME, Fuentes-Aguirre S. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1996;53(2):84-88.
13. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. Resumen General. México, D.F.: INEGI, 1992.
14. Omran A. Fecundidad y salud. La experiencia latinoamericana. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1985.
15. United Nations, Department of International Economic and Social Affairs. Adolescent reproductive behavior. Evidence from developing countries. Nueva York: United Nations, 1989;vol.2.
16. Hobcraft JN, McDonald JW, Rutstein SD. Demographic determinants of infant and early child mortality: A comparative analysis. *Popul Stud* 1985;39:363-385.
17. Tolbert K. La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales. En: Atkin L, Arcelus M, Fernández-McGregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988:398-425.
18. Strobino DM, Ensminger ME, Kim YJ, Nanda J. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. *Am J Epidemiol* 1995;142(5):1-11.
19. Bobadilla JL, Schlaepfer L, Alagón J. Family formation patterns and child mortality in Mexico. Nueva York: The Population Council & Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development/Micro Systems, Inc., 1990.
20. Silbert TJ, Giurgiovich A, Munist MB. El embarazo en la adolescencia. En: Organización Panamericana de la Salud, ed. La salud del adolescente y el joven. Washington, D.C.: OPS, 1995.
21. Atkin L, Givaudan M. Perfil psicosocial de la adolescente embarazada mexicana. En: Karchmer S, ed. Temas selectos de la reproducción humana. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1989:123-133.
22. Buvinic M, Valenzuela JP, Molina T, González E. The fortunes of adolescent mothers and their children: A case study of the transmission of poverty in Santiago, Chile. Washington, D.C.: The Population Council & International Center for Research on Women, 1992.
23. Atkin L, Alatorre J. From mother to daughter: Intergenerational transmission of adolescent pregnancy in Mexico City. Washington, D.C.: The Population Council & International Center for Research on Women, 1993.
24. Román-Pérez R, Carrasco E, Cubillas MJ, Valdés EA. Adolescencia, sexualidad y embarazo en contextos de colonias populares de Hermosillo, Son. En: Lartigue T, Avila H, ed. Sexualidad y reproducción humana en México. México, D.F.: Universidad Iberoamericana & Plaza y Valdés, 1995;vol.2:167-182.
25. Stern C. Embarazo adolescente. Significado e implicaciones para distintos sectores sociales. Demos. Carta Demográfica sobre México 1995:8:11-12.
26. Pick de Weiss S, Atkin L, Kartchner S. ¿Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general? En: Atkin L, Arcelus M, Fernández-McGregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988:448-486.
27. Furstenberg FF, Brooks-Gunn J, Morgan SP. Adolescent mothers and their children in later life. *Fam Plann Perspect* 1987;19(4):142-151.
28. Gerinomus A, Korenman S. The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered. *Q J Econ* 1992;CVII(4):1187-1214.
29. Stern C. La protección de la salud reproductiva de nuestros jóvenes requiere de políticas innovadoras y decididas. Carta sobre Población. Temas Selectos 1995;1(3):1-6.
30. Rábago-Ordóñez A, Mendoza-Victoriano D, Hinojosa-Valdés A. Salud reproductiva en adolescentes. En: Alarcón-Navarro F, ed. Prioridades en salud reproductiva. México, D.F.: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1993:63-97.
31. Quilodrán J. Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México. México, D.F.: El Colegio de México, 1991.