

Comportamiento reproductivo en adolescentes: resultados de una encuesta en los Valles Centrales de Oaxaca

Yolanda Palma Cabrera
y Humberto González Galbán¹

RESUMEN: En este artículo se dan a conocer, por primera vez, los resultados más generales de una investigación dirigida a aportar elementos sobre la salud reproductiva de las adolescentes residentes en localidades rurales de los Valles Centrales de Oaxaca, uno de los contextos de más alta marginación en México. Entre los aspectos que aquí se analizan están las causas y consecuencias de la alta incidencia del embarazo entre las adolescentes sexualmente activas de una de las poblaciones más vulnerables del país.

ABSTRACT: This article presents the more general results of a study designed to contribute elements on the reproductive health of teenagers living in local areas of Valles Centrales in Oaxaca, one of the most marginalized areas in Mexico. Among other aspects analyzed here are the causes and consequences of the high incidence of pregnancy among sexually active teenagers in one of the most vulnerable populations in the country.

Palabras clave: salud reproductiva, adolescentes, áreas rurales marginadas.

Key Words: Reproductive health, adolescents, marginalized rural areas.

¹ Directora del Departamento de Estudios de Población y Coordinador de la maestría en Demografía en El Colegio de la Frontera Norte.

El embarazo en la adolescencia es un tema de investigación al que se le ha prestado gran atención en los últimos años. Una de las preocupaciones centrales que ha dado origen a diversos estudios sobre dicha temática, parte del supuesto de que la procreación en la adolescencia se asocia con riesgos de salud tanto para la madre como para el hijo. Sin embargo, diversos estudios realizados en torno a este tema no han podido confirmar esta hipótesis.

Al trabajar en este sentido, Geronimus y Korenman (1993), en una investigación basada en una encuesta longitudinal realizada en Estados Unidos (1979-1988) estudiaron las causas de las desventajas en la salud de los infantes cuyas madres eran adolescentes en el momento del parto. Con el propósito de controlar las diferencias cuyo origen podrían ubicarse en sus antecedentes familiares, los autores compararon hermanas que "programaron" sus nacimientos en diferentes edades, para tener entonces una muestra homogénea respecto de las condiciones de la familia de origen.

Sus hallazgos sugieren que los antecedentes familiares de la madre constituyen factores que efectivamente pueden influir sobre la relación entre edad materna y salud materno-infantil; incluso las diferencias en algunos casos favorecen a las madres adolescentes. La única variable que mostró claras diferencias en contra de las madres adolescentes fue el momento de inicio de la atención prenatal. Por otro lado, no se pudo probar una hipótesis basada en varios estudios, respecto de los riesgos observados entre las adolescentes más jóvenes, debido a que el embarazo en las edades iniciales de la adolescencia es poco frecuente y este grupo es "selecto" entre las madres adolescentes.

En otro sentido, Buvinic (1998) encuentra que el estado nutricional de los hijos de las madres más jóvenes es más pobre que en el caso de los hijos de las madres de más edad.

Ello es consecuencia de que las madres adolescentes están sobrerrepresentadas entre las de menores recursos económicos. De acuerdo entonces con estos dos estudios, la relación entre embarazo y problemas de salud reproductiva se vincula más con la pobreza que con la edad, excepto para las mujeres que se ubican en el inicio del periodo reproductivo.

Por otro lado, en el contexto de las sociedades donde el periodo de la adolescencia se ha extendido, se ha generalizado la idea de que el embarazo en las etapas tempranas del ciclo reproductivo tiene consecuencias negativas en la vida de una adolescente. Lo anterior se justifica básicamente por el hecho de que se puede interrumpir el ciclo de formación educativa de la mujer, por una falta de independencia económica que le permita conformar otro hogar diferente al de origen o, por último, por una muy probable falta de estabilidad en la relación de pareja. Buvinic (1998) plantea que un porcentaje alto de las madres adolescentes son solteras al momento del nacimiento del primer hijo.

Lo anterior puede conducir al supuesto de que, en muchos casos, el embarazo en la adolescencia constituye un evento no planeado. Sin embargo, las condiciones socio-económicas y culturales de vida de una gran parte de la población que reside en México, hacen que el embarazo en la adolescencia tenga un significado diferente ahí donde las opciones educativas y de trabajo siguen siendo limitadas así como otras oportunidades de desarrollo personal, la procreación puede ser una modalidad de transición a la adultez atractiva para muchas adolescentes.

En un estudio realizado en áreas urbanas marginadas de México en 1999 (Palma, 2006), se encontró que 28.2% de las adolescentes que no usó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual declaró como razón para no hacerlo el hecho de que deseaba embarazarse. La autora concluye

que la maternidad en la adolescencia para un porcentaje del grupo estudiado “es parte de un proyecto de vida atractivo, lo que a su vez refleja un contexto socioeconómico que ofrece poco a los jóvenes”.²

Otro dato importante a tomar en cuenta en la discusión acerca de la planeación de los embarazos lo proporciona el indicador de demanda insatisfecha. Aparicio (2004), con base en los datos de la Enadid (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica) 1997 y la Ensar (Encuesta Nacional de Salud Reproductiva) 2003, encuentra que aunque la disminución en las necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA) ha sido considerable durante la transición de la fecundidad en México, los menores descensos se observan durante las primeras etapas de la vida reproductiva; entre los 15 y los 19 años de edad, todavía una de cada cuatro mujeres no tenía cubiertas sus necesidades de anticoncepción, mientras que en los últimos grupos de edad, este porcentaje es de alrededor del 5 por ciento. Se puede entonces plantear que un porcentaje de los embarazos en la adolescencia puede ser deseado y otra parte tiene su origen en una falta de acceso a los diferentes medios existentes para evitarlos. En el plano regional, el autor encuentra que el nivel de NNSA en Oaxaca fue, en 2003, el más alto de los ocho estados considerados por la Ensar: rebasó 20%, mientras que en el plano nacional fue de 9.9 por ciento. Asimismo, observa que en los tres estados con más alta marginación y mayor nivel de pobreza: Chiapas, Oaxaca y Guerrero, las NNSA son las más altas. Adicionalmente, en el caso de Oaxaca, no se observó una disminución de este indicador entre 1997 y 2003.

² El porcentaje de adolescentes que no utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual fue de 56 por ciento.

De esta manera, se podría plantear como hipótesis que el embarazo en las mujeres al inicio de su vida reproductiva tiene una incidencia más alta en contextos de alta marginación, en algunas ocasiones porque éste se desea, y en otras porque el acceso a los medios para evitarlo está aún restringido, como puede ser el caso de Oaxaca.

Por otro lado, Buvinic (1998) muestra que las madres adolescentes solteras, luego de un tiempo promedio de cinco años, tienen pareja en la misma medida que las que tuvieron a su primer hijo después del periodo de la adolescencia. Asimismo, ella encuentra que existe una mayor probabilidad de ser madre adolescente entre las más pobres, pero que, conforme pasa el tiempo, la probabilidad de ser pobre, es igual entre las madres adolescentes y las que tuvieron a sus hijos con posterioridad a esta etapa.

Los anteriores son ejemplos de estudios que dejan abierta la posibilidad de que no en todos los contextos es válida la hipótesis de que el embarazo en la adolescencia es un evento no planeado y que una mujer que se embaraza en las etapas tempranas del periodo reproductivo, usualmente ya se encontraba en condiciones adversas cuando este evento ocurrió.

Como resultado de los elementos que nos presentan estas investigaciones, si bien la fecundidad en México ha descendido de manera muy importante en las últimas décadas, entre 1986 (Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, Enfes, 1987) y 2002 (Ensar, 2003), la tasa global de fecundidad disminuyó de 3.84 hijos en promedio por mujer a 2.47; las tasas específicas de fecundidad del grupo 15-19 son las que muestran el menor nivel de descenso en este periodo.

La cobertura de uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado de manera importante desde el cambio en la orientación de la política de población en México. Se estima que en 1976, 30.2% de las mujeres unidas usaba algún

método anticonceptivo; una década después, el nivel de este indicador se ubicaba en 52.7% y en la actualidad se estima que tres cuartas partes de las mujeres en unión marital practican la anticoncepción.

Por grupos de edad, las modificaciones son desiguales. La cobertura del grupo 45-49 se duplicó entre 1987 y 2003, mientras que la del grupo de adolescentes entre 15-19 años se incrementó en 50 por ciento. Esta última cobertura es la más baja de todos los grupos de edad, 20 puntos porcentuales por debajo de la siguiente más alta (20-24 años). Adicionalmente, el referido incremento ocurrió entre 1987 y 1997, mientras que entre este último año y 2003 no se observa ya ningún aumento.

Con relación al grupo de estados que dentro de la Ensayo 2003 constituyen dominios de estudio,³ Oaxaca muestra el mayor rezago respecto de este indicador. Entre las mujeres unidas, la tasa de prevalencia fue en ese año de 58.9%, valor similar al observado en el nivel nacional 16 años atrás (1987); esta entidad federativa muestra también uno de los menores niveles de incremento en el periodo 1997-2003, similar al de las entidades federativas que ya habían alcanzado, en el primer año, coberturas donde las NNSA eran prácticamente nulas. Por ejemplo, Sonora mostraba ya un nivel de prevalencia de 76% en 1997, el cual se incrementó a 78.7% en 2003.

La actual estructura del uso de métodos anticonceptivos por grupos de edad es el resultado de las políticas llevadas a cabo por las instituciones de salud desde 1974. Dos aspectos fundamentales de esta estrategia fueron: la promoción de dos métodos anticonceptivos, el dispositivo

³ La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 permite estimaciones en el plano nacional y en ocho entidades federativas: Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas.

intrauterino y la oclusión tubaria bilateral,⁴ lo cual tuvo como consecuencia atender básicamente a los grupos de mayor edad. Por otro lado, no ha sido posible lograr estructurar un programa integral del adolescente, de manera que, como ya se mencionó, en esta población el uso de métodos anticonceptivos efectivos se ha incrementado en menor grado respecto del resto de los grupos de edad, y vinculado a ello su fecundidad ha descendido también en menor grado (Palma, 2003-2004).

En la actualidad no se observan avances importantes en la instrumentación de servicios organizados por las instituciones de salud dirigidos a esta población. Incluso se podría plantear como un retroceso el hecho de que el programa para adolescentes se haya integrado en la actual administración con el programa de la infancia, a través de la creación del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia.

El hecho de seguir desarrollando estudios rigurosos que generen información y profundicen en el conocimiento sobre la incidencia, causas y consecuencias del embarazo entre las adolescentes en contextos de alta marginación en México, parece una tarea prioritaria dentro del quehacer de la investigación. Asimismo, estos estudios deben valorar el papel que las instituciones de salud y educativas han tenido hasta ahora en proporcionar servicios de salud reproductiva adecuados a este grupo de la población.

En este marco se originó un estudio de seguimiento para determinar el impacto de una estrategia dirigida a mejorar la salud reproductiva de los adolescentes en áreas rurales,

⁴ En el caso del dispositivo intrauterino, esto se debe a dos factores: en la población como entre el personal de salud ha existido la "percepción" de que este método no es adecuado para las mujeres más jóvenes; por otro lado, la principal estrategia de planificación familiar en las instituciones públicas fue la anticoncepción posparto.

el cual sigue dos líneas: la primera se refiere a incrementar el conocimiento del tema entre una de las poblaciones más vulnerables del país, es decir, las mujeres adolescentes que residen en comunidades rurales de uno de los estados más marginados, Oaxaca; la segunda es verificar el impacto de un programa de atención a la salud reproductiva de este grupo, de manera que se pueda replicar en contextos similares. Este estudio fue realizado por Investigación en Salud y Demografía, S. C., con el apoyo de la Fundación MacArthur, y tuvo como objetivo evaluar el programa Jóvenes Rurales que implementa la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam). La línea base se ubicó en 2004.

La población objeto de este estudio son las adolescentes de entre 12 y 19 años, residentes habituales de 54 comunidades rurales de los Valles Centrales de Oaxaca. La metodología empleada está basada en un diseño cuasi experimental, con una encuesta línea base y tres seguimientos anuales. Se seleccionaron 54 comunidades de entre 500 y 2 500 habitantes, ubicadas en los distritos Centro, Tlacolula, Ocotlán y Zimatlán. Una vez que se elaboró la cartografía de estas localidades, se visitaron todas las viviendas listadas y ocupadas: 15 937, de las cuales se llevó a cabo una entrevista completa en 15 831.⁵

En estas viviendas se encontró a 4 377 adolescentes elegibles, de las cuales se entrevistó a 92.2 por ciento. El trabajo de campo de la línea base se finalizó hacia finales del 2004. Posteriormente, el Programa Gente Joven empezó a realizar actividades en la mitad de estas comunidades, mientras que las restantes desempeñaron el papel de Comunidades Control.

⁵ El nivel de no respuesta fue del uno por ciento.

El objetivo de este artículo es dar a conocer por primera vez los resultados más generales que se obtuvieron en la línea base de esta investigación. Los datos que se presentan son descriptivos y siguen dos líneas: la primera es caracterizar a la población objeto de estudio en dos variables que reflejan la actividad escolar y la laboral de las adolescentes; la segunda es presentar las características más generales de su comportamiento reproductivo: inicio de la actividad sexual, embarazo y procreación, así como el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

RESULTADOS

En el cuadro 1 se presenta la distribución porcentual de las adolescentes según grupos de edad y condición de asistencia a la escuela. El porcentaje de adolescentes que asistía a la escuela al momento de la entrevista era de 63.2%, con diferencias muy importantes entre los grupos de edad; más de 90% de las adolescentes de menor edad aún asistía a la escuela, mientras que entre las mayores, sólo 31% lo hacía; ya entre las entrevistadas de 16 y 17 años, más de la mitad no estudiaba. La deserción escolar se muestra como un problema importante en estas localidades, una vez que las jóvenes han terminado la primaria, lo cual ocurre justamente entre los 12 y los 13 años.

Si esta información se compara con datos de una encuesta realizada en zonas urbanas marginadas de México (Palma, 2006), se observa que la población que reside en localidades rurales de los Valles Centrales de Oaxaca se encuentra en desventaja; en la encuesta mencionada 63.9% y 46.9% de las adolescentes en los grupos 16-17 y 18-19, respectivamente, aún asistía a la escuela.

Por otro lado, la cuarta parte (25.3%) de esta población había ya alguna vez realizado una actividad económica, y de ella, 17% lo hizo por primera vez antes de los 12 años (véase el cuadro 2). Es importante resaltar que de las que iniciaron una actividad económica cuando eran niñas, antes de los 12 años, casi 60% lo hizo por ayudar a sus padres, e incluso 6.4% declaró que lo hizo obligada por sus padres; entre aquellas que empezaron a trabajar entre los 18 y los 19 años, cobran un mayor peso las respuestas que se refieren a haberlo hecho por gusto (31.3%), o porque ya no estudiaban (15.7%), aunque todavía la tercera parte lo hizo por ayudar a sus padres.

Cerca de una de cada cinco adolescentes entrevistadas de entre 16 y 19 años había iniciado ya su actividad sexual: 14.4% del primer grupo bienal 16-17 y más de la cuarta parte de las de mayor edad (véase cuadro 3). La actividad sexual en zonas urbano-marginadas en estos grupos de edad parece ser más alta, ya que los porcentajes correspondientes son de 20.5% y 30.8%, respectivamente (Palma, 2006). La mayor parte de las adolescentes iniciaron su actividad sexual a los 15 o los 16 años (en esas edades se ubica la moda), una cuarta parte en ambos casos. La edad mediana se estima en 16.3 años.

La asociación de mantener relaciones sexuales con la no asistencia escolar es muy alta: del total de adolescentes (12-19 años), sólo 1.5% de quienes asistían a la escuela había tenido relaciones, mientras que este porcentaje se incrementa al 24.3% entre las que ya no lo hacían.

Por otro lado, la mayor parte de las adolescentes que se embarazaron lo hizo a los 16 años, y la edad mediana se ubica en este caso en los 16.6 años. Es importante observar que la edad mediana al primer embarazo es muy cercana a la edad mediana a la primera relación sexual.

En el cuadro 4 se considera únicamente a las adolescentes que ya no asistían a la escuela al momento de la entrevista,

debido a que sólo un porcentaje muy reducido de aquéllas que aún asistían había tenido relaciones sexuales. En este grupo, 18.4% había estado embarazada al menos una vez, mientras que de las que tenían entre 18 y 19 años, 27.1% había tenido al menos un embarazo y todas las adolescentes más pequeñas, 12-13 años, declararon nunca haber estado embarazadas.

Dentro de este mismo grupo, el porcentaje de adolescentes que declaró haber tenido al menos un hijo nacido vivo fue de 13.7%, cinco puntos porcentuales por debajo de las que declararon haber estado alguna vez embarazadas. La diferencia entre estos indicadores muestra una muy probable alta incidencia de abortos inducidos o espontáneos en esta población, a pesar de que el porcentaje que declaró haber tenido al menos una pérdida o aborto fue de sólo 1.1 por ciento.

Si se analiza la información relativa al resultado del primer embarazo para las adolescentes con al menos un embarazo, se observa que 9.3% de estos embarazos terminaron en un aborto o un nacido muerto, de acuerdo con la declaración de las adolescentes: 7.1% y 2.2%, respectivamente. Quizás esta información sí "explique" la diferencia tan importante que existe entre los porcentajes de adolescentes que han estado embarazadas, con respecto de aquellos porcentajes que han tenido al menos un hijo nacido vivo.

Si el grupo de análisis se restringe a las adolescentes que han tenido relaciones sexuales, se observa que tres cuartas partes había estado embarazada, pero sólo 56% había tenido un hijo nacido vivo. Los datos parecen indicar que el inicio de la actividad sexual conduce de manera inmediata al embarazo; tal asociación también se observa, aunque en menor grado, con la procreación. Se puede entonces plantear la hipótesis de que la regulación de la fecundidad a través de la anticoncepción es incipiente en esta población, aunque

posiblemente a través de la interrupción del embarazo no sea tan baja (cuadro 5).

La percepción de las adolescentes respecto de las consecuencias que tuvo el primer embarazo en sus vidas, hace referencia al hecho de tener más responsabilidades, ya que 34.5% de las entrevistadas dio esta respuesta; en menor grado se menciona el hecho de haber tenido que dejar de estudiar (6.7%), de haberse casado (2.8%), o de haber tenido que dejar de trabajar (2.5%) (véase el cuadro 6). Sin embargo, el aspecto más relevante que se deriva de esta información es que más de la mitad de las adolescentes (52.5%), respondió que su primer embarazo no tuvo consecuencia alguna en sus vidas.

Como ya se podía suponer, el nivel de uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual es bajo, de 22.6%; el método más utilizado es el condón, que las adolescentes consiguen principalmente en la farmacia; sin embargo, pareciera que en esta población existe un mayor acercamiento con los servicios de salud, ya que en áreas urbanas, 86% de las adolescentes consigue el método anticonceptivo en la farmacia (véase el cuadro 7).

Por último, llama la atención que una tercera parte de las entrevistadas declaró que no utilizó ningún medio de regulación de la fecundidad en su primera relación sexual porque deseaba embarazarse, y es importante recordar que se trata del uso de un método anticonceptivo en la primera relación sexual, la cual se da a edades muy tempranas.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con la bibliografía aquí mencionada, las consecuencias adversas en la salud relacionadas con el embarazo en la adolescencia se asocian con la pobreza y, en todos los casos, con la ocurrencia de este evento en edades muy tempranas de dicho periodo de la vida. En general, se pueden observar asociaciones positivas entre la edad al embarazo y la salud materno-infantil, si no se controla por variables relacionadas con los antecedentes familiares; es decir, las adolescentes "pobres" se embarazan en mayor medida que las no pobres: están sobrerrepresentadas y es entonces la pobreza la que afecta la salud de la madre y del hijo. Con el paso del tiempo, el embarazo en la adolescencia no hace a las adolescentes más pobres, ni parece tener otro tipo de consecuencias como el no tener pareja, aunque se haya sido madre soltera.

Los resultados de la encuesta realizada muestran que el embarazo en la adolescencia entre las mujeres que tienen actividad sexual, así como el aborto inducido tienen una alta incidencia.

En el artículo se plantea que dos causas importantes del embarazo en la adolescencia en contextos como los de Oaxaca son:

- el deseo de un embarazo con relación a otras opciones de vida, y
- la falta de acceso a medios de regulación de la fecundidad.

Con relación a ello, la protección contra el embarazo en la primera relación sexual es baja y la declaración del deseo de un embarazo como razón expresada para no utilizar un método anticonceptivo es alta.

Llama la atención el hecho de que más de la mitad de las adolescentes que han estado embarazadas declararon que el primer embarazo no tuvo consecuencias en su vida: se podría plantear que la maternidad no cambia la vida de las adolescentes en el contexto estudiado.

La generalidad de las adolescentes que forman parte del estudio viven en condiciones de alta marginación, por lo que la deserción escolar es quizás, en muchos casos, obligada, ya que no existen servicios educativos en sus localidades de residencia; el nivel más alto que ofrece el sistema educativo es el de la telesecundaria.

De esta manera, el abandono escolar se asocia de una manera muy estrecha con el inicio de la actividad sexual y la procreación. En la población estudiada, embarazo e inicio de actividad sexual son eventos casi coincidentes.

De las adolescentes estudiadas, 25% había trabajado, y una gran parte de quienes lo habían hecho iniciaron esta actividad a edades muy tempranas, en la mayor parte de los casos como resultado de una necesidad de dar apoyo a sus familias. Quedaría pendiente la interrogante de si la comunidad ofrece la oportunidad para una incorporación real en una actividad económica satisfactoria.⁶

En este contexto sociocultural, de una gran homogeneidad aparente, sería importante plantearse la siguiente interrogante: ¿cuáles son las variables que se asocian con el embarazo? Un camino a seguir en futuras investigaciones sería conformar al menos los siguientes grupos de adolescentes:

⁶ Con base en la información recabada en un cuestionario de comunidad que se aplicaba a informantes clave se sabe que la migración de adolescentes hacia Estados Unidos se ha incrementado, y que si bien en un principio la mayor parte de los migrantes eran varones, se inicia ya migración de mujeres adolescentes que, además, migran solas.

- las que se embarazan y declaran que deseaban el embarazo;
- las que se embarazan y declaran no haber tenido acceso a al menos un medio de regulación de la fecundidad;
- las que se embarazan sin desearlo y tenían acceso a medios de regulación de la fecundidad;
- las que no se embarazan porque usan métodos anticonceptivos, y
- las que no se embarazan porque no tienen actividad sexual.

Identificar las variables que marcan la diferencia entre estos grupos ayudaría a incrementar el conocimiento acerca de las causas del embarazo en la adolescencia en escenarios rurales de alta marginación como el de los Valles Centrales de Oaxaca.

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ADOLESCENTES POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN CONDICIÓN DE ASISTENCIA A LA ESCUELA

GRUPOS DE EDAD	ASISTENCIA A LA ESCUELA		
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
12 - 13	90.7	9.3	100.0
14 - 15	74.2	25.8	100.0
16 - 17	49.3	50.7	100.0
18 - 19	31.2	68.8	100.0
Total	63.2	36.8	100.0

FUENTE: INSAD, *Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes 2004, Áreas Rurales de Oaxaca.*

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ADOLESCENTES DE ACUERDO CON LA EDAD A LA QUE EMPEZÓ A TRABAJAR, Y LA RAZÓN POR LA QUE INICIÓ ESTA ACTIVIDAD

RAZÓN POR LA QUE EMPEZÓ A TRABAJAR	E D A D				<i>Total</i>
	<12	12-14	15-17	18-19	
Me gusta tener dinero	9.5	39.2	44.9	6.3	100.0
Para ayudar a mis padres	22.6	42.7	28.4	6.2	100.0
Por gusto	13.7	36.3	40.8	9.2	100.0
Ya no estudiaba	1.9	27.8	46.3	24.1	100.0
Me obligaron mis papás	30.6	50.0	19.4	-	100.0
Para ayudarme en mis estudios	6.3	34.4	50.0	9.4	100.0
Otro	35.3	17.6	23.5	23.5	100.0
Total	17.0	39.2	35.7	8.2	100.0

FUENTE: INSAD, *Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes 2004, Áreas Rurales de Oaxaca.*

CUADRO 3

PORCENTAJE DE LAS ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y CONDICIÓN DE ASISTENCIA A LA ESCUELA

GRUPOS DE EDAD	ASISTENCIA A LA ESCUELA		
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
12 - 13	-	1.1	0.1
14 - 15	0.7	9.9	3.1
16 - 17	2.0	26.5	14.4
18 - 19	8.0	33.7	25.7
Total	1.5	24.3	9.9

FUENTE: INSAD, *Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes 2004, Áreas Rurales de Oaxaca.*

CUADRO 4

PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE HAN ESTADO EMBARAZADAS, HAN TENIDO HIJOS NACIDOS VIVOS Y HAN TENIDO UN ABORTO, DE LAS QUE NO ASISTEN A LA ESCUELA SEGÚN GRUPOS DE EDAD

CARACTERÍSTICAS	12-13	14-15	16-17	18-19	<i>Total</i>
Han estado embarazadas	-	6.9	18.8	27.1	18.4
Hijos nacidos vivos	-	4.0	12.2	22.2	13.7
Aborto	-	1.3	1.2	1.2	1.1

FUENTE: INSAD, *Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes 2004, Áreas Rurales de Oaxaca.*

CUADRO 5

PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES, SEGÚN SI HAN ESTADO EMBARAZADAS, HAN TENIDO HIJOS NACIDOS VIVOS Y HAN TENIDO UN ABORTO, DE LAS QUE NO ASISTEN A LA ESCUELA Y POR GRUPOS DE EDAD

CARACTERÍSTICAS	12-13	14-15	16-17	18-19	Total
Han estado embarazadas	-	70.0	70.4	80.0	75.3
Hijos nacidos vivos	-	40.0	45.9	65.6	56.0
Aborto	-	13.3	4.4	3.6	4.7

FUENTE: INSAID, Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes 2004, Áreas Rurales de Oaxaca.

CUADRO 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ADOLESCENTES QUE HAN ESTADO EMBARAZADAS SEGÚN LAS CONSECUENCIAS QUE TUVO EL PRIMER EMBARAZO, Y CONDICIÓN DE ASISTENCIA A LA ESCUELA

CONSECUENCIAS	ASISTE A LA ESCUELA		
	Sí	No	Total
Más responsabilidades	30.8	34.6	34.5
Dejar de estudiar	15.4	6.3	6.7
Ninguna	53.8	52.5	52.5
Casarse	-	2.9	2.8
Dejar de trabajar	-	2.6	2.5
Felicidad	-	0.4	0.4
Sin libertad	-	0.7	0.7
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: INSAID, Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes 2004, Áreas Rurales de Oaxaca.

CUADRO 7

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Características	%
Usó métodos anticonceptivos	22.6
Método más usado: condón	89.0
Lugar en que lo compró: farmacia	72.0
Razon por no usar: deseaba embarazarse	32.0

FUENTE: INSAID, Encuesta de Salud Reproductiva en Adolescentes 2004, Áreas Rurales de Oaxaca.

BIBLIOGRAFÍA

- APARICIO, Ricardo. 2004. "Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Reporte preliminar de resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2003", mimeo.
- BUVINIC, Mayra. 1998. "The Costs of Adolescent Childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico". *Studies in Family Planning* 29, 2:201-209.
- GERONIMUS, Arline T. y Sanders D. Korenman. 1993. "Maternal Youth or Family Background. On the Health Disadvantages of Infants with Teenage Mothers". *American Journal of Epidemiology* 137, 2: 213-225
- PALMA, Yolanda. 2003-2004. "Planificación Familiar". *Demos*, núm. 16, pp. 24-25.
- PALMA, Yolanda. 2006. "Comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes. Situación actual y necesidades de información". En Claudio Stern, *Adolescentes en México: Estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México, en prensa.