iberoamerica Vol.16 No.1 [2014. 6] : 165~208

Comportamiento Sexual y Reproductivo de las Adolescentes en México: evolución, situación actual y retos para el futuro

Sexual and Reproductive Behavior of Adolescents in Mexico: evolution, current situation and challenges for the future

David de Jesús-Reyes*

〈Abstract〉

The aim of this study is to know the evolution and current situation of the sexual and reproductive behavior of adolescents in Mexico. To achieve this, a variety of demographic and health databases carried out in Mexico from 1987 to 2012 were analyzed, estimating indicators such onset of sexual intercourse age, knowledge and use of contraceptives, fertility, pregnancy and Sexually Transmitted Infections (STI) for women among 15 to 19 years. The data analysis among different generations was descriptive and comparative. The main results show that the age of

* Profesor-Investigador de la Subdirección de Posgrado. Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Nuevo León.
Correspondencia: jesusreyes@unam.mx

sexual onset has been slightly postponed according to time. Concerning to contraception, in the last 25 years the knowledge of contraceptive technology was increased reaching almost 100 percent; however, the use of them in the first intercourse is still reduced, because only 4 out of 10 women use some method. Regarding to fertility indicators, it is shown that they are more evident in past times, but that does not mean that they increase, but its visibility is due to the effect called demographic bonus; even so, it draws attention that the percentage of children born in people under 20 years old passed from 10 to 16 percent in 30 years. The Sexually Transmitted Infections indicators show a rebound in most of them, especially with the human papillomavirus (HPV) and the Human immunodeficiency virus (HIV). It is concluded that Mexico is faced with an urgent need of rethinking its adolescent sexual and reproductive health policy, particularly because these situations are greatly highlighted in the most vulnerable contexts and where education and health services access is lower.

Key Words: Adolescence, Sexuality, Reproduction, Health.

Ⅰ. Introducción

Actualmente México se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, la cual ha sido el resultado de la modificación de su política de población hace 40 años, logrando pasar de niveles de mortalidad y fecundidad altos y no controlados a bajos y controlados; los factores que contribuyeron a la reducción de la mortalidad sin duda fueron la expansión de los servicios educativos, la modernización de los servicios médicos y el

crecimiento en la disponibilidad de medicamentos, mientras que en la reducción de la fecundidad un factor determinante fue la distribución masiva de métodos anticonceptivos (CONAPO, 2008; Ordorica, 2012).

Fueron las reformas al 4to. Artículo Constitucional en 1973 y la expedición de la Ley General de Población de 1974, el antecedente inmediato que conllevó a una política poblacional reductiva, siendo el instrumento el Programa Nacional de Planificación Familiar, el cual permitió cubrir grupos de población que antes eran desatendidos. El hecho es que antes de 1970 el número de usuarias de anticonceptivos era de unos miles y una vez que se puso en marcha dicho Programa, se logró pasar de 900 mil en 1973, a más de un millón para 1976 y a un poco más de 5.5 millones de usuarias para 1983 y aunque la vida del Programa sólo fue de 10 años, su influencia en la reducción de la fecundidad fue clara (Welti, 1989).

Un evento más que marcó la atención reproductiva en México, fue la adhesión de éste a la Declaración de la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo de 1994, en la cual el Estado Mexicano se comprometió a reconocer como derecho fundamental la salud reproductiva, poniendo en práctica acciones gubernamentales que conllevaron a reducir el rezago en la materia, asegurando condiciones de igualdad que permitieran el acceso universal a los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva; lo cual se puso en operación en la agenda pública con la prestación de servicios amigables de salud, en programas y políticas públicas, en la transversalización de la perspectiva de género, en la revisión

y modificación de las normas oficiales y en el respeto y promoción de las decisiones que toman las personas y parejas en la sociedad (Lassonde, 1997; CONAPO, 2009).

Más allá de este discurso gubernamental, en la realidad no sólo México sino la mayoría de los países en desarrollo, actualmente se caracterizan por un patrón de uniones y embarazos tempranos, y a pesar de la reducción de la fecundidad en la población general y de mayor acceso a servicios de salud, el crecimiento demográfico continua, lo que implica una mayor demanda de servicios de salud. Sin embargo, el problema radica precisamente en que desde la visión de cobertura en los servicios de salud sexual y reproductiva, el Estado ha omitido a la población adolescente y joven, pues a la fecha han sido pocos los programas y los servicios destinados a esta población, y los implementados no han tenido los resultados que se esperaban, es así que hoy día se han visibilizado con mayor frecuencia los problemas por los que pasan, entre los cuales se pueden identificar los problemas relacionados con el embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual, las complicaciones relacionadas con el embarazo y parto, así como el aborto; problemas que siempre han existido pero que antes no se habían evidenciado como ahora (Langer y Nigenda, 2000; Martínez, 2003; Stern, 2008).

Y aunque los adolescentes no constituyen grupos homogéneos ni uniformes y sus problemas varían a partir de la cultura y clase social a la que pertenecen, se ha visto desde diversos campos de estudio que su conducta sexual y reproductiva es influida en mayor o menor medida, por una serie de factores (Llopis, 2001), entre los que cabe mencionar:

- Disminución de la edad de la menarquia y la espermaquia.
- Inicio cada vez más temprano de la actividad sexual.
- Escasa, deficiente o nula educación sexual.
- Dificultades de acceso a los servicios de salud

Ya se sabe que uno de los factores que marcan la transición entre la adolescencia y la adultez en tiempos de inseguridad, tiene que ver con el comportamiento sexual y reproductivo de esta población, puesto que un inicio sexual desinformado puede tener consecuencias no esperadas para el individuo, que se ven reflejadas en un embarazo no deseado o en el contagio y transmisión de alguna infección de transición sexual, los cuales son subyacentes a una práctica anticonceptiva deficiente (De Jesús, 2011). En una sociedad como la mexicana, la producción y reproducción de la identidad en los adolescentes, está íntimamente ligada a la vida sexual, por lo cual es importante conocer la complejidad del proceso sexual-reproductivo para apoyar con recursos que permitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, asociándolos con la complejidad social actual, para que los adolescentes asuman su sexualidad responsable y como componente de la vida misma.

En este sentido, el objetivo de este documento es conocer la evolución y la situación actual del comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes en México. Para ello se analizaron diversas bases de datos que contienen información de salud sexual y reproductiva. Los resultados permitirán conocer la realidad en que se encuentra este grupo de población en estos ámbitos y emitir recomendaciones al respecto, puesto que si se

sabe que muchos de los comportamientos sexuales que tienen impacto en la edad adulta (prácticas sexuales de riesgo y/o sin protección anticonceptiva), son comportamientos que se aprenden en la adolescencia (OPS, 2005), se tendría que invertir más en atención especial para este grupo de población, a partir de políticas públicas que permitan disminuir los riesgos a los que se hallan expuestos.

Ⅱ. Metodología

Este es un trabajo que analiza y describe la evolución y situación actual de la conducta sexual y reproductiva de las mujeres ubicadas entre el rango de edad de 15 a 19 años de México. Las variables que se emplearon para este análisis fueron la edad de inicio sexual, conocimiento y uso de anticonceptivos, fecundidad, embarazo e infecciones de transmisión sexual.

Las bases de datos utilizadas para el análisis de estas variables fueron la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 (SSA, 1989), la Encuesta Nacional de Salud 2000 (INSP, 2003), la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (SSA, 2004), la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, 2006 y 2009 (INEGI 1998, 2007 y 2010), así como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (INSP, 2012). Dichas encuestas son representativas a nivel nacional y cuentan con diseños muestrales que permiten de cierta forma hacer comparables sus resultados. Para complementar la información, se utilizaron los resultados generales de la Encuesta Nacional de la Juventud 2005 y 2010, (SEP-IMJ, 2006 y 2011), que

incluyen una sección de sexualidad y reproducción.

Para el análisis de la variable infecciones de transmisión sexual, se utilizó la base de datos de los anuarios de morbilidad 2003-2011, que provee la Secretaría de Salud (SSA, 2013), así como el último reporte del Registro Nacional de Casos de VIH/SIDA (CENSIDA, 2013).

El análisis descriptivo de cada una de las variables se realizó para el grupo de edad de 15 a 19 años para todas las bases de datos. En algunas variables se incluye el análisis para el grupo de edad de 20 a 24 años y para el total de mujeres en edad fértil, con el único objeto de comparar la información entre ellas y por generaciones. Para la manipulación de las bases de datos, se utilizó el software SPSS en su versión 20.

Para presentar el análisis del comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres adolescentes, los resultados se exponen en tres grandes bloques; el primero que tiene que ver con el inicio de la vida sexual, en el cual se da cuenta de la edad promedio y mediana de la primera relación, así como el tipo de pareja sexual. El segundo bloque de las prácticas anticonceptivas, expone los porcentajes de conocimiento y uso, así como del tipo de anticonceptivos al que hacen referencia las adolescentes; se incluye también un análisis por generación. Por último, el tercer bloque expone las consecuencias derivadas del primer y segundo bloque y que tienen que ver con los niveles de fecundidad, las proporciones de embarazos en menores de 20 años, así como las prevalencias en las infecciones de transmisión sexual de los últimos 10 años.

Por último, es importante mencionar que la mayoría de las encuestas

analizadas, toman como objeto de estudio a las mujeres, pues por décadas éstas han sido señaladas como una fuente confiable de información en el ámbito de la fecundidad (Lerner, 1998). Es hasta hace muy poco tiempo que dos encuestas (ENJUVE y ENSANUT), incorporaron también al varón como objeto de estudio para su análisis en sus secciones de sexualidad y reproducción. El análisis que se presenta a continuación, toma de las encuestas la información de las mujeres, pues como ya se dijo, la mayoría de ellas no incluye datos para los varones, lo cual en sí mismo es una limitante que se reproduce en este trabajo.

Ⅲ. Resultados

La edad de inicio de la vida sexual

El inicio de la vida sexual es una de las experiencias más significativas en la trayectoria de vida de cualquier persona, sin embargo, este inicio está regularmente moldeado por la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y biología de la reproducción, por valores tradicionales, mitos y creencias sobre sexualidad y por relaciones desiguales de género, las cuales subyacen del espacio social y cultural en que los adolescentes viven y se desarrollan, y que de resultar afectado pueden tener serias consecuencias en el futuro del adolescente que lo llevarían a asumir nuevos roles, escindiendo con ello su propia adolescencia (Mayen, 2002; De Jesús, 2011).

Desde el imaginario social, el inicio de la vida sexual podría idealizarse con la etapa romántica, sin embargo el significado de ésta difiere por sexo y por condiciones socioeconómicas, y en casos extremos puede reflejar incluso el ejercicio del poder de uno sobre otro dejando de ser una acción placentera o producto de una decisión conjunta, tal es el caso de una violación (Welti, 2008).

De la misma forma el debut sexual puede formar parte de una presión social, vista como chantaje sentimental ante las exigencias por parte del varón debido a la cultura machista que se da en determinados contextos (De Jesús y Menkes, 2011), lo cual está ligado a que regularmente el inicio sexual subyace de un modelo tradicional de masculinidad, que marca acciones y comportamientos de cómo ser *hombre* ante sí mismo y los demás, lo cual simbólicamente es tomado como el puente para dejar la infancia y transitar a la adultez, este patrón de inicio sexual de los varones ha sido documentado en otros contextos, coincidiendo siempre en la necesidad de los varones por demostrar su *hombría* a partir de su sexualidad (Rodríguez y De Keijzer, 2002; Caricote, 2006; Navarro *et al,* 2006; Pacheco *et al*, 2007; Montesinos, 2007).

Cual sea el caso, el inicio sexual está relacionado con la exposición al riesgo de embarazo o de adquirir alguna infección de transmisión sexual, pues ésta regularmente no siempre va acompañada de protección anticonceptiva por las razones antes mencionadas y por otras que tienen que ver con un sentido de invulnerabilidad frente a los riesgos y tienen que ver con lo implícito en *a mi no me pasa eso* (Palma y González, 2010;

De Jesús, 2012). Ello sucede porque el inicio sexual está moldeado por las normas sociales preestablecidas, las cuales generalmente reprimen el ejercicio libre de estas expresiones, reduciéndola a actos donde la religión y la sociedad, deciden lo que es bueno a partir de sus propios parámetros.

Lo que es un hecho, es que independientemente de la moralidad religiosa, en casi todo el mundo, más de la mitad de la población inicia su vida sexual en la adolescencia (OPS/WAS, 2000). Datos para México muestran que la proporción de población que se inicia sexualmente en esta etapa de la vida, se incrementó de 1995 al 2009, pues el porcentaje de mujeres que declaró haber tenido relaciones sexuales entre los 15 y 19 años, pasó del 20 a 28 respectivamente e incluso llega hasta a un poco más de 30 por ciento al 2012 (SSA, 2004; INEGI, 2010; SEP-IMJ, 2011; INSP, 2012).

En el cuadro 1 se puede observar que en México, la edad promedio de inicio sexual de las mujeres de 15 a 19 años, se ha mantenido relativamente estable en los últimos 25 años, pues en 1987 ésta era de 15.7, en el 2009 pasó a 15. 9, aumentando a 16.6 años para el 2012. Aunque la diferencia es de meses, la información tendería a una leve postergación de la edad de la primera relación sexual. Ello también se puede observar con el indicador de edad mediana de la primera relación sexual, que sería la edad a la que la mitad de la población ya había tenido su primera relación sexual en ese grupo de edad, la cual pasó de 15.1 a 16 años en ese mismo periodo de años.

Cuadro 1. Edad promedio y mediana de la primera relación sexual 1987-2012, en mujeres del grupo de edad de 15-19 años.

	1987	2003	2006	2009	2012
Edad promedio	15.7	15.8	15.9	15.9	16.6
Edad mediana	15.1	15.2	15.4	15.4	16

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006 y 2009 y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

Estos datos resultan de suma importancia, pues ponen en evidencia un fenómeno de posposición de la edad de la primera relación sexual, la cual resulta contraria a la idea que ha prevalecido desde el imaginario social, respecto a que las adolescentes están iniciando su vida sexual con mayor frecuencia a edades más tempranas. Al respecto algunas investigaciones en México (Welti, 2008; Palma y González, 2010), han desechado esta idea utilizando indicadores más robustos, tal como la proporción de las sexualmente activas a una edad exacta y la tabla de vida.

Los datos del cuadro 1, se obtuvieron a partir de una tabla de vida, sin embargo como únicamente se toma a las mujeres entre 15 y 19 años, ello introduce un efecto de truncamiento, pues se toman a todas las mujeres de ese rango de edad aún sin que éstas hayan concluido el periodo de riesgo para determinar si experimentaron o no el evento entre los 15 y 19 años de edad.

Para eliminar este sesgo se tomaron todos los grupos de edad considerando la edad mediana, la cual incluye a toda la población haya experimentado el evento o no. De esta forma los datos del cuadro 2,

permiten ver que la edad de la primera relación sexual es aún más alta que si sólo se toma al grupo de edad de 15 a 19 años, de esta forma la edad promedio de la primera relación sexual en los últimos 25 años pasa de 18.8 a 19.4 y la edad mediana pasa de 17.6 a 18.2, lo cual confirma la leve posposición de la misma a través del tiempo.

Cuadro 2. Edad promedio y mediana de la primera relación sexual 1987-2012, en mujeres del grupo de edad de 15 a 49 años.

	1987	2003	2006	2009	2012
Edad promedio	18.8	18.8	19.1	19.1	19.4
Edad mediana	17.6	17.6	17.8	17.8	18.2

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006 y 2009 y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

Ya diversos trabajos han mostrado que la edad de la primera relación sexual se ha pospuesto de forma gradual en México (Gayet y Solís, 2007; Welti, 2008; Palma y González, 2010), para ello se ha utilizando el porcentaje de mujeres que a determinada edad ya han tenido una relación sexual, en el sentido que el porcentaje es menor conforme menor sea la generación, lo cual desecha la idea que la edad al inicio de las relaciones sexuales está disminuyendo.

Para corroborar esto, el cuadro 3 muestra que para 2003 el porcentaje de mujeres que a la edad de 19 años ya habían tenido una relación sexual se redujo de 57.7 a 50.8 entre las generaciones que en ese momento tenían entre 45-49 años y 20 a 24 años respectivamente; esta misma reducción se observa para 2009, pues el porcentaje de mujeres que a la edad de 19 años ya habían tenido una relación sexual se redujo de 55.9 a 47.9 entre las

generaciones que en ese momento tenían entre 45-49 años y 20 a 24 años respectivamente.

Cuadro 3. Porcentaje de mujeres que a los 19 años ya habían tenido una relación sexual, según generación para el año 2003, 2006 y 2009.

Año de la encuesta	Mujeres que en el año de la encuesta tenían entre:					
	45-49	40-44	35-39	34-30	25-29	24-20
2003	57.7	55.7	58.5	53.5	54.4	50.8
2006	56.2	54.4	53.4	52.5	52.2	48.3
2009	55.9	53.5	52.8	51.6	51.3	47.9

Fuente: Elaboración propia a partir de: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 y Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

Al respecto hay que considerar que si se comparan generaciones pasadas con las más recientes para conocer las diferencias en la edad de la primera relación sexual, se están comparando también los contextos en las que las mujeres se iniciaron sexualmente, por tanto resultan diferentes y ello se refleja en los porcentajes. Si este es el caso, en el inicio sexual diversas son las variables socioeconómicas que inciden en que ésta suceda a más temprana edad o que se posponga.

Ya Gayet y Solís (2007), Welti (2008), Palma y González (2010), han expuesto con modelos estadísticos robustos, la influencia de la región de residencia, la pertinencia a un grupo indígena, la escolaridad y el estrato socioeconómico, como variables que inciden en el inicio sexual; por ejemplo, a mayor escolaridad y estrato socioeconómico, más tardía es la edad del inicio sexual, o viceversa, mientras que la zona rural y la pertenencia a un grupo indígena inciden de manera positiva en un inicio más temprano de la sexualidad, lo cual se atribuye a los valores culturales

y costumbres de las mismas.

Respecto a la persona con la cual se tuvo la primera relación sexual, los datos que reporta la Encuesta de la Nacional de la Juventud 2005 y 2010, coinciden en que las mujeres tienen su primera experiencia sexual en primer lugar con el esposo, seguido del novio y en tercer lugar se encuentra desafortunadamente la violación; respecto a la edad de la pareja los datos de estas encuestas muestran una tendencia de que el varón es más grande por 5 años en promedio, borrándose esta diferencia al rebasar los 20 años de edad en la primera relación sexual (SEP-IMJ, 2006 y 2011).

En general, de lo anterior se pueden argumentar tres conclusiones. La primera es que conforme ha transcurrido el tiempo, la edad a la primera relación sexual ha mostrado una leve tendencia a la postergación, lo cual se puede mostrar con el aumento porcentual en el tiempo, de las mujeres que han tenido su debut sexual durante la adolescencia. La segunda conclusión es que existen variables que afectan al inicio sexual ya sea de manera positiva o negativa, tal es el caso de la escolaridad, el estrato socioeconómico, la pertenencia a un grupo indígena y la zona de residencia. La tercera conclusión es regularmente las mujeres inician su vida sexual a la par del noviazgo y el inicio de una unión conyugal y que la pareja es regularmente más grande de edad, y que en ocasiones menos agradables la primera relación sexual ocurre como resultado de la violencia sexual que se ejerce hacia las mujeres, la cual es una constante en México.

Cual sea la situación o tiempo, el inicio sexual marca un hecho trascendente en la vida de cualquier individuo, pues la manifestación de la

sexualidad como tal, es el reflejo de la sociedad (Welti, 2008), si ésta es moral y represiva por ende la sexualidad lo será también y por tanto, los sujetos no dispondrán de los recursos necesarios para un libre ejercicio de su sexualidad, limitando con ello sus derechos sexuales y acotándola al ámbito reproductivo.

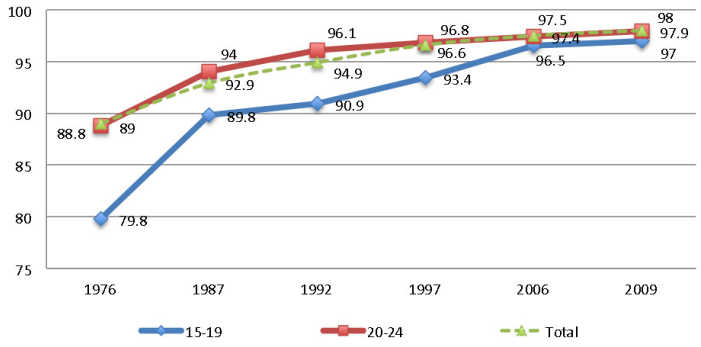
Ⅳ. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

En la década de los 40 y pasando un poco la de los 70, en México se dio un acelerado crecimiento de la población duplicándose de 25 millones a 51 millones, ello debido a que la tasa de crecimiento natural se mantuvo elevada hasta llegar a 3.0 por ciento para 1975, mientras que para el 2003 ésta se redujo a 1.42 por ciento anual; como ya se mencionó, la reducción en la tendencia elevada de la fecundidad, fue promovida por el Estado a partir de la implementación de diversas políticas poblacionales reduccionistas, que tuvieron como eje central el Programa Nacional de Planificación Familiar, fue así que el descenso de la población se aceleró, debido a una mayor difusión y disponibilidad de anticonceptivos para el control de la fecundidad (CONAPO, 2008).

En México, a lo largo de un poco más de tres décadas el conocimiento de anticonceptivos en la población adolescente creció notablemente. La gráfica 1 permite observar que de 1976 al 2009, el porcentaje de las mujeres de 15 a 19 años que declararon conocer por lo menos un anticonceptivo, pasó de 79.8 a 97 por ciento respectivamente, lo que

representa un aumento de 17.2 puntos porcentuales en dicho periodo.

Gráfica 1. Porcentaje de mujeres por grupo de edad, que conoce al menos un método anticonceptivo, 1976-2009.



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 y Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, 2006 y 2009.

Si este dato se compara con el grupo de edad de 20 a 24 años que pasó de 88.8 a 97.9 y que representa un aumento de 9.1 puntos porcentuales para el mismo periodo, se puede decir que el incremento en el porcentaje de mujeres que conocen por lo menos un anticonceptivo fue de casi el doble para el grupo de las adolescentes, lo cual en sí mismo es importante pues habla de un conocimiento casi universal de métodos anticonceptivos para ambos grupos de edad.

En cuanto a los métodos que las mujeres adolescentes mencionan conocer con mayor frecuencia en el 2009, según la Encuesta de la Dinámica Demográfica para ese año, se encuentran con casi 95 por ciento las pastillas y el condón masculino, seguidas de entre 80 y 90 por ciento del dispositivo

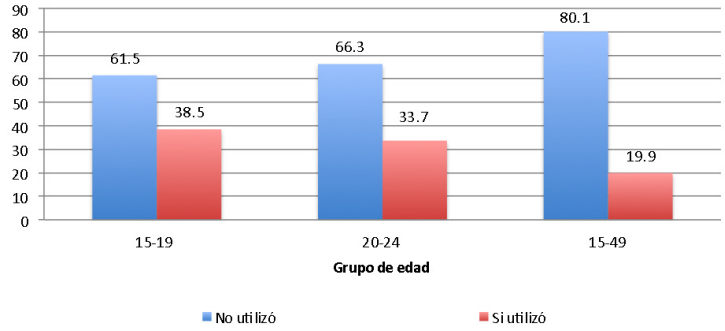
intrauterino (DIU), las inyecciones, la oclusión tubaria bilateral (OTB) y la vasectomía, posteriormente con un porcentaje de entre 60 y 70 por ciento se encuentran el parche anticonceptivo, el método del ritmo y del retiro, y por último con alrededor del 50 por ciento el condón femenino y los espermicidas (INEGI, 2010).

A pesar de este incremento en el tiempo de la variable conocimiento de métodos anticonceptivos, ya varios estudios (Palma y Palma, 2007; Stern, 2007; Juárez y Valencia, 2010), han identificado que existen grupos de la población que se encuentran rezagados en esta materia, especialmente aquellos grupos sociales menos favorecidos, como los que declaran pertenencia a grupos indígenas, los de residencia rural, los menos escolarizados y en general los pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, los cuales muestran efectos negativos en cuanto al conocimiento de anticonceptivos, lo que implica una urgente atención.

En cuanto al uso de anticonceptivos en México se da un fenómeno por demás interesante, puesto podría suponerse que entre mayor conocimiento de ellos, mayor sería su uso en las en las relaciones sexuales. Sin embargo, en la realidad el hecho de tener algún conocimiento en métodos anticonceptivos no conlleva implícitamente a su uso. Ello se corrobora en la gráfica 2, donde se puede observar que para el año 2009, sólo 38.5 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años, utilizó algún anticonceptivo en su primera relación sexual, o lo que es lo mismo, que aproximadamente 4 de cada 10 adolescentes usaron un método contraceptivo en su primera relación sexual.

Si se compara este dato para el grupo de edad de 20-24, la diferencia es de 5 puntos porcentuales menos, y aunque se esperaría un porcentaje más alto para este grupo de edad, ello puede deberse a que casi 50 por ciento de las mujeres en este grupo de edad están o han estado alguna vez unidas[1], factor que se ha identificado en diversas investigaciones (Welti 2000; Juárez y Valencia, 2010; De Jesús, 2011), reduce el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual.

Gráfica 2. Porcentaje de mujeres por grupo de edad, según uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual 2009.



Fuente: Elaboración propia en base a ENADID 2009.

Respecto a las mujeres adolescentes que usaron un anticonceptivo en la primera relación, los datos de la ENADID 2009 muestran que el método más utilizado fue el condón, con 89.1 por ciento, en segundo lugar los hormonales orales con 6.8 por ciento y en tercer el grupo que incluye la

1 Para el grupo de edad de 15 a 19 años el porcentaje de mujeres que están o han estado alguna vez unidas es del 15 por ciento.

oclusión tubaria bilateral, óvulos, jaleas, espumas y métodos tradicionales, con 4 por ciento (INEGI, 2010).

Si bien es cierto, en la actualidad el uso de algún anticonceptivo en la primera relación sexual en las adolescentes es relativamente bajo, puesto que sólo 4 de cada 10 usan un método, en el tiempo el uso de anticonceptivos en la primera relación fue menor, pero éste ha aumentado conforme el tiempo si se comparan las generaciones más avanzadas en edad con generaciones más jóvenes. Ello se muestra si se hace un análisis de la distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por grupos de edad reportada en 2009, respecto al uso o no de anticonceptivos en la primera relación sexual ocurrida durante la adolescencia, a partir de ello se puede observar un fuerte incremento en el uso de los mismos si se compara entre una generación más joven y las generaciones más avanzadas en edad.

Los datos del cuadro 4, permiten ver que entre las mujeres que en el año 2009 reportaron haber nacido entre 1994 y 1990 y que tuvieron su primera relación entre los 15 y 19 años, casi 4 de cada 10 utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, si este dato se compara con las mujeres de la generación nacida entre 1964 y 1960 y que tuvieron su primera relación entre los 15 y 19 años, se observa que menos de una de cada 10, utilizó un anticonceptivo en su primera relación sexual, lo cual da una diferencia de 32 puntos porcentuales entre ambas generaciones. Lo que muestra que conforme ha avanzado el tiempo, las generaciones más jóvenes hacen mayor uso de anticonceptivos en la

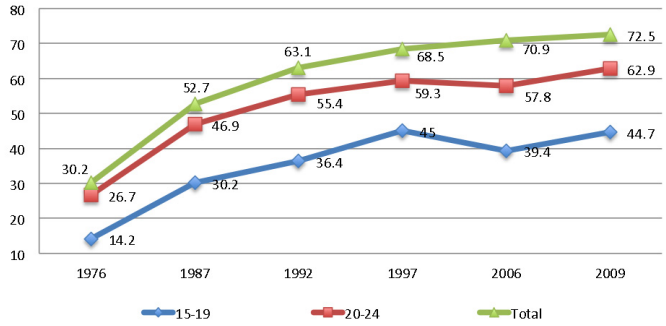
primera relación sexual ocurrida durante la adolescencia, si éstas se comparan con mujeres de generaciones anteriores.

Cuadro 4. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por grupos de edad reportada en 2009, respecto al uso o no de anticonceptivos en la primera relación sexual en la edad comprendida entre 15 y 19 años.

Grupo de edad en 2009:	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Generación nacida entre:	1994-1990	1989-1985	1984-1980	1979-1975	1974-1970	1969-1965	1964-1960
No utilizó	61.5	66.6	78.2	85.2	87.7	91.7	93.5
Si utilizó	38.5	33.4	21.8	14.8	12.3	8.3	6.5

En lo que respecta al uso de métodos anticonceptivos en la mujeres unidas, se puede observar en la gráfica 3 que en el periodo de 1976 al 2009, el porcentaje de mujeres unidas del grupo de 15 a 19 años y que son usuarias de algún método anticonceptivo, también aumentó, pasando de 14.2 a 44.7 por ciento respectivamente, lo que da un aumento de 30.5 puntos porcentuales para ese periodo, mientras que para el grupo de 20 a 24 años, el aumento en ese mismo periodo es de 36.2 puntos porcentuales.

Gráfica 3. Porcentaje de mujeres por grupo de edad unidas, usuarias de un método anticonceptivo, 1976-2009.



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 y Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006 y 2009.

Sin duda estas tendencias de incremento en el uso de anticonceptivos en mujeres unidas, están asociados con los cambios que se han dado en el tiempo respecto a las políticas implementadas por las instituciones de salud, que desde los años 70, han promovido la atención posparto, ofreciendo anticonceptivos a las mujeres unidas o que recién habían dado a luz (Palma y Palma, 2007). Pero además también han influido la posposición de la edad en eventos como primera relación sexual, la primera unión, el primer hijo nacido vivo y el uso del primer anticonceptivo; eventos que aún están ligados y separados por una corta distancia de tiempo entre ellos y que en conjunto marcan la transición a la vida adulta (Mier y Terán, 2007; Giorguli y Angoa, 2013).

Cual sea el caso, el uso de anticoncepción resulta de suma importancia, pues ya se ha señalado reiteradamente que a menor uso de métodos anticonceptivos, existe un mayor riesgo de exposición a un embarazo no planeado o en su caso a contraer alguna infección de transmisión sexual (García y Figueroa, 1992; Welti, 2000). Sin embargo, la conclusión de ello es que según los datos, persiste una brecha entre el conocimiento y el uso de tecnología anticonceptiva, sobre todo en la primera relación sexual, ya sea para prevenir un embarazo y/o para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual, lo cual ha despertado muchas interrogantes respecto a la pobreza y marginación en que se encuentran los y las adolescentes y las relaciones de poder que moldean tales prácticas (Szasz, 1998).

Ⅴ. Fecundidad y embarazo adolescente

Cuando se habla de embarazo adolescente, se asocia inmediatamente este término con problemáticas socioeconómicas, demográficas y de salud, de hecho el sólo pensar en ello conlleva inmediatamente a una imagen negativa de este grupo de edad, pues regularmente a los adolescentes se les asume como promiscuos e irresponsables en su conducta sexual, por la serie de consecuencias negativas que conlleva un embarazo en ese transcurso de vida.

Ya diversas investigaciones han puesto en evidencia que el embarazo durante la adolescencia conlleva riesgos a la salud tanto materno como infantil (Henao, González y Vargas, 2007; Prías y Mellado, 2009), que más del cincuenta por ciento de ellos son inesperados (Zúñiga, 2000; Juárez y Valencia, 2010; Menkes y Suárez, 2013); que muchas veces trunca posibilidades de desarrollo y pérdida de un proyecto de vida (Buvinic, 1998; Pantelides, 2004), ya que abre la posibilidad de perpetuar la pobreza a través de las generaciones (Alatorre y Atkin, 1998; UNFPA, 2011), ya sea porque se cierran diversas oportunidades de salir adelante por una inesperada deserción escolar, por un empleo mal remunerado y en su caso, por la marginación social que ello conlleva (Caricote, 2006).

Sin embargo, estas evidencias no se pueden generalizar a toda la población adolescente de los distintos contextos de México, pues las características sociales, económicas y culturales no siempre permiten afirmar estas circunstancias, puesto que el embarazo adolescente tiene ciertas

características particulares, que no necesariamente se dan en otros lugares.

En México el porcentaje de hijos de madres adolescentes respecto al total de nacimientos, ha aumentado en los últimos cincuenta años, pasando del 10 al 17 por ciento de 1960, al 2000, mostrando un leve descenso a 16 por ciento para el año 2009, lo que se traduce en números absolutos en 400 mil nacimientos anuales en mujeres menores de 20 años, lo cual contrasta enormemente con el 4 por ciento anual de los países desarrollados (CONAPO, 2009; INEGI, 2010).

Datos al respecto muestran que a pesar que en los últimos 40 años la tasa específica de fecundidad[2] (TEF), de las adolescentes disminuyó, ésta no descendió a la par que la de otros grupos de población. El cuadro 5 muestra que de 1975 al 2008, la TEF de las mujeres de 15-19 años, pasó de 128 a 69.5, reduciéndose sólo 60.5 nacimientos por cada mil mujeres al año, a comparación de las tasas especificas en los grupos de edad que van de los 20 a 39 años, que tuvieron una reducción en promedio de 146 nacimientos por cada mil mujeres al año; un dato que llama la atención de la última década, es que la tendencia de la TEF adolescente era descendente, sin embargo ésta mostró un leve aumento en el periodo del 2005 al 2008, pasando de 64.8 a 69.5 nacimientos por cada mil mujeres al año.

---

2 La tasa específica de fecundidad hace referencia al número de nacimientos que ocurren durante un determinado año o período de referencia por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, clasificada en grupos de edad simples o quinquenales (INEGI, 2010).

Cuadro 5. Tasas específicas de fecundidad bianuales por grupo de edad 1975-2008.

Grupo de edad	1975-1976	1985-1986	1990-1991	1995-1996	2004-2005	2007-2008
15-19	128	80	81	77	64	69
20-24	279	198	178	157	124	128
25-29	271	192	169	148	119	115
30-34	221	147	119	103	86	83
35-39	180	97	75	57	39	41
40-44	71	37	22	19	12	10
45-49	16	9	4	5	3	1

Fuente: Estimación propia con base en Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 y Encuesta

Algunas investigaciones (Pantelides, 2004; Colín y Villagómez, 2010), ya han explicado que la proporción de nacimientos provenientes de madres adolescentes no ha ido en aumento, sino que se ha mantenido estable y visibilizado con mayor acentuación en estas últimas décadas, esto se debe a que las tasas de fecundidad de este grupo de población han disminuido menos en comparación que las de tasas de fecundidad de otras edades; es decir, que ésta visibilización no ha sido por el incremento de las mismas tasas, sino porque éstas se encuentran estancadas o en descenso lento, combinándose con cohortes de edad en aumento, lo que ha dado lugar a un efecto visual de que la fecundidad adolescente se siga incrementando.

La explicación que desde el ámbito demográfico se da a este aparente incremento en el embarazo adolescente, es que la mayoría de la veces no se toma en cuenta que actualmente este tipo de embarazos son más visibles que en generaciones anteriores, debido principalmente a que en México y muchos países de América Latina, la población adolescente y joven es en la actualidad, la mayor registrada en la historia por el llamado "bono demográfico".

En América Latina por ejemplo, la estructura de la población ha cambiado en las últimas décadas, constituyendo los adolescentes y jóvenes una proporción de más del 40 por ciento en cada uno de los países, mientras que en México la población adolescente y joven prácticamente se ha cuadriplicado durante los últimos 50 años, pasando de 5 millones en 1950 a 20.4 millones en el 2010, de los cuales 10.4 millones son adolescentes y 9.8 millones son jóvenes (Henao, González y Vargas, 2007; INEGI, 2010).

De esta forma, a pesar que los datos estadísticos respecto a las tasas de embarazo son incompletas porque no se incluye los embarazos que no son llevados a término, se puede decir que la TEF de las mujeres mexicanas de 15 a 19 años, han experimentado un descenso importante, el hecho es que a mediados de los setenta, 1 de cada 7 adolescentes había tenido por lo menos un hijo nacido vivo, disminuyendo este dato para los noventa a 1 de cada 12 y estableciéndose a 1 de cada 14 en el año 2000 (CONAPO, 2000).

En este sentido, el decremento en el embarazo adolescente resulta congruente con la transición demográfica, implicando un descenso en las tasas de fecundidad y de embarazo de las familias mexicanas desde finales de los años setenta. Y aunque el embarazo en la adolescencia continúa siendo relevante ya que el 16 por ciento de todos los embarazos ocurridos en 2010 corresponde a mujeres menores de 20 años, éste se puede comparar con el número de embarazos de las mujeres de 30 a 34 años que es de 19.5 por ciento, lo cual corresponde a una etapa de la transición demográfica avanzada que apunta hacia la reducción de la fecundidad de

manera gradual (Schiavon, 2008; Chávez, 2010).

Al respecto un dato que hay que tomar en cuenta es que los embarazos en adolescentes históricamente han sido muy comunes en México, pues por cuestiones culturales era habitual que a mediados del siglo pasado, las mujeres se unieran a edades muy tempranas, lo que daba como resultado un embarazo; incluso en algunos contextos era mal visto que una mujer no tuviera descendencia a edades jóvenes (Alatorre y Atkin, 1998; Román, 2000), muy contrario de lo que actualmente se percibe.

En cuanto a las variables socioeconómicas que inciden negativamente para que ocurra un embarazo en la adolescencia, ya diversos estudios (Welti, 2000; Pantelides, 2004; Menkes y Suárez, 2013), han mostrado que el estrato socioeconómico al que pertenecen las mujeres, es un determinante importante, pues el mayor porcentaje de mujeres de 15 a 19 años edad que han estado alguna vez embarazadas es mayor entre las mujeres de estrato socioeconómico muy bajo y bajo con 21 y 12 por ciento respectivamente (Stern y Menkes, 2008), por lo que es evidente cómo el embarazo adolescente es más alto en los sectores de la población más desprotegidos.

Otros estudios (Zúñiga 2000; Mayén, 2003; De Jesús y Menkes, 2011), han mostrado que la mayoría de las adolescentes que resultan embarazadas, pertenecen a estratos menos favorecidos, tienen un perfil social con menores aspiraciones escolares, menor orientación hacia el futuro y menor información sobre métodos anticonceptivos que las adolescentes sexualmente activas que no se han embarazado y que pertenecen a estratos menos

pobres.

Tomando en consideración ello, se puede concluir que claramente existen dos posturas en cuanto al embarazo adolescente; una que emplea elementos teórico-metodológicos hasta cierta forma tradicionales, donde el embarazo de las menores de 20 años es caracterizado como un problema (Buvinic, 1998; Caricote, 2006; Prías y Mellado, 2009), por las consecuencias sociales, económicas y a la salud que tienen para las adolescentes y sus hijos y; una segunda postura que emplea elementos teórico-metodológicos donde se combinan paradigmas cuantitativos y cualitativos, donde más que un problema, el embarazo adolescente es explicado con mayor profundidad de acuerdo al contexto en que los mismos adolescentes viven y se desarrollan, lo que posiciona al embarazo como un fenómeno que por sí mismo no puede ser explicado a partir de relaciones causales, sino también por el análisis de subjetividades no solo del sujeto que vive el fenómeno, sino de los diversos actores que intervienen en dicho proceso (Pantelides, 2004; De Jesús, 2011; Stern, 2012).

Ⅵ. Infecciones de Transmisión Sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) como su nombre lo dice, son infecciones que se propagan principalmente de persona a persona por medio de contactos sexuales[3] y representan una consecuencia adversa de la

3 Sólo algunas ITS como el VIH y los treponemas causantes de la sífilis, se pueden transmitir también de la madre al hijo durante el embarazo y/o parto, así como por

conducta sexual que afecta principalmente a adolescentes y jóvenes, por un inicio de su vida sexual regularmente desprotegida; al respecto la Organización Mundial de la Salud, menciona que cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevos casos de ITS curables, tales como la sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis (OMS, 2011).

Según el cuadro 6, en México los datos de ITS para el periodo de entre 2003 y 2011 hacen ver que la Candidiasis urogenital y el Virus del Papiloma Humano (VPH) son las infecciones de mayor incidencia en jóvenes de 15 a 24 años, aunque se puede observar un incremento considerable para todas las ITS, el incremento es más amplio en estas dos últimas para este periodo de tiempo.

Cuadro 6. Incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual 2003, 2007 y 2011, en mujeres de 15 a 24 años, por cada 100 mil habitantes femeninos.

Grupo de edad	ITS	2003	2007	2011
15 a 19	Candidiasis urogenital	406.1	399.13	514.74
	Chancro blando	0.93	0.58	0.75
	Herpes genital	2.06	1.3	2.25
	Sífilis	2.91	5.24	4.22
	VPH	15.62	16.49	29.41
	SIDA	0.17	0.92	0.71
20 a 24	Candidiasis urogenital	1164.75	1065.98	1071
	Chancro blando	2.02	1.72	1.43
	Herpes genital	5.48	3.66	5.47
	Sífilis	5.78	7.85	6.72
	VPH	49.41	57.13	77.53
	SIDA	1.14	2.90	2.07

transfusiones sanguíneas y trasplantes de tejidos (OMS, 2011).

La incidencia de Candidiasis urogenital, para las mujeres del grupo de edad de 15 a 19 años, pasó de 406.1 a 514.74 infectadas por cada 100 mil mujeres de 2003 al 2011 respectivamente, lo mismo se observa con el VPH que pasó de 15.62 a 29.41 infectadas por cada 100 mil mujeres para el mismo periodo. Llaman la atención los datos de Candidiasis para el grupo de edad de 20 a 24 años, pues las incidencias para dicho periodo sobre pasan las mil mujeres infectadas por cada 100 mil habitantes femeninas, lo cual es más de dos veces menor que en el caso de las adolescentes.

Respecto al virus de inmunodeficiencia humana y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA), se sabe que la mitad de todas las personas infectadas por VIH-SIDA son menores de 25 años y en países desarrollados hasta el 60 por ciento de todas las infecciones tienen lugar entre los jóvenes de 15 a 24 años, por lo que cada día se dan aproximadamente 2,400 infecciones de VIH en el mundo (OPS/WAS, 2000; UNFPA, 2013).

En México desde 1983, año en que se detectó el primer caso de infección en nuestro país, hasta junio de 2013, el Registro Nacional de Casos de SIDA ha contabilizado 164,422 casos notificados de SIDA, de los cuales un 17.9 por ciento son mujeres. Respecto al grupo de población que va de los 15 a los 19 años, se tienen contabilizados 3,055 casos, de los cuales 32.4 por ciento corresponden a mujeres.

Cuadro 7. Casos notificados de SIDA, en mujeres de 15-24 años para el periodo 1983-2013.

Grupo de edad	Mujeres		Total	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
15-19 años	989	32.4	3,055	1.9
20-24 años	3,591	22.1	16,259	9.9
Total	29,476	17.9	164,422	100

Fuente: Elaboración propia con base al Registro Nacional de casos de SIDA (CENSIDA, 2013)

Si estos datos se comparan con el grupo de edad de 20-24 años la diferencia es muy amplia, pues son 16, 259 casos notificados, lo que corresponde al 9.9 por ciento del total de la población, lo que da una diferencia de 13, 204 casos entre un grupo de edad y otro. Una de las explicaciones que se puede dar a esta enorme diferencia, es que es muy alta la probabilidad que una proporción de los personas infectadas que pasan los 20 años, se haya infectado de VIH en su adolescencia cuando iniciaban su vida sexual, debido a que el período de latencia entre la adquisición del VIH y la manifestación del SIDA dura entre dos y once años (CENSIDA, 2013).

En cuanto a las medidas de prevención de contagio de VIH-SIDA, la Encuesta Nacional de la Juventud para 2010 menciona que del año 2000 al 2010 aumentó el porcentaje de mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años, que mencionaron tener conocimiento de algún método para prevenir alguna ITS, pasando de 79.9 a 91 por ciento, siendo el condón o preservativo el método más mencionado para ello con un 97.5 por ciento (SEP-IMJ, 2011).

A pesar de este incremento en el conocimiento de medidas preventivas, se ha visto que el uso del condón está principalmente relacionado con la prevención de un embarazo que con evitar el contagio de alguna ITS (Menkes y Suárez, 2004; Schiavon, 2008; De Jesús, 2011), quizá por ello la infección de VIH-SIDA se encuentra entre las 10 principales causas de mortalidad en los adolescentes de 15 a 19 años (OMS, 2011), identificándose que entre los factores de riesgo para adquirir/transmitir una ITS, se encuentran el inicio y consecutiva vida sexual sin protección, así como tener múltiples parejas sexuales. Por ello la importancia de otorgar educación sexual y educación sobre el SIDA en los niños, adolescentes y jóvenes, puesto que la información abierta, clara, explícita, veraz, objetiva, no valorativa y no estigmatizante sigue siendo la mejor forma de prevenir y controlar la infección por VIH/SIDA.

Ⅶ. Conclusiones

El hablar de sexualidad y reproducción adolescente, inmediatamente alerta a la población adulta por el supuesto, que todavía esta población no está preparada para la vida sexual, por lo que se silencia, invisibiliza y reprime toda conducta sexual adolescente. Incluso en el imaginario social de los adultos prevalece la idea que si se les da información y anticonceptivos, es como si se les indujera a tener relaciones sexuales. La realidad es que las adolescentes están teniendo relaciones sexuales independientemente de las restricciones de los adultos y que gracias a los prejuicios de éstos últimos, lamentablemente se inician sin información y elementos que les brinden

protección para no quedar embarazada, para no contagiar y ser contagiada de alguna ITS, hecho que corta de tajo el ejercicio de una sexualidad plena y placentera garantizada por los derechos sexuales y reproductivos de la población.

Si se parte de la aseveración que "la salud reproductiva se refiere al estado de bienestar físico, mental y social de la persona… va más allá de la ausencia de enfermedades o malestares y supone la salud sexual" (Lassonde, 1997: 66), el Estado debería como tal, garantizar la salud sexual y reproductiva como parte de los derechos fundamentales reconocidos por la Constitución Mexicana, el ejercicio de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes debe incluir el derecho a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, a la expresión, al derecho a elegir, a la educación y al acceso a la atención de salud (Shutt y Maddaleno, 2003).

El trabajo aquí presentado, muestra un panorama general de la evolución y actualidad que las adolescentes enfrentan respecto a su comportamiento sexual y reproductivo. A partir de ello se ha podido dar cuenta que en la actualidad a pesar que la edad de inicio sexual se ha aplazado y que el conocimiento de anticonceptivos ha aumentado con el tiempo, persisten aún graves situaciones respecto al uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales y que tienen como consecuencia un aumento del embarazo no planeado, así como de infecciones de transmisión sexual.

Los retos que plantea esta situación, deben estar dirigidas a la urgente necesidad de replantear la política en salud sexual y reproductiva adolescente de México, sobre todo porque estas situaciones se acentúan

considerablemente en los contextos más desprotegidos y dónde es menor la educación y el acceso a servicios de salud, lo cual es evidencia clara de la influencia de problemas sociales, económicos y por la cultura, en la que los adolescentes se ven inmersos y que son reflejo de problemas mayores en el país.

Otro de los retos que debe atender el Estado Mexicano, es hacer realidad los derechos humanos que México ha reconocido respecto al ejercicio de la sexualidad y que tienen que ver con la educación, la información, la salud, la igualdad, la no discriminación, la privacidad, la elección del número y espaciamiento de hijos y el derecho de expresión, todos ellos derechos establecidos en la Constitución Mexicana: se trata de reconocer derechos básicos y legítimos. Como ya se vio, un inicio sexual desinformado tiene diversas consecuencias para el individuo y que van desde resultar embarazada y/o contagiar o ser contagiado de alguna ITS, incluyendo claro el VIH-SIDA, sin embargo el Estado no ofrece alternativas que permitan el verdadero ejercicio de la sexualidad.

Las adolescentes requieren de voz propia y servicios de calidad, ya no quieren seguir siendo víctimas de la ignorancia en cuestión sexual y de discriminación y rechazo a la hora de solicitar condones en las clínicas de salud, ya sea porque las vean demasiado pequeñas, porque no son casadas o porque no van en compañía de alguno de sus padres. Por tanto, es necesario que los programas y acciones gubernamentales vayan más allá de la prevención de riesgos y que pasen a intervenciones directas que consideren aspectos familiares y contextuales, por lo tanto es importante

transitar del concepto e imagen de la adolescente problemática, a la adolescente participativa, con un enfoque no vertical, sino con esfuerzos compartidos.

Bibliografía

Alatorre, Javier y Lucille Atkin. (1998). De abuela a madre, de madre a hijos: repetición intergeneracional del embarazo adolescente y la pobreza en Familias y relaciones de género. En: Schmulker, Beatriz. (coordinadora). *Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe.* México: EDAMEX - The Population Council. pp.375-411.

Buvinic, Mayra. (1998). *Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México.* Washington, D.C.: Population Council.

Caricote, Esther. (2006). Influencia de los estereotipos de género en la sexualidad en la adolescencia. *EDUCERE.* Año 10, No. 34a pp. 463-470.

CENSIDA. (2013). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de junio de 2013.* México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. Documento en línea consultado el 2 de septiembre de 2013. [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2o_trim_2013.pdf].

Chávez, Ana María. (2010). *Estudio de diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas*

en relación con la educación básica: Resumen Ejecutivo. México: CRIM-UNAM.

Colín, Yeimi y Paloma Villagómez. (2010). Evolución de la maternidad adolescente en México 1974-2009. En: CONAPO. *Situación Actual de los Jóvenes en México.* México: Consejo Nacional de Población. pp.37-52.

CONAPO. (2000). *Cuadernos de Salud Reproductiva: República Mexicana.* México: Consejo Nacional de Población.

_____ (2008). *Programa Nacional de Población 2008-2012.* México: Consejo Nacional de Población.

_____ (2009). *Informe de ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1994-2009.* México: Consejo Nacional de Población.

De Jesús, David. (2011). *Adolescencias escindidas: sexualidad y reproducción adolescente en contextos urbano-marginales de Nuevo León.* México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

_____. (2012). Connotaciones del uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales en adolescentes de dos contextos de México. *Revista de Estudios de Antropología Sexual.* Primera época, Vol. 1, Núm. 4.

_____ y Catherine Menkes. (2011). Embarazo y transición a la adultez: un estudio sobre los significados de la sexualidad y la reproducción adolescente en dos contextos de México. En: A. Marquet (coordinador). *Hegemonía y desestabilización: diez reflexiones en el campo de la cultura y la sexualidad.* México: Ediciones Eón. pp. 151-172.

García, Julio y Juan Guillermo Figueroa. (1992). Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. *Salud Pública de México.* Vol. 34, núm. 4, pp.413-426.

Gayet, Cecilia y Patricio Solís. (2007). Sexualidad saludable de los adolescentes: la necesidad de políticas basadas en evidencias. *Salud Pública de México.* Volumen 49, Edición especial 1. pp.E47-E51.

Giorguli, Silvia y María A. Angoa. (2013). El tránsito a la adultez en tiempos de incertidumbre. *Coyuntura Demográfica.* Año 1. Núm. 4, pp.39-45.

Henao, Juanita., González, Constanza y Elvia Vargas. (2007). Fecundidad adolescente, género y desarrollo. Evidencias de una investigación. *Territorios.* Vol. 16-17. Pág.47-70.

INEGI. (1999). *ENADID. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997. Metodología y tabulados básicos.* México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

_____. (2007). *ENADID. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006. Metodología y tabulados básicos.* México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

_____. (2010). *ENADID. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Metodología y tabulados básicos.* México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INSP. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000.* México: Instituto Nacional de Salud Pública.

_____. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados Nacionales.* México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Juárez, Fátima y Jorge Valencia. (2010). Las usuarias de métodos anticonceptivos y sus necesidades insatisfechas de anticoncepción. En: Chávez, A. M. y Menkes, C. (Editoras). *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la Enadid 2006.* México: Secretaria de Salud-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM. pp.201-235.

Langer, Ana y Gustavo Nigenda. (2000). *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe.* Estados Unidos: Population Council-Banco Interamericano de Desarrollo.

Lassonde, Louise. (1997). *Los desafíos de la demografía: ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?.* México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Lerner, Susana. (1998). Participación del varón en el proceso reproductivo: recuento de perspectivas analíticas y hallazgos de investigación. En: Susana Lerner (editora). V*arones, sexualidad y reproducción.* México: El Colegio de México. pp.9-45.

Llopis, Azucena. (2001). Anticoncepción en la adolescencia: La consulta joven. En: C. Buil, I. Lete, R. Ros y J. L. De Pablo (coordinadores). *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos básicos y clínicos.* España: Wyeth-Lederle / Sociedad Española de Contracepción. pp.705-732.

Martínez, Homero. (2003). Salud de Adolescentes. *Salud Pública de México.* Vol. 45, núm. 1, pp.3-4.

Mayén, Beatriz. (2002). *Género y embarazo entre jóvenes.* México: MEXFAM-AFLUENTES-INSAD.

Menkes, Catherine y Leticia Suárez. (2004). Prácticas sexuales y reproductivas en las jóvenes mexicanas. En: Navarrete, Emma. (Coordinadora). *Los jóvenes en el siglo XXI.* México: El Colegio de México. pp.19-44.

_____ (2013). El embarazo de los adolescentes en México: ¿es deseado?. *Coyuntura Demográfica.* Año 1. Núm. 4, pp.21-28.

Mier y Terán, Marta (2007). Transición a la vida adulta. Experiencias de las jóvenes rurales y urbanas. En: Chávez, A. M., Uribe, P., Núñez, L. y Y. Palma. (Coordinadores). *La salud reproductiva en México. Análisis de la ENSARE 2003*. México: Secretaría de Salud. pp. 85-106.

Montesinos, Rafael. (2007). Cambio cultural, prácticas sociales y nuevas expresiones de la masculinidad. En: Montesinos, R. (coordinador). *Perfiles de la masculinidad.* México: Universidad Autónoma Metropolitana - Plaza y Valdés Editores, pp.17-45.

OMS. (2011). *Infecciones de transmisión sexual.* Nota descriptiva No. 110. EU: Organización Mundial de la Salud. Documento en línea consultado el 14 de septiembre de 2013. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/.

OPS. (2005). *La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: un compromiso con el futuro.* Washington: Organización Panamericana de la Salud.

_____/WAS. (2000). *Promotion of Sexual Health: Recommendation for Action*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS)/World Association of Sexology (WAS).

Navarro, Esperanza., Reig, Abilio., Barberá, Esther y Rosario Ferrer. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. I*nternational Journal of Clinical and Health Psychology.* Vol. 6 No. 1. pp.79-96.

Ordorica, Manuel. (2012). Siglo XXI, ¿la era de la implosión demográfica, de los centenarios y de los nuevos Matusalén?. *Revista Internacional de Estadística y Geografía.* Vol. 3 Núm. 3, septiembre-diciembre. pp.132-147.

Pacheco, Carlos., Rincón, Liz., Guevara, Eberto., Latorre, Catalina., Enríquez, Carolina y José Nieto. (2007). Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública de México.* Vol. 49, No. 1. pp.45-51.

Palma, Yolanda y Eduardo González. (2010). Iniciación sexual. Análisis de la ENADID 2006. En: Chávez, A. M. y Menkes, C. (Editoras). *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la Enadid 2006.* México: Secretaria de Salud-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM. pp.50-74.

Palma, Yolanda y José Luis Palma (2007). Conocimiento y uso de anticonceptivos. En: Chávez, A. M., Uribe, P., Núñez, L. y Y. Palma. (Coordinadores). *La salud reproductiva en México. Análisis de la ENSARE 2003.* México: Secretaría de Salud. pp.115-122.

Pantelides, Edith. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. En: CEPAL (coordinador). *La fecundidad en América latina ¿Transición o revolución?* Santiago de

chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. pp. 167-182.

Prías, Hilda y Clarybel Mellado. (2009). Experiencia de adolescentes embrazadas en control prenatal. *Aquichan.* Abril de 2009. Vol. 9, Nº 1, pp.93-105.

Rodríguez, Gabriela y Benno De Keijzer. (2002). *La noche se hizo para los hombres: sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinos y campesinas.* México: Edamex- Population Council.

Román, Rosario. (2000). *Del primer vals al primer bebé: vivencias del embarazo en las jóvenes.* México: Instituto Mexicano de la Juventud.

Schiavon, Rafaella. (2008). Salud sexual y reproductiva del adolescente. En: Stern, C. (Coordinador). *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva.* México: El Colegio de México/ Population Council. pp.301-323.

Schutt, Jessie y Matilde Maddaleno. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas.* Washington: Organización Panamericana de la Salud.

SEP-IMJ. (2006). *Encuesta Nacional de Juventud 2005.* México: Secretaría de Educación Pública - Instituto Mexicano de la Juventud.

_____ (2011). *Encuesta Nacional de Juventud 2010.* México: Secretaría de Educación Pública - Instituto Mexicano de la Juventud.

SSA (1989). *Encuesta Nacional sobre fecundidad y salud 1987.* México: Secretaria de Salud.

_____. (2004). *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003.* Tabulados básicos. México: Secretaría de la Salud.

_____. (2013). *Anuarios de morbilidad.* Recuperado el día 9 de Noviembre del 2013 [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html].

Stern, Claudio. (2007). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios sociológicos.* Enero-Abril de 2007. Vol. XXV, Nº, pp.105-129.

_____ (2008). Reflexiones finales. En: C. Stern (Coordinador). *Adolescentes en México: Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva.* México: El Colegio de México. pp. 391-402.

_____ (2012). *El Problema del embarazo en la adolescencia: contribuciones a un debate.* México: El Colegio de México. p.483.

_____ y Menkes, Catherine. (2008). Embarazo adolescente y estratificación social. En: Lerner, S. y Szasz, I. (coordinadoras). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo 1.* México: El Colegio de México. pp.347-395.

Szasz, Ivonne. (1998). Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México. En: Susana Lerner (editora). *Varones, sexualidad y reproducción.* México: Colegio de México. pp.137-162.

UNFPA. (2011). *Prevención del Embarazo Adolescente: Una Mirada Completa a Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.*

E.U: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

_____ (2013). *Informe anual 2012.* EU: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Welti, Carlos. (1989). La investigación del efecto de la anticoncepción sobre la fecundidad. En: Figueroa, B. (Compiladora). *La fecundidad en México; cambios y perspectivas.* México: El Colegio de México. pp. 317-348.

_____ (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de Población.* Año 6, núm. 26. pp.43-87.

_____ (2008). Inicio de la vida sexual y reproductiva. En: Chávez, A. M., Uribe, P., Núñez, L. y Y. Palma. (Coordinadores). *La salud reproductiva en México. Análisis de la ENSARE 2003.* México: Secretaría de Salud. pp.65-84.

Zúñiga, Elena. (2000). Tendencias recientes del embarazo adolescente en México. En: CONAM (coord.) *Foro embarazo en adolescentes. Avances y retos.* México: Secretaria de Gobernación-Comisión Nacional de la Mujer. pp.18-27.

<Resumen>

El objetivo de este trabajo es conocer la evolución y la situación actual del comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes en México. Para lograr ello, se analizaron distintas bases de datos demográficas y de salud realizadas en México de 1987 al 2012, calculando indicadores como la edad de inicio sexual, conocimiento y uso de anticonceptivos, fecundidad, embarazo e infecciones de transmisión sexual para las mujeres de 15 a 19 años. El análisis de los datos fue descriptivo y comparativo entre distintas generaciones. Los principales resultados muestran que la edad de inicio sexual en las adolescentes se ha pospuesto ligeramente conforme el tiempo. Respecto a la anticoncepción, en los últimos 25 años se incrementó el conocimiento de tecnología anticonceptiva para llegar a casi el 100 por ciento, sin embargo el uso de ellos en la primera relación sexual es aún reducido, pues sólo 4 de cada 10 mujeres utilizan algún método. En cuanto a los indicadores de fecundidad, se muestra que éstos son más visibles que en épocas pasadas, pero ello no implica que aumenten, sino que su visibilización se debe al efecto del llamado bono demográfico, aún así llama la atención que el porcentaje de hijos nacidos en menores de 20 años pasó del 10 a 16 por ciento en 30 años. En cuanto a las infecciones de transmisión sexual, los indicadores muestran un repunte en la mayoría de ellas, sobre todo en el virus de papiloma humano y el virus de inmunodeficiencia humana. Se concluye que México se encuentra ante la urgente necesidad de replantear su política en salud sexual y reproductiva

adolescente, sobre todo porque estas situaciones se acentúan considerablemente en los contextos más desprotegidos y dónde es menor la educación y el acceso a servicios de salud.

Palabras clave: Adolescencia, Sexualidad, Reproducción, Salud.

Submission of Manuscript: el 30 de abril del 2014
Manuscript accepted: el 5 de junio del 2014
final manuscript: el 16 de junio del 2014