

REFLEXIONES



**Hacia un nuevo enfoque en el campo
del embarazo adolescente**

**Claudio Stern
Elizabeth García**

301.426
R332
v.2
no.13
ej.2



PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIO DE MÉXICO

13

SEXUALIDAD,
SALUD Y
REPRODUCCIÓN

REFLEXIONES es una
publicación del Programa de Salud
Reproductiva y Sociedad
México, D.F., Año 2, núm. 13
Septiembre de 1999

Comité directivo:

Manuel Ordorica Mellado
Luz Elena Gutiérrez de Velasco
Francisco Zapata

Comité ejecutivo:

Juan Guillermo Figueroa
Carlos Echarri Cánovas
Irma Saucedo González
Ivonne Szasz Pianta
Claudio Stern Feitler
Susana Lerner Sigal
Nelson Minello Martini

Si desea recibir otros
números de REFLEXIONES,
solicítelos en el Programa
Salud Reproductiva y Sociedad,
Camino al Ajusco 20, Pedregal de
Santa Teresa, C.P. 10740,
Del. Tlalpan, México, D.F.,
Teléfono: 5449 3000 exts.: 408
y 4158, fax: 645 0464

HACIA UN NUEVO ENFOQUE EN EL CAMPO
DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Claudio Stern
Elizabeth García¹

La comprensión parcial de un problema lleva a soluciones demasiado simples y las soluciones demasiado simples no son soluciones.

Michael Carrara²

INTRODUCCIÓN

En este trabajo pretendemos mostrar que algunos de los elementos principales de los enfoques predominantes que se aplican en programas dirigidos a incidir sobre la sexualidad y el embarazo en adolescentes —enfoques que llamamos tradicionales— parten de una serie de valores y supuestos que tienden a traducirse en serias limitaciones para influir en la prevención de los embarazos “precozes” y sus consecuencias.

Pretendemos mostrar también que varios de estos elementos que conforman los enfoques predominantes en el campo de la acción se apoyan en resultados de investigación insuficientes, cuyas bases e interpretación adolecen de graves limitaciones que son un obstáculo para emprender acciones fundamentadas.

¹ Claudio Stern es profesor-investigador del Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México, donde además es coordinador del eje temático sobre sexualidad y embarazo en adolescentes y jóvenes del programa de salud reproductiva y sociedad. Elizabeth García es psicóloga social y asistente de la coordinación de dicha área.

² Traducción libre de una expresión que C. Stern escuchó del autor mencionado en una conferencia que impartió en 1990 en una reunión internacional sobre embarazo adolescente, realizada en la ciudad de Washington, organizada por la entonces Clearinghouse on Adolescent Fertility, del Center for Population Options.

Por último, pretendemos señalar algunos elementos de lo que puede denominarse un enfoque emergente, que consideramos permitiría superar algunas de las limitaciones de la investigación y de la acción en este campo.

Este trabajo constituye un ensayo preliminar basado en la experiencia y conocimientos que hemos logrado adquirir a lo largo de los últimos años, en los que nuestra atención se ha concentrado en el tema; no es producto de una investigación sistemática sobre el mismo, ya que ésta es una tarea que aún está por realizarse.

Por otra parte, el marco de referencia de estas reflexiones se limita al contexto nacional, aunque creemos que es aplicable también, en mayor o menor medida, a otros países.

ENFOQUES TRADICIONALES EN EL CAMPO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

LA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Empezaremos por explicar que el embarazo adolescente ha sido definido como problema por estos enfoques predominantes con fundamento en ciertos campos disciplinarios, principalmente la demografía, la medicina, epidemiología y psicología social, y que éstos han avalado preocupaciones muy definidas en torno a este problema.

Una de estas preocupaciones surge de la idea de que el embarazo adolescente es un fenómeno que se está incrementando. La mayoría de las investigaciones refiere en su justificación tal preocupación, que más que un argumento se ha convertido en un discurso recurrente (Fernández *et al.*, 1995; Toro, 1992).

No obstante, los datos demográficos muestran que el incremento de los embarazos adolescentes es una idea engañosa. Son el gran

crecimiento, en términos relativos y absolutos, de la cohorte de adolescentes y la fuerte disminución de la fecundidad de las mujeres mayores en los últimos 15 ó 20 años, lo que se traduce tanto en la mayor visibilidad de los embarazos de las adolescentes como en el hecho de que, aun a tasas de fecundidad menores, sean muy grandes el número y la proporción de hijos nacidos de éstos (Stern, 1996).

Otro aspecto que creemos ha sido mal interpretado es la asociación que se establece entre el embarazo adolescente y el rápido crecimiento de la población, que parte del reconocimiento de que las tasas de fecundidad de las mujeres menores de 20 años se han mantenido relativamente elevadas, a pesar de las campañas de control natal promovidas por el Estado.³

El análisis demográfico ha mostrado que los embarazos tempranos se asocian con un mayor número de hijos a lo largo de la vida reproductiva y con espacios intergenésicos más cortos, en comparación con los de mujeres que postergan su maternidad (Welti, 1989). De esta manera, se plantea que la fecundidad que se presenta a temprana edad contribuye ostensiblemente a generar un crecimiento acelerado de la población.

Si concedemos que esto puede representar un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la población⁴ puede aceptarse la

³ Las tasas de fecundidad comenzaron a descender primero entre las mujeres mayores de 35 años y fueron decreciendo sucesivamente en los grupos de 30 a 35 años y de 25 a 30, pero han descendido en menor medida entre las mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24 años. Sobre el particular, conviene recordar que las políticas de control de la natalidad se pusieron en práctica mediante programas de planificación familiar dirigidos explícitamente a las mujeres unidas o casadas y no a las solteras, estado civil en el que se encuentra gran parte de las adolescentes que se embarazan, mientras que las jóvenes que están unidas o casadas por lo general no desean posponer su maternidad. A pesar de ello, también los descensos de la fecundidad en estos grupos de edad han sido considerables, lo cual conviene resaltar, ya que tiende a no tomarse en cuenta cuando se plantea el embarazo adolescente como un problema creciente.

idea de que constituye un problema público legítimo, pero creemos que sería necesario valorar su peso real en el crecimiento de la población y circunscribirlo a los sectores en los que el fenómeno se concentra, que generalmente son los más pobres de nuestra sociedad, aquellos en los que la fecundidad es muy elevada, independientemente de la edad en que la mujer inicie su vida reproductiva.⁵

Otro elemento importante en la definición del embarazo adolescente como problema, desde los enfoques tradicionales, es el que han planteado la práctica y la investigación médica y epidemiológica, que han asociado la edad temprana del embarazo con algunas consecuencias para la salud de la madre y del hijo,⁶ los que tienden a atribuirse a la inmadurez biológica de la adolescente que se embaraza.

La asociación empírica que se establece entre la edad de embarazo y los riesgos que supuestamente conlleva para la salud ha sido suficiente para justificar que esta relación se convierta en una norma, hasta el grado de que, por definición, cualquier embarazo en mujeres menores de 19 años es considerado por el sistema de salud como un embarazo de riesgo, con todo lo que esto implica en términos de atención prioritaria. Ello no sería grave si no incidiera de manera decidida en la engañosa creencia de que el embarazo no debe ocurrir antes de cierta edad por razones biomédicas, siendo que,

⁴ Argumento muy debatido, ya que menores tasas de crecimiento no se traducen necesariamente en mayores niveles de bienestar.

⁵ En esos casos, como hemos esbozado en otro trabajo (Stern, 1995b), el embarazo temprano no constituye necesariamente un problema para la población aludida, sino que es un mecanismo para la formación temprana de la familia como una opción adecuada, dadas las posibilidades con que cuentan estos grupos de población.

⁶ Como las complicaciones médicas durante el embarazo, el parto y las alteraciones en el peso del recién nacido (Aznar y Lara, 1967; Ruiz y Peraza, 1974; Cuminsky y Suárez, 1979; Menken, 1980; Hollingsworth *et al.*, 1983; Makinson, 1985; Fernández *et al.*, 1996).

como veremos más adelante, el peso de otros factores en la explicación de las consecuencias negativas para la salud es de tanta o mayor importancia que la de los factores biológicos.

Aceptemos en principio que el embarazo precoz, definido en términos biomédicos,⁷ efectivamente se constituye en un riesgo para la salud (Pérez y Torres, 1988), en mayor medida para la salud del hijo que de la madre, pero también para ésta.⁸ Ello se traduciría en términos aproximados, en que los embarazos que ocurren antes de los 14 ó 15 años de edad se considerarían riesgosos por razones biomédicas, pero no así los que se presentan a partir de los 15 años cuando, en condiciones adecuadas de nutrición, de salud y de atención prenatal, no conllevan riesgos mayores que los embarazos y partos que ocurren entre los 20 y 25 años, por comparar con algún otro grupo de edad (López *et al.*, 1992).

Conviene subrayar que la incidencia del embarazo a edad muy temprana no tiene comparación con la cantidad de embarazos que ocurren entre los 15 y los 19 años, rango que con mayor frecuencia es definido como punto de referencia tanto en las estadísticas como en las políticas y programas enfocados a la problemática del embarazo adolescente.⁹

Además, la asociación que en términos generales tiende a establecerse entre la edad

⁷ O sea, el que ocurre antes de tener la madurez ginecológica necesaria, la cual se define como dos años después de la menarquía. ←

⁸ Aun cuando también aquí el peso que tienen los factores socioeconómicos y culturales en la determinación del riesgo es muy grande (Toro, 1992; Silber *et al.*, 1995; Fernández *et al.*, 1995; Fernández *et al.*, 1996).

⁹ El hecho de que los embarazos en población menor de 15 años representen una proporción relativamente pequeña respecto a los que ocurren antes de los 20 años no implica que no los consideremos como un problema, particularmente a sabiendas de que se derivan en gran parte de incestos y otros tipos de abuso sexual. Lo que nos parece importante resaltar es el hecho de que la gran mayoría de los embarazos de adolescentes ocurre a edades en las que no tendrían por qué constituirse en factores de riesgo en términos estrictamente biomédicos.

en que ocurre un embarazo y los daños a la salud que conlleva, se debilita considerablemente si tomamos en cuenta que el que sobreviene en edades adolescentes se concentra precisamente en los grupos más pobres de la población, que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y de salud de la madre.¹⁰

Esto significa que la mortalidad y morbilidad materno-infantil asociadas al embarazo adolescente son más una manifestación de la desigualdad social y de la pobreza que enfrentan los grupos más desprotegidos, que una consecuencia de la edad a la que ocurren los embarazos.

Ciertamente, hay preocupaciones legítimas por el embarazo adolescente en términos de la salud de madres e hijos, pero creemos que éstas han sido sobredimensionadas y mal comprendidas y que no se justifica la asociación que tiende a establecerse entre la edad y los daños a la salud, ni el hecho de que la responsabilidad para enfrentar el problema recaiga mayoritariamente en el sector salud, ya que éste puede hacer poco en la prevención de los embarazos adolescentes no deseados y, particularmente, en la postergación del primero.

El otro argumento de peso que ha sido empleado en la definición del embarazo adolescente como problema social y como justificación para la acción pública sobre el mismo, es la atribución que se le ha dado como un mecanismo que contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza.¹¹

Este argumento se relaciona estrechamente con el supuesto de que dicho fenómeno coarta las posibilidades de obtener una escolarización

¹⁰ A los cuales habría que agregar los contextos sociales y culturales de carácter global, comunitario y familiar, que inciden negativamente sobre el acceso que tienen estas jóvenes a los servicios de salud, en su cuádruple condición de pobres, mujeres, adolescentes y en muchos casos solteras.

¹¹ Véase, entre otros, los trabajos de Furstenberg *et al.*, 1987; Buvinic, *et al.*, 1991; Buvinic, 1992; Alatorre *et al.*, 1994.

suficiente y, por tanto, limita las opciones de obtener un empleo estable y bien remunerado, lo que a su vez reduce el acceso a los elementos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos, perpetuándose esta situación en un círculo vicioso.

En primer lugar, hay que aclarar que en nuestros países, a diferencia de lo que ocurre en las naciones desarrolladas, donde la mayor parte de la población adolescente se encuentra en la escuela, la mayor proporción de los embarazos tempranos ocurre después de que los y las jóvenes abandonan los estudios (Pick de Weiss, Atkin y Karchmer, 1988). Por lo que, contrariamente a lo que se cree y se dice: a) el embarazo adolescente no contribuye en gran medida a la deserción escolar, y b) no es correcto atribuir a la deserción escolar por embarazo las consecuencias sociales que conlleva la baja escolarización (menores oportunidades de empleo adecuado, mayores problemas para la crianza de los hijos y otros).¹²

Ambos argumentos llevan fácilmente a la conclusión de que la disminución del embarazo temprano contribuiría a reducir la pobreza, y muchos de los recursos canalizados a diversos programas dirigidos a los adolescentes y jóvenes se justifican con base en tales supuestos.

No obstante, se trata de argumentos en su mayor parte falaces. El que el embarazo temprano se encuentre frecuentemente asociado con la pobreza no implica que sea un fenómeno

¹² En el futuro próximo, sin embargo, debido al incremento esperado en la escolarización y en la permanencia escolar de la población femenina en niveles medios y superiores, es probable que se acreciente de manera significativa el embarazo entre jovencitas que estén en la escuela, lo que debiera llevar a dar mucho mayor prioridad a los programas de educación y consejería en las escuelas y en otros ámbitos de socialización de los adolescentes, así como a la información y sensibilización general de la población, particularmente de los padres y maestros, en relación con la sexualidad, las relaciones de pareja y las maneras de prevenir los embarazos no deseados y el contagio de enfermedades de transmisión sexual en esta población.

no que determine su aparición ni que, por sí mismo, la perpetúe.

En nuestro país, como en muchos otros, la pobreza casi siempre está asociada con condiciones de vida que obstaculizan la nutrición y salud adecuadas de los hijos, su asistencia continua a la escuela, su aprovechamiento y permanencia en ella, así como el acceso a ocupaciones estables y a posiciones ocupacionales que permitan un ingreso estable y suficiente. Por más que lo establezca la legislación, los derechos universales a la educación, salud, trabajo, seguridad social, etcétera, van muy desigualmente acompañados de las oportunidades para hacerlos efectivos. Ni qué decir de otros elementos directamente vinculados con el embarazo adolescente, tales como la educación sexual y los derechos reproductivos, la igualdad del varón y la mujer, la no discriminación contra esta última, argumentos ahora tan en boga a partir de las conferencias de El Cairo (población y desarrollo, 1994) y de Beijing (de la mujer, 1995).

Si acaso, debiera señalarse como "causa" del embarazo temprano y de sus consecuencias negativas en nuestros países, al contexto de pobreza y de falta de oportunidades, y no al revés.¹³

ALGUNOS SUPUESTOS DE LOS ENFOQUES PREDOMINANTES

A partir de los argumentos aludidos en la sección anterior, en la mayor parte de la literatura sobre el tema a la que se hace referencia en nues-

¹³ La literatura estadounidense reciente respecto a la asociación entre el embarazo temprano y las consecuencias negativas para el futuro de la familia de la joven (Cf. Geronimus, 1991; Geronimus y Korenman, 1992, 1993), además de mostrar que la fuerza de la asociación es mucho menor de lo que se pensaba, no es directamente aplicable al caso de muchos de nuestros países, dadas las diferencias en el contexto institucional, familiar, etcétera, en el que ocurren dichos embarazos. Ello no quiere decir que no tenga en muchos casos consecuencias sociales negativas, sino que probablemente las "causas" o razones para ello difieren considerablemente.

tros países, ya sea proveniente de organismos internacionales o multilaterales, de fundaciones estadounidenses o de organismos nacionales, públicos y privados, puede advertirse fácilmente el claro sustrato valorativo que la permea en términos de que el embarazo adolescente es algo que no debiera ocurrir.

En este supuesto está implícito o explícito un parámetro de normatividad, desde el que se asigna una sanción negativa al embarazo en la adolescencia, sanción dirigida tanto a la joven como a quienes no supieron inculcarle los valores supuestamente indicados, principalmente a la familia. Al asumir que se trata fundamentalmente de la consecuencia de un "comportamiento desviado", se plantea que debe prevenirse encauzando el comportamiento individual.

Se trata en buena parte de una valoración sociocentrista que tiene su origen en los valores de las clases medias urbanas y que la cultura se ha encargado de extender entre amplias capas de la población; cultura que ha sido asumida por gran parte de los investigadores —quienes pertenecemos, por lo general, a dichas clases medias que definen las normas hegemónicas.

Las adolescentes no debieran tener relaciones sexuales en este periodo de la vida; deberían esperar hasta ser maduras para establecer relaciones de pareja que conduzcan a una unión. Si no lo hacen es porque algo falló. Hay que buscar respuestas a la pregunta de qué es lo que falló, saber por qué se comportan de una manera irresponsable, para planear la forma de modificar dicho comportamiento.

También vemos que dentro de este marco valorativo se parte de una concepción ideal de "familia", y que se hace énfasis en la asociación de los embarazos adolescentes con las características de sus familias de origen, mismas a las que se les aplican los calificativos de incompletas, desintegradas, disfuncionales, fracturadas, etcétera. Creemos que este marco valorativo no

se adecua a la situación de las familias mexicanas, ya que dichas irregularidades y el carácter extenso de los grupos familiares en los que conviven diversos parientes, los alejan del ideal de la familia nuclear y se constituyen más bien en la norma y lo común en algunos sectores de la población, como en el caso de los estratos pobres urbanos.

Este marco valorativo que se ha construido alrededor del embarazo adolescente, además de provocar un estigma hacia las jóvenes y familias que se ven involucradas en él, lleva implícita una postura que señala lo que debe hacerse ante el fenómeno, es decir, la forma en que se debe intervenir. En este sentido, como ya vimos, si se percibe al embarazo adolescente como la consecuencia de un comportamiento inmaduro e irresponsable derivado de ciertas características personales, familiares y del medio social, que a su vez tiene consecuencias negativas para la sociedad, se asume explícitamente el derecho y la obligación de actuar para que no suceda, así como para corregir las anomalías mencionadas en los individuos o en las familias.

Asimismo, la concepción que se tiene de la adolescencia determina que se asuma el derecho a intervenir, ya que si se parte de la idea de que la adolescencia es una etapa crítica y los jóvenes son seres humanos incompletos e incapaces de tomar decisiones, parecería que lo obvio es que los adultos o las generaciones mayores sean quienes tienen la obligación de tomar decisiones en beneficio de esta población; la obligación de ejercer un mayor control social sobre los jóvenes.

LA INVESTIGACIÓN REALIZADA DESDE ESTOS ENFOQUES

Una vez que hemos revisado algunos supuestos sobre los cuales se ha definido tradicionalmen-

te el embarazo adolescente como problema, haremos una breve evaluación y reflexión de las implicaciones que en materia de investigación ha tenido este enfoque.

Empezaremos por referirnos a los objetivos que generalmente tienen estas investigaciones. Es decir, las preguntas a las que se procura responder cuando se emprende una investigación.

En primer lugar encontramos que las investigaciones son diseñadas para conocer la incidencia y los comportamientos sexuales de los adolescentes; saber cuántos adolescentes son activos sexualmente, describir cómo es su comportamiento sexual, si tienen acceso a métodos anticonceptivos, si los utilizan cuáles son, o por qué no lo hacen.

Se intenta también conocer las características sociodemográficas de las adolescentes que se embarazan: edad, lugar de residencia, estado civil, nivel educativo, ocupación, etcétera, con el doble objetivo de describir a la población en cuestión y de analizar las posibles relaciones de asociación entre el embarazo temprano y otras variables.

En algunas instituciones del sector salud se hacen investigaciones dirigidas, por una parte, a describir los cambios en la incidencia y en las características de las adolescentes que acuden por razones de embarazo, aborto y parto, así como algunas de sus prácticas de cuidado prenatal y, por otra, a documentar las consecuencias de éstos para la salud de la madre y del niño.

Asumiendo de partida que el embarazo adolescente es algo indeseable y que tiene consecuencias negativas, las investigaciones tienden entonces a buscar los factores que producen o subyacen a este fenómeno, así como a demostrar las consecuencias negativas que éste tiene para la joven que se embaraza, para la familia en cuyo contexto ocurre el embarazo, para los hijos y para la sociedad en general, tanto en términos morales como psicológicos y sociales.

Los planteamientos tan generales y generalizados de estas preguntas han llevado a obtener respuestas igualmente generales, para un fenómeno que se supone tiene un significado universal.

En la mayoría de las investigaciones se parte de una concepción universal de la adolescencia, desde la cual son atribuidas a la población joven características típicas que se suponen iguales para todos (inmadurez, rebeldía, irresponsabilidad y otras), bajo el supuesto de que es una etapa universal en el desarrollo humano. A partir de ello los resultados de las investigaciones sobre embarazo adolescente se han generalizado a países como México, donde las condiciones sociales y las implicaciones del evento son distintas a lo encontrado en otros países, como Estados Unidos de América por ejemplo.¹⁴

Los modelos básicos de análisis de los que ha partido el estudio del embarazo adolescente en los enfoques tradicionales, se ubican generalmente en posturas epistemológicas positivistas, que parten de una percepción estática y objetivista de la realidad. Las implicaciones de este enfoque llevan a percibir a los sujetos (los adolescentes involucrados en un embarazo) como seres ahistóricos, socialmente descontextualizados, y como simples sujetos a los que no se les reconoce su propia subjetividad y capacidad de respuesta social (Llovet y Ramos, 1996).

En este modelo se incluye el predominio del caso individual, en el cual se localiza tanto la problemática como la búsqueda de elemen-

tos causales y las soluciones a este fenómeno. El problema, además, se ubica predominantemente en los adolescentes mismos —básicamente en las adolescentes— y en sus familias, buscando en ellos las causas de su comportamiento y el origen de las consecuencias del hecho, lo que metodológicamente se traduce en una búsqueda de variables individuales y familiares asociadas al fenómeno.

Otra implicación metodológica de este enfoque es que recurre a métodos y modelos estadísticos, ya sean bivariados o multivariados, en los que se impone el criterio de generalización, que se basa para el análisis en una distribución normal de la población, y que determina la elección de una muestra representativa de la población que se desea investigar.

Este modelo lleva también a recurrir a diseños experimentales o cuasi experimentales en la investigación del embarazo adolescente, en los que se trata de aislar en la medida de lo posible la o las variables independientes y se buscan correlaciones estadísticamente significativas con el inicio de la sexualidad o con el embarazo adolescente. Los grupos de control son pensados en términos de una supuesta normatividad. Por ejemplo, se comparan grupos de adolescentes embarazadas con grupos de adultas embarazadas.

En el ámbito clínico y hospitalario, por su parte, se analizan las estadísticas provenientes de los expedientes e historias clínicas —suponiendo muchas veces, erróneamente, que reflejan lo que ocurre en la población en general— y se realizan investigaciones para comparar prácticas de cuidado prenatal y resultados del embarazo, parto y puerperio entre adolescentes de distintas edades y también con madres no adolescentes.

Por lo general las investigaciones realizadas bajo estos enfoques que hemos denominado tradicionales, recurren a métodos y técnicas

¹⁴ Además de diferencias sociales importantes, como el nivel de escolarización de la población adolescente y su mayor abanico de opciones frente a la maternidad temprana, existen diferencias culturales notables que inciden sobre el fenómeno, como el grado de individualización, que conlleva una responsabilización personal y un desapego temprano de los jóvenes respecto de la familia de origen —en Estados Unidos—, frente a rasgos culturales en los que el apoyo de la familia se mantiene como uno de los valores fuertes —en nuestros países.

cuantitativos —encuestas, estudios de casos y controles y otros modelos cuasi experimentales— y a modelos estadísticos de análisis.

Los resultados obtenidos de las investigaciones hasta aquí descritas han contribuido con diversas aportaciones, que apuntan básicamente en tres sentidos: la descripción de las características de las adolescentes que se embarazan, los determinantes psicosociales del embarazo adolescente, y algunas consecuencias de éste, fundamentalmente para el cuidado y la salud de la madre y del niño.¹⁵

A partir de los hallazgos y conclusiones obtenidos con los enfoques tradicionales se han diseñado programas de educación sexual, de sensibilización para fomentar la comunicación entre los padres y los hijos, así como de consejería y de atención para prevenir y espaciar en madres jóvenes los embarazos subsecuentes.

La mayor parte de los programas de educación sexual que se han desarrollado en la última década se dirigen a fortalecer o contrarrestar aquellos valores, actitudes y creencias que se encuentran asociados, ya sea con una maternidad precoz, o con el aplazamiento de dicha maternidad hasta después de los veinte años, particularmente mediante la información sobre métodos anticonceptivos, aspecto sobre el que se ha insistido en los distintos tipos de programas de acción, incluyendo la educación pública, los medios de comunicación de masas y los programas de organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Como lo mencionamos anteriormente, el hecho de que el problema del embarazo adolescente se atribuya a los adolescentes y los jóvenes mismos ha implicado que prácticamente todas las acciones de los programas de educa-

ción sexual y de otra naturaleza que se han realizado se dirijan a los y las adolescentes y en algunos casos, más bien excepcionales pero importantes —como el programa para el Desarrollo Integral del Adolescente del programa para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)—, también a las familias, y en algunos casos a los maestros que educan a los jóvenes de las escuelas.

Una de las consecuencias de los enfoques tradicionales, cuyos resultados han sido traducidos a los programas y políticas públicas es lo que podríamos denominar un enfoque parcial, en ocasiones bastante unilateral que, según han reconocido los propios evaluadores de estos programas, ha tenido relativamente poca efectividad (Aramburú y Nuñez, 1993; Aguilar, 1994). La cuestión radica, en parte, en que la asociación de ciertas características individuales o familiares y la ocurrencia de embarazos a edades relativamente tempranas se ha simplificado al extremo como explicación de las causas de un fenómeno bastante complejo, bajo el supuesto de que manipulando algunas variables (información, autoestima, asertividad, capacidad de planeación, entre otras) se logrará evitar embarazos precoces no deseados.

La identificación de las variables que han sido exploradas desde este enfoque ha llevado a proponer recomendaciones y programas de acción de diversa naturaleza. Así, por ejemplo, se han desarrollado contenidos educativos que, además de informar sobre la biología de la reproducción y algunos aspectos de la sexualidad, intentan modificar creencias, actitudes y valores, y reforzar destrezas conducentes a posponer el ejercicio de la sexualidad o a que ésta se realice de manera responsable y protegida.

No intentamos evaluar la efectividad de estas acciones. La opinión generalizada que se deriva de las pocas evaluaciones existentes es que en ocasiones contribuyen a modificar ciertas actitudes y quizá creencias y valores, pero que

¹⁵ Para una revisión reciente del estado del arte en este campo de estudio, véase Atkin *et al.*, Ehrenfeld y Pick, 1996.

difícilmente llegan a incidir de manera significativa sobre los comportamientos de los sujetos involucrados. En nuestra opinión, gran parte de la explicación de lo que muchos educadores consideran un fracaso descansa en la sobrevaloración que se ha dado al probablemente escaso peso que tienen estas variables sobre los comportamientos respectivos.

El poco éxito obtenido para posponer el primer embarazo mediante acciones educativas es quizá una de las razones por las que las instituciones del sector salud han intensificado decididamente los programas de prevención y atención del embarazo adolescente.

En los últimos años las instituciones públicas de salud han puesto en marcha ambiciosos programas nacionales de atención a la salud de los adolescentes, mediante los que se piensa incidir en la prevención de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual en este grupo poblacional, pero se desconoce si el sector salud tendrá la capacidad de hacerlo en términos preventivos, ya que los adolescentes escasamente acuden en busca de atención para la salud, y cuando lo hacen generalmente van acompañados por algún familiar.

Sin pretender ni mucho menos poner en duda el rigor, profesionalismo y compromiso de los investigadores y agentes involucrados en estos esfuerzos, ni la importancia de la investigación y de los programas existentes, consideramos que es necesario revalorar los resultados de estas investigaciones y acciones en términos del papel que juegan y del peso que tienen en la determinación y en las consecuencias del fenómeno y complementarlas con investigaciones y políticas que, partiendo de otras premisas, modelos y supuestos, permitan una comprensión más completa del fenómeno, así como las acciones más adecuadas y efectivas para prevenirlo.

Si bien el enfoque con el que tradicionalmente ha sido estudiado el embarazo adolescente ha ofrecido aportaciones relevantes, creemos que actualmente las necesidades de investigación ya no pueden ser resueltas desde dicho enfoque y que incluso algunos de los hallazgos que se derivaron de él deberían ser replanteados y analizados de manera distinta. Cabe señalar que más que proponer un enfoque nuevo, nos estamos refiriendo uno que ya se puede considerar como emergente en el campo de la sexualidad y el embarazo adolescente. Actualmente existen análisis críticos y experiencias relevantes de investigación que han mostrado los caminos posibles a seguir, tanto en México como en otros países (Nathanson, 1991; Stern 1995a; Castañeda *et al.*, 1996; Rodríguez, Amuchástegui y Rivas *et al.*, 1995).

La incorporación de investigadores formados en otras disciplinas como la antropología, sociología, psicología interpretativa, y en otras especialidades como los estudios de la mujer, la sexualidad y la salud reproductiva, han puesto en evidencia la necesidad de acudir a otras aproximaciones epistemológicas y metodológicas así como de plantear una definición distinta del problema del embarazo adolescente.

HACIA UNA REDEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los huecos existentes en esta área de investigación, las respuestas descontextualizadas y la carencia de explicaciones articuladas a la que han dado lugar las aproximaciones tradicionales en el estudio del embarazo adolescente nos llevan a dudar de algunos de los supuestos en los que tales aproximaciones se han basado férreamente. De esta manera, analizamos sus planteamientos básicos valiéndonos de una serie de

preguntas, que obviamente no pretenden ser contestadas en su totalidad en este trabajo, pero que definen de alguna manera nuestra posición.

¿Quién define al embarazo adolescente como un problema?, ¿cuándo se empieza a definir como problema?, ¿por qué se convierte en un problema social en un momento dado?, ¿para quién se constituye en problema?, ¿cuáles son sus determinantes sociales?, ¿qué significados e implicaciones tiene para los actores involucrados?, ¿qué actores sociales deben involucrarse para enfrentarlo?

A nuestro parecer, los elementos principales que convergen para que este fenómeno se haya constituido como un problema social en la última década son: *a)* el crecimiento absoluto y relativo de la población adolescente como una manifestación de la etapa de transición demográfica por la que atraviesa el país; *b)* la menor disminución de la fecundidad de las mujeres adolescentes comparada con las tasas de las mujeres de edades mayores y su interpretación como un evento demográfico que aumenta el peso de la fecundidad adolescente en el crecimiento de la población; *c)* la creciente medicalización del embarazo y el mayor acceso de la población de los sectores populares a los servicios de salud; *d)* los cambios sociales y culturales que han llevado a extender el periodo de riesgo de un embarazo premarital y han modificado el contexto normativo en el que ocurren los embarazos tempranos; *e)* el incremento en la proporción y en el número de jóvenes madres solteras como resultado de cambios sociales y culturales en el ámbito familiar, así como de la crisis económica.¹⁶

En el sector salud existe una gran preocupación porque los médicos, además de notar un incremento en la cantidad de embarazos y

¹⁶ Para una explicación más amplia al respecto puede consultarse el trabajo de Stern, 1996.

abortos incompletos de mujeres adolescentes que llegan a los hospitales, perciben que éstos —en muchos casos— presentan complicaciones. Creemos que lo que sucede es que ocurre una especie de “ilusión óptica” que se explica por la combinación de los factores arriba mencionados que, vistos desde los hospitales y clínicas, hacen aparecer al embarazo adolescente como un fenómeno creciente —imagen que, como vimos anteriormente, es sólo aparente— que tiene graves consecuencias para la salud —al grado que ha sido definido como un problema de salud pública—, lo cual, como también analizamos antes, es parcialmente cierto, pero no tanto por razón de la edad sino por causas vinculadas con factores sociales y culturales.¹⁷

Por otra parte, los cambios sociales han ampliado la gama de opciones de desarrollo personal, lo que se traduce en expectativas distintas para muchas mujeres que antes solamente tenían como opción la maternidad temprana. Tomemos en cuenta que las oportunidades educativas han aumentado y que la asociación de la escolarización con el acceso a un empleo estable y con la movilidad social hace que los padres esperen incluso que sus hijas (ya no solamente los hijos varones) hagan una carrera profesional que les permita “ser alguien en la vida”. También habría que tomar en cuenta que ante la crisis económica surge la necesidad de mantener el ingreso de los hogares, lo que repercute en que las mujeres tengan un papel relevante en la economía familiar y trasciendan el ámbito privado de la reproducción biológica para in-

¹⁷ El incremento en el acceso a los servicios de salud de la población socialmente desprotegida —principalmente en las ciudades pero también de manera creciente en el medio rural—, que es donde ocurren los embarazos tempranos con mayor frecuencia, ha reforzado la asociación entre el embarazo temprano y los problemas de salud materno infantil, debido a las condiciones de mala nutrición y de desventaja social en las que se encuentra la mayoría las mujeres que pertenecen a estos sectores.

tegrarse al mercado laboral y así contribuir a su reproducción social.¹⁸

Estas condiciones sociales en las que se enmarca el acontecimiento de un embarazo temprano tienen una estrecha relación con la identificación que se ha hecho de él como transmisor de pobreza y que fue descrita en la primera parte del trabajo.

Creemos que la interpretación que se debe hacer de esta relación entre el embarazo adolescente y la pobreza debe ser muy cuidadosa. Si bien el embarazo temprano es asociado efectivamente por la estadística con una situación menos ventajosa en términos de rangos inferiores de bienestar material, una parte importante de dicha asociación se debe al origen mismo de la adolescente en términos del nivel socioeconómico de su familia, del contexto familiar en el que creció y de los obstáculos que la sociedad interpone en su crecimiento y desarrollo.¹⁹

Queremos precisar que nuestra interpretación al respecto es que la edad del embarazo

¹⁸ Un ejemplo de cómo el embarazo adolescente se enmarca en cambios culturales y sociales puede ser ilustrado con lo que sucede en sectores populares urbanos, que han incorporado la aspiración de extender la escolaridad de los jóvenes —por lo menos hasta el nivel medio superior— y, por tanto, de posponer el embarazo y la unión hasta después de los 19 ó 20 años. No obstante, debido a que las normas imperantes siguen vinculando el ejercicio de la sexualidad con la reproducción, sin aceptarse como legítimo el ejercicio de la sexualidad anterior a la unión, se obstaculiza la preparación para una sexualidad protegida, lo que lleva a la ocurrencia de una cantidad creciente, aun cuando probablemente no muy significativa, de embarazos no deseados en este grupo de la población. Por lo que en este contexto el significado del embarazo adolescente puede interpretarse como “un evento inesperado que coarta las aspiraciones de ascenso social”, contrariamente a lo que sucede en ámbitos rurales, en los que los cambios sociales son más lentos y las opciones de desarrollo para la mujer continúan siendo la unión y la maternidad tempranas (Cf. Stern, 1995b).

¹⁹ Véase el interesante debate entre Geronimus y Korenman, 1993, por una parte y Hoffman *et al.*, 1993, por otra, sobre la evidencia que existe respecto al tema en el caso de Estados Unidos y cómo una parte importante de la discusión entre ellos se basa en la distinta interpretación que hacen sobre el grado de importancia que tiene el embarazo adolescente como factor limitante del bienestar futuro y, por tanto, de la adecuación o no de las políticas que se siguen respecto al mismo en EU.

en sí no es la causa de la pobreza o de un menor bienestar futuro. Son, por un lado, los orígenes sociales y familiares de los que proviene la joven, determinados por un contexto de desigualdad social que se traduce en desigualdad de oportunidades y que, independientemente del embarazo, están asociados a la pobreza que caracteriza a estas mujeres. Esta desigualdad actúa sobre sus vidas desde antes de su nacimiento y a lo largo de su infancia, y evidentemente, permea el ámbito de su salud reproductiva y de su bienestar social en la edad adulta.

De esta manera vemos cómo se van delineando algunas respuestas a la pregunta ¿problema de quién y para quién?, ¿para los pobres?, ¿para las élites que perciben como amenaza el incremento del número de pobres y de la desigualdad social? Si nos detenemos a reflexionar un poco sobre estas preguntas vemos que efectivamente, el embarazo adolescente puede representar un problema social, pero de otra índole en la que no tiene mucha razón de ser el marco valorativo que se le ha colocado.

Podríamos continuar haciendo un análisis minucioso en un intento por responder a la serie de preguntas planteadas, para lo cual requeríamos un espacio mucho más amplio que el de una ponencia. Creemos que un intento de respuesta a preguntas de esta naturaleza nos lleva implícitamente a una redefinición del “problema”, ya que la construcción que se ha hecho del fenómeno ha tendido a parcializarlo, planteándolo básicamente desde el sector salud como un problema de morbilidad materno-infantil; desde las políticas poblacionales, como un factor importante del crecimiento de la población; desde un enfoque tradicional de la psicología, como una conducta que sale de la norma.

En la redefinición que se propone a partir del nuevo enfoque se plantea de principio que para acceder al estudio del fenómeno éste debe ser relativizado en el tiempo y en el espacio; en

el momento histórico y en el contexto socioespacial en el que ocurre. De esta manera, sugerimos que es necesario insertarlo en los procesos de cambio social, demográfico, cultural, institucional y político, y considerar estos procesos en la investigación que se realice. Incluirlos nos permitiría entender mejor la problemática actual del embarazo adolescente, así como definir desde qué perspectiva y para quiénes constituye un problema, así como la naturaleza de éste.

En resumen, las dimensiones que desde nuestra perspectiva deben ser privilegiadas en este nuevo enfoque son: el contexto histórico y sociodemográfico, considerando dentro de éste el cambio social y cultural, la desigualdad social, el papel de los organismos y de las instituciones tanto nacionales como extranjeras y la transición demográfica; otros actores sociales que están involucrados y que han sido poco estudiados —es el caso de los varones y de los agentes de educación y de salud, por ejemplo—; las creencias, los mitos, las representaciones sobre la sexualidad, la reproducción y la desigualdad en las relaciones de género.

El estudio de estas dimensiones requiere de la incorporación de nuevas aproximaciones metodológicas que respondan a los distintos tipos de análisis que se hacen necesarios; entre ellos vale la pena destacar el carácter microsociedad y subjetivo del fenómeno, sin dejar de lado otros que se han empleado y que siguen siendo necesarios.

EL CONCEPTO DE ADOLESCENCIA DESDE EL NUEVO ENFOQUE

Con este nuevo enfoque se parte de una definición también distinta de lo que es la adolescencia, ya que se plantea que se trata de un concepto histórica y socialmente construido. No en to-

das las épocas ni en los diferentes grupos sociales se ha considerado que existe lo que la clase media urbana de la sociedad occidental considera como adolescencia y supone que es un fenómeno generalizable a cualquier grupo social (Hotvedt, 1990; Bancroft, 1990; Haine, 1992; Irvine, 1993; McLean, 1994).

El concepto moderno surgió en la primera mitad del siglo XIX y según algunos autores está íntimamente vinculado con el cambio que poco a poco fue ocurriendo a partir de la revolución industrial y que a finales del XIX y principios del XX se fue generalizando en las sociedades occidentales, en mucho debido a la universalización de la escolaridad de la población y a la correspondiente delimitación de cierta edad para pasar por la escuela, periodo que se fue prolongando y durante el cual los jóvenes, si bien ya no estaban bajo el dominio exclusivo de la familia y circunscritos al ámbito doméstico, tampoco tenían acceso al ámbito de la vida pública y adulta (Kett, 1993; Nauhardt, s.f.).

Dada la tremenda influencia que ejerce Estados Unidos sobre muchas formas de pensamiento y de cultura de nuestro país, existe la tendencia a tomar como adolescentes a quienes allá denominan *teenagers*, los que se ubican más o menos entre los 13 y 19 años y que en una sociedad como la estadounidense es un grupo de edad en el que las jóvenes y los jóvenes están casi en su totalidad cursando estudios escolares. Se trata del periodo en el que también en dicha sociedad ocurre la transición entre la vida en el hogar de la familia de origen y la vida un poco más independiente, particularmente entre los sectores medios y altos, que han accedido de manera creciente a la educación postsecundaria, al *college*, a partir de la posguerra.

Sin embargo en sociedades distintas, como la mexicana, mucho más heterogénea en términos de las condiciones de vida de distintos

grupos sociales —entre el medio urbano y el medio rural— por ejemplo, pero también y de manera muy marcada por diferencias socioeconómicas y culturales, es evidente que este periodo de la vida, que tiene lugar entre la “niñez” y la “adultez”, presente una enorme variación en diferentes contextos. Lo que ocurre con una joven entre los 13 y los 19 años de edad en una comunidad indígena en el sur del país, en Chiapas, Guerrero o Oaxaca, tiene poco que ver con lo que le ocurre a una o un joven de un sector medio urbano metropolitano, para mencionar dos extremos. También es distinto lo que sucede en regiones histórica y culturalmente distintas —como lo es en la actualidad la frontera norte, mucho más comunicada social y culturalmente con Estados Unidos— y lo que ocurre en el centro y occidente del país, donde predomina la cultura mestiza, muy tradicional, donde los valores religiosos están muy acentuados en algunas zonas y se mantiene una tradición que proviene desde la época colonial y que tiene varios siglos de estar impregnando las normas, valores y creencias, en una palabra, la cultura de dichos grupos de la población.

IMPLICACIONES EPISTEMOLÓGICAS Y METODOLÓGICAS DEL NUEVO ENFOQUE

Esta redefinición del embarazo adolescente, en la que éste concibe como parte de un conjunto de procesos y como un fenómeno eminentemente social y cultural, nos lleva a importantes reconsideraciones de los hallazgos hechos por los enfoques tradicionales, así como a un replanteamiento metodológico para acceder a ámbitos del fenómeno que no han sido explorados.

A partir de la redefinición del problema del embarazo adolescente y de los huecos que permanecen en su estudio, se hacen necesarias nuevas aproximaciones disciplinarias y meto-

dológicas. El hecho de que las disciplinas que tradicionalmente han abordado el estudio del embarazo adolescente estén predominantemente enmarcadas por los enfoques positivistas, ha provocado que el cuidado de la “objetividad científica” haya dejado de lado una parte esencial del fenómeno en cuestión, es decir, su interpretación como un fenómeno social y cultural, pleno de símbolos y significados en torno a la sexualidad, a la maternidad, a la identidad de género, a las relaciones sociales, a las redes de apoyo, etcétera.

Para acceder a una comprensión más amplia que nos permita entender como proceso el embarazo adolescente, creemos que es necesaria una aproximación sin supuestos valorativos y explicativos *a priori* (sin confundirlo con una supuesta neutralidad científica), sino más bien mantener una actitud abierta que dé lugar a que el objeto de estudio “se manifieste”, se construya y reconstruya en el proceso de investigación, con la meta de ofrecer una interpretación específica plausible y por lo tanto relativa del mismo.²⁰

Creemos que un elemento primordial de este nuevo enfoque es su preocupación por concebir al fenómeno como un hecho eminentemente social, es decir, que se construye a partir de la intersubjetividad. Sin dejar de reconocer la importancia de sus implicaciones en la salud y en los procesos demográficos (que no se dejan de lado sino que se incluyen y se reinterpretan en una perspectiva más amplia), se desarrolla además lo que a los individuos corresponde en la construcción subjetiva del fenómeno, en la interpretación que hacen de él y que finalmen-

²⁰ Muchas de las investigaciones abordadas desde el enfoque tradicional parten de la idea de que el embarazo adolescente es un problema para los jóvenes, y en la construcción de sus instrumentos de medición ya está implícito el tipo de datos y de información que desean encontrar, es decir, que se procura confirmar lo que se desea encontrar, buscando, si acaso, especificarlo.

te es lo que determina su acción, poco comprensible en ocasiones para algunos investigadores y agentes de las instituciones de servicio.

Otro elemento relevante en esta redefinición del fenómeno es el hecho de verlo en forma dinámica, es decir como un proceso contextualizado. Ya no hablamos aquí genéricamente de "el embarazo adolescente" como único y universal, sino de sus manifestaciones en un entorno y significado cultural determinados. Con ello se renuncia a las pretensiones de generalización y se opta por buscar la particularidad del fenómeno en los diversos contextos socioculturales y como parte de un proceso social más general.²¹

En este último sentido, es importante llamar la atención sobre la necesidad de ubicar también el problema del embarazo adolescente en el contexto del cambio cultural de larga duración que tiene lugar en nuestras sociedades en relación con un conjunto de creencias y valores muy arraigados sobre la sexualidad, las relaciones intergenéricas e intergeneracionales, la familia, etcétera, que servían como sostén a un orden social en rápido proceso de cambio y para el cual han dejado de ser funcionales.

En dicho contexto, la valoración negativa que conlleva el embarazo adolescente y las fuertes controversias que se producen en torno a la educación sexual y el acceso de los jóvenes a métodos anticonceptivos, tienen mucho que ver con la sanción moral tradicional negativa al ejercicio de la sexualidad premarital, particularmente entre las jóvenes adolescentes, ejercicio que se evidencia mediante el embarazo, el cual transforma un comportamiento privado en un hecho público (Cf. Nathanson, 1991).

²¹ Lo que significa el embarazo adolescente y las implicaciones que tiene para la joven, para su pareja, su familia, la comunidad y la sociedad en general, incluyendo los servicios médicos y asistenciales, es muy distinto en los diversos grupos sociales y contextos socioculturales que componen nuestro mosaico poblacional (véase Stern, 1995b).

Una parte de las limitaciones del enfoque tradicional se relaciona con la orientación básica de las políticas y programas de planificación familiar y de salud reproductiva, que se han enfocado mucho más a la orientación y a la provisión de servicios a la población cuyas relaciones sexuales se encuentran legitimadas por una unión, pero poco, y con escaso éxito hasta ahora, a la orientación y provisión de servicios dirigidos a la población adolescente y específicamente a las jóvenes no unidas.

Lo que más se requiere, por una parte, son políticas y programas orientados a que los grupos cada vez mayores de la población tengan condiciones para posponer la paternidad y la maternidad y, por otra, que la población adolescente y joven —unida y no unida— tenga un acceso creciente a la información sobre los métodos para prevenir embarazos no previstos y partos no deseados.

Ello requeriría de políticas económicas y sociales que coadyuven a disminuir la pobreza y la desigualdad social, a mejorar la posición de la mujer, a extender la escolarización y las oportunidades de los y las jóvenes para conseguir empleo y obtener ingresos, así como de campañas educativas firmes y permanentes, tanto en el ámbito escolar como en el extraescolar, aprovechando para ello el gran potencial que existe en los programas de educación básica, media y superior, en los medios de comunicación de masas y a través de múltiples organizaciones sociales que operan en las comunidades.²³

²² Una parte del texto de este inciso se tomó de una publicación anterior de Stern, 1995a.

²³ El Consejo Nacional de Población ha definido a la población adolescente y joven como un grupo prioritario de atención y ha realizado algunos esfuerzos notables, tanto en la preparación de materiales educativos como, particularmente, en la sensibilización de la población mediante mensajes a través de los medios de comunicación de masas, aunque éstos han sido poco sistemáticos y han carecido de la continuidad necesaria.

Pero una condición para que ello suceda es que se dé un cambio generalizado entre los adultos respecto a su visión y valoración de la sexualidad en la población adolescente. Mientras la sexualidad se niegue o se quiera evitar, los padres, maestros, médicos, y los que formulan políticas y toman decisiones no podrán impedir que se produzcan embarazos no previstos en este grupo de edad.

Por supuesto que se requiere extender y mejorar la atención a la salud de los adolescentes, quienes han estado poco menos que en el limbo en términos de la atención a la salud: ya no son niños o niñas y por lo tanto no acuden al pediatra, pero tampoco son ni deben ser tratados como adultos, por lo que no acuden a los servicios destinados a éstos.²⁴

De hecho debe reconocerse que se están extendiendo y mejorando dichos servicios, así como los de consultoría y acceso a metodologías anticonceptivas para los jóvenes, en parte gracias a la reciente normatividad de planificación familiar aprobada en 1995, pero aún no se ha desarrollado en el país un sistema integral de atención al adolescente.²⁵

²⁴ En nuestro país no hay, o cuando menos no se ha extendido, la especialidad en medicina adolescente (que existe en muchos países, incluyendo varios de la región). Salvo casos muy aislados de médicos pioneros con una alta sensibilidad social que han dedicado grandes esfuerzos a desarrollar, a pequeña escala, sistemas hospitalarios de atención para población adolescente (en el Instituto Nacional de Perinatología, el Instituto Nacional de Pediatría, y algunos otros), así como de algunos organismos no gubernamentales, tales como el Centro de Orientación para Adolescentes (Cora), la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), y algunos otros en ciudades del interior del país, los programas de acción institucionalizada en el campo de la salud reproductiva de los jóvenes han sido muy escasos y recientes.

²⁵ El Sector Salud, particularmente el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde el punto de vista médico, y el Sistema Nacional de Integración Familiar (DNIF) desde un punto de vista social, han iniciado algunos programas de atención a la población adolescente, en especial a la población que acude, ya sea para atención prenatal o por problemas relacionados con el embarazo y el parto, o por problemas familiares, pero no se ha llevado a cabo un programa integral que abarque a las distintas dependencias del sector. La Dirección Familiar de Planificación

Hay mucho que hacer en el campo de la salud, pero las mayores ausencias y las necesidades prioritarias se encuentran, a nuestra manera de ver, fuera del ámbito de dicho sector.

Es necesario que en el ámbito de las políticas de población ocurra un viraje tan radical como el que tuvo lugar en los años setenta y que llevó a modificar de manera tan importante la visión que se tenía sobre el crecimiento de la población, el tamaño de la familia, el uso de métodos anticonceptivos (entre la población autorizada moralmente para usarlas), etcétera y, consecuentemente, a implantar una política de población y a ejercer acciones decididas, continuas y que contaron con un apoyo político manifiesto que contribuyó a disminuir significativamente la fecundidad.

No es suficiente, como algunos piensan, renovar y reforzar las mismas acciones que tanto se impulsaron en sexenios anteriores; se requieren políticas y acciones innovadoras que cuenten con el mismo grado de apoyo y decisión política para llevarse adelante, pero en ámbitos un tanto distintos, entre los cuales la educación debe necesariamente considerarse en el centro y no en la periferia.²⁶

Familiar lanzó recientemente una iniciativa para poner en marcha un Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva del Adolescente, de carácter interinstitucional. Aun si éste se llevara a cabo, tendría entre otras la limitación de dirigirse predominantemente a la población que acude por demanda de atención médica, siendo que la problemática de la sexualidad y la salud reproductiva del adolescente rebasa con mucho dicho ámbito.

²⁶ Desafortunadamente el sector educativo, que posiblemente pudiera tener un mayor impacto en la salud reproductiva de los adolescentes y jóvenes, y a mediano y largo plazos en la población en general, es en el que menos se ha avanzado. Desde hace 20 años se han incorporado contenidos de "educación sexual" (predominantemente información de carácter biológico, psicológico y social sobre los cambios en el desarrollo durante la adolescencia) en los libros de texto gratuitos, pero el sistema educativo se ha resistido a incorporar una verdadera educación para la vida sexual y reproductiva, a pesar de los resultados favorables de diversos experimentos que se han hecho al respecto, y del ejemplo de diversos países de la región —algunos de ellos de menor nivel de desarrollo que México, como Colombia—, que cuentan con programas integrales.

Creemos que cuesta menos la prevención que la curación. Y es en el ámbito de las familias, las escuelas, los medios de comunicación de masas, los centros de esparcimiento, y no en los hospitales o en los consultorios, donde mejor se puede prevenir.

Obviamente que el ideal y lo que habría que proponerse a no demasiado largo plazo es un sistema integral en el que se lleven a cabo acciones concertadas en diversas instancias y, particularmente para el problema que nos ocupa, en los espacios de educación y de salud. La educación sexual en las escuelas debe vincularse directamente con la consejería y los servicios de salud, lo cual ya se ha comenzado a hacer en algunas universidades, pero que es prácticamente inexistente en los centros de educación básica y media.

El problema del embarazo adolescente requiere acciones no sólo en algunos sectores del poder ejecutivo, sino también del legislativo y del judicial. La legislación restrictiva para la terminación de embarazos no deseados, la impunidad del varón en los problemas de salud reproductiva de la mujer, su dominio sobre la sexualidad y reproducción, su abuso sexual y la violencia que ejerce sobre la mujer, la irresponsabilidad e impunidad del varón en las consecuencias de su comportamiento reproductivo sobre la pareja y la descendencia, así como las acciones de los agentes de salud y de planificación familiar y las consecuencias de los métodos que promueven y utilizan en el campo de la salud reproductiva de las mujeres son, todos ellos, obstáculos que han impedido avances en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Gil, J.A., "Educación de la sexualidad en la adolescencia: Métodos y contenidos", en *Antología de la Sexualidad Humana*, vol. 3, México, Conapo, 1994, pp. 765-795.

Aramburú, C. y L. Nuñez (comps.), *Los jóvenes y los programas en salud y sexualidad en América Latina*, Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar, México, Pathfinder International-Population Council, 1993.

Alatorre, J., A. Langer y R. Lozano, "Mujer y Salud", en Alatorre, J., G. Careaga, C. Jusidman *et al.* (coords.), *Las mujeres en la pobreza*, México, El Colegio de México, Gimtrap, 1994, pp. 217-241.

Atkin, L., N. Ehrenfeld, S. Pick de Weiss *et al.*, "Sexualidad y fecundidad adolescente", en Langer, A. y K. Tolbert (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, México, The Population Council, 1996, pp. 39-89.

Aznar R. y R. Lara, "Embarazo en la adolescencia", *Ginecología y obstetricia de México*, vol. XXII, mayo-junio, 1967, pp. 661-664.

Bancroft, J., "The Impact of Sociocultural Influences on Adolescent Development: Further Considerations", en Bancroft, J. y R. Machover (eds.), *Adolescence and puberty*, Nueva York, Oxford University Press, 1990, pp. 207-216.

Bobadilla, J.L., "Los efectos de la edad materna sobre la mortalidad perinatal", en *Los efectos de los patrones de formación familiar sobre la salud perinatal*, INSP, SSA, 1987, pp. 9-11.

Buvinic, M. *et al.*, "La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: un estudio de caso sobre la transmisión de la pobreza en Santiago de Chile", Cepal 8, agosto, 41 p., 1991 (mimeo).

—, "Families of Adolescent Mothers and Intergenerational Poverty in Latin America and the Caribbean", en *Information bulletin*, International Center for Research on Women, agosto, 1992.

Castañeda, X., C. García y A. Langer, "Ethnography of Fertility and Menstruation in Rural México", *Social Science and Medicine*, enero, 1996, pp. 133-140.

Cuminsky, M. y E. Suárez, "Características de la morbimortalidad en el adolescente y el joven", en *Condiciones de salud del niño en las Américas*, Publicación científica de la OPS 381, Washington, D.C., 1979.

Escobedo, E., J. Fletes, V. Velázquez *et al.*, "Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida", en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 52, núm. 7, julio, 1995, pp. 415-419.

Fernández, F., M. Ávila, M. Castro *et al.*, "Problemas perinatales del embarazo en edad precoz", en *Investigación Epidemiológica. Revista de Salud del Distrito Federal*, vol. 3, núm. 3, 1995, pp. 51-54.

—, G. Castro, M. Castro, M. Ávila *et al.*, "Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz", en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 53, núm. 2, 1996, pp. 84-88.

Furstenberg, F., J. Brooks-Gunn y P. Morgan, *Adolescent Mothers in Later Life*, Nueva York, Cambridge University Press, 1987, pp. 131-154.

Geronimus, A., "Teenage Childbearing and Social and Reproductive Disadvantage: the Evolution of Complex Questions and the Demise of Simple Answers", en *Family Relations*, Minneapolis, Minn., National Council on Family Relations, vol. 40, 1991, pp. 463-471.

— y S. Korenman, "The Socioeconomic Cost of Teenage Childbearing: Evidence and Interpretation", en *Demography*, Chicago, Population Association of America, vol. 30, núm. 2, mayo, 1993, pp. 281-290.

—, "Maternal Youth or Family Background? On the Health Disadvantages of Infants with Teenage Mothers", en *American*

Journal of Epidemiology, vol. 137, núm. 2, 1993, pp. 213-225.

Haine, W. Scott., "The Development of Leisure and the Transformation of Working-class Adolescence, Paris 1830-1940", en *Journal of Family History*, vol. 17, núm. 4, 1992, pp. 451-476.

Hoffman, S., M. Foster y F. Furstenberg, "Reevaluating the Cost of Teenage Childbearing: Response to Geronimus and Korenman", en *Demography*, vol. 30, núm. 2, 1993, pp. 91-293.

Hollingsworth, D., J. Kotchen y M. Felia, "Impact of Gynecologic Age on Outcome of Adolescent Pregnancy", en McAnarney, E. (ed.), *Premature Adolescent Pregnancy and Parenthood*, Nueva York, Grune & Stratton, 1983.

Hotvedt, M., "Emerging and Submerging Adolescent Sexuality: Culture and Sexual Orientation", en Bancroft J. y J. Machover (eds.), *Adolescence and Puberty*, Nueva York, Oxford University Press, 1990, pp. 157-172.

Irvine, J., "Cultural Differences and Adolescent Sexualities", en J. Irvine (ed.), *Sexual Cultures and the Construction of Adolescent Identities*, capítulo 1, Filadelfia, Temple University Press, 1993, pp. 3-28.

Kett, J., "Descubrimiento e invención de la adolescencia en la historia", *Journal of Adolescent Health*, vol. 14, 1993, pp. 664-672.

López, G., J. Yunes, J. A. Solís et al., *Salud reproductiva en las Américas*, OMS, OPS, 1992, pp. 96-131.

Llovet, J. y S. Ramos, "Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas", en Cemicamp (ed.), *Ciencias Sociais e Medicina. Atualidades e perspectivas latinoamericanas*, Brasil, 1996.

Makinson, C., "The Health Consequences of Teenage Fertility", en *Family Planning Perspectives*, vol. 17, núm. 3, 1985, pp. 132-139.

McLean Taylor, J., "Adolescent Development: Whose Perspective?", en Janice M. (ed.),

Sexual Cultures and The Construction of Adolescent Identities, Filadelfia, Temple University Press, 1994, pp. 29-50.

Menken, J., "The Health and Demographic Consequences of Teenage Childbearing", en Chilman, C. (ed.), *Adolescent Pregnancy and Childbearing*, Washington, U.S., Government Printing Office, NHI publication núm. 81-2077, 1980.

Nathanson, C., *Dangerous Passage. The Social Control of Sexuality in Women's Adolescence*, Filadelfia, Temple University Press, 1991, 286 pp.

Nauhardt, Marcos, "La construcción social del concepto de adolescente. El discurso de algunos procesos de investigación demográfica", México, (s.f.) 41 pp. (mimeo).

—, "El péndulo social en la construcción social de la adolescencia", México, (s.f.) 31 pp. (mimeo).

Pérez, J. y A. Torres, "Repercusiones del embarazo en la salud perinatal de la adolescente", en *La psicología en el ámbito perinatal*, México, Inper, 1988, pp. 380-397.

Pick de Weiss, S., L. Atkin y S. Karchmer, "¿Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general?", en Atkin L. et al. (coords.), *La psicología en el ámbito perinatal*, México, Instituto Nacional de Perinatología, 1988.

Population Reference Bureau, *La actividad sexual y la maternidad entre los adolescentes en América Latina y El Caribe: Riesgos y Consecuencias*, Washington D.C., PRB, 1992.

Rábago, A. et al., "Salud reproductiva en adolescentes", en Alarcón F. (ed.), *Prioridades en salud reproductiva*, México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1993, pp. 62-97.

Rodríguez, G., A. Amuchástegui y M. Rivas et al., "Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del sida", en Bronfman, M. et al. (eds.), *Sida en México. Migración, adolescencia y género*, México, 1995, pp. 91-200.

Ruiz, V. y Z. Peraza, "Gestación en la adolescente", en *Ginecología y obstetricia de México*, vol. 29, 1974, pp. 117-120.

Silber, T., A. Giurvich, M. Munist, "El embarazo la adolescencia", en *La salud del adolescente y el joven*, Publicación Científica, núm. 552, OPS, 1995, pp. 252-261.

Stern, C., "Prioridades de investigación para la prevención del embarazo adolescente en México: un punto de vista heterodoxo", en *Salud reproductiva y sociedad*, año 1, núm. 2, México, 1994, pp. 3-5.

—, "La protección de la salud reproductiva de nuestros jóvenes requiere de políticas innovadoras y decididas", en *Carta sobre población. Temas selectos*, vol. 1, núm. 3, México, 1995a, pp.1-6.

—, "Significado e implicaciones para distintos sectores sociales", en *Demos. Carta demográfica sobre México*, núm. 8, México, 1995b, pp. 11-12.

—, "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica", en *Salud Pública de México*, 1996 (aceptada para publicación en abril de 1997).

Toro R., "Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación de Apgar con la población general", en *Ginecología y obstetricia de México*, vol. 6, 1992, pp. 291-295.

Welti, C., "La fecundidad de las mujeres mexicanas. Problema cultural y de salud", en *Demos. Carta demográfica sobre México*, núm. 2, México, 1989, p. 10.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
<i>Enfoques tradicionales en el campo del embarazo adolescente</i>	2
La definición del problema	2
Algunos supuestos de los enfoques predominantes	5
La investigación realizada desde estos enfoques	6
<i>Un enfoque emergente</i>	9
Hacia una redefinición del problema	9
El concepto de adolescencia desde el nuevo enfoque	12
Implicaciones epistemológicas y metodológicas del nuevo enfoque	13
Implicaciones para las políticas y programas	14
<i>Bibliografía</i>	17

REFLEXIONES 13

se terminó de imprimir en septiembre de 1999
en El Colegio de México, Camino al Ajusco 20,
Col. Pedregal de Santa Teresa, 10740 México, D. F.
Se imprimieron 1000 ejemplares más sobrantes para reposición.
Tipografía y formación a cargo de Ana María Hernández.
Cuidó la edición el Departamento de Publicaciones
de El Colegio de México.



PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIÓ DE MÉXICO

