LA FECUNDIDAD *adolescente* en Sonora

Edouard Manet

Por: Carlos Welti Chanes

Son *Obras* para ti...
SONORA
para todos.

GOBIERNO DEL ESTADO DE
SONORA
...Gobierna con Todos.

LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN SONORA

por
CARLOS WELTI CHANES*

* Investigador Titular del
Instituto de Investigaciones Sociales
de la UNAM.

LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN SONORA.

ÍNDICE

1. Introducción

2. Estudio de la fecundidad adolescente en México

3. Fuentes de información para el estudio de la fecundidad adolescente.
3.1 Estadísticas de nacimientos.
3.2 Encuestas demográficas especializadas.

4. Algunos temas relevantes asociados a la investigación de la fecundidad adolescente.
4.1 Embarazo no deseado.
4.2 El embarazo adolescente y sus resultados.
4.3 Transmisión generacional de la pobreza.

5. La evolución de la fecundidad en México.
5.1 La fecundidad en Sonora.
5.2 El inicio de la historia genésica y la fecundidad acumulada.

6. La fecundidad adolescente en las estadísticas de nacimientos
6.1 Las características de las madres adolescentes en las estadísticas de nacimientos.

7.- La incidencia de los embarazos
7.1 El inicio de la historia génesica. La edad al primer hijo.
7.2 El inicio de la historia génesica según características socioeconómicas.

8. Uso de anticonceptivos.
8.1 Edad de inicio de anticoncepción

9. Fecundidad adolescente y uso de anticonceptivos.

10. El inicio de la unión conyugal.
10.1 El inicio de la unión conyugal según nivel de escolaridad.
11. Embarazo adolescente y estado conyugal.
11.1 Fecundidad y estado conyugal
11.2 Fecundidad adolescente e intervalo protogenésico.
11.3 Embarazo en la adolescencia y resultado del embarazo.

12. Conclusiones y recomendaciones.

1. Introducción

Se describe a continuación el marco general de interpretación en el cual se inserta la investigación sobre la fecundidad adolescente en Sonora, se hace referencia a algunas de las problemáticas que hacen relevante el estudio del embarazo temprano y se mencionan las estrategias de análisis y las fuentes de información usadas en este estudio.

Debe mencionarse que éste ha constituido un proyecto de investigación que explota las fuentes de información bajo dos perspectivas: un uso exhaustivo de las estadísticas de nacimientos y un análisis de la información más reciente que incluye la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997.

Una serie de procesos sociales que afectan directamente a los adolescentes caracterizan el presente y el pasado reciente. Cada uno de los procesos que se mencionan a continuación constituye en sí mismos una paradoja:

A) La "revolución sexual" y el uso generalizado de los anticonceptivos modernos. La primera que incrementa el riesgo de enfrentar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, mientras que los anticonceptivos reducen en gran proporción estos riesgos.

   La percepción más generalizada es que las relaciones sexuales se inician a edades cada vez más tempranas, sin embargo, los datos disponibles no permiten confirmar esta apreciación, cuando menos no hay una tendencia clara al respecto.

   Por otra parte, las actitudes de las generaciones de mujeres más jóvenes parecen cada vez más conservadoras respecto a las relaciones sexuales prematrimoniales.

B) La esperanza de vida se incrementa en años recientes, pero al mismo tiempo se incrementan de manera significativa los accidentes y la violencia entre los adolescentes, de tal manera que éstas se van convirtiendo en causas de muerte cada vez más y más importantes entre esta población.

C) La incorporación de los jóvenes a mayores niveles de educación, al mismo tiempo que se incrementa el desempleo de este sector de la población, con lo que paradójicamente en la sociedad mexicana las universidades producen desempleados con mayores niveles de educación.

D) En el caso de la salud, en las últimas décadas se produce el abatimiento de enfermedades que afectan especialmente a la niñez como son las enfermedades infecciosas, pero al mismo tiempo surgen enfermedades como el SIDA que afectan a los adolescentes y en general a la población joven. En otras palabras, quienes lograron sobrevivir en la infancia enfrentan en la adolescencia nuevos peligros para su salud.

E) En términos políticos, se produce una transición a la democracia; al mismo tiempo que se observa una reducida o nula participación de los jóvenes en los partidos políticos. Es decir, la apatía caracteriza políticamente a los adolescentes de hoy.

La población a la que se hace referencia en este texto es la población femenina de 15 a 19 años de edad. Sin embargo, en la actualidad puede suponerse que la adolescencia se inicia a una edad más temprana y se prolonga más allá de los 20 años. Por lo tanto, aunque en este caso el interés central es la población de 15 a 19 años, los efectos de esta problemática deben tomar en cuenta a la población de otros grupos de edad.

Por cierto, la ampliación del rango de edad considerado no es sólo una cuestión estadística, tiene su origen en las condiciones de vida de la población de este país, condiciones de vida que modifican lo que podemos denominar el tiempo social de la existencia y que en algunos grupos sociales prolongan la adolescencia después de los 20 años o en otro sentido, adelantan su inicio.

Es posible afirmar que la estructura de oportunidades que tienen los individuos parece eliminar especialmente entre la población en condiciones de pobreza la etapa de la vida que en el mundo moderno se denomina adolescencia.

Incluso, para estudiar a la adolescencia vale la pena preguntarse si este período en la vida de los individuos es relevante para toda la población, es decir, si la adolescencia existe entre grupos sociales entre los cuales la gente inicia muy joven su unión conyugal o asume el papel de jefe de familia desde la pubertad. En otras palabras, es posible suponer que para algunos grupos sociales, el individuo pasa directamente de la niñez a la edad adulta.

En años recientes es cada vez mayor la atención que se presta al comportamiento de la población adolescente y se asume que los orígenes

sociales de esta situación se encuentran en tres procesos interrelacionados: secularización, industrialización y modernización.

La población adolescente al final del siglo XX está formada por la generación que nació en la primera mitad de los años 80. Por lo tanto, es posible suponer que su comportamiento en la edad adulta y sus condiciones de vida en el próximo siglo estarán marcados por los acontecimientos que esta generación ha vivido a partir de aquellos años.

A nivel mundial y en términos políticos, los hechos más relevantes que marcaron a la juventud en las dos últimas décadas han estado relacionados con el fin de la guerra fría, la caída del muro de Berlín y la desintegración de la Unión Soviética, lo que para algunos autores significó el fin de las ideologías (Fukuyama, 1992). En América Latina estos hechos representaron para la juventud la perdida de un modelo de sociedad que en las décadas anteriores marcó su comportamiento. Este modelo, para una gran proporción los adolescentes era el mundo socialista y el ejemplo más cercano fue Cuba.

Esto se reflejó por ejemplo, por la moda en el vestir, caracterizada por el uso de ropa que antes sólo usaban los obreros o los indígenas y por sus acciones políticas para transformar las estructuras sociales. El modelo de los jóvenes de los años 60 era la revolución cubana y el "Che Guevara". Un claro ejemplo de movimientos políticos del pasado reciente encabezados por jóvenes lo constituyen las acciones del año 1968 en México, después de lo cual, y en las siguientes dos décadas en muy pocos movimientos políticos participa este grupo de la población.

Es hasta los años recientes que los jóvenes vuelven a participar en acciones políticas y estas acciones están encabezadas por estudiantes de las universidades públicas de este país.

A nivel nacional, en las dos últimas décadas del siglo XX la economía de México vive la crisis más significativa de la historia moderna. Esta crisis económica parece ser un estado permanente de la sociedad de tal manera que, a diferencia de sus padres, los jóvenes de hoy han vivido durante toda su vida en crisis.

En el período reciente México se ha convertido en una sociedad urbana en la que la población tiene acceso prácticamente universal a la información a través de los medios de difusión como son la radio y la televisión, estos

medios conectan a los pequeños pueblos con el mundo y los adolescentes de estos lugares se enteran de hechos relevantes en cualquier país, el mismo día que sucede; observan por televisión la transmisión en vivo de las guerras y muchos de ellos copian los estilos de vestir de los cantantes de moda en otro continente o aprenden las canciones en otros idiomas aunque no las entiendan.

La más reciente revolución en las comunicaciones: el e-mail, es ahora un medio de comunicación común entre los adolescentes urbanos de clase media y alta. Si entre las generaciones anteriores (la de los padres de los adolescentes de hoy) la primera pregunta que un chico le hacia a una chica para iniciar una relación era ¿estudias o trabajas?, entre la generación de los adolescentes de hoy la pregunta obligada es: ¿tienes un e-mail?.

Es en este contexto en el que se construyen las actitudes y prácticas de las adolescentes urbanas relacionadas con su comportamiento sexual y reproductivo.

En el caso de las adolescentes residentes en localidades rurales es posible suponer que también las transformaciones sociales observadas en las grandes ciudades, tiene un profundo impacto sobre sus comportamientos, pero es evidente además que las condiciones sociales de esta población se transforman a través del incremento en sus niveles de escolaridad y en la participación en la actividad económica remunerada en sectores distintos a aquellos relacionados con el sector agropecuario.

Por otra parte, el conocimiento de las actitudes de los padres, la familia y en general los adultos es esencial para comprender a los adolescentes. El mundo de los adolescentes ha sido construido por los adultos y el comportamiento de los jóvenes se comprende mejor a partir de las actitudes y prácticas de los adultos.

Los adolescentes viven bajo la influencia de un mundo que actúa sobre ellos a través de cuatro diferentes canales: la familia, la escuela, los medios de comunicación y sus padres. Como es evidente tres de los canales mencionados están dominados por adultos.

Podemos suponer que el interés por estudiar a los adolescentes se deriva de dos situaciones específicas: a) en términos demográficos, su continuo crecimiento tanto en términos absolutos como relativos; este crecimiento es producto del descenso de la fecundidad y el incremento de la esperanza de

vida que hace más notoria esta etapa de la vida como fase intermedia entre la infancia y la edad adulta y b) el incremento del desempleo entre este grupo de la población. La disminución en la participación relativa de los jóvenes en la actividad económica y el incremento del desempleo, hacen que la adolescencia se haga cada vez más evidente a final del siglo XX, pues ésta no parece existir en las sociedades en donde desde muy temprano los jóvenes se incorporan a la fuerza de trabajo.

La adolescencia se identifica con la creación de un proyecto de vida y por tanto con la existencia de expectativas en el futuro, sin embargo, en México, para una proporción cada vez más importante de adolescentes la dificultad de tener acceso a la educación superior y la falta de oportunidades de empleo, dificulta la creación de este proyecto de vida y explica el comportamiento de los jóvenes asociado a la frustración.

No es exagerado afirmar que la población joven es una generación sin esperanzas en el futuro y por tanto los adolescentes desean vivir intensamente el presente.

Ya que no es posible considerar la situación nacional como un todo homogéneo, ya que algunas regiones del país muestran situaciones que las distinguen de las demás en términos de lenguaje, proporción de población indígena, nivel de desarrollo económico, etc., vale la pena analizar la situación de las adolescentes en contextos estatales específicos.

En el marco descrito y desde el punto de vista sociodemográfico, para explicar el descubrimiento de la adolescencia o su "invención" y por tanto el interés por estudiarla, hay que subrayar entre todos los procesos sociales la ampliación de la esperanza de vida, que hace que una etapa de la existencia de un individuo, que constituye el paso de la infancia a la edad adulta sea un período cada vez más amplio y que incorpora demandas específicas y comportamientos socialmente definidos para la población.

Sin embargo, como ya se mencionó, la connotación social del tiempo claramente diferencial entre los grupos, hace que para algunos la vida transcurra de la infancia a la edad adulta sin una etapa intermedia, es decir, sin vivir la adolescencia.

2. Estudio de la fecundidad adolescente en México

El fenómeno sociodemográfico de la fecundidad adolescente debe ser presentado en sus dos dimensiones: a) por su efecto sobre las condiciones de vida de las madres adolescentes y b) en relación con el crecimiento de la población y con otros fenómenos demográficos y, especialmente con las condiciones de vida, en el ámbito de los grupos sociales.

Sobre el crecimiento de la población, el inicio temprano de la maternidad tiene una clara relación con el promedio total de hijos a nivel individual y sobre la tasa global de fecundidad y la tasa bruta de natalidad a nivel general, lo que es especialmente significativo en una etapa en la cual ante la disminución de la fecundidad en México, el aporte que hacen las mujeres adolescentes a la fecundidad total, es cada vez más importante.

Los efectos que tiene el inicio de la maternidad durante la adolescencia sobre la fecundidad total por edad son tales, que las diferencias entre mujeres que fueron madres por primera vez antes de los 20 años y las que lo fueron después de esta edad representan dos hijos antes de los 35 años y tres hijos al final del período reproductivo.

Los efectos de la fecundidad adolescente sobre la mortalidad materna y la mortalidad infantil, son también significativos ya que en los extremos del período reproductivo, los riesgos de muerte de las madres y los hijos son mayores en relación con los que se presentan en otras edades.

La adolescencia comprende un período de transición de la niñez a la edad adulta durante la segunda década de la vida de un individuo, esta etapa es definitiva en el desarrollo de un individuo.

En México, hasta los diez años, la gran mayoría de los niños asisten todavía a la escuela, y en los años que siguen, su futuro toma generalmente dos caminos: el trabajo o la escuela. Si cualquiera de estas dos opciones resultan productivas es decir, le son útiles para su desarrollo, le significarán aprovechar oportunidades de crecimiento personal que de otra manera tendrán que ser substituidas por roles que les permitan adquirir un status en la sociedad a través del cual se les reconozca.

Es en este escenario en donde las relaciones sexuales pueden cancelar el recorrido por los dos caminos mencionados al dar lugar a un embarazo no

deseado o convertirse en la única opción que tiene la mujer para ser reconocida socialmente.

Se considera el embarazo adolescente como un problema y suponer que "el embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada" (Silber et al, 1995) es relativizar en el extremo los orígenes y consecuencias de las conductas demográficas. Esta posición sería tanto como aceptar, que la mortalidad infantil entre los grupos sociales, es un problema para las clases altas pero no para los pobres, porque éstos de todas maneras van a tener una existencia tan llena de limitaciones que no vale la pena vivir.

En cualquier contexto, el embarazo precoz, limita las posibilidades de desarrollo de la mujer, o cuando menos le asigna una carga de responsabilidades mayor y refuerza su carácter dependiente en la medida en que el ejercicio de la maternidad le impide cumplir otros roles individuales.

3. Fuentes de información para el estudio de la fecundidad adolescente.

En este proyecto de investigación se han explotado las fuentes de información disponibles para estudiar este problema con la intención de cumplir con el objetivo relacionado estrictamente con la investigación del embarazo adolescente y sus condicionantes y con la idea de mostrar las potencialidades que ofrecen además de las encuestas especializadas los registros vitales para el análisis de esta problemática.

3.1 Estadísticas de nacimientos.

En el caso de las estadísticas de nacimientos o estadísticas vitales, se cuenta con información sobre características socioeconómicas de los padres, lo que a través de la información de la madre permite un análisis de la fecundidad diferencial según nivel de escolaridad y localidad de residencia, por ejemplo.
A pesar de las limitaciones propias de la calidad de la información, en este caso representado por el subregistro o el registro tardío de los nacimientos, es posible tener una idea de las dimensiones de la fecundidad adolescente a través de esta fuente.

Un aspecto especialmente importante es el análisis de la atención durante el parto, en la medida en que si bien se ha documentado una mayor mortalidad neonatal y postneonatal en el caso de nacimientos de madres adolescentes, es

posible explorar su posible relación con la atención durante el parto. Evidentemente, un análisis explicativo requeriría una aproximación de tipo longitudinal para estimar tasas de mortalidad infantil según edad de la madre, análisis que no es posible hacer con las estadísticas de nacimientos, sin embargo, esta información ofrece una idea aproximada de las condiciones diferenciales de atención durante el parto según la edad de la madre.

Los registros de nacimientos permiten además realizar un análisis de la fecundidad adolescente con un nivel de desagregación, que no es posible lograr con otras fuentes de información y en esta investigación se han analizado los nacimientos de madres menores de 20 años por municipio.

3.2 Encuestas demográficas especializadas.

En años recientes se ha desarrollado una serie de encuestas especializadas con el propósito específico de estimar la fecundidad y sus factores asociados, especialmente el uso de anticonceptivos. En algunos casos, la totalidad del cuestionario está dedicado a indagar sobre este tema, en otros casos como son las Encuestas de la Dinámica Demográfica (ENADID's) se incluyen diversos temas y uno de ellos permite reconstruir con detalle la historia reproductiva de las mujeres entre 15 y 49 años de edad y asociarla a factores explicativos como la nupcialidad o el uso de anticonceptivos.

Se han generado los archivos en SPSS para el análisis de la fecundidad adolescente y se cuenta para el estado de Sonora con una muestra representativa que permite un análisis multivariado de la fecundidad de las jóvenes menores de 20 años.

4. Algunos temas relevantes asociados a la investigación de la fecundidad adolescente.

Se mencionan a continuación algunas problemáticas que merecen ser investigadas como parte de esta problemática más general de la fecundidad adolescente. Algunas de ellas son tratadas en los capítulos que siguen y otras más se dejan anotadas para futuras investigaciones.

4.1 Embarazo no deseado.

Existen algunas evidencias de que los niños que nacen de embarazos no deseados son propensos a mayores problemas psicológicos y de salud. Scrimashaw (1978), a partir de los resultados de la investigación

antropológica se estima que los progenitores de niños no deseados muestran actitudes negativas hacia estos niños y una menor capacidad de atenderlos debidamente. Así se puede suponer que una falta de cuidados ya sea consciente o inconscientemente hace que el niño crezca en un ambiente de limitaciones afectivas, limitaciones materiales e incluso tensiones intrafamiliares que afectan su desarrollo.

4.2 El embarazo adolescente y sus resultados.

Desde el punto de vista biológico, el embarazo puede concluir en el nacimiento de un nuevo ser, un mortinato o un aborto, resultado de la interrupción voluntaria o involuntaria del proceso de gestación. Desde una perspectiva sociodemográfica es importante además de este resultado final del embarazo, que sin duda está relacionado con las características de la mujer embarazada y de su entorno, la decisión que toma la joven embarazada respecto a la interrupción de este embarazo y las consecuencias que este traiga para iniciar una relación conyugal como forma de legitimar el nacimiento de un hijo.

Se recurre al aborto voluntario cuando las mujeres tienen relaciones sexuales, no desean tener hijos y a pesar de esto, no emplean métodos anticonceptivos o éstos fallan. Por esta razón es relevante analizar el patrón de uso de anticonceptivos entre las adolescentes, porque está íntimamente ligado con el embarazo entre esta población.

Debe mencionarse que resulta difícil estudiar la incidencia de la interrupción deliberada del embarazo en virtud de ser ésta una acción penalizada por las leyes nacionales, por lo tanto, en la mayoría de las ocasiones deben hacerse estimaciones indirectas.

Al analizar en diversos países el descenso de la fecundidad en relación con el aborto, se han encontrado tres patrones de incidencia relacionados con el uso de anticonceptivos y la evolución de la fecundidad. (Roger, 1988). Las tasas de aborto pueden incrementarse en las primeras etapas de esta transición de la fecundidad, cuando las mujeres empiezan a controlar su descendencia y aumenta el uso de anticonceptivos, esto como resultado de un manejo poco eficiente de los métodos de regulación de la fecundidad al constituir una innovación que debe ser asimilada paulatinamente por la población usuaria.

Un segundo patrón se ha observado en muchos países de Europa Occidental y Japón, pues el paso de la alta a la baja fecundidad, combinado con la adopción

de métodos anticonceptivos eficaces, trajo consigo una disminución del aborto.

El tercer patrón es característico de las naciones donde la fecundidad es baja, el uso de anticonceptivos eficaces está muy difundido, el aborto es legal y accesible y su uso parece ser poco frecuente.

El aborto está penalizado en México y sólo en circunstancias muy especiales puede realizarse, por la tanto, una mujer que desea interrumpir un embarazo, tiene que recurrir a prácticas no permitidas por las leyes y si carece de recursos económicos, será ejecutado por personal que no se encuentra capacitado para practicarlo. De esta manera, los abortos que se provoca la misma mujer embarazada o que le practican otras personas en condiciones asépticas, elevan el riesgo de infecciones, perforaciones del útero, embolias, hemorragias y en el extremo, la muerte de la madre por complicaciones del aborto.

Aunque el patrón de incidencia del aborto es claramente diferencial por edad, e incluso puede decirse que hasta cierta edad se incrementa con ésta y no es precisamente la población adolescente la que presente la mayor incidencia, su problemática debe ser vista asociada en una proporción importante con acciones en las que el inicio de relaciones sexuales se produce sin la protección adecuada para evitar un embarazo.

Por lo tanto, al estudiar la fecundidad adolescente, se hace evidente ampliar la oferta social de anticonceptivos como una forma de evitar los embarazos no deseados que pueden dar lugar tanto a hijos no deseados como a abortos.

4.3 Transmisión generacional de la pobreza.

Una de las características más sobresalientes de los hogares de los que forman parte los niños en pobreza extrema, es la educación de la madre que al ser relacionada con su edad nos introduce a una problemática estudiada intensivamente por la demografía como es la fecundidad adolescente.

En otras palabras, un inicio temprano de la historia genésica y una elevada fecundidad estarían relacionados con las condiciones de pobreza de los hogares en que crecen proporciones importantes de niños.

La joven que se embaraza o bien, lo hace porque en su futuro la única posibilidad de darle sentido a su existencia es la maternidad o su necesidad de

afecto, la lleva a establecer relaciones que concluyen con un embarazo no deseado y en cualquier caso el nacimiento de un hijo limita sus posibilidades de desarrollo personal.

Esta situación tiene profundas implicaciones intergeneracionales relacionadas con la legitimación social del producto de su embarazo, ya sea que la madre permanezca soltera o que inicie una unión conyugal, porque en el primer caso tiene que asumir ella sola la responsabilidad del desarrollo del hijo y en el segundo caso el matrimonio temprano enfrenta una gran inestabilidad que antes de concluir en un rompimiento conyugal, genera situaciones de violencia.

Es posible estimar que una proporción importante de los niños que carecen de hogar, es producto de un embarazo no deseado y que esta proporción es aún mayor en el caso de embarazos de adolescentes que carecieron de los medios para interrumpirlo.

Este es un aspecto que sociodemográficamente merece la mayor atención porque aunque la disminución de la fecundidad ha sido un proceso acelerado, el aporte de las mujeres menores de 20 años a la fecundidad total es cada vez mayor y es posible suponer que se incremente (en términos relativos) en el corto plazo.

En la actualidad más de cuatrocientos mil nacimientos en el país provienen de madres menores de 20 años con diferencias importantes entre grupos sociales. Por lo tanto, sólo por estos números parece evidente que junto con una educación que asegure una práctica de la sexualidad sana, debe ofrecerse a los jóvenes la posibilidad de vivir esta etapa de su vida sin que vean limitado su desarrollo por un embarazo no deseado.

Por otra parte, algunas acciones concretas pueden ser propuestas para su implementación en el corto plazo, entre ellas, reconocer a la maternidad y la paternidad como una actividad para la cual hay que prepararse y por lo tanto incluir en el curriculum de la educación básica programas para asumir este papel.

Ofrecer opciones para que las mujeres puedan iniciar su historia genésica sin que esto necesariamente este acompañado de las complicaciones asociadas al embarazo adolescente es sin duda adecuado, pero, resultaría más adecuado en el corto y en el largo plazo para la sociedad ofrecer opciones al desarrollo

personal de las adolescentes que hagan que no sea sólo la maternidad la acción más a su alcance para lograr su realización individual.

5. La evolución de la fecundidad en México.

Los datos de las diversas encuestas nacionales de fecundidad o sociodemográficas en su sentido más amplio, han servido para llamar la atención sobre la importancia de la fecundidad de la población menor de 20 años de edad en relación con la fecundidad total.

Hoy, la información más reciente, derivada de las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica (ENADIDs), muestra con mayor claridad que en una etapa de baja acelerada de la fecundidad en México, la fecundidad adolescente constituye un componente cada vez más significativo del patrón reproductivo relacionado tanto con el nivel de la fecundidad total como con las diferencias entre grupos sociales, con implicaciones más allá de lo estrictamente demográfico.

Cuadro No. 1

México. Tasas específicas de fecundidad por edad y periodos quinquenales total nacional.

(Tasas por mil mujeres)

Grupos de edad	Quinquenios					
	1997-1993	1992-1988	1987-1983	1982-1978	1977-1973	1972-1967
15-19	78	87	98	115	128	121
20-24	152	188	207	226	275	274
25-29	147	173	195	228	278	342
30-34	103	125	147	181	275	-
35-39	56	74	100	69	-	-
40-44	20	32	-	-	-	-
45-49	7	-	-	-	-	-
TGF	2.81	3.43	3.93			

Fuente: Cálculos a partir de la información de la historia de embarazos de la ENADID 1997

Como puede observarse en el cuadro no. 1, en los 20 años que van de 1975 a 1995, en México, la fecundidad general ha disminuido alrededor de un 50 por ciento, mientras que la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años disminuyó tan sólo un 39 por ciento en el mismo período, lo que ha hecho que la

participación de este grupo de mujeres en la fecundidad total se haya incrementado.

En la década1987-1997 la fecundidad para el total de mujeres y la fecundidad adolescente continúan disminuyendo y en este último caso el ritmo de descenso es mayor en los quinquenios recientes.

Es además evidente que entre 1972 y 1982 la tasa de fecundidad de 15 a 19 años permanece prácticamente estable (con valores de 121 y 115 nacimientos por mil mujeres, respectivamente).

En números absolutos, los nacimientos de madres adolescentes constituyen el 16 por ciento del total nacional, lo que significa que, como ya se mencionó, alrededor de 400,000 nacimientos anuales son concebidos por mujeres jóvenes menores de 20 años.

Sin embargo, vale la pena reiterar que no son estos números los que llevan a prestar especial atención a la fecundidad de este grupo de la población, sino las implicaciones que el inicio temprano de la maternidad tiene para las mujeres y especialmente para aquellas que se encuentran en condiciones sociales desventajosas.

Es posible observar claras relaciones entre una historia genésica que comienza en la adolescencia y el resultado del primer embarazo, el inicio de la unión conyugal y la fecundidad total.

El embarazo adolescente constituye para una mujer en condiciones sociales desventajosas una carga adicional que limita su desarrollo personal. Por ejemplo, se ha discutido ampliamente si el embarazo entre las jóvenes estudiantes las sustrae en forma definitiva de la escuela, o son las mujeres que se embarazan en la adolescencia aquellas que de cualquier manera están limitadas para continuar estudiando por falta de recursos.

Cuando se investigan con encuestas especializadas las razones por las cuales una mujer ya no continuó en la escuela, el embarazo no aparece como una razón significativa, sin embargo el matrimonio sí lo es y esta razón es sólo superada por la carencia de recursos.

Un análisis detallado muestra que en una proporción importante el matrimonio en la adolescencia sirvió para legitimar el nacimiento producto de un

embarazo prenupcial y es entonces el embarazo la causa original por la cual una proporción importante de adolescentes no siguió estudiando.

A nivel nacional, el 37 por ciento de las mujeres en edades reproductivas mayores de 20 años ha tenido a su primer hijo en la adolescencia. Los porcentajes son ligeramente menores para las mujeres de las generaciones más jóvenes y según nivel de escolaridad, se observan grandes diferencias en el porcentaje de mujeres que iniciaron su historia genésica en la adolescencia: El 60 por ciento de las mujeres que no asistieron a la escuela han sido madres antes de los 20 años mientras que entre las mujeres con preparatoria esta cifra se reduce al 10 por ciento.

Estos datos explican la tendencia hacia una ligera disminución de la fecundidad adolescente, que se origina en una proporción importante en los cambios en la composición socioeconómica de las generaciones más recientes entre las que sobresale un aumento en su nivel de escolaridad.

No obstante, un hecho que debe destacarse, es que el análisis por generaciones y nivel de escolaridad muestra, un incremento de la fecundidad adolescente entre las mujeres nacidas después de 1962, en comparación con mujeres nacidas en años anteriores en todos los grupos de escolaridad con excepción de las mujeres con preparatoria.

Se ha tratado de explicar el mantenimiento de los niveles de la fecundidad adolescente en los años recientes, como resultado de una actividad sexual cada vez más temprana sin la protección para evitar un embarazo, aunque los datos sugieren que esto puede ser cierto en el caso de las adolescentes con mayor nivel educativo, entre las cuales un embarazo puede considerarse "un accidente", en el caso de las jóvenes que se encuentran en condiciones económicas desventajosas, el embarazo en la adolescencia es el inicio de una intensa historia genésica que se manifiesta en un promedio significativo de hijos antes de los 20 años. Así, las mujeres que no asistieron a la escuela y tuvieron a su primer hijo durante la adolescencia, tienen ya en promedio dos hijos a los 19 años. En otras palabras, esta información pone en duda que la simple difusión de información sobre métodos anticonceptivos que lleve a incrementar su uso, sea suficiente para reducir significativamente entre estas mujeres el embarazo adolescente, ya que la maternidad es una meta a la que se tiene que acceder desde muy joven.
Por otra parte, al relacionar el nacimiento del primer hijo y el inicio de la unión conyugal, se observa que sólo el 10 por ciento de los nacimientos se producen fuera de la unión conyugal ya sea que la mujer permanezca soltera o

que se una después de tener al hijo. Estos porcentajes están muy por abajo de los que se producen entre primeros nacimientos provenientes de mujeres adultas.

En el caso de las adolescentes en unión conyugal, en un período de hasta siete meses posteriores al inicio de la unión se produce el 12 por ciento de los primeros nacimientos en cuyo caso es posible suponer que se legitima el nacimiento del bebé a través de la unión o que el embarazo precipita el inicio de la unión.

La legitimación de los nacimientos por la vía de la unión conyugal adquiere un perfil claramente diferencial según nivel de escolaridad. Las adolescentes con menor nivel educativo son las que en mayor proporción se unen después del nacimiento del primer hijo. Por otra parte, conforme se incrementa el nivel de escolaridad, los porcentajes de nacimientos en los siete primeros meses de unión también lo hacen, lo que sugiere que entre determinados sectores de la población, que no son precisamente los sectores marginales, una vez que la joven se embaraza se busca hacer aparecer al nacimiento como producto de una concepción en el seno de una pareja conyugal, mientras que entre las mujeres que no asistieron a la escuela, esto parece tener menor importancia.

Este efecto demográfico que impacta el crecimiento de la población parece constituir la principal razón para prestar atención a la fecundidad adolescente y tratar de reducir su incidencia ampliando la información y el acceso a los métodos anticonceptivos.

Es en este contexto en el que se hace relevante la investigación del embarazo y la fecundidad adolescente en el estado de Sonora.

En el caso del estado de Sonora, las cifras más recientes permiten estimar alrededor de 230 mil el número de jóvenes entre 15 y 19 años, de éstos más de la mitad son mujeres, lo que muestra un índice de masculinidad por abajo del valor nacional.

Las adolescentes en este estado son en su gran mayoría solteras, el 12.5 por ciento viven con su pareja conyugal en unión libre y sólo el 6.2 por ciento está unida en matrimonio.
Con respecto a sus características socio-económicas, menos del uno por ciento no asistió a la escuela, la mitad de este grupo de población tiene educación secundaria y el 36 por ciento al menos preparatoria. Por lo tanto, se puede

considerar que las jóvenes sonorenses cuentan con una educación escolarizada de alto nivel, que muestra claramente la forma en que las mujeres se incorporan cada vez en mayor medida a la educación superior.

Sólo el 3.3 por ciento de las adolescentes declara hablar una lengua indígena. Nueve de cada diez se declaran católicas y el diez por ciento restante es en su mayoría de religión protestante o evangélica.

Respecto a su comportamiento reproductivo- que se describirá con detalle más adelante- el 14 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años ha tenido al menos un hijo; el 11 por ciento usa anticonceptivos y el método que más utilizan es el condón.

5.1 La fecundidad en Sonora.

La tasa global de fecundidad de Sonora a lo largo de la historia demográfica que es posible documentar se encuentra por abajo del valor nacional y por su nivel, ocupa el décimo lugar entre las más bajas del país, en un grupo de entidades federativas del Norte que tienen una fecundidad menor que el de la totalidad de la población del país, además del Distrito Federal que es la entidad con el más bajo nivel de fecundidad.

Lo interesante es que al comparar con los datos del cuadro que sigue, la evolución de la fecundidad en un período de 20 años, de 1975 a 1995, el descenso observado en el estado de Sonora es prácticamente el mismo que se observa a nivel nacional y que representa alrededor del 50 por ciento.

Al inicio de los años 60 se observan tanto en el país como en prácticamente todos los estados de la república los mayores niveles de fecundidad de la historia de este país que es posible documentar.

Si descomponemos la evolución de la fecundidad a través de la tasa global en períodos quinquenales, el nivel de este indicador en el período 1960-1965, superior al de años precedentes (no mostrados en el cuadro), es probable que tenga relación con dos situaciones: a) una condición relacionada con la aparición de expectativas económicas positivas que hacen que las uniones conyugales se incrementen y que las parejas decidan tener hijos y b) la mejora en las condiciones de salud de la población femenina, que permiten reducir la mortalidad intrauterina y por tanto, incrementar la tasa de nacimientos en relación con los embarazos.

Después de este quinquenio la caída de la fecundidad es un proceso continúo asociado al incremento en el uso de anticonceptivos.

Las condiciones para que la sociedad mexicana se incorpore a la segunda etapa de la transición demográfica caracterizada por el descenso acelerado de la fecundidad y la mortalidad se hacen presentes. Por un lado, la innovación tecnológica que significa la aparición de los anticonceptivos modernos y por el otro, el desarrollo institucional que permite que esta innovación se difunda y que, a partir de los años 70, es el Programa Nacional de Planificación Familiar.

Las estimaciones del cuadro no. 2 presentan el tránsito de un régimen de fecundidad "natural", es decir, aquel en el cual no se usan anticonceptivos para espaciar o limitar los nacimientos, a uno de control deliberado de la fecundidad.

Las mujeres de Sonora como puede constatarse, han tenido a lo largo del período una fecundidad por debajo del nivel nacional y la diferencia a través de los años parece incrementarse, por la interacción de las variables que afectan directamente el resultado del comportamiento reproductivo, en especial la fecundidad marital y por tanto muestran el efecto de la anticoncepción.

Cuadro no. 2

Evolución de la fecundidad nacional y en el estado Sonora entre 1960 y 1995 a partir de la Tasa Global de Fecundidad.

	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95
Nacional	7.01	6.84	6.26	5.30	4.34	3.61	3.08
Sonora	6.53	6.25	5.53	4.58	3.67	3.04	2.59

Fuente: CONAPO. 1998.

La información de la historia de embarazos de la Encuesta de la Dinámica Demográfica de 1997 (ENADID-97), permite derivar tasas específicas de

fecundidad por grupos de edad y las estimaciones se presentan en el cuadro que sigue para las tres décadas que van de 1967 a 1997.

Cuadro No. 3

Tasas específicas de fecundidad por edad y periodos quinquenales del estado de Sonora
(Tasas por mil mujeres)

Grupos de edad	Quinquenios					
	1997-1993	1992-1988	1987-1983	1982-1978	1977-1973	1972-1967
15-19	68	56	73	77	94	91
20-24	102	112	126	120	145	157
25-29	96	115	109	119	136	0
30-34	82	90	86	98	-	-
35-39	35	39	45	-	-	-
40-44	14	13	0	-	-	-
45-49	0	0	0	-	-	-
TGF	1.99	2.13	2.20			

Fuente : Cálculos del autor a partir de la información de la historia de embarazos de la ENADID 1997

En virtud de que contamos con los datos de las mujeres de 15 a 49 años en la fecha de la encuesta, conforme nos movemos hacia el pasado, en cada quinquenio no se cuenta ya con datos para cada uno de los grupos quinquenales de mayor edad, por lo que resulta sólo factible de comparar el resultado de los dos quinquenios más recientes.

A partir de los valores de la tasa global de fecundidad, es posible estimar que en cada quinquenio, la fecundidad ha disminuido en porcentajes que fluctúan en un cinco por ciento, y en una década, entre 1987 y 1997 las mujeres sonorenses pasaron de tener 2.2 a 1.99 hijos en promedio, es decir una disminución del 10 por ciento en la tasa global de fecundidad.

Aunque el descenso es significativamente menor que el observado en otros estados, que llega a ser de hasta un cincuenta por ciento en el mismo quinquenio, no debe pasarse desapercibido el hecho de que en el caso de Sonora la tendencia descendente se mantiene a pesar del ya de por sí bajo nivel de fecundidad.

Una tasa global de fecundidad de 2.2 hijos por mujer, observada en 1987-1983, asegura el reemplazo generacional ya que permite derivar una tasa bruta de reproducción de 1.07 hijas por mujer que al tomar en cuenta la mortalidad significa que cada mujer sonorense concebía a la hija que la reemplazaría.

Sin embargo, es importante mencionar que el nivel de este indicador en el quinquenio más reciente, permite afirmar que la población en Sonora tiene una fecundidad por abajo del nivel de reemplazo.

Según grupos de edad, las disminuciones son significativas para todos los grupos. Un hecho que llama la atención es que, excepto en uno de los cortes transversales, el mayor aporte a la fecundidad total lo hace el grupo de 20 a 24 años de edad, a diferencia de lo que sucedía en el país, ya que durante mucho tiempo y en virtud del elevado nivel de fecundidad, las mujeres de 25 a 29 años presentaron la mayor fecundidad entre las mujeres en edad de reproducción.

En el caso de las tasas de fecundidad para los grupos más jóvenes es posible observar su evolución para los 25 años que van de 1972 a 1997. Concretamente, en el caso de la fecundidad adolescente la disminución es un proceso continuo que parece haberse detenido en años recientes en el nivel de 68 nacimientos por mil mujeres.

La pregunta central es si será posible disminuir esta tasa entre los adolescentes y a través de qué mecanismos será posible hacerlo.

Vale la pena subrayar que la fecundidad adolescente en Sonora según esta información, ha sido más baja que la que se observa para el país en su conjunto, lo que no sucede de manera tan clara en otros grupos de edad.

Sin entrar a analizar con detalle el origen de estas diferencias se puede adelantar que una edad de inicio a la primera relación sexual más tardía, en el caso de Sonora puede explicarlas.

La tasa global de fecundidad calculada para cada uno de los períodos que se muestran en el cuadro anterior, representa la combinación de experiencias de diversas generaciones o cohortes de mujeres, por lo que este indicador del nivel de fecundidad calculado de esta manera se considera un indicador sintético.

Sin embargo, con la información disponible puede estimarse la fecundidad para cada generación real de mujeres, lo que hace posible tener una clara descripción del proceso reproductivo a través de las edades que conforman la vida fértil de una mujer.

El análisis longitudinal que se presenta en el cuadro número 4 muestra que antes de los 20 años la fecundidad de las mujeres nacidas entre 1947 y 1951 es prácticamente el triple de la que presentan las mujeres nacidas entre 1972 y 1976.

Lo interesante de este cuadro es que muestra un claro rompimiento generacional observable en el nivel de la fecundidad adolescente, que al combinar los años de nacimiento de cada generación y la edad, llevaría a ubicarlo antes y después del inicio de los años ochenta.

Es decir, se hace evidente a través del análisis longitudinal el efecto de la anticoncepción y su difusión institucional que ya se mencionó en párrafos anteriores.

Desde otro punto de vista parece haberse dado un corte generacional en materia reproductiva entre las mujeres que nacieron antes o después de 1962. Este es un hallazgo especialmente significativo porque en otras entidades de la república este quiebre generacional se ubica algunos años después. En otras palabras, Sonora es uno de los estados que en forma más temprana se incorpora a un nuevo patrón de comportamiento reproductivo.

Estos datos permiten también estimar la velocidad de reproducción generacional por edad, de tal manera que para las mujeres de la generación 1947-1951 a los 34 años tienen ya 2.50 hijos en promedio, mientras que la generación que nació diez años después no ha llegado a tener dos hijos.

Está información además permite seguir pormenorizadamente el ritmo de la fecundidad a través de todo el período reproductivo.

En resumen, la visión longitudinal de la fecundidad hace evidente entre las generaciones reales el cambio en la fecundidad adolescente hasta las generaciones más recientes.

Cuadro No. 4

Tasas de fecundidad acumulada por edad según generación
Sonora 1997

Edad	Tasa Acumulada y Generación					
	1947-1951	1952-1956	1957-1961	1962-1966	1967-1971	1972-1976
15	0.05	0.04	0.05	0.04	0.04	0.02
16	0.10	0.11	0.11	0.10	0.09	0.04
17	0.16	0.20	0.20	0.19	0.18	0.11
18	0.31	0.31	0.33	0.28	0.26	0.17
19	0.48	0.44	0.46	0.36	0.34	0.17
20	0.64	0.59	0.56	0.51	0.48	
21	0.78	0.71	0.66	0.64	0.59	
22	0.96	0.84	0.79	0.76	0.70	
23	1.15	0.99	0.90	0.86	0.82	
24	1.34	1.12	1.02	0.97	0.94	
25	1.45	1.26	1.15	1.07		
26	1.62	1.38	1.26	1.22		
27	1.75	1.49	1.35	1.32		
28	1.90	1.59	1.48	1.42		
29	2.00	1.71	1.55	1.52		
30	2.13	1.82	1.64			
31	2.22	1.91	1.73			
32	2.31	1.98	1.81			
33	2.44	2.06	1.91			
34	2.50	2.14	1.97			
35	2.56	2.17				
36	2.60	2.22				
37	2.64	2.26				
38	2.67	2.29				
39	2.70	2.32				

Fuente: ENADID -1997

5.2 El inicio de la historia genésica y la fecundidad acumulada.

Se ha comentado en apartados anteriores que, un inicio temprano de la maternidad tiene un impacto directo sobre el crecimiento de la población a través del efecto sobre la fecundidad acumulada.

Los cuadros que siguen muestran que al final del período reproductivo a nivel nacional las mujeres que tuvieron a su primer hijo en la adolescencia tienen poco más de tres hijos que las mujeres que, o no han tenido hijos o fueron madres después de los 20 años.

Para no sobrestimar esta diferencia el análisis puede restringirse al caso de las mujeres que han tenido hijos. Como era obvio la diferencia se reduce pero en una proporción mínima.

A partir de estos datos y si no se modificaran otros parámetros de la historia reproductiva puede decirse que eliminar o reducir la fecundidad adolescente tendría un efecto significativo sobre la tasa global de fecundidad y sobre el crecimiento de la población.

Para el caso de Sonora aunque las mujeres muestran niveles de fecundidad acumulada inferiores a los totales nacionales, las diferencias son también muy significativas y en el caso del total de mujeres, aquellas que han tenido un hijo en la adolescencia tienen más de tres hijos que el resto (3.07).

Cuadro No. 5

Promedio de HNV del total de mujeres por grupos de edad según si iniciaron su historia reproductiva en la adolescencia México, 1997

Grupos de edad	Madre en la adolescencia		Total
	Si	No	
20 - 24	1.93	0.29	0.80
25 - 29	3.06	1.08	1.71
30 - 34	3.98	1.89	2.64
35 - 39	4.84	2.50	3.40
40 - 45	5.56	3.06	4.03
45 - 49	6.66	3.59	4.75

Fuente: ENADID - 97

Cuadro No. 6

Promedio de HNV de mujeres que han tenido hijos por grupos de edad según si iniciaron su historia reproductiva en la adolescencia México, 1997

Grupos de edad	Madre en la adolescencia		Total
	Si	No	
20 - 24	1.93	1.24	1.69
25 - 29	3.06	1.76	2.32
30 - 34	3.98	2.39	3.05
35 - 39	4.84	2.90	3.71
40 - 45	5.56	3.45	4.34
45 - 49	6.66	3.97	5.06

Fuente: ENADID - 97

Cuadro No. 7

Promedio de HNV del total de mujeres por grupos de edad según si iniciaron su historia reproductiva en la adolescencia Sonora, 1997

Grupos de edad	Madre en la adolescencia		Total
	Si	No	
20 - 24	1.85	0.35	0.81
25 - 29	2.86	1.09	1.64
30 - 34	3.72	2.05	2.64
35 - 39	4.16	2.59	3.19
40 - 45	4.98	2.95	3.85
45 - 49	5.98	3.45	4.36

Fuente: ENADI - 97

Cuadro No. 8

Promedio de HNV de mujeres que han tenido hijos por grupos de edad según si iniciaron su historia reproductiva en la adolescencia Sonora,1997.

Grupos de edad	Madre en la adolescencia		Total
	Si	No	
20 - 24	1.85	1.16	1.19
25 - 29	2.86	1.73	1.58
30 - 34	3.72	2.34	2.21
35 - 39	4.16	2.87	2.87
40 - 45	4.98	3.21	3.40
45 - 49	5.98	3.66	4.03

Fuente: ENADID - 97

Un elemento adicional para observar la evolución de la fecundidad adolescente se deriva del cálculo del porcentaje de mujeres que han tenido a su primer hijo antes de los 20 años de edad. La tendencia observada a través de las tasas de fecundidad, con los datos anteriores se ve reflejada en este cuadro número 9, que muestra que 3 de cada 10 mujeres de 20 a 24 años de edad tuvieron a su primer hijo en la adolescencia, mientras que 36 por ciento de las mujeres de 45 a 49 años de edad habían sido ya madres en aquella etapa de su vida.

Aunque nuestro interés es la fecundidad adolescente, puede observarse en este mismo cuadro que aún a los 25 años las diferencias en el inicio de la historia genésica son muy significativas. Antes de los 25 años más del 75 por ciento de las mujeres de 45 a 49 años de edad, han tenido al menos un hijo y esta cifra se reduce a menos del setenta por ciento en el caso de las mujeres más jóvenes.

Cuadro No. 9

Porcentaje acumulado de mujeres según edad al primer HNV en años cumplidos por grupos de edad Sonora 1997.

Edad al 1er. HNV en años cumplidos	Grupos de edad					
	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
antes de 16	2.0	2.2	6.5	4.5	5.8	5.0
antes de 17	5.6	6.1	12.5	11.6	13.4	9.8
antes de 18	12.3	15.9	19.0	19.8	22.9	14.8
antes de 19	19.4	24.3	26.2	28.3	31.8	28.1
antes de 20	30.7	31.4	34.4	38.0	44.1	36.0
antes de 21		41.6	45.9	49.4	51.7	47.1
antes de 22		49.2	52.7	55.6	58.6	52.5
antes de 23		57.8	58.9	62.8	63.7	62.7
antes de 24		62.2	67.8	67.1	70.4	71.5
antes de 25		67.1	72.1	72.5	76.7	75.7

Fuente: ENADID-97

6. La fecundidad adolescente en las estadísticas de nacimientos

En el estado de Sonora, casi el noventa por ciento de los nacimientos se registra ya sea en el mismo año en que ocurren o en el año siguiente, por esta razón, en el análisis de la fecundidad adolescente se ha trabajado con una base de datos en la cual se cuenta con los nacimientos ocurridos en 1995 y registrados en ese mismo año y en el siguiente (1996), más los ocurridos y registrados en 1996. Es posible suponer por tanto, que considerar los nacimientos en el año N y N+1, nos da una idea muy cercana al total de nacimientos del año N.

En 1995 de un total de 55,786 nacimientos registrados, 40,202 (72.1 %) ocurrieron ese mismo año. En 1996, de un total de 56,280 nacimientos registrados, 40,243 (71.5) ocurrieron ese mismo año y 10,635 en 1995. El número total de nacimientos que se analizan es de 91,080.

En los párrafos que siguen debe tenerse claro que las cifras representan un monto bianual y NO el total de un año. Es decir, sólo son útiles para derivar porcentajes o proporciones y NO tasas anuales.

Del total de nacimientos, el 16.3 por ciento, corresponden a madres menores de 20 años. Sólo unos cuantos casos equivalentes al uno por ciento son hijos de madres de 15 años o menos.

Sin ignorar que el subregistro de nacimientos puede ser diferencial por municipio y por edad de la madre, el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes con respecto al total de nacimientos da una idea de la incidencia de este fenómeno a este nivel.

En el cuadro que sigue se han subrayado los municipios en los cuales el porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años supera el 20 por ciento.

Cuadro No. 10

Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes por municipios, del total de nacimientos ocurridos y registrados en 1995 y 1996. Sonora

Municipio	Porcentaje de nacimientos
Aconchi	15.5
Agua Prieta	**22.3**
Alamos	18.6
Altar	**21.8**
Arivechi	**20.4**
Arizpe	18.1
Atil	17.3
Bacadéhuachi	**24.3**
Bacanora	12.1
Bacerac	12.7
Bacoachi	**22.0**
Bácum	**21.3**
Banámichi	**24.6**
Baviácora	13.6
Bavispe	**21.7**
Benjamín Hill	20.1
Caborca	**20.3**
Cajeme	14.9
Cananea	17.4
Carbó	13.7
Colorada, La	6.6
Cucurpe	**20.6**
Cumpas	13.2
Divisaderos	13.8
Empalme	20.0
Etchojoa	17.3
Fronteras	18.8
Granados	15.9
Guaymas	17.7
Hermosillo	14.1
Huachinera	20.0
Huásabas	10.8
Huatabampo	18.0
Huépac	18.2
Imuris	**21.4**
Magdalena	19.1
Mazatán	11.8
Moctezuma	12.7
Naco	**21.7**
Nácori Chico	17.1
Nacozari de García	**20.4**
Navojoa	13.8
Nogales	17.4
Onavas	5.6
Opodepe	18.5
Oquitoa	4.8
Pitiquito	17.9
Puerto Peñasco	19.8

Cuadro No. 10

Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes por municipios, del total de nacimientos ocurridos y registrados en 1995 y 1996. Sonora

Municipio	Porcentaje de nacimientos
Quiriego	16.1
Rayón	10.9
Rosario	18.5
Sahuaripa	14.6
San Felipe de Jesús	14.3
San Javier	**23.5**
San Luis Río Colorado	16.7
San Miguel de Horcasitas	**29.1**
San Pedro de la Cueva	11.3
Santa Ana	16.2
Santa Cruz	**28.4**
Sáric	**22.1**
Soyopa	20.0
Suaqui Grande	6.1
Tepache	14.6
Trincheras	17.6
Tubutama	16.8
Ures	18.9
Villa Hidalgo	**21.3**
Villa Pesqueira	11.0
Yécora	**22.0**
General Plutarco Elías Calles	**21.1**
Benito Juárez*	-
San Ignacio Río Muerto*	-

Nota: Los municipios con asterisco no contienen información ya que sólo aparecen a partir del Censo de Población y Vivienda del 2000.

Fuente: Elaboración propia en base a los nacimientos de 1995 y 1996, registrados en 1995 y 1996. Registro de nacimientos, INEGI.

6.1 Las características de las madres adolescentes en las estadísticas de nacimientos.

Con los datos contenidos en los registros de nacimientos 1995-1996, se observa (cuadro no. 11) que las madres adolescentes tienen un nivel de escolaridad considerablemente más bajo que el total de la población de 15 a 19 años. El 25 por ciento de estas mujeres no completó la educación primaria contra el 15 por ciento del total. No obstante el 30 por ciento tiene una escolaridad al menos de secundaria, es decir, como resulta obvio, tener un hijo en la adolescencia no es un hecho restringido a las mujeres con los menores niveles de escolaridad.

En el caso del estado conyugal el 11.6 por ciento se registró como madre soltera y un porcentaje muy similar (12.2) en unión consensual, es decir, el 76 por ciento son mujeres en matrimonio, lo que contrasta con el estado conyugal de las madres de mayor edad entre las cuales casi el 90 por ciento se declararon casadas. En otras palabras y sin que esto constituya un argumento moralista, una proporción significativa de las jóvenes que han tenido un hijo en la adolescencia son madres solteras.

Según el tamaño de la localidad de residencia los datos de las estadísticas vitales muestran, que la fecundidad adolescente se presenta con intensidades muy similares en todas las localidades tanto rurales como urbanas, no obstante llama la atención que en las localidades de menor tamaño los registros muestren menor porcentaje de madres adolescentes que en las localidades intermedias.

Cuadro No. 11

Distribución porcentual de mujeres, según nivel de escolaridad que tuvieron un hijo durante su adolescencia en el año de 1995 o 1996 y total de mujeres de 15 a 19 años Sonora

Escolaridad	Madre en la adolescencia.	Total de mujeres 15 a 19 años
Sin escuela	3.1	0.4
Primaria de 1 a 3 años	3.4	2.3
Primaria de 4 a 5 años	5.5	3.9
Primaria Completa	30.9	9.7
Secundaria	45.9	45.9
Prepa y más	11.2	37.9

Fuente: Elaboración basada en los nacimientos ocurridos y registrados en 1995 y 1996 y datos para el total de la población adolescente en la ENADID -97

Por otra parte, en la localidad de más de medio millón de habitantes, que en este caso corresponde a Hermosillo, se observó el menor porcentaje de madres adolescentes.

Cuadro No. 12
Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes por tamaño de la localidad Sonora 1995, 1996

Tamaño de Localidad	%
de 1 a 999 habitantes	21.1
de 1,000 a 1,999 habitantes	18.0
de 2,000 a 2,499 habitantes	20.9
de 2,500 a 4,999 habitantes	18.4
de 5,000 a 9,999 habitantes	17.7
de 10,000 a 14,999 habitantes	23.9
de 15,000 a 19,999 habitantes	15.9
de 20,000 a 29,999 habitantes	17.6
de 30,000 a 39,999 habitantes	21.3
de 40,000 a 49,999 habitantes	18.7
de 75,000 a 99,999 habitantes	15.1
de 100,000 a 249,999 habitantes	15.3
de 500,000 a 999,999 habitantes	12.6

Fuente: Elaboración basada en los nacimientos de 1995 y 1996.
Registro de Nacimientos 1995 y 1996, INEGI.

A partir de datos agregados provenientes de estadísticas censales y estimaciones indirectas de la fecundidad y la mortalidad infantil, se trató de explorar alguna relación entre la fecundidad adolescente a nivel municipal y la tasa de crecimiento, el grado de urbanización y las variables ya mencionadas, sin encontrar relaciones estadísticamente significativas, lo que sería un indicio de la complejidad de este fenómeno y del poco poder predictivo de las condiciones sociales más generales para explicarlo.

Respecto al estado conyugal de las mujeres según si fueron madres en la adolescencia o a una edad mayor (cuadro número 13), los datos muestran claras diferencias ya que el porcentaje de mujeres solteras entre las madres adolescentes casi duplica el que se observa entre las madres no adolescentes,

incluso se percibe una situación similar en las que se encontraban en unión libre.

Una de cada dos adolescentes que tuvieron un hijo, se declararon en unión libre.

Podría suponerse que una proporción importante de las mujeres en esta categoría, en realidad sean mujeres que no tienen pareja conyugal y por lo tanto son madres solteras; especialmente sería el caso de las más jóvenes.

En síntesis, es claro que una proporción significativa de las adolescentes que tuvieron un hijo en los años analizados son madres solteras. Incluso, una manera indirecta de inferir la magnitud de la situación, puede basarse en la falta de información sobre algunas características del padre. Así, para las madres adolescentes en el 10 por ciento de los registros no se conoce si el padre trabaja o no, pero en el 65 por ciento, aproximadamente, no se conoce el nivel de escolaridad, es decir, podría pensarse que en realidad no se tiene una relación estable con la persona que embarazó a la mujer que registró al hijo y no cuentan estas jóvenes con el apoyo de una pareja conyugal para enfrentar el nacimiento y el desarrollo de su hijo.

Cuadro No. 13

Distribución porcentual de mujeres que fueron madres en 1995 o 1996 según si tuvieron al hijo en la adolescencia y estado conyugal. Sonora 1997

Madre adolescente	Estado conyugal					
	Soltera	Casada	Unión libre	Matrimonio o unión desecha	No establecido	Total
No	8.3	62.0	27.9	.6	1.2	100.0
Sí	14.5	35.7	47.7	.7	1.4	100.0

Fuente: Registros de nacimientos.

Una característica sobresaliente del comportamiento reproductivo de las mujeres que son madres en la adolescencia, que puede ser analizada con los registros de nacimientos es el número de hijos previos al registrado en 1996.
El 24 por ciento de nacimientos de madres adolescentes son nacimientos de orden 2 o mayores.

Es posible suponer que el hecho de que la mujer haya tenido previamente uno o más hijos hace evidente que la fecundidad adolescente no se origina en "un accidente" producto de tener relaciones sexuales sin la protección anticonceptiva que impida un embarazo no deseado, este hecho muestra el inicio temprano de una historia reproductiva que tiene que ser explicada con otros elementos probablemente relacionados con las condiciones sociales de las mujeres.

Los cuadros que siguen hacen evidente la situación mencionada. Según tamaño de la localidad de residencia, no parece haber diferencias significativas que permitan hablar de un efecto del grado de urbanización o ruralidad sobre, el hecho analizado. Sin embargo, según nivel de escolaridad es muy clara la relación entre este nivel y el número de hijos en la adolescencia.

En el caso de las mujeres que no asistieron a la escuela, 4 de cada 10 habían tenido más de un hijo nacido vivo durante la adolescencia. Mientras que en el caso de las mujeres con preparatoria o más este porcentaje se reduce a poco más del 10 por ciento.

Cuadro No. 14

Distribución Porcentual de Mujeres que tuvieron un hijo en la adolescencia según número de partos tenidos previamente y tamaño de localidad de residencia Sonora 1995, 1996

Tamaño de Localidad	Número de partos previos			
	0	1	2	3 o más
de 1 a 999 habitantes	76.8	19.7	3.3	0.2
de 1,000 a 1,999 habitantes	81.5	16.6	1.7	0.2
de 2,000 a 2,499 habitantes	85.0	11.7	3.3	0.0
de 2,500 a 4,999 habitantes	79.2	17.9	2.5	0.4
de 5,000 a 9,999 habitantes	77.4	19.7	2.9	0.0
de 10,000 a 14,999 habitantes	75.8	20.6	2.4	1.2
de 15,000 a 19,999 habitantes	81.0	16.9	2.1	0.0
de 20,000 a 29,999 habitantes	83.0	15.4	1.6	0.0
de 30,000 a 39,999 habitantes	78.7	18.4	2.6	0.3
de 40,000 a 49,999 habitantes	81.2	16.0	2.6	0.2
de 75,000 a 99,999 habitantes	78.6	18.9	2.2	0.3
de 100,000 a 249,999 habitantes	80.8	16.5	2.5	0.2
de 500,000 a 999,999 habitantes	77.2	19.3	3.1	0.4

Fuente: Elaboración basada en los nacimientos de 1995 y 1996.
Registro de Nacimientos 1995 y 1996, INEGI.

Cuadro No. 15
Distribución porcentual de Mujeres que tuvieron un hijo en la adolescencia según número de partos tenidos previamente y nivel de escolaridad Sonora 1995,1996

Escolaridad	Partos previos			
	0	1	2	3 o más
Sin escuela	69.8	24.7	4.7	0.8
Primaria de 1 a 3 años	62.0	31.3	6.0	0.7
Primaria de 4 a 5 años	68.0	25.2	5.8	1.0
Primaria Completa	74.0	22.2	3.4	0.4
Secundaria	81.7	16.3	1.9	0.1
Prepa y más	91.3	8.0	0.7	0.0

Fuente: Elaboración basada en los nacimientos de 1995 y 1996.

Para continuar caracterizando los nacimientos en las estadísticas vitales (cuadro número 16), se hace referencia a la atención recibida en el momento del parto según la edad de la madre al nacimiento del hijo.

Esta información resulta relevante en la medida en que las diferencias observables en la mortalidad infantil entre hijos de madres adolescentes y madres adultas podrían ser explicadas entre otros factores por el tipo de atención recibida en el momento del parto.

Según los datos analizados no puede decirse que haya diferencias importantes en el acceso a la atención médica entre los dos grupos de mujeres, incluso las madres adolescentes en mayor porcentaje recibieron atención médica durante el parto.

Más importante que las diferencias según edad de la madre son aquellas que se observan según tamaño de la localidad de residencia, de tal manera que hay necesidad de prestar especial atención a las mujeres en localidades rurales a través de la ampliación de los servicios de salud.

Cuadro No. 16
Distribución porcentual de nacimientos en 1995 y 1996 según persona que atendió el parto y edad de la madre al nacimiento del hijo Sonora

Madre en la adolescencia	Quien atendio			
	Médico	Enfermera o partera	Otro	Total
No	94.8	3.4	1.8	100.0
Si	93.8	4.7	1.5	100.0

Fuente: Elaboración basada en los nacimientos de 1995 y 1996.

Cuadro No. 17

Porcentaje de nacimientos atendidos por médico por tamaño de la localidad Sonora 1995, 1996

Tamaño de Localidad	%
de 1 a 999 habitantes	92.6
de 1,000 a 1,999 habitantes	91.3
de 2,000 a 2,499 habitantes	95.7
de 2,500 a 4,999 habitantes	89.7
de 5,000 a 9,999 habitantes	96.6
de 10,000 a 14,999 habitantes	96.1
de 15,000 a 19,999 habitantes	98.8
de 20,000 a 29,999 habitantes	98.8
de 30,000 a 39,999 habitantes	62.2
de 40,000 a 49,999 habitantes	94.3
de 75,000 a 99,999 habitantes	98.1
de 100,000 a 249,999 habitantes	96.2
de 500,000 a 999,999 habitantes	98.7

Fuente: Elaboración basada en los nacimientos de 1995 y 1996. Registro de Nacimientos 1995 y 1996, INEGI.

7.- La incidencia de los embarazos

Las estadísticas de nacimientos registran hechos demográficos derivados de un embarazo cuando este concluye, precisamente, con un nacido vivo y a través de esta información, pueden derivarse los indicadores tradicionales de la fecundidad ya sean tasas específicas o generales o medidas resumen de ésta como la tasa global o la tasa de reproducción. Sin embargo, la incidencia de los embarazos sólo puede estimarse con encuestas especializadas y la información que se obtiene, constituye una aproximación derivada de la subestimación que se origina en la dificultad que representa para una mujer establecer que está embarazada en los primeros meses de la gestación.

El 4.4 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años residentes en Sonora, (cuadro número 18) se declararon embarazadas, cifra prácticamente igual a la de la población nacional (4.3 por ciento). Sin embargo, dos hechos llaman la atención; primero, es la elevada incidencia de embarazos entre las adolescentes unidas, que por cierto es muy similar a la que presentan las mujeres en todo el país lo que hace evidente que las jóvenes sonorenses tan pronto se unen conyugalmente, inician su vida reproductiva, sin considerar por ahora que alguna proporción de uniones entre adolescentes se debe al hecho de que la mujer está embarazada.

El segundo hecho, que debería ser analizado con mayores elementos, es la elevada incidencia de embarazos entre mujeres no unidas de 30 a 34 y de 35 a 39 años de edad, que incluso supera a las que se observan entre las mujeres unidas en los mismos grupos de edad.

En virtud de que esta es una investigación sobre la fecundidad adolescente, no se dedicará más espacio a especular sobre esta situación, pero vale la pena tomarla en cuenta para futuras investigaciones, ya que es posible suponer que las características de estas mujeres relacionadas con su estatus social y el ejercicio de su libertad individual, las lleva a decidir tener hijos a edades tardías dentro del período reproductivo, a diferencia de las mujeres unidas que han tenido hijos a edades más tempranas y que, a estas edades han decidido limitar definitivamente su fecundidad por la vía de la anticoncepción temporal o incluso la limitación definitiva de la fecundidad a través de la esterilización, como se verá más adelante.

Debe decirse que en Sonora, la incidencia de embarazos entre las mujeres no unidas es superior a los totales nacionales en todas las edades reproductivas, hasta antes de los 40 años y en el caso de las adolescentes solteras, aunque el porcentaje de embarazadas es muy reducido, casi duplica el total nacional.

El nivel de escolaridad se encuentra relacionado con la incidencia de embarazos adolescentes, aunque como puede verse, entre las mujeres unidas independientemente de su escolaridad los porcentajes de embarazadas son ya de por sí muy elevados y a los niveles observados en el cuadro número 20, el hecho de que entre una de cada cuatro, o una de cada cinco adolescentes unidas se encuentre embarazada independientemente de su escolaridad, implica un nivel de fecundidad marital muy elevado que debe llamar la atención por sus efectos sobre el tamaño de familia que estas mujeres alcanzarán a lo largo de su vida reproductiva.

Cuadro No. 18

Porcentaje de mujeres embarazadas según estado conyugal por grupos de edad. Sonora 1997

Grupos de edad	Estado conyugal		
	Unidas	No unidas	Total
15-19	20.1	1.0	4.6
20-24	11.0	2.4	6.4
25-29	10.3	2.0	7.7
30-34	3.2	5.6	3.7
35-39	3.5	5.1	3.8
40-44	1.5	0.0	1.2
45-49	0.0	0.0	0.0

Fuente: ENADID-97.

Cuadro No. 19

Porcentaje de mujeres embarazadas según estado conyugal por grupos de edad. México. Total Nacional 1997

Grupos de edad	Estado conyugal		
	Unidas	No unidas	Total
15-19	21.7	0.6	3.8
20-24	15.0	0.9	7.4
25-29	9.6	1.0	6.9
30-34	5.7	1.0	4.7
35-39	2.9	0.7	2.5
40-44	1.0	0.5	0.9
45-49	0.0	0.0	0.0

Fuente: ENADID-97.

Cuadro No. 20

Porcentaje de adolescentes embarazadas según nivel de escolaridad y estado conyugal

Sonora 1997

Nivel de escolaridad	Estado conyugal		
	No unida	Unida	Total
Menos que Primaria completa	6.2	25.2	14.2
Primaria completa	2.4	19.5	8.6
Secundaria o más	0.5	19.0	3.3
Total	1.0	20.1	4.6

Fuente: ENADID-97.

7.1 El inicio de la historia génesica. La edad al primer hijo.

Uno de los temas más relevantes en el análisis de la fecundidad adolescente lo constituye el inicio de la historia génesica. Como ya se mencionó en un párrafo anterior, poco más de la tercera parte del total de mujeres sonorenses mayores de 20 años (y menores de 50 años) ha sido madre en la adolescencia. Sin embargo, se observa entre las generaciones más jóvenes, una tendencia a posponer la edad al primer hijo. Incluso, en el caso de las mujeres de 30 años o más, entre 7 y 8 de cada diez han sido madres antes de los 25 años y esta proporción se reduce en el caso de las mujeres más jóvenes.

Los cambios más significativos se producen en las edades menores de 20 años. Mientras que las mujeres de 40 años o más casi en un treinta por ciento han sido madres antes de cumplir 20 años, en el grupo de 20 a 24 años de edad, este porcentaje es menor al 20 por ciento.

Es por tanto muy probable que estemos ante el inicio de un cambio en el comportamiento reproductivo de esta población con profundas implicaciones sociales, especialmente en lo que se refiere a la situación de la población femenina.

La maternidad es una práctica que involucra prácticamente a casi todas las mujeres sonorenses (igual que a las mujeres mexicanas en su conjunto), al llegar al final de su vida reproductiva, más del 95 por ciento ha tenido al menos un hijo nacido vivo. Un incremento en la proporción de mujeres sin hijos, es una situación que no se percibe aún, por lo que es posible suponer que el descenso sostenido en la fecundidad se producirá a través del incremento en la edad al tener el primer hijo y en la disminución del número medio de hijos.

El proceso descrito hace indispensable prestar especial atención a la fecundidad adolescente.

7.2 El inicio de la historia génesica según características socioeconómicas.

La edad al primer hijo se encuentra estrechamente relacionada con las condiciones sociales de la población femenina de tal manera que su nivel de escolaridad como indicador de estas condiciones confirma esta relación.

Para todas las generaciones representadas en el cuadro que sigue las diferencias en las proporciones de mujeres que tuvieron a su primer hijo antes de los 20 años de edad son muy evidentes, pero es especialmente significativo el hecho de las diferencias se mantienen, e incluso se incrementan entre las mujeres más jóvenes a pesar de que se supondría que en estas generaciones el conocimiento de los anticonceptivos evitaría los embarazos en la adolescencia.

Cuadro No. 21

Proporción del total de mujeres que tuvieron a su primer hijo nacido vivo en la adolescencia según escolaridad por grupo de edad Sonora 1997

Grupos de edad	No asistió a la escuela	Primaria	Secundaria	Prepa o más	Total
20-24	0.53	0.43	0.36	0.19	0.31
25-29	--	0.49	0.33	0.17	0.31
30-34	--	0.62	0.34	0.10	0.35
35-39	0.68	0.52	0.29	0.22	0.38
40-44	0.60	0.58	0.28	0.12	0.44

Fuente: ENADID 97. -- celdas con muestra insuficiente.

Un detalle importante es precisamente que, mientras los porcentajes de madres adolescentes disminuyen entre las mujeres que no asistieron a la escuela o que sólo tienen educación primaria, estos porcentajes se incrementan en el caso de las mujeres con mayores niveles de escolaridad.

Otra característica individual que se asocia a la incidencia diferencial de la fecundidad adolescente es la condición de habla indígena. En el caso de Sonora sólo el 4 por ciento de las entrevistadas declaró hablar alguna lengua indígena, por lo tanto el número de casos impide hacer desagregaciones de la información, no obstante los datos confirman una mayor proporción de mujeres indígenas que tuvieron a su primer hijo antes de cumplir 20 años de edad, pero además, que el número medio de hijos tenidos en la adolescencia es considerablemente mayor en el caso de estas mujeres en relación con las que no hablan lengua indígena.

Cuadro No. 22

Número promedio de eventos genésicos en la adolescencia según nivel de escolaridad por grupos de edad. Sonora 1997

Grupos de edad	Nivel de escolaridad		
	No completó la primaria	Primaria completa	Secundaria o más
20-24	.96	.69	.39
25-29	.91	.62	.37
30-34	1.21	.91	.33
35-39	1.29	.79	.39
40-44	1.46	.90	.39

Fuente: ENADID - 97

Cuadro No. 23

Proporción del total de mujeres que tuvieron a su primer hijo en la adolescencia según condición de habla indígena por grupos de edad. Sonora 1997

Grupos de edad	Habla lengua indígena		
	Sí	No	Total
20-24	.43	.30	.31
25-29	.40	.31	.31
30-34	.34	.35	.35
35-39	.41	.38	.38
40-44	.63	.43	.44

Fuente: ENADID - 97

Según el tipo de la localidad de residencia, diferenciando entre localidades rurales y localidades urbanas, es posible observar una proporción ligeramente superior de mujeres que iniciaron su historia reproductiva antes de los 20 años en las localidades rurales, pero de ninguna manera estas diferencias tienen la magnitud de aquellas observadas en el caso del nivel de escolaridad. Lo que sí llama la atención es que las diferencias prácticamente desaparecen entre las generaciones más jóvenes, es decir, parece cada vez menos importante el efecto del contexto social general sobre la edad al tener el primer hijo. En otras palabras, se hace indispensable prestar atención a las características individuales de las mujeres en el diseño de programas dedicados a modificar la incidencia del embarazo adolescente.

Finalmente, en qué medida la adscripción religiosa puede estar relacionada con el comportamiento reproductivo de las mujeres durante su adolescencia, sin embargo, cualquiera de las religiones a las cuales las mujeres sonorenses declaran pertenecer, no aceptan las relaciones sexuales fuera de la unión conyugal y se oponen a la interrupción del embarazo. Por otra parte, desde hace ya varias décadas la investigación sociodemográfica a mostrado que en el caso de este país, las creencias y prácticas religiosas, tienen entre la población en general muy poca relación con aspectos tales como la práctica anticonceptiva o el inicio de las relaciones sexuales.

En virtud de que se contó con información sobre la religión de las mujeres entrevistadas en la ENADID, se estimó la proporción de madres adolescentes entre dos grupos: mujeres católicas, que forman la mayoría y mujeres de otras religiones.

Las mujeres católicas de la generación más joven tuvieron en mayor proporción a su primer hijo en la adolescencia, en relación con aquellas que tienen otra religión, pero entre las otras generaciones, no hay una relación sistemática, de tal manera que no es posible hablar de un efecto de la adscripción religiosa sobre la fecundidad adolescente, o cuando menos no es perceptible con la información de que se dispone.

Cuadro No. 24

Número promedio de eventos génesicos antes de los 20 años para mujeres que iniciaron su historia génesica en la adolescencia según condición de habla indígena por grupos de edad.
Sonora 1997

Grupos de edad	Habla lengua indígena	
	Sí	No
20-24	1.00	1.44
25-29	1.33	1.38
30-34	1.87	1.48
35-39	1.42	1.68
40-44	1.57	1.91

Fuente: ENADID – 97

Cuadro No. 25

Proporción del total de mujeres que tuvieron a su primer hijo nacido vivo en la adolescencia según tipo de localidad por grupos de edad Sonora 1997.

Grupos de edad	Tipo de localidad	
	Urbana	Rural
20-24	0.27	0.42
25-29	0.29	0.41
30-34	0.30	0.49
35-39	0.34	0.49
40-44	0.45	0.42

Fuente: ENADID-97. Localidad rural= menos de 15,000 habts.

Cuadro No. 26

Número promedio de eventos genésicos antes de los 20 años, para mujeres que iniciaron su historia genésica en la adolescencia según nivel de escolaridad y grupos de edad. Sonora 1997

Grupos de edad	Nivel de escolaridad		
	No completó la primaria	Primaria completa	Secundaria o más
20-24	1.76	1.82	1.31
25-29	1.46	1.45	1.34
30-34	1.60	1.55	1.41
35-39	2.03	1.73	1.34
40-44	2.17	1.77	1.56

Fuente: ENADID - 97

*Incluye mujeres que no asistieron a la escuela.

Cuadro No. 27

Proporción del total de mujeres que tuvieron a su primer hijo en la adolescencia según religión por grupo de edad. Sonora 1997

Grupos de edad	Religión		
	Católica	Otra*	Total
20-24	.32	.17	.31
25-29	.31	.34	.31
30-34	.35	.37	.35
35-39	.36	.38	.38
40-44	.44	.42	.44

Fuente: ENADID - 97
*No incluye a quienes se declararon sin religión.

Cuadro No. 28

Número promedio de eventos genésicos en la adolescencia según tamaño de la localidad de residencia por grupos de edad. Sonora 1997

Grupos de edad	Menos de 15,000 Habitantes	15,000 o más habitantes
20-24	.64	.40
25-29	.64	.38
30-34	.73	.48
35-39	.87	.60
40-44	.88	.83

Fuente: ENADID - 97

Cuadro No. 29

Número promedio de eventos genésicos antes de los 20 años para mujeres que iniciaron su historia genésica en la adolescencia según tamaño de la localidad de residencia por grupos de edad. Sonora 1997

Grupos de edad	Tamaño de la localidad	
	Menos de 15,000 Habitantes	15,000 o más habitantes
20-24	1.48	1.40
25-29	1.55	1.30
30-34	1.42	1.55
35-39	1.69	1.66
40-44	2.10	1.81

Fuente: ENADID - 97

8. Uso de anticonceptivos.

Una de las variables intermedias o intervinientes, que relacionan directamente a la estructura social y las características socioeconómicas de las mujeres con su fecundidad es el uso de anticonceptivos.

En el estado de Sonora prácticamente una de cada dos mujeres en edades reproductivas usan anticonceptivos (49 por ciento). Proporción ligeramente superior al total nacional (44 por ciento) y muy similar al que se estima en otras entidades federativas del norte del país.

En el caso de las mujeres en unión conyugal el porcentaje de usuarias llega al 76 por ciento y de este total, sólo un porcentaje de alrededor de 5 por ciento usa métodos tradicionales, como el ritmo o el retiro. De lo que se deriva que 7 de cada diez mujeres sonorenses unidas están incorporadas a la anticoncepción moderna.

Entre las adolescentes además de que la prevalencia en el uso es ya de por sí baja, ésta incluye sólo a poco menos de una de cada dos mujeres en unión conyugal y a un porcentaje poco significativo (el 2 por ciento), de las mujeres solteras.

Esta baja prevalencia entre las mujeres solteras se mantiene hasta antes de los 25 años de edad. A partir de esta edad se muestra un cambio en el comportamiento y los porcentajes de usuarias se incrementan sistemáticamente.

El argumento para no usar anticonceptivos es en prácticamente todos los casos su condición de solteras, de tal manera que se asocia esta condición a la ausencia de relaciones sexuales y por lo tanto a no requerir anticonceptivos.

Vale la pena investigar con detalle los cambios que se producen en el comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres a partir de los 25 o los 30 años y que lleva a que el uso de anticonceptivos se incremente considerablemente.

Es evidente que, más importante que estas cifras totales, son las variaciones en la prevalencia en el uso entre los grupos de edad y específicamente el tipo de método que usan.

Las muy pocas adolescentes solteras que usan anticonceptivos en su mayoría usan el Dispositivo Intrauterino (DIU) y éstas han tenido ya al menos un hijo. En otras palabras, el hecho de haber sido madres las llevo a usar anticonceptivos.

En el caso de las adolescentes unidas, en porcentajes muy similares usan tanto el DIU como pastillas y la diferencia en el método usado puede ubicarse en que unas han sido madres y otras no y por tanto estas últimas están retrasando la edad de inicio de su historia genésica.

En las edades posteriores a la adolescencia aparece un porcentaje creciente de mujeres esterilizadas conforme la edad avanza. La excepción la constituye el grupo de 45 a 49 años que muestra por cierto la mayor proporción de mujeres unidas y no usuarias de anticonceptivos y quienes declaran no usar porque no lo necesitan ya que se consideran infértiles.

Por cierto, de las mujeres unidas menores de 20 años que no usan anticonceptivos es especialmente interesante observar que el 40 por ciento se encontraban embarazadas y el 15 por ciento no usaba porque querían embarazarse.

Como podría esperarse, los argumentos para no usar anticonceptivos basados en razones religiosas no aparecen entre las mujeres del estado de Sonora y menos del uno por ciento declara que no usa anticonceptivos por estas razones.

El temor a tener efectos colaterales o el haberlos sufrido, no aparece como causa para no usar anticonceptivos.
El argumento principal para no usar anticonceptivos entre las adolescentes es el hecho de que son solteras y no tienen relaciones sexuales, si consideramos el total de esta población. Entre las mujeres unidas, éstas declaran que quieren embarazarse como razón principal para no usar anticonceptivos

Cuadro No. 30

Porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos por grupos de edad y estado conyugal Sonora 1997.

	Estado conyugal		
Edad	**No unidas**	**Unidas**	**Total**
15- 19	2.3	45.9	10.5
20-24	5.1	71.6	36.5
25-29	19.4	75.1	57.4
30-34	31.4	86.1	74.7
35-39	32.9	84.8	74.9
40-44	44.0	79.0	72.0
45-49	47.2	65.0	61.5
Total	13.6	76.0	51.3

Fuente: ENADID - 97.

Cuadro No. 31

Distribución porcentual de mujeres unidas según uso de métodos anticonceptivos por grupos de edad Sonora 1997.

Grupos de edad	No usa	Esterilizada	Pastillas	DIU	Otros	Total
15 - 19	54.1	-	16.3	18.6	10.9	100.0
20 - 24	28.4	4.9	26.1	30.3	10.3	100.0
25 -29	24.9	17.5	20.7	19.9	16.9	100.0
30 - 34	13.9	42.3	15.3	11.3	17.2	100.0
35 - 39	15.2	46.7	15.2	9.2	13.8	100.0
40 - 44	21.0	55.2	8.3	5.9	9.5	100.0
45 - 49	35.0	50.8	4.8	1.7	7.8	100.0

Fuente: ENADID - 97

Los proveedores de servicio juegan un papel fundamental en la evolución del nivel de prevalencia en el uso de anticonceptivos y en la definición del perfil de la oferta de éstos.

La información analizada confirma la importancia del Instituto Mexicano del Seguro Social como proveedor de métodos anticonceptivos, poco menos de la mitad de usuarias de anticonceptivos los reciben del IMSS, sin embargo, en el caso de las mujeres adolescentes y las mujeres de 20 a 24 años de edad podemos observar el importante papel que juegan las farmacias como proveedores de anticonceptivos y en especial de pastillas.

Este es un aspecto relevante para las políticas en esta materia, ya que la disponibilidad de métodos en estos lugares junto con la capacitación del personal puede incrementar la prevalencia en el uso.

En la interpretación de los resultados debe tomarse en cuenta que el IMSS es la institución en donde se realizan la mayor proporción de operaciones quirúrgicas para limitar definitivamente la fecundidad de las mujeres, por lo que el incremento observado en el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos que reportan a esta institución como proveedora del método que usan, refleja un fenómeno acumulado según la edad de las mujeres y es por esto que conforme la edad de la mujer se incrementa, también se incrementa el porcentaje en esta institución.

Con la información disponible es posible tener una idea de la calidad de la atención que reciben las usuarias de parte de los proveedores de anticonceptivos, a partir de la información que recibieron al obtener el método de uso actual.

Los datos del cuadro que sigue, no distinguen el lugar de atención y sólo tienen como objetivo hacer evidente que las mujeres deberían estar mejor informadas sobre los métodos anticonceptivos que usan.

En el caso del DIU y la esterilización, en virtud de que la gran mayoría de mujeres acude a instituciones públicas la responsabilidad corresponde mayoritariamente a éstas. El 58 por ciento de las mujeres esterilizadas y el 69 por ciento de usuarias del DIU acudieron al IMSS, por lo que cualquier acción en esta institución tiene un impacto significativo sobre la calidad de los servicios.

En el caso de las pastillas 75 por ciento las consigue en las farmacias, pero con la información disponible no es posible determinar si han sido prescritas por un médico o si fueron adquiridas en la farmacia sin receta médica.

Especialmente significativo es el porcentaje de mujeres esterilizadas que no recibieron información suficiente de las instituciones en las cuales esta operación se efectuó. Las causas pueden ser muy diversas y originarse en actitudes del personal o la estructura institucional y su identificación podría mejorar el servicio que se presta a esta población.

En el caso de las adolescentes que usan anticonceptivos, que representan un porcentaje apenas superior al 10 por ciento, el principal lugar de aprovisionamiento es la farmacia en todos los métodos que usan con excepción del DIU y en este caso es el IMSS la institución en donde mayoritariamente fueron atendidas y les fue colocado.

Cuadro No.32

Porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos que respondieron afimativamente a cada una de las preguntas relacionadas con el servicio de planificación familiar según el método usado.
Sonora, 1997.

¿Antes de que le proporcionaran o recetaran (o la operaran)? : (Método)	Le informaron de otros métodos que podía usar	Le explicaron sobre molestias que podía tener	Le dijeron que regresara en caso de cualquier molestia	Le dedicaron el tiempo suficiente para darle toda la información que necesitaba	Le aclararon todas las dudas respecto al método
Esterilización femenina	56.5	53.2	67.7	57.6	58.5
Pastillas	77.5	78.4	80.8	74.9	77.3
Inyecciones	76.4	73.4	76.6	69.1	71.6
DIU	68.5	73.4	87.5	71.3	71.6

Fuente: ENADID - 97.

Cuadro No. 33
Distribución porcentual de mujeres usuarias de anticonceptivos según el lugar en donde obtienen éstos, por grupos de edad. Sonora 1997

Grupos de edad	Lugar de obtención						
	IMSS	ISSSTE	SSA	Consultorio Privado	Farmacia	Otros	Total
15-19	33.4	0.0	18.5	7.5	34.9	5.7	100.0
20-24	38.8	0.0	14.3	4.5	38.6	3.8	100.0
25-29	40.4	3.1	14.4	2.4	31.2	8.4	100.0
30-34	44.0	3.3	12.8	13.0	20.3	6.5	100.0
35-39	48.6	2.9	10.3	7.7	17.6	12.9	100.0
40-44	51.9	4.7	14.3	11.9	11.1	6.1	100.0
45-49	51.2	6.5	7.4	10.6	10.2	6.1	100.0

Fuente: ENADID - 97

8.1 Edad de inicio de la anticoncepción

Cada una de las sucesivas generaciones de mujeres analizadas en esta investigación, muestra un inicio en la práctica anticonceptiva a una edad sistemáticamente cada vez más joven.

Antes de los 20 años, la generación de 20 a 24 años de edad en un 28 por ciento había usado anticonceptivos, mientras que las mujeres que en la fecha de la encuesta tenían entre 40 y 44 años de edad antes de los 20 años, sólo un 21 por ciento había ya usado anticonceptivos.

Si esta tendencia se mantiene podría estimarse que en la actualidad, al menos el 30 por ciento de las adolescentes en Sonora se han iniciado en la anticoncepción en esta etapa de su vida. No obstante, el muy bajo porcentaje de usuarias adolescentes impide mantener este tipo de estimación.

Un elemento adicional en el análisis de la práctica anticonceptiva lo constituye la observación del patrón de uso.

Este patrón de uso es claramente una función de la edad y el número de hijos. Si sólo se incorpora la edad de las mujeres para observar este patrón aparece un porcentaje creciente de mujeres que usan anticonceptivos para limitar su número de hijos. Antes de los 25 años las mujeres desean ampliar los intervalos proto e intergenésicos, pero a partir de esta edad aparece la intención de limitar definitivamente la fecundidad, de tal manera que es casi tan importante el porcentaje de mujeres que desean limitar su número de embarazos a través de la anticoncepción como el porcentaje de aquellas que desean espaciarlos.

Cuadro No. 34

Porcentaje acumulado del total de mujeres según edad a la que usaron anticonceptivos por primera vez, por grupos de edad Sonora, 1997.

	Grupo de edad				
Edad de inicio	**20-24**	**25-29**	**30-34**	**35-39**	**40-44**
Antes de 20 años	28.1	27.6	25.6	25.5	21.0
Antes de 21 años		33.8	34.6	33.1	25.8
Antes de 22 años		42.5	43.5	39.5	35.0
Antes de 23 años		50.6	50.9	45.5	41.7
Antes de 24 años		57.2	56.6	51.3	49.4
Antes de 25 años		62.2	62.8	56.4	54.0
Antes de 26 años			67.0	61.1	61.3
Antes de 27 años			72.6	66.3	67.8
Antes de 28 años			77.8	70.8	70.1
Antes de 29 años			80.1	77.2	75.3
Antes de 30 años			82.9	80.4	76.6
Antes de 31 años				82.8	79.2
Antes de 32 años				85.2	81.6
Antes de 33 años				86.5	82.9
Antes de 34 años				87.5	83.7
Antes de 35 años				89.9	84.9

Fuente: ENADID 97

Cuadro No. 35

Distribución porcentual del total de mujeres según el patrón de uso de anticonceptivos, por grupos de edad. Sonora 1997

Grupos de edad	Patrón de uso de anticonceptivos				
	No usa	Para espaciar	Para limitar	Otras razones	Total
15-19	89.5	10.2	0.3	0.0	100.0
20-24	63.8	29.8	6.4	0.0	100.0
25-29	42.7	32.3	23.3	1.6	100.0
30-34	25.7	23.5	50.0	0.8	100.0
35-39	25.1	9.7	63.7	1.5	100.0
40-44	28.0	6.3	64.5	1.2	100.0
45-49	38.9	1.5	59.2	0.4	100.0

Fuente: ENADID - 97

Cuadro No. 36

Porcentaje de mujeres que han usado la esterilización como primer método anticonceptivo, del total de mujeres que han usado anticonceptivos por grupos de edad. Sonora 1997.

Grupos de edad	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
%	0.0	16.7	34.1	45.6	56.1	87.5

Fuente: ENADID-97

Para resumir este análisis, se puede decir que en el caso de las mujeres más jóvenes, los datos muestran que además de que la práctica anticonceptiva se inicia a edades más tempranas, es posible suponer que el uso de otros métodos distintos a la esterilización es una indicación de que los anticonceptivos se usan con propósitos de ampliar los intervalos genésicos, tanto el primer intervalo o intervalo protogenésico, como los siguientes y por tanto, tienen un efecto sobre el espaciamiento de los hijos y sobre la fecundidad total.

9. Fecundidad adolescente y uso de anticonceptivos.

El efecto que ha tenido la anticoncepción sobre la fecundidad adolescente, es muy claro, entre todas las generaciones que han tenido un evento genésico, según se observa en el cuadro que sigue.

Cuadro No. 37

Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer evento genésico antes de los 20 años del total de mujeres que han tenido un evento en la adolescencia según uso de anticonceptivos, antes o después de ese evento, por grupos de edad

Sonora 1997

Grupos de edad	Uso de anticonceptivos	
	Usó antes	Uso después
20.24	50.6	72.5
25-29	28.5	52.4
30-34	27.4	45.3
35-39	32.5	46.2
40-44	17.4	52.5
45-49	7.8	42.4

Fuente: ENADID-97.

El uso de anticonceptivos, ha retrasado el inicio de la historia de embarazos de tal manera que entre las mujeres fértiles más jóvenes (20 a 24 años de edad), siete de cada diez tuvieron un evento reproductivo antes de los 20 años y esta proporción se reduce a cinco de cada diez, si los anticonceptivos los empezaron a usar antes de su primer evento.

Puede suponerse que esta diferencia no es de gran magnitud, sin embargo, no debe perderse de vista, que se han incluido en el cuadro que se comenta sólo mujeres que alguna vez se han embarazado y por lo tanto, se incorpora un posible sesgo derivado del elevado nivel de fertilidad de esta población seleccionada, precisamente por haber tenido ya un evento genésico.

Las diferencias se mantienen en todos los grupos de edad, y quizá lo más relevante sea el hecho de que entre las mujeres de mayor edad y más específicamente, después de los 40 años, haber usado anticonceptivos antes del primer evento ha hecho que el porcentaje de mujeres embarazadas en la

adolescencia, alcance niveles mínimos. La explicación a este hecho muy probablemente esté relacionada con las características individuales de este grupo de mujeres, quienes iniciaron la práctica anticonceptiva antes de iniciar su historia genésica con una visión de planificar su fecundidad, que no era un comportamiento generalizado cuando se encontraban en los primeros años de su período reproductivo y precisamente podían hacerlo, porque tenían mayor información y proyectos de vida que justificaban la posposición de la maternidad.

En síntesis, es claro que usar anticonceptivos antes de un primer evento genésico tiene un impacto significativo sobre la fecundidad adolescente, que incluso, puede ser mayor al observado con la información que en este apartado se analiza, porque hay además un porcentaje de mujeres que además de no tener un embarazo en la adolescencia, no se han embarazado a lo largo de su período reproductivo como resultado de usar anticonceptivos eficientes.

10. El inicio de la unión conyugal.

Uno de los cambios demográficos más significativos observables en los años recientes, ha sido el incremento en la edad a la primera unión entre las generaciones más jóvenes. Estos cambios apenas se perciben a través de indicadores como la edad media o la edad mediana a la primera unión, cuando estas se calculan a partir de la información censal, ya que se realizan con procedimientos indirectos que la mayoría de las veces usan información agregada por grupos quinquenales de edad o incorporan problemas de mala calidad en la información. Sin embargo, cuando tenemos información de encuestas especializadas sobre la historia conyugal, es posible desarrollar análisis más preciso que permiten ver los cambios mencionados.

Cada generación más joven muestra como disminuye en la adolescencia el porcentaje de mujeres unidas, de tal manera que mientras el 36 por ciento de las mujeres de 45 a 49 años habían iniciado su unión antes de los 20 años, este porcentaje se reduce al 25 por ciento entre las mujeres de 20 a 24 años de edad. Puede decirse que en un cuarto de siglo el cambio ha representado poco menos de medio punto porcentual por año.

Puede verse también que a los 21 años al menos la mitad de las mujeres de 25 años o más se han unido conyugalmente.

A pesar de que el matrimonio o unión consensual, es una acción que involucra a más del noventa por ciento de la población femenina en este país y que antes de los 25 años alrededor del 70 por ciento de las mujeres se han unido conyugalmente, en el estado de Sonora es ya evidente que entre las mujeres más jóvenes, las proporciones de mujeres que están ya unidas a la edad mencionada, disminuyen de manera significativa por lo que es posible suponer, que la unión conyugal se pospondrá cada vez más por encima de los 25 años.

Cuadro No. 38

Porcentaje acumulado de mujeres según edad al inicio de su unión conyugal en años cumplidos, por grupos de edad. Sonora 1997.

Edad al iniciar su unión conyugal	Grupos de edad					
	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
antes de 16	6.4	7.4	13.4	12.3	14.7	11.9
antes de 17	10.8	14.1	19.5	20.6	20.4	18.7
antes de 18	16.4	22.5	27.8	29.0	30.4	28.6
antes de 19	25.1	30.3	36.9	37.3	39.7	36.2
antes de 20	35.0	38.6	44.6	47.9	49.6	45.5
antes de 21		47.5	53.1	53.1	58.9	50.8
antes de 22		53.7	60.8	56.9	62.0	59.7
antes de 23		58.9	65.6	62.2	67.2	65.8
antes de 24		62.4	71.2	64.6	72.9	71.0
antes de 25		65.0	73.9	69.7	76.8	74.2

Fuente: ENADID-97

10.1 El inicio de la unión conyugal según nivel de escolaridad.

Los cambios generacionales en la edad de inicio de la unión conyugal, son el resultado fundamentalmente de las transformaciones que se han venido produciendo en las condiciones sociales de las mujeres de cada generación, especialmente en lo que respecta a su participación en la actividad económica y en su nivel de escolaridad. De esta manera, un mayor nivel educativo está asociado con una edad a la unión también mayor y esto lo refleja nuestra información.

Las mujeres que no fueron a la escuela o no completaron la educación primaria, son las que en mayor porcentaje se unieron durante la adolescencia, en relación con las mujeres con mayor escolaridad y esto se observa en el caso de las mujeres más jóvenes, pero esta situación ya no es tan clara en las mujeres más viejas, en que prácticamente no hay diferencias con aquellas mujeres que completaron la educación primaria.

Persisten desde luego, las diferencias con aquellas que tienen al menos educación secundaria y entre estas, de manera consistente, para todas las generaciones el porcentaje de mujeres unidas antes de los 2 años fluctúa en alrededor de 30 por ciento.

Cuadro No. 39
Porcentaje acumulado del total de mujeres que inició su unión en la adolescencia por nivel de escolaridad y grupos de edad

Sonora 1997

	Nivel de escolaridad			
Edad	**No Completó primaria**	**Primaria completa**	**Secundaria o más**	**Total**
20-24	50.8	45.8	32.4	35.0
25-29	55.0	43.8	36.3	38.6
30-34	78.0	68.3	32.5	44.6
40-44	57.1	59.6	30.9	49.6
45-49	57.5	59.7	---*	45.5

ENADID – 97
* Número insuficiente de casos en muestra

11. Embarazo adolescente y estado conyugal.

La información disponible generada por las encuestas de fecundidad que desde los años 60 se han realizado en este país, en las áreas metropolitanas (PECFAL-URBANO, como parte del Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina), en las áreas rurales (PECFAL-RURAL) o en todo el país (la primera encuesta nacional fue la Encuesta Mexicana de Fecundidad realizada en 1976 y después de ésta se han realizado una serie de cinco encuestas), han mostrado de qué manera fecundidad e inicio de la unión conyugal están relacionadas y han documentado la manera en que el embarazo y el nacimiento de un hijo lleva a formalizar una unión y como este relación se manifiesta de manera diferencial según la unión de la mujer embarazada. Así, esta información muestra que a diferencia de la idea generalizada de que entre las mujeres jóvenes es mayor la incidencia de los embarazos y nacimientos prenupciales y estos eventos hacen que las mujeres se unan, no son estas mujeres las que muestran la mayor proporción de embarazos prenupciales y esto se incrementa entre las mujeres de mayor edad de tal forma que incluso, puede hablarse de que el embarazo forma parte de una estrategia para precipitar el inicio de un matrimonio entre las mujeres mayores de 30 años de edad.

Resulta por tanto relevante un análisis de la secuencia en que se produce el nacimiento del primer hijo y el inicio de la unión conyugal a través de la información más reciente y en este caso específico para el estado de Sonora.

11.1 Fecundidad y estado conyugal.

Como es posible suponer, la mayor parte de las mujeres que ha tenido hijos han establecido también a lo largo de su vida una relación conyugal, incluso la mayor parte de los nacimientos en este país, son producto de embarazos de mujeres en unión conyugal. Sin embargo, resulta interesante identificar la relación entre el embarazo adolescente y el estado conyugal de una mujer.

Al considerar únicamente a las mujeres que tuvieron un hijo antes de cumplir 20 años de edad, se observa que la mayor parte se declaró en unión conyugal.

Si sólo tomamos en cuenta a las adolescentes que ya en 1997 habían sido madres, el 78 por ciento se declaró casada o conviviente.

La población analizada de 15 a 49 años de edad, está diferenciada en dos grupos: las mujeres menores de 30 años entre las cuales alrededor del

porcentaje mencionado (78 %), se declaró unida al tener a su primer hijo en la adolescencia y las mujeres de 30 a 49 años, quienes en un mayor porcentaje se declararon en unión conyugal. Es posible suponer que estos datos reflejen una edad al matrimonio menor entre las mujeres de éstas generaciones con respecto a las mujeres más jóvenes y por otra parte, la necesidad de legitimar socialmente el producto de su embarazo que las llevó a unirse tan pronto se supieron embarazadas.

En el caso de las adolescentes de Sonora, el 77 por ciento que han sido madres antes de los 20 años de edad se declaran unidas en matrimonio o en unión consensual, el 15 por ciento solteras y sorprende el hecho de que el 7 por ciento manifiestan estar separadas o divorciadas. Sin embargo, más que suponer que el embarazo adolescente en este grupo de edad está relacionado con la inestabilidad conyugal, es posible que muchas de estas jóvenes declararon haber tenido una unión conyugal, para evitar ser consideradas como madres solteras por la sanción social que todavía esto representa.

En todos los grupos de edad, aquellas mujeres que tuvieron un hijo en la adolescencia, muestran en un mayor porcentaje de divorciadas y por lo tanto podría suponerse que el embarazo adolescente es un factor de inestabilidad conyugal. En el caso de Sonora es difícil establecer una posible relación entre embarazo adolescente e inestabilidad conyugal por la sencilla razón de que el divorcio o la separación tienen muy poca incidencia entre la población. Sólo el 2.3 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años se declararon divorciadas o separadas. Sin embargo, si puede decirse que para las mujeres que han tenido hijos, los datos sugieren que ser madre en la adolescencia, constituye un factor de riesgo para terminar una relación conyugal por separación y esto como podría pensarse, no sólo tiene que ver con el hecho de tener más amplias duraciones matrimoniales, ya que en todos los grupos de edad, las mujeres separadas entre las madres adolescentes son muy superiores a quienes tuvieron a su primer hijo después de los 20 años.

Cuadro no. 40
Distribución porcentual de mujeres de 20 años o más que han tenido al menos un hijo, según si tuvieron al hijo en la adolescencia y estado de la primera unión por grupos de edad.

Sonora 1997

Grupos de edad	Madre adolescente	Nunca unida	Permanece Unida	Permanece casada	Separada	Divorciada	Viuda	Total
20-24	Sí	11.0	31.4	45.4	11.2	0.9	0.0	100.0
	No	5.0	16.7	68.4	8.8	0.0	1.1	100.0
25-59	Sí	6.9	18.1	48.8	15.8	9.0	1.4	100.0
	No	6.6	18.0	67.0	6.8	0.9	0.7	100.0
3 0-34	Sí	0.0	20.7	47.3	22.4	3.9	5.7	100.0
	No	6.5	9.1	68.5	8.9	4.6	2.5	100.0
35-39	Sí	0.9	9.0	48.6	27.7	11.5	2.3	100.0
	No	5.4	7.3	71.6	12.4	3.3	0.0	100.0
40-44	Sí	1.9	6.3	56.6	16.4	14.1	4.7	100.0
	No	4.5	6.2	65.3	11.9	7.6	4.6	100.0
45-49	Sí	0.0	6.4	60.2	14.0	6.9	12.5	100.0
	No	3.6	6.3	69.7	10.6	7.3	2.5	100.0

Fuente: ENADID-97.

11.2 Fecundidad adolescente e intervalo protogenésico.

Otra manera de mirar la relación entre fecundidad adolescente y estado conyugal es a través de la estimación del intervalo protogenésico, es decir, el lapso que transcurre entre el inicio de la unión y el nacimiento del primer hijo. El punto de inicio de este intervalo es la fecha de la unión conyugal, porque la mayor parte de los nacimientos ocurren después de que la mujer se une, sin embargo, en algunos casos el nacimiento del primer hijo ocurre antes de la unión y en esta situación se genera un intervalo protogenésico negativo.

Para el caso del total de mujeres que han tenido al menos un hijo, las que fueron madres en la adolescencia, tienen un intervalo negativo ligeramente superior al de aquellas que tuvieron a su primer hijo después de los 20 años y una duración media de este primer intervalo que muestra que el mayor porcentaje de mujeres que ha tenido ya un hijo en los dos primeros años de unión conyugal.

Un porcentaje también mayor de las madres adolescentes no se ha unido, sin embargo, las diferencias en esta población no son tan significativas como podría esperarse.

Cuadro No. 41

Mujeres de 20 años o más que han tenido al menos un hijo según amplitud del intervalo protogenésico y maternidad en la adolescencia. Sonora 1997

Madre Adolescente	Intervalo						
	Negativo	0 a 7 meses	8 a 12 meses	13 a 24 meses	más de 2 años	nunca unida	Total
Sí	8.4	11.5	36.2	24.6	11.9	7.4	100.0
No	6.9	11.1	31.2	25.1	19.0	6.8	100.0

Fuente: ENADID – 97

Cuadro No. 42

Distribución porcentual de mujeres de 20 años o más, alguna vez unidas y que han tenido al menos un hijo según amplitud del intervalo protogenésico y maternidad en la adolescencia Sonora 1997

Madre Adolescente	Intervalo					
	Negativo	0 a 7 meses	8 a 12 meses	13 a 24 meses	más de 2 años	Total
Sí	9.8	11.8	38.8	27.3	12.3	100.0
No	6.4	12.1	34.5	27.0	19.9	100.0

Fuente: ENAID - 97

Si la atención se dirige a las mujeres alguna vez unidas, el porcentaje con intervalo protogenésico negativo es aún mayor que el observado para el total de mujeres.

Más allá de un efecto de la maternidad adolescente sobre el intervalo protogenésico, los datos analizados permiten estimar que alrededor de un 20 por ciento de las mujeres en unión conyugal, que ha tenido al menos un hijo, o bien había sido madre antes de unirse o estaba embarazada cuando se unió y habrá que estimar en que medida el embarazo hizo que estas mujeres se unieran.

No es por cierto ésta, una situación limitada a las mujeres adolescentes, los datos nacionales permiten observar que los intervalos negativos y especialmente los nacimientos en los primeros ocho meses de unión, se incrementan con la edad de la mujer. ¿Puede considerarse el embarazo una estrategia para iniciar una unión?. La información disponible no permite responder a esta pregunta, pero queda planteada para futuras investigaciones.

Cuadro No. 43
Distribución porcentual de mujeres de 20 años o más, alguna vez unidas según amplitud del intervalo protogenésico y maternidad en la adolescencia. Sonora 1997

Madre Adolescente	Intervalo						
	Negativo	0 a 7 meses	8 a 12 meses	13 a 24 meses	más de 2 años	sin hijos	Total
Sí	9.0	12.4	39.1	26.5	12.9	---	100.0
No	5.1	8.2	23.1	18.6	14.1	30.9	100.0

Fuente: ENADID - 97

11.3 Embarazo en la adolescencia y resultado del embarazo.

Una de las situaciones que en mayor medida hacen que se califique como un problema, al embarazo adolescente, es su relación con la salud de la madre y el hijo y más específicamente, con el mayor riesgo de muerte que enfrentan durante el primer año de vida los hijos de madres jóvenes.

Los orígenes de esta mayor mortalidad infantil no han sido establecidos con claridad, lo que ha permitido que se ponga en duda la existencia de una relación causal entre la edad de la madre y una mayor mortalidad.

La información analizada, muestra una mayor proporción de muertes en el primer año de vida entre los hijos de madres menores de 20 años en relación con las mujeres que tienen a sus hijos después de esta edad. Entre las madres adolescentes de cada 100 de sus primeros nacimientos 6.2 fallecen durante el primer año de vida, comparado con un 2.9 por ciento para las mujeres que son madres por primera vez a una edad mayor. Esta situación ha sido demostrada por otros autores a nivel internacional con la información de la Encuesta Mundial de Fecundidad y se confirma en México para los años recientes.

Se puede pensar que este mayor riesgo de mortalidad se origina en el hecho de que una gran proporción de las madres adolescentes proviene de grupos sociales que tienen un acceso limitado a los servicios de salud; sin embargo, si aceptamos que el nivel de escolaridad refleja la condición socioeconómica de las mujeres, la información muestra que la mortalidad infantil es mayor entre los hijos de madres menores de 20 años, cualquiera que sea su nivel de escolaridad, comparado con la mortalidad de los primogénitos que se conciben a edades mayores.

Los datos de las encuestas analizadas en esta investigación confirman las consideraciones hechas en párrafos anteriores.

En el estado de Sonora, al clasificar el primer evento genésico según la edad de la mujer, se ven claras diferencias en el resultado del embarazo según la edad de la madre. El número de abortos se incrementa de manera significativa después de los 20 años y supera el diez por ciento de los embarazos entre mujeres de 25 años de edad o más. En virtud de que no se conoce la naturaleza de los abortos reportados, no se puede establecer como se distribuye este evento entre abortos espontáneos y provocados, aunque puede suponerse que la incidencia de los abortos provocados se incrementa con la edad de la mujer.
La situación más relevante, se desprende del análisis de lo que sucede si el resultado del primer embarazo es un hijo nacido vivo. La mortalidad infantil es claramente superior en el caso de las madres adolescentes. Incluso, el porcentaje de menores de un año fallecidos de madres menores de 18 años, duplica el nivel de mortalidad infantil estimado a nivel nacional en años recientes.

Sin poder establecer con la información disponible el origen de esta relación es posible afirmar que una reducción en la fecundidad adolescente puede traer como consecuencia una disminución en el nivel de mortalidad infantil.

En resumen, si al analizar la fecundidad adolescente establecemos un corte que permita separar la edad al primer evento de la historia genésica a una edad más temprana, que los 20 años, en este caso separando a las mujeres que tuvieron este evento de menos de 18 años de edad, se observa que estas mujeres presentan una incidencia de abortos y de hijos que murieron durante su primer año de vida mayor a la de las mujeres con este primer evento a una edad mayor pero aún dentro de la adolescencia.

Cuadro No. 44

Distribución porcentual de mujeres que han tenido al menos un evento genésico según la edad al que tuvieron el primer evento y resultado

Sonora 1997

Edad al primer evento	Nacido vivo	Nacido vivo y murió el 1er año vida	Mortinato	Aborto	Total
Menor de 18 años	88.4	5.7	0.5	5.4	100.0
18	89.1	2.7	3.3	5.0	100.0
19	90.2	3.9	1.1	4.7	100.0
20-24	89.4	1.9	1.3	7.4	100.0
25 o más	86.3	1.6	1.6	10.5	100.0

Fuente: ENADID-97

12. Conclusiones y recomendaciones.

El análisis de la fecundidad adolescente en el estado de Sonora con la información disponible, hace evidente que su nivel va en descenso y que su incidencia presenta un diferencial significativo entre grupos socioeconómicos, lo que se muestra claramente al considerar la escolaridad de las mujeres.

A través de las estadísticas de nacimientos se percibe que para una proporción importante de madres adolescentes, el nacimiento de un hijo antes de los 20 años constituye una experiencia que se presenta en más de una ocasión y que por tanto, es una indicación del inicio de una historia genésica que no necesariamente se origina en un hecho accidental producto de un embarazo no planeado, especialmente en el caso de las mujeres con menor nivel de escolaridad. Una vez que estas mujeres tienen a su primer hijo en la adolescencia, en este período de su vida, es decir, antes de los 20 años, pueden tener más de un hijo.

La disminución de la fecundidad adolescente, se constata al observar la edad al nacimiento del primer hijo entre las generaciones, de tal manera que entre las generaciones más jóvenes se observa como este inicio de la maternidad se ha retardado.

Respecto a la práctica anticonceptiva hay un inicio cada vez más temprano y entre las generaciones se observa un cambio sustantivo en su comportamiento, que sin embargo, esta mediado por el inicio de la unión conyugal, es decir, los datos permiten estimar que el uso de anticonceptivos sólo aparece de manera significativa entre las jóvenes unidas.

Además, se observa que ha diferencia de lo que ha sucedido con las mujeres de más edad para las cuales el primer método usado ha sido mayoritariamente la esterilización, las mujeres jóvenes eligen otros métodos que al ser utilizados en forma temprana pueden retardar el inicio de la maternidad, incrementar la duración de los intervalos genésicos y finalmente la fecundidad total.

De manera indirecta se puede inferir, al analizar la edad de inicio en el uso de anticonceptivos y la edad del primer embarazo, que una parte importante de las adolescentes no parece haber usado anticonceptivos para evitar el embarazo. Habría que constatar si, como ha sido evidente en otras entidades de la república, las adolescentes no usaron anticonceptivos porque querían

quedar embarazadas. Este hallazgo tiene profundas implicaciones para la implementación de programas y políticas que quieran incidir sobre la fecundidad adolescente, porque se muestra que no es sólo con la información como se puede incrementar el uso de anticonceptivos. Debe recordarse que el conocimiento de métodos para controlar la fecundidad es prácticamente universal entre las jóvenes.

Del análisis de la fecundidad adolescente se hace evidente que la sociedad debe crear una serie de condiciones relevantes a partir de las cuales se generan factores de protección al riesgo de un embarazo en la adolescencia. Estas son:

a).-Estructura y dinámica familiares congruentes con los procesos básicos y las funciones de la familia.
b).-Instituciones efectivas para atender las demandas de los adolescentes.
c).-Políticas sociales en que se reconozca a los adolescentes.
d).-Desarrollo de sistemas de servicios de salud con programas dedicados a esta población.
e).-Generación de microambientes familiares, escolares y laborales que sean saludables y propicios para el desarrollo de la gente joven.
f).-Capacitación para generar niveles crecientes de autocuidado y de responsabilidad entre hombres y mujeres en relación con su salud reproductiva.
g).-Establecimiento de sistemas de ayuda mutua entre los jóvenes y redes sociales de apoyo. h).- Generar un sistema legal que promueva la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. i).- Promover la creación de sistemas de comunicación oportuna y efectiva entre adultos y jóvenes; y. j).- Generar condiciones para que los jóvenes estén en posibilidades de construir proyectos de vida viables.

El análisis de la fecundidad adolescente pretende hacer evidente las problemáticas que puedan ser enfrentadas por acciones como las mencionadas, que formen parte de políticas sociales más amplias de atención a los jóvenes.Una política que garantice que la población joven tiene acceso a los servicios de salud, debe formar parte de la política más general de salud dirigida a toda la población; sin embargo, las características sociodemográficas, sus comportamientos y actitudes, y los procesos biológicos que definen el paso de la infancia a la edad adulta, hacen necesario definir programas específicos para esta población dentro del marco de una política sectorial en esta materia teniendo como referente una política social que garantice además el acceso a la educación, la vivienda y la alimentación.

Una exposición sistemática sobre este tema requiere identificar las acciones que desde el Estado es posible impulsar y las interacciones entre la sociedad y la salud de los jóvenes, de tal manera que éstas interacciones se modifiquen para dar mayores oportunidades de vivir en condiciones de bienestar.

El contexto socioeconómico y la implementación de un determinado modelo de desarrollo influencian los estilos de vida y las oportunidades de acceder a los servicios de salud. En otro nivel, la dinámica demográfica y los cambios culturales, afectan las condiciones de salud de los individuos en la medida en que se transforman las conductas y aparecen nuevos factores de riesgo o protección.

El entorno más inmediato, definido por la familia, el lugar de estudio, trabajo o diversión, constituye la influencia más directa sobre las condiciones de salud de los jóvenes y desde la acción sobre este ambiente elemental es que tiene que pensarse una política en materia de salud que incida sobre el embarazo y la fecundidad adolescente.

La necesidad de una política social efectiva hace indispensable la inclusión en la discusión de temas como democracia y salud, la seguridad social y la reforma del sector, salud y pobreza, sólo para mencionar algunos de los más relevantes.

Garantizar el acceso a los servicios de salud requiere también de la definición programática de estrategias concretas para que estos servicios alcancen a los jóvenes en el primer, segundo y tercer nivel de atención con la mayor eficiencia.

Deben ampliarse los espacios que se otorgan a los jóvenes en la formulación de políticas, planes y programas de salud.

Especial atención debe prestarse en programas educativos para hacer evidente las conductas de riesgo a la salud, de tal manera que se identifiquen los factores de riesgo como una característica o circunstancia cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un daño o resultado no deseado. En este caso específico, un embarazo no deseado.

Entre los comportamientos generadores de riesgo para la salud, se destacan la deserción escolar, el suicidio, la violencia, el uso de drogas, los accidentes y desde luego el embarazo precoz.

Al mismo tiempo se podrán identificar los factores protectores como un mecanismo no sólo para prevenir daños sino también para promover la salud cuando se actúa con anticipación.

No resulta exagerado pensar que las instituciones constituyan un apoyo a la construcción de proyectos de vida entre los jóvenes.

En resumen, las instituciones deben impulsar acciones en dos etapas: en una primera etapa acciones de prevención; caracterizadas por sus alcances sobre las prácticas que signifiquen un riesgo para la salud de los jóvenes como son prácticas sexuales sin protección, relacionadas con enfermedades de transmisión sexual; embarazo adolescente; consumo de tabaco, alcohol y drogas. Y en una segunda etapa: acciones de prevención en las que intervengan otros sectores además de la acción pública, fundamentalmente la familia, la escuela y la comunidad.

En cualquier contexto, el embarazo precoz limita las posibilidades de desarrollo de la mujer, o cuando menos le asigna una carga de responsabilidades mayor y refuerza su carácter dependiente al limitar al ejercicio de la maternidad su rol como individuo en la familia.

Una política que garantice que la población joven puede acceder a la maternidad y a la paternidad como parte de su proyecto de vida, debe formar parte de la política más general dirigida a toda la población; sin embargo, las características sociodemográficas, sus comportamientos, actitudes, y los procesos biológicos que definen el paso de la infancia a la edad adulta, hacen necesario definir programas específicos para esta población dentro del marco de una política sectorial en esta materia teniendo como referente una política social que le garantice el acceso a la educación, la vivienda y la alimentación.

Una exposición sistemática sobre este tema requiere identificar las acciones que desde el Estado es posible impulsar y las interacciones entre la sociedad y la salud de los jóvenes, de tal manera que éstas interacciones se modifiquen para dar mayores oportunidades de vivir en condiciones de bienestar.

El contexto socioeconómico y la implementación de un determinado modelo de desarrollo influencian los estilo de vida y las oportunidades de acceder a los bienes sociales. En otro nivel, la dinámica demográfica y los cambios culturales afectan las condiciones de los individuos en la medida en que se transforman las conductas y aparecen nuevos factores de riesgo o protección.

El entorno más inmediato, definido por la familia, el lugar de estudio, trabajo o diversión, constituye la influencia más directa sobre las condiciones de vida y desde la acción sobre este ambiente elemental es que tiene que pensarse una política social para los jóvenes.

Finalmente, debe subrayarse que a pesar del conocimiento cada vez mayor que tenemos sobre el embarazo en la adolescencia es necesario promover investigaciones sobre este tema en contextos geográficos y culturales muy específicos con la idea de diseñar políticas, para enfrentar este fenómeno que consideramos un problema tanto demográfico como social y que en proporción importante es una manifestación de los procesos de exclusión social que forman parte del modelo de desarrollo.

BIBLIOGRAFIA.

Blanc, Ann K. Y Ann A. Way. 1998. Sexual behavior, Contraceptive Knowledge and Use. Studies in Family Planning. Vol. 29 No. 2 pp. 106-116.

Buvinic, Mayra. 1998. The Costs of Adolescent Childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala and Mexico Studies in Family Planning. Vol. 29 No. 2 pp. 201-209.

Card, J.J. 1981. Long-term consequences for children of teenage parents. Demography, Vol. 18, No. 2 pp. 137-156.

Constance A. Nathanson 1991. Dangerous Passage: The Social Control of Sexuality in Women's Adolescence. Temple University Press

Cooksey, Elizabeth. 1990. Factors in the resolution of adolescent premarital pregnancy. Demography, vol 27, no. 2 May.

Furstenberg, Frank F. 1998. When Will Teenage Childbearing Become a Problem ?.The Implications Of Western Experience for Developing Countries. Studies in Family Planning. Vol. 29 No. 2 pp. 246-253.

Gage, Anastasia J. 1998. Sexual Activity and Contraceptive Use: The Components of the Decisionmaking Process. Familiy Planning. Vol 29, No. 2 pp. 117-154-166.

Kahn, Joan R, Ronald Rindfuss y David Gulkey. 1990. Adolescent Contraceptive Method Choice. Demography, Vol 25, No. 5, pp 325-335.

Langer, Lilly M.; Zimmerman, Rick S.; Katz, Jennifer A. 1994. Which is more important to high school students: preventing pregnancy or preventing AIDS? Family Planning Perspectives, Vol. 26, No. 4, Jul-Aug pp.154-159.

National Research Council. 1990. Anticoncepción y Reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.

Riley, Ann P. 1994 .Determinants of adolescent fertility and its consequences for maternal health, with special reference to rural Bangladesh. In: Human reproductive ecology: interactions of environment, fertility, and behavior, edited by Kenneth L. Campbell and James W. Wood. Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 709, pp. 86-100 . New York Academy of Sciences: New York.

Senderowitz, Judith. 1995. Adolescent health: reassessing the passage to adulthood. World Bank Discussion Paper, No. 272, 54 pp. World Bank: Washington, D.C

Singh, Susheela. 1998. Adolescent Childbearing. Studies in Familiy Planning. Vol 29, No. 2 pp. 117-136.

United Nations.1989. Adolescent reproductive behavior: Evidence from developing countries. Population Studies Series,No. 109.

Udry, Richard y R.L. Cliquet. 1982. A cross-cultural examination of the relationship between ages at menarche, marriage, and first birth. Demography, Vol. 19, No. 1, pp. 53-63.