

Perfil de salud reproductiva de los adolescentes mexicanos

Anameli Monroy,* L. Velasco,** M. Velasco,***

Resumen

La población de adolescentes y jóvenes en México representa casi 33% del total. Es menester atender las necesidades de salud reproductiva de esta parte de la población, para ello es indispensable conocer las principales características de este grupo, conformando un perfil de salud reproductiva para la misma, lo cual implica la revisión de algunas definiciones (sexualidad y salud sexual, etc), así como de los compromisos generales de México en las distintas conferencias internacionales. De la revisión desarrollada se concluye la necesidad de que este grupo cuente con los elementos que le permita ejercer realmente su derecho a la información y servicios adecuados en ausencia de cualquier tipo de discriminación y adecuados a las condiciones sociales y económicas.

Palabras clave: *Población adolescente, perfil, atención.*

En los últimos años la población adolescente de la región latinoamericana y México no es la excepción, se ha incrementado considerablemente. De acuerdo al Consejo Nacional de Población, existen 91'158,290 habitantes, de los cuales 30'209,543 son adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. De ellos, 10'670,048 están entre 10 y 14 años de edad; 10'142,171 entre los 15 y 18 años y 9'397,424 entre los 20 y 24. Es decir, del total de la población de México, casi 33% de la población es de adolescentes y jóvenes,¹ 51% de mujeres y 49% de varones.²

Summary

The population of adolescents and youths in Mexico represents nearly 33% of the total. It is vital to attend to the necessities of reproductive health in this sector of the population, and thus it is indispensable to know the principal characteristics of this group, making up a profile of reproductive health for attention to the necessities of reproductive health in this sector. This implies review of the definitions of sexuality and sexual health, etc., in addition to the general commitments of Mexico in the different international conferences. From the review developed, it was concluded that this group needs to have the elements to truly exercise their right to information and adequate services in the absence of any type of discrimination and elements adequate for the existing social and economic conditions.

Key words: *Adolescent population, profile, care.*

Para conocer el *perfil de la salud reproductiva* de un país, es necesario tomar en cuenta el de sus adolescentes y jóvenes, cuyos estilos de vida sexual se reflejarán en la tasa de crecimiento y la salud futuras del país y por tanto en su desarrollo económico y social.

Para entender la salud y la sexualidad en la adolescencia, se requiere enmarcarla dentro de los conceptos generales que rigen a estos temas:³

La Declaración de los Derechos Humanos promulgados en Ginebra en 1948, nos habla que todo

* Presidenta de CORA.

** Asesora de Enseñanza y Evaluación. CORA.

*** Director General CORA.

ser humano (sin importar edad, estado civil, raza, religión, condición socioeconómica y otras características), tiene derecho a su integridad física, psicológica y social, o sea, a la salud y que la comunidad social tiene la obligación de proveerle todos los elementos básicos que coadyuven a ello.

Para ejercer este derecho, el ser humano tiene que contar con la información necesaria que le permita conservar su salud y buscar tratamiento adecuado cuando lo requiera. Sólo el conocimiento veraz y oportuno le brindará la oportunidad de decidir entre las diversas opciones que se le vayan presentando durante su vida. A este proceso se le llama educación para la salud y ésta debe inculcarle desde pequeño, responsabilidad personal, familiar y colectiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud integral como el estado de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedades o afecciones. Este enfoque que dimensiona a la condición humana se proyecta y dinamiza mediante las estrategias de salud primordial consolidadas en Alma-Ata, en donde también se destaca el enfoque multidisciplinario, multisectorial y la participación comunitaria como cimientos de la construcción de la salud de la población.

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986, se considera que la salud es una dimensión importante de la calidad de la vida, destacándose una serie de requisitos que implican intervención multisectorial. Se señala que la promoción debe centrarse en la equidad, dirigiendo su acción a reducir las diferencias y asegurar la igualdad de oportunidades y recursos que faciliten a toda la población los medios de desarrollar al máximo su salud potencial. Se realza también la significación de los estilos de vida en la salud que se crean en el marco de la vida cotidiana. También se asigna valor a los cuidados que cada persona pueda dispensarse a sí misma y a otros, así como la capacidad de tomar decisiones y de asegurar que la sociedad, en la cual uno viva, ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

La sexualidad se define como una forma de expresión integral de todos los seres humanos, en las diferentes etapas de su vida, vinculada a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sexo, que está influida por el contexto histórico, geográfico y social en el que se desarrolla.

Los aspectos cualitativos que diferencian a la sexualidad humana de otras especies son los

rasgos de placer, de afectividad, de comunicación, creatividad ético y procreativo opcional. En otras palabras, el placer contribuye al bienestar individual, al enriquecimiento de la personalidad y al desarrollo del vínculo con otros pero sin olvidar los aspectos afectivos pues la capacidad de amar constituye un componente eminentemente humano y hace más significativo y trascendente dicho vínculo. Más aún, es en donde la posibilidad de la procreación queda abierta como una opción y logro de dos personas que consciente, libre y con responsabilidad compartida deciden la creación de un nuevo ser.⁴

El concepto de Salud Sexual propuesto por un Comité de Expertos de la OMS en 1974 se planteó como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.⁵

Como se puede ver, la integración de estos conceptos supera los aspectos reproductivos o patológicos y trasciende la concepción patriarcal que ha desvirtuado la sexualidad humana y permeado tradicionalmente las ciencias médicas. Los criterios actuales aparecen como expresión de las nuevas tendencias en las ciencias de la salud y están acordes con los principios de la bioética. Los profesionales de la salud y la educación, tienen que hablar de todos los cuidados que requiere el ser humano para crecer y conservarse sano sexualmente así como la forma de reproducirse de acuerdo a las normas de salud individual y colectiva. De estos dos conceptos surge el enlace existente entre salud y sexualidad. No se concibe el logro de la salud integral de las personas sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad. Tampoco es posible su ejercicio pleno y satisfactorio si existen situaciones que afecten la salud de las personas en lo somático y/o social.

A partir de las Conferencias Internacionales de Derechos Humanos (Viena 1993), la de Población y Desarrollo (Cairo, 1994), la Cuarta Reunión Internacional de la Mujer (Beijing, 1995) y la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), el concepto que surge para envolver a los conceptos de salud sexual y reproducción en el contexto de salud integral, es el de salud sexual y reproductiva. Estos acuerdos internacionales re-

flejan el sólido compromiso de los gobiernos en “pro del desarrollo centrado en la persona” sobre la base de algunos principios básicos.

En las Reuniones de Cairo y Beijing se hizo hincapié en que una buena salud sexual y reproductiva iba más allá de la demografía y la planificación familiar pues es un requisito previo para lograr el progreso socioeconómico y el desarrollo sostenible.

“Debe ser una meta prioritaria para todos los programas nacionales el asegurar el acceso universal a una amplia gama de información y servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente para las mujeres, adolescentes y jóvenes, sin importar su condición”.

En la 42ª. Asamblea Mundial de la Salud, durante las Discusiones Técnicas en Salud de los Adolescentes y Jóvenes (Ginebra, 1989), y posteriormente, en la Asamblea General de la Organización Panamericana de la Salud (Washington, 1993), los Secretarios de Salud, firman las sugerencias técnicas y los compromisos para los programas de Salud de los adolescentes y jóvenes basadas en las declaraciones de Alma-Ata, en donde la participación de los diferentes sectores de la comunidad y en especial de los mismos adolescentes y jóvenes; el enfoque preventivo, formativo, multidisciplinario y participativo toman especial relevancia en este grupo etéreo tan importante en toda sociedad en desarrollo o desarrollada.⁶

El hecho de abordar lo relativo a la salud y los derechos sexuales y reproductivos supone incorporar la comprensión de la relación que existe entre los factores sociales, culturales, económicos, políticos y de género. Exige entender que la salud y los derechos, sexuales y reproductivos son factores fundamentales del desarrollo.³

Resumen de los compromisos generales de los gobiernos ³

Aplicar y hacer cumplir los compromisos interrelacionados respecto del desarrollo sostenible centrado en las personas y los derechos humanos previstos en la legislación nacional y en los acuerdos internacionales de conferencias, cartas, declaraciones, programas.

En dichos acuerdos asegurar un criterio integrado e intersectorial, erradicar la pobreza a fin de lograr las metas de salud, reconocer que el mejoramiento de la salud está inseparablemente unido a un medio ambiente sano y en prevenir el efecto de los problemas ambientales de la salud; en asegurar el acceso universal en igualdad de condiciones a la educación básica de calidad; reconocer la igualdad y equidad de género y la emancipación de la mujer. Elaborar una estrategia nacional amplia que permita proporcionar acceso universal y en condiciones de igualdad a los servicios de atención primaria de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Fijar metas y plazos para mejorar la salud y planificar y ejecutar, supervisar y evaluar los programas. Promover la responsabilidad masculina y femenina y la asociación de igualdad entre hombres y mujeres de todas las edades, para compartir por igual los derechos y responsabilidades en todas las esferas de la vida pública y privada.

En la Reunión Internacional de Salud Adolescente organizada por la Federación Latinoamericana de Salud Adolescente (FELASSA) en México, 1994⁷ y en el VI Congreso de Salud Adolescente organizado por la Asociación Internacional de Salud Reproductiva (IAAH) en Vancouver en 1995, el tema de la Salud Sexual y Reproductiva apareció como una prioridad de salud en este grupo y se discutieron los estilos de vida sexual y reproductiva de la juventud.

En México, ante la iniciativa de la Dirección General de Planificación Familiar (ahora de Salud Reproductiva) de la SSA, en el año de 1993, se firmó La Declaración de Monterrey por los diferentes sectores gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales, en donde se comprometen a coordinar acciones para conformar la Red Intersectorial de Salud Adolescente (RIIASA) propuesta por CORA (Centro de Orientación para Adolescentes, A. C.).

Es importante conocer algunas características de la adolescencia y juventud mexicana, para poder aplicar las acciones recomendadas en los diferentes ámbitos. Asimismo es importante reconocer que por muchos años, no se tuvieron estadísticas específicas para este grupo de edad y que los autores reconocen el gran avance logrado en las estadísticas mexicanas en los últimos años,

pues hace algunos no hubiera podido hacerse la recopilación presentada en este trabajo. Es más, de un trabajo realizado en 1994⁸ por los autores de éste, se nota dicho avance. Sin embargo, aún hay discrepancia en los rangos de edad lo cual impide correlacionar los datos de los diferentes estudios. Otros datos no han tenido actualización después de la segunda mitad de la década de los 80's.

Solamente 23.5% de la población entre 15 y 24 años asiste a la escuela; 76.5% ya no está dentro del *sistema formal de educación*. Las mujeres desertan de la escuela en mayor grado que los varones (51.18% en comparación a 48.82%).

El pico de la *deserción* escolar en primaria, es el tercer grado de primaria.⁸ En un estudio, la *deserción* escolar en primaria fue de 3.6%, en secundaria 7.4%, en profesional medio 31.1%, en bachillerato 14.0% y en normal, y licenciatura 4.0% durante 1993 a 94. Estos datos contrastan con los del período 88-89 que fueron respectivamente 5.3%, 9.1%, 29.4%, 16.3%, 5.3%.⁹

El porcentaje de adolescentes que *trabajan*, es de 6.75% en el grupo 10-14, 35.17% en el de 15 a 19 años y 58.07% en el de 20-24 años.¹

Los factores que inciden en la salud reproductiva son el inicio de la *menarca*, la *edad al matrimonio o unión* y *edad al inicio de las relaciones sexuales* y el uso de métodos anticonceptivos y del preservativo, pues si las relaciones sexuales no son protegidas, los adolescentes y jóvenes están expuestos a embarazos no deseados ni deseables (a edades tempranas por ser embarazo de alto riesgo) y frecuentes, a las infecciones de transmisión sexual y al VIH/SIDA.⁸

La *edad a la menarca* ha disminuido considerablemente en las últimas dos décadas. En un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social se observó esta disminución claramente: en 1986 la edad media de la *menarca* era de 13.8 años y para 1991 era de 12.5 años.⁸

Los datos con los presentados en el siguiente cuadro, confirman la disminución mencionada:

La *edad media y mediana a la primera unión* es de 20 años en las mujeres y 23 en los hombres. Estos datos han variado del análisis hecho anteriormente en donde la edad media a la primera unión era de 19 años.

La *edad media a la primera relación sexual* en los hombres es de 16 años y 17 en las mujeres.^{5,6,8} y¹¹ 9.44% de las mujeres iniciaron sus relaciones

sexuales antes de los 14 años. 53% de los 15 a 19 años y 27% de los 20 a 24 años. 95% de los varones de 19 años había tenido una relación sexual.^{5,6,8,11}

A los 19 años, dos de cada cinco adolescentes mujeres se han *unido*, 57% de las mujeres de 15 a 19 años reporto haber tenido una *relación premarital*. De las mujeres 34% utilizó un *método anticonceptivo* en su primera relación sexual y 23% de los varones de 15 a 19 años lo utilizó.⁵ De las adolescentes unidas 36.4% usan un método anticonceptivo seguro.¹¹ Entre los métodos utilizados se encuentran los anticonceptivos hormonales (40.3%), el dispositivo intrauterino (3.5%) y los métodos de barrera, incluido el condón.¹¹

En dicha encuesta domiciliaria, representativa realizada en la ciudad de México, los adolescentes y jóvenes, en su mayoría, dijo utilizar el ritmo, pero sólo 26% del total de mujeres entrevistadas sabía cuándo es el período fértil de la mujer, 21% de las que no habían tenido relación sexual sabían cuando lo es y de las que reportaron el uso del "ritmo", sólo 34% conoce el período fértil de la mujer.⁵

El INEGI (1995) analiza que del promedio de mujeres que tienen hijos, el grupo 15-19 tuvo su primer hijo a los 17 años y el de 20-24 a los 19.2 años. Este dato varía del que había de que la edad al nacimiento del primer hijo era de 21 años.¹¹

Del total de *hijos nacidos vivos*, 16% aproximadamente es de madres menores de 20 años.¹¹ La tasa de fecundidad específica en adolescentes es de 78/1000 para 1994.¹¹ En el grupo 15-19, la tasa específica de fecundidad nacional para el quinquenio 1987-1991 es de 12.1; en el área urbana es de 11.7 y en la rural de 12.9. Para el grupo 15-24 años, la nacional es de 26.8, la urbana de 27.8 y la rural de 25.¹²

El *embarazo en adolescentes* es uno de los problemas que enfrenta el país, pues para 1995 se calcula que había 771,513 casos en jóvenes de 15 a 19 años. Dichos datos tienen limitaciones, pues no hay un período de referencia y su reporte aún no es totalmente confiable. Los datos de 14 años y menores no se han registrado formalmente en las encuestas de fecundidad ya que éstas, sólo han cubierto mujeres en edades de 15 a 44 años.¹³ Ha tenido un embarazo la mitad de las mujeres de 17 años; 2/3 antes de los 19 años y 81% antes de los 24 años.⁸

El *embarazo en adolescentes* se asocia con varias dificultades como la *soltería*, *el aborto*, *el*

sexo forzado, la deserción escolar, el desempleo y subempleo. De las concepciones reportadas 33% fue *premarital*.⁵ Del 26% de las madres adolescentes de 15 a 19 años, 14.24% (132,175) es soltera.¹³

De las casadas o unidas, un gran número se separa o divorcia posteriormente al embarazo o al nacimiento del bebé. Algunas de las solteras se casan posteriormente al nacimiento del niño o durante el embarazo. En el grupo 20 a 24 años se reportan 3,088,267 embarazos. De ellas, 13% (56,636) se dice soltera.¹³

Otra dificultad asociada al embarazo en este grupo de edad es el *aborto*, el cual en México es ilegal con algunas excepciones. Se reportan 32,573 (3.31%) abortos en jóvenes de 15 a 19 años. Este dato crece a 143,124 (14.55%) en las jóvenes de 20 a 24 años. No se cuenta con datos confiables en menores de 14 años. (Los datos aquí presentados cuentan con limitaciones legales y psicológicas que dan origen al subregistro).¹³

El *sexo forzado* (por vía física o emocional) es un gran problema que impacta física y emocionalmente a las personas y trasciende en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, del que poco se habla pero que existe entre los mismos familiares de las adolescentes, sobre todo en las más jóvenes. No todos los casos de violación son reportados por lo que no se conoce el problema en toda su extensión. En un estudio realizado por el Hospital de la Mujer, de la SSA, se reportó que del total de casos de violaciones reportadas durante 1996, el 60.5% era de adolescentes. De éstos, 23.38% en el grupo 10-14 años y el 37.2% en el de 15 a 19 años.¹⁴ De la casuística estudiada por CORA del Programa Educativo de Madres Adolescentes (CREA) y de los Círculos de madres Adolescentes (CMA) (1988 a 1994), se encontró que aproximadamente 10% de los embarazos encontrados en las madres adolescentes de menores edades, habían sido causados por sexo forzado. Las infecciones de transmisión sexual, VIH/ SIDA son otras de las consecuencias a lamentar.⁹

La maternidad a edades tempranas se asocia con *riesgos en la salud* biopsicosocial materno-infantil. Hay más probabilidades de enfermedades y muerte en las madres y niños cuando se presenta el embarazo y parto antes de los 20 años que después de ellos.^{8,15}

La *mortalidad neonatal* estimada para el quinquenio 1987-1991 fue de 25/1,000 nacimientos en mujeres adolescentes, una cifra significativamente mayor que de la mortalidad neonatal genera 19 defunciones por 1,000 nacidos vivos.

La *mortalidad materna* para las mujeres menores de 20 años (3.4 defunciones por cada 10,000 vivos) es de 6% mayor que la correspondiente al grupo de mujeres de 20 a 24 años: 3.2.¹¹

De acuerdo con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, *las infecciones* de transmisión sexual más frecuentes en 1993 para la población mayor de 25 años, fueron candidiasis, tricomoniasis y gonorrea. En el período 1990-93, el número de infecciones de transmisión sexual para el grupo menor de 14 años aumentó un 19% y para el 15-24 años se incrementó un 14%.¹⁰

De acuerdo a la Encuesta de CONASIDA de comportamiento sexual en la ciudad de México, 1992-1993,⁹ en el grupo 15-19, 0.7% de los adolescentes entrevistados para prueba de VIH/SIDA, había padecido una infección de transmisión sexual; 13.0% de los que no fueron estudiados para examen de VIH/SIDA, habían tenido una infección de transmisión sexual.

Del total de la población estudiada 7.2% de 15 a 19 años de edad ha padecido alguna infección de transmisión sexual y 8.2% del grupo 10-24 la han padecido también.⁹

Del desglose del grupo 15-19, han padecido una infección de transmisión sexual; 16.2% de 15 años, 7.4% de 16 años, 7.5% de 17 años, 5.3% de 18 años y 7% de 19 años.⁹ El grupo 15-19 de 609 casos entrevistados, 34 jóvenes habían padecido alguna vez una infección de este tipo, 10 el último año y 505 nunca habían padecido una infección de transmisión sexual.⁹

Del total de casos de SIDA acumulados hasta abril de 1997, el 50% se encuentra en los grupos de 20-24, 25-29 y 30-34 años. Si hacemos un promedio del tiempo en el que debieron infectarse dichas personas, éstas se contagiaron durante su adolescencia.⁸

Los datos anteriores nos están indicando una importante exposición al riesgo por los adolescentes y la urgencia de proveer toda la información y educación sexual necesarias a los adolescentes antes de que inicien su vida sexual activa.

En la *adolescencia y la juventud*, la salud *sexual y reproductiva* tiene que ser entendida de manera especial, pues los conceptos anteriores pueden confundir a quienes se dediquen a proveer servicios o a quienes los reciben.

Es decir, que no todos los adolescentes y jóvenes están teniendo relaciones sexuales necesariamente pero sí necesitan información y educación sexual adecuada y oportuna (ver capítulo de estrategias); que quienes ya tienen relaciones sexuales están en gran riesgo de embarazo, enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH) y por tanto, requieren urgentemente de información y servicios de anticoncepción de acuerdo a sus características específicas (ver capítulos de anticoncepción y de estrategias).

Habrán adolescentes y jóvenes que estén confrontando un embarazo y que necesitan atención específica, especialmente si son de 16 años o menores porque los riesgos y consecuencias biopsicosociales son mucho mayores que cuando el embarazo se presenta a mayor edad. (De acuerdo a la OMS, todo embarazo en menores de 18 años es de alto riesgo). Además, los modelos de atención prenatal y postnatal tradicionales no se enfocan específicamente a este grupo de edad, por lo que no son atractivos ni efectivos.

Así mismo, las adolescentes, en su mayoría no acuden a atención prenatal por diversas causas; no son regulares a sus citas, y de acuerdo a un estudio realizado por el Centro de Orientación para Adolescentes CORA en coordinación con el Hospital de la Mujer en Ciudad de México, las adolescentes menores de 18 años cuando tienen la opción, acuden a lo largo de su embarazo, a diversos proveedores de servicio pero prefieren a los particulares (especialmente parteras) quienes les prestan mayor atención que los médicos de los servicios públicos pues las escuchan y las aconsejan.

En general, se puede casi afirmar que la mayoría de las adolescentes menores de 16 años, no van a atención prenatal y sólo acuden al parto (si es que tienen acceso a un servicio hospitalario), lo cual acrecienta el grado de riesgo pues no se hizo prevención. Este grupo de menores también presenta las características de ser solteras, con baja autoestima, de haber sido violadas en ciertos ca-

sos, de tener escasos recursos económicos y bajo nivel de educación.

Este grupo requiere más atención pues no tienen posibilidades al futuro y muchas veces ni en el presente. ¡Son niñas teniendo bebés! Requieren de alguien que las oriente en la educación de su hijo, en el cuidado de su salud y la de su bebé, que las apoye para seguir estudiando, para poder obtener un trabajo y alejarlas de otro embarazo, la prostitución y otros riesgos aún peores para ellas y sus hijos. Las chicas que experimentan un aborto, ya sea de manera voluntaria o no, son de alto riesgo pues pueden volver a embarazarse. Así mismo requieren información y servicios de anticoncepción entre otros. La muerte del bebé al nacer también deja a las adolescentes en situación en extremo vulnerable por lo que requieren consejería psicológica e información. (Ver capítulo de estrategias de prevención secundaria del embarazo y de orientación).

El derecho de información y servicios adecuados es de todos los adolescentes y jóvenes, solteros o casados, sanos o enfermos, estudiantes o no, trabajadores o no, de áreas urbanas o rurales; de cualquier nivel socioeconómico, etc., pues un embarazo o enfermedad, puede ponerlos en peligro de perder su vida (SIDA o muertes maternas e inclusive suicidio), de enfermarse o de no poder desarrollar sus potenciales que como todo ser humano merecen. Los programas para ellos, por tanto deben ser en diferentes ámbitos y con características específicas.

Referencias

1. INEGI Censo. 1995. México.
2. INEGI Censo de 1990. México.
3. Family Care International. Compromisos para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de todos. Marco de Acción 1995.
4. **Cerruti Stella.** Sexualidad y Adolescencia: sexualidad en el contexto de la salud integral de los Adolescentes en: La Salud del Adolescente y del Joven. OPS. Publicación. Científica No. 552. 1995.
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de las Discusiones Técnicas de la 42a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Mayo de 1989.
6. **Monroy Anameli y cols.** Memorias de la Reunión Internacional de Salud Adolescente. FELASSA, IAAH, AMSA. México, 1994.

7. **Henriquez-Muller y Joao Yuñez.** "Adolescencia: equivocaciones y esperanzas" en Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente. FELASSA, México, 1994.
8. **Monroy Anameli , Velasco L.** Fecundidad en la Adolescencia: Causas, Riesgos y Opciones. Organización Panamericana de la Salud Washington D.C. 1987.
9. BANAMEX. Estudio de la División de Estudios Económicos y Sociales, prontuario Estadístico, Cultural y Presupuestario 1994, SEP. México 1995. Moctezuma E. La Educación Pública frente a las Nuevas Realidades en Warman A.; la Política Social en México, 1989-94 Fondo de Cultura Económica, México. 1994.
10. **Monroy Anameli y cols.** Perfil de Salud Reproductiva del Adolescente Mexicano. Presentación en el Aniversario de 20 años de Planificación Familiar en México SSA, 1995.
11. CONAPO Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. México, 1992
12. CONASIDA Encuesta 1992-93 de Comportamiento Sexual en la Ciudad de México.
13. CONAPO Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995. México
14. SSA Hospital de la Mujer. Comunicación del Análisis del Total de Casos Reportados de Mujeres Violadas durante 1996, México. 1997.