



**UNIÓN TEMPRANA  
y EMBARAZO  
ADOLESCENTE  
EN LA REPÚBLICA  
DOMINICANA:  
Dos desafíos que persisten**

**UNIÓN TEMPRANA y EMBARAZO ADOLESCENTE  
EN LA REPÚBLICA DOMINICANA:  
Dos desafíos que persisten**

Santo Domingo, República Dominicana, abril 2021  
©Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA-

**ELABORACIÓN DEL INFORME**

Georgina Binstock

**COLABORACIÓN**

Cecilia Velázquez y Ana Safranoff

**APOYO INSTITUCIONAL**

**FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS -UNFPA-**

Representante nacional:

**Sonia Vásquez**

Oficial de Población y Desarrollo:

**Diógenes Lamarche**

**APOYO EDITORIAL**

Corrección de estilo: **LKCH**

Diseño y diagramación: **Karen Cortés H.**



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas  
República Dominicana

AV. ANACAONA NO. 9, MIRADOR SUR, SANTO DOMINGO

809 537 0909 | FAX: 809 537 2270

[HTTP://WWW.DOMINICANREPUBLIC.UNFPA.ORG](http://WWW.DOMINICANREPUBLIC.UNFPA.ORG)

@UNFPA\_RD | UNFPA REPÚBLICA DOMINICANA

**UNIÓN TEMPRANA  
y EMBARAZO  
ADOLESCENTE  
EN LA REPÚBLICA  
DOMINICANA:  
Dos desafíos que persisten**

Santo Domingo, República Dominicana, Abril 2021



# Índice

PRESENTACIÓN .....	7
INTRODUCCIÓN .....	11
ENFOQUES DEL DEBATE .....	13
OBJETIVOS .....	16
FACTORES ASOCIADOS A UNIÓN Y MATERNIDAD TEMPRANA	17
FACTORES PRÓXIMOS Y VARIABLES INTERMEDIAS .....	19
FACTORES SUBYACENTES: SOCIOCULTURALES, FAMILIARES E INDIVIDUALES .....	23
DATOS Y MÉTODOS .....	28
RESULTADOS DEL ESTUDIO .....	31
REFLEXIONES FINALES .....	48
REFERENCIAS .....	62



## Presentación

Las uniones tempranas y los embarazos no planificados en adolescentes son, sin lugar a dudas, dos retos enormes para la República Dominicana, debido a sus complejidades, características multifactoriales y su incidencia de tantos años.

Hay mucho trabajo por hacer para reducir su impacto en las niñas y adolescentes, sus familias, sus comunidades y en el país. Una niña o una adolescente unida, embarazada y/o madre, generalmente ve sus oportunidades reducidas y se le dificulta en extremo desarrollar su pleno potencial.

La unión y el embarazo precoz suelen ser la puerta a una vida de derechos negados, violencia, problemas de salud, falta de educación, empleos de baja remuneración y, en fin, de pobreza y resignación.

Para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), como agencia del Sistema de las Naciones Unidas especializada en salud sexual y reproductiva; adolescencia, juventud, y en recopilación y uso de datos para la planificación estratégica, es clave estudiar estos problemas de manera sistemática. Por esta razón hemos apoyado al Estado dominicano desde el inicio de nuestras operaciones.

Junto con la ONE, los ministerios de Salud, de la Mujer, academias y organizaciones de la sociedad civil, hemos llevado a cabo estudios sobre patrones, determinantes, tendencias y costos de estos problemas. En el 2014 logramos establecer que la atención al emba-

razo y la maternidad adolescentes le costaban al país 2,103 millones de pesos, versus 64 millones de pesos anuales de inversión requerida para su prevención. Estamos trabajando para la actualización de diferentes estudios de indicadores, impactos y costos de estas problemáticas. El presente análisis es parte de esos esfuerzos.

Esta actualización del panorama evidencia que los embarazos y las uniones adolescentes no han disminuido significativamente y que las adolescentes de los estratos más bajos y con menor nivel de instrucción siguen siendo las más afectadas. Igualmente, este estudio reitera la necesidad y la importancia de la educación integral de la sexualidad y del acceso a servicios e insumos de salud sexual y reproductiva, para lograr avances en esta temática.

Este análisis, junto al Fascículo de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes, tiene mucho material que nos servirá para ajustar las estrategias. En ese sentido, consideramos muy positiva la inclusión quinquenal del módulo de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-2018), porque puede llenar algunos de los vacíos dejados por la suspensión de las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA), particularmente en lo concerniente a determinantes sociales, económicos y estructurales de la maternidad adolescente. Estos datos permiten orientar, diseñar y evaluar políticas públicas para hacer frente a esta problemática.

Desde el UNFPA hemos motivado y asistido en la inclusión de este módulo en la ENHOGAR, presentando inicialmente la pro-

puesta al MEPyD, acompañando en la solicitud de fondos a la Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES), brindando asistencia técnica a la ONE, y realizando el análisis y las estimaciones de modelos multivariados para entender mejor las conductas reproductivas durante la adolescencia. Seguiremos apoyando y brindando asistencia para dar continuidad a este módulo en futuras aplicaciones de la ENHOGAR.

En la Cumbre de Nairobi, celebrada en 2019, tras 25 años de la histórica Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), República Dominicana renovó su compromiso con garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a educación y servicios integrales que les permitan tener una transición segura a la vida adulta y protegerse de forma adecuada de la violencia y de los embarazos no planificados.

Este compromiso debe continuar impulsando acciones conjuntas orientadas a erradicar las frecuentes prácticas nocivas que violentan los derechos humanos, la autonomía corporal y que obstaculizan las oportunidades de desarrollo para las adolescentes. La meta es lograr una sociedad en la que cada embarazo sea deseado, cada parto sea seguro y cada persona joven alcance su pleno desarrollo.

**Sonia Vázquez**

Representante Nacional  
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)



## Introducción

*Durante los últimos 20 años, América Latina se ha consolidado como una región anómala en materia de reproducción en la adolescencia (Rodríguez, 2016 y 2014b), sobre todo por los niveles que registra, muy superiores a los esperados atendiendo a sus transiciones demográfica, urbana y socioeconómica, y por la resistencia a la baja de la maternidad antes de los 20 años.*

En la República Dominicana, la fecundidad adolescente, es uno de los más afectados de la región, con 94.3 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años<sup>1</sup>. Algo similar ocurre en relación a las uniones tempranas: según datos de la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples - MICS de 2014, el 37.2 por ciento de las mujeres jóvenes (entre 20 y 49 años) se había casado antes de los 18 años. Y el 27.5 por ciento de las mujeres jóvenes de 15 a 19 años se encontraba casada al momento de ser encuestada. Ambas cifras se encuentran entre las más elevadas de América Latina y el Caribe (Oficina Nacional de Estadística y UNICEF, 2016). Esta situación contrasta con la definición de la República Dominicana como un país de ingresos medios altos, ya que la incidencia tanto de la fecundidad como del matrimonio adolescente se compara a los países más pobres de África Subsahariana.

Otra característica de la tendencia en relación a la fecundidad y matrimonio temprano es que ha permanecido relativamente estable por varias generaciones, o al menos no ha disminuido al ritmo que lo ha hecho la fecundidad adulta, que actualmente es de 2.3, apenas superior al nivel de reemplazo.

La maternidad y la unión temprana son dos desafíos sociales que repercuten en el desarrollo del país. Los obstácu-

<sup>1</sup> Datos correspondientes al quinquenio 2015-2020, extraídos de *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, custom data acquired via website (consultado septiembre 2020).*

## Enfoques del debate

los e implicaciones que representan, influyen en las políticas públicas y generan un alto costo social y presupuestario para la sociedad dominicana, lo que en el corto plazo se traduce en grandes retos para la protección social, la salud pública, la educación y la atención a la primera infancia (Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo, 2017). Este trabajo examina las conductas reproductivas y conyugales de las adolescentes dominicanas, buscando ahondar en los factores asociados, así como también en la intencionalidad o no del embarazo. Los resultados del estudio contribuyen a expandir el conocimiento sobre diversas dimensiones de estos dos fenómenos y, a la vez, constituyen insumos relevantes para la acción política dirigida a mejorar las condiciones y calidad de vida de las adolescentes y de la población en general. El diseño de políticas públicas y estrategias sostenidas en el tiempo que permitan un abordaje integral de estos fenómenos es hoy uno de los asuntos más relevantes en la agenda pública, considerando los efectos que tiene para el bienestar y desarrollo de la población en general y de las adolescentes en particular.

El documento se organiza en siete apartados, incluyendo la presente introducción. La siguiente sección parte de recuperar los principales debates que han existido en torno a la maternidad adolescente y la unión temprana. A seguidas se presentan los objetivos del estudio y una revisión de los antecedentes. En las últimas tres secciones se describen los datos utilizados y las características de los análisis, se presentan los resultados y, por último, las conclusiones.

*La asunción de roles adultos a temprana edad, tal como convertirse en madre durante la adolescencia y/o formar pareja, ha sido planteado como un problema de salud pública mundial (Rodríguez y Hopenhayn, 2007; United Nations, 2015a, United Nations, 2015b), en tanto que se argumentan los varios efectos negativos que ello produce en el desarrollo personal de la mujer y en sus posibilidades de movilidad social. El embarazo y la unión durante la adolescencia son reconocidos como retos sociales que trascienden la dimensión de la salud, debido a las importantes implicaciones que tiene para el desarrollo de los países.*

La visión predominante entre especialistas es que tanto el embarazo como la unión a una edad temprana resultan contraproducentes por numerosas razones bien documentadas, que se aplican a América Latina desde hace varias décadas (Flórez y Núñez, 2003; UNICEF, 2019; UNICEF y PROSOLI, 2019). Por un lado, en el ámbito de la salud, la literatura destaca las complicaciones existentes en el embarazo y el parto, que pueden conducir a enfermedades y muertes evitables de mujeres entre los 15 y 19 años de edad, así como también a un mayor riesgo de parto prematuro, mortalidad neonatal y bajo peso al nacer de los hijos de madres adolescentes (Pantelides y Binstock, 2007; Rodríguez Vignoli, 2017). En la misma línea, considerando que una gran proporción de los embarazos entre adolescentes no son intencionales, muchos de ellos terminan en abortos inseguros (UNFPA, 2019). En lo que respecta a la unión temprana, diversos estudios muestran que este tipo de vínculos exponen a las adolescentes a una mayor vulnerabilidad en relación a la violencia dentro de la pareja (Irani & Latifnejad Roudsari, 2019; UNICEF, 2019).

Por otro lado, la asunción de roles adultos a temprana edad está asociada con condiciones socioeconómicas desfavorables, y puede perpetuar la reproducción del ciclo de pobreza de una generación a la siguiente, dando lugar a una “dinámica reproductiva de la pobreza” (Rodríguez Vignoli, 2014). Se considera que tener un hijo en edades tempranas limita



**SE EVIDENCIA UNA VULNERACIÓN DE DERECHOS PARTICULARMENTE GRAVE Y EXTENDIDA: UNA GRAN PROPORCIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES NO QUERÍA TENER SU PRIMER HIJO EN ESE MOMENTO.**

el desarrollo del capital humano de las jóvenes, coartando sus trayectorias educativas y promoviendo su inserción en trabajos poco remunerados, generando una situación de desventaja social para ellas y sus hijos e incentivando la reproducción intergeneracional de la pobreza (Buvinic, 1998; Billari y Philipov, 2004). De esta forma, se plantea que el embarazo adolescente y las uniones tempranas no solo afectan significativamente de forma directa las vidas de las adolescentes, sino también las de sus hijos e hijas, sus familias y la sociedad en conjunto. Varios estudios también encuentran que para las adolescentes el embarazo implica, en promedio, una disminución de la autoestima y de la satisfacción de las mujeres (Lipovsek et al., 2002 - citado en Di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006) y consecuentemente un efecto fuertemente negativo sobre la percepción de parte de la mujer de bienestar y felicidad (Kohler et al., 2005 - citado en Di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006). Y, finalmente, el impacto negativo de la fecundidad y unión temprana sobre la condición de mujer, pues la ancla desde temprana edad a un papel reproductivo y doméstico (Di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006).

En contraposición, otro cuerpo de literatura plantea que la maternidad temprana

tiene consecuencias positivas que pueden contrapesar sus eventuales adversidades, en particular para la madre. En este sentido, si bien existen, se reconoce que la maternidad temprana puede acarrear desventajas –comparado con pares en similar situación socioeconómica–, el efecto a largo plazo sería mucho menos importante de lo que inicialmente se había pensado (Hoffman, 1998). Varios estudios, incluso enfatizan el sentido positivo que la maternidad adolescente adquiere especialmente en contextos de vulnerabilidad social, por ejemplo, como única fuente de reconocimiento social para mujeres carentes de perspectivas educativas y laborales, como estrategia de maximización de los recursos familiares, como elemento en la construcción de la identidad y como medio en la búsqueda de autonomía (Reis dos Santos y Schor, 2003; Pantoja, 2003; Aquino et al., 2003; Cabral, 2002, Geronimus, 1997, 2004). Diversos autores (Marcus, 2006; Becker 2009; Berga, 2010; Madalozzo, 2012 - citados en Hernández Cordero et al., 2019) demuestran que la maternidad es una opción válida e intencionalmente buscada por muchas adolescentes en situaciones de riesgo y desamparo. Ante las perspectivas de tener escasas posibilidades de emanciparse por cuenta propia y de integrarse en el mercado de trabajo, para ellas ser madres es una oportunidad para crecer, madurar e independizarse de sus progenitores con un proyecto personal y familiar propio (Hernández Cordero et al., 2019).

En esta línea, uno de los aspectos más relevantes desde el punto de vista de las políticas públicas que contemplan el bienestar social, de salud y educativo de la población adolescente es en qué medida la ocurrencia



**EL IMPACTO NEGATIVO DE LA FECUNDIDAD Y UNIÓN TEMPRANA SOBRE LA CONDICIÓN DE MUJER, LA ANCLA DESDE TEMPRANA EDAD A UN PAPEL REPRODUCTIVO Y DOMÉSTICO.**

de un embarazo en esta etapa resulta un suceso deseado y planeado o, por el contrario, inesperado e inoportuno. Esta es una pregunta esencial desde una perspectiva de derechos. Tradicionalmente, algunos estudios e investigadores de América Latina han sugerido que las adolescentes quieren tener hijos y que, en particular, quieren hacerlo más que en otras edades. Argumentos que sustentan estas hipótesis provienen de la demografía (los nacimientos de primer orden son más deseados, y la mayoría de los nacimientos de las madres adolescentes son precisamente de primer orden); de la antropología (normas culturales que promueven la reproducción temprana) y la sociología (la maternidad temprana es vista como una opción que proporciona significado y un proyecto de vida, sobre todo en contextos en los que hay pocas o ninguna alternativa) (Stern, 1997; Binstock y Pantelides, 2006; Oliveira e Melo, 2010). En esta dirección, algunos autores señalan que las jóvenes de familias pobres tienen mayor probabilidad de plantearse el embarazo como un plan de vida, lo cual resulta incentivado por su menor desempeño escolar y su mayor dedicación al trabajo doméstico y cuidado de otros familiares (Rodríguez, 2013; Di Cesare, 2007; CEPAL y UNFPA, 2006).

Sin embargo, estos argumentos no son compatibles con la evidencia actual. Diversos hallazgos revelan que la mayoría de los embarazos que ocurren durante la adolescencia no son planeados ni inicialmente deseados (Binstock, y Gogna, 2014). Estudios recientes muestran: a) una caída sistemática de la deseabilidad de los hijos tenidos en la adolescencia, y b) niveles de deseabilidad inferiores de los nacimientos ocurridos durante la adolescencia en comparación con todos los nacimientos (Rodríguez Vignoli, 2014). Estos hechos subrayan la necesidad de implementar o intensificar acciones que faciliten a los y las adolescentes las habilidades y las herramientas necesarias para ejercer su sexualidad sin riesgo de embarazo (Binstock, y Gogna, 2014). Se evidencia una vulneración de derechos particularmente grave y extendida: una gran proporción de las madres adolescentes no quería tener su primer hijo en ese momento. Incluso, esta no deseabilidad se observa particularmente entre las madres adolescentes pobres, lo cual permite cuestionar los planteamientos que atribuyen una deseabilidad extendida y mayoritaria a la maternidad adolescente entre las adolescentes con menores recursos y demuestra la particular vulneración de los derechos de este grupo (Rodríguez Vignoli, 2017). De todas formas, sea o no intencional, planeado o inesperado, es necesario considerar que las condiciones y circunstancias personales, educativas, de pareja, así como familiares, permean la forma en que se experimenta el embarazo, la maternidad y la vida en pareja (Binstock, y Gogna, 2014).



# Objetivos

El presente estudio tiene por objetivo general ahondar en las conductas reproductivas de las adolescentes en la República Dominicana y examinar en qué medida éstas difieren en base a características individuales, familiares, y ambientales. Más específicamente se examina de manera conjunta la maternidad y unión temprana, así como la intencionalidad o no del embarazo. Los objetivos específicos son:

1. **DESCRIBIR LA EDAD DE INICIACIÓN SEXUAL, TRANSICIÓN ESENCIAL EN EL RIESGO DE EMBARAZO, Y SUS DIFERENCIAS POR SECTOR SOCIAL.**
2. **EXAMINAR LOS DISTINTOS PERFILES EN FUNCIÓN DE LA INICIACIÓN SEXUAL, UNIÓN, Y MATERNIDAD A LO LARGO DE LA ADOLESCENCIA.**
3. **ANALIZAR LOS FACTORES ASOCIADOS A LA MATERNIDAD Y/O UNIÓN TEMPRANA DURANTE LA ADOLESCENCIA.**
4. **EVALUAR EN QUÉ MEDIDA LA OCURRENCIA DE LA MATERNIDAD DURANTE LA ADOLESCENCIA ES INTENCIONAL Y LOS FACTORES ASOCIADOS A SU OCURRENCIA.**
5. **ESTIMAR LA DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS DIFERENCIALES DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES.**

# Factores asociados a unión y maternidad temprana

El embarazo y la unión en la adolescencia son dos fenómenos multidimensionales: se relacionan con distintas variables socioeconómicas, demográficas, culturales –entre otras–, siendo que, cada grupo de factores o variables individuales, por sí solos, no reflejan las múltiples dinámicas que confluyen en su ocurrencia. Por otra parte, y sobre todo a edades tan tempranas, en el contexto del país, maternidad y unión están intrínsecamente vinculadas, y en muchos casos resulta difícil identificar si el embarazo desencadena la formación de una unión, o la formación de una unión precipita la ocurrencia de un embarazo.

Tomando como punto de partida diversos estudios especializados en embarazo adolescente se identifican dos tipos de factores de riesgo que condicionan su ocurrencia: a) los factores próximos o variables intermedias y b) los factores subyacentes (Di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006).

Por un lado, los **DETERMINANTES PRÓXIMOS** son los factores biológicos y de conducta que influyen directamente, tal como, la edad de la primera relación sexual y/o el uso de anticonceptivos, entre otros (Bongaarts, 1978). De hecho la unión temprana también se le identifica como un determinante próximo de la ocurrencia de un embarazo, ya que se asocia a una vida sexual activa. Por otra parte, los **FACTORES SUBYACENTES** generalmente se dividen en tres ejes principales: factores socioculturales, familiares e individuales, los cuales, en conjunto, definen los niveles y parámetros de las variables intermedias, y que son también esenciales para el estudio de la unión temprana.

En los factores asociados se encuentran las pautas culturales, la estructura socioeconómica, las relaciones sociales de género y las políticas públicas.



**MATERNIDAD Y UNIÓN ESTÁN INTRÍNSECAMENTE VINCULADAS, Y EN MUCHOS CASOS RESULTA DIFÍCIL IDENTIFICAR SI EL EMBARAZO DESENCADENA LA FORMACIÓN DE UNA UNIÓN, O LA FORMACIÓN DE UNA UNIÓN PRECIPITA LA OCURRENCIA DE UN EMBARAZO**

Otros autores consideran que los **FACTORES ASOCIADOS** pueden ser concebidos como una serie de círculos concéntricos que van desde lo más alejado (el nivel macro social) a lo más próximo (el nivel micro). En los primeros se encuentran las pautas culturales, la estructura socioeconómica, las relaciones sociales de género y las políticas públicas (Pantelides, 2004; López y Petito, 2016). En esta línea, se plantea que la transición a la adultez está pautada por factores macro sociales en los que intervienen las políticas públicas: de educación, vivienda, empleo, cuidados, salud sexual y reproductiva, y fiscales (Varela, Fostik y Fernández, 2014, 2016). Los factores micro resultan aquellos vinculados directamente al individuo: comportamientos, percepciones, significaciones y actitudes individuales (Pantelides, 2004; López y Petito, 2016). Según esta perspectiva, el comportamiento reproductivo de las adolescentes es producto de la interacción entre factores macro y micro sociales, así como también de factores intermedios que se vinculan con el contexto social próximo del individuo (Pantelides, 2004).

## Factores próximos y variables intermedias

*La actividad sexual, como determinante próximo, puede ser dividida en la edad de la iniciación sexual, que es crucial en el caso de los y las adolescentes, y la frecuencia de las relaciones sexuales. En relación a la regularidad de las relaciones sexuales hay, en general, escasa información en tanto que las bases de datos disponibles no relevan un historial al respecto, sino que consultan sobre relaciones sexuales en períodos de referencia acotados (última semana, último mes, etc.). Por esta razón, en la práctica, el indicador de edad de la iniciación sexual se usa tanto para capturar la entrada en riesgo de embarazo como su intensidad (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006).*

En casi todos los países de América Latina la iniciación sexual se está adelantando (Rodríguez Vignoli, 2017). Con los cambios en patrones alimenticios y de estilo de vida moderno, la menarquia descendió a edades más tempranas, así el ser “mujer” vino a ser un evento más prematuro, el cual, junto con los cambios en los patrones culturales sobre el sexo, dieron espacio a que los adolescentes se iniciaran en la sexualidad más temprano (Stern, 2012 - citado en Del Rosario et al., 2017). La mayoría de las personas se inician sexualmente entre los 15 y 19

años de edad. La iniciación sexual es el determinante más próximo en el embarazo en adolescentes, ya que a partir de ese evento, las mismas están en riesgo de quedar embarazadas. Por ende, las adolescentes que se inician sexualmente más temprano tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas a temprana edad, en tanto que tienen más tiempo de exposición al riesgo. Empíricamente, se verifica una asociación entre una iniciación más temprana y niveles más altos de embarazo/maternidad adolescente (Manlove, 2000 - citado en Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006). Contrariamente, a mayor edad en el inicio de las relaciones sexuales, menos probabilidades existen de quedar en estado de embarazo. La evidencia sugiere

que los/las jóvenes que inician su actividad sexual más temprano habitan en zonas rurales y presentan menores niveles educativos (PNUD, 2017), lo cual da un primer indicio de la interacción entre los factores próximos y subyacentes. La exposición temprana a la actividad sexual se trata de una primera variable a considerar en el desarrollo de políticas para influir sobre la fecundidad adolescente.

El uso de métodos anticonceptivos modernos resulta el factor que más reduce el riesgo de ser madre adolescente (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006). De hecho, “desde el punto de vista del control de la fecundidad, que no del logro de las aspiraciones reproductivas”, un uso totalmente eficiente de este recurso hace irrelevante las demás variables (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006).

Empíricamente se ha constatado que las adolescentes sexualmente activas tienen, en promedio, una probabilidad menor de usar métodos anticonceptivos efectivos en comparación con sus contrapartes adultas (Terry y Manlove, 2000 - citado en Di Cesare y Rodríguez

#### ALGUNOS ESTUDIOS

muestran que el machismo es hegemónico en las sociedades latinoamericanas y determina el comportamiento sexual inseguro de los adolescentes.



#### DIVERSOS ESTUDIOS DAN CUENTA QUE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TIENE UN EFECTO QUE SE POTENCIA POR LA EDUCACIÓN Y LA CLASE SOCIAL DE PERTENENCIA.

Vignoli, 2006). En la República Dominicana, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos entre adolescentes es de 27%, casi triplicando el porcentaje en mujeres no adolescentes que es del 11% (ENDESA, 2013). En perspectiva mundial, los datos provistos por Guttmacher Institute (2018) muestran que, entre los 253 millones de mujeres de 15 a 19 años en las regiones en desarrollo, el 14% (36 millones) necesitan anticoncepción porque son sexualmente activas (ya sea solteras o en pareja) y no quieren tener un hijo durante al menos dos años. De estos 36 millones de adolescentes, el 43% (16 millones) están usando anticonceptivos modernos. Los métodos más comunes son los condones masculinos y la píldora, seguidos de los inyectables. El otro 57% (20 millones) no está utilizando un método moderno. Estas adolescentes de las regiones subdesarrolladas tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna. Entre estas mujeres, el 85% no usa ningún método, y el resto usa métodos tradicionales, que son menos efectivos que los métodos modernos. El concepto de “necesidad insatisfecha de anticoncepción” se utiliza para describir la brecha existente entre las intenciones reproductivas de las mujeres y su comportamiento anticonceptivo. Según la definición utilizada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Millennium Development Goals, MDGs), las mujeres con necesidades insatisfechas son

aquellas que tienen capacidad reproductiva y son sexualmente activas, pero no utilizan ningún método anticonceptivo si bien informan que no desean tener hijos (al menos por el momento).

El uso de métodos anticonceptivos depende tanto de la voluntad individual (en posponer, espaciar o limitar la fecundidad) como de la aceptación social de los mismos (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006). En esta segunda dimensión confluyen varios asuntos diferentes entre sí, tales como la existencia de programas de planificación familiar o de comercialización de anticonceptivos, su conocimiento por parte de las potenciales usuarias, su capacidad de acceder a los programas o a la venta de anticonceptivos y, además, la superación de por lo menos dos barreras: los costos “biopsicosociales” de los métodos anticonceptivos y el rechazo cultural o de “otros significativos” (en particular la pareja) al uso de anticonceptivos. En la misma línea, UNFPA (2013) analiza las brechas existentes entre el conocimiento y el uso de los anticonceptivos y destaca que éstas se relacionan con temas institucionales y de calidad de la oferta –tales como horarios de servicios, personal no capacitado, limitada oferta de

consejería y baja distribución de anticonceptivos; y con aspectos socio-culturales como la oposición de la pareja a usar anticonceptivos o vergüenza, entre otros-. Otros autores (Gogna y Binstock, 2017) exploran las razones que las propias mujeres adolescentes informan para no usar anticonceptivos a pesar de no querer quedar embarazadas: sexo esporádico, no estar casada, preocupaciones sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos; estar amamantando o no haber reanudado la menstruación después del parto; y, nuevamente, la propia oposición, las de sus parejas y/o la de “otros” hacia la anticoncepción. En dirección contraria, la motivación se distingue como el factor que facilita en mayor medida el uso de métodos anticonceptivos (Gogna y Binstock, 2017): el uso es más sistemático entre aquellas adolescentes para quienes el embarazo constituye una “preocupación” (sea porque interfiere con sus estudios, no se consideran preparadas, quisieran postergar la maternidad hasta contar con más recursos económicos o porque ya tienen hijos/as).

Las necesidades insatisfechas a menudo se concentran entre las adolescentes que residen en áreas rurales, con educación limitada y que pertenecen a hogares económicamente desfavorecidos o grupos étnicos socialmente excluidos (Engebretsen, 2012; Population Council, año desconocido; Organización Mundial de la Salud –OMS–, 2011 - citados en Santhya y Jejeebhoy, 2015). Diversos estudios dan cuenta que el uso de métodos anticonceptivos tiene un efecto que se potencia por la educación y la clase social



#### EL CONCEPTO DE “NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPCIÓN” SE UTILIZA PARA DESCRIBIR LA BRECHA EXISTENTE ENTRE LAS INTENCIONES REPRODUCTIVAS DE LAS MUJERES Y SU COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO.

de pertenencia (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006; Guttmacher Institute, 2018): las adolescentes con mayor nivel socioeconómico y/o que van a la escuela tienen mayor acceso a métodos anticonceptivos, lo cual, nuevamente, evidencia la interacción entre los factores próximos y subyacentes. Decat (2015) llama la atención sobre el hecho de que, tanto en China como en América Latina, se han hecho grandes esfuerzos para que los anticonceptivos estén disponibles para las parejas casadas, lo cual ha dado como resultado que la necesidad insatisfecha de anticoncepción se concentre, principalmente, entre las personas solteras.

En síntesis, la literatura señala que la *necesidad insatisfecha de anticoncepción* resulta de la interacción de factores a diferentes niveles: individual, interpersonal, organizacional y social (Decat, 2015). En el nivel *individual*, se encuentran factores tales como el *status* migratorio y/o el nivel educativo de las adolescentes. Los factores del nivel *interpersonal* resaltan la importancia de la interacción y la comunicación con la pareja, los padres y madres, el círculo social íntimo y/o con

### EL USO DE MÉTODOS

**ANTICONCEPTIVOS** depende tanto de la voluntad individual (en posponer, espaciar o limitar la fecundidad) como de la aceptación social de los mismos.



**LAS NECESIDADES INSATISFECHAS A MENUDO SE CONCENTRAN ENTRE LAS ADOLESCENTES QUE RESIDEN EN ÁREAS RURALES, CON EDUCACIÓN LIMITADA Y QUE PERTENECEN A HOGARES ECONÓMICAMENTE DESFAVORECIDOS O GRUPOS ÉTNICOS SOCIALMENTE EXCLUIDOS.**

el personal de salud como determinantes significativos en el uso de anticoncepción. Por ejemplo, las relaciones entre los y las adolescentes y sus padres y las charlas en relación a la sexualidad se han asociado con una disminución de la actividad sexual y una mayor utilización de métodos anticonceptivos (Decat, 2015). En el nivel *organizacional* se destaca la relevancia de los servicios de salud sexual y reproductiva y de la educación sexual integral en las escuelas para la toma de decisiones fundamentadas sobre sexualidad, evidenciando la existencia de barreras dada la escasa accesibilidad a los servicios y las deficiencias de la educación sexual en América Latina (Decat, 2015). Por último, se subraya la importancia del contexto social (grado de religiosidad, normas de género y visiones del mundo vigentes, desigualdad estructural, políticas públicas existentes) en la configuración del entorno para la toma de decisiones sexuales de los individuos. Por ejemplo, algunos estudios muestran que el machismo es hegemónico en las sociedades latinoamericanas y determina el comportamiento sexual inseguro de los adolescentes (Rani et al., 2003; Moore, 2006).

## Factores subyacentes: socioculturales, familiares e individuales

*Las variables subyacentes que afectan a las variables intermedias y que definen sus niveles y parámetros pueden ser agrupadas en tres esferas fundamentales: individuo, familia y sociedad (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006).*



En lo que respecta a los aspectos socioculturales y ambientales resulta posible considerar cinco elementos: las pautas culturales y de valores, las leyes, los medios de comunicación, la zona de residencia y el grupo étnico de pertenencia. La influencia de las variables socioculturales y ambientales es de extremo interés para la fecundidad adolescente y la unión temprana, en tanto que estos factores no sólo son decisivos para los patrones de sexualidad, nupcialidad y reproducción, sino también para la definición de la adolescencia y el papel de los adolescentes en la sociedad (Dulanto, 2000 - citado en Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006). Así, por ejemplo, existen sociedades en las que el matrimonio durante la adolescencia está apoyado e incentivado, y la fecundidad temprana no es considerada un problema, mientras, como contrapartida, en otras sociedades, la nupcialidad y la reproducción durante la adolescencia son un desincentivador y, en general, reprobados (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006).

Los valores imperantes en una sociedad pueden actuar mediante canales informales, tales como los usos, las costumbres, las prácticas y las normas no escritas. No obstante, también pueden intervenir mediante leyes, reglamentos, normas y políticas (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006). En esta línea, por ejemplo, Rosero Garcés y Valdivieso Vega (2016) y UNICEF (2019) subrayan que el matrimonio infantil es, sin lugar a dudas, una problemática que expresa las desigualdades de género existentes en la sociedad.



**EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER (APROXIMADO PARTIR DE UN ÍNDICE DE CONSTRUCCIÓN PROPIA EN BASE A DIVERSAS PREGUNTAS DE LA ENDESA 2007) REDUCE CONSIDERABLEMENTE LA PROBABILIDAD DE QUE UNA ADOLESCENTE SEA MADRE.**

Existen un conjunto de representaciones socio culturales en torno a la maternidad, la adolescencia, las relaciones de pareja y la sexualidad que colocan a las mujeres en posición de inferioridad y en situaciones de discriminación. Siguiendo esta perspectiva, las uniones tempranas se relacionan con las normas sociales y la desigualdad de género que generan pautas culturales que favorecen su ocurrencia y, al mismo tiempo, con la existencia de un marco legal que, muchas veces, legitima estas prácticas (UNICEF, 2019).

Se ha planteado que entre las vías por las cuales la educación puede incidir en la fecundidad adolescente están “el conocimiento, el empoderamiento, la reflexibilidad, la postergación de la gratificación, los modelos de roles, las oportunidades, los proyectos de vida, entre otros

El ámbito de residencia, en particular la distinción urbano-rural, también influye sobre el embarazo y la unión en la adolescencia. Diversos estudios evidencian que la fecundidad adolescente es más alta en las zonas rurales que en las urbanas (UNFPA, 2019; Pérez Then, 2015), así como también la unión temprana (UNFPA, 2012; Rumble et al., 2018; UNICEF, 2019). De hecho, se observa que, en varios países, las diferencias urbano-rural en lo que se refiere al embarazo adolescente están aumentando, dando cuenta que la desigualdad reproductiva sigue expresándose –y cada vez más– territorialmente (Rodríguez Vignoli, 2014). Esta desigualdad podría ser producto de los valores divergentes en estos dos ámbitos –comportamientos más tradicionales en entornos rurales–, así como también fruto de las diferencias materiales –típicamente mayor pobreza y menor educación en zonas rurales– y de acceso a servicios, entre ellos los de salud –inferior en zonas rurales– (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006).

En relación al nivel familiar, hay extensa evidencia que muestra que el contexto de crianza deja una impronta de largo plazo y que, por ende, influye en el comportamiento reproductivo durante la adolescencia (Lete et al., 2001; Hobcraft et al., 2001; Bernett et al., 1991 - citados en Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006). El efecto familiar opera mediante varios mecanismos. Uno de ellos es el estatus socioeconómico durante la niñez, pues este define las líneas maestras del proyecto biográfico que en un contexto de cons-



**EL MATRIMONIO INFANTIL ES, SIN LUGAR A DUDAS, UNA PROBLEMÁTICA QUE EXPRESA LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EXISTENTES EN LA SOCIEDAD.**

trucción reflexiva del yo es el eje articulador de las decisiones individuales (Fischhoff et al., 2001 - citado en Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006).

El vínculo entre la asunción de roles adultos durante la adolescencia y pobreza es uno de los debates centrales en torno al cual gira el estudio de la maternidad adolescente y la unión temprana. Mientras algunos estudios centran su preocupación en los efectos negativos que estos hechos tempranos pueden implicar sobre las futuras oportunidades educativas y laborales de las jóvenes, lo que a su vez las llevaría a caer en la pobreza o a no poder salir de ella

En relación con los métodos anticonceptivos, su simple disponibilidad no es suficiente para garantizar un uso eficaz: las mujeres deben conocer los métodos, saber dónde conseguirlos y tener accesibilidad espacial y económica

(Furstenberg, 2000; Pantelides, 2004; Parsons et al., 2015), otros consideran la pobreza y la falta de oportunidades educativas y laborales como la causa y no la consecuencia del embarazo y la unión adolescente (Stern y García, 2001; Flórez y Soto, 2006; UNICEF y PROSOLI, 2019) y que sus efectos negativos pueden ser transitorios y superados por las jóvenes con el tiempo (Geronimus y Korenman, 1992; Bronars y Jrogger, 1994).

En síntesis, algunos estudios describen a la pobreza como la consecuencia negativa del embarazo y la unión en la adolescencia, mientras otros la entienden como precondition estructural que los fomenta (Hernández Cordero et al., 2019). Es necesario precisar que, hasta la fecha, la mayoría de las investigaciones no permiten establecer la dirección de la causalidad, en tanto que están planteadas en términos de asociación (Rumble et al., 2018). No obstante, más allá de la dificultad para determinar el vínculo causal, lo cierto es que existe fuerte evidencia que da cuenta de vínculos directos entre pobreza y maternidad/unión en la adolescencia, observándose que en los grupos más pobres hay una mayor incidencia de estos fenómenos (ONE 2008; PNUD, 2017; UNICEF, 2019). En República Dominicana, en consistencia con los hallazgos internacionales, se observa una relación negativa entre el nivel de ingresos el y porcentaje de madres adolescentes (Pérez, 2015; Díaz y Olivo, 2011), así como también se señala la asociación existente entre pobreza y unión temprana (UNICEF, 2019).



**EL VÍNCULO ENTRE LA ASUNCIÓN DE ROLES ADULTOS DURANTE LA ADOLESCENCIA Y POBREZA ES UNO DE LOS DEBATES CENTRALES EN TORNO AL CUAL GIRA EL ESTUDIO DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE Y LA UNIÓN TEMPRANA.**

Otros estudios destacan el efecto de otros factores familiares, tales como la estructura familiar, el control parental, el ser hija de madre adolescente, entre otros, en lo que respecta a la maternidad y la unión en la adolescencia. (Flórez y Nuñez, 2003; Guzmán y otros, 2001; Binstock y Gogna, 2014).

La última esfera que influye en los comportamientos reproductivos de las adolescentes considera los factores individuales. En la literatura se han considerado diferentes aspectos individuales: nivel de escolaridad, participación en el mercado del trabajo, religiosidad, lengua, número deseado de hijos/as,, conocimiento de métodos anticonceptivos, exposición a los medios de comunicación, número de parejas, autoestima y

La fecundidad adolescente es más alta en las zonas rurales que en las urbanas (UNFPA, 2019; Pérez Then, 2015), así como también la unión temprana (UNFPA, 2012; Rumble et al., 2018; UNICEF, 2019).

varios otros atributos psicológicos (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006).

En primer lugar, se destaca el rol clave de la educación: ampliamente se ha demostrado que existe una fuerte relación entre el nivel educativo y la maternidad/unión en la adolescencia. Se plantea que las mujeres con mayor escolaridad posponen la unión y la reproducción, evidenciando la importancia de la educación para modificar este tipo de prácticas a edades tempranas (Gaughan 2002; Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006; Carroll et al. 2007; Raley et al. 2007; Amato et al. 2008; Uecker and Stokes 2008; Ryan et al. 2009; Rosero Garcés y Valdivieso Vega, 2016). Se considera que esto sucede porque la escolarización reduce el número deseado de hijos/as, fortalece la opción de controlar la reproducción, disminuye la utilidad de los hijos/as, aumenta el costo del tiempo de las mujeres y su ingreso (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006). También se ha planteado que entre las vías por las cuales la educación puede incidir en la fecundidad adolescente están “el conocimiento, el empoderamiento, la flexibilidad, la postergación de la gratificación, los modelos de roles, las oportunidades, los proyectos de vida, entre otros” (Rodríguez Vignoli, 2013). En este sentido, en lo que respecta al empoderamiento, un estudio realizado por Díaz y Olivo (2011) en la República Dominicana evidencia cómo el empoderamiento de la mujer (aproximado partir de un índice de construcción propia en base a diversas preguntas de la ENDESA 2007) reduce considerablemente la probabilidad



**EL EMBARAZO NO INTENCIONAL ES LA SITUACIÓN MÁS FRECUENTE ENTRE TODAS LAS ADOLESCENTES MADRES, SEAN DE CUALQUIER ESTRATO SOCIAL, NIVEL EDUCATIVO, RELIGIÓN, O REGIÓN.**

de que una adolescente sea madre. Es necesario precisar que la relación entre nivel educativo y unión/maternidad es bidireccional en tanto que la nuliparidad durante la adolescencia es una condición que facilita la acumulación de escolaridad (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006), así como las uniones tempranas reducen significativamente la probabilidad de que las adolescentes completen la escuela, ya sea por abandono o expulsión (UNICEF y PROSOLI, 2019).

Otro factor individual destacado en la literatura es la religiosidad, por cuanto define parte del marco de valores propios del individuo y, como tal, puede

Existe fuerte evidencia que da cuenta de vínculos directos entre pobreza y maternidad/unión en la adolescencia, observándose que en los grupos más pobres hay una mayor incidencia de estos fenómenos (ONE 2008; PNUD, 2017; UNICEF, 2019)

promover o limitar comportamientos sexuales, nupciales y reproductivos (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006). Existe evidencia que muestra que la religiosidad resulta un indicador de actitudes conservadoras (Pearce and Thornton, 2007) y se asocia con probabilidades mayores de un matrimonio temprano y menores en relación a una convivencia y/ o un embarazo adolescente (Ramírez-Aranda et al., 2013). El efecto de la lengua también ha sido explorado en la región: estudios realizados en México muestran que las mujeres hablantes de una lengua indígena tienen mayor posibilidad de unirse tempranamente (Sosa-Sánchez y Menkes Bancet, 2019) y de tener un embarazo más precoz (Welti Chanes, 2000).

Por último, el conocimiento que las personas tienen sobre métodos anticonceptivos y respecto del propio periodo fértil es relevante en lo que se refiere a la maternidad. En relación con los métodos anticonceptivos, su simple disponibilidad no es suficiente para garantizar un uso eficaz: las mujeres deben conocer los métodos, saber dónde conseguirlos y tener accesibilidad espacial y económica (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006). Además, el conocimiento del periodo fértil resulta también un buen indicador para detectar si la mujer es capaz de identificar cuándo aumenta el riesgo de quedar embarazada. En este aspecto, es fundamental la provisión de bienes y servicios (educación sexual y métodos anticonceptivos) por parte del Estado para poder prevenir embarazos no intencionales (UNFPA, 2019).

# Datos y Métodos

*Este trabajo se basa en el módulo sobre salud sexual y reproductiva de mujeres entre 15 y 19 años aplicado por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) a la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples de 2018 (ENHOGAR-2018). La Encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva a Adolescentes presenta información acerca de las características socioeconómicas y demográficas de las adolescentes, así como también releva información relativa a maternidad, nupcialidad, actividad sexual, conocimiento y uso de anticoncepción, entre otros temas. Se encuestó a un total de 4,946 adolescentes.*

El análisis combina estadísticas descriptivas y modelos multivariados<sup>2</sup> para dar respuesta a los distintos objetivos, y contemplar los desafíos metodológicos para nuestro interés central que es el estudio de las conductas reproductivas durante la adolescencia.

En primer lugar, se utilizan tablas de vida para estimar la edad de iniciación sexual de la población adolescente. Esta técnica es la más apropiada, dado que la muestra se restringe a las adolescentes entre 15 y 19 años, ya que contempla en la estimación los casos truncados o censurados, es decir quienes no se han iniciado sexualmente al momento de la encuesta.

<sup>2</sup> Cabe señalar que en todas las estimaciones de los modelos multivariados que se aplicaron y se desarrollan en esta sección se toma en cuenta el diseño muestral de la ENHOGAR 2018. El procedimiento de selección aleatoria de la muestra de la ENHOGAR 2018 corresponde a un muestreo bietápico estratificado, donde las unidades de primera etapa (Unidad Primaria de Muestreo, UPMs) son los segmentos censales, mientras que las de segunda etapa son las viviendas. Las estimaciones consideran los factores de ponderación de la ENHOGAR 2018 para evitar sesgos en los coeficientes estimados. Asimismo, para la correcta valoración de los errores estándar de los estimadores de los coeficientes (clave para el análisis de significatividad estadística), se ajustaron agrupándolos según Estrato y Unidad Primaria de Muestreo (UPM).



**LA MATERNIDAD Y LA UNIÓN TEMPRANA SON DOS DESAFÍOS SOCIALES QUE TRASCENDEN LA DIMENSIÓN DE LA SALUD, Y REPERCUTEN EN EL DESARROLLO DEL PAÍS, Y EN GARANTIZAR LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS ADOLESCENTES.**

Para responder al tercer objetivo específico, que examina de manera conjunta la ocurrencia de la unión y la maternidad, se lleva a cabo a partir de modelos *probit bivariado* o *biprobit*<sup>3</sup>. En el *probit* bivariado se puede modelar, en un sistema de dos ecuaciones, el resultado conjunto de dos variables dicotómicas, como es el caso de la ocurrencia o no de la maternidad y de la unión temprana, en función de diferentes atributos. La primera ecuación considera la alternativa de estar –o haber estado– casada/unida (Unida = 1) versus nunca haber estado casada/unida (Unida = 0). La segunda ecuación modela si ha tenido hijos nacidos vivos (Madre = 1) frente a la opción de no haberlos tenido (Madre = 0). Asimismo, la estimación se realiza permitiendo que los errores estén correlacionados. Este supuesto es razonable y pertinente cuando se presupone que las variables independientes (tales como el nivel educativo) afectan tanto la unión como

<sup>3</sup> Si bien la encuesta cuenta con información sobre la edad a la primera unión (legal o matrimonial), no se cuenta con información sobre la edad al primer hijo.

la maternidad, es decir, a ambas variables dependientes al mismo tiempo<sup>4</sup>.

Las variables independientes que se incluyen en el análisis son la edad, lugar de residencia (que combina la macro región con el ámbito urbano o rural); aspectos vinculados a la crianza (lengua materna), nivel socioeconómico a partir del quintil de ingresos del hogar; afiliación religiosa; años de instrucción formal; y asistencia a un establecimiento educativo. También se consideró el nivel de conocimiento sobre el momento del ciclo femenino que es más probable la ocurrencia de un embarazo.

Para facilitar la lectura e interpretación de los resultados, se presenta la distribución de probabilidades de estar en cada uno de los cuatro estados: a) ser madre y estar (o haber estado) en unión o matrimonio; b) ser madre y no estar (ni haber estado) en unión o matrimonio; c) no ser madre y estar (o haber estado) en unión o matrimonio; y d) no ser madre y no estar (ni haber estado) en unión o matrimonio. La probabilidad para cada variable independiente controla por el resto de las variables, dado que está estimada a partir de los coeficientes de los modelos multivariados.

<sup>4</sup> Asimismo, los resultados muestran que el coeficiente de correlación de los errores de las dos ecuaciones es estadísticamente significativo, lo que sugiere que este modelo es más adecuado que la estimación de dos modelos *probit* por separado, o un modelo *probit* multinomial sin tener pérdidas de eficiencia en la estimación (Greene, 2003)



**EN LA REPÚBLICA DOMINICANA,  
LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE  
ES DE 94.3 POR MIL,  
UNA DE LAS MÁS ALTAS  
DE LA REGIÓN.**

Para responder al objetivo específico 4, sobre las diferencias en la intencionalidad de la maternidad, se estima un modelo *probit multinomial*, en donde la variable dependiente puede adquirir tres valores: a) no ser madre; b) ser madre fruto de un embarazo intencional; c) ser madre fruto de un embarazo no intencional. Nuevamente, y para facilitar la lectura de los resultados, se presentan en términos de probabilidades, si bien los de los modelos con los parámetros estimados se presentan en el Anexo.

El último objetivo, que indaga sobre la demanda satisfecha e insatisfecha de planificación familiar entre las adolescentes, se lleva a cabo a partir de medidas descriptivas. Se estima la incidencia de una y de otra entre el total de las adolescentes y de las adolescentes sexualmente iniciadas, de acuerdo a diferentes características sociodemográficas seleccionadas, que permita dar cuenta de los perfiles en donde la necesidad es más crítica.

## Resultados del Estudio

### INICIACIÓN SEXUAL

*Los datos del módulo de adolescentes de la encuesta permiten estimar a partir de tablas de vida a qué edad ocurre la iniciación sexual, que constituye uno de los principales factores que denota el inicio del riesgo a la ocurrencia de un embarazo. El Gráfico 2 muestra la proporción acumulada de adolescentes que se ha iniciado sexualmente a cada edad durante la adolescencia, en base a tablas de vida simple<sup>5</sup>.*

Algo más de una de cada 10 (12%) se inicia sexualmente a los 14 años o antes, edad a partir de la cual el debut sexual comienza a ser más frecuente conforme se transita la adolescencia. Para cuando cumplen 17 años, ya casi la mitad (45%) tuvo su primera relación sexual, y a los 19 años alcanza casi al 60 por ciento. Si se compara esta información con la tendencia de las encuestas previas, no se observan grandes cambios en los niveles generales de la edad a la iniciación sexual.

El gráfico 1 muestra también las enormes brechas en el comportamiento de las adolescentes de acuerdo a su situación socioeconómica familiar, medida a partir del quintil de ingresos del hogar. Se observa una clara asociación entre el ritmo con que se inician sexualmente las adolescentes con la situación económica del hogar. Consecuentemente, la proporción de adolescentes del primer quintil que está iniciada sexualmente prácticamente duplica a la observada entre las adolescentes de los quintiles más altos.

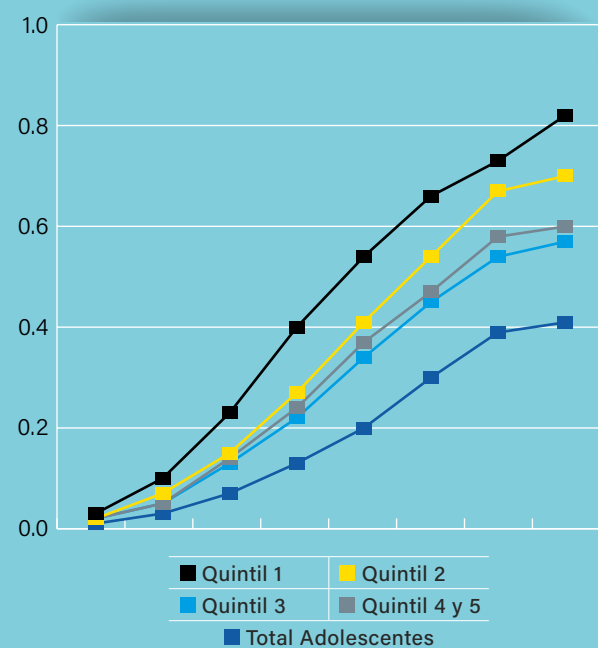
En relación a su residencia en cambio, no se observan grandes diferencias de acuerdo a si residen en Santo Domingo, otras grandes áreas urbanas, zonas urbanas o en el ámbito rural (no se muestra en gráficos).

<sup>5</sup> Se trata de tablas de vida simples con datos truncados a la edad que las adolescentes fueron encuestadas (en caso de no haber tenido relaciones sexuales).



GRÁFICO 1.

PROPORCIÓN ACUMULADA DE ADOLESCENTES QUE SE HAN INICIADO SEXUALMENTE, TOTAL ADOLESCENTES Y POR QUINTIL DE INGRESOS DEL HOGAR



En conjunto, los resultados evidencian que la mayoría inicia su vida sexual durante la adolescencia, pero con importantes variaciones a la edad y al ritmo que lo hacen. La idea de que todas las adolescentes se inician sexualmente a edades muy tempranas no se corresponde con los resultados, si bien la proporción entre aquellas de los sectores más vulnerables no es desdeñable. Entre ellas 1 de cada cinco se inicia antes de los catorce años. Y la mitad ya tuvo su debut sexual antes de cumplir los 16 años.

## MATERNIDAD Y UNIÓN

Esta sección ahonda en la situación de las adolescentes al momento de ser encuestadas en torno a su iniciación sexual, maternidad y conyugalidad. En este sentido, describe a cada edad, qué proporción está iniciada o no sexualmente, ha sido madre, y/o está o ha estado en una unión ya sea matrimonial o de hecho. La combinación de la experiencia de cada una de estas situaciones permite identificar distintos perfiles y la frecuencia de cada uno de ellos, así como se van modificando a medida que se transita la adolescencia, como detalla el gráfico 2.

Las adolescentes más jóvenes, tienen un perfil donde predominan quienes aún no se han iniciado sexualmente. Una de cada diez, sin embargo, ha es-

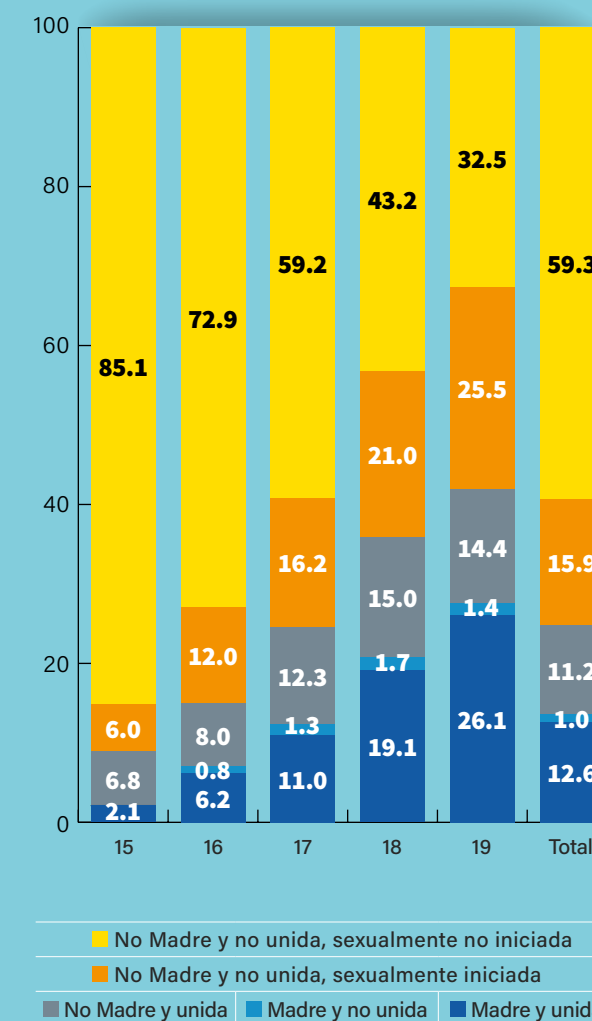
tado en unión y/o ha sido madre. Cabe aquí resaltar que el gráfico muestra una experiencia acumulada por lo que en estos casos dichas experiencias ocurren a los 15 años o antes. Sin duda, este grupo de adolescentes, si bien proporcionalmente es una minoría, resulta un grupo muy importante a considerar ya que son quienes se están precipitando –en el mejor de los casos– o siendo persuadidas o forzadas –en un peor escenario– a tener relaciones sexuales, continuar con un embarazo, o a tener una unión conyugal. El panorama es similar a los 16 años (que da cuenta de las experiencias acumuladas anteriores), si bien la experiencia de estar en una unión y/o haber sido madres asciende al 15%.

Cumplidos los 17 años, ya una de cada cuatro adolescentes ha iniciado una unión, y la mitad de ellas ha sido también madre. Hacia los 19 años, a poco de culminar la etapa adolescente, algo más del 40 por ciento ha formado una unión<sup>6</sup> y la mayoría de ellas ha sido madre.

6 Incluye tanto a quienes estaban unidas al momento de la encuesta como aquellas que lo estuvieron y disolvieron la unión.

GRÁFICO 2.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES DE ACUERDO A SU SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA INICIACIÓN SEXUAL, UNIÓN CONYUGAL Y MATERNIDAD, POR EDAD



El gráfico 2 evidencia la escasa frecuencia de adolescentes que han sido madres y declaran que no están (o han estado en unión). En otras palabras, pareciera que ninguna adolescente es madre soltera. Lamentablemente, la información no permite distinguir en qué medida muchas de las uniones han sido precipitadas por la ocurrencia de un embarazo, o en qué medida las adolescentes declaran que estuvieron –aunque sea brevemente– en pareja con el padre de su hijo, ya sea porque les hubiese gustado que el contexto de su embarazo fuera otro, o por el estigma social asociado a transitar en soledad un embarazo y la maternidad a temprana edad. En un estudio reciente llevado a cabo por Unicef (2019) que recoge los pareceres de adolescentes sobre las uniones tempranas, son varios los testimonios que enfatizan una cultura muy machista, y cuán efímeras pueden ser las relaciones durante la adolescencia, donde los jóvenes suelen abandonar a una pareja, particularmente si queda embarazada (Unicef, 2019).

Cabe aquí destacar que la experiencia conyugal de las adolescentes es casi unánimemente informal ya que sólo una ínfima minoría se ha casado legalmente. Además entre el 30 y 40 por ciento de las adolescentes que declaran haber estado en una unión está separada al momento de ser encuestada. Teniendo en cuenta la edad de las adolescentes, claramente dichas uniones seguramente fueron extremadamente breves.

## DIFERENCIALES EN LA TRAYECTORIA REPRODUCTIVA Y CONYUGAL

*Esta sección centra la atención en cómo confluyen los distintos rasgos individuales y familiares en la experiencia reproductiva y conyugal de las adolescentes. Esta mirada permite examinar las diferencias en la situación conyugal y de maternidad de las adolescentes a pasos de hacer la transición a la juventud. El cuadro 1 presenta, en base a modelos estadísticos biprobit, la distribución de probabilidades de estar unida y/o ser madre a los 18 y 19 años. La combinación de cada situación implica cuatro estados posibles, como se detalla a continuación: no estar unida ni ser madre; no estar unida y ser madre; estar unida y no ser madre; y estar unida y ser madre. Y, para cada variable, los resultados controlan por el efecto del resto de los rasgos considerados. Los resultados, por lo tanto, permiten también estimar la probabilidad de ser madre (independientemente de estar o no unida) a partir de la suma de las dos de las columnas pertinentes y, del mismo modo, estimar la probabilidad de estar unida (independientemente de ser o no madre).*



**SI SE COMPARA ESTA INFORMACIÓN CON LA TENDENCIA DE LAS ENCUESTAS PREVIAS, NO SE OBSERVAN GRANDES CAMBIOS EN LOS NIVELES GENERALES DE LA EDAD A LA INICIACIÓN SEXUAL.**

El contexto geográfico de residencia imprime diferencias en la trayectoria de las adolescentes si bien las brechas principales se observan entre el área rural y urbana, sin grandes diferencias si son grandes aglomerados urbanos o no. En el área rural, casi el 40% de las adolescentes ya ha iniciado una unión conyugal y algo más de la mitad de ellas ya son también madres. En el área urbana, dicha proporción desciende a una de cada tres.

Consistentemente con la literatura, el nivel socioeconómico, medido a partir del quintil de ingresos del hogar, muestra una clara asociación con las trayectorias de las adolescentes. Aquellas que residen en hogares con ingresos más bajos son quienes con mayor probabilidad han formado una pareja (48,6%), han sido madres (29,5%), o ambas (27,5%). Conforme mejora la posición del hogar en torno a los ingresos, disminuyen ambas proporciones, alcanzando los niveles más bajos entre las adolescentes de estratos socioeconómicos más altos, entre quienes las que han formado una pareja y/o son madres alcanzan a un total de 25 por ciento.

La religión es otro rasgo que imprime diferencias en los comportamientos reproductivos, siendo aquellas que no adhieren a una religión quienes forman una unión y tienen un hijo más tempranamente que

sus pares que profesan el catolicismo o el evangelismo, con una brecha de diez puntos porcentuales. Lamentablemente, no se dispone de información que pueda dar cuenta sobre si las diferencias se pronuncian cuando se considera el grado de religiosidad.

**CUADRO 1.**

Adolescentes de 18 y 19 años. Probabilidad condicional de estar unida y/o ser madre en función de características sociales y familiares seleccionadas\*

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	NO UNIDA Y NO MADRE	NO UNIDA Y MADRE	UNIDA Y NO MADRE	UNIDA Y MADRE
<b>Edad</b>				
18 años	0.705	0.014	0.156	0.125
19 años	0.575	0.022	0.181	0.222
<b>Lugar de residencia</b>				
Santo Domingo	0.676	0.021	0.149	0.154
Otras grandes ciudades	0.620	0.008	0.228	0.144
Resto urbano	0.661	0.022	0.152	0.165
Área rural	0.589	0.022	0.177	0.212
<b>Lengua materna</b>				
Español	0.643	0.019	0.168	0.170
Otra	0.718	0.005	0.193	0.084
<b>Quintil del hogar</b>				
Primer quintil	0.495	0.020	0.211	0.275
Segundo quintil	0.548	0.012	0.232	0.208
Tercer quintil	0.623	0.022	0.167	0.189
Cuarto y quinto quintil	0.757	0.017	0.122	0.104
<b>Religión</b>				
Católica	0.680	0.017	0.160	0.143
Evangélica	0.673	0.014	0.170	0.142
Otra religión	0.736	0.031	0.100	0.133
Ninguna	0.574	0.018	0.196	0.212
<b>Asistencia escolar</b>				
No asiste	0.520	0.019	0.206	0.254
Asiste	0.730	0.016	0.139	0.115
<b>Años de escolaridad</b>				
7 años o menos	0.309	0.035	0.163	0.494
8 años	0.344	0.019	0.225	0.412
9 a 11 años	0.478	0.019	0.215	0.287
12 años	0.764	0.017	0.118	0.101
13 y más años	0.817	0.007	0.119	0.057
<b>Conocimiento sobre probabilidad de embarazo</b>				
A mitad del período	0.658	0.016	0.172	0.154
En cualquier momento	0.695	0.020	0.142	0.143
Justo después de menstruar	0.615	0.018	0.181	0.186
Otras opiniones	0.691	0.017	0.154	0.138

**Nota:** Resultados estimados en base a modelos *biprobit*, que considera dos ecuaciones cuyos errores están correlacionados, y se ajustaron los errores estándar agrupándolos según Estrato y Unidad Primaria de Muestreo (UPM). Los resultados para cada variable están ajustados a la media de cada una del resto de las variables incluidas en el modelo. Los estimadores del modelo *biprobit* se presentan en el cuadro A1 del Anexo.



**CUMPLIDOS LOS 17 AÑOS, YA UNA DE CADA CUATRO ADOLESCENTES HA INICIADO UNA UNIÓN, Y LA MITAD DE ELLAS HA SIDO TAMBIÉN MADRE.**

La asistencia a la escuela y la instrucción formal tienen –como muestra la literatura– un rol importante en moldear las trayectorias y decisiones reproductivas. Por un lado, ya sea por un contexto social y familiar que dificulta la continuidad educativa, o por bajo interés y apego a la educación, quienes alcanzan un bajo nivel de instrucción tienen un abanico de oportunidades más restringido que puedan competir con la vida familiar. Asimismo, las estudiantes que se unen y/o se embarazan tienen también mayores dificultades para continuar estudiando. La influencia de la educación, que opera en ambas direcciones, redundante en importantes diferencias en la situación de las adolescentes de acuerdo a su instrucción. En efecto, entre el 70 y 66 por ciento de quienes no han superado los 8 años de escolaridad han iniciado una unión o tenido un hijo. Entre el 40 y 50 por ciento de ellas están unidas y son madres antes de finalizar la adolescencia, precipitando la asunción de roles adultos. La proporción de adolescentes que ha estado unida entre quienes han alcanzado 12 años de educación se reduce al 22 por ciento, reduciéndose aún más entre quienes han al menos alcanzado 13 años de instrucción formal.

Asimismo, el solo hecho de estar asistiendo a un establecimiento educativo es un factor que posterga la formación familiar y el embarazo temprano. Las adolescentes de 18 y 19 años que continúan asistiendo a un establecimiento escolar, independientemente del nivel –y de su contexto socioeconómico y familiar– son mayoritariamente solteras que no han tenido hijos (73%), mientras entre las que no asisten dicha proporción desciende a la mitad (52%).

Finalmente, y como muestra el cuadro 1, el último aspecto que se indagó es el conocimiento que tienen las adolescentes sobre el momento del ciclo en que es más probable la ocurrencia de un embarazo. Si bien no se observan importantes diferencias en cuanto a la respuesta, conocimiento y la situación conyugal, se observa que quienes respondieron que es más probable quedar embarazada justo después de tener el período son más frecuentemente madres.

Un aspecto que sin duda puede tanto promover o disuadir la formación de una unión temprana se refiere a las ideas que tienen, si alguna vez reflexionaron sobre ello, a sus aspectos positivos y a los negativos. En este sentido, las adolescentes fueron indagadas sobre cuáles eran las ventajas y cuáles las desventajas de unirse antes de los 18 años. De acuerdo a los resultados presentados en el Fascículo de Salud Sexual y Reproductiva, una de cada cinco (20.2%) de las adolescentes considera que casarse o unirse antes de los 18 años tiene como efecto positivo tener su propia familia, y el 7.7% tener sus hijos o hijas temprano.



En cuanto a las desventajas, o aspectos negativos de un matrimonio temprano se citan principalmente: no podría terminar sus estudios (52.6%); vivir violencia verbal como gritos, malas palabras, etc. (26.7%); embarazo prematuro (19.1%); riesgo para la salud (16.8%); experimentar violencia emocional como amenazas, humillaciones y sometimiento de voluntad (15.3%); experimentar violencia física como golpes, lesiones y empujones (14.0%); no disfrutará de la juventud (16.7%).

Estas percepciones se basan muy posiblemente en las observaciones de las adolescentes sobre las experiencias de sus propias familias, así como la de sus familiares, vecinas, amigas y también en las propias vivencias de aquellas que sí han formado una unión. Comprender el vínculo entre las valoraciones de las uniones tempranas, incluyendo aspectos positivos como negativos que tienen las mujeres cuando hacen su transición a la adolescencia, puede ser un aspecto esencial a considerar en futuros estudios y que puedan precisar el orden temporal de la información.

## MATERNIDAD NO INTENCIONAL

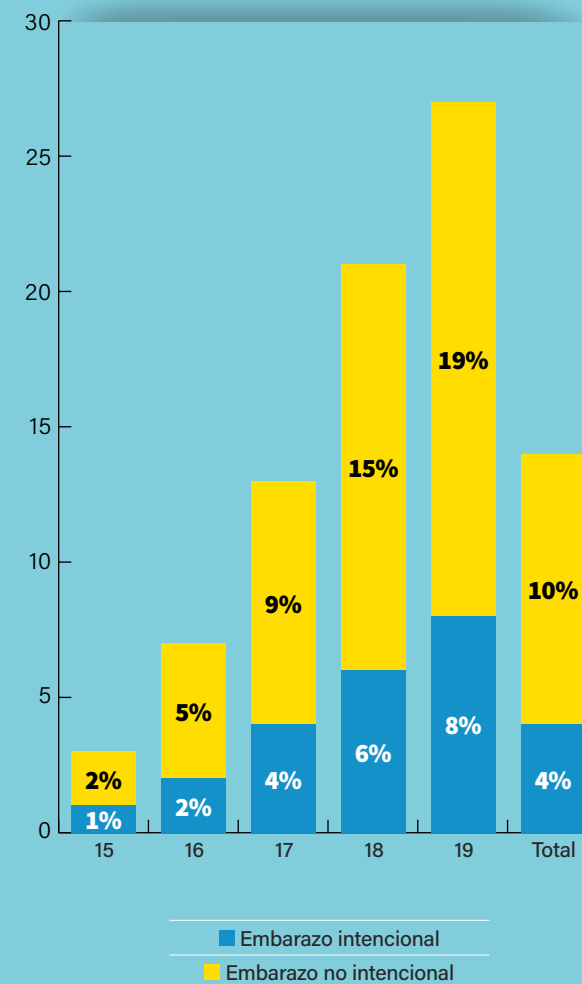
*La ocurrencia de un embarazo y maternidad puede ser resultado de una acción planificada y activamente buscada, pero también puede ocurrir de manera no intencional o inesperada. Esto último es resultado de falta de conocimiento de métodos anticonceptivos (particularmente entre las adolescentes más jóvenes), pero particularmente por la falta de un uso sistemático y efectivo en todas las relaciones. Esto seguramente incluye tanto métodos anticonceptivos que utiliza la mujer, como el uso del preservativo por parte de la pareja.*

Esta sección ahonda en la maternidad temprana y examina en qué medida ésta ha sido no intencional y en qué medida planificada. Cada situación conlleva seguramente causas diferentes y, por ende, políticas y programas específicos para darle respuesta.

El gráfico 3 describe la frecuencia de las madres a cada edad según su respuesta a si su hijo/a fue fruto o no de un embarazo intencional. Los resultados son contundentes e innegablemente indican que la maternidad es principalmente resultado de un embarazo no intencional para la mayoría de las adolescentes. Independientemente de la edad, por cada adolescente que declaró que cuando quedó embarazada así lo quería hay entre 2 y casi 3 adolescentes madres para quienes su embarazo no fue intencional.



GRÁFICO 3.  
PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE SON MADRES, DISTINGUIENDO LA INTENCIONALIDAD O NO DEL EMBARAZO, POR EDAD.



Tomando la experiencia de las adolescentes de 18 y 19 años, quienes están ya cerca de culminar la etapa adolescente, se estima que al menos una de cada cuatro (y posiblemente casi una de cada tres) hace la transición a la juventud siendo madre, y en la mayoría de los casos su maternidad no ha sido resultado de un embarazo intencional, lo que denota una importante vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

Enseguida nos preguntamos si los contextos sociales y económicos de las adolescentes afectan la intencionalidad de la maternidad. Esta mirada multivariada permite examinar cómo la confluencia y acumulación de desventajas pueden redundar en maternidad temprana y, particularmente, la no planificada.

El cuadro 2 muestra los resultados de un modelo *probit multinomial*, que predice la probabilidad de haber o no sido madre y, en caso de haber tenido un hijo, si considera que fue o no planificado. Consecuentemente, la variable dependiente tiene tres categorías (no fue madre, tuvo un hijo planificado, o tuvo un hijo no planeado). Como se anticipa en la parte metodológica del trabajo, los modelos (que se presentan en el cuadro



A4 del Anexo) no son fácilmente interpretables, por lo que los resultados se presentan en términos de probabilidades de estar en cada uno de estos tres grupos. Vale también aclarar que estas probabilidades de pertenecer a uno u otro grupo para cada variable independiente, está calculada controlando el resto de las variables en su valor promedio



**SE ESTIMA QUE AL MENOS UNA DE CADA CUATRO ADOLESCENTES DE 18 Y 19 AÑOS (Y POSIBLEMENTE CASI UNA DE CADA TRES), HACE LA TRANSICIÓN A LA JUVENTUD SIENDO MADRE.**

Consistentemente con la literatura y con lo que ha sido por décadas la situación del país, las adolescentes que provienen de entornos socioeconómicos más apremiantes son quienes con mayor frecuencia son madres durante la adolescencia. Por otra parte, cada uno de los indicadores utilizados para denotar la crianza en contextos de vulnerabilidad va aumentando la prevalencia de la ocurrencia de un embarazo, particularmente no intencional. Así, mientras el 13 por ciento de las adolescentes de los hogares de los tres quintiles mejor posicionados ha sido madre no intencional, esto aumenta a casi 25% entre los del primer quintil.

La maternidad en la adolescencia es mucho más alta en el ámbito rural en comparación con quienes lo hacen en ámbitos urbanos, especialmente en los grandes centros urbanos y en Santo Domingo (30 por ciento vs. 20 por ciento). Más relevante y problemático aún es que si bien en ambos casos es más frecuente que se trate de embarazos no intencionales, esta situación es mucho más frecuente entre las adolescentes de ámbitos rurales.

La lengua materna, es también un rasgo que diferencia la ocurrencia de mater-

nidad temprana y particularmente la no intencional. Son las adolescentes que tienen madres cuya lengua materna no es el español las que no sólo más frecuentemente son madres, sino también quienes su maternidad no fue intencional. Este resultado, si bien sugerente y consistente con la literatura, debe tomarse con algo de cautela dado el limitado número de adolescentes encuestadas que no declararon que el español era su lengua materna, con las restricciones que eso supone al acceso de información particularmente en lo que se refiere al cuidado reproductivo.

En cuanto al nivel socioeconómico del hogar, examinado en quintiles de ingresos, se aprecia un descenso paulatino de la proporción de madres conforme mejora el nivel de ingresos. La proporción de madres varía desde el 35 por ciento entre las que viven en hogares en el primer quintil de ingresos al 17 por ciento entre las del 4to y 5to quintil<sup>7</sup>. En todos los sectores sociales, la mayoría de quienes son madres ha sido resultado de un embarazo no intencional, pero proporcionalmente es mucho más relevante entre aquellas de los sectores más vulnerables que entre más de

<sup>7</sup> Dado la escasa cantidad de casos, se agrupó a las adolescentes que residen en el 4to y 5to quintil.

**CUADRO 2.**  
Adolescentes de 18 y 19 años. Probabilidad condicional de la intencionalidad de la maternidad en función de características sociales y familiares seleccionadas\*

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	CONDICIÓN DE MATERNIDAD		
	NO ES MADRE	MADRE INTENCIONAL	MADRE NO INTENCIONAL
<b>Edad</b>			
18 años	0.814	0.044	0.142
19 años	0.706	0.088	0.206
<b>Lugar de residencia</b>			
Santo Domingo	0.781	0.059	0.160
Otras grandes ciudades	0.801	0.050	0.150
Resto urbano	0.766	0.071	0.164
Área rural	0.704	0.068	0.229
<b>Lengua materna</b>			
Español	0.763	0.062	0.175
Otra	0.856	0.052	0.093
<b>Quintil de ingresos del hogar</b>			
Primer quintil	0.654	0.079	0.267
Segundo quintil	0.722	0.077	0.201
Tercer quintil	0.763	0.091	0.146
Cuarto o quinto quintil	0.826	0.038	0.136
<b>Religión</b>			
Católica	0.794	0.048	0.158
Evangélica	0.788	0.055	0.157
Otra religión	0.795	0.088	0.117
Ninguna	0.718	0.077	0.205
<b>Asistencia escolar</b>			
No asiste	0.631	0.090	0.279
Asiste	0.846	0.044	0.110
<b>Años de escolaridad</b>			
7 años o menos	0.462	0.202	0.337
8 años	0.454	0.211	0.335
9 a 11 años	0.624	0.116	0.260
12 años	0.854	0.035	0.111
13 y más años	0.893	0.019	0.088
<b>Conocimiento sobre probabilidad de embarazo</b>			
A mitad del período	0.800	0.034	0.166
En cualquier momento	0.794	0.050	0.157
Justo después de menstruar	0.741	0.075	0.184
Otras opiniones	0.794	0.058	0.149

un cuarto y un quinto de ellas antes de terminar la adolescencia son madres sin haberlo planificado.

En relación a la religión, como se viera previamente son quienes no adhieren a ningún credo quienes más frecuentemente son madres, pero aquí también se evidencia que no fue una maternidad planificada, al igual que lo que ocurre en el resto de los credos. Esto es, en la mayoría de los casos, aún entre quienes adhieren al catolicismo –religión que es más proclive a promover únicamente la actividad sexual en el marco de relaciones estables y con fines procreativos–, muestran un patrón muy similar tanto en relación a la proporción de madres no intencionales.

El acceso, permanencia y logros educativos son, sin duda, la dimensión en que las brechas son más pronunciadas. Una de cada tres adolescentes que no superan los 8 años de educación ha sido madre no intencional, y un quinto adicional fue madre habiéndolo planificado. En contraposición, entre quienes han al menos alcanzado a completar el nivel medio o secundario, ambas proporciones bajan drásticamente, aun cuando la maternidad no intencional es también la situación más común.

La asistencia escolar, como es de esperar, está también vinculada. En este caso, dado que la asistencia es medida al momento de la encuesta, refleja más la mayor facilidad que tienen las adolescentes no madres de asistir a la escuela en comparación con aquellas que son madres, las cuales tienen mayores res-



**EL SEGUNDO MOTIVO POR EL CUAL LAS ADOLESCENTES REGISTRAN DEMANDA INSATISFECHA ES POR NO UTILIZAR ANTICONCEPCIÓN, AL MOMENTO DE SER CONSULTADAS, POR ESTAR CURSANDO UN EMBARAZO NO INTENCIONAL.**

ponsabilidades y dificultades de compatibilizar el rol de madre y estudiante.

Si bien los resultados priorizan la experiencia de las adolescentes entre 18 y 19 años dado que en los años previos la maternidad es mucho más restringida, el modelo que contempla la experiencia de todas las adolescentes, es decir, desde 15 a 19 años, arroja resultados sustantivamente similares, pero –como es de anticipar– con un menor efecto de cada una de las variables contempladas. Dicho modelo se presenta en el cuadro A5 y A6 del Anexo, para los estimadores y probabilidades respectivamente.

En conjunto, los resultados evidencian una situación que las políticas públicas deben atender: la mayoría de las adolescentes madres quedó embarazada sin así quererlo o planificarlo, lo que significa una vulneración a sus derechos sexuales y reproductivos. Este es el caso de la mayoría de las adolescentes independientemente de su lugar de residencia, del estrato económico del hogar, de sus alcances educativos, y de su religión. Esto es, tanto para la mayoría de las adolescentes madres de los estratos económicos más pobres como la de los más ricos. Su embarazo no fue intencional, pero existen importantes desigualdades con la frecuencia que ocurre. La falta de intencionalidad de los embarazos y de la maternidad evidencia

también la posibilidad de presiones o abusos sexuales, particularmente entre aquellas de menor edad quienes tienen menos recursos para evitarlos.

**DEMANDA SATISFECHA E INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

*Esta sección se focaliza en un aspecto central de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en general y de las adolescentes en particular que es el acceso a la planificación familiar para, de esta manera, poder planificar si y cuándo tener un hijo.*

Como se viera anteriormente, no sólo es muy frecuente, pero son mayoritarios los casos de las adolescentes madres que no planificaron su maternidad, o al menos el momento que quedaron embarazadas. Es por ello que es crítico poder identificar la magnitud y características de las adolescentes con demanda insatisfecha de planificación familiar para así poder focalizar las políticas públicas.

La definición de demanda satisfecha y demanda insatisfecha de planificación familiar, se basa en Bradley et al. (2012) si bien está adaptada a la información disponible en la encuesta y a la realidad adolescente. En este sentido, y a diferencia de lo que usualmente se contempla

para la población adulta, no se incluyó ni infertilidad ni menopausia, pero se incorporó el conocimiento (o no) de anticoncepción moderna.

Entre las adolescentes con demanda satisfecha se incluye a las mujeres sexualmente activas que usan anticoncepción, a quienes no usan anticoncepción porque quieren quedar embarazadas, y a quienes no se encuentran utilizando anticoncepción al momento de la encuesta ya sea por estar embarazada o en postparto (de un embarazo intencional). También incluye a las adolescentes no iniciadas sexualmente pero que conocen métodos anticonceptivos modernos. Las adolescentes con demanda insatisfecha, en contraposición, son quienes son sexualmente iniciadas y no utilizan anticoncepción (y no están buscando un embarazo), así como quienes cursaban un embarazo no intencional al momento de ser encuestadas. También incluye a quienes no se han iniciado sexualmente y declaran no conocer ningún método anticonceptivo moderno.

La primera columna del cuadro 3, indica el porcentaje del total de adolescentes que tiene demanda insatisfecha de planificación familiar, de acuerdo a diferentes características demográficas y sociales. Por ende, el complemento al 100% de cada celda representa el porcentaje con demanda satisfecha de demanda familiar (no se muestra en el cuadro).



**MIENTRAS EL 13 POR CIENTO DE LAS ADOLESCENTES DE LOS HOGARES DE LOS TRES QUINTILES MEJOR POSICIONADOS HA SIDO MADRE NO INTENCIONAL, ESTO AUMENTA A CASI 25% ENTRE LOS DEL PRIMER QUINTIL.**

Una de cada diez adolescentes tiene demanda insatisfecha de planificación. En promedio, los motivos a la demanda insatisfecha se vinculan principalmente al hecho de declarar no usar anticoncepción por diversos motivos: no tener pareja estable, no gustarle usar, no haber tenido sexo en el último tiempo. Esto no es de sorprender teniendo en cuenta que las relaciones de las adolescentes muchas veces son esporádicas, no planificadas, y no sólo no se encuentran preparadas para cuidarse sino que tampoco están empoderadas para exigirle cuidado al compañero. De hecho, el segundo motivo por el cual las adolescentes registran demanda insatisfecha es por no utilizar anticoncepción, al momento de ser consultadas, por estar cursando un embarazo no intencional. No conocer métodos anticonceptivos modernos y no utilizarlos por estar en postparto (de un nacimiento fruto de embarazo no intencional) son motivos de demanda insatisfecha que tienen un peso similar, pero son muy poco frecuentes. La información desagregada por motivo se presenta en el cuadro A7 del Anexo.

La proporción del total de adolescentes con demanda insatisfecha aumenta conforme a la edad de la adolescente (de un 5% entre las de 15 años a 15% entre las de 19 años) y el nivel de vulnerabilidad de su hogar (7% en el quintil más rico a 16% en el quintil más pobre). Es también más frecuente entre las adolescentes en unión, son madres, y quienes no asisten a la escuela. En cambio, no se observan diferencias ni entre el ámbito de residencia, ni de acuerdo a sus conocimientos



**SON LAS MÁS JÓVENES QUIENES TIENEN MAYOR DEMANDA INSATISFECHA Y ESTO ALCANZA A MÁS DE UNA DE CADA TRES (34.8%)**

sobre el ciclo femenino y probabilidad de embarazo. Esto es, tanto quienes respondieron correctamente al momento del ciclo femenino que es más probable que una mujer quede embarazada como quienes respondieron que podía ser en cualquier momento (esto es una respuesta incorrecta, pero al menos más conservadora) tienen la misma demanda que quienes responden erróneamente a dicha pregunta.

La educación diferencia de manera importante a quienes tienen demanda insatisfecha. Tanto aquellas adolescentes que no han alcanzado más de 7 años de educación formal, así como quienes no asisten a un establecimiento educativo, tienen con mucha más frecuencia demanda insatisfecha que sus pares con mayor educación y que asisten a la escuela.

Estos resultados parecieran ser, en conjunto, alentadores ya que la demanda satisfecha es alta, en el orden del 90%. Parte de la explicación es que muchas de las adolescentes aún no se han iniciado sexualmente y la mayoría de ellas indica conocer métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, y como muestran muchos estudios previos, el conocer e incluso indicar que se utiliza siempre o casi siempre anticoncepción durante las relaciones sexuales, no implica un uso correcto ni sistemático teniendo en cuenta la alta proporción de embarazos no intencionales.

**CUADRO 3.**  
Total de adolescentes y de adolescentes sexualmente iniciadas clasificadas según tiene demanda insatisfecha o satisfecha de planificación familiar, por características seleccionadas

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	TOTAL ADOLESCENTES	ADOLESCENTES SEXUALMENTE INICIADAS
<b>Total</b>	<b>9,8</b>	<b>23,9</b>
<b>Edad</b>		
15	5,6	34,8
16	8,3	30,4
17	8,9	20,5
18	12,6	22,5
19	14,5	21,9
<b>Años de educación</b>		
Hasta 8 años	17,1	27,6
9	8,3	20,4
10	6,2	23,3
11	7,1	21,0
12	10,1	22,6
13 y +	8,8	24,4
<b>Lugar de residencia</b>		
Santo Domingo	9,8	24,9
Grandes ciudades	8,9	22,2
Resto urbano	9,9	24,1
Área rural	10,5	23,4
<b>Actualmente casada/unida</b>		
No	7,6	25,6
Sí	21,2	21,2
<b>Madre</b>		
No	8,6	27,2
Sí	17,6	17,6
<b>Asiste a la escuela</b>		
No	18,1	25,3
Sí	7,2	22,7
<b>Quintil socioeconómico</b>		
Primer quintil	15,9	25,8
Segundo quintil	11,7	23,3
Tercer quintil	8,9	21,3
Cuarto y quinto quintil	7,0	25,2
<b>Conocimiento ciclo*</b>		
Incorrecto o No sabe	9,9	24,0
Correcto o conservador	9,4	23,4

Cuando se restringe la mirada a las adolescentes sexualmente iniciadas (segunda columna del Cuadro 3), la magnitud de quienes tienen demanda insatisfecha de planificación familiar asciende sustantivamente a una de cada cuatro, volviéndose más preocupante la necesidad de ser atendido por la política pública. En este caso, una de cada cuatro adolescentes sexualmente iniciadas tiene demanda insatisfecha, mientras las 3 de cada 4 restantes tienen demanda satisfecha.

Otro resultado interesante es que la proporción de adolescentes con demanda insatisfecha no varía sustantivamente (entre 21% y 25%) de acuerdo al lugar de residencia, asistencia escolar, estar o no conviviendo en pareja, quintil de ingresos del hogar, entre otros. La excepción la constituye la edad, donde se ve un

patrón inverso al resultado para el total de las adolescentes. Son las más jóvenes quienes tienen mayor demanda insatisfecha y esto alcanza a más de una de cada tres (34.8%). Lo mismo ocurre con su situación de maternidad: El 17% por ciento de las adolescentes madres tiene demanda insatisfecha en comparación al 27% de las adolescentes no madres. En otras palabras, las adolescentes no madres están en una situación de mayor vulnerabilidad en relación a sus pares madres en términos de contar con un derecho reproductivo como tener sus demandas de planificación familiar satisfechas.

A continuación, y con el objetivo de tener una mirada más comprensiva sobre el nivel de demanda no satisfecha, se proyectaron distintos perfiles de adolescentes en relación a su edad, quintil de ingresos, asistencia escolar y lugar de residencia, conviviente o no en pareja, y con o sin hijos. En todos los casos se restringió a las adolescentes sexualmente iniciadas, y que se declararon sexualmente activas en los últimos tres meses previos a la encuesta.

**CUADRO 4.**

**Adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas en los tres meses previos a la encuesta. Porcentaje con demanda insatisfecha de planificación familiar según perfiles específicos**

	EDAD	QUINTIL	AÑOS DE EDUCACIÓN	URBANO / RURAL	ASISTENCIA ESCOLAR	% DEMANDA INSATISFECHA	
Perfil 1	15 a 17	3 a 5	10 y más	Urbano		21.8%	
Perfil 2	15 a 17	1 y 2	Hasta 9	Rural		23.3%	
Perfil 3	15 a 17	1 y 2	Hasta 9		No	33.2%	
	EDAD	QUINTIL	AÑOS DE EDUCACIÓN	URBANO / RURAL	EN PAREJA	TIENE HIJOS	% DEMANDA INSATISFECHA
Perfil 4	18 y 19	3 a 5	12 y más	Urbano			15.4%
Perfil 5	18 y 19	1 y 2	Hasta 11		Si		25.4%
Perfil 6	18 y 19	1 y 2	Hasta 11			No	30.8%

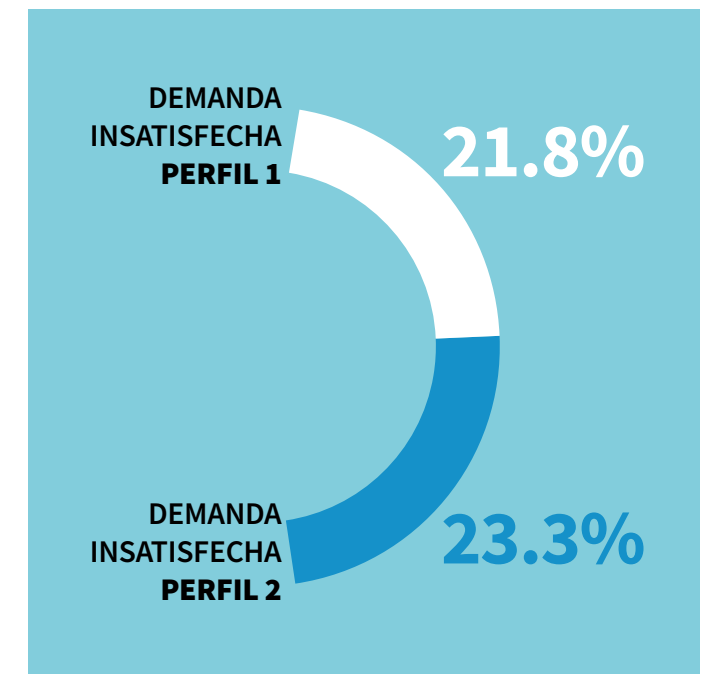
Este ejercicio muestra, de manera más simple, cómo adolescentes con distintos atributos y en distintos contextos difieren en su nivel de satisfacción de demanda de planificación. Cabe recordar que en todos los casos se trata de adolescentes sexualmente activas durante los tres meses previos al relevamiento por lo que son quienes más expuestas están a la ocurrencia de un embarazo no planificado.

Entre el grupo de adolescentes más jóvenes, el perfil 1 y el perfil 2 contrasta la situación socioeconómica del hogar y los años de educación, y el área de residencia. Como se puede observar, pese a que son condiciones disímiles, la proporción con demanda insatisfecha es alta (entre el 22 y 23 por ciento), pero similar. Cuando se contempla la variable de asistencia escolar (perfil 3) y se lo compara con el nivel perfil 2 se observa un incremento importante de quienes tienen demanda insatisfecha. Esto muestra la importancia de la asistencia escolar y otro aspecto de cómo opera como factor protector de la ocurrencia de embarazos no intencionales.

Entre las adolescentes de mayor edad, vemos cómo las adolescentes sexualmente activas que residen en hogares mejor posicionados y en áreas urbanas son quienes tienen menor nivel de demanda insatisfecha. Entre aquellas de los quintiles más desfavorecidos, nuevamente incrementa la necesidad de proveer planificación familiar tanto entre quienes viven en pareja, como quienes no tienen hijos.



**UNA DE CADA TRES ADOLESCENTES QUE NO SUPERAN LOS 8 AÑOS DE EDUCACIÓN HA SIDO MADRE NO INTENCIONAL, Y UN QUINTO ADICIONAL FUE MADRE HABIÉNDOLO PLANIFICADO.**





# Reflexiones finales

*Este trabajo examina las conductas reproductivas y conyugales adolescentes, a partir de datos recientes del módulo sobre salud sexual y reproductiva de mujeres entre 15 y 19 años aplicado por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) a la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples de 2018 (ENHOGAR-2018).*

En la República Dominicana, la unión y maternidad adolescente es frecuente y de larga data y contrasta con los niveles tanto de desarrollo del país como en relación a los niveles de fecundidad general. Los resultados del último relevamiento indican que en general, no se ha mejorado en forma sustantiva, en tanto continúan niveles similares a los obtenidos en relevamientos previos (si bien no son estrictamente comparables).

Los resultados del presente trabajo muestran que, si bien la iniciación ocurre durante la adolescencia, no es tan temprana, pero se observan importantes diferencias por nivel socioeconómico. Esto es, las adolescentes de estratos más bajos tienen una iniciación mucho más temprana en comparación con sus pares de estratos medios y altos. Este factor marca el primer diferencial que, sumado a la formación de uniones tempranas, redundando también en una maternidad temprana. En muchos casos, ésta es declarada como deseada o intencional. Pero en la mayoría de los casos, las adolescentes madres declaran que no querían quedar embarazadas en el momento que ocurrió. Vale nuevamente recalcar, que el embarazo no intencional es la situación más frecuente entre todas las adolescentes madres, sean de cualquier estrato social, nivel educativo, religión, o región. Lo que sí las diferencia es con la frecuencia que ello ocurre siendo en los contextos más vulnerables mucho más frecuente, y es donde los esfuerzos de políticas y programas para prevenirlo deben reforzarse.



**DE QUIENES ASISTEN A LA ESCUELA:  
EL 73% NO HA SIDO MADRE NI HA TENIDO UN HIJO  
(VERSUS 52%), INDEPENDIEMENTE DEL NIVEL  
Y CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y FAMILIAR.**

Esto se vuelve también más preocupante cuando a ello se incluye también el examen de la formación de una unión. Así, más de la mitad de las adolescentes de los estratos más bajos han formado una unión (y dos tercios de ellas han sido también madres sin haberlo deseado), y ello tiene en cuenta tanto el efecto de la educación como la región de residencia, factores que son también relevantes y acentúan aún más o mitigan las desigualdades.

Sin duda, la permanencia en el sistema educativo opera como un factor protector en toda la sucesión de eventos a las conductas reproductivas, desde la iniciación sexual, el uso o no de anticoncepción, la formación de una unión y la ocurrencia de un embarazo no intencional. En este sentido, y teniendo en cuenta las edades y alcances educativos de las adolescentes, parece más usual que la deserción escolar preceda a la unión y/o embarazo –como lo muestran otros estudios en la región–.

También se denota un vínculo muy estrecho entre unión y maternidad, con muy poca frecuencia de madres sin nunca haber estado en unión, y una propor-

ción importante de adolescentes que declaran estar separadas de una unión. Es muy probable que muchas de estas uniones se hayan apresurado como resultado de un embarazo, o incluso no se hayan consumado y se hayan disuelto rápidamente. Por otra parte, otro grupo de adolescentes forma una unión a edad temprana y no como resultado de la ocurrencia de un embarazo. En este caso, y como se mostrara en estudios cualitativos previos, la unión en edades adolescentes es socialmente aceptada en determinados contextos. Esto es más factible en dichos entornos donde las expectativas y oportunidades educativas son más bajas, y los horizontes laborales menos atractivos; la edad esperada para formar una familia es más temprana.

Un cuarto de adolescentes sexualmente activas registra demanda insatisfecha de planificación familiar. Las razones principales de la falta de uso de anticoncepción son estar embarazada o en postparto (de un embarazo no intencional), pero también por no usar anticoncepción debido a la falta de pareja estable, o que a ella (o a su pareja) no le gusta usar anticoncepción. La falta de conocimiento de métodos no es un factor relevante, denotando la importancia de que las mujeres aprendan que el uso debe ser sistemático. La proporción tan importante de adolescentes que declaran no haber querido quedar embarazadas evidencia la falta de uso de manera eficaz y sistemática.

La demanda insatisfecha es diferente siendo nuevamente los perfiles de adolescentes más vulnerables



**ES MUY PROBABLE QUE MUCHAS DE ESTAS UNIONES SE HAYAN APRESURADO COMO RESULTADO DE UN EMBARAZO, O INCLUSO NO SE HAYAN CONSUMADO Y SE HAYAN DISUELTO RÁPIDAMENTE.**

quienes se encuentran en situación de mayor necesidad, con niveles que ascienden hasta a una de cada tres entre las más jóvenes con menor educación.

El acceso y el uso preferentemente de métodos de larga duración son importantes para prevenir la ocurrencia de embarazos no intencionales. Pero debe acompañarse por educación sexual desde edad temprana para que las adolescentes aprendan tanto la importancia del cuidado como de la prevención, incluyendo la prevención de ETS.

El contexto de la pandemia actual, constituye sin duda una enorme alerta para focalizar aún más los esfuerzos para asistir a la población más vulnerable y susceptible a incurrir en riesgos reproductivos que resulten en embarazos no intencionales.

# ANEXO DE CUADROS

**CUADRO A1.**

Estimaciones del modelo biprobit de unión y maternidad  
(corregido por sesgo de selección). Adolescentes de 18 y 19 años

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	UNIDA	MADRE
<b>Edad</b>		
18 años (omitida)		
19 años	0.336***	0.393***
<b>Lugar de residencia</b>		
Santo Domingo (omitida)		
Otras grandes ciudades	0.189	-0.0946
Resto urbano	0.0401	0.0456
Área rural	0.235*	0.211
<b>Lengua materna</b>		
Español (omitida)		
Otra	-0.174	-0.465***
<b>Quintil de ingresos del hogar</b>		
Primer quintil	0.716***	0.631***
Segundo quintil	0.601***	0.400***
Tercer quintil	0.380***	0.366***
Cuarto o quinto quintil (omitida)		
<b>Religión</b>		
Católica	0.214	-0.0180
Evangélica	0.240	-0.0322
Ninguna	0.498***	0.238
Otra religión (omitida)		
<b>Asistencia escolar</b>		
No asiste	0.564***	0.520***
Asiste (omitida)		
<b>Años de escolaridad</b>		
7 años o menos	0.397**	0.577***
8 años	0.344**	0.332*
9 a 11 años (omitida)		
12 años	-0.781***	-0.680***
13 y más años	-0.936***	-1.018***
No responde	0.771*	0.128
<b>Conocimiento sobre probabilidad de embarazo</b>		
A mitad del período		
En cualquier momento	-0.118	-0.0250
Justo después de menstruar	0.112	0.131
Otras opiniones	-0.0968	-0.0621
Constante	-1.118***	-1.307***
Correlación (ρ)	1.278***	
Observaciones	1,862	1,862

**Nota:** En las estimaciones se consideran los factores de ponderación. Los errores estándar fueron ajustados por el diseño muestral de la ENHOGAR –agrupados según UPM y estrato–.

\*p<.10; \*\*p<.05; \*\*\*p<.01

**CUADRO A2.**

Estimaciones del modelo biprobit de unión y maternidad.  
Adolescentes de 15 a 19 años

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	UNIDA	MADRE
<b>Edad</b>		
15 años (omitida)		
16 años	0.331***	0.688***
17 años	0.795***	1.078***
18 años	1.214***	1.501***
19 años	1.545***	1.882***
<b>Lugar de residencia</b>		
Santo Domingo (omitida)		
Otras grandes ciudades	0.102	-0.0647
Resto urbano	0.0292	0.0417
Rural	0.133	0.0602
<b>Quintil de ingresos del hogar</b>		
Primer quintil	0.739***	0.575***
Segundo quintil	0.569***	0.367***
Tercer quintil	0.462***	0.349***
Cuarto o quinto quintil (omitida)		
<b>Religión</b>		
Católica	0.160	0.0305
Evangélica	0.148	0.0570
Ninguna	0.456***	0.287**
Otra religión (omitida)		
<b>Asistencia escolar</b>		
No asiste	0.771***	0.726***
Asiste (omitida)		
<b>Años de escolaridad</b>		
7 años o menos	0.571***	0.526***
8 años	0.429***	0.420***
9 a 11 años (omitida)		
12 años	-0.848***	-0.788***
13 y más años	-0.864***	-0.962***
No responde	0.515**	0.308
<b>Conocimiento sobre probabilidad de embarazo</b>		
A mitad del período (omitida)		
En cualquier momento	-0.0802	-0.0620
Justo después de menstruar	0.0668	0.116
Otras opiniones	-0.176*	-0.163
Constante	-2.311***	-2.847***
Correlación (ρ)	1.238***	
Observaciones	4920	

**Nota:** En las estimaciones se consideran los factores de ponderación. Los errores estándar fueron ajustados por el diseño muestral de la ENHOGAR –agrupados según UPM y estrato–.

\*p<.10; \*\*p<.05; \*\*\*p<.01

**CUADRO A3.**

Adolescentes de 15 a 19 años. Probabilidad condicional de estar unida y/o ser madre en función de características sociales y familiares seleccionadas\*

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	NO UNIDA Y NO MADRE	NO UNIDA Y MADRE	UNIDA Y NO MADRE	UNIDA Y MADRE
<b>Edad</b>				
15 años	0.953	0.001	0.040	0.006
16 años	0.904	0.008	0.059	0.030
17 años	0.801	0.012	0.116	0.071
18 años	0.662	0.018	0.170	0.150
19 años	0.529	0.026	0.191	0.255
<b>Lugar de residencia</b>				
Santo Domingo	0.824	0.011	0.104	0.061
Otras grandes ciudades	0.802	0.006	0.135	0.057
Resto urbano	0.816	0.012	0.107	0.066
Área rural	0.790	0.010	0.130	0.071
<b>Lengua materna</b>				
Español	0.810	0.010	0.115	0.065
Otra	0.858	0.004	0.104	0.034
<b>Quintil de ingresos del hogar</b>				
Primer quintil	0.689	0.011	0.181	0.118
Segundo quintil	0.748	0.008	0.161	0.083
Tercer quintil	0.779	0.011	0.133	0.077
Cuarto o quinto quintil	0.888	0.009	0.067	0.036
<b>Religión</b>				
Católica	0.835	0.009	0.104	0.053
Evangélica	0.837	0.010	0.099	0.055
Otra religión	0.867	0.012	0.075	0.046
Ninguna	0.752	0.011	0.149	0.088
<b>Asistencia escolar</b>				
No asiste	0.617	0.015	0.199	0.168
Asiste	0.858	0.008	0.090	0.044
<b>Años de escolaridad</b>				
7 años o menos	0.560	0.016	0.218	0.206
8 años	0.614	0.017	0.194	0.175
9 a 11 años	0.765	0.012	0.137	0.086
12 años	0.942	0.004	0.039	0.015
13 y más años	0.946	0.002	0.042	0.010
<b>Conocimiento sobre probabilidad de embarazo</b>				
A mitad del período	0.806	0.009	0.122	0.064
En cualquier momento	0.826	0.009	0.109	0.056
Justo después de menstruar	0.784	0.012	0.125	0.078
Otras opiniones	0.850	0.008	0.097	0.045

Nota: Basado en las estimaciones del cuadro A2.

**CUADRO A4.**

Estimaciones modelo probit multinomial que predicen haber tenido hijo (o estar embarazada) de manera intencional, o de manera no intencional (versus no ser madre y no estar embarazada). Adolescentes 18 y 19 años

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	MADRE INTENCIONAL	MADRE NO INTENCIONAL
<b>Edad</b>		
18 años (omitida)		
19 años	0.574***	0.419***
<b>Lugar de residencia</b>		
Santo Domingo (omitida)		
Otras grandes ciudades	-0.127	-0.0734
Resto urbano	0.130	0.0396
Área rural	0.198	0.367*
<b>Lengua materna</b>		
Español	-0.251	-0.559**
Otra (omitida)		
<b>Quintil de ingresos del hogar</b>		
Primer quintil	0.690***	0.733***
Segundo quintil	0.573**	0.423**
Tercer quintil	0.613***	0.145
Cuarto o quinto quintil (omitida)		
<b>Religión</b>		
Católica	-0.366	0.201
Evangélica	-0.276	0.206
Otra religión (omitida)		
Ninguna	0.0280	0.498*
<b>Asistencia escolar</b>		
No asiste	0.755***	0.971***
Asiste (omitida)		
<b>Años de escolaridad</b>		
7 años o menos	0.648**	0.474**
8 años	0.696**	0.483*
9 a 11 años (omitida)		
12 años		
13 y más años	-1.469***	-1.146***
No responde	-0.190	0.708
<b>Conocimiento sobre probabilidad de embarazo</b>		
A mitad del período (omitida)		
En cualquier momento	0.230	-0.0290
Justo después de menstruar	0.548**	0.160
Otras opiniones	0.314	-0.0650
Constante	-2.494***	-1.969***
Observaciones	1,858	

Nota: En las estimaciones se consideran los factores de ponderación. Los errores estándar fueron ajustados por el diseño muestral de la ENHOGAR –agrupados según UPM y estrato–.

\*p<.10; \*\*p<.05; \*\*\*p<.01

**CUADRO A5.**

Estimaciones modelo probit multinomial que predicen haber tenido hijo (o estar embarazada) de manera intencional, o de manera no intencional (versus no ser madre y no estar embarazada). Adolescentes entre 15 y 19 años

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	CONDICIÓN DE MATERNIDAD	
	MADRE INTENCIONAL	MADRE NO INTENCIONAL
<b>Edad</b>		
15 años (omitida)		
16 años	0.790***	0.709***
17 años	1.278***	1.205***
18 años	1.760***	1.713***
19 años	2.310***	2.110***
<b>Lugar de residencia</b>		
Santo Domingo (omitida)		
Otras grandes ciudades	-0.194	-0.00665
Resto urbano	0.109	0.120
Área rural	-0.0305	0.175
<b>Lengua materna</b>		
Español (omitida)		
Otra	-0.362*	-0.325
<b>Quintil de ingresos del hogar</b>		
Primer quintil	0.813***	0.738***
Segundo quintil	0.526***	0.470***
Tercer quintil	0.568***	0.264**
Cuarto o quinto quintil (omitida)		
<b>Religión</b>		
Católica	-0.250	0.306
Evangélica	-0.106	0.253
Ninguna	0.196	0.559***
Otra religión (omitida)		
<b>Asistencia escolar</b>		
No asiste	1.104***	1.200***
Asiste (omitida)		
<b>Años de escolaridad</b>		
7 años o menos	0.639***	0.571***
8 años	0.617***	0.575***
9 a 11 años (omitida)		
12 años	-1.195***	-1.014***
13 y más años	-1.386***	-1.046***
No responde	-0.442	0.725*
<b>Conocimiento sobre probabilidad de embarazo</b>		
A mitad del período (omitida)		
En cualquier momento	0.0941	-0.0201
Justo después de menstruar	0.447**	0.121
Otras opiniones	-0.0333	-0.254
Constante	-4.293***	-3.836***
Observaciones	4,912	

**Nota:** En las estimaciones se consideran los factores de ponderación. Los errores estándar fueron ajustados por el diseño muestral de la ENHOGAR –agrupados según UPM y estrato–.

\*p<.10; \*\*p<.05; \*\*\*p<.01

**CUADRO A6.**

Adolescentes de 15 a 19 años. Probabilidad condicional de la intencionalidad de la maternidad en función de características sociales y familiares seleccionadas\*

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	CONDICIÓN DE MATERNIDAD		
	NO ES MADRE	MADRE INTENCIONAL	MADRE NO INTENCIONAL
<b>Edad</b>			
15 años	0.982	0.003	0.014
16 años	0.941	0.014	0.045
17 años	0.884	0.030	0.086
18 años	0.793	0.055	0.152
19 años	0.684	0.103	0.212
<b>Lugar de residencia</b>			
Santo Domingo	0.902	0.028	0.071
Otras grandes ciudades	0.909	0.020	0.072
Resto urbano	0.885	0.032	0.082
Área rural	0.885	0.025	0.090
<b>Lengua materna</b>			
Español	0.894	0.027	0.079
Otra	0.933	0.016	0.051
<b>Quintil de ingresos del hogar</b>			
Primer quintil	0.819	0.048	0.133
Segundo quintil	0.868	0.033	0.099
Tercer quintil	0.888	0.038	0.075
Cuarto o quinto quintil	0.931	0.015	0.055
<b>Religión</b>			
Católica	0.908	0.019	0.073
Evangélica	0.908	0.025	0.067
Otra religión	0.922	0.032	0.046
Ninguna	0.864	0.038	0.098
<b>Asistencia escolar</b>			
No asiste	0.721	0.073	0.206
Asiste	0.929	0.018	0.053
<b>Años de escolaridad</b>			
7 años o menos	0.741	0.084	0.175
8 años	0.742	0.082	0.176
9 a 11 años	0.863	0.039	0.098
12 años	0.970	0.006	0.024
13 y más años	0.973	0.004	0.023
<b>Conocimiento sobre probabilidad de embarazo</b>			
A mitad del período	0.901	0.018	0.081
En cualquier momento	0.900	0.022	0.078
Justo después de menstruar	0.871	0.038	0.091
Otras opiniones	0.925	0.018	0.057

**Nota:** Basado en las estimaciones del Cuadro A5.

**CUADRO A7.**  
Distribución del total de las adolescentes según categorías de demanda satisfecha y de demanda insatisfecha de planificación familiar, por características seleccionadas

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR									
	SATISFECHA					INSATISFECHA				
	Usa MAC	No usa porque quiere tener (más) hijos	No usa porque está embarazada (intencional)	No usa MAC (en postparto y quería tener su último hijo)	No es sexualmente iniciada, y conoce MAC modernos	No usa porque está embarazada (no intencional)	No usa MAC (en postparto y no quería tener su último hijo)	No usa porque: no le gusta, no ha tenido sexo, tiene pareja pero no tienen sexo	No ha tenido sexo y no conoce MAC modernos	
<b>Total</b>	<b>27.5</b>	<b>1.0</b>	<b>1.4</b>	<b>0.1</b>	<b>60.2</b>	<b>2.3</b>	<b>0.4</b>	<b>6.8</b>	<b>0.4</b>	<b>0.4</b>
<b>Edad</b>										
15	8.7	0.4	0.5	0.0	84.8	1.4	0.0	3.7	0.0	0.5
16	16.4	0.3	0.5	0.3	74.0	1.9	0.0	5.8	0.0	0.6
17	28.8	1.2	1.3	0.2	59.7	2.0	0.7	5.5	0.7	0.7
18	39.5	1.7	1.9	0.1	44.2	3.1	0.2	9.3	0.2	0.1
19	46.9	1.7	2.8	0.1	34.0	3.3	0.9	10.3	0.9	0.0
<b>Años de educación</b>										
0-8	35.6	2.3	3.1	0.6	41.3	4.9	0.2	10.7	0.2	1.3
9	26.5	1.4	0.9	0.0	62.8	1.9	0.5	5.0	0.5	0.9
10	18.1	0.7	1.3	0.1	73.6	1.2	0.1	4.9	0.1	0.1
11	25.6	0.4	0.6	0.0	66.4	1.6	0.2	5.3	0.2	0.0
12	32.3	0.6	1.4	0.1	55.5	2.4	0.5	7.0	0.5	0.1
13 y más	26.6	0.6	0.1	0.0	63.9	1.0	0.0	7.8	0.0	0.0
No responde	27.9	3.6	2.4	0.0	27.7	5.2	11.6	21.6	11.6	0.0
<b>Estrato</b>										
Santo Domingo	27.0	0.7	0.6	0.2	61.7	2.3	0.3	6.9	0.3	0.4
Grandes ciudades	28.3	0.8	1.3	0.0	60.8	1.7	0.2	6.8	0.2	0.2
Resto urbano	26.0	1.5	2.4	0.2	60.1	2.2	0.4	6.9	0.4	0.4
Rural	30.1	1.1	1.2	0.2	56.7	3.1	0.5	6.4	0.5	0.6

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR									
	SATISFECHA					INSATISFECHA				
	Usa MAC	No usa porque quiere tener (más) hijos	No usa porque está embarazada (intencional)	No usa MAC (en postparto y quería tener su último hijo)	No es sexualmente iniciada, y conoce MAC modernos	No usa porque está embarazada (no intencional)	No usa MAC (en postparto y no quería tener su último hijo)	No usa porque: no le gusta, no ha tenido sexo, tiene pareja pero no tienen sexo	No ha tenido sexo y no conoce MAC modernos	
<b>Actualmente Casada/unida</b>										
No	20.1	0.2	0.4	0.1	71.6	0.9	0.1	6.2	0.1	0.5
Sí	66.2	5.5	6.4	0.7	0.0	9.7	1.7	9.8	1.7	0.0
<b>Es madre</b>										
No	19.6	0.9	1.3	0.0	69.6	2.0	0.0	6.1	0.0	0.5
Sí	77.4	2.1	1.7	1.1	0.0	4.1	2.6	10.9	2.6	0.0
<b>Asiste a la escuela</b>										
No	46.0	2.0	3.9	0.5	29.4	5.5	1.2	11.0	1.2	0.3
Sí	21.7	0.7	0.6	0.0	69.8	1.3	0.1	5.4	0.1	0.4
<b>Quintil de ingresos del hogar</b>										
Primer	38.9	2.7	2.8	0.2	39.4	5.1	0.9	9.6	0.9	0.4
Segundo	33.4	1.6	1.8	0.1	51.3	3.4	0.7	7.2	0.7	0.5
Tercer	29.9	0.7	1.4	0.4	58.7	1.2	0.3	7.2	0.3	0.2
Cuarto y quinto	18.5	0.3	0.5	0.0	73.6	1.3	0.0	5.2	0.0	0.5
<b>Sexualmente Activa (3 meses)</b>										
No	3.4	0.0	0.2	0.1	91.3	0.6	0.0	3.8	0.0	0.6
Sí	73.9	3.0	3.7	0.3	0.0	5.7	1.0	12.5	1.0	0.0
<b>Sexualmente Activa (6 meses)</b>										
No	1.9	0.0	0.1	0.0	94.4	0.3	0.0	2.7	0.0	0.6
Sí	72.2	2.9	3.7	0.4	0.0	5.9	1.0	14.0	1.0	0.0
<b>Conocimiento ciclo femenino*</b>										
Incorrecto o No sabe	27.3	1.0	1.5	0.2	60.2	2.2	0.3	6.9	0.3	0.5
Correcto o conservador	28.2	1.2	0.9	0.1	60.2	2.7	0.5	6.2	0.5	0.1

(\*) Conocimiento del ciclo femenino. A la pregunta ¿En qué período tiene una mujer más posibilidad de quedar embarazada)? Se consideró como correcto a la respuesta “en la mitad del período”; y conservador a la respuesta “en cualquier momento”.

**CUADRO A8.**  
Distribución de las adolescentes sexualmente iniciadas según categorías de demanda satisfecha y de demanda insatisfecha de planificación familiar, por características seleccionadas

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR							
	SATISFECHA				INSATISFECHA			
	Usa MAC	No usa porque quiere tener (más) hijos	No usa porque está embarazada (intencional)	No usa MAC (en postparto y quería tener su último hijo)	No usa porque está embarazada (no intencional)	No usa MAC (en postparto y no quería tener su último hijo)	No usa porque está embarazada (no intencional)	No usa porque: no tiene pareja, no le gusta, no ha tenido sexo, tiene pareja pero no tienen sexo
<b>Total</b>	<b>69.7</b>	<b>2.6</b>	<b>3.5</b>	<b>0.4</b>	<b>5.8</b>	<b>0.9</b>	<b>17.2</b>	
<b>Edad</b>								
15	59.3	2.4	3.3	0.1	9.6	0.0	25.2	
16	64.8	1.3	2.1	1.3	7.3	0.2	22.9	
17	72.7	3.0	3.3	0.4	4.9	1.8	13.8	
18	70.9	3.1	3.4	0.2	5.5	0.3	16.6	
19	71.1	2.5	4.3	0.2	5.0	1.3	15.6	
<b>Años de educación</b>								
0-8	62.0	4.1	5.4	1.0	8.5	0.4	18.6	
9	73.3	3.9	2.4	0.0	5.3	1.3	13.8	
10	68.7	2.7	5.0	0.3	4.5	0.4	18.4	
11	76.0	1.2	1.8	0.0	4.7	0.6	15.6	
12	72.7	1.3	3.1	0.3	5.5	1.2	15.9	
13 y más	73.6	1.7	0.3	0.0	2.7	0.0	21.7	
No responde	38.6	5.0	3.4	0.0	7.1	16.1	29.8	
<b>Estrato</b>								
Santo Domingo	71.2	1.9	1.6	0.4	6.0	0.8	18.1	
Grandes ciudades	72.4	2.0	3.4	0.0	4.3	0.5	17.3	
Resto urbano	65.7	3.7	6.0	0.5	5.6	1.0	17.5	
Rural	70.6	2.7	2.8	0.5	7.2	1.2	15.0	
<b>Actualmente Casada/unida</b>								
No	72.1	0.6	1.5	0.2	3.2	0.3	22.1	
Sí	66.2	5.5	6.4	0.7	9.7	1.7	9.8	

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR							
	SATISFECHA				INSATISFECHA			
	Usa MAC	No usa porque quiere tener (más) hijos	No usa porque está embarazada (intencional)	No usa MAC (en postparto y quería tener su último hijo)	No usa porque está embarazada (no intencional)	No usa MAC (en postparto y no quería tener su último hijo)	No usa porque está embarazada (no intencional)	No usa porque: no tiene pareja, no le gusta, no ha tenido sexo, tiene pareja pero no tienen sexo
<b>Es madre</b>								
No	65.5	2.9	4.4	0.0	6.7	0.0	20.5	
Sí	77.4	2.1	1.7	1.1	4.1	2.6	10.9	
<b>Asiste a la escuela</b>								
No	65.6	2.9	5.6	0.7	7.8	1.7	15.7	
Sí	72.8	2.4	1.9	0.1	4.4	0.3	18.1	
<b>Quintil de ingresos del hogar</b>								
Primer	64.7	4.4	4.7	0.4	8.5	1.5	15.9	
Segundo	69.3	3.4	3.8	0.1	7.0	1.4	14.9	
Tercer	72.6	1.7	3.5	1.0	2.9	0.8	17.5	
Cuarto y quinto	71.7	1.1	2.0	0.0	5.1	0.0	20.1	
<b>Sexualmente Activa (3 meses)</b>								
No	41.7	0.3	2.3	1.0	7.0	0.4	47.3	
Sí	73.9	3.0	3.7	0.3	5.7	1.0	12.5	
<b>Sexualmente Activa (6 meses)</b>								
No	38.7	0.0	1.1	0.5	5.5	0.3	53.8	
Sí	72.2	2.9	3.7	0.4	5.9	1.0	14.0	
<b>Conocimiento ciclo femenino*</b>								
Incorrecto o No sabe	69.3	2.5	3.8	0.4	5.6	0.8	17.6	
Correcto o conservador	71.1	3.0	2.3	0.2	6.7	1.2	15.5	

(\*) Conocimiento del ciclo femenino. A la pregunta ¿En qué período tiene una mujer más posibilidad de quedar embarazada? Se consideró como correcto a la respuesta “en la mitad del período”; y conservador a la respuesta “en cualquier momento”.

# Referencias

- Adaszko, A.** (2005). Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo, pp. 33-65. Capítulo 2 de: Gogna, M. (coordinadora): *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES
- Adhikari, R., Soonthorndhada, K., & Prasartkul, P.** (2009). Correlates of unintended pregnancy among currently pregnant married women in Nepal. *BMC International Health and Human Rights*, 9, 17. doi:10.1186/1472-698X-9-17
- Amato, P., Landale, N., Havasevich-Brooks, T., Booth, A., Eggebeen, D., Schoen, R., et al.** (2008). Precursors of young women's family formation pathways. *Journal of Marriage and Family*, 70(5), 1271-1286.
- Aquino, E. M., Heilborn, M. L., Knauth, D., Bozon, M., Almeida, M. D. C., Araújo, J., & Menezes, G.** (2003). Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, S377-S388.
- Barnett, J. K., Papini, D. R., & Gbur, E.** (1991). Familial correlates of sexually active pregnant and non-pregnant adolescents. *Adolescence*, 26(102), 457.
- Becker, J.** (2009). Young Mother in Late Modernity: Sacrifice, Respectability and the Transformative Neo-liberal Subject. *Journal of Youth Studies*, 12(3): 275-288. <https://doi.org/10.1080/13676260902773809>
- Berga Timoneda, A.** (2010). "Aprendiendo a ser amadas. La maternidad adolescente como una estrategia llena de sentido en contextos de riesgo social". *Papers*, 95(2): 277-299. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v95n2.17>
- Billari, F. C., & Philipov, D.** (2004). Education and the transition to motherhood: A comparative analysis of Western Europe. *European Demographic Research*. Vienna Institute of Demography, Austrian Academy of Sciences.
- Binstock, G., & Gogna, M.** (2014). Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina. *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*, 167-185.
- Binstock, G., & Näslund-Hadley, E.** (2013). Maternidad adolescente y su impacto sobre las trayectorias educativas y laborales de mujeres de sectores populares urbanos de Paraguay. *Papeles de población*, 19(78), 15-40.
- Binstock, G., & Pantelides, E.** (2005). La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. Gogna M, coord. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES-UNICEF.
- Boongarts, J.** (1978). A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility, *Population and Development Review*, vol. 4, N°1.
- Bradley, S. E., Croft, T. N., Fishel, J. D. & Westoff, C. F.** (2012). Revising Unmet Need for Family Planning. *DHS Analytical Studies* No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Bronars, S. G. & Grogger, J.** (1994). The Economic Consequences of Unwed Motherhood: Using Twin Births as a Natural Experiment. *The American Economic Review*, 84(5) (Dec.), 1141-1156.
- Bucholtz, M.** (2002). Youth and cultural practice. *Annual review of anthropology*, 31(1), 525-552.
- Buvinic, M.** (1998). Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. *Studies in Family Planning*, 29(2), 201-209.
- Cabral, C.** (2002). "Gravidez na Adolescência e Identidade Masculina, repercussões sobre a trajetória escolar e profissional do jovem", ponencia presentada en el III Encuentro de la Asociación Brasileña de Estudios Poblacionales, Ouro Preto, Brasil.



**Cardoso, A. R., & Verner, D.** (2008). *Youth risk-taking behavior in Brazil: drug use and teenage pregnancy*. The World Bank.

**Carroll, J. S., Willoughby, B., Badger, S., Nelson, L. J., McNamara, B. C., & Madsen, S. D.** (2007). So close, yet so far away: The impact of varying marital horizons on emerging adulthood. *Journal of Adolescent Research*, 22(3), 219-247.

**Cavanaugh, S.** (2011). Early pubertal timing and union formation behaviors. *Social Forces*, 89, 1217-1238.

**CEPAL.** (2004). *Panorama social 2004*, Santiago de Chile.

**CEPAL.** (2005). *Panorama social 2005*, Santiago de Chile

**CEPAL - OIJ.** (2004). *La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias*, Cepal, LC/L.2180, Santiago de Chile.

**Cherry, A. & Dillon, M.** (eds.) (2014), *International Handbook of Adolescent Pregnancy: Medical, Psychosocial, and Public Health Responses*, Berlín, Springer.

**Coale, A. J.**, 1973, "The demographic transition", *International Population Conference*, International Union for the Scientific Study of Population, Liege vol. 1.

**Corcoran, J.** (1999). Ecological factors associated with adolescent pregnancy: a review of the literature. *Adolescence*, 34(135):603-1

**Decat, P.** (2015). *Addressing the Unmet Contraceptive Need of Adolescents and Unmarried youth: Act or Interact? Learning from Comprehensive Interventions in China and Latin America*, International Centre for Reproductive Health (ICRH), Ghent University.

**Del Rosario, J., Tavares, J.J. & Cáceres, P.** (2017). *Embarazo y adolescencia en República Dominicana: Un estudio a través de la ecología social*. Reporte Técnico. DOI: [10.13140/RG.2.2.32094.95040](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.32094.95040)

**Díaz, R., & Olivo, K.** (2011). *Determinantes de la fecundidad en las adolescentes de República Dominicana: Evidencia a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud 2007*. Santo Domingo, República Dominicana: Banco Central de la República Dominicana.

**Di Cesare, M.** (2007). *Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe*. CELADE.

**Di Cesare, M., & Rodríguez Vignoli, J.** (2006). Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia. *Papeles de población*, 12(48), 107-140.

**Dulanto, E.** (2000), *El adolescente*, Ciudad de México, McGraw-Hill.

**ENDESA.** (2013). Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana. *Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM)*. Santo Domingo, República Dominicana.

**Engelbrechtsen, S.** (2012). Using data to see and select the most vulnerable adolescent girls. *Population Council and UN Adolescents Girls Task Force*. New York, NY.

**Fischhoff, B., Nightingale, E. & Iannota, J.** (2001). "Adolescent risk and vulnerability: concepts and measurement", *National Academy Press*, en <http://books.nap.edu/books/030907620X/html/index.html>, Washinton D.C

**Flórez, C. & Núñez, J.** (2003) "Teenage childbearing in Latin American countries", en S. Duryea, A. Cox y M. Ureta, *Critical decision at a critical age, Adolescents an young adults in Latin America*, BID, Washington.

**Flórez, C., & Soto, V.** (2006). "Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe". *Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.

**Furstenberg, F.** (1998) "When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries". *Studies in Family Planning*, 29(2): 246-253. <https://doi.org/10.2307/172162>

**Furstenberg, F.** (2000). The sociology of adolescence and youth in the 1990s: A critical commentary. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 896-910.

**Gaughan, M.** (2002). The substitution hypothesis: The impact of premarital liaisons and human capital on marital timing. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 1741-3737.

**Geronimus, A. T.** (1997). Teenage childbearing and personal responsibility: An alternative view. *Political Science Quarterly*, 112(3), 405-430.

**Geronimus, A. T.** (2004). Teenage childbearing as cultural prism. *British Medical Bulletin*, 69(1), 155-166.

**Geronimus, A. T., & Korenman, S.** (1992). The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered. *The Quarterly Journal of Economics*, 107(4), 1187-1214.

**Gogna, M., & Binstock, G.** (2017). Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. *Salud colectiva*, 13, 63-72.

**Greene, W. H.** (2003). *Econometric analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

**Gutmacher Institute** (2018). *Adding it up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents in Developing Regions*. November. New York.

**Guzmán, J. M., Hakkert, R., Contreras, J. M., & Falconier de Moyano, M.** (2001). Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. New York. *United Nations Population Fund*.

**Hanson, S. L., Myers, D. E., & Ginsburg, A. L.** (1987). The role of responsibility and knowledge in reducing teenage out-of-wedlock childbearing. *Journal of Marriage and the Family*, 241-256.

**Hernández Cordero, A. L., Gentile, A., & Santos, E.** (2019). Perspectivas teóricas para el análisis de la maternidad adolescente. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, (26), 135-154.

**Herrera, R., Blanda, E. & García, S.** (2002). El yo en crisis: embarazo adolescente, *Psicología: teoría y práctica*, vol. 4, núm. 1, pp. 73-79.

**Hobcraft, J., & Kiernan, K.** (2001). Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion. *The British journal of sociology*, 52(3), 495-517.

**Hofferth, S. L., Reid, L. & Mott, F.** (2001). The Effects of Early Childbearing on Schooling Over Time. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 259-267.

**Hoffman, S. D.** (1998). Teenage Childbearing Is Not So Bad After All... Or Is It? A Review of the New Literature. *Family Planning Perspectives*, 30(5) (Sep. - Oct.), 236-243.

**Hoffman, S. & Maynard, R.** (eds.) (2008), Kids Having Kids: Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy. *Urban Institute Press*. Washington, D.C.

**Rivero, E. & Palma, J. L.** (2017). *Informe sobre Uniones Tempranas en México*. INSAD.

**Irani, M., & Latifnejad Roudsari, R.** (2019). Reproductive and Sexual Health Consequences of Child Marriage: A Review of literature. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 7(1), 1584-1590.

**Jejeebhoy, S. J., Santhya, K. G., & Acharya, R.** (2010). Health and social consequences of marital violence: A synthesis of evidence from India. New Delhi. *Population Council and United Nations Population Fund*.

**Kohler, H. P., Behrman, J. R., & Skytthe, A.** (2005). Partner + children = happiness? The effects of partnerships and fertility on well-being. *Population and Development Review*, 31(3), 407-445.

**Lesthaeghe, R. & Vanderhoeft C.,** (2001), Ready, Willing, and Able: A Conceptualization of Transitions to New Behavioral Forms. *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, Committee on Population National Research Council, J.B. Casterline, Ed. Division of Behavioral and Social Sciences and Education, National Academy Press, Washington DC.

**Lete, I., De Pablo, J. L. & Martínez Parrilla, J.** (2001). "Embarazo en la adolescencia", en C. Buil, I. Lete, R. Ros, & J. L. de Pablo, 2001, Manual de salud reproductiva en la adolescencia aspectos básicos y clínicos. *Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia de la Sociedad Española de Contracepción*, capítulo 26, Madrid.

**Lipovsek, V., Karim, A. M., Gutiérrez, E. Z., Magnani, R. J., & Gómez, M. D. C.** (2002). Correlates of adolescent pregnancy in La Paz, Bolivia: findings from a quantitative-qualitative study. *Adolescence*, 37(146), 335.

**Llanes Díaz, N.** (2012). Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva. *Sociológica* (México), 27(77), 235-266.

**Loaiza, E., & Liang, M.** (2013). *Adolescent pregnancy: A review of the evidence*. Recuperado del portal web de United Nations Population Fund (UNFPA) website: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY\\_UNFPA.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf)

**López Gómez, A. & Petito, C.** (coords) (2016). *Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas en barrios de la periferia crítica de Montevideo*. Universidad de la República y UNFPA.

**Luker, K.** (2003). *Dubious conceptions. The policies of teenage pregnancy*. Cambridge, Harvard University Press.

**Madalozzo, R.** (2012). Transitions in fertility for Brazilian women: an analysis of impact factors. *PLoS One*, 7(7), e40756.

**Manlove, J.** (1997). Early motherhood in an intergenerational perspective: The experiences of a British cohort. *Journal of Marriage and the Family*, 263-279.

**Manlove, J., Terry, E., Gitelson, L., Papillo, A. R., & Russell, S.** (2000). Explaining demographic trends in teenage fertility, 1980-1995. *Family Planning Perspectives*, 166-175.

**Manning, W. D., & Cohen, J. A.** (2014). Teenage cohabitation, marriage, and childbearing. *Population Research and Policy Review*, 34(2), 161-177.

**Marcús, J.** (2006). "Ser madre en los sectores populares", *Revista Argentina de Sociología*, 7, 99-118.

**Martínez, G. M., Daniels, K., & Chandra, A.** (2012). Fertility of men and women aged 15-44 years in the United States: National Survey of Family Growth, 2006-2010. *National Health Statistics Reports*, 51. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Table 12.

**Meier, A., & Allen, G.** (2008). Intimate relationship development during the transition to adulthood: Differences by social class. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 119, 25-39.

**Moore, A. M.** (2006). Gender role beliefs at sexual debut: Qualitative evidence from two Brazilian cities. *International Family Planning Perspectives*, 45-51.

**Moore, K. A., Romano, A., & Oakes, C.** (1999). *Facts at a glance*. Washington, DC: Child Trends.

**Musick, K., & Meier, A.** (2010). Are both parents always better than one? Parental conflict and young adult well-being. *Social Science Research*, 39, 814-830.

**Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo.** (2017). Embarazo y adolescencia en República Dominicana: un estudio a través de la ecología social. *Vicepresidencia de la República Dominicana*.

**Oliveira, M. C., & Vieira, J. M.** (2010). Gravidez na adolescência e bem-estar infantil: evidências para o Brasil em 2006. *Revista Latinoamericana de Población*, 3(6), 11-39.

**Oficina Nacional de Estadística y UNICEF.** (2016). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples - *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014, Informe Final*. Santo Domingo, República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística.

**ONE.** (2008). *Madres adolescentes en República Dominicana*. Monografía.

**Organización Mundial de la Salud/OMS.** (2011). The sexual and reproductive health of younger adolescents: Research issues in developing countries: *Background paper for a consultation*. World Health Organization. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

**ONU Mujeres, UNFPA, UNICEF.** (Año desconocido - folleto informativo). Un compromiso para erradicar el matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe.

**Pantelides, E. A.** (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. *Notas de Población*, 31(78), 7-34.

**Pantelides, E. A., & Binstock, G.** (2007). La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. *Revista Argentina de Sociología*, 5(9), 24-43.

**Pantoja, A. L. N.** (2003). "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, S335-S343.

**Parsons, J., Edmeades, J., Kes, A., Petroni, S., Sexton, M., & Wodon, Q.** (2015). Economic impacts of child marriage: a review of the literature. *The Review of Faith & International Affairs*, 13(3), 12-22.

**Pearce, L. D., & Thornton, A.** (2007). Religious identity and family ideologies in the transition to adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 69(5), 1227-1243.

**Perez Then, E. N.** (2015). El embarazo en adolescentes en la República Dominicana. Tendencias observadas a partir de las Encuestas Demográficas y de Salud. UNFPA y Profamilia.

**PNUD.** (2017). El embarazo en adolescentes: un desafío multidimensional para generar oportunidades en el ciclo de vida. Desarrollo Humano en República Dominicana.

**Population Council.** (Año desconocido). The adolescent experience in-depth: Using data to identify and reach the most vulnerable young people. Retrieved from <http://www.popcouncil.org/publications/serialsbriefs/AdolExpInDepth.asp>

**Raj, A., Saggurti, N., Balaiah, D., & Silverman, J. G.** (2009). Prevalence of child marriage and its effect on fertility and fertility-control outcomes of young women in India: A cross-sectional, observational study. *The Lancet*, 373(9678), 1883-1889. DOI:10.1016/S0140-6736(09)60246-4

**Raley, R. K., Crissey, S., & Muller, C.** (2007). Of sex and romance: Late adolescent relationships and young adult union formation. *Journal of Marriage and Family*, 69(5), 1210-1226.

**Ramírez-Aranda, J. M., Gómez-Gómez, C., Villarreal-Pérez, J. Z., García-Elizondo, F. J., Rodríguez-Rodríguez, I., Rosas-Herrera, C. H., & Flores-Cavazos, M.** (2013). Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. *Medicina universitaria*, 15(59), 64-72.

**Rani, M., Figueroa, M. E., & Ainsle, R.** (2003). The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: looking through the gender lens. *International Family Planning Perspectives*, 174-181.

**Reis dos Santos, S., & Schor, N.** (2003). Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista de Saúde Pública*, 37, 15-23.

**Robbins, C., Kaplan, H. B., & Martin, S. S.** (1985). Antecedents of pregnancy among unmarried adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 567-583.

**Rodríguez Vignoli, J.** (2005). Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política, *Revista de la Cepal*, vol. 86, agosto.

**Rodríguez Vignoli, J.** (2009). Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción, Madrid, Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), junio.

**Rodríguez Vignoli, J.** (2013). *Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

**Rodríguez Vignoli, J.** (2014). Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización. Capítulo 2 de "Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa", S. Cavenaghi y W. Cabella (coords.), Río de Janeiro, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).

**Rodríguez Vignoli, J.** (2016). "Adolescent fertility in Latin America and the Caribbean", N-IUSSP, París, *Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población* (UIECP), 9 de mayo.

**Rodríguez Vignoli, J.** (2017). Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes. *Notas de Población*, 104.

**Rodríguez, J., y Hopenhayn, M.** (2007). Teenage motherhood in Latin America and the Caribbean: Trends, problems and challenges. *Challenges Newsletter*, 4, 1-12.

**Rogers, E.M.**, (1995). The diffusion of innovation, *Free Press*, Nueva York.

**Rosero Garcés, R. & Valdivieso Vega, C.** (2016). Cambio de legislación sobre la edad de matrimonio: Experiencias exitosas y lecciones aprendidas de América Latina y el Caribe. ONU Mujeres, UNICEF, UNFPA, OPS/OMS, ONUSIDA.

**Rumble, L., Peterman, A., Irdiana, N., Triyana, M., & Minnick, E.** (2018). An empirical exploration of female child marriage determinants in Indonesia. *BMC Public Health*, 18(1), 407.

**Ryan, S., Franzetta, K., Schelar, E., & Manlove, J.** (2009). Family structure history: Links to relationship formation behaviors in young adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 71(4), 935-953.

**Santhya, K. G.** (2011). Early marriage and sexual and reproductive health vulnerabilities of young women: A synthesis of recent evidence from developing countries. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 23, 334-339. DOI:10.1097/GCO.0b013e32834a93d2

**Santhya, K. G., & Jejeebhoy, S. J.** (2015). Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: Evidence from low-and middle-income countries. *Global Public Health*, 10(2), 189-221.

**Singh, S.** (1998). Adolescent childbearing in developing countries: a global review. *Studies in Family Planning*, 117-136.

**Sosa-Sánchez, I. A. & Menkes Bancet, C.** (2019). Embarazo adolescente en mujeres hablantes de lengua indígena y con pertenencia étnica en México. Un análisis a partir de la Enadid 2014. *Sociológica*, 34, No. 98, pp. 59-84.

**Stern, C.** (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39(2), 137-143. DOI:10.1590/s0036-36341997000200008

**Stern, C.** (2012). El «problema» del embarazo en la adolescencia: Contribuciones a un debate. México, DF: El Colegio de México.

**Stern, C. & García, E.** (2001). Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. En C. Stern y J. G. Figueroa (Coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, pp. 331-364. México, DF: El Colegio de México.

**Teachman, J.** (2004). The childhood living arrangements of children and the characteristics of their marriages. *Journal of Family Issues*, 25(1), 86-111.

**Terry, E., & Manlove, J.** (2009). Trends in sexual activity and contraceptive use among teens. *National Campaign to Prevent Teen Pregnancy*, Washington D.C.

**Uecker, J., & Stokes, C.** (2008). Early marriage in the United States. *Journal of Marriage and Family*, 70(4), 835-846

**UNFPA.** (2012). Marrying too young: End child marriage. New York: UNFPA.

**UNFPA.** (2013). Costos del embarazo y la maternidad en la adolescencia. en la República Dominicana. Santo Domingo. República Dominicana.

**UNFPA.** (2019). El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción. Documento técnico, 5, mayo 2019. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. *Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, 2019*. Libro digital, PDF - (Documentos Técnicos del Plan ENIA / Ramos, Silvina; 5)

**UNICEF.** (2019). El matrimonio infantil y las uniones tempranas: Resumen del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en seis municipios de la República Dominicana. Santo Domingo, UNICEF.

**UNICEF.** (2019). Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe, UNICEF, Nueva York, 2019.

**UNICEF y PROSOLI.** (2019). El matrimonio infantil y las uniones tempranas. Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en seis municipios de la República Dominicana. Resumen.

**United Nations.** (1989). Adolescent reproductive behaviour. Evidence from developing countries. *Population Studies*, 109, UN Department of Economic and Social Affairs Volume II. Nueva York.

**United Nations.** (2015a). World population prospects: The 2015 revision. Accedido en el *portal web del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales ONU*. <https://esa.un.org/>

**United Nations.** (2015b). Global strategy for women's and children's health (2016-2030: Survive, thrive, transform. Accedido en el *portal web de Every Woman Every Child*. <http://www.who.int/lifecourse/publications/global-strategy-2016-2030/en/>

**Varela Petito, C., Fostik, A. & Fernández, M.** (2014). "Maternidad y paternidad en la juventud temprana en el Uruguay". Trabajo presentado en el *VI Congreso de ALAP*. Lima, 12-15 de agosto.

**Welti Chanes, C.** (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México, *Papeles de Población*, 6(26).

**Wulf, D., & Singh, S.** (1991). Sexual activity, union and childbearing among adolescent women in the Americas. *International Family Planning Perspectives*, 137-144.

**Yamaguchi, K., & Kandel, D.** (1987). Drug use and other determinants of premarital pregnancy and its outcome: A dynamic analysis of competing life events. *Journal of Marriage and the Family*, 257-270.

**Yago Simón, T., Zapatero Molinero, S., Palacios del Campo, J., Pastor Eixarch, M.P. & Jimeno Lascorz, A.** (1990). Maternidad Juvenil, Zaragoza: Área de Sanidad y Acción Social del Ayuntamiento de Zaragoza.

**“Hay mucho trabajo por hacer para reducir el impacto de la falta de autonomía, la unión y la maternidad temprana en las niñas adolescentes, sus familias, sus comunidades y en el país. Una niña adolescente unida, embarazada y/o madre, generalmente, ve sus oportunidades reducidas y se le dificulta en extremo desarrollar su pleno potencial.”**

**Sonia Vásquez,  
Representante Nacional del UNFPA**



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas