

# Embarazo subsecuente en la adolescencia

**Estudio exploratorio  
Tierralta, Córdoba - Colombia**

Octubre 2015

**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
UNICEF**

**Roberto de Bernardi**  
Representante para Colombia

**Viviana Limpias**  
Representante adjunta

**Luz Ángela Artunduaga**  
Especialista de Supervivencia y Desarrollo Infantil

Elaboración  
**Diana Matilde Pulido**  
Consultora UNICEF

**Universidad de los Andes**

**Elvia Vargas-Trujillo**  
Profesora Asociada Departamento de psicología.  
Directora del grupo de investigación Familia y  
sexualidad de la Facultad de Ciencias Sociales.

**Marta Carolina Ibarra A**  
Estudiante de Doctorado. Facultad de Educación.  
Grupo de Investigación Familia y Sexualidad.

**María Constanza González**  
Estudiante de Doctorado. Departamento de Psicología.  
Grupo de Investigación Familia y Sexualidad.

Nota: El presente informe conjunto refleja las actividades de los distintos organismos en torno a un tema de interés común. Los principios y las políticas de cada organismo se rigen por las decisiones pertinentes de su órgano rector. Cada organización pone en práctica las intervenciones descritas en este documento, de acuerdo con estos principios y políticas y en el ámbito de su misión. Los contenidos de este documento son las opiniones del/de los autor/es y no reflejan necesariamente las políticas o los puntos de vista de UNICEF.

# Contenidos

1. Planteamiento del problema. . . . .	5
1.1 Objetivos del estudio. . . . .	7
1.1.1 Objetivo general . . . . .	7
1.1.2 Objetivos específicos . . . . .	8
2. Marco conceptual . . . . .	8
2.1 Concepto de adolescencia . . . . .	8
2.2 Concepto de embarazo subsecuente . . . . .	8
2.3 El embarazo en la adolescencia como problema de salud pública . . . . .	9
3. Marco analítico . . . . .	11
3.1 Modelo de los determinantes sociales . . . . .	11
3.2 Enfoque de derechos . . . . .	12
3.3 La perspectiva diferencial. . . . .	13
3.4 La perspectiva de género . . . . .	13
3.5 Soporte social . . . . .	13
3.6 Determinantes próximos: Cogniciones y prácticas . . . . .	14
4. Metodología . . . . .	14
4.1 Diseño . . . . .	14
4.2 Criterios para la selección del caso . . . . .	15
4.3 Participantes . . . . .	17
4.4 Técnicas de recolección de información e instrumentos. . . . .	17
4.5 Procedimiento . . . . .	18
4.6 Análisis de datos . . . . .	19
4.7 Consideraciones éticas . . . . .	20

> > >

5. Resultados. . . . .	20
5.1 Características individuales. . . . .	20
5.1.1 Conocimientos acerca de la anticoncepción y la reproducción . . . .	21
5.1.2 Actitudes con respecto a la anticoncepción. . . . .	24
5.1.3 Norma social percibida con respecto a la maternidad y la paternidad en la adolescencia. . . . .	25
5.1.4 Actitudes con respecto a las relaciones románticas . . . . .	26
5.2 Características de la red de soporte social primario . . . . .	29
5.2.1 Características estructurales de la red . . . . .	30
5.2.1.1 Tamaño y dispersión . . . . .	30
5.2.1.2 Composición, densidad y homogeneidad. . . . .	30
5.2.2 Funciones de la red personal . . . . .	31
5.2.2.1 Regulación social: La naturalización del embarazo adolescente . . . . .	31
5.2.2.2 Guía cognitiva y consejos . . . . .	33
5.2.2.3 Apoyo instrumental: ayuda material y de servicios . . . . .	34
5.2.3 Características del vínculo de la relación de pareja . . . . .	35
5.2.3.1 Historia . . . . .	35
5.2.3.2 Reciprocidad . . . . .	35
5.2.3.3 Compromiso y frecuencia de los contactos. . . . .	36
5.3 Características de la red de soporte social secundario . . . . .	36
5.3.1 Servicio de salud . . . . .	37
5.3.2 Servicio de educación – instituciones de educación. . . . .	44
5.3.3 Servicio de protección . . . . .	47
5.4 Características del contexto cultural . . . . .	48
6. Conclusiones . . . . .	50
7. Recomendaciones . . . . .	53
7.1 Nivel de la red de apoyo social secundario . . . . .	53
7.2 Nivel de la red de apoyo social primario . . . . .	54
7.3 Nivel personal . . . . .	55
8. Referencias . . . . .	57

# Informe final estudio de caso sobre embarazo subsecuente en mujeres adolescentes en el municipio de Tierralta – Córdoba

## 1. Planteamiento del problema

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010) la prevalencia de embarazos en adolescentes en Colombia es de 19,5 por ciento, una de cada cinco mujeres entre los 15 y 19 años ha estado embarazada, 17,3 por ciento en zona urbana y 26,7 por ciento en zona rural, el 55 por ciento de las adolescentes que han estado o están embarazadas no tienen educación y el 46,5 por ciento tiene primaria completa, el índice de riqueza es el más bajo en el 29,5 por ciento y bajo en el 27 por ciento, 11,1 por ciento tienen unión consensual con pareja en zona urbana y el 19,5 por ciento en zona rural<sup>1</sup>.

La proporción de nacidos vivos por embarazo adolescente subsecuente registrados en estadísticas vitales en el 2010 para adolescentes entre 10 y 14 años es de 2,98 por ciento y para adolescentes entre 15 y 19 años es de 23,73 por ciento<sup>2</sup>. El 20 por ciento de las adolescentes tienen su segundo embarazo entre los 7 y 14 meses posteriores al parto y el 33 por ciento lo tiene entre los 14 y 24 meses.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el 2014<sup>3</sup>, presenta un análisis de los factores de riesgo que inciden en la fecundidad adolescente en Colombia con una muestra de adolescentes entre 13 y 17 años quienes participaron en la ENDS 2010. Con un modelo econométrico de regresión, se estableció que la probabilidad de que una adolescente entre 13 y 17 años que ya inició actividad sexual tenga tres o más hijos aumenta con la edad, la probabilidad de que a los 17 años tenga dos hijos es de 6,4 por ciento, mientras que en la adolescente de 14 años es de 2,4 por ciento. De igual manera se identificó una relación entre la edad de inicio de actividad sexual y la probabilidad de que una adolescente entre 13 y 17 años tenga tres hijos o menos, cuando el inicio de actividad sexual es entre los 9 y 10 años de edad la probabilidad de tener dos hijos es de 14 por ciento, si el inicio de actividad sexual es a los 17 años la probabilidad de tener dos hijos es del 3 por ciento.<sup>4</sup>

En el V curso internacional de adolescencia, Escobar indicó que es notoria la facilidad con la que las adolescentes se embarazan nuevamente luego de un parto o un aborto, en el

---

1. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Capítulo V. Colombia. 2010. PDF.

2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Línea de base observatorio nacional e intersectorial de embarazo en adolescentes. Bogotá. 2013. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONIEA\\_003\\_Informe\\_Linea%20Base%20ONIEA\\_02\\_08\\_2013.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONIEA_003_Informe_Linea%20Base%20ONIEA_02_08_2013.pdf)

3. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF. Observatorio del Bienestar de la Niñez No. 14. Análisis de los factores de riesgo que inciden en la fecundidad adolescente en Colombia PDF. 2014. Pág. 8.

4. *Ibíd.*, Pág.9

lapso de 1 y de 2 años (30% y de 25 a 50%, respectivamente) y que para algunos autores, la cuarta parte de embarazos en adolescentes es subsecuente<sup>5</sup>. Existe evidencia de que cuando el segundo embarazo se presenta antes de los 15 años de la madre, sus hijos corren un riesgo dos veces mayor de tener bajo peso al nacer (< 2 500 g) y tres veces mayor de morir en los primeros 28 días de vida en comparación con niños de madres de mayor edad<sup>6</sup>.

El lapso entre embarazos, que se conoce como espacio intergenésico, cobra importancia porque su espaciamiento define el bienestar o riesgo para la salud del binomio madre – hijo. Conde, explica que el *“intervalo intergenésico se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente”*<sup>7</sup>. Sobre los riesgos de espacios intergenésico cortos el Ministerio de Salud y la Protección Social y Colciencias en el 2013 refieren en un estudio con 13.331 mujeres, que un parto previo por cesárea y un periodo intergenésico menor de seis meses se asocia con ruptura uterina, mayor morbilidad y necesidad de transfusión sanguínea<sup>8</sup>.

El embarazo subsecuente en la adolescencia además de asociarse al inicio temprano de actividad sexual penetrativa y cortos periodos intergenésicos, está relacionado también con la unión temprana de las adolescentes. En el estudio a profundidad de fecundidad en la adolescencia que se realizó a partir de la información disponible en las ENDS 1990 a 2010, Flórez refiere que *“en 2010 la mayor parte de los embarazos tempranos (71 %) ocurre dentro de las uniones, siendo la prevalencia del embarazo adolescente de 78 % en las actualmente unidas y de 27 % en las no unidas pero sexualmente activas”*<sup>9</sup>.

De cara a la problemática, el país cuenta con diversas leyes y políticas públicas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención y atención del embarazo en la adolescencia: la Ley 115 de 1994 y el decreto 1860 del mismo año que reglamenta la educación para la sexualidad como proyecto transversal en las instituciones educativas, la Ley 1257 de 2008 de prevención y sanción de violencia contra la mujer, la ley 1620 de 2013 que establece el Sistema nacional de convivencia escolar, la Política Nacional de Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos 2014, la resolución 412 de 2000, la resolución 769 de 2008, el decreto 2968 de 2010 que crea la comisión nacional intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, la sentencia 355 de 2006 de Interrupción voluntaria del embarazo, a los que se suman los protocolos y guías técnicas<sup>10</sup>.

---

5. ESCOBAR José. Conferencia 4: prevención del embarazo subsecuente, *“una tarea impostergable”*. Ecuador. 2006. Disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/mod3/con4.pdf>.

6. LANGER Ana. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. 2002. Pág. 7. Disponible en [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000300013](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300013).

7. CONDE Jorge, FERNANDEZ Mercedes, GUEVEL Carlos, MARCONI Elida. Intervalo interembarazo o intergenésico. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 20, núm. 1, 2001, pp. 20-23. Buenos aires Argentina Pág. 2. Disponible es: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91220105.pdf>.

8. 8 MINISTERIO DE SALUDY PROTECCIÓN SOCIAL & COLCIENCIAS. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013 Guía No 11 – 15. Pág. 145. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC\\_Comple\\_Embarazo.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC_Comple_Embarazo.pdf)

9. FLÓREZ Carmen Series de estudios a profundidad ENDS 1990 – 2010 Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Bogotá. Marzo 2013. (Pág. 7).

10. MINISTERIO DE SALUDY PROTECCION SOCIAL. Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años 2014. Guía para la detección temprana de las alteraciones de desarrollo del joven de 10 a 29 años, guía para la detección tem-

El estudio a profundidad de Flórez (2013) muestra evidencia de *“que los factores protectores y de riesgo, tienen un efecto más marcado en las adolescentes más jóvenes, lo que debería ser tenido en cuenta en las políticas públicas. Los resultados por condición de unión en adolescentes nunca unidas tienen mayor fuerza en los factores protectores con mejores resultados e impactos para la prevención del embarazo en la adolescencia, sin dejar de atender a la prevención del segundo y tercer embarazo.”*<sup>11</sup>

En la misma línea Varea (2008) plantea, a partir de la experiencia para la prevención del embarazo subsecuente en Ecuador, que *“las instituciones del estado pueden reconocer al interior de sus organizaciones los derechos sexuales y reproductivos e igualdad de género, con la dificultad de no materializarse por concepciones culturales, creencias, actitudes y prácticas de los servidores en espacios públicos y de las personas que hacen ejercicio del derechos. Existe la idea de libertad ligada a los derechos sexuales y reproductivos y, al mismo tiempo, se controla el cuerpo de las mujeres para que ellas siempre sean madres”*<sup>12</sup>.

A partir de la revisión de información y antecedentes sobre el embarazo subsecuente se identifica que: las mujeres que son madres en la adolescencia, que tienen más riesgo de quedar en embarazo más de una vez durante estas edades, son aquellas que viven en contextos rurales, que están no escolarizadas y que se encuentran unidas.

La revisión de literatura también reveló que no se dispone de suficiente información sobre esta población, probablemente por la dificultad de acceso que implica contactarla. Ante esta situación y con el fin de aportar información para cualificar las políticas que se definen en el marco de la Comisión nacional intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos y en el Programa de Cooperación CPD 2008 – 2015 de UNICEF Colombia, se decidió realizar un estudio de caso para profundizar en el conocimiento sobre las adolescentes madres que se encuentran en mayor riesgo de tener embarazo subsecuente. Específicamente, el estudio buscaba responder a la siguiente pregunta orientadora *¿Cómo es el soporte social primario y secundario con el que cuentan las mujeres adolescentes en su primer y segundo embarazo, en el proceso de tomar decisiones sexuales y reproductivas?* En este informe se presentan los resultados de la investigación que se llevó a cabo con el fin de cumplir los siguientes objetivos.

## 1.1 Objetivos del estudio

### 1.1.1 Objetivo general

Identificar las características del soporte social primario y secundario con el que cuentan las mujeres adolescentes en su primer y segundo embarazo, con relación a sus decisiones sexuales y reproductivas.

---

prana de las alteraciones del embarazo, guía de atención del parto, guía para la atención en planificación familiar para hombres y mujeres. Ruta de atención integral e intersectorial para el restablecimiento de derechos en niñas y adolescentes embarazadas. MEN Ruta de atención integral para la convivencia escolar 2013.

11. FLOREZ Carmen Series de estudios a profundidad ENDS 1990 – 2010 Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia PDF Bogotá. Marzo 2013. Pág. 51.

12. VAREA Soledad. Tensiones alrededor de la maternidad adolescente: discursos médicos. Ecuador. 2008. Pág., %C3%A-Dtulo\_2.\_Tensiones\_alrededor\_de\_la\_maternidad\_adolescente.pdf

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Describir las características personales de las participantes con embarazo subsecuente con relación a su historia de vida, estructura familiar, conocimientos, actitudes y prácticas que están relacionadas con la demanda de servicios que garanticen sus derechos sexuales y reproductivos.
- Identificar la estructura y funciones de la red de soporte primario en el ámbito familiar que se relaciona con la demanda de servicios que garantizan los derechos sexuales y reproductivos de las participantes con embarazo subsecuente.
- Identificar las características de la oferta de la red de soporte secundario en el ámbito de servicios a los que tienen acceso las adolescentes con embarazo subsecuente con respecto a los comportamientos sexuales reproductivos.
- Emitir conclusiones y recomendaciones para la definición de planes, programas y estrategias relacionadas con la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes.

## 2. Marco conceptual

### 2.1 Concepto de adolescencia

La adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta y, por motivos de análisis, a la luz de la normatividad vigente en derechos sexuales y reproductivos y desde la perspectiva del desarrollo, puede segmentarse en tres etapas: adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), mediana (14-16), y tardía (17-19). En el curso de vida, esta es un período muy importante debido a que las experiencias, conocimientos y habilidades que se adquieren en ella tienen implicaciones importantes para las oportunidades de la persona en la edad adulta. UNICEF concede una especial importancia a la tarea de llegar a las y los adolescentes en mayor situación de desventaja y marginación mediante la protección de sus derechos en todo tipo de situaciones, entre ellas los conflictos internos de violencia en los países en los que se presente una clara vulneración de los derechos y en la etapa que transcurre después de los conflictos y las emergencias<sup>13</sup>.

### 2.2 Concepto de embarazo subsecuente

El embarazo subsecuente hace referencia a la o las gestaciones posteriores al primer nacimiento de un hijo o hija, cuando éste se presenta en mujeres entre 10 y 19 años de edad se entiende como embarazo subsecuente adolescente con riesgos de salud para el binomio madres – hijo<sup>14</sup>. Desde el Enfoque de Derechos Humanos, el embarazo subsecuente en la adolescencia es el resultado de deficiencias en la accesibilidad o disponibilidad de servicios de los sistemas de salud, educación y protección, y de condiciones de vulnerabilidad tales como la pobreza y la violencia<sup>15</sup>.

---

13. UNICEF Panorama general. Adolescencia y juventud. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index\\_bigpicture.html](http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html)

14. ALBA Luz Helena, Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (1): 29-42, enero-marzo, 2010.



## 2.3 El embarazo en la adolescencia como problema de salud pública

La organización Mundial de la Salud, en el 2014 reconoce que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública en el mundo a partir de cifras como las que se presentan a continuación: *“Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años”*<sup>16</sup>.

En Colombia, la ENDS 2010 sobre el intervalo intergenésico evidenció que: *“entre mayor la edad de las madres, mayor el espaciamiento entre los hijos, siendo de 37 meses para las mujeres de 20-29 años de edad contra 66 meses para las mujeres de 30-39 años”*<sup>17</sup>. Se identifica que el intervalo intergenésico en adolescentes entre 15 y 19 años es inferior a 24 meses en el 53,9 % de los casos, con los riesgos que esto conlleva de hijas e hijos con *“bajo peso al nacer, desnutrición infantil y mortalidad en los primeros años de vida”*<sup>18</sup>.

En el mismo documento se expone que *“a mayor educación, mayor es el espaciamiento intergenésico: la diferencia entre el intervalo de las menos y las más educadas es de 28 meses (2 años y 4 meses). Entre la zona urbana y la rural la diferencia es de 13 meses, dado que las duraciones son 52 y 39 meses, respectivamente. Los departamentos que tienen mayores espaciamientos son Quindío (59 meses); Valle y Guaviare (56); Meta (53); Caldas, Antioquia y Caquetá (52); y Risaralda (51). Los de menores espaciamientos, además de Chocó y La Guajira, son los de Cesar, Magdalena, Córdoba, Vaupés, Sucre y Amazonas”*<sup>19</sup>.

La revisión de algunos estudios sobre embarazo subsecuente en adolescentes en la región y en el país, la mayor parte de carácter descriptivo, también aportan información que enriquece el diseño y el análisis de resultados del presente estudio de caso.

En Ecuador, Abarca 2012 realizó un estudio longitudinal durante cuatro años con información cuantitativa y cualitativa<sup>20</sup>. Las principales conclusiones del estudio son *“1) Las*

---

15. ESCOBAR José. Conferencia 4: Prevención del embarazo subsecuente, *“una tarea impostergable”*. Ecuador. 2006.

Disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/mod3/con4.pdf>.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Conpes 147 Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Colombia. Documento PDF.

16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva No 364. Actualización septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

17. PROFAMILA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Capítulo V. Colombia. 2010. PDF. Pág. 115.

18. *Ibíd.* Pág. 114.

19. *Ibíd.* Pág. 115.

20. ABARCA Ximena. Estudio cuantitativo de la fecundidad subsecuente en adolescentes 1997-2010 y cualitativo en 5 unidades operativas del MSP. XVI congreso latinoamericano de pediatría, ALAPE. Quito – Ecuador. 2012. Presentación PDF.

*y los adolescentes tienen conocimiento sobre la existencia de métodos anticonceptivos, los diferentes tipos y no tienen dificultad en conseguirlos, pero su conocimiento no es preciso ni sólido sobre su funcionamiento. 2) Los equipos de salud envían dobles mensajes a las adolescentes sobre la anticoncepción y a la vez su uso no es recomendable en la adolescencia. 3) Se requiere acciones de educación, promoción y prevención a madres y padres de adolescentes y sus parejas. 4) Fomentar relaciones igualitarias entre mujeres y hombres. 5) Los servicios de salud deben realizar el seguimiento estricto de los casos de adolescentes embarazadas de forma eficaz. 6) Debe instaurarse la visita domiciliaria como norma obligatoria dentro de la prevención de embarazo adolescente subsecuente. 7) Incrementar la creación de servicios de salud amigables o especializados en la atención diferenciada a adolescentes”<sup>21</sup>.*

Idrobo, 2010 en un estudio descriptivo de corte transversal sobre la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes del centro de salud de Catamayo - Ecuador, exploró los factores que condicionan la prevalencia de embarazos subsecuentes en adolescentes y el uso de anticoncepción utilizando un cuestionario y una entrevista individual. Los resultados obtenidos indicaron que el 27,43 % de los embarazos que se presentaron en el área de Catamayo durante el 2010 fueron en adolescentes, de éstos el 37,86 % fueron embarazos subsecuentes y el 62,14 % fueron embarazos adolescentes por primera vez. La mayoría de los embarazos subsecuentes se presentaron luego de los 16 años. Solamente el 11 % de la población adolescente con embarazo subsecuente tenía algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y los usaron alguna vez. El 74 % de la población dejó sus estudios, solamente el 10 % continúa estudiando y el 12 % se encuentran trabajando<sup>22</sup>.

Andrade, 2009 realizó un estudio cualitativo, descriptivo en Ecuador con 10 adolescentes con embarazos subsecuentes, en edades de 15 a 19 años, que acudieron a control prenatal mensual a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada. En su mayoría estaba en unión libre, con secundaria incompleta, desempleadas, dedicadas a los quehaceres del hogar y dependientes económicamente de sus familiares, por ser su pareja también adolescente o por tener trabajos ocasionales. Muy pocas usaban métodos anticonceptivos por el temor a ser agredidas en su salud y las que lo utilizaban lo hacían en forma inadecuada teniendo como consecuencia el embarazo<sup>23</sup>.

El Ministerio de Salud del Salvador en el 2013, realizó un estudio de caso con 22 adolescentes madres que no han tenido su segundo embarazo en un periodo de tres años. En el estudio concluyen que los factores que ayudaron a prevenir un segundo embarazo son: el conocimiento de cómo evitar embarazos, la visión positiva de sí misma, percibir a sus hijos e hijas como inspiración, apoyo del primer nivel de atención del sistema de salud, apoyo de la familia, especialmente de la madre, consejería y buena comunicación con la familia, participación del compañero de vida en la planificación familiar<sup>24</sup>.

---

21. *Ibíd.* Pág. 6.

22. IDROBO Inés Margoth. Prevención del embarazo subsecuente en adolescentes. Centro de salud de Catamayo. Tesis presentada como requisito para optar por el Grado de Magíster en Gerencia Clínica En Salud Sexual y Reproductiva. Guayaquil – Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2010. Pág. 7.

23. ANDRADE María. Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASÌ/1 en el año 2009. Tesis de maestría. Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador. 2009. Pág. 4. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2969/1/T0846-MA-Andrade-Experiencias%20de%20las%20adolescentes.pdf>

En Bogotá, Colombia, Gómez y Cols en el 2012 identificaron en un estudio cualitativo con dos grupos de madres adolescentes, el primero con un embarazo y el segundo con dos o más embarazos algunas semejanzas. Para ambos grupos ser madres en la adolescencia significa tener un nuevo estatus social, miedo al rechazo familiar y tener que tomar decisiones significativas para sus vidas. Como resultados diferentes entre los grupos, las madres adolescentes con solo un embarazo postergan sus estudios, mantienen dependencia familiar y económica y el padre del hijo cumple la figura de proveedor. Las madres adolescentes con dos o más embarazos no continúan sus estudios, dejan la familia paterna – materna y el padre de los hijos cumple la función de contenedor emocional.<sup>25</sup>

Datos como los que se acaban de describir motivaron que en el 2011 la OMS planteara a los países la adopción de seis objetivos para la prevención de embarazos precoces: “1) reducir el número de matrimonios antes de los 18 años; 2) fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años; 3) aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario; 4) reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes; 5) reducir los abortos inseguros entre las adolescentes; 6) incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes”<sup>26</sup>.

## 3. Marco analítico

### 3.1 Modelo de los determinantes sociales

El modelo de determinantes sociales es reconocido por las políticas públicas internacionales y nacionales como una aproximación que permite el análisis de la complejidad del embarazo en adolescentes. La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales como “*las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas lo que explica la mayor parte de las inequidades sanitarias*”<sup>27</sup>.

UNICEF, por su parte, propone realizar el análisis de determinantes desde el entorno, la oferta y la demanda para los procesos de planeación e identificación de cuellos de botella en la garantía de derechos de niñas, niños y adolescentes. Para los propósitos de este estudio se propone categorizar los determinantes de acuerdo a este modelo analítico, tal como se observa en la tabla 1.

---

24. MINISTERIO DE SALUD DEL SALVADOR. Estudios de caso sobre prácticas exitosas de prevención del segundo embarazo en madres adolescentes desde la desviación positiva. 2013. Pág. 21.

25. GOMEZ Ángela, GUTIERREZ María, IZZEDIN Romina, SANCHEZ Lián, HERRERA Nelson, BALLESTEROS Magnolia. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. En Revista de salud pública. 14 (2) 2012. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/20863>

26. Ibíd. OMS.

27. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Determinantes sociales de la salud. Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

Tabla 1. Determinantes sociales UNICEF

ENTORNO	Políticas/ Marco Legislativo Presupuesto/ Gasto Público
	Gestión/ Coordinación Normas Sociales
	Gestión/ Coordinación
	Normas Sociales
OFERTA	Disponibilidad de Insumos: físicos, financieros y humanos.
	Acceso a servicios, personal adecuado e información
	Adaptabilidad: pertinencia
	Calidad, adherencia a los estándares de calidad requeridos (protocolos, lineamientos, estándares nacionales e internacionales)
DEMANDA	Disponibilidad de vínculo afectivos funciones que cumple
	Acceso financiero
	Prácticas y Creencias Socio-Culturales:
	Continuidad de uso

Desde esta aproximación, el análisis de los determinantes se hace con la construcción de indicadores y preguntas orientadoras para cada uno de ellos, con instrumentos de recolección se le da respuesta a las preguntas y se establece el rango de respuesta, si no existe información o no se da respuesta a las preguntas se identifican los cuellos de botella sobre los que hay que trabajar.

Para el presente estudio se entiende que la demanda incluye la toma de decisiones de las adolescentes, a partir de los tres elementos interrelacionados que destacan Azevedo y cols, 2012 " 1) *el elemento de racionalidad involucrado en las decisiones de fecundidad; 2) las cuestiones asociadas a la conducta que restringen una toma de decisiones estrictamente racional (incluyendo baja autoestima, barreras a información suficiente y el autocontrol) y 3) las interacciones y normas sociales (por ejemplo, efectos de pares: el efecto que causa sobre la adolescente el que una de sus compañeras quede embarazada; estigmas sociales) que también afectan los resultados. Este proceso de decisión también es afectado por el contexto macro, el contexto social local y el entorno familiar que contribuyen a definir las opciones efectivas disponibles para que las adolescentes sean capaces de definir sus planes de vida.*<sup>28</sup>"

### 3.2 Enfoque de derechos

Fernández 2011, define el enfoque de derechos como *"un marco que integra las normas, principios, estándares y metas del sistema internacional de los derechos humanos en los planes y procesos de desarrollo. Se caracteriza por métodos y actividades que vinculan los derechos humanos, y su noción de poder y lucha, con el desarrollo"*<sup>29</sup>.

28 AZEVEDO Joao, FAVARA Marta, HADDOOCK Sarah, LOPEZ Luis, MULER Miriam, PEROVA Elizaveta. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. LAC. Banco Mundial 2012. Pag.31

UNICEF, por su parte, desde 1988 *“ha sido el principal arquitecto y promotor para realizar los derechos de las mujeres y los niños descritos en la Convención de los derechos del niño y en la Convención sobre la eliminación de todo tipo de discriminación contra la mujer (...) se deriva de una serie de principios que son la base de ambas convenciones: transparencia, universalidad y no discriminación, indivisibilidad y participación”*<sup>30</sup>.

### 3.3 La perspectiva diferencial

La perspectiva diferencial es un énfasis del enfoque de derechos que se centra en la garantía del derecho a la igualdad y a la no discriminación. De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas en Colombia es un método de análisis y una guía para la acción que pretende hacer visibles las formas de discriminación contra aquellos grupos o pobladores considerados diferentes por una mayoría o por un grupo hegemónico para brindar adecuada atención y protección a los derechos de la población<sup>31</sup>.

### 3.4 La perspectiva de género

La perspectiva de género, también es un énfasis del enfoque de derechos que hace parte del enfoque diferencial, no obstante, para efectos de relevancia y visibilidad se presenta de manera separada. Se reconoce el género como *“un conjunto de funciones, responsabilidades, derechos y obligaciones asociados con ser hombre o mujer de carácter económico, social y político, así como a las relaciones de poder entre mujeres y hombres, niños y niñas. La definición y las expectativas de lo que significa ser una mujer o una niña y un hombre o un niño (es decir, las normas), y las sanciones por no adherirse a esas expectativas, varían de una cultura a otra, son susceptibles de cambiar en el tiempo y, a menudo se cruzan con otros factores como la [etnia], clase, edad y orientación sexual”*<sup>32</sup>.

### 3.5 Soporte social

Vargas y cols 2011, se refieren a la red social como *“el conjunto de vínculos que las persona mantienen con otros individuos de su entorno, al igual que con grupos, organizaciones, instituciones y la comunidad en general”*<sup>33</sup>. En el mismo documento se presentan las principales características de la red social, que de acuerdo con Sluzki 1996 y Hupsey 1998 son estructurales, funcionales y relacionales. Las estructurales corresponden a las

---

29 FERNANDEZ, Aller Celia. Marco teórico para la aplicación del enfoque basado en derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Madrid: Editorial Catarata. 2009. Pág. 55.

30. UNICEF. El enfoque basado en los derechos humanos y cooperación en favor de los niños. Pág.1 Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdfs/panels/El%20enfoco%20basado%20en%20los%20derechos%20humanos%20y%20cooperacion%20en%20favor%20de%20los%20ninos.pdf>

31. NACIONES UNIDAS DERECHOS HUMANOS. ¿Qué es el enfoque diferencial? Colombia. 2014. Pág. 1 Disponible en: [http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2470:iqee-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos](http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com_content&view=article&id=2470:iqee-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos)

32. Joan Marie Kraft , Karin Gwinn Wilkins , Guiliana J. Morales , Monique Widyono & Susan E. Middlestadt (2014) An Evidence Review of Gender-Integrated Interventions in Reproductive and Maternal-Child Health, Journal of Health Communication: International Perspectives, 19:sup1, 122-141, DOI: 10.1080/10810730.2014.918216. En documento de TAGUE ANDREA. Documento: Recomendaciones para la inclusión del enfoque de género en el proyecto de embarazo subsecuente. Bogotá. 2015. Pág. 1.

33. VARGASTRUJILLO, Elvia; RIPOLL NUÑEZ, Karen; CARRILLO AVILA, Sonia; RUEDA SÉANZ, Miguel, CARLOS MUÑOZ, John Alexander. Experiencias familiares de madres y padres con orientaciones sexuales diversas: Aportes de la investigación. Bogotá: Ediciones UniAndes. 2011. Pág., 159.

propiedades de la red como la composición, el tamaño y frecuencia de contacto. Las funcionales incluyen los variados tipos de apoyo que intercambian con los miembros de la red social y las características relacionales hacen referencia a la manera en que la persona evalúa sus relaciones con la red a partir de su necesidad y la satisfacción con la calidad, cantidad y percepción de reciprocidad del apoyo recibido”<sup>34</sup>.

### 3.6 Determinantes próximos: Cogniciones y prácticas

De acuerdo con Vargas-Trujillo y cols. (2013) las cogniciones son determinantes próximos del comportamiento. Las cogniciones son los procesos mentales, que se activan en una persona con relación a todas las experiencias vitales. Por lo tanto, abarcan conocimientos, actitudes, creencias, percepciones que las personas tienen con respecto a sí mismas, las personas de su entorno y los eventos vitales.

Para este estudio el interés está centrado en los conocimientos relacionados con la actividad sexual y los métodos de anticoncepción; y las actitudes hacia el uso de métodos, el género, las relaciones sexuales, las relaciones románticas, la maternidad en la adolescencia. En este estudio por conocimientos se entiende lo que la persona reporta saber con relación a la existencia y uso de métodos anticonceptivos y por actitudes las evaluaciones favorables o desfavorables que hace la persona sobre una situación específica (Armitage & Conner, 2001; Ibañez Gracia, 2004).

Las prácticas hacen referencia a los comportamientos de las personas, es decir las acciones que realizan, en este caso, relacionadas con la sexualidad y, específicamente, aquellas implicadas con los comportamientos reproductivos: inicio de la actividad sexual, uso de métodos de planificación, relaciones románticas, búsqueda de información y servicios en salud sexual y reproductiva.

## 4. Metodología

### 4.1 Diseño

Para responder a la pregunta de investigación se optó por una estrategia de investigación de estudio de caso natural. Considerando el número de casos a abordar y la complejidad de las unidades de análisis se trata de un estudio de caso descriptivo, exploratorio, simple y post facto<sup>35</sup>. La estrategia de investigación basada en el estudio de casos es aquella que recurre a diseños metodológicos que pueden combinar procedimientos cualitativos y cuantitativos y que tiene por objetivo la construcción de teoría de diferente alcance y nivel, para dilucidar y esclarecer determinado fenómeno (Yin, 1994; Neiman y Quaranta, 2006).

En este estudio se identificaron tres criterios que hacen recomendable el estudio de caso como estrategia de investigación. i) El interés por responder a preguntas del tipo ¿cómo? y ¿por qué?; ii) el grado de control que el investigador tiene sobre los fenómenos o conductas a estudiar, los estudios de casos son recomendables cuando se tiene escasa o nula capaci-

---

34. *Ibid.*, 160.

35. KAZEZ, Ruth. Los estudios de casos y el problema de la selección de la muestra Aportes del Sistema de matrices de Datos.2009. PDF. Pag.03 Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73102009000100005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102009000100005).

dad para manipular experimentalmente los fenómenos a estudiar; iii) los estudios de caso son recomendables cuando se desea estudiar fenómenos contemporáneos.

## 4.2 Criterios para la selección del caso

Se seleccionó en Colombia el municipio que permitiera desarrollar investigación sobre el fenómeno del embarazo en la adolescencia y para este caso sobre embarazo subsecuente en la adolescencia. Para definir el lugar en el que se realizó el presente estudio se tuvieron en cuenta dos criterios, el primero las facilidades en términos logísticos para el desarrollo del estudio exploratorio, el ser uno de los municipios priorizados por UNICEF para el desarrollo de la estrategia de cooperación<sup>36</sup>. El segundo criterio es que de los municipios que se identificaron en el primer criterio, Tierralta es el municipio que históricamente presenta la proporción de natalidad más alta en los últimos cinco años (Ver tabla 2.). Adicionalmente de los criterios mencionados, el municipio de Tierralta – Córdoba se caracteriza por su diversidad étnica, ruralidad dispersa, población urbano-marginal y centro de conflicto armado.

El municipio de Tierralta se encuentra al sur del departamento de Córdoba, parte de su territorio incluye el Parque Nacional Natural de Paramillo lo que hace uno de los más extensos de Colombia<sup>37</sup>. Su economía se sustenta en la agricultura, ganadería y pesca. Para el 2015 se proyecta una población de 99.911 habitantes, 50.799 hombres y 49.112 mujeres, el 22 por ciento serán niñas, niños y adolescentes 10.608 serán niñas y mujeres entre los 10 y 19 años y 11.117 serán niños y hombre en el mismo rango de edad<sup>38</sup>.

En el municipio de Tierralta se registra con mayor regularidad el nacimiento de madres entre los 15 y 19 años entre 2009 y 2013. En niñas de 10 a 14 años se encuentra entre los registros más altos sin superar a Quibdó y Dibulla, con excepción del año 2012 y 2013 cuando tiene la proporción más alta de los doce municipios<sup>39</sup>.

Tierralta concentró en los años noventa uno de los mayores grupos paramilitares y fue centro de negociaciones en el corregimiento de Santa fe de Ralito en el periodo del gobierno 2002 - 2005, con excepción de las principales ciudades del país, Tierralta fue el municipio que más paramilitares acogió con las dificultades propias para su integración<sup>40</sup>.

---

36. Tierralta – Córdoba es uno de los municipios priorizados por UNICEF Colombia en el actual Programa de Cooperación por estar entre los municipios con los indicadores más bajos en garantía de derechos de las niñas, niños y adolescentes en el país, además, de tener los mayores porcentajes de natalidad de los municipios priorizados por UNICEF entre 2009 y 2013 y ser escenario de fenómeno paramilitar que de alguna manera da cuenta del conflicto interno que afecta al país.

37. ALCALDIA TIERRALTA. Nuestro Municipio, página oficial. Disponible en: <http://www.tierralta-cordoba.gov.co/index.shtml#5>

38. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICAS. Estadísticas VisorCertifica por municipio y edad. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/>

39. Los cinco departamento y doce municipios priorizados por la cooperación de UNICEF para el periodo 2008-2015 son: La Guajira (Dibulla, Manaure), Córdoba (Tierralta, Montelíbano, Puerto Libertador) Choco (Quibdó, Nóvita) Cauca (Santander de Quilichao, Suárez, Buenos Aires), Putumayo (Orito, Puerto Guzmán)

40. VERDADABIERTA.COM. Tierralta, las lecciones aprendidas de una reinserción a medias. Publicado el 26 de marzo de 2015. Disponible en: <https://www.verdadabierta.com/desmovilizados/5681-tierralta-las-lecciones-aprendidas-de-una-reinsercion-a-medias>.

Tabla 2. Proporción de nacimientos por edad y lugar de residencia de la madre.

Departamento	Municipio	2009						2010						2011						2012						2013					
		10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19		10 a 14		15 a 19			
CAUCA	Buenos Aires	6	0.4%	107	0.4%	5	0.3%	83	5.7%	5	0.3%	95	6.4%	6	0.4%	112	7.3%	9	0.5%	111	7.0%										
	Santander de Quilichao	10	0.2%	337	0.4%	21	0.5%	330	7.2%	20	0.5%	403	8.7%	21	0.4%	336	7.2%	22	0.5%	393	8.5%										
	Suarez	4	0.4%	78	0.4%	8	0.7%	64	6.8%	7	0.6%	93	9.7%	5	0.4%	71	7.4%	4	0.4%	87	9.0%										
CHOCÓ	Quibdó	44	0.6%	636	0.4%	40	0.6%	649	9.6%	32	3.2%	657	9.9%	50	0.4%	774	11.9%	44	0.6%	789	12.3%										
	Novita	0	0.0%	10	0.4%	0	0.0%	10	2.3%	0	0.0%	10	2.2%	0	0.4%	19	4.5%	1	0.2%	13	3.1%										
	Montelíbano	20	0.5%	285	0.4%	19	0.5%	231	5.9%	25	0.6%	416	10.4%	27	0.4%	445	11.1%	24	0.6%	394	9.7%										
CÓRDOBA	Puerto libertador	17	0.8%	149	0.4%	14	0.6%	99	4.6%	19	0.8%	217	9.8%	16	0.4%	210	9.2%	13	0.5%	219	9.4%										
	Tierralta	37	0.7%	457	0.4%	31	0.6%	451	9.3%	40	0.8%	538	10.9%	53	0.4%	613	12.2%	43	0.8%	586	11.5%										
	Dibuilla	8	0.5%	122	0.4%	4	0.3%	94	7.4%	5	0.3%	108	8.1%	6	0.4%	128	9.0%	4	0.2%	100	6.6%										
LA GUAJIRA	Manaure	6	0.1%	95	0.4%	7	0.1%	112	2.6%	10	0.2%	116	2.6%	12	0.4%	99	2.1%	16	0.3%	124	2.4%										
	Orito	7	0.2%	126	0.4%	7	0.2%	122	4.7%	4	0.1%	99	3.7%	6	0.4%	127	4.5%	9	0.3%	129	4.5%										
	Puerto Guzmán	6	0.4%	90	0.4%	8	0.5%	80	6.4%	6	0.4%	93	7.3%	4	0.4%	94	7.3%	9	0.6%	69	5.3%										

Fuente: DANE – estadísticas vitales cuadro 07 nacimientos por grupos de edad de la madre, según departamento y municipio de residencia de la madre 2009 a 2013. Construcción propia.



### 4.3 Participantes

En el diseño inicial del estudio se esperaba tener una muestra a conveniencia con adolescentes de 17 años de edad, madres de dos hijos o en su segundo embarazo. Primer hijo – hija vivo, no escolarizadas con aseguramiento en salud, residentes en Tierralta – Córdoba desde los cinco años de edad. La muestra la conformarían cinco adolescentes.

Además de los criterios de inclusión que se mencionan, cada una debería tener una de las siguientes características: Indígena, Afrodescendiente, Mestiza que viviera en zona urbano marginal, Mestiza que viviera en zona rural y Mestiza que viviera en zona urbana, lo que permite analizar el embarazo subsecuente en adolescentes en diferentes contextos de vulnerabilidad. En lo posible, se propuso entrevistar al padre del segundo hijo – hija de cada adolescente participante; máximo dos de las principales figuras de cuidado adultas de la familia inmediata con la que las participantes vivieran que las participantes reporten para el periodo 2012-2015; un informante clave prestador de servicios que garantice los derechos humanos sexuales y reproductivos de cada institución que las participantes reportaran para el periodo 2012-2015.

La identificación de las adolescentes inició en territorio tres meses previos a la aplicación de instrumentos, para encontrar las adolescentes con los criterios propuestos se realizaron encuentros con miembros de asociaciones que representaran a los grupos étnicos, indígenas y afrodescendientes, las entidades administradoras de servicios de salud, educación, protección, Empresas administradoras de planes de beneficios, Instituciones prestadoras de salud, organizaciones locales y sociedad civil. Al momento de iniciar el trabajo de campo solo se habían identificado dos adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión, la rural y la urbano marginal. En el proceso de búsqueda se logró establecer que las mujeres indígenas del municipio tienen su primer hijo antes de cumplir 14 años, a los 17 ya son madres por tercera vez, por lo tanto, se encuentran por fuera del rango temporal establecido para el estudio de caso (2012 a 2015). La población afrodescendiente, si bien existe una asociación que las representa en el municipio, no fue posible identificar a una adolescente con los parámetros establecidos, solo se encontró una comunidad rural desplazada de otros municipios con un tiempo no mayor de cinco años en el territorio, finalmente la mestiza no distaba mucho de la urbano marginal por las precarias condiciones del municipio.

Dado el contexto anterior, en el estudio participaron dos adolescentes, la primera con 17 años de edad, una hija de dos años y un hijo de cinco meses, no escolarizada con primaria completa y aseguramiento a salud, quien convive con su compañero, padre de los dos hijos en zona rural cercana a la cabecera municipal. La segunda adolescente con 17 años de edad, un hijo de año y medio y 28 semanas de embarazo del segundo hijo, no escolarizada con noveno grado completo, aseguramiento a salud, quien vive con su familia en barrio urbano marginal del municipio. Las dos han vivido la mayor parte del tiempo en Tierralta.

### 4.4 Técnicas de recolección de información e instrumentos

Guía de entrevista semiestructurada 1 para madres adolescentes: Parte 1 Cuestionario aplicado sobre variables sociodemográficas de las mujeres participantes. Parte 2 sobre la red de soporte primaria de las mujeres participantes adolescentes. Parte 3 Cuestionario sobre variables de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la sexualidad de las mujeres participantes adolescentes (Ver anexo 1)

Guía de entrevista semiestructurada 2 a padre del segundo hijo – hija cuando sea posible. (Ver anexo 2)

Guía de entrevista semiestructurada 3 para familiares (Ver anexo 3)

Guía de entrevista semiestructurada 4 para prestadores de servicios (Ver anexo 4)

Notas de campo de la investigadora en terreno.

## 4.5 Procedimiento

El estudio inició con la revisión conceptual sobre embarazo subsecuente en la adolescencia e información que permitiera definir el problema objeto del estudio, se elaboró el protocolo con los instrumentos de trabajo que se presentaron a un comité Ad Hoc con tres académicos expertos en el tema a estudiar. Paralelamente, una vez definidos los criterios de selección de la muestra, se adelantó la gestión para la identificación de las adolescentes y la convocatoria a ellas y a sus familias para participar en el estudio.

Cuando el comité de ética Ad Hoc emitió el aval del estudio y sus instrumentos, se inició el trabajo en territorio para recoger la información. Con las dos adolescentes que se identificaron se hizo una primera sesión de encuadre donde se estableció el número de encuentros, el tiempo y las actividades, así como la responsabilidad de activar las rutas de atención que operan en el municipio o en el departamento, si hay conocimiento de la vulneración de algún derecho en las personas que hagan parte del estudio.

En el contacto inicial se hizo lectura de los consentimientos informados para cada una de las adolescentes participantes y el consentimiento para sus familias. Cuando las familias y la adolescente aceptaron participar, se les pidió que firmaran el consentimiento y ellas se quedaron con una copia de cada uno. En la adolescente rural los padres fueron quienes firmaron el consentimiento por tener la patria potestad al ser menor de 18 años y la adolescente aceptó participar de manera verbal. En esta sesión se acordaron las fechas y horas de los diferentes encuentros.

Para recabar la información se realizaron: tres encuentros de una hora con la adolescente, un encuentro con la familia de dos horas, un encuentro con el compañero o pareja de una hora, solo aplicó para la adolescente rural, y un encuentro con instituciones prestadoras de servicios de salud, educación y protección de una hora cada uno.

En el primer encuentro con las adolescentes se aplicó la primera parte del cuestionario con variables sociodemográficas, las variables asociadas al embarazo y el genograma. En los siguientes dos encuentros se aplicaron las preguntas del cuestionario para profundizar en conocimientos, actitudes y prácticas sexuales y percepción del soporte social primario y secundario. En los encuentros se intercaló la aplicación del cuestionario con la realización de preguntas abiertas para profundizar en las respuestas dadas. Se grabaron en audio todas las sesiones.

Con la adolescente rural fue posible entrevistar al compañero, padre de los dos hijos de la pareja, en el caso de la adolescente urbana marginal no se hizo porque los dos padres de los dos hijos no residían en el municipio en el momento de las entrevistas. La entre-

vista al compañero de la adolescente rural se hizo en una sola sesión de una hora con aplicación principalmente del cuestionario sociodemográfico y preguntas abiertas sobre fecundidad, prácticas de planificación y acceso a servicios.

Se realizó una entrevista semiestructurada de dos horas en una sola visita, a las familias de cada adolescente. En la familia de la adolescente rural participaron la mamá y el hermano mayor. En la familia de la adolescente urbana marginal solamente la mamá. Se identificaron las características de la red primaria disponible y las creencias y prácticas frente al comportamiento sexual y reproductivo.

En las entrevistas con las adolescentes se identificaron las instituciones prestadoras de servicios del municipio: el Hospital, dos instituciones educativas donde estuvieron en el último grado cursado y el centro zonal de ICBF. Previa lectura y firma del consentimiento informado, se entrevistó a cada referente durante una hora, sobre la oferta del servicio, las dimensiones de calidad y las creencias y prácticas frente a comportamiento sexual y reproductivo.

Al final de las tres sesiones de entrevista con las adolescentes se realizó una sesión de una hora con cada una, para aclarar información sobre salud sexual y reproductiva y facilitar la elección y adherencia a un método para regular la fecundidad.

Al tiempo que se hacían las entrevistas con las adolescentes y sus familias, se solicitó a las secretarías de salud, educación y centro zonal ICBF del municipio y del departamento información estadística sobre embarazo subsecuente en mujeres adolescentes, no solo en intervenciones de atención, sino en programas de promoción y prevención. Las entidades que entregaron información estadística fueron la Secretaría de Salud municipal y la Secretaría de Salud departamental. Las demás reportaron no tener información sobre el tema.

Todas las entrevistas fueron realizadas por la misma entrevistadora quien estuvo en contacto con las mujeres adolescentes participantes y sus familias durante todo el estudio. La investigadora en terreno es psicóloga profesional con especialización en gerencia en salud, con 16 años de experiencia en trabajo con adolescentes en condiciones de vulnerabilidad y en el campo de los derechos humanos sexuales y reproductivos, miembro del equipo de trabajo de UNICEF.

## **4.6 Análisis de datos**

Para el análisis de la información se utilizó el software NVIVO 10. El material se analizó de acuerdo con los objetivos específicos del estudio: Primero una categorización descriptiva de fuentes secundarias en el orden local Secretarías de Salud, Secretaría de Educación, centro zonal de ICBF y Comisaría de Familia de Tierralta – Córdoba, y las entrevistas a referentes de las instituciones prestadoras de servicios.

Segundo, la categorización descriptiva de las características de la red de soporte personal con relación a los criterios de la demanda de UNICEF y las funciones del soporte social primario de Sluzki, 1996.

La tercera etapa de análisis descriptivo se concentró en las características individuales de las participantes y del compañero de la adolescente rural.

## 4.7 Consideraciones éticas

Este estudio se clasifica como de riesgo mínimo según los lineamientos de la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, enfatizando: Título II (de la investigación en seres humanos), capítulo I (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) y capítulo V (de las investigaciones en grupos subordinados).

Todas las personas participantes en el estudio leyeron y firmaron el documento de consentimiento informado antes de iniciar la aplicación de la entrevista y se quedaron con una copia de cada uno. Los consentimientos están diseñados para fines del estudio y avalados, junto con el protocolo general de investigación, por un Comité de Ética Ad hoc conformado por investigadores expertos en el tema. Se garantiza la protección de los datos de las y los participantes y el cuidado y atención a todas las normas éticas de la investigación con humanos.

Durante todo el proceso desde que las y los participantes accedieron a ser parte del estudio se les indicó los niveles de respuesta a la que pueden acudir en caso de inquietudes o necesidad de servicios: la profesional en terreno que hizo el contacto, la referente del centro amigable de la ESE San José de Tierralta quien estaba al tanto del estudio y la coordinadora de UNICEF Colombia del componente de supervivencia y desarrollo infantil a quien podían contactar telefónicamente.

Cada persona entrevistada tuvo una lista de contactos de los recursos públicos con los que cuenta el municipio (Comisaria de familia, ICBF, Institución de salud, Alcaldía, Policía) en caso de que la persona participante solicitara o solicite en el futuro algún tipo de apoyo relacionado con las preguntas de la entrevista o se detecten en la aplicación situaciones que requieran apoyo en salud y legal. En el marco del estudio, la profesional que realizó el trabajo en territorio activó la atención de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes para las dos adolescentes.

## 5. Resultados

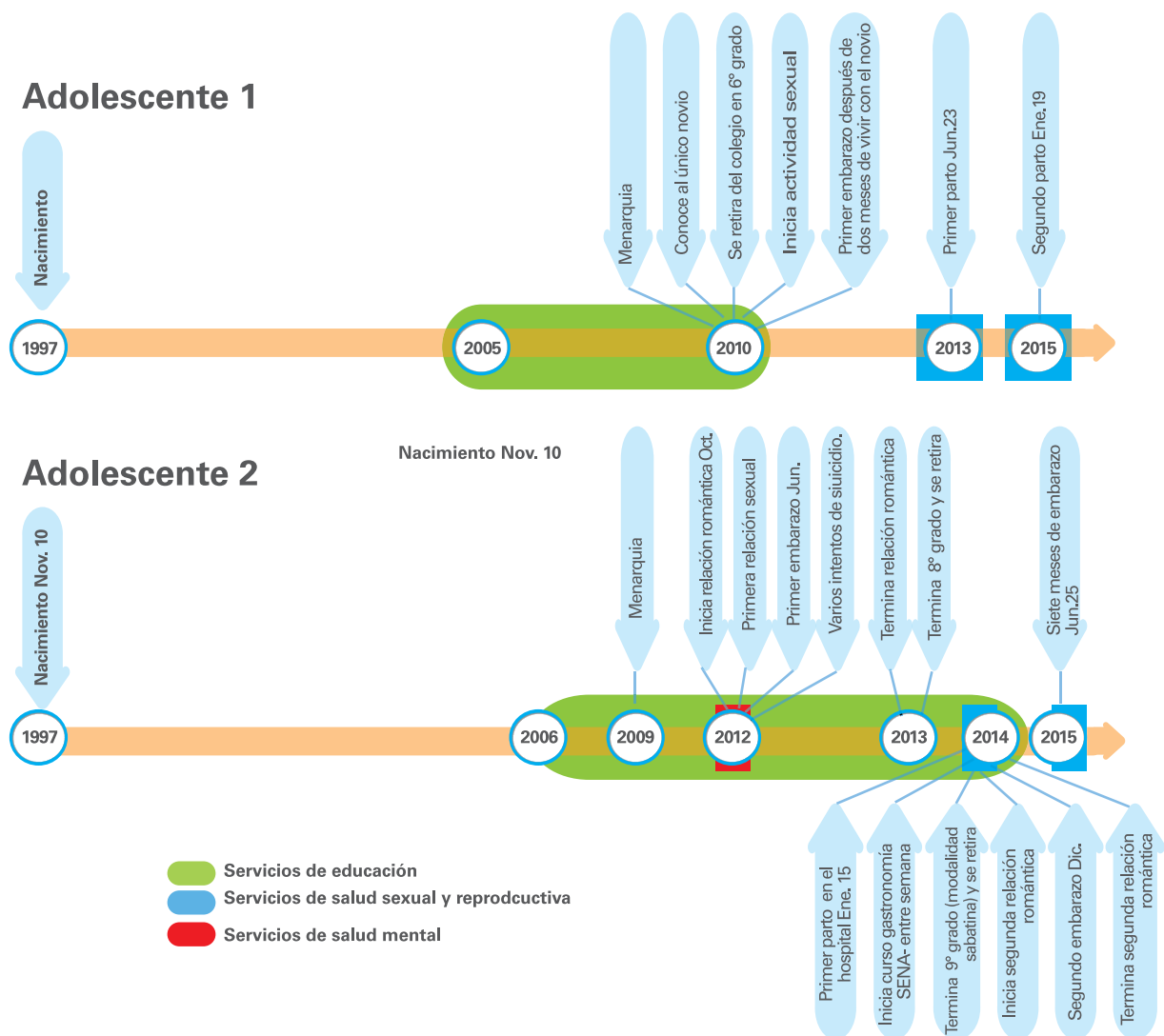
Al realizar el análisis desde una perspectiva ecológica y en este caso el comportamiento sexual (Flórez y Vargas-Trujillo, 2013), se entiende que éste es producto de una interacción compleja entre factores individuales y contextuales tanto próximos como distales. En este orden de ideas en el apartado de resultados se presenta el análisis de este proceso observando de manera detallada aspectos individuales, familiares y **contextuales**.

### 5.1 Características individuales

**El siguiente apartado presenta la descripción sobre la descripción de los conocimientos, las actitudes y las prácticas relacionadas con la sexualidad en particular con la anticoncepción, las relaciones románticas y la maternidad/paternidad en la adolescencia de las participantes en el estudio.**

**Para darle contexto a los resultados a continuación se presentan en líneas de tiempo las dos trayectorias de vida que sintetizan los momentos hito de las historia de las participantes, asociados con los embarazos tempranos (ver figura1. página siguiente)**

Figura 1. Línea de tiempo embarazo temprano.



### 5.1.1 Conocimientos acerca de la anticoncepción y la reproducción

Es importante destacar, como lo indica la línea de tiempo (Ver figura 1.), que para el momento de las entrevistas las chicas ya habían estado expuestas a las oportunidades de acceso a la información que debe brindar la escuela en los primeros años de la secundaria. Adicionalmente, ambas participantes reportaron haber tenido sus partos en hospital y haber participado de las sesiones de asesoría en planificación familiar. Como se indicó es el contexto entre el primer y el segundo embarazo en el que se presentan los siguientes resultados con relación a conocimientos, actitudes y las prácticas sexuales.

Los datos sugieren que tener claros estos procesos biológicos es un recurso importante al momento de tomar decisiones con relación a la actividad sexual. Una de las chicas entrevistada reporta que no tenía información suficiente para entender lo que sucedió durante su primera menstruación como lo indica su testimonio “DM: ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera menstruación? Ma2: ¿Cuándo me desarrollé? DM: Sí. Ma2: 12. DM: ¿Cómo te diste cuenta? Ma2: Me iba a bañar y vi un poquito de sangre, empecé a gritar pensé que me habían violado.” (MA2).

De la anterior cita llama la atención que una niña de 12 años no conozca la razón ni las características de la menstruación, y si tenga información específica sobre aspectos relacionados con la violencia sexual. Esta cita ilustra los procesos de socialización sexual a los que ha estado expuesta, es decir, las características del entorno en el que vive y de los temas relacionados con la sexualidad de los que sí ha escuchado hablar y aquellos de los que no, de acuerdo con lo que en su entorno se considera adecuado y prioritario conversar.

Con relación a la reproducción, las adolescentes reportan vacíos en conocimientos sobre el periodo fértil y las prácticas que favorecen el embarazo. Las adolescentes entrevistadas si bien no pueden identificar el periodo fértil con claridad, ambas adolescentes tienen la noción de que el periodo fértil excluye los días de la menstruación, como lo muestra la siguiente cita, *“MA1: Yo digo que es cuando uno deja de reglar y tiene relaciones con él, ahí puedo quedar en embarazo”* (MA1).

En esta misma línea se evidencian la existencia de conocimientos fundamentados exclusivamente en la experiencia y frente a los cuales no tienen información correcta para analizarlos de manera crítica y, por ende, tomar decisiones frente a los mismos. Ejemplo de lo anterior es que en la entrevista de la adolescente madre con menor nivel educativo (7° grado), están vigentes dos mitos comunes que sustentan prácticas de riesgo entre las y los adolescentes y jóvenes: *“DM: La mujer no queda embarazada en la primera relación sexual. MA1: No. DM: No queda en embarazo, ¿por qué crees eso? MA1: Yo digo que no, porque fueron dos que yo tuve... yo tuve dos meses teniendo relaciones con él y no quedé en embarazo”*. (MA1); y *“DM Aunque el hombre eyacule fuera de la vagina, que saque el pene antes de eyacular, la mujer puede quedar embarazada?. MA1: No, yo creo que no”* (MA1), *“DM Aunque el hombre eyacule fuera de la vagina, que saque el pene antes de eyacular, la mujer puede quedar embarazada? Ma2: Yo creo que sí, no sé”* (MA2).

Lo anterior abre espacio a la pregunta sobre la calidad y la oportunidad de la información a la que pueden estar accediendo las chicas antes y durante la pubertad, así como la calidad de las conversaciones con relación a la fecundidad luego del primer parto y antes del segundo embarazo.

Llama la atención, en contraste con los vacíos en los conocimientos básicos sobre la reproducción por parte de las participantes, el dominio que tienen de las alternativas modernas para la anticoncepción luego del primer embarazo. Frente a este aspecto reportan haber escuchado algunos métodos de anticoncepción antes de haber quedado embarazadas por primera vez y luego del primer embarazo

*“DM: ¿Que método de anticoncepción conocías antes del primer embarazo? ¿Antes de quedar embarazada de la niña? ¿Antes de quedar embarazada de la niña conocías algún método para planificar? MA1: Si, DM: ¿Cuáles conocías? MA1: Los mismos, los de siempre DM: ¿Cuáles son recuérdame? MA1: las pastillas, la ampolla, ya esos. DM: ¿Qué métodos de planificación conocías antes del segundo embarazo? MA1: La ampolla y la pastilla.”*(MA1).

*“DM: ¿A qué edad tuviste conocimiento sobre los métodos de planificación? Ma2: Como a los 15... DM: ¿Que métodos de anticoncepción conocías antes del primer embarazo? Ma2: El preservativo y las inyecciones. DM: ¿Te enseñaron a poner el preservativo? Ma2: No, DM: ¿sabías que había preservativo*

*pero no sabías cómo ponerlo? Ma2: Si. DM: ¿Ahora si sabes? Ma2: el de mujer no. DM: ¿El de mujer no sabes, pero el de hombre si? Ma2: Si". (MA2).*

Con relación al conocimiento sobre anticoncepción el esposo de la adolescente unida, como ella lo denomina, con quien tiene dos hijos, ante la pregunta sobre su información sobre los métodos de anticoncepción responde: *"D.M: En algún momento ¿alguien le explicó sobre métodos de planificación? P: Si, mi mamá, los vecinos D.M: ¿Qué le explicaron? P: Que ella tiene que cuidarse D.M: ¿Le explicaron cómo se cuida? P: Si, que primero hay que hacerse una serie de exámenes y de ahí ven si le mandan ampolla o pastilla o una plaqueta para que no quede en embarazo"* (P1). Esta respuesta y la de su compañera indican que ambos tienen la información sobre las alternativas de anticoncepción modernas existentes. Del testimonio citado llama la atención la afirmación *"ella tiene que cuidarse"*; esta afirmación abre espacio para cuestionar la percepción personal del rol de los hombres frente a la anticoncepción, como ya se ha evidenciado en diversos estudios, tanto en la participación activa en tomar decisiones sobre la planificación en pareja, como el uso del condón a nivel personal.

Teniendo estos conocimientos luego del primer embarazo y antes del segundo, habiendo asistido a sesiones de planificación familiar en el hospital, ninguna de las personas entrevistadas usaba alguno de los métodos modernos de anticoncepción, aspecto que llama la atención y se desarrollará más adelante.

Sobre la anticoncepción es importante saber qué alternativas existen y las maneras en las cuales las personas pueden acceder a ellos. Para el caso de las dos participantes y el compañero de una de ellas, luego del primer embarazo los tres contaban con la información sobre los lugares en los cuales podían conseguir los métodos de planificación y el acceso gratuito a los mismos, así lo indican las siguientes citas:

*"DM: ¿Y tu mamá te explicó cómo cuidarte? MA1: Si. DM: ¿Qué te explicó ella? MA1: Ella me dijo que fuera al hospital, que apartara la cita y me hiciera la prueba de embarazo para que yo pudiera planificar." (MA1)*

*"DM: Y después de que tuviste al bebé alguna enfermera te explicó cómo usar los métodos de planificación. MA1: Si. DM: ¿Qué te explicó? MA1: Que había muchas formas de planificar, ampollas, pastillas, placa, de todo". (MA2)*

*"DM: Las mujeres tienen derecho a acceder de forma gratuita a las pastillas anticonceptivas y a la inyección. ¿Piensas que es verdadero o falso? MA1: ¿Cómo así? DM: ¿Es cierto o mentira que las mujeres tienen derechos a acceder de forma gratuita, o sea que no las cobren las pastillas para planificar, las pastillas anticonceptivas y la inyección? ¿Eso es cierto o es falso? MA1: Es cierto porque el hospital siempre da eso". (MA1)*

Estos resultados cualitativos son consistentes con otros estudios en el campo de la salud en general y del comportamiento sexual en particular, (Vargas-Trujillo, 2013, Vargas-Trujillo, Henao y Gómez 2005), que sugieren que siendo la información sobre los métodos de anticoncepción muy importante para la toma de decisiones, no es suficiente y es necesario abordar otros aspectos de las cogniciones, creencias, actitudes, percepción de autoeficacia- asociados con el uso de anticonceptivos y de los servicios en salud sexual y reproductiva.

## 5.1.2 Actitudes con respecto a la anticoncepción

Sobre el amplio espectro de las cogniciones, en las entrevistas se abordaron las actitudes con relación al uso de métodos anticonceptivos. Con relación a estas actitudes, tanto en las entrevistas a las chicas madres como al joven padre, los tres coinciden en considerar importante y adecuado el uso de métodos de planificación en personas de su edad. Los tres afirman estar de acuerdo con el uso del condón y otros métodos de planificación, incluida la pastilla de emergencia de la que tenían conocimiento el compañero de una de las participantes y la participante no unida. Adicionalmente, la siguiente cita muestra que también están a favor de consultar con personas de su red de soporte este tipo de decisiones:

*“¿Qué tan importante es para usted consultar con otra persona en caso de tener que tomar decisiones sobre?: a. Métodos anticonceptivos. MA1: De pronto sí. DM: ¿es muy importante? MA1: Sí. DM: ¿A quién le preguntarías? MA1: De pronto al que le tenga más confianza. DM: ¿y a quién le tienes más confianza? MA1: A mi mamá. DM: si tienes un retraso menstrual, ¿si vuelves a tener un retraso menstrual, le consultarías a alguien? MA1: Sí. DM: ¿a quién? MA1: A mi mamá o a mi suegra, alguna de las dos” (MA2)*

La percepción de aprobación por parte de la comunidad y en particular la familia es muy importante, y los relatos de las participantes permiten inferir que tanto la familia, como la comunidad (vecinas) tienen una actitud favorable frente al uso de métodos modernos de planificación, tal y como lo muestran los siguientes ejemplos:

*“¿Cuándo tuviste a la niña, en la casa, tu mamá te dio alguna indicación sobre métodos de planificación, para que no volvieras a quedar embarazada? MA1: Sí, me dijo que me cuidara, porque tener muchos niños era una responsabilidad muy grande, estaba apurada con uno y ya iba a tener el otro y apenas supo que estaba en embarazo por segunda vez, me dijo: “yo le dije a usted que se cuidara, ¿por qué no se cuidó?” (MA1)*

*“DM: Y ¿cómo es tu relación con ellas [vecinas] MA1: Buena, ellas me dan consejos. DM: ¿Consejos cómo cuáles? MA1: Ahora que tuve al niño, me dicen -niña cuídate que ese poco de pelados no es bien, sé que la familia es el hijo pero tampoco te vas a dejar llenar de pelados-”. (MA1)*

Con el contexto anteriormente descrito es interesante constatar con las entrevistas que teniendo conocimientos básicos sobre las alternativas de métodos modernos de anticoncepción, los lugares para obtenerlos sin barreras económicas, una actitud positiva frente al uso de métodos por parte de ellas, sus parejas sexuales y su red de soporte inmediata, la adolescente madre unida reportó nunca haber usado métodos de planificación:

*“DM: ¿Esa primera vez usaron condón? ¿Alguna vez han usado condón? Ma1: No[...] DM: ¿Alguna vez él dijo “usemos condón”? MA1: Sí D.M: ¿Cuándo lo sugirió? MA1: Ahora. DM: ¿No quiere tener otro bebé? O después. MA1: Ya no quiere. DM: ¿y lo están usando?, ¿Lo están pensando? ¿Solo hasta ahora están hablando de usar condón o lo hablaron antes? MA1: No, ahora. DM: ¿Desde hace cuánto están hablándolo? MA1: En estos días. D.M: ¿Usaban algún método de planificación en la época antes del segundo embarazo? MA1:*



*No [...] Ahorita con el niño, no. Porque como [...] estando dándole seno al niño no me viene la regla y mientras no me venga la regla, no quedo en embarazo” (MA1)*

La respuesta anterior es interesante si se complementa con la explicación que su pareja da al segundo embarazo “P: No, este fue sorpresa. Como ella le estaba dando seno a la niña, no se sabía” (P1). Estos testimonios permiten identificar el método natural que la pareja estaba usando y que requiere información clara frente a los procesos biológicos del cuerpo para poder usarlo con la mayor efectividad posible en la prevención del embarazo. Al inicio del apartado ya se hicieron evidentes los vacíos de conocimiento sobre las funciones reproductivas del cuerpo en general que muy probablemente están relacionadas con vacíos en las condiciones que debe haber en la lactancia para que no se presenten embarazos.

Desde otra perspectiva en el relato del compañero de una de las adolescentes, 9 años mayor que ella, él puede identificar la razón por la cual hubo un segundo embarazo tan pronto. Aunque el compañero reportó no haber participado ni haber sido invitado a ningún tipo de sesiones de planificación familiar por parte del hospital, en ninguno de los dos partos, es él quien introduce el tema de la planificación familiar de manera explícita dentro de la pareja de acuerdo con el reporte de la participante.

Por otra parte, la adolescente madre no unida tiene un hijo de una relación sexual con su primera pareja romántica, quien está cursando estudios superiores en otra ciudad. Para el momento de la entrevista estaba embarazada de su segundo hijo con su segunda pareja afectiva. Ella reporta haber usado el condón en sus primeras relaciones sexuales de manera inconsistente. Al igual que en la situación de la otra participante, el siguiente relato permite identificar que en el caso de las entrevistadas, la conversación y uso del condón es un asunto liderado por los hombres:

*“DM: En la misma relación sexual, ¿usaron condón? Ma2: Si. DM: ¿Con él o con el papá del que estás embarazada, hablaste sobre métodos de planificación? Ma2: No. DM: ¿Él llegaba con el preservativo? Ma2: Si. DM: ¿Y si no lo llevaba? Ma2: No hacíamos nada. DM: ¿Pasó alguna vez que no llevara y lo hicieran? Ma2: Si. DM: así apasionadamente, ¿Pasó muchas veces? Ma2: Con el papá del bebé, si, con el otro no. DM: ¿Usaba algún método de planificación antes del segundo embarazo? Ma2: A veces usábamos preservativos. DM: ¿El método de planificación tuvo efectos secundarios? Piquiña molestia ardor Ma2: No” (MA2)*

### **5.1.3 Norma social percibida con respecto a la maternidad y la paternidad en la adolescencia**

Con respecto a la maternidad y la paternidad, si bien no hay datos sobre la norma social percibida para el inicio de actividad sexual, que es una de las principales cogniciones que predice el embarazo temprano, sí se identificaron los datos de la norma social percibida para el inicio de la maternidad en las mujeres del municipio.

Las dos participantes y el compañero de una de ellas aportaron la siguiente información con relación a la edad en la que ellas y él consideran que es apropiado en su contexto empezar a tener hijos:

*“DM: ¿Cuándo quedaste embarazada de la niña, tus vecinos o amigos o alguien te regañó, te hizo sentir mal, o te felicitaron? MA1: No, pues me regañaban, por uno, porque yo era menor de edad, que no era para tener un niño todavía; otros me decían que estaba bien porque era bueno tener los niños a temprana edad porque después se complica, cuando tengas 20 o 25 años” (MA1)*

*“DM: ¿A qué edad es común que las mujeres tengan su primer hijo? P: A los 20. DM: ¿A qué edad las mujeres de su familia tuvieron su primer hijo y en qué tipo de unión? Por ejemplo usted tiene una hermana mayor ¿a qué edad tuvo su primer hijo? P: Mi hermana a los 18, ella tiene cinco hijos” (P1).*

*“DM: ¿A qué edad es común que una mujer tenga su primer hijo acá en el municipio? Ma2: Yo digo que a los 20. DM: ¿A qué edad las mujeres de tu familia tuvieron su primer hijo y segundo hijo y en qué tipo de unión? Ma2: Mi tía tuvo su primer hijo a los 14. DM: ¿Qué otro así conoces? Ma2: Una amiga a los 16. DM: ¿y vivía con la pareja? Ma2: Sí. Ma2: [7 segundos de silencio] Mi mamá. DM: ¿Quedó embarazada cuándo, a qué edad? Ma2: A los 14. DM: y ¿vivía con la pareja? Ma2: Sí...yo si quería ser mamá pero no tan joven. DM: ¿Cuándo lo querías? Ma2: de pronto a los 20 - 19 años, pero no tan joven” (MA2).*

De acuerdo con los relatos las tres personas coinciden en que entre los 19 y los 20 años es una edad adecuada para tener los hijos. Si a esto se suman metas vitales como la del compañero de la primera adolescente en donde alrededor de esta edad es cuando él consideró que era momento de organizar su vida en pareja, la norma social percibida puede ser un indicador de una cultura local que aprueba la maternidad y la paternidad al final de la adolescencia y los primeros años de la juventud:

*“DM: Entonces la conoció cuando [usted] tenía 22... ¿Y en qué momento usted le dice -vámonos- P: Como a los 6 meses DM. ¿Por qué decide irse con ella? P: Cosas de esa edad, que uno ya necesita una mujer viviendo al lado de uno...DM: ¿En sus planes de vida estaba el ser papá? P: Sí” (P1)*

#### **5.1.4 Actitudes con respecto a las relaciones románticas**

Sobre las relaciones románticas en las entrevistas no se pueden identificar conocimientos específicos sobre las características de las relaciones de pareja en la adolescencia y en la juventud. Ahora bien, de la narración de sus historias de vida y la argumentación de algunas decisiones relacionadas con el inicio de actividad sexual, se pueden inferir las actitudes de las participantes con relación al inicio de la actividad sexual en el marco de las relaciones románticas, sus actitudes hacia las relaciones románticas en sí mismas y las prácticas sexuales de las participantes.

Ambas participantes reportan un estándar sexual que corresponde a lo que se denomina permisividad con efecto, es decir, aprueban la ocurrencia de actividad sexual penetrativa en el marco de relaciones románticas. Las condiciones de las relaciones románticas de cada participante es una diferencia importante, y permite comprender el contexto en el cual se dan los embarazos tempranos, por esta razón en este apartado se analizarán de manera separada los relatos de cada una de las entrevistas.

En el caso de la adolescente unida, como lo indica la línea de tiempo (ver figura 1), la situación hito que genera un contexto favorable para el embarazo temprano es, de

acuerdo con su narración, aceptar ser novia de un joven de 22 años a los 13 años. Como lo indica la gráfica primero se da la unión, luego la deserción escolar, posteriormente el inicio de actividad sexual en el marco de la unión y los dos embarazos con un periodo intergenésico de 12 meses aproximadamente de acuerdo con las fechas reportadas en la entrevista.

En este caso la adolescente reporta una actitud negativa de la madre con relación al establecimiento de relaciones románticas en la adolescencia, tal como fue registrado en el siguiente extracto de las notas del campo de la investigadora<sup>41</sup> lo cual fue validado posteriormente con la participante y es consistente con el relato de su pareja:

*“Ella tenía 13 años y estaba en sexto grado, él hacía un trabajo en el colegio en las mañanas. Un amigo de ella los presentó, primero hablaban, él le llevaba dulces y manzanas, frutas, así pasó un mes. Él le dijo que quería que fuera su novia, ella le dijo que no porque su mamá era muy celosa, la mamá estaba pendiente todo el tiempo de ella y si la encontraba hablando con un muchacho la regañaba, así era con todas la mujeres hijas. Aceptó ser su novia, por dos meses se vieron a escondidas cerca de la casa hasta que él le propuso que se fueran a vivir juntos. A la semana de la propuesta ella se retira del colegio, yo le pregunto si él le dijo que se retirara, ella me dice que no, todo lo contrario, él le decía que estudiara, ella se fue a escondidas porque la mamá no la hubiera dejado irse y ella quería estar con él” (DM)*

Es en el marco de una unión romántica, de acuerdo con la narración de la entrevistada, que comienza a tener relaciones sexuales y dos meses después de iniciada la convivencia ella queda en embarazo por primera vez, de acuerdo con el relato de la chica queda embarazada a los 14 años. Frente a esta unión la adolescente y su pareja reportan que ni los padres de ella ni los de él, con quienes ellos vivían, se opusieron a la unión como lo describe el compañero de la chica:

*“DM: Y después ¿cómo fue enfrentar a la familia? P: Bien, sin miedo, relajado DM: ¿En su casa fue todo tranquilo? P: Si en la casa fue tranquilo DM: Y se fueron a vivir, si mal no recuerdo, primero a su casa P: A la casa de mi mamá DM: ¿Y cómo se llevaban ellas dos [pareja y la suegra]? P: Bien” (P1).*

En este caso, dada la oportunidad de contar con el relato del esposo, es interesante escuchar sus argumentos para proponerle a la participante que sea su novia y posteriormente su compañera permanente:

*“DM: ¿Qué le gustó de ella? P: Su actitud, por lo trabajadora [Se oyen voces de niños y de una mujer] DM: ¿Y cómo se dio cuenta que era trabajadora? P: Porque yo me mantenía acá y uno se da cuenta analizando a las personas, de lo que es una mujer DM: No conozco el contexto de acá ¿cómo uno se puede dar cuenta? P: Si a mí me gusta una mujer yo la analizo primero, cómo se comporta ella en la casa, si es trabajadora o es floja. Yo me mantenía cerca de la casa de ella y me di cuenta. DM: ¿Qué cualidades debe tener una mujer*

---

41. En esta historia es interesante mencionar que la adolescente sintió pena de que las personas alrededor escucharan la historia con los inicio de la relación de pareja, y para poder hablar bajito la entrevistadora le propuso apagar la grabadora, por eso se reportan notas del diario de campo.

*trabajadora? P: Lo principal, es que tenga todo organizado en la casa, los niños bien atendidos, que sea una mujer de hogar” (P1).*

De acuerdo con la teoría y la evidencia empírica, si bien una relación romántica y sexual entre una niña de 14 años y un joven de 22 consentida es legal, configura una relación asimétrica en términos de edad, conocimientos, experiencia y acceso a recursos. Llama la atención que en ninguna de las entrevistas a la familia de la adolescente ni al compañero este tema se haya mencionado, tampoco hay referencias al cuestionamiento de las características de esta relación por parte de la familia de él, solo en la entrevista a la adolescente ella responde de manera evasiva e imprecisa a las preguntas sobre la edad de su pareja, lo hace ver como un asunto de memoria, pero se interpretó como un asunto del que no quería hablar por lo cual no se profundizó en este aspecto.

Si esta falta de cuestionamiento a la asimetría por edad en la relación, se vincula con la norma social percibida ya descrita sobre la edad de la maternidad y la unión, se refuerza la inferencia sobre la vigencia de los estándares locales con respecto a la maternidad y paternidad temprana, los cuales son inconsistentes con las políticas vigentes de salud sexual y reproductiva de reducción del embarazo en la adolescencia.

En el caso de la segunda participante, como lo muestra su línea de tiempo (ver adolescente 2, figura 1), primero se da la relación de pareja con un chico un año mayor que ella, 16 y 17 años respectivamente, luego el inicio de actividad sexual, posteriormente el primer embarazo, el rompimiento de la relación de pareja, el primer parto, luego el inicio de la segunda relación de pareja a los 18 años con un chico de su misma edad, el segundo embarazo y, finalmente, la deserción escolar. Estas relaciones se dan, como se indicó, con personas de la misma edad, la chica pudo continuar sus estudios hasta 9° grado.

En palabras de la segunda participante la siguiente es la descripción de su relación:

*“DM: Bueno ahora ¿Tuviste algún vínculo con el papá del niño, viviste con él? Ma2: No, estábamos juntos pero no viví con él [...] DM: Él era ¿tu novio, tu esposo, tu qué? Ma2: Mi Novio, íbamos a ser esposos pero entonces..., volvimos este año, pero yo no sabía que estaba embarazada [...] yo decidí tener novio el año pasado en diciembre DM: ¿Tú tuviste un novio? [...] Ma2: pero él no me gustaba, lo hacía para sacarme a [nombre del primer novio padre del primer bebé] de la cabeza, yo lloraba mucho, no comía, no dormía. DM: ¿y él a donde se fue, el papá del niño? El que tú dices que era tu novio Ma2: él estaba en la universidad, en [otra ciudad], él vive con el papá. Recién, él entonces habló conmigo en diciembre, que lo perdonara por todo lo que había hecho y yo le dije que sí, pero le adelanté que tenía novio, no le gustó se puso bravo [...] no me importó todo lo que me hizo y volvimos pero no sabía que estaba embarazada” (MA2)*

Cuando esta adolescente se enfrentó al primer embarazo no contó con el apoyo del padre del bebé, tampoco con el de su familia ni de la familia del padre del bebé. En el caso de esta participante la interrupción del embarazo fue sugerida por varias de las personas en su entorno e incluso considerada por ella. Con el embarazo, de acuerdo con el relato de la participante, por la ruptura de la relación de nueve meses la entrevistada reportó síntomas de depresión e intento de suicidio. El siguiente relato explica las razones por las cuales decidió llevar el embarazo a término:

*“Ma2:...yo no sabía que estaba embarazada;...le dije a mi tía que pensaba que estaba embarazada porque tenía dos meses de atraso, ya yo había terminado con el papá del bebé, [...] entonces yo le dije yo creo que estoy embarazada y bueno. DM: ¿Y qué pasó? Ma2: Eso lloraba, eso no lo esperaba de mí...las discusiones, peleas, también me proponía el aborto, toda mi familia quería que abortara pero yo decía que no. DM: ¿Por qué decías que no? Ma2: No sé, yo decía que no, ya después empecé a decir que sí, después que no, hasta que me decidí y dije que no. DM: ¿Y qué hizo que tomaras esa decisión? Ma2: Que él podía arreglarme un poquito la vida que tenía, mientras tanto, tal vez el me cure un poquito y dije que mejor no... DM: Espera, es que no entendí la decisión de no abortar ¿por qué fue? Ma2. Porque me pondría feliz un poquito DM: ¿por el bebé? Ma2: y que debía concentrarme en él y no estar llorando DM: ¿era como una ilusión? Ma2: y porque era de la persona que quiero y decidí tenerlo”. (MA2)*

Si bien los contextos de las relaciones de pareja de las participantes son distintos, comparten dos características: una, en ambos casos la unión temprana durante la adolescencia fue considerada; dos, es el tipo de vínculo romántico el que justifica el embarazo, en el caso de la segunda adolescente, y naturaliza el embarazo en el marco de la unión, en la situación de la primera. En el caso de la primera participante a la edad de 13 años comienza a vivir en pareja y de manera rápida asume los roles de una mujer en el marco del matrimonio, como ellos dos lo describen, y los embarazos si bien no son planeados no son recibidos con extrañeza. En el segundo caso, se consideró la alternativa de unirse con el padre del primer bebé y, una vez terminada la relación, el argumento para continuar con el embarazo es que este representa el hijo del hombre que ella quiere, sumado a lo que la literatura ha definido como la fantasía adolescente de que el bebé arreglará su vida y la hará feliz (Vargas-Trujillo y cols. 2005).

## **5.2 Características de la red de soporte social primario**

Un segundo análisis corresponde al soporte social personal de las adolescentes y su relación con las decisiones sexuales y reproductivas. Diversos estudios revelan que en el marco de la red social las adolescentes construyen sus conocimientos y actitudes y aprenden las prácticas que influyen de manera importante en la toma de decisiones sobre el cuerpo, la maternidad y la perspectiva de futuro. Por ello, en este estudio también se buscó entrevistar a los familiares de las adolescentes y a sus parejas. En los dos casos, es la madre quien responde la entrevista. En el caso de la adolescente unida, también participó su hermano mayor quien reside en la casa materna. Únicamente la pareja de esta última adolescente participó en la entrevista como ya se indicó.

Siguiendo a Sluzki (2002), el análisis de la red social personal de las adolescentes es fundamental dado que es aquí donde se encuentran todas las relaciones que los seres humanos consideramos significativas. La red social personal juega un rol fundamental en la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis (Sluzki, 1979; Steinmetz, 1988). A continuación se describirá la red social de las adolescentes en tres niveles, de acuerdo con sus características estructurales, sus funciones y los atributos del vínculo.

## 5.2.1 Características estructurales de la red

### 5.2.1.1 Tamaño y dispersión

En relación con el tamaño de la red, es decir, con el número de integrantes de ésta, es posible afirmar que las adolescentes cuentan con una red pequeña, generalmente compuesta por su padre y madre, la cual puede incluir a algunos integrantes de la familia extensa y en algunos casos, a la pareja de la adolescente. Es así como la primera adolescente entrevistada, a diferencia de la segunda, contó con el apoyo de su pareja y sus suegros durante su embarazo y crianza de sus hijos. En este último caso, la pareja de la joven fue enviada por sus padres a otra ciudad, con el fin de evadir la responsabilidad de su paternidad, de acuerdo con lo reportado por la adolescente. A continuación se presenta una breve descripción del tamaño de la red social personal de estas adolescentes:

*“DM: ¿Ella con quién se lleva mejor de la casa, con quien tiene un trato más frecuente, a quién busca más, con quien comparte más de la casa? M: conmigo y el papá. DM: Con la mamá y el papá. ¿Cuándo tiene algún problema recurre a ustedes, siempre? ¿Y tiene alguna otra persona con la que ella también comparta o tenga una relación cercana? M: No DM: ¿No? Con ustedes dos siempre, bueno. Cuando ella tuvo su primer bebé, la niña ¿ella con quién se relacionaba más, con qué personas, con ustedes o tenía otras personas al lado? M: Pues ella estaba era donde la suegra. DM: ¿Y venía frecuentemente acá o ustedes iban? M: Yo iba allá, porque ella estaba en [nombre del lugar] no podía venir. DM: ¿Y ella cómo se la llevaba con la suegra? Cuando tuvo el primer bebé. M: Pues yo creo que bien, porque yo siempre que iba, veía que la trataban bien”. (MA1)*

*“¿A quiénes de los familiares recurre su hija cuando requiere apoyo emocional? M: [Silencio 1:07-1:10] A mí porque ella casi no sale, a veces va donde mi mamá, a veces va donde mi hermana, pero como ella se fue para Bogotá”. (MA2)*

Las migraciones y desplazamientos a los que se han estado expuestas las familias de las adolescentes, afectan directamente tanto el tamaño de la red, como su dispersión. En efecto, la red se vuelve más pequeña, dado que integrantes fundamentales, como el caso de la tía de una de estas adolescentes; migran a lugares apartados geográficamente, lo cual limita la accesibilidad al apoyo social. En este sentido, como lo señala Sluzki (2002), en momentos de crisis, una red pequeña es menos efectiva pues los integrantes evitan involucrarse para evitar la sobrecarga. Esto conlleva a que las personas que quedan a cargo del cuidado de los familiares, en este caso las madres de las adolescentes, manifiesten sentirse abrumadas:

*“¿Con qué frecuencia los miembros de su familia recurren a usted para solicitar ayuda? M: Pues en todo, porque igual están grandes y cualquier cosa recurren es a mí D.M: ¿por qué al papá casi no? M: No sé, yo le digo “díganle a su papá porque todo yo no, él también existe” (FMA2)*

### 5.2.1.2 Composición, densidad y homogeneidad

Dado que la red de las jóvenes se resume a sus familiares cercanos adultos, ésta también se caracteriza por ser densa y homogénea en términos socioculturales. La red es densa en la medida en que los integrantes tienen una relación muy cercana entre ellos

y es homogénea, dado que los integrantes de la red, son en su mayoría mujeres adultas con el mismo nivel socioeconómico y educativo bajo. Siguiendo a Sluzki (2002), una de las dificultades de las redes altamente densas y homogéneas es que no se favorece el cotejamiento de diferentes opiniones, sino la conformidad en diversos aspectos. Este hecho puede afectar entre otras cosas, la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las adolescentes, como se verá más adelante.

Así, en relación con la composición de la red de las adolescentes, se puede señalar que cuenta con pocos integrantes con los que tienen una relación íntima, generalmente los padres de las jóvenes y, en algunos casos, la pareja y los suegros. En un nivel menor de intimidad, en el campo de las relaciones ocasionales, las jóvenes cuentan con algunas antiguas compañeras del colegio y mujeres adultas del vecindario.

## 5.2.2 Funciones de la red social personal

### 5.2.2.1 Regulación social: La naturalización del embarazo adolescente

La red cumple con diversas funciones, entre ellas, la de regulación social, que hace referencia a las interacciones que reafirman responsabilidades y roles, y que buscan neutralizar los comportamientos que se apartan de las expectativas colectivas (Sluzki, 2002).

En la narración de la pareja de una de las adolescentes, se encuentran claros estándares de género tradicionales, que naturalizan la maternidad temprana de las mujeres y le asignan a ésta la responsabilidad exclusiva del cuidado del hogar.

*“D.M: Es normal que uno se vaya a su edad, 22 que es joven, ¿es normal que se consiga mujer a esa edad? P: Si, porque uno de 22 ya sabe lo bueno y lo malo D.M ¿Desde qué edad se espera más a o menos que ya tenga compañera? P: Por ahí desde los 20 D.M: ¿Cómo decidieron tener el primer bebé? P: Si fue decisión, porque había que tener hijos antes de que uno se ponga viejito”. (P1)*

*“D.M: ¿Qué le gustó de ella? P: Su actitud, por lo trabajadora [Se oyen voces de niños y de una mujer] D.M: ¿Y cómo se dio cuenta que era trabajadora? P: Porque yo me mantenía acá y uno se da cuenta analizando a las personas, de lo que es una mujer D.M: No conozco el contexto de acá ¿cómo uno se puede dar cuenta? P: Si a mí me gusta una mujer yo la analizo primero, como se comporta ella en la casa, si es trabajadora o es floja. Yo me mantenía cerca de la casa de ella y me di cuenta. D.M: ¿Qué cualidades debe tener una mujer trabajadora? P: Lo principal, es que tenga todo organizado en la casa, los niños bien atendidos, que sea una mujer de hogar”. (P1)*

En las narraciones de las madres de las adolescentes también se presenta una naturalización de la maternidad temprana, la cual es consistente con lo que establece el contexto sociocultural, al igual que con su propia historia como madres adolescentes.

*“D.M: ¿En el municipio a qué edad se espera que las mujeres y los hombres se casen o empiecen a vivir juntos? M: Yo pienso que deberían estudiar, prepararse, que no dependan de nadie sino de ellas mismas, así pienso yo que debe ser, pero aquí no es así, acá se gustaron y si se quieren ir a vivir, cualquier edad. D.M: La gente no dice, “ya estás muy demorada, ya*

*estás en edad de tener hijos, de casarte” ¿no dicen eso? M: No, más bien se dice que no hay que tener hijos porque la situación está muy dura D.M: ¿Aquí en el municipio se espera que las mujeres y los hombres tengan sus primeros hijos? M: [risas] Para mí lo normal es que sea cuando ya tengan su mayoría de edad”. (MA2)*

La madre de la adolescente describe cómo tanto ella como su madre, es decir, la abuela de la adolescente fueron madres adolescentes subsecuentes, lo cual evidencia el carácter intergeneracional de la maternidad adolescente. La abuela de la joven, campesina del casco rural de Ralito, fue desplazada con su familia cuando la madre de la joven tenía 6 años y se asentaron desde entonces en la cabecera municipal de Tierralta. La madre de la joven tuvo 6 hijos, mientras que su madre (abuela) tuvo 12 hijos. La madre de la adolescente señala:

*“M: Mi mamá es campesina y nos formaron en un ambiente de tener hijos sin saber nada más, ya cuando ella vio que yo tenía muchos hijos ya me dijo: “ya no más, para ahí” D.M: ¿Y fue ella la que le dijo? M: Si y ahí me opere, yo iba a tener tres y no sé qué pasó, porque me hicieron cesárea y la tercera la tenía programada, pero la niña se me vino, no aguanté ni siquiera llegar al hospital y ahí tuve al otro niño y de ahí nunca me cuidé”. (MA2)*

La madre de la adolescente se casó a los 13 años, mientras que su pareja tenía 28 años. La madre quedó embarazada de su primer hijo a los 14 años y su siguiente hijo fue a los 15 años.

El embarazo a los 14 años no se interpreta como apresurado, sino como natural en el contexto de una unión. Así mismo, en relación con las decisiones sexuales y reproductivas, en este caso la utilización de un método de planificación definitivo; se hace evidente la presión del hombre de no emplear este método, reafirmando así el ejercicio del poder que caracteriza las relaciones asimétricas en las cuales la mujer tiene un status inferior.

*“D.M: ¿Y en qué momento usted siente que abrió los ojos que usted se dio cuenta? M: En el último niño, fue que yo me puse a pensar, una tía que vino de Corozal me empezó a hablar también, como a abrirme los ojos. D.M: Y ahí ya como que usted dijo bueno ya, no voy a tener más hijos. ¿Su pareja en algún momento le hizo la recomendación de no tener más hijos? M: No, al contrario, él no quería que me operara D.M: ¿Quería más hijos? M: Si, y el siendo mayor que yo, cuando yo me casé con él, tenía 13 años D.M: ¿Y él cuántos años tenía? M: tenía como 28 D.M: ¿Y cómo se conocieron? ¿Usted se enamoró de él o la obligaron a casarse? M: Nosotros nos conocimos en Barranquilla y fue de a poquitos que me fue gustando D.M: ¿Y quedó embarazada rápido? M: No, como a los dos años, perdón como al año, yo quedé embarazada a los 14”. (MA2)*

## **Apoyo emocional**

Otra de las funciones de la red es el apoyo emocional, el cual hace referencia a los intercambios que connotan una actitud positiva de aceptación, un clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y solidaridad (Sluzki, 2002).

Como se mencionaba anteriormente, es la familia nuclear y más exactamente, la madre de la adolescente quien le ofrece este tipo de apoyo, la mayor parte del tiempo. Mientras la adolescente unida recibe apoyo emocional tanto de su familia nuclear, como de



su pareja y sus suegros; la adolescente no unida recibe este apoyo particularmente de su madre. Se hace evidente que tanto su pareja, como su padre y sus suegros le retiran su apoyo emocional y material en el momento en el que conocen sobre su embarazo. Este hecho no sólo impacta emocionalmente a la adolescente de manera negativa, sino también a su madre.

*“D.M: ¿A quién de los familiares recurre la adolescente cuando quiere apoyo emocional, cuando ella necesita apoyo emocional, que está triste, aburrida, con quién habla? M: Aquí es que viene D.M: ¿Y ella se pone muy triste seguido o no? M: No. D.M: ¿Es tranquila, no se pone triste ni aburrida? M: Cuando sale embarazada D.M: [Risas] ¿Cuando está embarazada es que se pone aburrida? ¿Por qué dice eso? M: Porque la ve uno que ella cambia en seguida D.M: ¿Cómo se pone? M: Se mantiene [+++] Le da rabia con lo que uno le dice. D.M: Se pone molesta”. (MA1)*

*“D.M: ¿Cuál fue el apoyo emocional que se le dio a su hija en el primer embarazo? M: [9:10-9:18] Fue duro para todos, sinceramente, ella quedó sin apoyo por parte de la familia del muchacho y por parte de él, yo fui el único apoyo. D.M: ¿Y usted cómo la apoyaba? M: Yo le dije que eso se pasaba igual, es una experiencia y que tenía que ser fuerte. D.M: ¿Y fue para usted muy duro? M: Demasiado D.M: ¿Y el papá como supo? M: [Silencio 3:17-3:20] Yo le comenté [Se oye que la entrevistada está llorando] D.M: ¿Y cómo reaccionó? M: Se enfureció, no le gustó, se puso agresivo en esos días, quería que el muchacho se la llevara. La familia del muchacho se lo llevó para Bogotá; y ahorita otra vez”. (MA2)*

En el caso de la adolescente no unida, también experimentó juicios y críticas por parte de su comunidad en relación con su embarazo fuera de una unión. Se evidencia aquí el control social del vecindario con aquellas adolescentes que se salen de la norma social que establece y aprueba la maternidad en el contexto de una unión. De esta manera, se hace evidente una condición de mayor vulnerabilidad emocional y material en el caso de las adolescentes que quedan embarazadas por fuera de una unión. Este hecho se ve reflejado en los episodios de depresión que refiere la adolescente no unida.

*“D.M: ¿Cuál fue la reacción del barrio o comunidad cuando su hija quedó embarazada la primera vez? M: Mucho comentario D.M: ¿Cómo hacen los comentarios aquí en su barrio? M: pues los vecinos “quien será el papá” “quien la viera tan creidita y ya con barriga” [alguien interrumpe 18:42-18:45] D.M: ¿Y lo van diciendo así por la calle? M: Sí. Eso decían, que dizque ella desde antes no era virgen, y cogí al pelado y le pregunté que él qué creía, que si antes de él ella ya no era virgen y me dijo que no, que ella era virgen que él había sido el primero de ella”. (MA2)*

### 5.2.2.2 Guía cognitiva y consejos

La función de guía cognitiva y consejos hace referencia a las interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol (Sluzki, 2002). En los testimonios se hace evidente que, en relación con conocimientos y prácticas sobre comportamientos sexuales y reproductivos, las madres de las jóvenes juegan un papel fundamental.

*“D.M: ¿A quiénes de sus familiares recurre cuando requiere orientación sobre comportamientos sexuales y reproductivos? Cuando hablamos de com-*

portamientos sexuales y reproductivos es cuidado del cuerpo, conocimiento del cuerpo M: Ella me pregunta a mi D.M: ¿Qué métodos de planificación usted conoce? M: Los preservativos, las pastillas, es lo más efectivo para mí, también están las inyecciones, pero no D.M: ¿Por qué no las inyecciones? M: Porque mi hermana se cuidaba con eso y siempre el sangrado en el periodo era bastante D.M: ¿Conoce algún otro método de planificación? M: [Silencio 2:28-2:32] Operarse D.M: Entonces usted le explicaba esos métodos. Conoce en general, por ejemplo ahorita que salió en “séptimo día” que mostraban como hay unas adolescentes que utilizan métodos no convencionales como tomarse dos pastillas “mejoral” con cerveza, aquí en general, ¿en el pueblo se ve eso? M: Por acá yo nunca lo he visto y no me parece recomendable, es ensayar algo nuevo que uno no sabe cómo vaya a ser ni que consecuencias traer, no me parece seguro”. (MA2)

En el caso de la adolescente unida, su pareja juega un papel fundamental en relación con las creencias y prácticas sexuales y reproductivas, específicamente las relacionadas con la anticoncepción. Acorde con la inequidad de los roles de género antes mencionados, se evidencia que la responsabilidad de la anticoncepción recae sobre la mujer.

“D.M: En algún momento ¿alguien les explicó sobre métodos de planificación? P: Si, mi mamá, los vecinos D.M: ¿Qué le explicaron? P: Que ella tiene que cuidarse D.M: ¿Le explicaron cómo se cuida? P: Si, que primero hay que hacerse una serie de exámenes y de ahí ven si le mandan ampolla o pastilla o una plaqueta para que no quede en embarazo D.M: ¿Le explicaron a usted cómo usar un método, que en este caso sería el preservativo? ¿Quién le enseñó? P: [risa nerviosa. Silencio 15:30-15:42] Los amigos siempre le dicen a uno las cosas D.M: ¿Cuántos años tenía usted cuando le explicaron? P: Como a los 16-17 D.M: ¿Sus padres le explicaron alguna vez? P: No porque no conversamos casi [Hablan un poco del negocio de gallinas que tienen 16:15-17:15] D.M: ¿Le hubiera gustado tener más información sobre métodos de planificación o siente que con lo sabía en ese momento era suficiente? P: Yo creo que era suficiente (P1)

### 5.2.2.3 Apoyo instrumental: ayuda material y de servicios

Esta función de la red hace referencia a la colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o de ayuda física, incluyendo los servicios de salud (Sluzki, 2002). En el caso de la adolescente que no vive con su pareja, la ayuda material fue brindada en su totalidad por sus padres. La otra adolescente, recibió esta ayuda de su pareja y de sus suegros.

“D.M: ¿Cuál era la situación económica de la familia cuando su hija quedó embarazada por primera vez? M: Regular D.M: ¿Qué es regular? M: que no estábamos en crisis pero tampoco teníamos mucho, teníamos para ver por los gastos de ella D.M: ¿Qué apoyo económico tuvo la adolescente en su primer embarazo? M: Todo D.M: ¿Quién se lo dio? M: yo se lo di D.M: ¿Y el papá? M: Ambos porque cuando yo no tenía para algo, era el papá D.M: ¿Y el papá del niño? M: No, nada”. (MA2)

“D.M: ¿Cómo se dieron cuenta que estaba embarazada? P: A la niña le dio diarrea a causa del embarazo, la mandé a que se hiciera los exámenes y salió

positivo y ya luego volvió y subió. Luego a los 8 meses la traje acá al pueblo y al otro día me fui D.M: Quedó acá ella con la mamá P: No, con mi mamá D.M: ¿En este sí estuvo en el parto? P: Tampoco, vine a los 8 días” (P1)

Tanto las madres de las adolescentes, como la suegra de una de ellas, son las encargadas de acompañarlas a los controles médicos durante el embarazo. Aquí se evidencia cómo dada la normalización de la maternidad en la adolescencia en el contexto de una unión, es difícil para la madre cuestionar la decisión que toma su hija de no emplear el método anticonceptivo recomendado por el centro de salud luego de tener su primer hijo.

*“D.M: Cuando ella quedó embarazada la primera vez, fue a controles médicos, ¿usted la acompañaba? M: Sí, la suegra también D.M: Cuando se tiene un embarazo, generalmente en el hospital dicen que planifiquen con un método. ¿Usted recuerda que le hayan dado algún método de planificación a ella? M: Le mandaron para cuidarse con una inyección. Pero nunca lo utilizó. D.M: Y a ella no le gustan las inyecciones, ¿cierto? M: Como que no porque le dan las cosas y no las usó. D.M: ¿Por qué cree que no usó esa inyección? M: No sé”. (MA1)*

### 5.2.3 Características del vínculo de la relación de pareja

#### 5.2.3.1 Historia

Esta característica hace referencia al tiempo desde el cual se conocen las personas en una relación y cuál es la experiencia previa al establecimiento del vínculo (Sluzki, 2002). En este sentido, vale la pena resaltar que desde el momento en que la joven conoce a su pareja, hasta el momento en el que se va a vivir con él, transcurre un tiempo muy corto de aproximadamente seis meses. Nuevamente se evidencia que esta práctica se encuentra naturalizada en la cultura.

*“D.M: Entonces la conoció cuando tenía 22, ahora ¿cuántos años tiene? P: voy a cumplir 27 D.M: ¿Cómo la empezó a acortejar? P: Detallitos por ahí D.M: ¿Qué detalles le gustaban a ella? P: [Risas] le traía manzanas, cosas pequeñas D.M: ¿Y ella cómo lo recibía? P: Bien, me agradecía D.M: Y en qué momento usted le dice “vámonos” P: Como a los 6 meses D.M. ¿Por qué decide irse con ella? P: Cosas de esa edad que uno ya necesita una mujer viviendo al lado de uno D.M: ¿Usted vivía solo o con sus papás? P: Con mis papás D.M: Pero ya quería como organizarse P: Si D.M: ¿Usted cómo le dijo? P: Que si quería casarse conmigo D.M: ¿Y ella qué dijo? P: Que si y ese día la vine a buscar y se vino conmigo D.M: Y después ¿cómo fue enfrentar a la familia? P: Bien, sin miedo, relajado D.M: En su casa fue todo tranquilo P: Si en la casa fue tranquilo D.M: Y se fueron a vivir, si mal no recuerdo, primero a su casa P: A la casa de mi mamá D.M: ¿Y cómo se llevaban ellas dos? P: Bien (P1)*

#### 5.2.3.2 Reciprocidad

Siguiendo a Sluzki (2002), la reciprocidad es un atributo del vínculo que hace referencia a si las personas en una relación cumplen o no, el mismo tipo de funciones, o funciones equivalentes. Como se ha mencionado anteriormente en términos de la crianza de los hijos, independientemente de que las adolescentes vivan o no con sus parejas, este cuidado es responsabilidad enteramente de ellas. Las madres de las adolescentes juegan un

papel crucial en este proceso, así como en algunos casos, sus suegras. En este sentido, en las parejas de estas adolescentes no existe reciprocidad en el cuidado y crianza de los hijos, como tampoco en otros roles tradicionalmente asignados a hombres y a mujeres, como el trabajo doméstico y el trabajo remunerado.

*“D.M: Nace la niña y cuando usted ve la niña ¿qué siente? P: Alegría D.M: Ella lo tuvo en Montería ¿Usted estuvo con ella en el parto? P: No, porque yo estaba trabajando en +++ +++++ y llegué acá a los 15 días D.M: ¿Se volvió a ir? P: Si, pero a trabajar por aquí cerquita D.M ¿Ha permanecido casi todo el tiempo con la niña? P: Hay tiempos en los que uno sale pero por 15 o 20 días y luego regresa”. (P1)*

### 5.2.3.3 Compromiso y frecuencia de los contactos

Estos dos atributos del vínculo, compromiso y frecuencia de los contactos, se encuentran estrechamente relacionados con el anterior. Aunque en el caso de la adolescente que vive con su compañero se presenta un compromiso mayor por parte de la pareja en el cuidado de los hijos, también se evidencia que dadas sus condiciones laborales, se debe ausentar del hogar por periodos largos de tiempo y en esa medida se limita el contacto con su esposa e hijos.

Por otra parte, las condiciones del vínculo entre el padre y el niño de la segunda adolescente son distintas pues él vive en otro municipio:

*“D.M: La relación de él con el niño ¿cómo es? M: Pues bien, se lo lleva a pasar D.M: El niño cuando ve a su papá ¿cómo reacciona? M: Él está pequeñito y el vino fue en diciembre, igual si se dejaba cargar y lo buscaba D.M: O sea la última vez fue en diciembre M: Y él no ha regresado”. (MA2)*

Por su parte, las madres de las adolescentes mantienen el compromiso y cuidado por su hija y por sus nietos, en este caso luego del segundo embarazo.

*“D.M: ¿Producto del segundo embarazo la familia tomó alguna decisión acerca de la relación de su hija con el padre del bebé? M: El papá le dijo que se fuera para Montería con el muchacho pero yo dije que no, porque si qué tal que él no quisiera hacerse cargo, como se le iba a obligar, si no quiere por las buenas no debe ser por las malas, de pronto me la iba a maltratar”. (FMA2)*

## 5.3 Características de la red de soporte social secundario

Slusky (2010), se refiere a la red social como el tejido relacional que comprende además de la familia, amigos y vecinos, las conexiones que tienen las personas con organizaciones formales e informales, destacando en las formales las que garantizan los derechos de las personas como salud y educación<sup>42</sup>. En el marco de los derechos humanos, el soporte social proporcionado por estas organizaciones constituye la materialización de las garantías de los ciudadanos por parte del Estado.

---

42. 42 SLUZKI Carlos, Personal Social Networks and Health: Conceptual and Clinical Implications of Their Reciprocal Impact. Families, Systems, & Health. 2010, Vol. 28, No. 1, 1–18. Pág. 2.

Con la constitución de 1991 Colombia se reconoce como un estado social de derechos y se acoge las convenciones y acuerdos internacionales que los ratifican para todas y todos los ciudadanos, con la consecuente promulgación de normas como la Ley general de educación 115 de 1994, la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral, la Ley de infancia y adolescencia 1098 de 2006, Ley de prevención y sanción de violencia contra la mujer 1257 de 2008, todas ellas se reglamentaron y ajustaron con nuevas leyes que las actualizan. En este marco normativo se desarrollan lineamientos, protocolos y guías para que las personas logren el más alto nivel de bienestar en su curso de vida.

En la misma línea, UNICEF Colombia propone el análisis de determinantes para la promoción y garantía de los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes desde los componentes de entorno, oferta y demanda. Para el presente estudio, el apoyo social secundario se analiza desde la oferta con cuatro criterios: La disponibilidad del servicio, el acceso, la adaptabilidad y la calidad del servicio.

A partir de las narraciones de las adolescentes y las familias participantes en el estudio se identificó el apoyo social secundario en salud, educación y protección con el que contaron las chicas entre el primer y segundo embarazo. Los resultados de este apartado se presentaran para cada uno de estos servicios.

### **5.3.1 Servicio de salud**

Con el fin de contribuir a contextualizar la situación del embarazo en la adolescencia en el municipio, la Secretaría de Salud proporcionó una base de datos sin depurar con las estadísticas vitales de nacimientos y defunciones del municipio en el 2014. Los datos preliminares permitieron identificar que durante ese año se presentaron 54 partos de mujeres menores de 14 años y 532 partos de mujeres entre 15 y 19 años de edad, de estos 132 (25%) corresponden a embarazos subsecuentes. Las características sociodemográficas de este grupo se encuentran en la tabla 2 (*página siguiente*)

De esta información es importante destacar que el 98% de los partos son atendidos institucionalmente. En el caso de las adolescentes menores de 14 años, llama la atención la frecuencia con la que los embarazos ocurren en el marco de una unión, en muchos casos (44%) con más de 2 años de duración.

Tabla 3. Estadísticas vitales, nacimientos municipio Tierralta 2014.

VARIABLES/RANGO EDADES	Nacimientos en mujeres de 10 A 14 años	Nacimientos en mujeres de 15 A 19 años	Nacimientos en mujeres de 15 A 19 años
NUMERO DE NACIMIENTOS	54	532	132
PARTO INSTITUCIONAL	98%	97%	97%
<b>TIPO DE PARTO</b>			
Cesárea	74%	46%	45%
Esponáneos	24%	54%	55%
<b>PERTENENCIA ÉTNICA</b>			
Indígena	4%	3%	5%
Afro descendiente	11%	12%	6%
Otra	85%	85%	89%
<b>ESTADO CONYUGAL</b>			
Casada	0%	2%	0%
Separada	0%	0%	0%
Soltera	19%	10%	8%
Viuda	0%	0%	1%
No casada lleva más de dos años viviendo con su pareja	44%	52%	73%
No casada lleva menos de dos años viviendo con su pareja	35%	35%	17%
Sin información	2%	1%	1%
<b>NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE ADOLESCENTE</b>			
Básica primaria	43%	31%	35%
Básica secundaria	44%	44%	35%
Media académica	0%	18%	14%
Media técnica	0%	0%	0%
Profesional	0%	0%	0%
Técnica	0%	1%	0%
Tecnológica	0%	0%	0%
Ninguno	7%	3%	5%
Sin información	6%	2%	2%
<b>ÁREA DE RESIDENCIA</b>			
Cabecera municipal	41%	44%	37%
Centro poblado	0%	6%	8%
Rural disperso	59%	50%	55%
<b>ASEGURAMIENTO</b>			
Contributivo	96 %	92 %	96 %
Subsidiado	2 %	2 %	2 %
<b>EDAD DEL PADRE DEL HIJO DEL ADOLESCENTE</b>			
15 A 19	44 %	15 %	8 %
20 a 24	22 %	48 %	50 %
25 A 28	17 %	19 %	21 %
29 A 35	6 %	13 %	15 %
35 A 45	7 %	4 %	5 %
Sin información	4 %	1 %	1 %

Fuente: Secretaría local de Salud municipio Tierralta – Córdoba, 2014 datos preliminares

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social como autoridad en el país para el sector diseña y reglamenta políticas, lineamientos, protocolos y guías para su implementación y seguimiento por parte de las entidades territoriales y de control en el territorio. Sobre embarazo en la adolescencia y embarazo subsecuente se cuenta con la política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos de 2014, a resolución 412 de 2000 para acciones de protección específica como la atención del parto y atención de planificación familiar a hombres y mujeres la cual se actualiza con las resoluciones 769 del 2008 y 1973 de 2008, los protocolos de atención preconcepcional y de atención a la embarazada menor de 15 años, la guía de práctica clínica para la detección de complicaciones del embarazo y el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Entendiendo que la disponibilidad se refiere a la existencia efectiva del programa, el centro o la prestación del servicio, y las condiciones mínimas para que éste pueda operar, que incluye la gratuidad para el usuario y la financiación por parte del Estado con cumplimiento de criterios de calidad en la infraestructura y capacidad técnica del talento humano, se puede afirmar que el territorio sí dispone de las tecnologías para ofertar un servicio integral para la prevención del embarazo en la adolescencia.

En las entrevistas que se hicieron al servicio de salud municipal, a las adolescentes y sus familias se identificó que la oferta del municipio en salud es de primer nivel - básico, de prevención y promoción. Las adolescentes en embarazo en el momento del parto deben trasladarse a la ciudad de Montería donde por red les corresponde la atención de segundo y tercer nivel de atención, el desplazamiento desde la cabecera municipal puede durar entre 90 y 120 minutos.

Por la dispersión del territorio en zona rural, el servicio de salud cuenta con 17 puntos en corregimientos para la atención por parte de auxiliar de enfermería y visita de profesional de medicina o enfermería una o dos veces por semana.

Para las y los adolescentes y jóvenes desde el año 2013 funciona en el municipio el servicio de salud amigable en la cabecera, primero como consulta diferencial y actualmente como centro amigable con talento humano de medicina, enfermería, nutrición, psicología y trabajo social. El siguiente testimonio de una persona del servicio de salud describe la característica de disponibilidad del servicio de salud:

*“D.M: ¿Cuántas puntos de atención tienen? S: 17. D.M: ¿Distribuidos en las diferentes veredas? S: En los diferentes corregimientos. D.M: ¿Cuál es el más lejano? S: El más lejano está Crucito, Batata, Caramelo y Ralito. D.M: ¿Allá prestan Unidad Básica, auxiliar de enfermería? S: Si, auxiliar de enfermería” (...) hasta que logramos en el 2013, crear los servicios amigables, ya tenemos la sede que pertenece a la institución aunque esta por fuera, pero es una dependencia de nosotros. Ya acá, afortunadamente tenemos médico, psicóloga, trabajadora social, enfermera, nutricionista, un equipo interdisciplinario con el cual estamos abordando esta problemática” (S).*

En opinión de las personas de las instituciones educativas que participaron en el estudio, el servicio de salud amigable es un acierto para la promoción y atención de la salud sexual y reproductiva que complementa los proyectos de educación para la sexualidad.

*“El centro de atención de salud municipal, que tiene a las niñas metidas en un programa que se llama Salud Amigable, entonces las niñas que tienen problemas llegan allá y les están ayudando, ofreciendo un servicio eficiente”(C1).*

*“Los servicios amigables de la salud hacen el acompañamiento, sobre todo cuando tenemos jóvenes con dificultades, nos da las asesorías, nos vienen a dictar charlas y sobre todo, nos reciben los jóvenes allá, nosotros estamos remitiendo jóvenes allá con los padres de familia, sobre todo cuando las jovencitas tienen alguna dificultad hablamos con ellos y siempre les estamos sugiriendo “vamos a servicios amigables”, particularmente voy a sacarles las citas y los acompañamos en este proceso”. (C2).*

Cuando se les preguntó a las adolescentes participantes en el estudio si conocían el servicio amigable reportaron que no lo conocían, esta respuesta se refuerza con la evaluación de Servicios de Salud Amigable para Adolescentes y jóvenes del 2014 donde uno de los cuellos de botella es la falta de difusión para que los jóvenes tengan conocimiento de los servicios<sup>43</sup>

*DM: ¿Sabe de algún lugar acá en Tierralta donde presten servicios sexual y reproductivos para jóvenes? Ma2: No me acuerdo” (Ma2). “no sabe que son los servicios de salud amigable para adolescentes y jóvenes, que no ha escuchado de ellos en el municipio” (Ma1).*

Si bien, las adolescentes participantes desconocían la oferta diferencial para adolescentes y jóvenes, ellas tuvieron acceso a la atención prenatal, parto institucional y puerperio de acuerdo a la normas técnicas vigentes para el primer embarazo, la resolución 412 de 2000 con la guía de detección temprana de 2007 y la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013. Consistentemente con estas disposiciones, las consultas prenatales fueron atendidas, en su mayoría, por médicos en el primer nivel, para la consultas por especialistas y parto institucional tuvieron que desplazarse a Montería y la consulta puerperio la tuvieron en Tierralta.

*“La adolescente cuando tiene la atención ¿qué servicios o que consultas tiene? S: Consulta por medicina, odontología. Básicamente siempre la atiende el médico y en los servicios amigables se le abre la consulta por psicología y trabajo social. D.M: ¿Tienen nutrición? S: Si D.M: Ginecobstetra, ¿remiten? S: Si, pero con la condición de que tiene que ser programado porque no lo tenemos diario en el municipio. (...) D.M: ¿Las estrategias, actividades y acciones que se desarrollan, están de acuerdo a las políticas, protocolos y lineamientos? S: Si claro, nosotros estamos con base en la resolución 412 del 2000 y tenemos los protocolos de todas estas guías”(S).*

La disponibilidad de los servicios es el primer elemento a considerar en las condiciones de la oferta, sin embargo, esta no es suficiente para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud si se presentan barreras de acceso. La accesibilidad es una cualidad que tienen o se confiere a los entornos en los que se puede disfrutar de bienes o servicios

---

43. Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia. Producto 5: Informe de Resultados Junio 27 de 2014. Pag 127.



con el fin de hacerlos adecuados a las capacidades, necesidades y expectativas de todos sus potenciales usuarios, independientemente de su edad, sexo, origen cultural o grado de capacidad.

Las adolescentes coinciden en que tuvieron para su segundo embarazo pocos controles prenatales, la madre adolescente uno – rural - por los costos de desplazarse a cabecera municipal - y la madre adolescente dos – urbano marginal - por negligencia de las profesionales que las atendieron. La guía de práctica clínica recomienda 10 citas para mujeres nulíparas con un embarazo de curso normal y para mujeres multíparas 7 citas, se entiende que un embarazo en adolescente es de alto riesgo por lo que deben considerarse todas las intervenciones y seguimientos que garanticen el mayor estado de bienestar.

*“MA1: Si, ella me llevó, me averiguó el carnet, me hizo todas la vueltas. DM: ¿Y fuiste al primer control? ¿Cuántos controles tuviste? MA1: Con la niña, tuve como tres porque enseguida no me metí. DM: ¿Y por qué no te metiste? MA1: porque me tenían que hacer una prueba de embarazo y no me gusta que me saquen sangre”. (Ma1)*

*“DM: Y ¿para los controles y cuando ibas a tener el bebé? MA1: No, yo nunca me metí a control, pero me mandaba a ver la barriga con partera” (Ma1). La mamá de la adolescentes rural aclara “DM: ¿Y ella tuvo todos los controles en ese momento de salud, del médico? M: Del niño sí D.M: ¿Y de la niña? M: De la niña si no tuvo control DM: ¿Y eso por qué? M: Porque estaba para el Sinú, por allá para arriba” (M).*

*“DM: ¿Te han hecho ecografía? Ma2: Solo una DM: ¿Cuántas semanas? Ma2: A los cinco meses. DM: ¿Por qué te hicieron hasta los cinco meses? Ma2: Porque a mí no me querían aceptar el control, porque como mi barriga no se veía, entonces decían que no estaba embarazada, yo me hice la prueba casera y me salió positiva, y yo no me había hecho la de sangre, entonces me hicieron la de sangre para verificar si era verdad, porque de pronto podía ser un embarazo tópico y me la hice y salió positiva y ya fui al hospital y me aceptaron. D.M: ¿Y antes no te aceptaban porque no se te veía la barriga? Ma2: Si DM: y ¿Quién no te aceptaba? ¿Las enfermeras? MA2: Las enfermeras” (Ma2).*

El servicio de salud municipal reconoce estas limitaciones pero no se profundiza sobre planes de mejora que reduzcan los riesgos en la atención de salud en zona rural o de difícil acceso porque las adolescentes y jóvenes que asisten actualmente a servicios amigables reciben la atención con mayor oportunidad.

*“de igual forma si llega a los servicios amigables también, llega y solicita el servicio, allá la atención es más rápida porque acá no solo atendemos adolescentes sino a toda la población” (S)*

*D.M: ¿Cuenta con el talento humano suficiente y capacitado para la prestación del servicio? S: No D.M: ¿Qué les falta en la capacitación? S: Yo pienso que reforzar más, especialmente en la parte de las asesorías, para que la usuaria pueda tener adherencia a los métodos y no se retiren tan fácilmente de los métodos, por temor, desconocimiento de los efectos que les pueda ocasionar. También personal más idóneo especialmente en la zona rural”. (S)*

Las dos madres adolescentes tuvieron partos institucionales en la ciudad de Montería, para ellas la atención fue satisfactoria.

*“Ma1: En Montería, DM: ¿cómo te atendieron allá? MA1: No, en esa clínica, para que, todo pendiente a uno, cada rato iban a preguntar por uno, cómo me sentía, lo iban a revisar a uno” (MA1).*

Para la prevención del embarazo subsecuente la norma técnica - resolución 769 de 2008 es clara al decir que: *“Durante la hospitalización se debe reforzar la consejería y brindar el método seleccionado por la usuaria, antes de su egreso de la institución en donde se atiende el parto o aborto”*. En la misma norma se especifica que como parte de la educación individual en los controles prenatales las usuarias deben tener la consejería de planificación familiar, esto garantiza la toma de decisiones oportuna. No obstante, en el municipio la consulta de planificación se hace en el puerperio, en el primer nivel de atención, lo que implica que las adolescentes egresan del hospital sin la garantía de contar con un método de larga duración.

*“D.M: Generalmente si son adolescentes el parto es en Montería ¿Dónde se hace la consulta de planificación? S: La consulta de planificación se está haciendo es en la cita de control de la puerpera por protocolo, así el parto haya sido en Montería, cuando viene la usuaria, viene con el papel de remisión se hace acá” (S).*

El protocolo para atención de embarazada menor de 15 años del 2014 señala que el método anticonceptivo es de libre elección por la usuaria y que para este grupo poblacional es recomendable como primera opción: implantes de liberación prolongada (levonorgestrel o etonorgestrel) con indicación de suplemento de calcio y ejercicio. Segunda opción: Dispositivo intrauterino (TCU). Tercera opción: progestágeno inyectable trimestral de depósito. En la revisión de la oferta municipal el implante subdérmico es el que reconocen que tiene mayor adherencia por parte de las adolescentes pero con el riesgo de oportunidad perdida al esperar hasta la consulta posparto y la posterior cita para insertarlo:

*“Esta oferta, ¿incluye atención por embarazo subsecuente? Con la oferta que se tiene acá ¿qué se hace para prevenir el segundo embarazo? S: En estos momentos todas las EPS, están ofertando el implante subdérmico que es el que le está dando mayor adherencia a este programa, porque se había analizado que con las píldoras no son persistentes en la toma de ellas, en los inyectables, muchas veces ponían el inconveniente, entonces analizando eso, la mejor oferta son los implantes subdérmicos que todas las EPS están ofertándolas a las usuarias y hay una gran demanda. D.M: ¿El DIU, también se está ofertando? S: Si”. (S).*

En los procesos de habilitación de acuerdo con la resolución 2003 de 2014 el talento humano es uno de los elementos a verificar. Para que un prestador de salud esté habilitado, es de esperar que las y los profesionales de la salud se adhieran a los protocolos y guías clínicas, no obstante, la alta rotación en el sistema no siempre permite contar con personal cualificado y actualizado para la prestación del servicio. Esta situación implica que las adolescentes reciban asesoría inconsistente con las normas técnicas y tecnologías de baja complejidad que se plantean para que las madres adolescentes elijan un método y de manera oportuna accedan a él con el respectivo seguimiento para su uso. La siguiente cita ilustra las barreras de acceso que enfrentan las adolescentes:

*“D.M: ¿Tu primer parto fue en el hospital? Ma2: Si, DM: ¿En dónde fue? Ma2: en la Clínica [nombre de la clínica] de Montería. DM: ¿Cómo te atendieron allá? Ma2: Yo vi que bien. DM: Cuando estuviste allá o fuiste a las consultas allá, ¿Tuviste consulta de planificación familiar allá en Montería? Ma2: Allá no, acá sí. DM: ¿Quién te atendió? La muchacha de control. Me dio unos papelitos para que yo leyera y ahí estaba el condón. DM: ¿y te explicó? Ma2: Aja, me dijo que después del bebé no saliera embarazada, que para eso me daba los folletos, que me cuidara. DM: ¿Y qué método escogiste? Ma2: El condón DM: ¿Y te dieron preservativos? Ma2: No. DM: Pero, si escogiste método, ¿por qué no te los dieron? Ma2: No sé, ella me dio fue los folletos. DM: ¿Qué profesional realizó la consulta? Ma2: Enfermera de control. DM: ¿Cómo te sentiste en la consulta? Ma2: Bien” (Ma2)*

*DM: Y después de que tuviste al bebé alguna enfermera te explicó cómo usar los métodos de planificación. MA1: Si. DM: ¿Qué te explicó? MA1: Que había muchas formas de planificar, ampollas, pastillas, placa, de todo” (Ma1).*

La aceptación y el uso de los métodos anticonceptivos no siempre están mediados por el sistema de salud, las creencias de la familia, en especial de la mamá cuando ella no ha tenido una relación positiva con el sistema para el uso de métodos puede influir de manera profunda en la elección final de la adolescente. La madre de la adolescente rural manifiesta una percepción negativa del uso de los métodos de planificación, mientras que para la mamá de la adolescente dos, quien determinó la elección de planificar fue su mamá cuando le dice que es momento de no tener más hijos.

*“¿No conoce los métodos de planificación? Mamá: Yo si los he usado, pero no me convienen para usarlo D.M: ¿No? ¿Por qué? M: Porque yo me estaba colocando una inyección mensual y casi me mata con una hemorragia. D.M: Y cuánto tiempo alcanzó a utilizar esa inyección. M: ya iba para 5 meses D.M: Y le explicaron por qué había sido la hemorragia? M: No, no me dijeron nada, solo que eso era normal. No me podía ni parar D.M: ¿Ha utilizado otro método? M: Me mandaron entonces las pastillas, pero tampoco, el estómago me lo inflama. D.M: ¿Y algún otro? M: La operación, pero yo no me quiero operar, D.M: ¿Y eso por qué no? M: porque me da miedo operarme [risas en la sala] D.M: ¿Y la T? Mamá: [silencio 25:04-25:10] No sé cuál es” (FM1).*

Con este antecedente, para la madre adolescente rural lo que limita su acceso a la anticoncepción es el temor que le tiene a las agujas, lo cual hizo que pospusiera desde el inicio de los controles prenatales la elección de un método de planificación.

*DM: Y ¿te explicaron cómo planificar? MA1: si DM: Y ¿qué te dijeron? Ma1: que había muchos métodos para uno cuidarse como la ampolla, la placa, muchos pero nunca. DM: ¿No los usaste? Y ¿Por qué crees que no? MA1: Porque siempre que iba era que tenía que hacerme pruebas de embarazo.*

Un elemento final a considerar en los resultados de la oferta de salud concierne a las restricciones de acceso a los servicios que impone la zona geográfica y la situación de conflicto armado: el municipio de Tierralta se caracteriza por estar entre los de mayor extensión en el país además de ser uno de los epicentros del conflicto armado. En este estudio de caso se revisó el procedimiento de una persona en zona rural para acceder a un método de planificación y los obstáculos que imponen los diferentes pasos en el proceso de toma de decisiones:

*“D.M: ¿Si una adolescente está en Crucito donde hay puesto de salud y ella quiere usar un método de planificación debe venir hasta acá? S: No, allá llega el médico dos veces a la semana, tenemos una auxiliar de enfermería permanente, la usuaria llega, solicita el servicio, en caso de que el médico no esté, la auxiliar le entrega la orden para la prueba de embarazo, allá mismo se entregan las pruebas de embarazo, si sale negativa, la usuaria llega a la consulta con el médico para que le ordene el método, si sale positiva pues también debe llegar para el ingreso a control prenatal, cuando el médico ordena el método en caso de que sean píldoras o inyectables, la auxiliar recoge todas las fórmulas que tenga, porque no tienen el método, allá a la mano y los manda a buscar acá. La usuaria no viene acá sino que la auxiliar se lo lleva, porque es una zona bastante retirada y es muy costoso, porque tienen que transportarse primero vía fluvial de Crucito a Puerto Frasnquillo y después acá y luego terrestre y le estaría saliendo en \$30.000 o \$40.000 en ir y venir”. (S)*

### **5.3.2 Servicio de educación – instituciones de educación**

Posterior a la constitución política de Colombia de 1991, donde se reconoce los derechos sexuales y reproductivos se presenta la resolución 3353 de 1993 que otorga carácter obligatorio a la educación para la sexualidad en las instituciones educativas, en el siguiente año con la Ley general de educación la educación, 115 de 1994 se ratifica la norma y se reglamenta con el decreto 1860 del mismo año. En el año 2013 con la ley 1620 de convivencia escolar se da un mayor impulso y protagonismo a la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en las instituciones educativas del país.

Con los antecedentes normativos y atendiendo los lineamientos que desarrolla y socializa el Ministerio de Educación Nacional para el diseño, implementación seguimiento y monitoreo de los proyectos transversales incluido el proyecto de educación para la sexualidad, es de esperar que cada una de las instituciones educativas implemente con su comunidad educativa, con la participación efectiva de las y los estudiantes, iniciativas para fomentar las competencias que requiere el efectivo ejercicio de los derechos.

En el presente estudio, a partir de los relatos de las adolescentes, se identificaron las instituciones donde cursaron el último año escolar que alcanzaron. Con esta información se logró entrevistar un docente de cada institución. En las dos instituciones educativas reportaron tener proyecto de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía.

*“D.M: ¿Cuál es el énfasis del PEI? C1: Tiene énfasis ambiental, nosotros somos una institución rural que tiene un enfoque ambiental y nuestro proceso se enfoca en el constructivismo con enfoque ambiental. D.M: ¿Tienen proyecto de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía? C1: Sí, se está trabajando con la ayuda de ustedes [Unicef] principalmente que nos mandó [a la organización no gubernamental local] y desarrollaron unos proyectos espectaculares que están apoyados acá con los profesores y el centro de salud municipal” (C1).*

*“D.M: ¿Cuál es el énfasis del PEI? C2: Académico. D.M: ¿Tienen proyecto de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía? C2: Lo tenemos hace rato. D.M: ¿Desde hace cuánto lo tienen? C2: Nosotros estamos trabajando el proyecto desde el 2005”. (C2).*

Para las instituciones educativas en todos los procesos de planeación que realizan, incluidos los proyectos transversales, la lectura de contexto que se hace con la participación de la comunidad educativa define los procesos y procedimientos curriculares. En las instituciones educativas entrevistadas esta lectura tiene características distintas, para la primera existe urgencia en proveer anticoncepción moderna a las y los adolescentes, mientras que para la segunda se sigue una serie de momentos y pasos para definir la metodología y los temas a desarrollar cada año.

*“C1: Bueno, con la vida sexual activa que tienen estos niños, el entorno social en el que estamos viviendo, a nosotros nos ha tocado enfrentar la realidad. Nosotros hicimos un estudio y nos dimos cuenta que las niñas de 10 años de grado quinto ya tienen vida sexual activa, [...], ¿qué nos ha tocado? Utilizar recursos del colegio para comprar anticonceptivos y dárselos a los niños y a las niñas. Y es más, a veces nos toca comprar pruebas de embarazo, pastillas anticonceptivas, condones, porque hasta a los niños los estamos ayudando en ese proceso porque hay algunos que tienen ya la vida sexual activa y no la van a parar”. (C1)*

*D.M: ¿Cómo se elaboró el proyecto transversal de educación para la sexualidad? C2: El proceso general es que el Ministerio de Educación da una temática a desarrollar por grados, esas temáticas se tienen en cuenta, pero además se hace un diagnóstico sobre la institución, como una lectura de contexto y de ahí nosotros ubicamos cuál es la problemática más grave que tenemos y de ahí se sacan las temáticas. Entonces nosotros hacemos el diagnóstico, lo sacamos impreso por grado y se le va entregando a cada docente a comienzo de año, así, se hace un trabajo interdisciplinario”. (C2)*

En documentos de cooperación internacional como UNFPA 2013, UNICEF y PLAN 2014 una de las recomendaciones para la prevención del embarazo en la adolescencia, incluido el embarazo subsecuente, es la permanencia en la escuela de las niñas y las adolescentes. Las instituciones educativas entrevistadas describen que para mantener a las y los estudiantes que ya son madres, hacen seguimiento telefónico a las familias para que regresen luego del puerperio y puedan continuar sus estudios con el apoyo de docentes y estudiantes.

*“D.M: Cuando tienen su primer embarazo, ¿existe alguna actividad u oferta para evitar el segundo embarazo? C2: Siempre la sugerencia es busquemos el método de planificación, tenemos actualmente a cinco niñas con el método de Norplant la niña que nos salió en segundo embarazo estando acá, estaba planificando con pastillas”. (C2)*

*“D.M: Cuando tienen una adolescente que ya es mamá, ¿qué actividades desarrollan o qué se hace para que no tenga un segundo embarazo? C1: Por lo regular, las niñas que han tenido su segundo embarazo se han ido lejos, para las veredas de cocineras de sus maridos o a trabajar duro y no se ha podido hacer nada por ellas. Pero, las otras que son la mayoría, han retomado los estudios, han regresado a clases, los papás se han convertido en el apoyo para cuidarles a los hijos y ellas han venido acá. Tenemos varias niñas que les hemos dado desde cuadernos en adelante para que regresaran y aquí están”. (C1)*

Las adolescentes entrevistadas dan cuenta también de esta estrategia de las escuelas del municipio, como lo señala el siguiente testimonio:

*DM: ¿Cuántas veces te llamó, (la docente) una sola vez a preguntarte o más?  
MA1: Como cuatro veces. DM: ¿Y qué te decía la profesora? ¿Qué volvieras?  
MA1: Que volviera, ellos me ayudaban, que me colaboraban que ellos me compraban el uniforme, me daban todo” (Ma1).*

De acuerdo con Ministerio de salud y protección social y UNFPA 2014, UNFPA 2013 y PLAN y UNICEF 2014 el embarazo en la adolescencia no siempre es la causa para el abandono o deserción escolar, en un número importante de los casos el abandono de la escuela ocurre antes de quedar en embarazo y por lo que se considera un determinante socioeconómico. La madre adolescente uno - rural dejó de ir a la institución educativa cuando cursaba grado sexto, porque tenía que caminar media hora por recorrido desde su casa hasta la escuela, abandonó la escuela por la unión y con su pareja actual tiene dos hijos.

*“DM: ¿por qué te saliste de estudiar? MA1: Porque sí. DM: ¿No te gustaba?  
MA1: No me gustaba. DM: ¿Qué te molestaba? Ma1: No sé, porque me tocaba caminar y eso cansa. [...] MA1: Salía como a las 5:30 am. DM: ¿Hace cuántos años te retiraste? MA1: Ya tengo como tres años” (MA1).*

Las dos adolescentes refieren que la institución educativa era un espacio agradable donde compartían con sus compañeros y docentes, no describen tratos indignos o negativos por parte de docentes y directivas, las materias o áreas de conocimiento que disfrutaban era sistemas y matemáticas para la primera adolescente y ecología para la segunda adolescente. Las relaciones de convivencia, el clima en el aula o el desempeño académico no fueron los factores que definieron la continuidad escolar, mientras la primera adolescente se retira por la distancia diaria que tenía que recorrer, la segunda lo hace por la difícil condición de salud post parto.

*“D.M: ¿En general como era tu desempeño académico y de convivencia en los últimos años en la institución, en el [xxx] cómo era? Ma2: Era bacano, divertido, salía a fiestas, [+++] del colegio, hacia mis tareas tranquila” (Ma2).*

*“Yo me retiré del trabajo cuando ella tuvo el bebé porque casi se me muere  
D.M: ¿Por qué? M: porque le dio una hemorragia y se puso maluquita, pero al último tratamiento del médico respondió bien” (M).*

*“DM: Y ¿qué se te facilitaba?, matemáticas era chévere. MA1: Si. DM: ¿Cuál otra te parecía fácil? MA1: inglés, tecnología me encantaba, era la que más me gustaba. DM: ¿Por qué, qué hacían en esa clase? MA1: Aprender a manejar los computadores”. (MA1)*

Es de destacar el trabajo juicioso que la comunidad educativa realiza día a día para la formación integral de las y los estudiantes en medio de condiciones desfavorables como la pobreza, la dispersión geográfica, las limitadas oportunidades para el desarrollo económico y las difíciles condiciones por el conflicto armado. Siguiendo los lineamientos del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) del Ministerio de Educación nacional es recomendable fortalecer los procesos con asistencia y acompañamiento técnico sobre el enfoque de derechos en especial la participación de las y los estudiantes en el proceso de planeación, seguimiento y monitoreo que su-

peren la metodología de la charla y generen iniciativas de alto impacto en los proyectos de vida de los y las estudiantes, las familia y la escuelas, estas últimas como entornos protectores, garantes de derechos.

*“D.M: ¿En el proyecto invitan la participación de padres, madres y estudiantes? ¿Ellos participan en la planeación, implementación y evaluación del proyecto? C2: Ellos participan en dos momentos: la lectura de contexto y las capacitaciones que desarrollamos en la entrega de boletines de los periodos con temáticas como pautas de crianza, cómo vestir a las niñas con los padres y madres de grado transición, primero, segundo y tercero; haciéndoles sugerencias de cómo visten a las niñas porque a veces vienen muy destapadas, muy mostradas y también tratamos que ellos muestren afecto porque sin importar la edad necesitan el abrazo, el -te quiero-”. (C2)*

La escuela como entorno protector garante de derechos es protagonista como agente socializador y de transformación personal y comunitaria, es el lugar donde las niñas, niños y adolescentes aprenden para la vida, como lo refieren las adolescentes cuando se les pregunta el lugar donde aprendieron sobre métodos anticonceptivos y cuidado del cuerpo.

*“DM: ¿Todo eso, lo conocías antes del primer embarazo y sabías cómo acceder a los métodos de planificación? Ma2: De planificación no sabía. DM: ¿y de estas decisiones? Ma2: Si. DM: ¿y el cuidado del cuerpo? Ma2: También. DM: ¿Quién te enseñó eso? ¿Dónde lo aprendiste? Ma2: en el colegio y mi mamá. [...]DM: ¿De quién y donde aprendió sobre métodos de planificación? Ma2: En el colegio”. (Ma2)*

### 5.3.3 Servicio de protección

El artículo 45 de la Constitución política de Colombia reconoce la adolescencia como una etapa de ciclo de vida que requiere especial protección cuando establece que *“El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral”*, la Ley 1098 de 2006 define cómo se garantizaran los derechos humanos de las y los adolescentes por las diferentes instancias que representan el Estado.

Las adolescentes identificaron la institución de protección como parte de su soporte comunitario, para la denuncia de situaciones de vulneración de derechos y su correspondiente restitución. La persona quien responde la entrevista describe con precisión los procesos y procedimientos para la restitución de derechos como lo establece la ley de infancia y adolescencia 1098 de 2006 cuando se le pregunta por la estrategia para la prevención del embarazo subsecuente en la adolescencia.

*“De esa verificación de derechos nosotros vamos a determinar la apertura o no de un proceso administrativo de restablecimiento de derechos y allí también elaboramos un concepto integral, (...) así también nosotros determinamos si es posible activar el sistema, donde hay un conjunto de entidades que trabajamos por un mismo fin”. (Pr)*

En el estudio a profundidad del embarazo adolescente Flórez 2013 destaca que en la ENDS 2010 el 70 % de las madres adolescentes estaban o habían estado en unión. La aceptación de la unión temprana de adolescentes hace que la familia no solicite la atención del sistema de protección, para que las adolescentes no tengan que asumir el doble

rol de seguir siendo adolescentes por etapa de desarrollo y el de ser mujeres con pareja y de madres que se le atribuye socialmente cuando deja la tutoría parental.

*“D.M: ¿Cuando ella se fue, usted pensó en ir a denunciar al muchacho a ICBF? M: No yo nunca pensé en eso, porque el que se va por su gusto, se va, porque que va a hacer uno denunciando, de pronto ponerla a pasar penas porque si ella decía que quería vivir con él” (M).*

Para Elster (2006) la norma social son *“mandatos no orientados al resultado para actuar o para abstenerse de hacerlo, sostenidos por las sanciones que otros aplican a los violadores de la norma. Estas sanciones, que van desde el castigo directo hasta el ostracismo, son a su vez sostenidas por el desprecio en el observador de la violación de la norma y la vergüenza en el destinatario de las sanciones”*. A la luz de este planteamiento, es posible afirmar que cuando las familias y la sociedad valida que las adolescentes permanezcan en uniones tempranas con hombres adultos perpetúan brechas de pobreza y desigualdad entre hombres y mujeres.

## 5.4 Características del contexto cultural

Unesco define la cultura como *“el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos humanos fundamentales, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (...) la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo”*.<sup>44</sup>

En este estudio de caso se encontró evidencia de la aceptación cultural de la edad para las uniones y para tener el primer hijo o hija. Tanto las adolescentes como sus familias y prestadores de servicios hablan de que la edad esperada para la unión de pareja es entre los 18 y 20 años de edad, el mismo rango se espera para tener el nacimiento del primer hijo.

*“D.M: ¿A qué edad en el municipio se espera que se casen? F: Un promedio de 18 años. D.M: ¿Y a qué edad se espera que tengan el primer hijo? F: más o menos a esa edad” (F).*

*“Pr: Esto ha ido cambiando, incluso si revisamos nuestros abuelos ellos se casaban a muy temprana edad también, entonces es un factor que no sé a qué obedece, pero no se para empezar como una familia puede ser 18 años para los hombres y 17 para las mujeres ese es el promedio. D.M: ¿Y que tengan hijos? Pr: 19-20 años” (Pr).*

*“DM: ¿A qué edad es común que una mujer tenga su primer hijo acá en el municipio? Ma2: Yo digo que a los 20. DM: ¿A qué edad las mujeres de tu familia tuvieron su primer hijo y segundo hijos y en qué tipo de unión? Ma2: Mi tía tuvo su primer hijo a los 14. DM: ¿Vivía con la pareja? Ma2: Si. Mi mamá. DM: ¿Quedó embarazada cuándo, a qué edad? Ma2: A los 14. DM: y ¿vivía con la pareja? Ma2: Si” (Ma2).*

---

44. UNESCO. Oficina de la UNESCO en México. 2015. Disponible en página web. <http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/>



El estatuto de ciudadanía juvenil<sup>45</sup> en el principio 10 de igualdad de oportunidades proclama que: *“el Estado debe reducir las desigualdades entre los distintos puntos de partida de las personas jóvenes en el proceso de elaboración de su propio proyecto de vida. Las actuaciones administrativas son compatibles con una discriminación positiva si esta se justifica por una situación de desigualdad, persigue la igualdad real y facilita la integración social”*.

En la literatura se encuentra que las oportunidades que las personas reconocen en el territorio influyen de manera determinante en la toma de decisiones sobre el cuerpo, las relaciones y el sentido de vida. En las entrevistas se identificó una muy reducida oferta de oportunidades en el territorio, al igual que la percepción de que la posibilidad de desarrollo integral se encuentra en otro lugar, fuera de la red social de apoyo.

*“D.M: Cuando, los muchachos o muchachas terminan el colegio, que ustedes vean en sus vecinos, tienen oportunidades, se quedan en el municipio aquí en Tierralta y van a conseguir trabajo o no o si alguien quiere seguir le toca irse M: Yo creo que le toca irse porque por aquí hay muy poco trabajo, pues no pagan lo suficiente, muy poquito D.M: ¿Cuánto pueden pagar? M: Yo veo que las mujeres trabajan todo el día y les pagan \$200.000 o \$250.000”. (Hm)*

*“D.M: ¿Qué tipos de trabajos tienen las mujeres y los hombres? Pr: pues las mujeres están trabajándole más en lo domestico, se encargan del hogar, se dedican a ciertas actividades como modistería, comercio de productos, ellas mismas son emprendedoras en ese sentido, venden panes, yogures, con la finalidad también de estar pendiente del rol de madre, de estar presente en el hogar, en la crianza de sus hijos, del acompañamiento. Los hombres se dedican un poco más a la agricultura, pesca, muchas actividades, ganadería, comercio, entre otros” (Pr).*

---

45. Ley 1622 de 2013 *“Por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil y se dictan otras disposiciones”* Disponible

## 6. Conclusiones

Este estudio tenía como objetivo identificar las características del soporte social primario y secundario con el que cuentan las mujeres adolescentes en su primer y segundo embarazo para tomar decisiones relacionadas con sus comportamientos sexuales y reproductivos. Para cumplir con esta finalidad se realizó un estudio de caso que permitió a) Describir las características personales de las participantes con embarazo subsecuente que están relacionadas con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; b) identificar la estructura y funciones de la red de soporte primario que se relaciona con la demanda de servicios que garantizan los derechos sexuales y reproductivos de las participantes con embarazo subsecuente; c) identificar las características de la red de soporte secundario a la que tienen acceso las adolescentes con embarazo subsecuente cuando se enfrentan a decisiones sexuales y reproductivas.

Los resultados que se acaban de presentar muestran que las adolescentes que participaron en el estudio comparten en su historia de vida tres características que, de acuerdo con diversos estudios, están fuertemente relacionadas con el embarazo temprano: 1. Ambas se encontraban fuera del sistema escolar cuando quedaron embarazadas (Flórez 2013); 2. Las dos provienen de familias numerosas en las cuales sus madres fueron madres en la adolescencia; y 3. En los dos casos sus padres y madres tienen bajos niveles de educación.

Para las participantes estar fuera del sistema escolar las pone en una triple condición de vulnerabilidad. Primero, limita su desarrollo académico y con esto las posibilidades futuras de movilidad social y de superar condiciones de pobreza, lo cual se agudiza con el embarazo subsecuente en la adolescencia.

Segundo, limita el contacto con otras redes para jóvenes que se generan en torno a la escuela y, por ende, dificulta el acceso a los recursos que se movilizan en ellas: guía cognitiva, actualización social, afecto, acceso a información y ayuda material. Ejemplos de estas redes son los servicios de salud, protección y recreación; las redes de pares, las redes conformadas por otros adultos significativos como las y los docentes.

Tercero, relacionado con la anterior, circunscribe a las adolescente al mundo doméstico reduciendo el tamaño de su red de soporte social y homogenizando sus miembros. Por su edad y su sexo en el mundo doméstico son percibidas simultáneamente como “niñas” y como “adultas”. Por las características de la cultura sexista y adultocéntrica en ninguno de los dos roles se les reconoce el derecho a la autonomía, por lo que quedan a merced de las decisiones que sus padres y parejas tomen por ellas.

Considerando que las características de la red descrita anteriormente se relacionan con el hecho de que las chicas provienen de familias numerosas, con antecedentes de maternidad temprana, para ellas resulta más difícil encontrar recursos en dicha red que faciliten asumir una actitud crítica frente a las normas sociales, sus comportamientos sexuales, la maternidad temprana, la planificación del número y el espaciamiento entre los hijos, así como frente a su rol dentro de la dinámica familiar y las alternativas disponibles en su entorno para desarrollar proyectos de vida alternativos a los culturalmente establecidos. Estos hallazgos son consistentes con los del informe de Azevedo y cols (2012) acerca del embarazo en la adolescencia en Latinoamérica, en el cual identifican la capacidad de tomar decisiones con respecto a la fecundidad, la posibilidad de tomar

decisiones de manera autónoma, el efecto de las normas sociales y la oportunidad de contar en el contexto inmediato con opciones efectivas para que las adolescentes sean capaces de definir sus planes de vida, entre ellos la maternidad.

En este contexto es importante mencionar la tercera característica que las pone en condición de vulnerabilidad, el bajo nivel educativo de sus padres. Se ha encontrado que padres y madres sin educación o con educación básica incompleta se asocia significativamente con menores niveles de conocimientos sobre sexualidad en sus hijas e hijos (Vargas-Trujillo y cols, 2014). Específicamente en el campo de la sexualidad, de acuerdo con los resultados, las participantes tienen conocimientos de los métodos de planificación modernos, identifican lugares en los cuales los pueden conseguir y su red de apoyo familiar tiene una actitud favorable al uso de métodos anticonceptivos. No obstante, el uso de este conocimiento puede estar limitado por la falta de conocimientos básicos de los procesos reproductivos como el ciclo menstrual y la relación entre la lactancia materna y la fecundidad.

En este estudio de caso se encontró evidencia consistente con resultados de otros estudios que indican que tener conocimientos sobre anticoncepción y una actitud favorable al uso de métodos modernos, es importante pero no suficiente para que estas cogniciones se traduzcan en comportamientos de autocuidado. Ninguna de las participantes ni su pareja usaba alguno de los métodos modernos para el momento de las entrevistas, adicionalmente las madres de las participantes reportaron no usar métodos modernos de planificación o reconocieron haber esperado a que un tercero tomara la decisión por ellas.

Lo anterior abre espacio a la pregunta sobre la pertinencia y la oportunidad de la información a la que accedieron las chicas antes y durante la pubertad, así como la calidad de las conversaciones con respecto a la fecundidad luego del primer parto y antes del segundo embarazo.

En ambos casos las chicas reportaron haber recibido información sobre métodos anticonceptivos en el contexto escolar, así como haber tenido apoyo por parte de sus instituciones educativas para continuar sus estudios luego del primer embarazo. Esto se complementa con los reportes del sector educativo con relación a la existencia en sus instituciones de proyectos de educación de la sexualidad, la información y acceso a métodos modernos de planificación y el reconocimiento de la importancia de garantizar condiciones en la escuela que permitan a las madres adolescentes continuar sus estudios.

En los relatos de las chicas se identifican vacíos de información sobre asuntos que, en estudios previos se han relacionado con el uso de métodos anticonceptivos modernos: desconocimiento del periodo fértil; invulnerabilidad percibida (en las primeras relaciones sexuales penetrativas no ocurre el embarazo, durante la lactancia la mujer está protegida); equiparar las características de las relaciones románticas en la adolescencia y la juventud con las de las relaciones de pareja que se establecen en la adultez; naturalizar los roles de género establecidos. En Colombia la evidencia disponible indica que una mayor cantidad y variedad de temas abordados con relación a la sexualidad se asocia con mejores índices de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales (Vargas-Trujillo y cols, 2013).

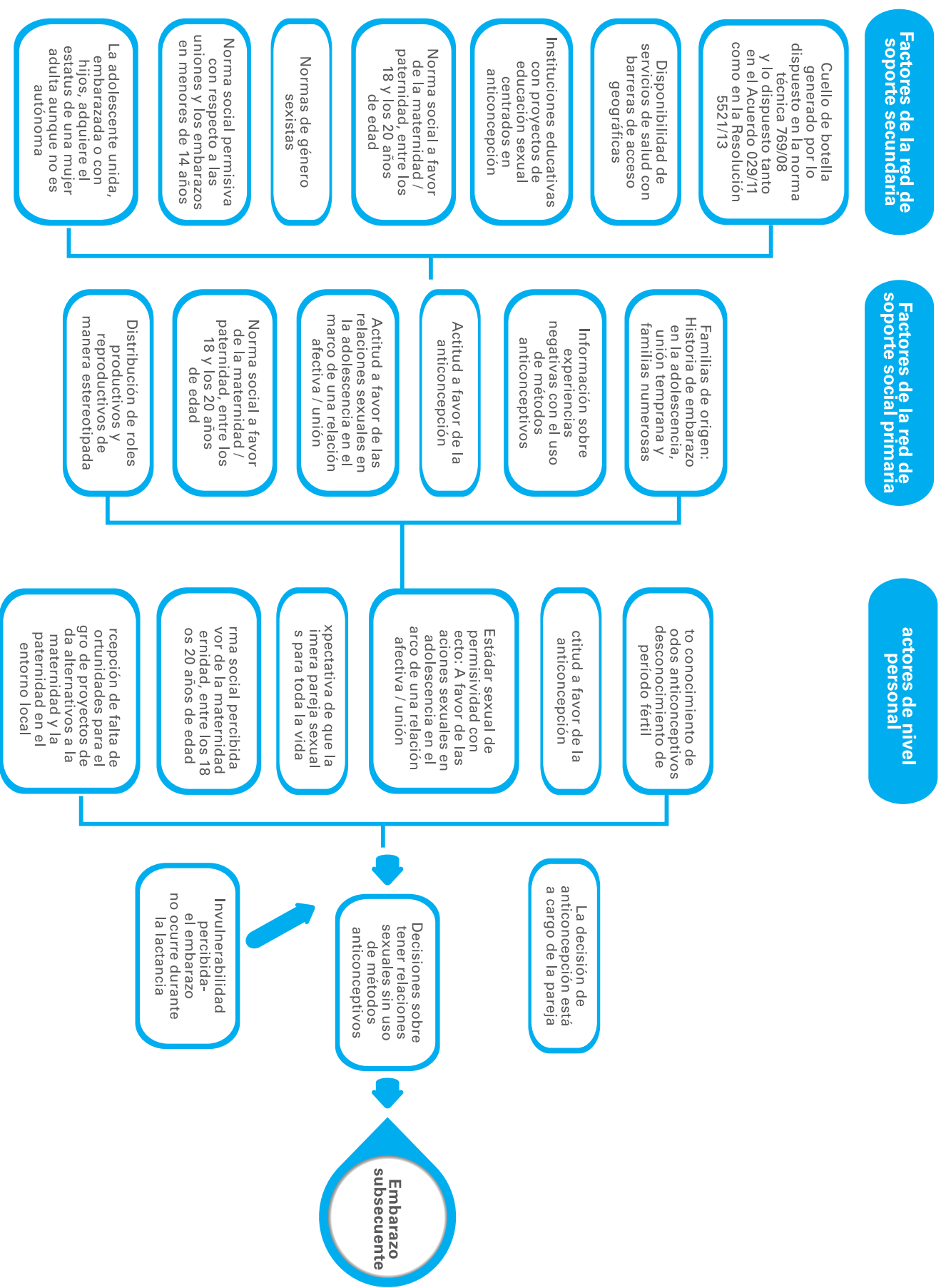
En síntesis, el análisis de los testimonios recabados en torno a las adolescentes implicadas en este estudio de caso muestra que sus partos fueron atendidos en hospital, recibieron información luego de sus partos sobre métodos de planificación y sobre el lugar para obtenerlos. Tanto ellas como los prestadores de servicios de salud entrevistados, reportan que en este contexto las chicas recibieron solamente información, en ninguno de los casos accedieron a los métodos de planificación como lo indica la norma vigente. Además se identificaron vacíos en los protocolos de atención, así como la existencia de barreras en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud para garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos en las 48 horas posteriores al parto una vez definido el método por parte de la adolescente.

Ampliando un poco más el espectro de análisis al contexto social los resultados indican cuatro características en la cultura local de Tierralta que están relacionadas con la maternidad en la adolescencia. La vigencia y predominio de roles de género estereotipados; una norma social que aprueba la actividad sexual en el marco de relaciones románticas para las mujeres adolescentes; una norma social a favor de la unión temprana y de la maternidad en ese contexto. Desde la perspectiva del desarrollo de la sexualidad, estos dispositivos culturales, contribuyen a la construcción de identidades que sustentan proyectos de vida en torno a la reproducción, la maternidad, el cuidado y la falta de autonomía de la mujer. Por otra parte, favorecen el desarrollo de las cogniciones (actitudes, creencias y normas sociales percibidas) que determinan las decisiones sexuales y reproductivas que atentan contra el bienestar de las mujeres.

En las entrevistas de las adolescentes, sus familiares y las personas prestadoras de servicios se evidencian normas de género tradicionales, en las cuales se les asignan roles de la vida privada a las mujeres y roles de la vida pública a los hombres. Según las adolescentes, la expectativa que tienen del rol de los padres de sus hijos es principalmente de proveedores, independientemente que lo cumplan o no. Por su parte, ellas, sus familias y la pareja de una de ellas, identifican como la principal responsabilidad de las mujeres y, por ende, de las adolescentes madres, el cuidado cotidiano de sus hijos. Como se ha mencionado en diversos estudios, igualar el rol de la mujer en la sociedad con la maternidad, naturaliza la función reproductiva de las mujeres y, en comunidades en las cuales no hay variedad de oportunidades de desarrollo educacional y laboral, el rol materno se constituye en la única opción de realización personal al momento de definir el proyecto de vida.

Finalmente, el análisis a profundidad que se realizó en este estudio de caso, sobre la situación de dos mujeres que han enfrentado el embarazo subsecuente en la adolescencia, apoya los resultados de estudios previos que se han llevado a cabo considerando los factores de nivel individual, interpersonal y contextual que se relacionan con las decisiones sexuales y reproductivas. Por el carácter transversal y retrospectivo del estudio, no es posible establecer relaciones de causalidad entre los aspectos objeto de análisis. Sin embargo, la temporalidad de los eventos que describen las adolescentes y las otras personas entrevistadas que conforman su red de apoyo social primaria y secundaria permiten plantear el modelo que sintetiza los hallazgos del estudio que se presenta en la figura 3. Este modelo puede ser útil como base para la definición de iniciativas de prevención y para la realización de estudios a mayor escala. Estos estudios permitirán someter a prueba la validez del modelo, incluyendo en el análisis la influencia que puede tener la exposición del municipio a diversas situaciones de conflicto armado las cuales se ha planteado que obstaculizan la disponibilidad o la accesibilidad a servicios de salud, educación y protección.

Figura 3. Síntesis de los resultados del estudio de caso (Elaboración propia).



## 7. Recomendaciones

Teniendo en cuenta la síntesis de los resultados que se presentan en la figura 3, se plantean las siguientes recomendaciones para cada uno de los aspectos evaluados en los distintos niveles:

### 7.1 Nivel de la red de apoyo social secundario

1. En relación con las normas sociales y culturales de Tierralta, es evidente que se presenta una naturalización de la maternidad adolescente en el contexto de una unión y que esta norma social se refuerza en el ámbito familiar dado el carácter intergeneracional de la maternidad adolescente. Adicionalmente, los datos indican la necesidad de desarrollar una estrategia de sensibilización frente a la edad legal de consentimiento sexual. Asimismo es fundamental incluir en los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, acciones que favorezcan el análisis crítico de la comunidad con respecto a las normas sociales de género sexistas y la permisividad frente a las uniones tempranas. Las iniciativas también deben incorporar estrategias de comunicación persuasivas que faciliten a la comunidad identificar proyectos de vida alternativos a la maternidad y a la paternidad en la adolescencia y la juventud.

2. Para ampliar las oportunidades educativas y laborales de las y los adolescentes se sugiere explorar las alternativas de incluir subsidios condicionados a éxito escolar y culminación de los estudios para las niñas y sus familias (Cortés, Gallego y Maldonado, 2011; Ministerio de Salud del Salvador, 2013).

3. Este estudio indica que de las adolescentes madres, las no unidas se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad emocional (y quizás también material) que aquellas, cuyos hijos nacieron en el contexto de una unión, en tanto tienen que enfrentar la falta de apoyo emocional y el rechazo por parte de la comunidad, la pareja y la familia de origen y política. Las adolescentes unidas, si bien conviven con el padre de los hijos, rápidamente se les imponen roles tradicionales para las mujeres adultas en el hogar, lo cual reduce las oportunidades de acceder a servicios. En este sentido, se recomienda la implementación de proyectos extramurales liderados por el sector de protección, por ejemplo el ICBF, en los lugares de vivienda de las madres adolescentes con el fin de garantizar condiciones de vida dignas a las madres menores de edad. De esta manera se puede prevenir el embarazo subsecuente y a la vez se puede monitorear el bienestar de las hijas y los hijos de las madres adolescentes.

4. En concordancia con lo dispuesto en la ley 1622 de 2013, se sugiere fortalecer la oferta programática para las y los jóvenes en el municipio por medio de alianzas y convenios con instituciones gubernamentales, no gubernamentales y el sector privado con el fin de ampliar la disponibilidad de oportunidades para el aprovechamiento productivo del tiempo.

5. Si bien la disponibilidad de proyectos de educación de la sexualidad en las instituciones educativas de Tierralta es un avance, dada la baja cobertura de estos programas en el país, así como la existencia de protocolos escolares para la atención de adolescentes embarazadas, las condiciones adversas del contexto y la prevalencia del fenómeno del embarazo temprano en el municipio, es importante verificar y fortalecer la calidad de dichos proyectos. En este orden de ideas se recomienda ampliar la cantidad y la variedad

de asuntos relacionados con la sexualidad que se abordan en el contexto escolar (período fértil, características de las relaciones románticas y sexuales, actividades sexuales autoeróticas y socioeróticas, normas sociales de género, identidades con orientaciones sexuales diversas, negociación de uso del condón y otros métodos de protección, resolución de conflictos, entre otros). Los proyectos pedagógicos, además, deben preocuparse por garantizar la adaptabilidad y la oportunidad de sus contenidos involucrando en el proceso de planificación la participación de adolescentes, padres y madres de familia (Vargas-Trujillo y cols, 2014, Ministerio de Salud del Salvador, 2013).

6. De nuevo, al igual que con el sector educación, se celebra la existencia de servicios de salud sexual y reproductiva en el municipio y en particular de servicios salud amigables para adolescentes y jóvenes. Se recomienda examinar, a la luz de los criterios de calidad del enfoque de derechos, las oportunidades para cualificar estos servicios, así como aumentar la difusión de su existencia. También se sugiere fortalecer alternativas en los sectores distantes del territorio para que las mujeres en general y en particular las adolescentes y jóvenes puedan acceder a métodos de anticoncepción moderna. Lo anterior es consistente con lo que plantea Abarca (2012), para el caso de Ecuador, en donde recomienda acciones de educación, promoción y prevención a madres y padres de adolescentes y sus parejas; la promoción, desde los servicios de salud, de relaciones igualitarias entre mujeres y hombres, al igual que un estricto seguimiento a las adolescentes embarazadas y las que ya son madres.

7. Analizar los cuellos de botella que se generan en la implementación de la norma técnica 769 del 2008 para la aplicación de un método anticonceptivo posevento obstétrico en los casos de partos institucionales. En este estudio se encontró que esta actividad no se está llevando a cabo y que la adolescente, que ha decidido usar un método anticonceptivo moderno, debe esperar para que en la cita de puerperio se realice la aplicación respectiva. En estos casos las adolescentes quedan expuestas a un embarazo subsecuente en el posparto.

## **7.2 Nivel de la red de apoyo social primario**

1. Las parejas de las adolescentes unidas juegan un papel fundamental en relación con las creencias y prácticas sexuales y reproductivas, específicamente las relacionadas con la anticoncepción. Acorde con la inequidad de los roles de género mencionados en los resultados, se evidencia que la responsabilidad de la anticoncepción recae sobre la mujer y la decisión de qué método usar y cuando usarlo es del hombre. Es fundamental como lo indica también el estudio del Ministerio de Salud del Salvador (2013) incluir a las parejas en los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.

2. Las madres tienen un papel protagónico al cumplir con todos los roles de la red social personal de las adolescentes: apoyo emocional, apoyo material, guía cognitiva, regulación social. En esa medida es necesario incluir a las madres en los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes desde los diferentes sectores: educación, salud y protección.

### **7.3 Nivel personal**

Es prioritario facilitar el acceso a oportunidades de educación de la sexualidad que permitan a las adolescentes analizar críticamente las normas sociales, el estándar sexual de permisividad con afecto, la percepción de falta de oportunidades para el logro de proyectos de vida alternativos a la maternidad y la paternidad en el entorno local, las actitudes, las creencias y las cogniciones que obstaculizan la toma de decisiones autónomas en el campo sexual y reproductivo.



## 8. Referencias

ABARCA Ximena. Estudio cuantitativo de la fecundidad subsecuente en adolescentes 1997-2010 y cualitativo en 5 unidades operativas del MSP. XVI congreso latinoamericano de pediatría, ALAPE. Quito – Ecuador. 2012. Presentación PDF.

Accesibilidad global consultoría en accesibilidad universal y diseño para todos. Glosario. Disponible en: <http://www.accesibilidadglobal.com/p/glosario.html>

ALBA Luz Helena, Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (1): 29-42, enero-marzo, 2010.

ALCALDIA TIERRALTA. Nuestro Municipio, página oficial. Disponible en: <http://www.tierralta-cordoba.gov.co/index.shtml#5>

ANDRADE María. Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASÌ/1 en el año 2009. Tesis de maestría. Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador. 2009. Pág. 4. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2969/1/T0846-MA-Andrade-Experiencias%20de%20las%20adolescentes.pdf>

AZEVEDO Joao, FAVARA Marta, HADDOOCK Sarah, LOPEZ Luis, MULER Miriam, PEROVA Elizaveta. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. LAC. Banco Mundial 2012. Pag.31

CONDE Jorge, FERNANDEZ Mercedes, GUEVEL Carlos, MARCONI Elida. Intervalo interembarazo o intergenésico. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 20, núm. 1, 2001, pp. 20-23. Buenos aires Argentina Pág. 2. Disponible es: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91220105.pdf>.

CORTÉS Darwin, GALLEGO Juan & MALDONADO Darío, 2011. *“On the Design of Education Conditional Cash Transfer Programs and non Education Outcomes: The Case of Teenage Pregnancy,”* CESifo Working Paper Series 3531, CESifo Group Munich.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICAS. Estadísticas Visor-Certifica por municipio y edad. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/>

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Conpes 147 Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Colombia. Documento PDF.

ESCOBAR José. Conferencia 4: Prevención del embarazo subsecuente, *“una tarea imposter-gable”*. Ecuador. 2006. Disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/mod3/con4.pdf>.

FLÓREZ, C.E. y VARGAS TRUJILLO, E. (2013). La fecundidad adolescente en Colombia: Una aproximación ecológica. En I.C. Jaramillo (Comp.). Embarazo adolescente: Entre la política y los derechos (pp. 58 – 90). Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Derecho.

FLOREZ Carmen Series de estudios a profundidad ENDS 1990 – 2010 Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia PDF. Bogotá. Marzo 2013. Pág. 51.

GOMEZ Ángela, GUTIERREZ María, IZZEDIN Romina, SANCHEZ Liian, HERRERA Nelson, BALLESTEROS Magnolia. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. En Revista de salud pública. 14 (2) 2012. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/20863>

IDROBO Inés Margoth. Prevención del embarazo subsecuente en adolescentes. Centro de salud de Catamayo. Tesis presentada como requisito para optar por el Grado de Magíster en Gerencia Clínica En Salud Sexual y Reproductiva. Guayaquil – Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2010. Pag. 7.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF. Observatorio del Bienestar de la Niñez No. 14. Análisis de los factores de riesgo que inciden en la fecundidad adolescente en Colombia PDF. 2014. Pág. 8.

LANGER Ana. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. 2002. Pág. 7. Disponible en [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000300013](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300013).

Ley 1622 de 2013 *“Por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil y se dictan otras disposiciones”* Disponible <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201622%20DEL%2029%20DE%20ABRIL%20DE%202013.pdf> Marco teórico. Disponible en: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/macm/mateos\\_z\\_mm/capitulo2.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/macm/mateos_z_mm/capitulo2.pdf)

MINISTERIO DE SALUD DEL SALVADOR. Estudios de caso sobre prácticas exitosas de prevención del segundo embarazo en madres adolescentes desde la desviación positiva. 2013. Pág. 21.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Línea de base observatorio nacional e intersectorial de embarazo en adolescentes. Bogotá. 2013. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONIEA\\_003\\_Informe\\_Linea%20Base%20ONIEA\\_02\\_08\\_2013.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONIEA_003_Informe_Linea%20Base%20ONIEA_02_08_2013.pdf)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL & COLCIENCIAS. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013 Guía No 11 – 15. Pág. 145. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guías-recursos/Embarazo/GPC\\_Comple\\_Embarazo.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guías-recursos/Embarazo/GPC_Comple_Embarazo.pdf)

MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCION SOCIAL Y UNFPA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios y de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Colombia. 2008. Pág. 51.

NACIONES UNIDAS DERECHOS HUMANOS. ¿Qué es el enfoque diferencial? Colombia. 2014. Pág. 1 Disponible en: [http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2470:iq-ue-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos](http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com_content&view=article&id=2470:iq-ue-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva No 364. Actualización septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Determinantes sociales de la salud. Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

PROFAMILA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Capítulo V. Colombia. 2010. PDF

UNESCO. Oficina de la UNESCO en México. 2015. Disponible en página web. <http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/>

UNICEF. Panorama general. Adolescencia y juventud. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index\\_bigpicture.html](http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html)

VARGAS-TRUJILLO, Elvia, HENAO, Juanita, GONZÁLEZ, Constanza. 2005. Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida, Documento CESO No. 95, Bogotá: Universidad de los Andes, Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales, Facultad de Ciencias Sociales.

VARGAS-TRUJILLO, Elvia; RIPOLL NUÑEZ, Karen; CARRILLO AVILA, Sonia; RUEDA SÉANZ, Miguel, CARLOS MUÑOZ, John Alexander. 2011. Experiencias familiares de madres y padres con orientaciones sexuales diversas: Aportes de la investigación. Bogotá: Ediciones UniAndes.. Pág., 159.

VARGAS-TRUJILLO Elvia, CORTÉS Darwin, GALLEGRO Juan, MALDONADO Darío e IBARRA Marta Carolina. 2013. Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud: un análisis desde el enfoque basado en derechos humano. Serie de estudios a profundidad. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 1990-210. Profamilia, Colombia joven, Fundación Corona, Universidad del Rosario, Universidad de los Andes, Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría, Fundación Hernán Echavarría, UNFPA.

VARGAS-TRUJILLO Elvia, IBARRA Marta Carolina, FLÓREZ Carmen Elisa, CORTÉS Darwin y MARTÍNEZ Daniel. 2014. Informe final evaluación del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC). Ministerios de Educación Nacional, UNFPA, Universidad de los Andes. Colombia.

VAREA Soledad. Tensiones alrededor de la maternidad adolescente: discursos médicos. Ecuador. 2008. Pág., 29 Disponible en [http://biblioteca.ribei.org/46/4/03.\\_Cap%C3%ADulo\\_2.\\_Tensiones\\_alrededor\\_de\\_la\\_maternidad\\_adolescente.pdf](http://biblioteca.ribei.org/46/4/03._Cap%C3%ADulo_2._Tensiones_alrededor_de_la_maternidad_adolescente.pdf)

VERDADABIERTA.COM. Tierralta, las lecciones aprendidas de una reinserción a medias. Publicado el 26 de marzo de 2015. Disponible en: <https://www.verdadabierta.com/des-movilizados/5681-tierralta-las-lecciones-aprendidas-de-una-reinsercion-a-medias>.

