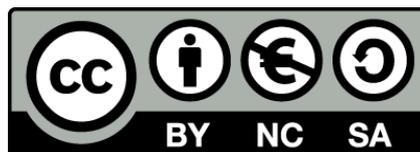




UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Significados de la sexualidad y salud reproductiva: el caso de las y los adolescentes de Colombia

Carlos Iván Pacheco Sánchez



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**



SIGNIFICADOS DE LA SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA: EL  
CASO DE LAS Y LOS ADOLESCENTES DE COLOMBIA

Tesis doctoral presentada por:  
CARLOS IVÁN PACHECO SÁNCHEZ  
Para la obtención del título de  
DOCTOR EN SOCIOLOGÍA

Directora:  
Dra. ELISABET ALMEDA SAMARANCH  
Departamento de Sociología i Anàlisi de les Organitzacions

Tutora:  
Dra. ELISABET ALMEDA SAMARANCH  
Departamento de Sociología i Anàlisi de les Organitzacions

FACULTAT D'ECONOMIA I EMPRESA  
UNIVERSITAT DE BARCELONA

Barcelona, Octubre de 2015



## TABLA DE CONTENIDO

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCCIÓN: DE LA HISTORIA PERSONAL A LA INTERPRETACIÓN DEL CAMPO DE LA SEXUALIDAD .....</b>	<b>17</b>
<b>Marco epistemológico.....</b>	<b>17</b>
<b>Marco metodológico.....</b>	<b>18</b>
<b>Estructura resumen de la investigación .....</b>	<b>22</b>
<b>Contribución, producción e instituciones colaboradoras .....</b>	<b>24</b>
<b>1. MARCO DE REFERENCIA: CONSTRUYENDO LAS INTERSECCIONES ENTRE SEXUALIDAD, ADOLESCENCIA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....</b>	<b>27</b>
<b>1.1. La sexualidad: Condición humana construida socialmente .....</b>	<b>27</b>
<b>1.2. Los derechos Sexuales y los derechos reproductivos: El horizonte de justicia en la construcción de a sexualidad adolescente .....</b>	<b>29</b>
Derechos reproductivos.....	30
Derechos sexuales.....	31
<b>1.3. Salud sexual y reproductiva en la base del desarrollo humano.....</b>	<b>33</b>
<b>1.4. Adolescencia y salud sexual y reproductiva: Entre la cultura hegemónica y la resistencia .....</b>	<b>35</b>
<b>1.5. El género: Categoría analítica indispensable en la construcción de la sexualidad y la salud reproductiva.....</b>	<b>40</b>
<b>1.6. El embarazo en niñas menores de 15 años: Interpretar el campo de la sexualidad desde sus consecuencias.....</b>	<b>42</b>
1.6.1 Condiciones socioeconómicas .....	43
1.6.2 Las prácticas sociales: Inicio de relaciones sexuales, unión, uso de anticonceptivos y educación sexual.....	47
1.6.3 Acceso a servicios de salud.....	48
1.6.4 Contexto social y familiar .....	50
1.6.5 Las emociones y las relaciones de poder.....	52
1.6.6 La violencia sexual como representación extrema de la violencia de género.....	52
1.6.7 La biología y los riesgos para la salud.....	54
<b>2. ESTRATEGIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>55</b>
<b>2.1. La construcción del objeto de estudio.....</b>	<b>55</b>
<b>2.2. Enfoque metodológico.....</b>	<b>56</b>
<b>2.3. Personas sujetas de estudio .....</b>	<b>58</b>

2.3.1 Primera fase .....	59
2.3.2 Segunda Fase .....	61
<b>2.4. Consideraciones éticas .....</b>	<b>62</b>
<b>2.5. Archivo y presentación de los datos .....</b>	<b>63</b>
<b>3. SIGNIFICADOS DE LA SEXUALIDAD EN EL GRUPO DE ADOLESCENTES.....</b>	<b>65</b>
<b>3.1. Niñas diez a catorce años.....</b>	<b>65</b>
3.1.1 Referentes significativos.....	65
3.1.2 Relaciones sexuales.....	71
3.1.3 Maternidad .....	77
3.1.4 Aborto .....	79
<b>3.2. Mujeres de quince a diez y nueve años .....</b>	<b>81</b>
3.2.1 Relaciones afectivas.....	81
3.2.2 Relaciones sexuales.....	82
3.2.3 Maternidad .....	85
3.2.4 Aborto .....	87
<b>3.3. Niños diez a catorce años .....</b>	<b>89</b>
3.3.1 Referentes significativos.....	89
3.3.2 Relaciones afectivas.....	91
3.3.3 Relaciones sexuales.....	93
3.3.4 Paternidad.....	94
3.3.5 Aborto .....	94
<b>3.4. Varones de quince a diez y nueve años.....</b>	<b>95</b>
3.4.1 Referentes significativos.....	95
3.4.2 Relaciones sexuales.....	97
3.4.3 Paternidad.....	99
3.4.4 Aborto .....	100
<b>SÍNTESIS .....</b>	<b>101</b>
<b>4. SEXUALIDAD Y EMBARAZO: EL CASO DE LAS ADOLESCENTES MENORES DE 15</b>	
<b>AÑOS .....</b>	<b>105</b>
<b>4.1. Descripción del embarazo adolescente en menores de 15 años en el quinquenio</b>	
<b>2005 - 2009.....</b>	<b>106</b>
<b>4.2. Los significados del embarazo adolescente .....</b>	<b>118</b>
4.2.1 El sentido común de la menarquia .....	118
4.2.2 El inicio de las relaciones sexuales.....	120
4.2.3 La unión en el marco social de la precariedad .....	123

4.2.4 Decisiones anticonceptivas y la agencia social hegemónica .....	125
<b>4.3. Los motivos y sus significados para las niñas.....</b>	<b>129</b>
4.3.1 Educarse o mantener al hijo/hija.....	133
4.3.2 Violencia obstétrica como resultado de la empresa moral.....	135
<b>SÍNTESIS .....</b>	<b>136</b>
<b>5. LA VOZ DE LAS NIÑAS: NARRAR PARA ENSEÑARNOS.....</b>	<b>141</b>
<b>1. Historia de María Carolina .....</b>	<b>145</b>
<b>2. Historia de Yuli.....</b>	<b>155</b>
<b>3. Historia de Kelly.....</b>	<b>167</b>
<b>4. Historia de Ana María.....</b>	<b>175</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>187</b>
<b>Los significados de la sexualidad en adolescentes .....</b>	<b>187</b>
<b>La construcción de la sexualidad: el caso del embarazo adolescente en menores de 15 años.....</b>	<b>189</b>
La estructura social y la presentación del embarazo .....	189
Sexualidad, sentido común y embarazo en menores de 15 años .....	194
Embarazo en menores de 15 años: motivos y la re-significación del curso de vida .....	197
<b>Las nuevas vetas de investigación .....</b>	<b>198</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>199</b>
<b>8. ANEXOS: GUÍAS DE ENTREVISTAS.....</b>	<b>223</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nacimientos en Colombia 2005-2009 .....	106
Tabla 2. Número de nacimientos en Colombia de madres menores de 15 años, según edad de la madre. 2005-2009.....	107
Tabla 3. Estado civil de las menores de 15 años. Total nacional quinquenio 2005-2009 .....	112
Tabla 4. Nivel educativo de las menores de 15 años, según último año cursado. Total nacional quinquenio 2005-2009 .....	113
Tabla 5. Nacimientos por área de residencia de las menores de 15 años. Total nacional quinquenio 2005-2009.....	114
Tabla 6. Número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, incluido el presente en menores de 15 años. Total nacional quinquenio 2005-2009 .....	115
Tabla 7. Edad de los padres de niños nacidos de madres menores de 15 años según grupo etáreo. Total nacional quinquenio 2005-2009 .....	116
Tabla 8. Nivel educativo de los padres de niños nacidos de madres menores de 15 años. Total nacional quinquenio 2005-2009 .....	117



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. La Construcción del objeto de estudio.....	57
Figura 2. Entidad administradora de salud a la que pertenecen las madres menores de 15 años. Total nacional 2009. ....	116



## **SIGLAS**

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CISSC	Corporación para la investigación Acción en Sociedad Salud y Cultura
COLCIENCIAS	Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología e Innovación de Colombia
DEA	Diploma de Estudios Avanzados
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para Asuntos de Población
IMLCF	Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses
ITS	infecciones de transmisión sexual
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PUEG	Programa de Estudio de Género
SSR	salud sexual y reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas



*A Lucila y Javier*

*A las y los adolescentes que me compartieron sus historias*



## AGRADECIMIENTOS

Embarcarse en la realización de una tesis doctoral es una decisión individual que sin embargo, involucra personas y colectivos a los cuáles nunca se les pregunta y sobre todo nunca se les advierte sobre las consecuencias que tiene sobre ellas esa decisión individualista. En mi caso particular, son muchas las personas que se han visto involucradas en todo el proceso que ha requerido el trabajo.

Desde mis historia personal, mis padres que siempre me enseñaron la búsqueda de la verdad y la justicia, han guiado no solamente mi vida cotidiana sino también mis búsquedas académicas y esta investigación en particular. A pesar que ya no estaban físicamente durante el proceso de investigación, sus enseñanzas y las prácticas vitales de sus historias de vida, se cuelan entre las líneas y párrafos de este trabajo. Una familia numerosa, conformada por cinco hermanas y cinco hermanos también han tenido que ver en este proceso, desde el apoyo que siempre dieron para mi formación académica, hasta los ánimos cotidianos para concluir este trabajo.

Las mujeres no solamente han transformado la cultura y la historia del mundo, sino que también en mi vida personal son las artífices de lo que hoy soy. Fueron ellas quienes me dieron la oportunidad y me introdujeron en los contextos epistemológicos y metodológicos para el análisis del campo de la sexualidad. Aquí, las enseñanzas de mis maestras Mary Luz Mejía Gómez y Argelia Londoño Vélez, son invaluable. Mi directora de tesis Elisabet Almeda Samaranch ha sido un apoyo trascendental para la realización de este trabajo en términos teóricos y metodológicos, pero también por la confianza que depositó en mi para participar en el grupo de investigación COPOLIS, que ella dirige en la universidad de Barcelona. En mi vida personal por otra parte, mis compañeras de vida con quien compartí varios años de felicidad y aprendizaje, son artífices de lo que he logrado y de las realizaciones que me depara el futuro. Mi amiga Patricia Pabón fue imprescindible en la revisión de la bibliografía y en la corrección de estilo.

Mención especial merece la Universidad de Barcelona y el Departamento de Análisis de las Organizaciones de la Facultad de Economía y Empresa que me permitieron ingresar a su programa doctoral en sociología, que me situó en un ambiente académico prolífico, en donde varias personas del cuerpo docente han contribuido de manera muy importante a mi formación como sociólogo y a ese tránsito desde la medicina a las ciencias sociales. Ellas y ellos me iniciaron en el conocimiento y análisis sociológico y me han aportado de múltiples maneras al

trabajo de tesis y al camino de mi vida personal Sin la oportunidad de compartir con estos profesores y profesoras y con el grupo de estudiantes con quienes tuve la oportunidad de tomar las clases y seminarios de formación, esta tesis no sería posible. Las personas integrantes de la comisión de seguimiento han hecho aportes relevantes para el avance y conclusión de este trabajo.

El programa de becas “alBan” para formación de alto nivel en la unión europea, me permitió tomar los cursos de formación, concluir el Diploma de Estudios Avanzados y desarrollar la primera fase de la investigación doctoral. El Programa de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México, me acogió durante un año y me aporté elementos teóricos para el abordaje de la investigación.

Otras instituciones que han sido claves para el desarrollo de la investigación han sido el Fondo de Población de Naciones Unidas en Colombia que me acogió durante varios años como consultor en salud sexual y reproductiva y me permitió el tránsito epistemológico y metodológico desde la visión puramente médica a una visión más integradora e interdisciplinaria. También, la Corporación para la Investigación Acción en Sociedad, Salud y Cultura –CISSC- de Bogotá y el Grupo Interuniversitario COPOLIS de la Universidad de Barcelona han sido un escenario de crecimiento intelectual y personal y con sus integrantes he podido discutir e ir ampliando las visiones que se presentan en esta investigación.

Finalmente, y quizás la mención mas importante de agradecimiento de este trabajo es para las y los adolescentes que me compartieron sus historias y experiencias y a quienes mi posibilidad de reciprocidad es el trabajo que desarrollo desde los ámbitos de la investigación y la intervención y que pretende desarrollar sus capacidades para que sean personas autónomas, libres y fundamentalmente felices.

## INTRODUCCIÓN: DE LA HISTORIA PERSONAL A LA INTERPRETACIÓN DEL CAMPO DE LA SEXUALIDAD

*“Lo que parece necesario no es tanto un intento de transformar las fronteras organizativas como una ampliación de la organización de la actividad intelectual sin atención a las actuales fronteras disciplinarias[...] En suma, no creemos que existan monopolios de la sabiduría ni zonas de conocimiento reservadas a las personas con determinado título universitario.”*

*(Wallerstein, 105)*

### Marco epistemológico

En el campo de la salud, desde las dos última décadas del siglo veinte, con el nacimiento y evolución de la epidemia de VIH/SIDA, se ha puesto en evidencia el agotamiento de la visión biologicista, psicologista y medicalizada del campo sexualidad, para comenzar a comprenderlo como una construcción social en la intersección de fuerzas sociales, económicas y políticas. En otras palabras, como una construcción histórica (Foucault, 1991; Weeks, 1998a; Osborne y Guasch, 2003). De igual manera, los movimientos feministas, así como los de gays y lesbianas con sus aportes a la discusión en cuestiones de género y sexualidad, sumados a la preocupación mundial creciente en temas de población, salud sexual y reproductiva (SSR), derechos reproductivos (DR) y derechos sexuales (DS), ha permitido la utilización de perspectivas socioculturales en la investigación y la acción en el campo de la sexualidad (Parker, Barbosa y Aggleton, 2000). También en los ámbitos de la demografía y los estudios de población, específicamente en los estudios de salud sexual y reproductiva, han aparecido voces que impulsan los acercamientos a los contextos socioculturales (McNicholl, 1980; Hammel, 1990).

A pesar del reconocimiento de la influencia del entorno sociocultural en el campo de la salud, cuando se aborda el estudio de la sexualidad y de la reproducción desde las disciplinas que conforman el conjunto de las ciencias de la salud, el campo sociocultural se aborda desde las variables que pueden ser medidas o cuantificadas. En el ánimo de encontrar las “leyes” que gobiernan el fenómeno, su causalidad y de capturar la “realidad objetiva” se tiende a olvidar la dinámica social, los significados y sentidos que las personas elaboran sobre sus vidas y sus relaciones y la historicidad que los acompaña. En el campo de la sexualidad, relacional por excelencia, esto puede conducir a distorsiones y generalizaciones que no contribuyen al conocimiento de los fenómenos que interesan para la promoción de la salud y la prevención de

la enfermedad. En este sentido, para quienes trabajan en el campo de la salud sexual (SS) y la salud reproductiva (SR) es importante involucrar otras miradas epistemológicas que relevan la subjetividad y la agencia de los sujetos. Como plantea Samaja (2007:170)

“Si en cambio, el “hecho” de salud/enfermedad/atención es concebido como un componente de un sistema de procesos comunicacionales, entonces, es posible reponer una visión concreta, dinámica y comprensiva del problema. Esta concepción permite una recuperación de los significados que allí están dados y permite, además, proponer variables teóricas que den sentido a esos patrones patológicos como formas significativas sustitutas o normas alternativas frente a alteraciones en la discursividad esperada de la vida. La enfermedad puede ser considerada no sólo como un hecho – cosa o como un hecho – efecto, sino también como un hecho – narración, que enhebra peripecias o ciclos de acciones alternativas cuando la narración deseable ha sido obstruida por circunstancias contextuales, susceptibles de ser interpretadas y no solamente computadas”

En definitiva, la medicina y la salud requieren ampliar sus marcos epistemológicos y metodológicos para comprender mejor los fenómenos del enfermar y morir que se presentan en sociedades cada vez mas complejas.

### **Marco metodológico**

Coincidente con esta apuesta epistemológicas esta investigación opta por un abordaje cualitativo, acudiendo a la interpretación de la subjetividad individual y de la intersubjetividad resultante de la interacción entre las personas. Sociológicamente esta perspectiva cualitativa se refiere al significado que la realidad tiene para los individuos y la manera en que estos significados se vinculan a su conducta (Castro, 2002:64). En la relación entre sexualidad y salud, esta perspectiva sociológica tiene una importancia sustantiva para la acción y las políticas.

Esto se traduce en términos metodológicos en la concepción de las personas sujetas a estudio como actores sociales con márgenes de libertad y creatividad individual para decidir el curso de sus acciones, o individuos no racionales (Alexander, 1992), inmersos en un orden social donde los patrones y regularidades existen previamente a los individuos y por lo tanto los influyen. Estas premisas permiten lo que se ha dado en llamar “enfoques no racionales – colectivistas, o

hermenéuticos” (Castro, 2000: 33). El mismo Castro citando a Dilthey (Castro, 2000: 34) nos explica como “cada individuo es un punto donde convergen redes de relaciones: estas relaciones atraviesan los individuos, existen dentro de ellos, pero también trascienden la vida de ellos y poseen una existencia independiente y un desarrollo propio”. La interdependencia y complementariedad de los niveles de realidad, individual y colectivo, microsocia – macrosocia se evidencian en la apuesta metodológica.

Desde el marco epistemológico y metodológico presentado, esta investigación se inscribe en un marco en el que predomina una mirada sobre la sexualidad que se engloba en el término “construccionismo social”, que en el campo de la sociología de la sexualidad es una forma de describir la historicidad de los cuerpos y la sexualidad (Foucault, 1991). Como explica Jeffrey Weeks:

“Nuestra comprensión de las actitudes hacia el cuerpo y la sexualidad debe partir de su contexto social específico, del estudio de las variantes históricas y culturales que condicionan el surgimiento de ciertos atributos importantes asignados a la sexualidad en un periodo particular; además, deben descubrirse las diversas relaciones de poder que conforman y hacen ver la conducta como algo normal o anormal, aceptable o inaceptable” (1998b:182)

En el marco del construccionismo social, los significados que se dan al cuerpo y la sexualidad están socialmente organizados, sustentados en una variedad de lenguajes y prácticas que dicen qué es la sexualidad, qué debe ser y qué puede ser. Teniendo la sexualidad una base biológica, las culturas construyen en su historia diferentes modos, formas, sentidos y prácticas que finalmente influyen la vida de cada persona en relación con otras y con sus comunidades. La sexualidad es un campo relacional por excelencia y si no se tienen en cuenta las construcciones culturales que los distintos colectivos hacen de esos conceptos, no se evidencian las relaciones de poder-dominación que generan desventajas para personas y grupos. Esas relaciones desiguales de poder se expresan también en la reproducción. Y en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción se expresan fenómenos que pueden ser problemáticos para la salud de las personas y que se desprenden del sentido común y los significados que se atribuye en un contexto sociocultural particular.

De manera general, en el reconocimiento de la sexualidad como construcción cultural, esta investigación indaga sobre las vivencias y los significados sociales de la sexualidad y la reproducción de las y los adolescentes de Colombia, para interpretar, en el marco de las interacciones de edad, género y clase, los sentidos comunes prevalentes y la forma de significarlos, vivirlos e interpretarlos por las personas adolescentes y sus referentes familiares y sociales.

Por otro lado, este trabajo significa mi tránsito por marcos epistemológicos y metodológicos diversos tratando de comprender los fenómenos del campo de la sexualidad. Mi formación como médico se estructuró con base en el positivismo, en la objetividad y en lo que ha dado en llamarse la “medicina basada en la evidencia”. Posteriormente la epidemiología reforzó esa mirada de la realidad objetiva donde los sujetos eran espectadores y las grandes agregaciones poblacionales las que nos conducían a la verdad sobre la realidad social. Sin embargo, mi curso vital me permitió un espacio de trabajo en el campo de la salud sexual y reproductiva y poco a poco me fui encontrando con las falencias de la formación médica y epidemiológica para dar cuenta de las explicaciones sobre lo que ocurre en el campo de la sexualidad. Las preguntas que fueron surgiendo en mi acción práctica de los proyectos de salud sexual y reproductiva no encontraban respuestas adecuadas a las necesidades de las poblaciones a que se dirigían. La búsqueda de respuestas me fue ubicando en el campo de las ciencias sociales y sus contribuciones a la salud. En esta perspectiva, la oportunidad de cursar el Doctorado en Sociología de la Universidad de Barcelona, me permitió desarrollar capacidades de análisis social, conocer y manejar diversos tópicos de la teoría social y acercarme a la sociología de la sexualidad cómo un campo del conocimiento que permite explicar las maneras en que se construye la sexualidad y las posibles interpretaciones de cómo esa construcción influye positiva o negativamente la salud de las personas.

Este encuentro con marcos conceptuales que explicitan y se comprometen con un paradigma que ontológicamente plantea que el acceso al conocimiento se puede lograr a través de las interpretaciones subjetivas e intersubjetivas que de la realidad se haga y la postura de las personas que investigan, considerando que el conocimiento de la realidad está necesariamente en función del contexto y del discurso que se usa (Castro, 2002:60) me permite ver a las ciencias sociales y al construccionismo social como campos para entender lo que desde mi formación inicial me estaba vedado.

En esta nueva mirada, ejercicios como la reflexividad y el autoanálisis (Bourdieu, 2000b) cobran una relevancia inusitada, pues se comprende que las investigaciones desde su concepción hasta su realización se encuentran vinculadas a exigencias e intereses de las personas que investigan y que provienen del contexto subjetivo, social y político en el que el trabajo se propone y realiza (Amuchástegui, 2002:140). Los procesos de investigación adquieren una dimensión social integradora, donde investigadores/as, investigados/as, instituciones financiadoras y el mundo social en general tienen intencionalidad y están lejos de la “neutralidad”.

La inmersión en la perspectiva sociológica me permite seleccionar y delimitar el objeto de estudio y la pregunta de investigación en torno a cómo se construye la sexualidad de las y los adolescentes en Colombia y cómo el sentido común que tienen las familias y comunidades sobre la sexualidad y la reproducción hace que los adolescentes varones y mujeres tengan vivencias del ejercicio de la sexualidad y la reproducción marcados por esos contextos socioculturales. El impacto que esto tiene en la salud sexual y la salud reproductiva de las personas adolescentes hace necesario aproximarnos a las maneras en que se construyen los significados de su sexualidad, de manera que se puedan apoyar políticas y estrategias públicas orientadas a lograr que las y los adolescentes adquieran mayor autonomía del cuerpo, de la sexualidad y la reproducción y actuar positivamente sobre los elementos problemáticos de la salud sexual y la salud reproductiva.

Partiendo de la hipótesis que la salud sexual y la salud reproductiva de las y los adolescentes en Colombia está influenciada de manera muy importante por el sentido común sobre la sexualidad y los significados que de este se elaboran en los espacios de socialización de niñas niños y adolescentes, el objetivo que guía el trabajo es “Describir y comprender la significación social de la sexualidad en adolescentes mujeres y varones entre diez y diez y nueve años de Colombia, especialmente de sectores populares, utilizando para ello una estrategia metodológica que parte de las narrativas de niñas y niños sobre el momento de su curso de vida y el campo de la sexualidad, la reproducción y los significados que esto adquiere en los contextos en que viven y se relacionan”. Para realizar este objetivo se realizó una investigación con un enfoque cualitativo interpretativo con trabajo de campo organizado en dos fases. Una primera fase entre 2005 a 2007 cuyo campo de indagación fue la sexualidad de las y los adolescentes entre 10 y 19 años y las categorías que se consideran determinantes sociales de las problemáticas en salud sexual y reproductiva. La recolección de los datos consistió en la realización de 37 grupos focales y 33 relatos de vida, que fueron transcritos y las narrativas resultantes interpretadas partiendo del

sentido común que sobre la sexualidad y la salud sexual y salud reproductiva tenían las y los adolescentes y sus referentes adultos en los contextos cotidianos. Posteriormente, en el periodo 2011 a 2013 se realiza la segunda fase de trabajo de campo, partiendo del fenómeno de embarazo adolescente considerado problemático desde el ámbito de la SSR y la salud pública en el país. En este caso, se hace un ejercicio inverso, partiendo del fenómeno al campo amplio de la sexualidad para intentar explicar como los fenómenos de la salud sexual y la salud reproductiva de las y los adolescentes están influidos por el sentido común y los significados que construyen los grupos sociales y su cultura frente a la sexualidad.

### **Estructura resumen de la investigación**

El trabajo se organiza en cinco capítulos, el primero de los cuales hace un marco de referencia necesario para el posterior análisis e interpretación de los datos. Por las características del objeto de estudio se hace necesario construir unas intersecciones conceptuales entre el campo mayor de la sexualidad, con la adolescencia, la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos y la categoría analítica de género y por otro lado enmarcar el caso del embarazo adolescente en las distintas vertientes que analizan su ocurrencia.

El capítulo dos, describe la manera en que se construye la estrategia metodológica desde el objeto de estudio. Partiendo de la biografía personal del investigador, a la construcción del objeto de estudio y las perspectivas epistemológicas y metodológicas que se eligen y guían el trabajo de campo, el ordenamiento e interpretación de los datos. En este sentido se recupera la noción presentada por el “Report Gulbenkian” que, en su planteo de abrir las Ciencias Sociales para superar la especialización que las caracteriza actualmente establece:

“Lo que parece necesario no es tanto un intento de transformar las fronteras organizativas como una ampliación de la organización de la actividad intelectual sin atención a las actuales fronteras disciplinarias. Después de todo, ser histórico no es propiedad exclusiva de las personas llamadas historiadores, es una obligación de todos los científicos sociales. Ser sociológico no es propiedad exclusiva de ciertas personas llamadas sociólogos sino una obligación de todos los científicos sociales. Los problemas económicos no son propiedad exclusiva de los economistas, los problemas económicos son centrales para cualquier análisis científico-social y tampoco es absolutamente seguro que los historiadores profesionales necesariamente sepan más sobre las explicaciones históricas, ni los

sociólogos sepan más sobre los problemas sociales, ni los economistas sepan más sobre las fluctuaciones económicas que otros científicos sociales activos. En suma, no creemos que existan monopolios de la sabiduría ni zonas de conocimiento reservadas a las personas con determinado título universitario.” (Wallerstein, 105).

En el caso de esta investigación, el planteamiento se repite pero para plantear como desde la medicina, las ciencias de la salud, la salud pública, la demografía y la epidemiología es necesario el uso de las ciencias sociales para entender la complejidad de campos como la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva. Esto requiere construir marcos que muestren las intersecciones entre el grupo poblacional de estudio, las y los adolescentes, con la sexualidad, la salud sexual, la salud reproductiva y la categoría analítica de género.

El capítulo tres presenta los resultados de la primera fase del trabajo de campo, referidos a los significados de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años, mostrando las diferencias por grupo de edad entre 10 a 14 y 15 a 19 años y por género entre varones y mujeres. Este capítulo parte del campo de la sexualidad y examina los sentidos comunes que desde ese campo se elaboran en categorías de la salud sexual y reproductiva como el inicio de relaciones sexuales, las relaciones afectivas, la maternidad – paternidad y el aborto. Explora también quienes son las personas referentes significativos de las y los adolescentes y los significados que circulan en los espacios de vivencia cotidiana.

El capítulo cuatro presenta los resultados y la discusión de la segunda fase de trabajo de campo sobre el estudio de caso del embarazo en niñas menores de 15 años. Este caso se construye para realizar una interpretación que parte no del campo amplio de la sexualidad, sino de un fenómeno considerado “problema” desde el ámbito de la salud sexual y reproductiva, para desde el mismo, rastrear los significados de la sexualidad que inciden en su presentación. Aquí se exploran los significados que atribuyen las niñas a las categorías relacionadas con el campo de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, los motivos que las niñas y los contextos sociales en que viven construyen desde el sentido común para explicar el embarazo y cómo estos modifican los cursos de vida de las niñas, sus familias y el contexto social.

El capítulo final, presenta cuatro relatos de vida de adolescentes menores de quince años que nos han compartido su historia en relación con la experiencia de embarazo adolescente. Se han reconstruido y seleccionado estos cuatro relatos, porque contienen en si mismos, los elementos

centrales de reflexión sobre los significados de la sexualidad y muestran como estos influyen en las experiencias particulares de las niñas, desde los sentidos comunes que elaboran las familias y comunidades en contextos particulares.

Finalmente, se presentan las principales conclusiones de la investigación, haciendo énfasis en los aportes novedosos para la acción desde la salud pública y la salud sexual y reproductiva y las líneas de indagación que surgen para trabajos futuros desde las intersecciones planteadas desde la sociología, la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.

### **Contribución, producción e instituciones colaboradoras**

Este trabajo busca contribuir a un análisis interdisciplinario de la sexualidad en niñas, niños y adolescentes y construir esas intersecciones necesarias entre la sociología, las ciencias sociales, la medicina y la salud pública, para avanzar en la comprensión de fenómenos que se escapan desde una mirada disciplinar específica. Además pretende mostrar la importancia de las subjetividades, incluida la necesidad de autoanálisis y reflexividad, en los ámbitos de la salud y de la medicina, para avanzar en la comprensión de fenómenos considerados problemáticos en estas áreas del conocimiento y aportar evidencia empírica para la construcción de políticas públicas, programas, proyectos y estrategias que busquen mejorar la vida y la experiencia del curso de vida de las y los adolescentes. La tesis puede serle útil a los campos disciplinares de la salud pública, la medicina, la salud sexual y reproductiva, la sociología de la salud y la sociología de la sexualidad.

Este trabajo, que forma parte de mi experiencia de vida en los últimos quince años dedicados al campo de la sexualidad y la SSR, se realizó a través de dos proyectos de investigación. El primero en el marco de un proyecto financiado por el Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología e Innovación de Colombia (COLCIENCIAS) a la Facultad de Medicina, grupo de investigación en Salud Pública, de la Universidad del Rosario denominado “La construcción de los Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes” y donde me desempeñé como investigador principal. En esta primera fase también fue central el apoyo del programa ALBan de becas de alto nivel de la Unión Europea que me permitió la formación en el programa de Doctorado en Sociología en la Universidad de Barcelona, los dos primeros años para el Diploma de Estudios Avanzados (DEA) y dos años adicionales para la aprobación del proyecto de tesis y el trabajo de campo de la primera fase. La Universidad Nacional Autónoma de México me adjudicó una beca de intercambio con la UB para la realización de una estancia Doctoral en el

Programa de Estudio de Género (PUEG), que ha sido importante en la adquisición de marcos de referencia para el conjunto de la Tesis. De esta primera fase de la tesis se publicó un artículo en la Revista Salud Pública de México en el año 2007 “Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá”<sup>1</sup> que reportó los resultados de niñas y niños entre 10 y 14 años. De esta fase se publicó también un libro por la Editorial de la Universidad del Rosario “El carnaval de los desencuentros: la construcción de los Derechos Humanos sexuales y reproductivos de los adolescentes bogotanos”<sup>2</sup>, en el cual se presenta un capítulo de mi autoría “La vivencia de la sexualidad: encuentros y desencuentros del imaginario al mundo real” que recoge los resultados e interpretaciones de las y los adolescentes de 10 a 19 años.

El segundo proyecto de investigación que complementa la tesis doctoral, fue posible gracias a la financiación del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) denominado “Determinantes sociales de embarazo en menores de quince años” donde estuve a cargo del estudio de caso cualitativo del embarazo en menores de 15 años. De esta fase, se ha publicado un libro “Determinantes sociales del embarazo en menores de 15 años”<sup>3</sup> en donde soy el autor de dos capítulos: “Resultados fase 1: Descripción general de los nacimientos de madres adolescentes menores de 15 años en el quinquenio 2005 – 2009” y “Resultados fase 3: Los relatos de vida de las adolescentes”, en donde se presentan la descripción general de las variables básicas de las madres adolescentes y el análisis e interpretación de los relatos de vida de las niñas menores de 15 años. También se ha aceptado y está pendiente de publicación el artículo “Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años” en la revista Gerencia y políticas en salud<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Pacheco-Sánchez CI, Rincón-Suárez LJ, Guevara EE, Latorre-Santos C, Enríquez-Guerrero C, Nieto-Olivar JM. Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Publica Mex* 2007;49:45-51. *Salud Pública de México* está indizada en: Social Sciences Citation Index, Scopus - Abstracts on Hygiene and Communicable Diseases - Bibliomex Salud - Biological Abstracts - Current Contents/Social and Behavioral Sciences - Dairy Science Abstracts - Directory of Open Access Journals (DOAJ) - EMBASE/Excerpta Medica - Global Health/CAB Abstracts - Index Medicus - Index Medicus Latinoamericano - Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) - Índice de Revistas Mexicanas de Investigación Científica y Tecnológica del Conacyt - Índice Médico Español – Latindex – MedicLatina – Periódica – RedALyC - Research Alert - SciELO Citation Index - Scientific Electronic Library Online (SciELO) y **En los sistemas en línea:** Medline – Lilacs.

<sup>2</sup> Pacheco, C I. Rincón, L J. Enríquez, C L. Latorre, C. Guevara, E. Nieto, J M. (2007). *El Carnaval de los desencuentros: La construcción de los derechos humanos sexuales y reproductivos en adolescentes de tres localidades en Bogotá*. Universidad del Rosario. 278 pp. ISBN: 978-958-8298-70-2. Bogotá.

<sup>3</sup> Pacheco, CI, Maryluz Mejía, Adriana Gisella Martínez, Diva Janneth Moreno (2014). *Determinantes sociales de embarazo en menores de 15 años*. MSPS – UNFPA. ISBN: 978-958-8735-85-6. Bogotá.

<sup>4</sup>Indexada en: Scopus - **PUBLINDEX** (Índice de Publicaciones Seriadas Científicas y Tecnológicas Categoría A2-2014) - **IBSS** ( International Bibliography of the Social Sciences) **RedALyC** ( Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe en Ciencias Sociales y Humanidades) **DOAJ** ( Directory of Open Access Journals ) **BVS** ( Biblioteca Virtual en Salud) **BVS-VSPCOL** ( Biblioteca Virtual para la vigilancia en Salud Pública en Colombia) **Latindex** (Índice Latinoamericano de Revistas Científicas y Tecnológicas).



## **1. MARCO DE REFERENCIA: CONSTRUYENDO LAS INTERSECCIONES ENTRE SEXUALIDAD, ADOLESCENCIA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Después de la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo (Naciones Unidas, 1994), la adolescencia irrumpe como categoría de análisis y como grupo de acción de políticas mundiales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. El análisis de la categoría y el objetivo de las políticas han puesto su foco en lo que se denomina la problemática de los adolescentes (Suárez, et al. 1985, Maddaleno, Morillo e Infante, 2003).

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva de la adolescencia en Colombia, se evidencia la vulnerabilidad que tiene este período para la presentación de consecuencias indeseables del ejercicio de la sexualidad: el embarazo no planeado y precoz, las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH SIDA, la violencia sexual y el aborto muestran incidencias cada vez mayores en población adolescente (Profamilia, 2000, 2005a, 2010; Mejía, 2000).

### **1.1. La sexualidad: Condición humana construida socialmente**

La sexualidad es una condición humana. Los seres humanos son seres sexuados, desde que nacen hasta que mueren y en el desarrollo evolutivo, están influenciados por factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales, que los alejan del instinto meramente biológico para construir un campo de la acción humana que responde a la adquisición de la racionalidad y el libre albedrío.

En este mismo sentido, la sexualidad y la actividad sexual son construidas socialmente en las relaciones sociales. Como señala Jeffrey Weeks, "Las posibilidades eróticas del animal humano, su capacidad de ternura, intimidad y placer nunca pueden ser expresadas 'espontáneamente', sin transformaciones muy complejas: se organizan en una intrincada red de creencias, conceptos y actividades sociales, en una historia compleja y cambiante" (Weeks, 1985: 21).

La experiencia de la sexualidad, como condición humana y humanizante, se expresa en el cuerpo de las personas en tanto sensaciones, emociones y pensamientos, y se completa en la experiencia subjetiva como producto de los significados y símbolos intersubjetivos – relacionales con otras y/u otros, asociados con la sexualidad en diferentes situaciones sociales y culturales. Es sin duda una experiencia histórica, personal y colectiva a la vez.

En este marco, se considera a la sexualidad como un campo, en el que debe prestar atención a la intersubjetividad de los símbolos y significados sexuales compartidos en un contexto colectivo, en tanto sujetos integrados en diversas culturas sexuales y en donde median relaciones de poder. Si existen estas relaciones de poder, entonces el ejercicio de la ciudadanía tiene un espacio de desarrollo de capacidades en un campo que la integra estructuras biológicas del sexo, estructuras culturales de la sexualidad y la experiencia sexual personal. Fisiología, cultura y biografía. Siendo la biografía la primera en el orden del análisis resultado de las otras dos (Marina, 2003). Las capacidades individuales sobre el cuerpo y la subjetividad irán conformando en las relaciones intersubjetivas capacidades colectivas para el ejercicio de la ciudadanía.

La sexualidad tiene una base biológica, pero sobre ésta, las culturas construyen en su historia diferentes modos, formas, sentidos y prácticas que finalmente influyen la vida de cada persona en relación con otros y otras y con sus comunidades. La sexualidad es un campo relacional por excelencia. El llamado que hacen algunas personas a “lo que es natural” para clasificar lo “normal” y lo “anormal” no tiene en cuenta las construcciones culturales que los distintos colectivos hacen de esos conceptos, y que producen desventajas en individuos y grupos. Por ejemplo, lo que se supuso “natural” y “normal” por mucho tiempo es que las mujeres estaban en la casa atendiendo a la familia en sus cuidados cotidianos, ya que no tenían la inteligencia y capacidad para asumir labores complejas del ámbito público y del ámbito académico. Se necesitaron las luchas de las mujeres en todo el mundo para lograr que fuesen aceptadas en los colegios y universidades y que pudiesen demostrar que eran tan buenas o mejores que los varones en todas las profesiones y actividades realizadas por la humanidad.

En la sexualidad, la normalidad o anormalidad está cruzada por la autonomía y la libre decisión entre personas que son consideradas iguales ante la ley y diversas como individuos que tienen aspiraciones, gustos, deseos y prácticas que se consensuan o se deciden respetando siempre a las otras en su autodeterminación y autonomía.

En esta perspectiva, ¿cuáles son entonces los principios que deben regir el campo de la sexualidad? Como en el resto de campos de la humanidad, las personas aspiran a valores éticos que regulen las relaciones entre ellas y con sus instituciones, incluido el Estado. Estas aspiraciones éticas que tienen un nivel de consenso en el mundo son los Derechos Humanos que se entienden como bienes o merecimientos que tienen las personas por el solo hecho de ser

personas y que les permiten desarrollar plenamente sus capacidades y potencialidades (Londoño & Torres, 2002).

## **1.2. Los derechos Sexuales y los derechos reproductivos: El horizonte de justicia en la construcción de a sexualidad adolescente**

Los Derechos Humanos fundamentales son atributos inherentes a las personas, todas y todos tenemos Derechos Humanos por el hecho de pertenecer a la especie humana. Estos han sido reconocidos internacionalmente en instrumentos, normas, convenciones, mecanismos, que se han aceptado también en Colombia, porque el país ha suscrito estos instrumentos y los ha hecho parte de su ordenamiento jurídico, desde su norma superior que es la Constitución Nacional de 1991.

Como plantea Alejandro Cervantes (2001:45), los Derechos Humanos tienen dos significados: desde la moralidad metafísica alude a la condición de ser y no de existir. Todo individuo por el solo hecho de ser humano, se convierte automáticamente y sin que medie ningún proceso en titular inalienable de los Derechos Humanos. De otro lado, desde la moralidad práctica los Derechos Humanos representan un gran acuerdo “universal” con los parámetros mínimos de las normas regulatorias entre ciudadanía y Estado. Son el horizonte ético de la humanidad que aspira a constituirse por consenso en la guía de acción de los Estados, independiente de las formas políticas que asuma. En esta perspectiva, la Declaración Universal de los Derechos Humanos es la forma contemporánea de traducir la moralidad metafísica en moralidad práctica, es decir hacerla razón legal.

Estos Derechos establecen principios para las relaciones en todas las interacciones sociales y políticas. Las relaciones en la familia, en la escuela, de las personas entre sí, de la ciudadanía con el Estado, de los habitantes con el medio ambiente, y también por supuesto en el campo de la sexualidad, la reproducción, la afectividad y la emocionalidad. Permiten reconocer a las otras personas como únicas, iguales a otras con particularidades, gustos, deseos, y capacidad de decisión en todos los ámbitos de la vida personal y colectiva. Estos derechos están sustentados en cuatro que se consideran básicos y que se caracterizan por ser inalienables, indivisibles e interdependientes.

Los Derechos humanos, fueron adoptados y promulgados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), iniciándose el derecho internacional de los Derechos Humanos y el sistema global de su protección en el ámbito de las Naciones Unidas. Este sistema involucra a todas las personas de la comunidad humana, en su abstracción y generalidad. Desde el inicio de este sistema global de protección los DH han evolucionado y se han expandido en la búsqueda del horizonte de la preservación y respeto de la Dignidad. En esta especificación de los sujetos de derechos se tienen en cuenta las especificidades de individuos y grupos. Se produce entonces un distanciamiento de la figura abstracta del hombre para responder a la diversidad, a las diferencias existentes entre sexos, etnias, generaciones, etc. (Pitanguy, 1999).

### **Derechos reproductivos**

El término “derechos reproductivos” tiene un origen reciente, pero la idea de que las mujeres pudiesen decidir si tenían o no, cuándo y cómo tener hijos/as se originó en los movimientos feministas de control de la natalidad de los cuales el más conocido históricamente es el que se desarrolló en 1830 entre los socialistas en Inglaterra y que luego se extendieron al resto del mundo (Weeks, 1981). Como nos recuerda Sonia Correa y Rosalind Petchesky, lideresas de estos movimientos como Margaret Sanger, en Estados Unidos y Stella Browne en Inglaterra, vincularon el problema del “Control de la natalidad”, no únicamente con las luchas de las mujeres por su emancipación social y política, sino también con la apropiación y control de sus cuerpos y de obtener conocimientos y satisfacciones sexuales (Correa & Petchesky, 2001)<sup>5</sup>.

Con estos antecedentes, en el año 1984, en la reunión internacional sobre Mujeres y Salud, celebrada en Ámsterdam, se adoptó el nombre de Red Global de la Mujeres por los derechos reproductivos, y desde ahí el concepto se extendió rápidamente entre los movimientos feministas en todo el mundo y de la mano de ellas llegó posicionado a la Conferencia Internacional de población y Desarrollo del Cairo (Egipto) en 1994, donde la nomenclatura “derechos reproductivos” se adoptó:

---

<sup>5</sup> Estas mismas autoras plantean que el principio de propiedad del propio cuerpo y persona tiene raíces más profundas en la historia universal y citan a Natalie Zenon Davis, quien encuentra uno de los orígenes de esta idea en el siglo XVI en Ginebra, cuando una joven lionesa fue llevada ante los ancianos protestantes por haberse acostado con su novio antes de casarse y ella invocó lo que pudo haber sido un refrán popular “París es del rey, mi cuerpo es mío” (Correa & Petchesky, 2001)

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos ya disponer de la información y los medios para ello y el derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos sobre derechos humanos” (Programa de acción de la CIPD, párrafo 7.3, 1994).

Entonces, lo que el ordenamiento internacional refrenda y sostiene es que los Derechos reproductivos son los mismos derechos humanos aplicados al ámbito de la reproducción.

### **Derechos sexuales**

Ya vimos como en el antecedente de los derechos reproductivos estaban los grupos de mujeres que en su lucha planteaban su derecho a la autodeterminación sobre el propio cuerpo y su sexualidad. A finales de la década de 1980, el concepto de derechos sexuales empezó ser discutido dentro del movimiento gay y lésbico, con la suma de parte del movimiento feminista. Es en la IV Conferencia Mundial sobre la mujer en Beijing (1995) donde se adopta el estado del arte de discusión de la siguiente manera:

Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones sin verse sujeta a coerción, discriminación o violencia. Las relaciones igualitarias entre las mujeres y los hombres respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluyen el pleno respeto a la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos, y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (PACMM, Párrafo 96)

Nuevamente lo que hace la ONU es retomar los derechos humanos básicos y situarlos en la titularidad de las personas para su autodeterminación y respeto de su dignidad en el campo de la sexualidad y la reproducción. De esta manera desde el ordenamiento internacional se reconoce que todas las personas tienen derecho a decidir sobre su vida sexual y reproductiva, al goce y disfrute de su sexualidad y de una óptima salud reproductiva. A vivir libres de estigma, discriminación, riesgos, amenazas, coacción o violencia en el campo de su sexualidad y su reproducción. A no ser usadas como objeto o cosa sexual o instrumento de procreación, es decir a reconocer su dignidad y libre albedrío. Aún cuando los Derechos Humanos se basan en la titularidad individual, en el hecho de ser persona, entendidos como un horizonte justicia, es necesario retomar los elementos que las teóricas feministas han planteado para volver el universo de los derechos humanos más universal e inclusivo. Correa y Petchesky (2001:107) hablan de cuatro condiciones:

1. Enfatizar la naturaleza social, y no únicamente individual de los derechos y, por lo tanto, transferir el mayor peso de las obligaciones correlativas desde los individuos a las instancias públicas
2. Reconocer los contextos comunitarios (relacionales) en los cuales los individuos actúan para ejercer o alcanzar sus derechos.
3. Poner en primer plano las bases sustantivas de los derechos en las necesidades humanas y en la redistribución de los recursos, y
4. reconoce a los titulares de derecho en sus múltiples identidades definidas por ellos mismos, incluyendo su género, su clase, orientación sexual y raza

En esta perspectiva “dado que los Derechos Humanos están arraigados en la justicia, su realización no es tan solo un asunto de hacer cumplir una ley positiva sino un problema moral [...] Los Derechos Humanos no deben ser vistos como puros derechos subjetivos, exigibles mediante peticiones basadas en titularidades derivadas de ellos, sino como principios generales de justicia” (De Gaay, Fortman, 2001, citado por Angulo, 2002:9), el desafío es transformar los principios legales y normativos en algo que tenga significado para la vida de todas las personas y en especial de las excluidas, de las pobres, de las discriminadas. En este sentido son instrumentos políticos que pueden contribuir al cambio social y al progreso económico, avanzando hacia que

la vida humana permita y consolide las condiciones y características reconocidas en los Derechos fundamentales. Es en este proceso de especificación de los sujetos de derechos que surgen o más bien se aplican los Derechos Humanos a los y las adolescentes en campos específicos como la sexualidad y la reproducción.

### **1.3. Salud sexual y reproductiva en la base del desarrollo humano**

En la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo (ONU, 1994), la salud reproductiva se posicionó como un campo de investigación y acción en todo el mundo, entendida como una necesidad básica para el desarrollo. No quiere decir esto, que no existiera antes de la Conferencia, pues desde la década anterior en los grupos de mujeres -sobre todo aquellos ligados a la salud- se discutía la importancia de la salud sexual y reproductiva y de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los ámbitos de población, desarrollo y Derechos Humanos.

La salud sexual y reproductiva (SSR) es la base de la formación de capital humano y consecuentemente de capital social, convirtiéndose en fundamento del desarrollo de las generaciones presentes y futuras. Está orientada al mejoramiento de la vida, al bienestar y al logro de relaciones personales y sociales igualitarias y libres. Su objetivo es el disfrute de una vida sexual y reproductiva plena, satisfactoria, sana, sin riesgos, responsable y feliz.

Es la visión de esta preocupación por el desarrollo de las personas y las sociedades lo que permite avanzar en las conferencias de población a una visión que trasciende lo demográfico para situarse en un campo del desarrollo humano y de Derechos Humanos. Es así, como la 3ª Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), (Cairo 1994) define la SSR como “un estado general de bienestar físico mental y social y no una mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (UNFPA, 1994:53). El plan de acción de la CIPD enuncia de manera clara que varones y mujeres tienen el derecho a la información y al acceso a métodos seguros, efectivos y culturalmente aceptables de anticoncepción y de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

En este marco, la salud reproductiva considera los siguientes elementos:

- Que las personas puedan tener relaciones sexuales sin temor a embarazos no deseados o a las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- La libertad para reproducirse y decidir cuándo, con quien y cada cuanto hacerlo.
- Que las mujeres tengan embarazos y partos seguros y que los resultados de los mismos sean exitosos en cuanto a supervivencia y bienestar materno e infantil.

El concepto de SSR establecido por la CIPD es novedoso ya que introduce la capacidad de las personas de disfrutar sin riesgos y además deja clara la aplicación del conocimiento en salud para lograr la SSR

“La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual” (CIPD, 1994:54).

Como se ve, trasciende el hecho reproductivo para relevar la importancia que tiene la salud sexual y reproductiva en el desarrollo de la vida y en el mundo relacional de los individuos y colectivos.

Finalmente introduce el enfoque de derechos en SSR cuando plantea que en su contenido está “[...] la libertad para decidir [...]”. La SSR implica el disfrute de los derechos humanos aplicados a los campos de la sexualidad y la reproducción. En esta perspectiva, los Estados, incluido Colombia, tienen la obligación de facilitar el acceso a la atención en SSR, poniendo a disposición de ciudadanos y ciudadanas los servicios, métodos y técnicas más avanzadas ya adecuadas, que además de implicar al sector salud, incluye a bienestar social, protección y justicia, todos para garantizar el mayor nivel de SSR y proteger las personas de las vulneraciones de DSR.

La SSR tiene una historicidad compleja y con usos diversos por grupos conservadores o liberales. Las tensiones sobre los derechos de las mujeres, el inmiscuirse en ámbitos privados como la sexualidad, la capacidad de decisión personal de las mujeres, la anticoncepción o el

aborto, hacen que grupos conservadores y de origen consideren que el concepto rompe el orden “natural” de la pareja heterosexual, la organización familiar y social. De otra parte, para algunos movimientos feministas, lésbicos y gays, la salud sexual y reproductiva no considera adecuadamente los aspectos del derecho al placer sexual y contribuye a la heteronormatividad dominante (Vance, 2002)

En el marco de la SSR, diversos movimientos sociales han logrado posicionar sus luchas y reivindicaciones en varias conferencias internacionales en el ámbito de los Derechos Humanos, con resultados significativos en muchos lugares del planeta en términos de igualdad y desarrollo. De hecho las metas de salud sexual y reproductiva han sido incluidas en los planes gubernamentales de casi todos los países, incluida Colombia<sup>6</sup> y en los marcos globales de búsqueda de justicia e igualdad a través de la declaración de las metas del milenio<sup>7</sup>. La investigación que aporte a la solución de problemas en contextos específicos, y que contribuya a diseñar y poner en marcha intervenciones en ese sentido, se hace necesaria y ha quedado establecida como prioritaria en los marcos de acción del Cairo y en las políticas nacionales que los concretan en cada país.

#### **1.4. Adolescencia y salud sexual y reproductiva: Entre la cultura hegemónica y la resistencia**

La adolescencia se considera un tiempo para el aprendizaje, el desarrollo de capacidades y la preparación y construcción simultánea del curso vital. En años recientes, se ha descubierto que es un periodo donde se da un rápido desarrollo cerebral que conduce a nuevas capacidades y comportamientos que activan las maneras de transitar en los contextos familiares, de pares, en ámbitos educativos y de la salud (Viner et al, 2012). Es un periodo donde se consolida el aprendizaje para el tránsito de la heteronomía a la autonomía. En el marco de los Derechos Humanos, las niñas, niños y adolescente son sujetos con identidad, libertad y capacidad para

---

<sup>6</sup> Colombia promulgó en el año 2003 la “Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” y la actualizó en el año 2014 incluyendo los concepto de Derechos transformándose en la “Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”

<sup>7</sup> El quinto quinto objetivo de desarrollo del milenio es “Mejorar la salud materna” e incluye como metas: 5.A. Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna; 5.B. Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

tomar decisiones, iguales al resto de las personas. Viven un tiempo vital de desarrollo cerebral, desde la etapa prenatal hasta después de la pubertad, que combinado con la influencia y estimulación cultural proveen las condiciones para el desarrollo de la autonomía (Evers, 2010; Vivo, Lopez-peña y Saric, 2012; Viner, 2012). Es el momento para aportar los elementos necesarios para el desarrollo individual y colectivo y de preparar a estas personas para abrir y disfrutar oportunidades. En el contexto de la globalización, de las mediaciones tecnológicas y de las redes sociales, cada día se hace más vigente en estas poblaciones la inmediatez, la globalización y la presentación de rangos de expectativas más amplios que no siempre tienen una respuesta adecuada por los contextos en que viven.

En la época presente, es difícil definir de manera universal la adolescencia. En lo que sí hay un acuerdo es que dicho fenómeno representa una construcción cultural, sujeta a valoraciones y cambiante en contextos y espacios geográficos (Villareal, 1998; Bourdieu, 2000a; Medina, 2001; Mendieta, 2001; de Moyano et al, 2001). El concepto es reciente, surge a mediados del siglo XIX, pero se sedimenta en occidente a mediados del siglo XX y designa a un grupo específico de población joven, que se prepara durante una etapa prolongada para asumir papeles adultos. Los procesos de industrialización y urbanización, prolongan la etapa de transición entre la niñez y la adultez. Por ello, la adolescencia se conforma como un período particular de la vida, con identidad propia y necesidades específicas.

En los siglos mencionados el concepto de adolescente empezó a popularizarse a partir de los procesos de escolarización, dando lugar a un discurso alrededor de esta etapa de la vida que tiene como primer momento de consolidación, la publicación del estudio de Stanley Hall en 1904, que describe la adolescencia como un periodo de tensiones e inestabilidad emocional en el que hay una ruptura con la infancia (Dávila León, 2004). Esta noción general aún hoy opera en las investigaciones e intervenciones dirigidas a esta población (Adaszko, 2005).

En 1975 la OMS definió la adolescencia como un periodo en el cual: “1) el individuo progresa desde el punto de vista de la aparición inicial de caracteres secundarios hasta los de la madurez sexual; 2) los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño/a hasta los de un adulto y 3) se hace la transición de un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa independencia” (Organización Mundial de la Salud, 1975/p.10). En esta definición la OMS hace una consideración importante, que no persiste en definiciones posteriores, en cuanto a la adolescencia como una clasificación social con

variaciones importantes entre contextos culturales e incluso al interior de los mismos (Organización Mundial de la Salud, 1975). Esto implica aceptar que, como lo han descrito ampliamente la antropología y la sociología, las tensiones en la adolescencia a partir de las transformaciones que se viven, están asociadas a patrones socio-culturales.

En la actualidad, la OMS establece una edad para la adolescencia entre los 10 y los 19 años que se divide en tres fases según los cambios físicos y psicológicos: adolescencia temprana, entre los 10 y los 13 años, caracterizada por una aceleración del crecimiento, el inicio de la maduración sexual y el inicio del pensamiento abstracto; la adolescencia intermedia, entre los 14 y 15 años, en donde los cambios físicos culminan, se refuerzan los patrones identitarios, la relación con los pares, y el pensamiento es más reflexivo; y la adolescencia tardía, entre los 16 y 19 años, en la que el cuerpo adquiere por completo las formas adultas, hay una identidad definida e ideas y opiniones establecidas (WHO, 2002).

En las definiciones sobre adolescencia subyace el interés de enfocar acciones hacia este grupo poblacional que se consolidó como objeto de intervención durante la segunda mitad del siglo XX. Los temas de sexualidad han suscitado la atención, tanto de las ciencias biomédicas como de las ciencias sociales, desde hace más de cuatro décadas (Adaszko, 2005), y las investigaciones más específicas sobre fecundidad y embarazo, tienen auge en los Estados Unidos en la década de los 70's y en América Latina y el Caribe desde los 80's (Pantelides, 2004).

En Colombia, si se observa el país en su conjunto, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva hay varios aspectos que configuran una manera particular de la vivencia de la sexualidad y la reproducción de los adolescentes. Varones y mujeres escolarizados y no escolarizados, estudiados en el 2000 en cuatro ciudades colombianas Mejía encontró que el 50% de adolescentes tenían actividad sexual, con una iniciación sexual media de 14.8 años en las mujeres y 13.5 años en los varones. La primera relación sexual no fue planeada en el 69% de los casos y el 82% de quienes iniciaron relaciones sexuales no conversó con su pareja sobre el uso de protección anticonceptiva. El 78% no usó protección, a pesar que el 47% había recibido información previa sobre ITS. Un 53% dijo no haber usado ningún tipo de protección en los últimos 3 meses (Mejía, I. 2000).

En Colombia, como en otros países de América Latina, la edad mediana del inicio de la actividad sexual, en las mujeres de la cohorte de 25 a 29 años incluidas en las encuestas de demografía y

salud, pasó de 19,4 años en 1986 a 18,2 años en el 2010, con diferenciales importantes por nivel educativo, ya que en las que refirieron que no tenían educación la edad mediana de inicio es de 14,9 años, las de primaria, 16 años, las de secundaria, 17,1 y las de superior, 18 años como edad mediana de la iniciación sexual (CEPAL, 2011: 89-90). El inicio de relaciones sexuales en contextos de pobreza y desigualdad sigue siendo temprano y se agudiza con el fenómeno de adelantamiento del desarrollo biológico, expresado en la edad de la menarquía

La fecundidad adolescente en Colombia ha mostrado una tendencia creciente. La encuesta nacional de demografía y salud del año 2010 muestra que el 19,5% de mujeres menores de diez y nueve años esta o ha estado alguna vez embarazada. En el año 2005 esta cifra llega al 21% y en 2000 al 19%. (Profamilia, 2000, 2005, 2010). Las tres encuestas consecutivas señalan cómo el nivel educativo, la pobreza y el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente. Esto configura una caracterización especial de adolescentes que viven en zonas periféricas pobres y en alta precariedad económica y social.

El 97,6%% de las adolescentes entre 15 y 19 años conoce el VIH/SIDA, el 79% identifica el condón como una forma de evitar el contagio. Sin embargo, sobre el VIH-SIDA en una variable denominada conocimiento comprensivo, solo el 20,5 lo alcanza y solo el 49,9% utilizó condón en la última relación sexual de alto riesgo (ENDS, 2010: 311)

En el trabajo de Zamudio et al. (1999) se calcula la incidencia del aborto en adolescentes en el país es 11.99 %, con diferenciales altos para estrato bajo – bajo y bajo (14,68 y 15,89). Los incrementos entre generaciones<sup>8</sup> hacen prever, que no obstante la existencia de una legislación adversa<sup>9</sup>, las mujeres continuarán utilizando este recurso en el futuro. De hecho las jóvenes menores de diez y nueve años duplican las proporciones de aborto de las mujeres mayores (Wartemberg, 1999). El conocimiento de la existencia de los métodos anticonceptivos entre las adolescentes es muy alto (98.8%). Sin embargo, casi en toda América Latina, existe un desconocimiento o un conocimiento precario acerca de los diversos métodos disponibles, de su

---

<sup>8</sup> La tasa de aborto inducido ha pasado de 1.62 abortos por mil mujeres embarazadas en el periodo de 1962 a 1965 a 23.19 en el periodo de 1988-1991 (Zamudio et al.: 1999).

<sup>9</sup> En Colombia, en mayo de 2006 Corte Constitucional despenalizó parcialmente el aborto en tres casos especiales: Cuando la mujer haya sido objeto de violación, cuando haya una malformación grave en el feto y cuando el embarazo comporte riesgo para la madre.

fuente de obtención, del periodo fértil, del uso del condón como método de prevención de infecciones de transmisión sexual (Falconier, Guzmán y Contreras, 2001).

En Colombia Según la ENDS 2010, el 10% de las mujeres entrevistadas ha sido violada por el esposo o compañero y el 6% han sido violadas o forzadas a tener relaciones sexuales por un extraño. La afectación de este tipo de violencia en niñas y niños y adolescentes es grave. Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML) en el informe sobre violencias sexuales en Colombia entre 2004 y 2008, cada hora cerca de 9 mujeres sufrieron agresiones sexuales en su mayoría niñas y adolescentes menores de 18 años (84%). Los agresores vinculados a este tipo de violencia fueron los familiares en el 36% de los casos, otros conocidos en el 37%, los desconocidos en un 16% y finalmente, se carece de información sobre el victimario en el 11% (INML, 2009).

Un fenómeno que se considera problemático en la expresión de la sexualidad y la reproducción adolescente es el del embarazo en menores de 15 años que mantiene una tendencia creciente. En América Latina, alrededor de cien mil mujeres menores de 15 años dan a luz cada año. Una investigación reciente mostró que, al igual que en el grupo de 15 a 19, el embarazo en menores de 15 años se presenta con mayor frecuencia en las áreas de menor nivel socioeconómico, las zonas rurales y en las niñas con bajo nivel educativo (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011).

Estos fenómenos mencionados anteriormente y otros relacionados con la salud y la vida de los adolescentes han sido estudiados desde la perspectiva epidemiológica y demográfica. Falta profundizar en la interpretación social de los mismos. Acercamientos socioculturales como el realizado por Margarita Medina et al (2001), en la región del Magdalena Medio colombiano, muestra algunas características de la población adolescente y de la construcción de representaciones sociales de su sexualidad y su reproducción. Los jóvenes de zonas urbanas periféricas viven en un medio social y cultural “estrecho” en el que las oportunidades de escolaridad y trabajo, y las opciones de desarrollo personal son limitadas. La brecha generacional, en estos asentamientos poblacionales, se acentúa con inmigrantes que aportan matices de diferentes culturas y que reciben la influencia de los centros urbanos.

Las relaciones conflictivas favorecen el que los jóvenes no encuentren apoyo ni orientación de sus padres en asuntos de sexualidad y reproducción. Contextos psicoafectivos insatisfactorios en el hogar de origen hacen que las jóvenes busquen su independencia “consolidando” una pareja,

con la ilusión de que un futuro mejor pueda llegar si se da un embarazo. Entre las mujeres jóvenes que precipitadamente forman uniones conyugales a temprana edad prevalece la idealización de la maternidad. La identificación entre ser mujer y ser madre es muy fuerte. Finalmente, Entre las poblaciones jóvenes la iniciación temprana en la sexualidad y el mantener una vida sexual activa afirma la identidad de género y la pertenencia de grupo (generacional, barrial, escolar).

Estos elementos muestran pistas sobre la construcción social y cultural de la sexualidad y su relación con la vida sexual y reproductiva en la adolescencia. Sin embargo, falta evidenciar cómo se construyen las concepciones y discursos dominantes y resistentes, cómo influyen en la vida cotidiana de adolescentes o dicho de otro modo, cuáles son los mecanismos que hacen posible la producción y reproducción social de concepciones y prácticas hegemónicas en el campo de la sexualidad.

### **1.5. El género: Categoría analítica indispensable en la construcción de la sexualidad y la salud reproductiva**

El género se entiende como una categoría de análisis social e histórica que permite explicar las desigualdades y desventajas que se derivan de la construcción social de la diferencia sexual. Se convierte en categoría política cuando permite a las personas subordinadas, discriminadas, estigmatizadas exigir sus derechos y luchar por la igualdad y la equidad. Gayle Rubin, una de las primeras teóricas del sistema sexo/género distingue entre la capacidad y la necesidad humana de crear un mundo sexual y los modos empíricamente opresivos en que se han organizado los mundos sexuales (Rubin, 1975:44).

Joan Scott otra de las primeras teóricas en proponer el género como categoría de análisis, plantea el género considerando dos ejes centrales: “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. Los cambios en la organización de las relaciones sociales corresponden siempre a cambios en las representaciones del poder, pero la dirección del cambio no es necesariamente en un solo sentido” (Scott, 1997:289). El género estructura la percepción y la organización concreta y simbólica del mundo social. La categoría entonces tiene un carácter histórico en donde los contextos particulares cobran importancia en el ordenamiento de los géneros y en donde las relaciones desiguales se debaten en el campo social.

De esta forma, el género es una categoría que nos ayuda a evidenciar los procesos del pasado y del presente por los que transcurre la desigualdad, la opresión y también la resistencia entre hombres y mujeres. La estructuración concreta y simbólica de la sexualidad y la reproducción no escapa al género sino que interacciona de manera cotidiana con él. Por lo tanto como categoría analítica y política nos permite estudiar y denominar las relaciones que tienen como elemento distintivo basarse en la construcción social de la diferencia sexual. Y nos interesan aquellas que en el campo de Poder – Dominación producen desigualdades y/o desventajas a las personas.

Por otra parte, es necesario plantear que el género nos permite analizar las desigualdades, desventajas y discriminaciones que se producen en relación con otras identidades: raza, etnia, clase, identidad sexual, generación, etc., y en los diferentes contextos este entrecruzamiento o solapamiento potencia la discriminación y la desigualdad, causando que las personas no sean reconocidas ni respetadas. Por lo tanto el análisis del género debe contemplar esas diferentes identidades, en los diferentes contextos ya que no se presentan independientemente sino que se entrecruzan en las personas y colectivos.

La influencia de las relaciones de género, entendidas como relaciones asimétricas, inequitativas y coercitivas de poder entre mujeres y hombres, es enfatizada por numerosas investigaciones sobre adolescentes (Pantelides, 2004; Heilborn et al., 2002; Climent, 2002, 2006 y 2009; Stern, 2003 y 2012; Zamberlin, 2005; Larrea et al., 2006; Miño-Worobiej, 2008; Cortés Ortiz et al., 2009; Goicolea, 2009; Aloisio y Reis, 2009; Goicolea et al., 2010; Jones, 2010; Palacio, 2011; Peña et al., 2011; Zelaya y Coto, 2011; Barros Silva et al., 2011; Barinas, 2012). Fenómenos como el embarazo adolescente parecen indisoluble de las relaciones de género en las que se insertan y que determinan la forma de experimentarlos. Aspectos más específicos del contexto de género, como el enamoramiento y las representaciones de las adolescentes sobre el amor romántico, el matrimonio y la maternidad (Medina, 2005; Quintana et al., 2009; Santillana, 2010; Barinas, 2012), muestran cómo en términos generales, las construcciones socioculturales de género describen a los hombres caracterizados por rasgos como la disponibilidad y la iniciativa sexuales, mientras que las mujeres aparecen como sumisas y preocupadas sobre todo por el cuidado, el matrimonio y la maternidad.

Los rasgos mencionados son a menudo experimentados por las y los adolescentes como “naturales”, lo cual tiene un impacto en sus relaciones sexuales, uniones o emparejamientos, usos

anticonceptivos, embarazos y crianza. Las maneras en que aparecen determinadas configuraciones de género, sin embargo, varían de acuerdo a la interrelación entre la identidad de género y especificidades socioeconómicas y/o culturales, a veces de modo sutil (Stern, 2003). Se presenta presión de las parejas masculinas y relaciones asimétricas en las que las adolescentes acceden a tener relaciones sexuales, pero con poca capacidad de negociación por modelos tradicionales de género para negociar el uso de anticonceptivos (Pantelides, 2004; Aquino et al., 2003; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Cortés Ortiz et al., 2009; Gubert y Faganello, 2009; Näslund-Hadley y Manzano, 2011; Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe, 2011; Pérez Then et al., 2011: 55; Zelaya y Coto, 2011).

Un campo asociado a las relaciones asimétricas de género es la sexualidad. En efecto, algunos estudios señalan que los modos sociales de concebir la sexualidad, tanto la adolescente como la adulta, se basan en tabúes, prohibiciones, controles y desinformación, lo cual incide en el embarazo adolescente y la presentación de infecciones de transmisión sexual, especialmente en la experiencia femenina (Medina, 2005; Heilborn y Cabral, 2006). Un elemento de primera importancia, es el significado de la iniciación sexual o de la primera relación sexual, y su relación con las relaciones desiguales de poder derivadas del género y su implicación en los fenómenos que rodean la sexualidad y la salud sexual y reproductiva (Altmann, 2007; Binstock y Näslund-Hadley, 2010; Jones, 2010; Peña et al., 2011).

#### **1.6. El embarazo en niñas menores de 15 años: Interpretar el campo de la sexualidad desde sus consecuencias**

El embarazo y la maternidad en la adolescencia son fenómenos que afectan la salud sexual y reproductiva y el bienestar de las mujeres jóvenes, sus familias y comunidades, así como al conjunto del desarrollo de un país, dados los múltiples efectos en los campos de la salud física, psicosocial y en los campos políticos, económicos y sociales que afectan no solo a la adolescente y su familia, sino también al colectivo general (Henaó y otros, 2007; Clarke, 2010).

La maternidad juvenil se genera en la pobreza y la desigualdad (Stern, 2003 y 2012; Rodríguez, 2008, Cepal, 2011), reproduce el ciclo de pobreza y tiene como consecuencia para la sociedad una alta pérdida de población con posibilidades de instrucción y productividad, lo que finalmente repercute en la exclusión social y en el desarrollo económico de los países (González, 2000; Barker y otros, 2007; Francisco y otros, 2008; Rodríguez, 2008). La exclusión se expresa en las

dificultades para la continuidad educativa, la inserción en el mercado laboral y, por ende, la obtención de suficientes recursos económicos, perpetuando las trampas de pobreza (Flórez, 2005; Henao y otros, 2007; Salazar y otros, 2007; Silva y otros, 2008). Otros elementos que se como causas del embarazo adolescente son la aceptación social y cultural del mismo (Flórez, 2005) y el hecho de que pueda ser un factor que ayuda al reconocimiento social o a la compensación afectiva de las madres adolescentes en algunas culturas (Henao y otros, 2007; Gallo, 2009). Otras investigaciones, en contextos de desplazamiento forzado, muestran cómo la violencia estructural es un marco proclive a la presentación del embarazo adolescente (Nieto y otros, 2011). La residencia en zonas rurales y, adicionalmente, la pertenencia a grupos étnicos negros y población indígena, son también determinantes en la presentación del embarazo adolescente. En todos los casos, el embarazo adolescente rural es mayor, el doble (como en Bolivia) o casi el doble, en relación al urbano (Pantelides, 2004; Núñez-Urquiza y otros, 2003; Remez y otros, 2008; León y otros, 2008; Palomino Gamarra y Ascate, 2009; CEPAL, 2011).

En la última década, a partir del reconocimiento del contexto social y económico para explicar fenómenos que tienen que ver con la salud y la enfermedad, la OMS ha promovido el concepto de determinantes sociales, definidos por la OMS (2009) 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. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. En este marco, la salud es, básicamente, consecuencia de determinantes económicos, sociales, culturales y ambientales, en donde la pobreza y la inequidad juegan un papel esencial (Comisión sobre Determinantes Sociales OMS, 2009). Es indiscutible que el contexto social y económico cumple un rol central en el estado de salud de las personas, aunque lo hace a través de determinantes intermedios (Álvarez Castaño, 2009) o determinantes próximos (Flórez, 2005). En el ámbito de la salud sexual y reproductiva y del embarazo adolescente en particular, los determinantes sociales reconocidos como mas relevantes son:

### **1.6.1 Condiciones socioeconómicas**

Las condiciones socioeconómicas generales tienen que ver con las estructuras que configuran cada sociedad e inscriben a los individuos o grupos en distintos niveles de la estratificación

social, y están determinadas por modelos políticos y económicos atravesados por ideologías de clase, género, raza y edad. Estas estructuras y modelos de sociedad se mantienen y refuerzan en virtud de las políticas y programas gubernamentales en las diferentes esferas en que se desenvuelve la vida de las personas, como educación, empleo y salud. Estos determinantes estructurales, relacionados con el entorno político, los sistemas legales, la violencia estructural, la discriminación y los cambios demográficos, entre otros, permiten explicar elementos de la fecundidad adolescente y entender las condiciones en que las adolescentes viven y se desarrollan, no como factores de riesgo aislados, sino como determinantes articulados en una estructura macrosocial. El embarazo adolescente como un fenómeno ligado a la salud sexual y reproductiva también se explica desde la perspectiva de determinantes sociales, considerándose en la literatura, como fundamentales los siguientes:

El argumento del embarazo adolescente como mecanismo perpetuador de la pobreza es ampliamente debatido. Ya desde finales de los setenta, algunos estudios mostraban que las madres adolescentes eran mayoritariamente pobres y los riesgos de su embarazo se debían más a las condiciones en las que vivían que a la edad que tenían al momento de la gestación (Pantelides, 2004). Varios autores consideran que la relación entre embarazo adolescente y pobreza debe leerse en forma inversa: no es el embarazo adolescente el que por sí mismo perpetúa la pobreza, sino que las condiciones sociales, económicas y culturales son las principales causas de una maternidad temprana (Adaszko, 2005; Pantelides, 2004; Stern, 1997, 2012). En este sentido, se critica el énfasis en la problematización del embarazo adolescente cuando no se cuestionan las estructuras de desigualdad y vulneración en las que están inscritas las jóvenes y adolescentes (Irvine, 1994). De manera enfática, Stern (1997, 2212) señala que las posibilidades de formación educativa y éxito laboral de esta población solo mejorarán con la modificación de tales estructuras.

En diferentes regiones del mundo (Corcoran y otros, 2000), incluyendo Latinoamérica (Organización Panamericana de la Salud, 2008) y Colombia, se ha señalado el estatus socioeconómico como un aspecto crucial del embarazo precoz (Flórez y otros, 2004; Flórez, 2005; Flórez y Soto, 2006). En un estudio que incluyó adolescentes de las ciudades de Cali y Bogotá, Flórez (2005) documenta que cerca del 30% de las adolescentes han iniciado su vida sexual antes de los 17 años. En Bogotá, esto es así para el 24% del estrato medio alto y el 34% del estrato bajo; en Cali, para el 42% del estrato bajo y el 29% del estrato medio alto. En las dos ciudades, cerca del 6% de las adolescentes han vivido alguna vez en pareja antes de los 17 años:

10% del estrato bajo y solo 2% del estrato alto; el uso de un método de planificación en la primera relación es más frecuente en el estrato medio-alto que en el bajo, y estas diferencias son aún más marcadas en Bogotá que en Cali. En la primera ciudad, el 43% del estrato bajo, frente a un 72% del estrato alto, usaron un método anticonceptivo, mientras que en la segunda lo emplearon el 60% del estrato bajo y el 67% del más alto; aproximadamente 7% de las adolescentes en ambas ciudades han estado embarazadas. En el estrato bajo el 13% ya habían comenzado su vida reproductiva, frente al 4% del estrato medio-alto.

Flórez y Soto (2006) reconocen que la relación entre estrato socioeconómico y una mayor fecundidad adolescente no solo se explica por la inequidad en el acceso a los métodos de planificación familiar y la información que se proporciona sobre estos, sino también por las limitaciones generales, en términos de educación y oportunidades de empleo, que impiden la construcción de proyectos de vida diferentes a la maternidad. Para muchas de las adolescentes pertenecientes a los estratos bajos, ser madre se presenta como la posibilidad más cercana de obtener seguridad económica, social y afectiva, de establecer una unión de pareja y consolidar un hogar que les permita independizarse de sus familias de origen (Hospital Pablo VI E.S.E, 2006). Adicionalmente, cumplen con las expectativas y demandas de género, aquellas que asumen que la reproducción y el cuidado es un compromiso ineludible de las mujeres (Gogna, 2005). De modo similar sucede con las diferencias entre zonas urbanas y rurales (Organización Panamericana de la Salud, 2008): debido a las limitaciones socioeconómicas y geográficas de las segundas, las jóvenes urbanas tienen mayor acceso a educación y empleo y pueden acceder más fácilmente a la información y a los métodos de planificación familiar, lo que se refleja en una fecundidad rural 1,5 veces superior a la urbana (Flórez y Soto, 2006).

Otro aspecto referente a las condiciones socioeconómicas que ha sido recurrentemente señalado es la relación entre maternidad temprana y educación. La afirmación de que el embarazo adolescente conlleva a deserción escolar (Baeza W. y otros, 2007; Parada Baños y otros, 2009) ha sido refutada por autores que señalan que un porcentaje importante de adolescentes abandona el sistema escolar antes de la gestación (Stern, 1997, 2012). De acuerdo con los resultados del estudio de Molina y colaboradores (Molina S. y otros, 2004), estas adolescentes que desertan pertenecen en un mayor porcentaje al subnivel de miseria y constituyen un grupo más vulnerable desde lo sociocultural, educacional y familiar, que aquellas adolescentes que desertan durante el embarazo. Probablemente no exista una sola dirección en esta relación, pero las diferentes posturas y evidencias nos llevan de nuevo a pensar que, lejos de una asociación causal simple,

hay elementos estructurales que subyacen a las condiciones de cada madre adolescente antes y después del embarazo. Cada vez hay un mayor consenso en el sentido de que difícilmente se puede incidir sobre las conductas de los jóvenes si no se transforman las estructuras de desigualdad social que determinan la ocurrencia, el significado y los resultados de dichas prácticas (Parker, 2001)).

Desde la perspectiva social, los impactos del embarazo adolescente serían la deserción escolar, las menores posibilidades laborales y, por tanto, de estabilidad económica a futuro, así como la reorientación de los proyectos de vida de las adolescentes dedicados al hijo/a, entre otras (Flórez, 2005; Ermands y Black, 2008; Rodríguez, 2008; Castrillón, 2010). Existen mayores dificultades para compatibilizar el embarazo y la crianza con la educación y la inserción laboral. Las adolescentes que tienen una trayectoria educativa “regular”<sup>10</sup> no abandonan los estudios, independientemente del estrato socioeconómico (CEPAL, 2007: 7; Contreras y Martín, 2011; García Nascimento y otros, 2011).

Los sectores con estudios más bajos tienen menos expectativas de volver a estudiar o de acceder a un buen trabajo en el futuro (Flórez y Soto, 2006; CEPAL, 2011: 104). En un estudio en ciudades de Brasil, se concluye que existe una relación inversa entre educación y embarazo adolescente, pero también que no es evidente la dirección de la causalidad (Aquino y otros, 2003: 387). Otras investigaciones concluyen que se desconoce si es el embarazo lo que provoca la deserción escolar o más bien es la falta de recursos económicos lo que lleva a abandonar la escuela (Pantelides, 2004; Peláez Mendoza, s/f; Palomino Gamarra y Ascate, 2009: 29; Binstock y Näslund-Hadley, 2010; Näslund-Hadley y Binstock, 2010; Näslund-Hadley y Manzano, 2011). Al contrario de las niñas, sus parejas no abandonan el sistema escolar por el embarazo (Olavarría y Madrid, 2005: 35).

Los problemas económicos (Flórez y Soto, 2006; León y otros, 2008: 44; Contreras y Martín, 2011) recaen más en las mujeres que en los hombres (Flórez y Soto, 2006; CEPAL, 2007: 7), con el consiguiente aumento de la pobreza (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006), la marginalidad femenina, prostitución, alcoholismo y drogadicción (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Flórez y Soto, 2006; León y otros, 2008: 44; Contreras y Martín, 2011).

---

<sup>10</sup> Nos referimos a la trayectoria escolar constante que permite a la adolescente ir cumpliendo con las expectativas formales, tanto de la sociedad como de su núcleo familiar.

Otra de las consecuencias complejas del embarazo en las adolescentes es la alta incidencia de segundos y terceros embarazos (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006). La competencia e identificación con la madre hace más frecuente que la adolescente tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la madre (León y otros, 2008: 44; Salinas Sevilla, 2009: 36).

### **1.6.2 Las prácticas sociales: Inicio de relaciones sexuales, unión, uso de anticonceptivos y educación sexual**

El embarazo temprano está influido por la edad de inicio de las relaciones sexuales y la menarquia temprana (Silva y otros, 2008; Lion y otros, 2010; Flórez y Soto, 2006; León y otros, 2008: 44; Rodríguez Vignoli, 2008, 2011, 2012; CEPAL, 2011: 89; Contreras y Martín, 2011; Zelaya y Coto, 2011). El inicio más temprano de las relaciones sexuales, sin embargo, no va acompañado de una unión más temprana ni del uso de anticonceptivos (Flórez y Soto, 2006; Rodríguez Vignoli, 2008, 2011, 2012; CEPAL, 2011: 100). El tipo y edad de inicio de la unión también se comportan como determinantes próximos del embarazo (Flórez y Soto, 2006; Rodríguez Vignoli, 2008, 2011, 2012; Palomino Gamarra y Ascate, 2009: 54; CEPAL, 2011: 89).

Se ha observado que el patrón de unión es clave para que el embarazo se lleve a término y se asuma la maternidad-paternidad (Binstock y Pantelides, 2005: 109; CEPAL, 2011: 101). La probabilidad de embarazo entre las unidas, formal e informalmente, es mayor, dada la tendencia a la no utilización de métodos anticonceptivos en tal situación (Aquino y otros, 2003; Remez y otros, 2008; Palomino Gamarra y Ascate, 2009: 54; Remez y otros, 2009). Esto se potencia por el poco conocimiento sobre salud sexual y reproductiva que tienen adolescentes y jóvenes (Barker y otros, 2007; Pallitto y Murillo, 2008; Haldre y otros, 2009), y por las actitudes negativas hacia el uso de métodos anticonceptivos por parte de este grupo, como producto de la desinformación y mitos socioculturales para su uso o uso correcto (Flórez, 2005; Lion y otros, 2010).

Varios estudios han mostrado el menor uso y baja constancia en el uso de anticonceptivos entre las/os adolescentes (Peláez Mendoza, s/f; Aquino y otros, 2003; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; CEPAL, 2011), siendo menor la utilización entre los sectores populares bajos, asociado a la vergüenza o al menor acceso por problemas económicos, y mayor entre las clases medias altas (Pantelides, 2004; Núñez-Urquiza y otros, 2003: 101; Adaszko, 2005: 59). También la baja percepción del riesgo hace que las/os adolescentes no usen los métodos anticonceptivos,

aunque los conozcan (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; León y otros, 2008: 44; González, 2009: 24; Torriente y otros, 2010; Näslund-Hadley y Manzano, 2011).

La insuficiente información, el desconocimiento y la escasa educación en materia de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos constituyen otro factor determinante para la presentación del embarazo adolescente (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Alfonso, 2008; Gubert y Faganello, 2009; Ávila y otros, 2011; Contreras y Martín, 2011; Barinas, 2012), en conjunto con la presión y la desinformación sobre sexualidad, ejercidas por los medios masivos de comunicación y los pares (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Zelaya y Coto, 2011).

La persistencia de mitos e imaginarios ha sido mostrada en varios estudios, como en el realizado por Carmen Elisa Flórez en una muestra representativa de adolescentes en Bogotá y Cali. En el componente cualitativo de esta investigación se encontró cómo “creen infundadamente que las mujeres no se embarazan en la primera relación sexual, que no es necesario el condón cuando los dos miembros de la pareja son vírgenes, que los métodos de protección no son eficaces y tienen efectos secundarios indeseables, y que utilizar condón con la persona que se ama constituye una falta de respeto” (Vargas, Henao y González, 2007; Flórez, 2005: 394).

Por otra parte, el consumo de alcohol, tabaco y drogas también es visto como factor de riesgo para la presentación de embarazos adolescentes (Saewyc y otros, 2004; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Ávila y otros, 2011), junto a los antecedentes de maltrato físico y psicológico y abuso sexual (Watson y otros, 2007; Pallitto y Murillo, 2008; Haldre y otros, 2009; Clarke, 2010).

### **1.6.3 Acceso a servicios de salud**

El sistema de salud constituye un determinante social que influye y es influido por otros determinantes. En el caso del embarazo adolescente, como en todos los procesos de salud-enfermedad de los individuos, el género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico y el lugar de residencia se relacionan con el acceso a los servicios de salud, la eficacia de estos y la experiencia de atención de cada persona (Comisión Sobre Determinantes Sociales OMS, 2009). Así mismo, la manera en que esté constituido el sistema de salud, los objetivos a los cuales responda y las políticas que definan las estrategias de promoción, prevención, diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación refuerza o no las desigualdades inherentes a la estratificación social. En Colombia, por ejemplo, son cada vez más claros los efectos de una organización inequitativa de los servicios de salud, con un acceso inestable, fragmentado y mediado por los recursos económicos de las personas (Abadía-Barrero y Oviedo, 2009; Álvarez Castaño, 2009 ; Martínez, 2009).

Montoya y colaboradores (2011) en un estudio que involucró personal administrativo, profesionales de salud y usuarios de 24 Empresas Promotoras de Salud (9 del régimen subsidiado y 15 del régimen contributivo) y 22 Empresas Sociales del Estado de la ciudad de Bogotá para reconocer las barreras y facilitadores del acceso de jóvenes y adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), señalaron que la fragmentación en la prestación y contratación de los servicios, las dificultades con los procesos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención y la segmentación establecida por los regímenes de afiliación son la principal barrera político-administrativa en el acceso real, oportuno y continuo de los servicios de SSR en jóvenes y adolescente. Las barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y anticoncepción moderna son mucho más marcadas cuando se trata de menores de edad (Montoya y otros, 2011).

Existen limitados servicios institucionales especializados en promoción de métodos de planificación familiar y salud sexual y reproductiva para adolescentes (Núñez-Urquiza y otros, 2003; Martín y Reyes, 2003; Alonso, 2005: 245; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Alfonso, 2008; Ávila y otros, 2011). La edad a la que la legislación considera que un adolescente varón o mujer puede solicitar asesoría o provisión de métodos sin el acompañamiento de sus padres se configura en una barrera de acceso a los servicios, y por ende aumenta la probabilidad de embarazo en adolescentes que ya han iniciado relaciones sexuales (Rodríguez, 2009).

Pese a que es obligación de las aseguradoras ofrecer a sus usuarios servicios de promoción y prevención en materia de SSR, en concordancia con lo dispuesto en las resoluciones 412 y 3384 del 2000, el estudio encontró que la cobertura de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en asesoría en planificación familiar para toda la población está muy por debajo de la exigencia de la norma y es aún más limitada en mujeres menores de edad y hombres de todos los grupos etarios y, adicionalmente, se cuenta con una baja capacidad de seguimiento. Si bien han ido en aumento, aún siguen siendo pocas las instituciones que disponen de políticas y espacios diferenciados para la atención de jóvenes, refiriendo dificultades relacionadas con infraestructura,

procesos administrativos, contratación de recurso humano, disponibilidad de recursos financieros y planeación de los servicios.

La capacitación de talento humano para la atención de adolescentes es deficiente, contando con un promedio de tan solo 2,5 profesionales capacitados (entre medicina general, medicina familiar, enfermería, psiquiatría, ginecología, psicología y medicina de adolescentes) por 10.000 adolescentes afiliados. En cuanto al acceso de métodos anticonceptivos, se encontró que en ocasiones se entregan en lugares diferentes al centro de atención, hay episodios de desabastecimiento, se exige un pago y/o las adolescentes deben solicitarlos en compañía de un acudiente (Montoya y otros, 2011).

El requisito de un acudiente, el copago y los múltiples trámites requeridos (como hacer largas filas desde la madrugada) para solicitar las citas o reclamar los anticonceptivos, así como la tosquedad de los profesionales que atienden, son identificadas como barreras de acceso por las adolescentes. Las condiciones se agravan para adolescentes entre 10 y 14 años, a quienes con frecuencia les es negada la información o se les imponen trabas para brindar asesoría y suministro de métodos anticonceptivos por parte de los prestadores, aduciendo que no están en edad para iniciar relaciones sexuales (Montoya y otros, 2011). En México, Langer (2002) describe que estas barreras son factores particularmente importantes en mujeres rurales e indígenas debido, por un lado, a las deficiencias en los servicios de salud que suelen no cubrir zonas periféricas, dificultando el acceso a la atención y suministro de métodos anticonceptivos, y por otro, a determinantes de carácter social y cultural que impone a las mujeres un rol pasivo frente a su sexualidad, pese a las responsabilidades que se le asignan en cuanto a la reproducción (Herrera y Rodríguez, 2001). Este último punto es una característica general de regiones fuertemente patriarcales, como los países de Latinoamérica (Organización Panamericana de la Salud, 2008), incluido Colombia, en donde las políticas y programas no han instaurado procesos de fondo que transformen las relaciones de género alrededor de la sexualidad (Montoya y otros, 2011).

#### **1.6.4 Contexto social y familiar**

El contexto social abarca también espacios más próximos al individuo, como el lugar de residencia, estructura familiar y redes sociales (Pantelides, 2004), y en esos espacios aparecen los discursos que circulan alrededor del matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el

amor y la familia. Entre los aspectos familiares que promueven el embarazo adolescente se mencionan: “límite estrecho familiar”, cuando hay una restricción excesiva de la autonomía de la adolescente; “negligencia paterna”, en el caso de padres poco interesados en la educación y cuidado de su hija; “padres ausentes del hogar” y “familia poco acogedora”, entendida como aquella que no cubre las necesidades afectivas de la adolescente, o existen conflictos entre los padres (Baeza W. y otros, 2007), así como dificultades en la comunicación directa y honesta (Corcoran y otros, 2000). Según Flórez (2005), los factores más influyentes son el clima educativo familiar, la escolaridad materna, el antecedente de fecundidad en la adolescencia en la familia, la agresión física familiar, el estado civil de la madre y el nivel de supervisión por los padres.

En caso de que las/los adolescentes no vivan con ninguno de los padres, se ha encontrado que es más frecuente que no usen anticonceptivos en su primera y en su última relación sexual, en contraposición con aquellos que viven con ambos padres (Pantelides, 2004; Flórez, 2005; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; León y otros, 2008: 44; González, 2009: 19; Ávila y otros, 2011). Se reporta también el deseo de escapar de situaciones familiares conflictivas: las adolescentes se embarazan, en estratos pobres, para no cuidar de hermanos menores o para ser tratadas como adultas (Pantelides, 2004; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; León y otros, 2008: 44; Salinas Sevilla, 2009: 36; Näslund-Hadley y Manzano, 2011; Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, 2011: 19; Barinas, 2012).

Si en la familia existen antecedentes de embarazo en la adolescencia, estos pueden tener replica en generaciones posteriores (Gallo, 2009; Parada Baños y otros, 2009). De hecho, pueden existir valoraciones culturales y sociales positivas sobre las relaciones sexuales y los embarazos a temprana edad, que son respuesta a los patrones simbólicos del rol del hombre y la mujer en sociedad tradicional (Henaó y otros, 2007; Heilborn y otros, 2007; Salazar y otros, 2007; Chagas de Almeida y Aquino, 2009; Clarke, 2010).

La convivencia con padres o suegros y la dedicación a actividades domésticas es otra de las consecuencias del embarazo adolescente, en muchas ocasiones, empeorando las relaciones desiguales de poder entre padres/madres y suegro/a con la adolescente. No asisten a la escuela, pero tampoco ingresan al mercado de trabajo, y cuando lo hacen, suelen hacerlo en condiciones precarias (Binstock y Pantelides, 2005: 109; Flórez y Soto, 2006; CEPAL, 2007: 7; Salinas Sevilla, 2009: 42).

### **1.6.5 Las emociones y las relaciones de poder**

Por otra parte, se consideran también factores de riesgo del embarazo adolescente las carencias afectivas y comunicacionales en los/las adolescentes (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Arias Arroyo y otros, 2011), los aspectos afectivo-emocionales como la impulsividad (León y otros, 2008: 44-45) y el predominio del amor romántico entre un número importante de jóvenes (León y otros, 2008: 44; Cortés Ortiz y otros, 2009: 68; Santillana, 2010). Algunos estudios muestran que en ocasiones el embarazo puede ser deseado o como un elemento que da sentido a trayectorias vitales de violencia, exclusión y falta de reconocimiento (Nieto y otros, 2011).

Varias investigaciones muestran cómo la presión de las parejas masculinas, en el marco de relaciones asimétricas de género, son determinantes en la presentación del embarazo. Las adolescentes acceden a tener relaciones sexuales pero, por modelos tradicionales de género, muestran poca capacidad para negociar el uso de anticonceptivos (Pantelides, 2004; Aquino y otros, 2003; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Cortés Ortiz y otros, 2009; Gubert y Faganello, 2009; Näslund-Hadley y Manzano, 2011; Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, 2011; Pérez Then y otros, 2011: 55; Zelaya y Coto, 2011).

### **1.6.6 La violencia sexual como representación extrema de la violencia de género**

Adicionalmente, el embarazo en menores de 15 años se presume desde el código penal como consecuencia de un delito: el abuso sexual. Efectivamente, la violencia sexual es un importante problema de salud pública del cual solo se conocen datos de los casos cuando estos son denunciados, lo que implica que puede haber subregistro. Según la ENDS 2010, el 10% de las mujeres entrevistadas ha sido violada por el esposo o compañero y el 6% han sido violadas o forzadas a tener relaciones sexuales por un extraño. La afectación de este tipo de violencia en niñas y niños y adolescentes es grave. Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML), en el informe sobre violencias sexuales en Colombia entre 2004 y 2008, cada hora cerca de 9 mujeres sufrieron agresiones sexuales, en su mayoría niñas y adolescentes menores de 18 años (84%). Los agresores vinculados a este tipo de violencia fueron los familiares, en el 36% de los casos, otros conocidos en el 37%, los desconocidos en un 16% y, finalmente, se carece de información sobre el victimario en el 11% de los casos (INML, 2009).

Varios estudios establecen la relación entre abuso sexual y la condición de embarazo adolescente: este puede presentarse como consecuencia directa del abuso o comportarse como un detonante de otras circunstancias que pueden llevar a un embarazo temprano, entre las cuales se encuentran el uso de drogas, el alcoholismo, la baja autoestima, la victimización repetida y el escape de casa de las adolescentes para evitar el abuso, lo que puede llevar a las jóvenes a vivir en la calle y del trabajo sexual (Saewyc y otros, 2004; Watson y otros, 2007; Francisco y otros, 2008). La relación entre violencia de género, abuso sexual y embarazo adolescente también ha sido corroborada por otras investigaciones (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Lanza, 2007; Pantelides y Binstock, 2007; Pallitto y Murillo, 2008; SENDAS, 2011; Barinas, 2012; Reis y Schor, 2003; Araujo y Taquette, 2010; Quaresma da Silva y Ulloa, 2011). El abuso sexual y otras formas de maltrato pueden afectar a las niñas y adolescentes en las áreas de desarrollo cognitivo, social, emocional, físico y psicológico que provocan una ruptura en el funcionamiento adaptativo de los menores en la sociedad y con sus propias vidas (Boyer y Fine, 1992; Ermands y Black, 2008).

Esta expresión brutal de violencia de género en la que la dominación masculina se impone mediante el ultraje y la agresión al cuerpo de las mujeres, con todos los efectos físicos, psicológicos y sociales que ello conlleva, no son crímenes individuales desarticulados unos de otros: por el contrario, son la manifestación de una sociedad desigual en términos de género, en la que el cuerpo de las mujeres es blanco de diferentes violencias y en la que se desconocen y transgreden reiteradamente sus derechos (Londoño y otros, 2000). La permisividad con actos de este tipo, así como la intimidación a la que están sometidas las víctimas, se evidencia con el bajo porcentaje de denuncias que se presentan. Londoño y colaboradores (2000) mencionan que de las 201 mujeres embarazadas como consecuencia de abuso que participaron en su investigación, solo 4 denunciaron ante la Fiscalía<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Este tipo de denuncias se hacen ante la Policía Nacional, las Unidades Judiciales, la Oficina de Quejas y Contravenciones, las Unidades de Reacción Inmediata del Cuerpo Técnico de Investigación (CTI) de la Fiscalía General de la Nación, la Unidad de Delitos Sexuales y Menores C.T.I., la Unidad de Delitos Contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana de la Fiscalía y las Comisarías de Familia. Deben llevarse evidencias como ropa u objetos empleados en la agresión; la autoridad que recibe la denuncia realiza una entrevista exhaustiva sobre el tiempo, modo y lugar, y luego hace la remisión al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses o a la Unidad de menores de Medicina Legal, según la edad de la persona agredida, y allí se practican los siguientes exámenes: examen médico para describir todas las lesiones ocasionadas durante la agresión y para determinar la incapacidad médico-legal, si es necesaria; examen de laboratorio para toma de muestras de sangre, semen u otras sustancias; evaluación psiquiátrica o psicológica. El proceso es remitido a la Unidad Especializada en Delitos Contra la Libertad Sexual y la

### 1.6.7 La biología y los riesgos para la salud

En relación con los aspectos biológicos, las mujeres menores están en proceso de crecimiento y desarrollo físico, maduración hormonal y del aparato reproductor. En este sentido, es importante considerar que existen diferencias significativas en el grupo de mujeres entre 10-14 años y el de 15-19 años, especialmente porque las que se encuentran en el primer grupo no han estabilizado el ciclo ovárico, lo que suele ocurrir en promedio dos años después de la menarquia. Durante el periodo de estabilización, el aparato reproductor es inmaduro y tiene mayor probabilidad de presentar complicaciones en caso de embarazo y otros eventos relacionados con la sexualidad y la salud sexual y reproductiva; adicionalmente, en caso de embarazo hay mayor riesgo tanto para la madre como para el fruto de la gestación (Klein and the Committee on Adolescence, 2005; Barker y otros, 2007; Parada Baños y otros, 2009). Entre más joven es la mujer, mayores son los impactos en la salud individual y colectiva, por ejemplo: morbilidad de la gestante o neonatal, infecciones de vías urinarias, enfermedades de transmisión sexual, anemia, trastornos hipertensivos, parto instrumentado y/o endometritis posparto (Parada Baños y otros, 2009).

Los riesgos de salud más mencionados son las complicaciones obstétricas y en el puerperio (Flórez y Soto, 2006; Pantelides y Binstock, 2007; CEPAL, 2007: 6; León y otros, 2008: 44; Remez y otros, 2008; Palomino Gamarra y Ascate, 2009: 57; Blanco y Arrieta, 2010; Arias Arroyo y otros, 2011; Consejo de Ministras de la Mujer y Consejo de Ministros de Salud, 2011: 158; Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, 2011: 19; Contreras y Martín, 2011). Sin embargo, dos estudios realizados en Argentina y República Dominicana concluyen, por el contrario, que es menor el riesgo físico en las embarazadas adolescentes (en ellas baja la tasa de cesáreas, nacidos muertos, bajo peso al nacer, factores obstétricos y abortos inducidos) en comparación con las embarazadas no adolescentes (García Minuzzi y otros, 2010; Pérez Then y otros, 2011: 53-54). Algunos trabajos señalan que los riesgos del embarazo precoz, como la mortalidad infantil o materna en las menores de 15 años, se deben a las condiciones de vida y de salud de los adolescentes y no a su grado de desarrollo biológico (Tuñón-Pablos y Eroza, 2001: 221; Portnoy, 2005: 72).

---

Dignidad Humana, en donde el fiscal cita nuevamente a la víctima para obtener más datos; la víctima, sus acudientes (en caso de menores de edad) y los testigos son citados por la Unidad de Delitos Sexuales y Menores del C.T.I. para entrevista y se da inicio a la investigación de los hechos para obtener pruebas solicitadas por el Fiscal de conocimiento (Fiscalía General de la Nación, 2012).

## 2. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

*“Por su parte, los epidemiólogos se sienten presionados permanentemente a considerar como “hechos” sólo los casos que pueden ser identificados y contados, ya que, acá también, sin casos, no hay tasas. Y sin tasas..., pareciera, no hay epidemiología (Samaja, 2004: 169)*

### 2.1. La construcción del objeto de estudio

Las decisiones sobre que investigar, cómo hacerlo y para qué hacerlo están ligadas en este caso a las exigencias e intereses del investigador, que provienen de un contexto biográfico, social y cultural. De acuerdo con Berger y Luckmann (1979) la realidad solo puede ser cognoscible si el investigador interactúa con ella, lo cual a su vez los reconfigura a ambos, produciendo en ese proceso el objeto del conocimiento.

Para este caso, la elección del campo de la sexualidad y sus significados en una población y cultura particular, se da en un proceso de transformación personal y profesional. En virtud de la formación del investigador como médico y epidemiólogo los intereses iniciales de estudio e intervención se centran en el ámbito de lo que se conoce como la salud sexual y reproductiva, más específicamente, en los problemas de salud derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción. Sin embargo, ni la medicina, ni la epidemiología, ni la salud pública proveen respuestas suficientes, para interpretar el campo de la sexualidad y los fenómenos problemáticos que se derivan del mismo. En la experiencia de trabajo con adolescentes y población general, con altas vulnerabilidades y viviendo en zonas pobres y marginadas, las intervenciones basadas en enfoques de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienen impactos limitados. De la misma manera, el trabajo de mejoramiento de la calidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, aunque resuelve algunas de las problemáticas relacionadas con la enfermedad, no cambia las tendencias crecientes de fenómenos complejos como el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

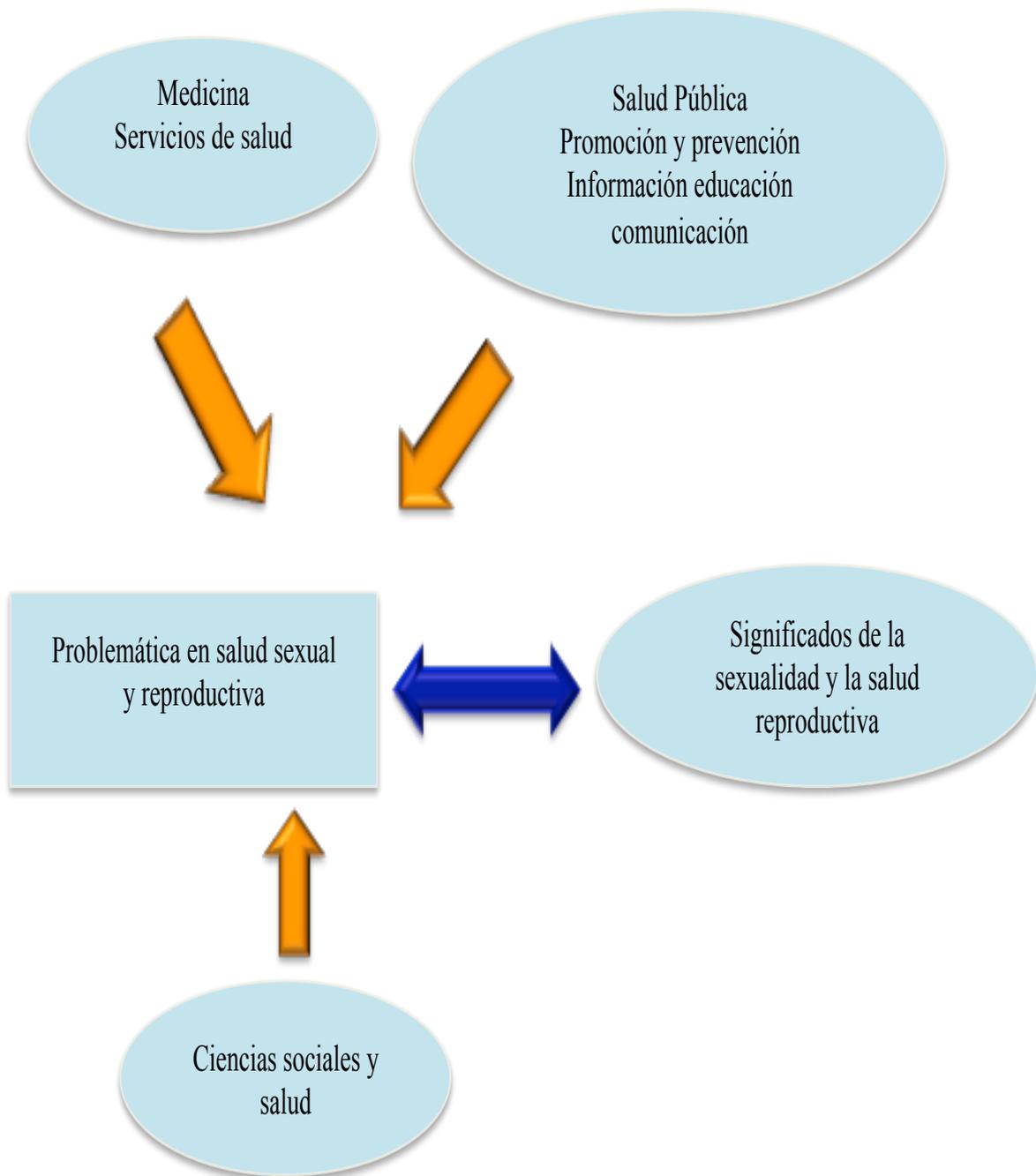
Queda un espacio vacío en investigación, acción e intervención que se configura con la aportación que las ciencias sociales hacen al campo de la salud sexual y la salud reproductiva. Específicamente, la aparición del complejo VIH-SIDA hace que después de unos primeros años en que domina la visión epidemiológica – biomédica, aparezcan nuevas interpretaciones derivadas de los estudios sobre historia y construcción social de la sexualidad. La sexualidad

aparece como un campo que vincula los elementos de la subjetividad con la colectividad, tratando de comprender esa elusiva relación individuo – sociedad, en un campo específico que afecta la salud de las personas. Entonces, surge el objeto de estudio en la frontera de la salud pública, la medicina y las ciencias sociales (ver figura 1). Al abordar como objeto de estudios las significaciones de la sexualidad y la reproducción, no se pretende descubrir “una verdad”, sino producir un conocimiento que tiene limitantes contextuales. Lo que se busca es construir una aproximación que de cuenta de las determinaciones presentes en la elaboración de significados y de los elementos del contexto que moldean su producción. Se trata de hacer sociología aplicada. Más allá de la pretensión de generar grandes teorías, se pretende utilizar la teoría producida desde las ciencias sociales en las últimas décadas en el campo de la sociología de la sexualidad y de la salud, para producir un conocimiento que sea útil en una realidad específica para comprender y enfrentar fenómenos sociales y culturales que tienen expresiones en la salud.

## **2.2. Enfoque metodológico**

Se trata de una investigación cualitativa - interpretativa, que busca comprender la manera en que las personas adolescentes atribuyen sentido a sus experiencias en sexualidad. La interpretación subjetiva de los significados es una característica general de los seres humanos. El conocimiento simbólico toma la forma de patrones de significado, realidades que no son explícitas en la experiencia cotidiana pero que corresponden al mundo conocido en común, configurando la realidad intersubjetiva (Berger y Luckman, 1979). Las interpretaciones de la realidad (las científicas y las del sentido común) se basan en un cuerpo de experiencias pre-existentes sobre ella que conforman la cultura, en la que “el medio tipificador por excelencia que permite transmitir el conocimiento de origen social es el vocabulario y la sintaxis del lenguaje cotidiano” (Schutz, 1974:44). Se parte de la idea que el lenguaje de un grupo social representa la acumulación objetiva de vastas cantidades de significados y experiencias de ese grupo. Esto es, por lo tanto lo que le da representatividad a los hechos interpretados. No se trata de la representatividad estadística sino de aquella que confiere el lenguaje del grupo social como acumulación objetiva de las experiencias del mismo.

Figura 1. La Construcción del objeto de estudio



La perspectiva analítica es la fenomenológica, partiendo de la mirada que hace Schütz sobre cómo la comprensión del mundo “se basa, en todo momento, en un acervo de experiencia previa, tanto de mis propias experiencias inmediatas como de las experiencias que me transmiten mis semejantes, y sobretodo mis padres, maestros, etc. Todas estas experiencias, comunicadas e inmediatas, están incluidas en una cierta unidad que tiene la forma de mi acervo de conocimiento, el cual me sirve como esquema de referencia para dar el paso concreto de mi explicitación del mundo” (Schütz & Luckmann, 1977:28). En esta perspectiva, tomamos el sentido común como un conjunto de saberes acumulados históricamente que utilizamos cotidianamente y que nos confieren seguridad.

La investigación se enmarca también en la tradición de lo que se denomina “construccionismo social”, que en el campo de la sociología de la sexualidad, es una forma de describir la historicidad ante los cuerpos y la sexualidad (Foucault, 1981; Weeks, 1985). Cómo explica Jeffrey Weeks: “Nuestra comprensión de las actitudes hacia el cuerpo y la sexualidad debe partir de su contexto social específico, del estudio de las variantes históricas y culturales que condicionan el surgimiento de ciertos atributos importantes, asignados a la sexualidad en un periodo particular; además, deben descubrirse las diversas relaciones de poder que conforman y hacen ver la conducta como algo normal o anormal, aceptable o inaceptable.” (Weeks, 1998b). Este campo propone que los significados que damos al cuerpo y la sexualidad están socialmente organizados, sustentados en una variedad de lenguajes que nos dicen qué es el sexo, que debe ser y qué puede ser. En este enfoque, entonces, se investigan las vivencias de la sexualidad y la reproducción de las personas estudiadas, para develar los significados que sobre ellas tienen.

En el caso del embarazo en menores de 15 años, la interpretación asume el contexto motivacional como contexto de significado. El significado de la acción depende de la temporalidad y en ese sentido, se utilizaron para el análisis los conceptos “motivo para” y “motivo porque”. En términos de Schütz “el motivo para” es un contexto de significación que “explica el acto en términos del proyecto, el auténtico “motivo porque” explica el proyecto en función de vivencias pasadas del actor” (Schütz, 1989:120) Esto nos permite analizar lo que ocurre en el curso de vida de las niñas en lo referente a su experiencia con el embarazo.

### **2.3. Personas sujetas de estudio**

La investigación incluye datos recogidos en dos fases sucesivas

### **2.3.1 Primera fase**

El trabajo de campo se realizó entre 2005 y 2007. Se seleccionaron tres contextos locales de la ciudad de Bogotá, incluyendo sectores bajo la línea de pobreza, en pobreza y de clase media. Las localidades de Candelaria, Kennedy y Ciudad Bolívar se incluyen como referentes de la población urbana de la capital de Colombia. Candelaria representa la urbanización más antigua, desde principios del siglo XX, ciudad Kennedy representa la urbanización de finales de los 60 y década del 70 y Ciudad Bolívar es el conglomerado más reciente, de la urbanización de los 80 y 90. En cada una de ellas las influencias rurales de sus primeros pobladores y las urbanas que se han consolidado con el paso del tiempo tienen efectos en las percepciones sobre los eventos estudiados y sus significaciones.

El trabajo de campo se realiza con adolescentes mujeres y varones entre 10 y 19 años, tomando como extremos de edad para adolescencia los sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sabiendo de las limitaciones que tiene el establecer límites de edad a un concepto cultural como el de adolescencia. Este grupo, se subdivide entre 10 a 14 y 15 a 19 años, tratando de dar cuenta de la diferencia en maduración biológica, psicológica y cultural de estos dos grupos. Se incluyen adolescentes que están dentro y fuera del sistema escolar. El trabajo de campo fue realizado por el autor de la tesis y por dos asistentes de investigación, una socióloga y un antropólogo quienes participaron como dinamizadores de algunos grupos focales y realizaron entrevistas de relato de vida.

### **Grupos Focales**

Luego de realizar reconocimiento de campo en los sectores escogidos se decide como técnica de indagación inicial los grupos focales, que han mostrado utilidad en la investigación sobre sexualidad y salud reproductiva en tanto que la interacción colectiva entre participantes permite la exploración de temas relacionados con el ámbito privado, desvela el lenguaje comúnmente utilizado y provee un ambiente en el cual los participantes se sienten cómodos hablando de estos temas (Frith, 2000). Además los grupos focales, permiten identificar líneas de profundización con técnicas posteriores (Bonilla y Rodríguez, 2000).

Se realizaron 37 grupos focales, 19 de mujeres y 18 de varones, incluyendo escolarizados y desescolarizados, con un total de participantes por grupo de entre seis y diez. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de dos horas y los informantes fueron escogidos, en el caso de los

escolarizados, por las autoridades escolares y, en el caso de los no escolarizados, por Organizaciones no gubernamentales (ONGs) o liderazgos sectoriales que permitieron su localización e invitación. Se utilizaron locales de las escuelas y salones comunales para la realización de los grupos focales. La guía de grupos focales de esta fase se encuentra en el Anexo 1.

### **Relatos de vida**

En la tradición etnosociológica desarrollada por Daniel Bertaux (2005: 36) “Hay un relato de vida desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona, investigador o no, un episodio cualquiera de su experiencia vivida”. La explicación del fenómeno no se da por inferencia estadística sino que “la generalización de los hallazgos puede presumirse toda vez que el análisis descansa en aquellos recursos del sentido común que indexan la normalidad que prevalece entre los sujetos estudiados” (Castro, 2011:156) y porque en la relación de varios testimonios sobre una experiencia se superan sus singularidades para lograr, mediante una construcción progresiva, una representación sociológica de los componentes colectivos de la situación narrada–interpretada (Bertaux, 2005).

Una vez terminados los grupos focales y realizada su categorización y primer análisis, se realizaron relatos de vida. En el relato de vida se recoge información sobre una o más dimensiones específicas de la historia personal, en este caso la experiencia entorno a la sexualidad en la adolescencia. En esta fase se utilizó una guía semiestructurada que da cuenta de los fenómenos que tienen que ver con la sexualidad, haciendo énfasis en los aspectos relacionales en los contextos particulares de las personas entrevistadas (Anexo 2). Se entrevistaron 33 adolescentes, con las mismas características de los grupos focales. Cada entrevista tuvo una duración promedio de dos horas. En las escuelas los profesores u orientadores de la institución sugieren a quién entrevistar<sup>12</sup>. En el resto, las ONG’s o las juntas de acción comunal colaboraron en las búsquedas de personas con las características deseadas. Los relatos se realizan en las instituciones educativas para el caso de estudiantes de colegios y en salones comunales y cocinas comunitarias para el caso de personas fuera del sistema escolar en el momento del trabajo de campo.

---

<sup>12</sup> Previamente se informó que no se trataba de escoger adolescentes con problemas, o aquellos que mas participaran o menos participaran. Se trataba de que escogieran niños y niñas que ellos creían que podían hablar con tranquilidad y extensión en la entrevista.

Los grupos focales y los relatos de vida se transcribieron y los textos se procesaron en el software ATLAS TI V 5.2 mediante el siguiente procedimiento: Transcripción de las entrevistas colectivas e individuales; Lectura temática para codificar la base de datos textual: Clasificación de los datos (fragmentos textuales), en las categorías de análisis, codificación abierta las unas preestablecidas (deductivas) y las otras definidas en el proceso de sistematización y análisis (inductivas); Creación de catálogos o grupos de análisis a comparar: adolescentes 10-14; 15 –19; varones – mujeres, escolarizados- no escolarizados – contextos –Búsqueda de información según rutas de análisis, comparando subgrupos

### **2.3.2 Segunda Fase**

Para esta fase se avanzó en la configuración de un estudio de caso para profundizar en las significaciones sobre la sexualidad en un fenómeno reconocido como “problemático” en el campo de la salud sexual y reproductiva y aplicado a un grupo poblacional con múltiples vulnerabilidades. En esta fase de la investigación, se construye un estudio de caso instrumental (Stake, 2013), ya que se examina el caso particular del embarazo en menores de 15 años para brindar una comprensión de las significaciones en el campo de la sexualidad y la salud reproductiva. Las niñas menores de 15 años que comparten sus relatos de vida en esta investigación, por sus características de generación, género y clase se constituyen en un caso paradigmático para rastrear la construcción de la sexualidad en los contextos estudiados.

El trabajo de campo se realizó entre 2011 y 2013 y se realizaron 18 Relatos de Vida (Anexo 3) de adolescentes menores de 15 años con experiencia de embarazo en Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín. La procedencia de las adolescentes fue de sectores rurales y urbanos populares. La localización de los casos fue realizada a través de Direcciones Territoriales de Salud y/o Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.

Los relatos se transcribieron y se realizó una búsqueda de categorías relevantes e interpretación de las mismas en términos de la significación que hacen las adolescentes. Adicionalmente, se realizó un proceso interpretativo que asume el contexto motivacional como contexto de significado. El significado de la acción depende de la temporalidad y en ese sentido, se utilizaron para el análisis los conceptos “motivo para” y “motivo porque”. En términos de Schütz “el motivo para” es un contexto de significación que “explica el acto en términos del proyecto, el auténtico “motivo porque” explica el proyecto en función de vivencias pasadas del actor”

(Schütz, 1989:120). Esto permite conocer los motivos que tienen las adolescentes y sus referentes sociales frente al fenómeno del embarazo adolescente y como se transforman sus cursos de vida. Finalmente se reconstruyen cuatro relatos de vida donde se pueden evidenciar las categorías centrales de la investigación, en las voces de la niñas adolescentes, relevadas allí para ser leídas y comprendidas en su complejidad.

Tanto en la primera como en la segunda fase, el número de grupos focales y de relatos de vida se define de acuerdo al criterio de saturación progresiva del modelo. Esto quiere decir que se pueden desarrollar las propiedades y dimensiones de las categorías de interés para la investigación y se considera que no se obtiene información nueva sobre las mismas. (Glasser y Strauss, 1968; Strauss y Corbin: 2004 ; Bertaux, 1999, 2005 ) .

#### **2.4. Consideraciones éticas**

El proyecto de investigación de la primera fase fue sometido a estudio y aprobado por el Comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario en Bogotá. Para la realización de las entrevistas grupales e individuales se obtuvo previamente el consentimiento informado de los y las participantes. Se informó de la confidencialidad de la información recogida, así como de la libertad plena para no responder preguntas que no quisieran, así como de dar terminada su participación en el momento que así lo consideraran.

En la segunda fase, el protocolo de investigación se sometió a valoración y fue aprobado por un comité de ética constituido Ad hoc por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Adicionalmente, tuvo que ser sometido a los comités de ética de las instituciones hospitalarias que contribuyeron en la identificación de los casos<sup>13</sup>. El estudio está clasificado como de riesgo mínimo según los estándares internacionales y la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, dado que la entrevista de relato de vida aborda aspectos sensibles del comportamiento humano y se requirió del consentimiento escrito informado de las adolescentes, acogiendo el precepto de la Corte

---

<sup>13</sup>Esto hizo que el trabajo de campo se extendiera en el tiempo, ya que las aprobaciones tuvieron distintas fechas, lo que prolongó el periodo de recolección de los datos. Según la legislación nacional, si el protocolo fue aprobado en un comité de ética, se entiende aprobado para sus efectos en el territorio nacional, sin embargo, las instituciones hospitalarias entienden que cualquier acción en la que participen debe pasar por su propio comité de ética.

Constitucional de Colombia referido a que “La jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo. En materia de aborto el legislador, si lo estima conveniente, podrá establecer reglas específicas en el futuro sobre representación, tutela o curatela sin menoscabar el consentimiento de la menor de catorce años.” (Corte Constitucional de Colombia -Sentencia C-355-, 2006)). En aquellos casos en que la adolescente accedió a la realización del relato de vida, pero supeditó su participación a la autorización de la madre/padre o tutor responsable, se pidió también consentimiento informado a ésta/éste.

Partiendo del supuesto que muchas de estas adolescentes estuvieron expuestas a violencia sexual, la entrevista para el relato de vida se asumió como un acto reparador del sujeto de derechos, por lo cual no se centró en el trauma o el recordar el hecho de violencia. Previamente a la realización de los relatos de vida, se estableció contacto con los servicios de salud al que estaba afiliada la adolescente seleccionada, para asegurar que si aparecía un caso de abuso sexual en la realización del relato de vida, la institución de salud la acogiera y le prestara los servicios correspondientes de acuerdo con el modelo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual del MSPS.

## **2.5. Archivo y presentación de los datos**

Los datos de la primera fase están contenidos en un archivo de Unidad Hermenéutica (HU) de ATLAS TI V2.04 y los de la segunda fase en archivos magnéticos en bases de datos textuales que contienen las transcripciones de los relatos de vida. Ninguno de los archivos conservados permite la identificación de las personas que participaron en las dos fases de la investigación. Estos archivos los conserva el autor de la tesis de manera segura con claves de acceso. Los datos generados en la primera y segunda fase, se presentan a través de narrativas extraídas de grupos focales y/o relatos de vida que son ejemplos relevantes de las categorías que se fueron saturando. En ese sentido se utiliza en cada narrativa presentada una notación que se entiende de la siguiente manera:

### **Capítulo tres - Primera Fase**

[Grupo Focal:grupo de edad: Escolarización] por ej. [GF: 10-14: Desescolarizadas]

[Relato de vida: grupo de edad: Escolarización] por ej. [RV:15-19:Escolarizada]

**Capítulo cuatro: Segunda fase.** En este caso se trata solamente de relatos de vida

[Adolescente No de entrevista, Ciudad] por ej. [Adolescente 1, Medellín]

**Capítulo cinco: Segunda fase.** Relatos de vida reconstruidos.

Se cambia el nombre de la adolescente para proteger su identidad y se cambian los nombres de lugares e instituciones. Por ej . El relato de María Carolina.

### **3. SIGNIFICADOS DE LA SEXUALIDAD EN EL GRUPO DE ADOLESCENTES**

Este capítulo analiza e interpreta los significados sobre la sexualidad adolescente, organizados en perspectiva cronológica y biográfica y por diferencias genéricas. Es decir, primero las mujeres de diez a catorce años y quince a diez y nueve años para ver cuales significados cambian, se mantienen o surgen nuevos. Posteriormente se presentan los resultados para los varones.

Para definir los significados sobre la sexualidad y su articulación con la salud sexual y reproductiva se han tomado como categorías de análisis las relaciones afectivas, las relaciones sexuales, la maternidad y paternidad y el aborto. Estas categorías se eligen por ser las que emergen de manera mas importante en las narrativas de el grupo estudiado y se reconocen en la literatura como centrales en el campo de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.

#### **3.1. Niñas diez a catorce años**

##### **3.1.1 Referentes significativos**

Es importante establecer qué personas son referentes significativos<sup>14</sup> de los y las adolescentes, en términos de la interacción cotidiana y la comunicación de contenidos, representaciones, imaginarios y prácticas sociales relacionadas con la sexualidad. Establecer las personas referentes implica, además, develar sus discursos y sus significaciones. Los resultados tratan de mostrar cómo las interacciones de tipo comunicativo y contextual, configuran sentidos de significación distintos sobre la sexualidad, según referentes de género y generación. Las representaciones dominantes son similares en todos los grupos estudiados y únicamente se ven diferencias en la enunciación de los discursos de las niñas escolarizadas de clase social media, en donde se nota un lenguaje más abierto sobre la sexualidad, sin que eso signifique que existan grandes diferencias en las prácticas sociales de las adolescentes.

En las niñas de diez a catorce años, las referentes significativas en el campo de la sexualidad son mujeres, principalmente las madres y hermanas. Un primer significado que se explicita en los discursos, está inscrito en las experiencias negativas de las relaciones vividas: involucrar la

---

<sup>14</sup> Se entiende aquí por referente significativo a aquellas personas que participan en la socialización del niño o niña en los ámbitos de la sexualidad.

biografía y visualizar al grupo de varones como un grupo con identidad homogénea se utiliza para comunicar un significado negativo, controlar y normatizar los comportamientos de las niñas. Veamos este testimonio:

“Yo tengo una hermana mayor. Ella vive con un marido; entonces ella me dice: usted no se vaya a poner de boba a tener novios, que no sé qué, que mire los hombres como me pagan, que mire no sé qué, entonces estese quietica, ahí solita”. [GF: 10-14: Desescolarizadas]

Este y otros discursos enunciados por las niñas, denotan una noción del sentido común, que plantea que es mejor no relacionarse con el sexo opuesto, pues esto conducirá necesariamente a experiencias negativas. Las adolescentes elaboran una representación de las relaciones con el sexo opuesto basadas en experiencias relatadas por sus referentes cercanos, en este caso, las mujeres de la familia. Estos grupos han elaborado un discurso sobre la cotidianidad donde las relaciones con hombres conducen a experiencias poco gratas. Esta percepción de la identidad grupal de los hombres también aparece en los relatos de las niñas:

“Porque los hombres no más, como dijo la mamá de Luisa, quieren a las mujeres para la cama, y cuando la dejan a una embarazada... como el papá de la niña, ayer llamó, quería ver a la niña, fuimos a la casa de él, dijo que esa chinita no era de él, que no sé qué...” [E: 10-14 Desescolarizada]

“Pues primero yo estaría segura de la persona, porque hay hombres que... y como todos los hombres, cuando uno va a tener un hijo se olvidan de uno y no responden” [GF: 10-14: Escolarizadas]

La realidad que viven y conocen las niñas es coherente con los discursos hegemónicos que sobre “Los hombres” realizan las mujeres de sus familias. Las relaciones afectivas entre hombres y mujeres se enmarcan en la visión reproductiva de la sexualidad. Los embarazos no esperados empiezan a ser comunes en el discurso de ellas, como el riesgo mayor de establecer relaciones afectivas de pareja, y es objeto de advertencia por parte de madres, hermanas y pares:

“Mi mami dice que no puedo hacer relaciones con nadie, ni acostarme con nadie, porque de pronto es malo, porque los hombres son muy, como dice Lina, perros, y pongámosle

yo, si me acuesto con un muchacho y tengo un bebé, él lo traiciona y se va con otra” [GF: 10-14: Desescolarizadas].

La experiencia vivida por las referentes adultas y pares se narra como una vivencia negativa de la sexualidad que se enfrenta a masculinidades tradicionales que demandan sexualmente a sus parejas y que, una vez logrado el objetivo sexual, desestiman la relación para buscar otras nuevas.

Otro elemento clave en el discurso de las referentes mujeres es la edad de las niñas, como punto para decidir las relaciones de noviazgo:

“A mi no me gusta tener novio, mi mami dice que yo estoy muy chiquita para tener novio”. [GF: 10-14: Desescolarizadas]

En las mujeres que viven con las adolescentes existe la convicción de que se requiere madurez, basada en la edad, para asumir relaciones de noviazgo y, más aún, relaciones sexuales. Sin embargo, el discurso que enuncian resulta confuso para las niñas. Los relatos que rememoran los discursos escuchados de sus madres hacen alusión a la madurez según se es grande o no y a la adscripción de los hombres a un grupo del que, al menos por ahora, hay que guardar distancia:

“No, no, me dice que no me deje tocar de ningún hombre hasta que no sea grande” [GF: 10-14: Desescolarizadas]

En las niñas la madurez también está dada por haber culminado estudios, ser profesional y tener un empleo estable.

“Pues yo creo que en la niñez uno no debe estar pensando en eso. Ya, digamos, entre los veinte y los veintiún años, cuando uno sea profesional, uno ya debe tener un novio y se debe casar” [GF: 10-14: Escolarizadas]

“A mi no me gustaría tener novio. Primero yo quiero estudiar y hacer una carrera y ahí si tener un novio” [GF: 10-14 Desescolarizadas]

El deber ser de su futuro choca con la realidad de sus contextos particulares. Muchas de las niñas han tenido que abandonar sus estudios por falta de recursos y algunas otras ya han sido madres precoces. En la escuela también se refuerza la idea de no tener relaciones afectivas:

“No, pues no apoyan la idea de tener novio, aquí en el colegio no apoyan esa idea [...] O sea, aquí la mayoría de profesores nos dicen que vinimos fue a estudiar, y siempre le echan a uno en cara lo de los novios... [GF: 10-14: Escolarizadas]

Tanto en la familia como en la escuela, se realiza una escisión entre la vida afectiva personal con varones y la vida estudiantil y (de todos modos improbable, pero recurrente en la representación y en la norma) profesional. Los noviazgos y los hombres son un obstáculo. Las representaciones definen un proyecto de vida en el que es imposible compatibilizar la vida afectiva con parejas y los otros procesos de crecimiento personal de estas adolescentes. Esta escisión tiene su base en la concepción de que las relaciones de pareja traen connotaciones negativas para las mujeres o se convierten en obstáculos para el proyecto de vida imaginado como realización personal.

Las niñas entrevistadas, suelen recibir información de sus madres y hermanas sobre su primera menstruación. Al brindar la información sobre este hecho se aprovecha para transmitir imaginarios del sentido común<sup>15</sup> sobre la sexualidad:

“Pues yo sé que mamá me ha dicho que es un punto donde uno se desarrolla, es cuando le llega la menstruación mensualmente, ahí es donde uno se tiene que cuidar de los hombres que por no sé qué, que por sí se cuándo”. [GF: 10-14 Desescolarizadas]

“Que la menstruación le llega a uno y eso uno tiene que cuidarse porque ya cuando le llega puedo quedar embarazada”. [RV: 10-14: Escolarizada]

La menarquia aparece como un cambio fundamental en el mundo de las niñas. Más que fenómeno biológico, representa para las madres el punto nodal para alertar sobre el cuidado con

---

<sup>15</sup> Para el concepto de sentido común tomamos aquí el desarrollado por Roberto Castro: “El concepto de sentido común se entiende aquí como un sistema cultural, compartido por una comunidad de individuos y que existe como consecuencia de la convicción de dichos individuos de que es un saber práctico, significativo y correcto” (Castro, 2002: 208).

los hombres. Antes de explicitar la normalidad biológica y fisiológica de la menstruación, el discurso de las mayores transmite elementos de la cultura que configuran la noción de que las mujeres tienen que cuidarse de los hombres a partir de la primera menstruación. Para las mujeres adultas este es el evento que marca el inicio de la demanda sexual de los hombres y que, por consiguiente, simboliza el fortalecimiento de la resistencia femenina. A partir de ahora las relaciones sexuales y el embarazo, con toda su carga social y simbólica negativa, son posibles.

Existe una configuración de género que explica por qué las mujeres entrevistadas, que provienen de distintos contextos, elaboran un discurso similar sobre los varones. Ellas tienen y transmiten la sensación de que los varones están en permanente actitud de demandar y a veces acosar sexualmente a las mujeres. Por otra parte, los hombres de la familia refuerzan esta significación. Algunas niñas aluden a ello en las conversaciones que han tenido con sus hermanos mayores:

“¿Con tu hermano hablabas de sexualidad? Él me decía que me cuidara, sí, me decía: no se deje creer por los hombres, nosotros vamos por lo que vamos, nunca tenemos algo en serio con nadie. Y pues yo no tomé esas palabras de verdad, no las tomé en serio y míreme como estoy...” [RV: 10-14: Desescolarizada, embarazada]

“Mi hermano me ha dicho que generalmente los hombres... ¿no? Que la pruebita de amor, que no sé qué, entonces él me dice que no, que pilas con eso” [RV: 10-14: Escolarizada]

Estos discursos repiten la noción de cuidado, ante un riesgo en abstracto<sup>16</sup> del que no se habla claramente. Parece que “cuidarse” significa preservar la virginidad, y, en otros casos no tener relaciones sexuales para evitar el embarazo. Los mismos varones se adjudican una suerte de identidad de grupo, (también asignada por las mujeres) definida en términos de acoso y búsqueda de un fin explícito y concreto: tener relaciones sexuales. El hombre está en constante actitud de acoso y la mujer debe asumir el papel de “cuidarse” o, dicho en otras palabras, resistir el acoso.

Otro elemento discursivo importante es la preocupación de las mamás por la violencia sexual hacia sus hijas. La vulneración de derechos sexuales y derechos reproductivos (visible en los

---

<sup>16</sup> El riesgo en abstracto deja las puertas abiertas para la imaginación, en este caso el concepto puesto en negativo, para una imaginación dramática, dolorosa, una imaginación que asusta e inmoviliza, que abre narrativas imaginarias que algunas veces se hacen realidad.

contextos donde viven las niñas) hace que las madres socialicen a sus hijas frente al peligro de la violencia sexual:

“A mi mamá no le gusta que yo tenga padrastro porque generalmente siempre violan a las niñas. A mí un señor de allá del inquilinato quería abusar de mí, yo estaba haciendo mi tarea y el señor fue y me encerró en la pieza”. [GF: 10-14: Escolarizadas]

“Mi papi me acaricia, pero mi mami dice que con cuidado, que con cuidado con mi papi, que de pronto me hace algo, pero yo no le pongo cuidado porque normal, normal, él me acaricia, me da picos aquí, me dice que me cuide de los hombres”. [GF: 10-14: Desescolarizadas]

La visión de cuidado se traslada también a los ámbitos familiares. El riesgo de la violencia sexual está presente y las madres advierten a sus hijas sobre la posibilidad de que sus familiares cercanos puedan ejercer violencia sobre ellas. En Colombia el Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses, reportó entre “los agresores de violencia sexual siguen predominando los del entorno familiar; en el 40,5% de los casos (7.790) se registró como agresor un familiar con algún grado de consanguinidad. De igual manera, el grupo de edad donde se presentaron mas casos fue el de 10 a 14 años para el caso de las mujeres, con un porcentaje de 41,34% del total. Como se ha venido reflejando en los últimos tres años el 85,80% de los casos (18.116) se presentaron en los grupos etarios de los 0 a 17 años, población más vulnerable frente a este tipo de violencia” (IMLCF, 2014). Las cifras dan la razón a las madres que asumen formas de protección sobre las hijas haciendo énfasis en los riesgos percibidos por ellas mismas en sus relatos de vida. Esta percepción negativa sobre lo que ocurre con la violencia sexual en los contextos en que viven las niñas, contribuye a generar una noción de autocuidado sobre la integridad corporal, basada en el ejercicio de autonomía sobre el cuerpo como un primer paso para la generación de derechos sexuales y derechos reproductivos basados en el cuidado y la protección de sí (Correa y Petchesky, 2001).

### 3.1.2 Relaciones sexuales

La mayoría de niñas entre diez y catorce años no ha iniciado relaciones sexuales, pero ya tienen valoraciones, imaginarios y percepciones sobre las mismas, aprendidas en sus espacios de socialización. El sentido común hegemónico, asocia las relaciones sexuales con la reproducción y la maternidad, de tal manera que las niñas repiten los discursos socializados en sus contextos cotidianos y algunas los reelaboran y los incorporan a su propio discurso del sentido común sobre la sexualidad:

“E: ¿Qué te dice tu mamá? N1: Dice que para tener relaciones sexuales hay que ser responsable, hay que estar grande y saber lo que es tener un hijo. N3: Pues mi mamá me dice que es mejor uno no conseguir ni novio, porque eso a uno le hace tener muchas responsabilidades, que uno de mujer sufre hartito porque los hombres casi no sufren y que también. E: ¿Por qué uno de mujer sufre hartito? N3: Pues porque casi todos los hombres son perros, o sea a uno lo hacen sufrir mucho, algunos hombres que le pegan.” [GF: 10 – 14: Desescolarizadas]

“Pues mi mamá dice que... bueno, mi papá dice que es mejor llegar uno virgen al matrimonio. Mi mamá dice que uno no debe tener relaciones sexuales tan joven porque se puede tirar la vida; o sea, uno qué hace con un bebé o con una infección. Dice que debo pensar primero si es a la persona a la que quiero, con la que quiero estar... y que esa persona lo respete a uno y que no vaya a ser que recién de conocerse no vaya a querer una relación sexual”. [GF: 10-14: Escolarizadas]

Dos orientaciones están presentes en los discursos de las personas adultas que viven con las niñas. La primera es la norma sexual definida en el occidente cristiano según la cual el resultado del acto sexual debe ser la reproducción (Weeks, 1998), para formar parte de lo que Gayle Rubín llama el sistema de valores sexuales, en donde “la sexualidad “buena”, “normal” y “natural” es idealmente heterosexual, marital, monógama, reproductiva y no comercial. Es en parejas, dentro de la misma generación y se daría en los hogares” (Rubin, 1989: 140). Este sistema sigue siendo hegemónico en las personas entrevistadas. La segunda orientación, vinculada a la primera, se refiere al peligro y sufrimiento que entrañan las relaciones afectivas y sexuales para las mujeres. Disfrutar de una sexualidad libre, sin riesgos y consensuada está lejos de la realidad y del imaginario de estas adolescentes. La sexualidad las invita al riesgo, al peligro, al dolor, nunca al

placer. Y son los otros, masculinos inevitables, los encargados de guiar por este camino a la mujeres.

Las decisiones sobre tener o no relaciones sexuales también están condicionadas por los deseos de encontrar una pareja diferente a las que se engloban en la identidad grupal de los varones. Quizás todos sean iguales, pero quizás se pueda encontrar alguno con características deseables:

“Yo pienso llegar virgen hasta el matrimonio, pues con la persona que me sepa valorar, respetar y que me quiera por lo que soy y no por lo que tengo”. [GF: 10-14: Desescolarizadas]

“Que me respete; o sea, que no me toque, que cuando empecemos a conocernos no empiece con cosas malas. por ejemplo, que ya quiere tener relaciones sexuales y eso no me gusta, uno tiene que conocer primero a esa persona, tiene que saber bien cual es la persona que me conviene, una persona cariñosa, amorosa, que quiera y que sea muy responsable”. [GF: 10-14: Escolarizadas]

Sentirse valoradas, amadas, respetadas son los deseos mas presentes en las narrativas de estas adolescentes. La responsabilidad es el valor masculino que se establece como necesario para pensar en tener relaciones sexuales con esa pareja. La responsabilidad, como valor constituyente del sentido común se refiere a la intención y capacidad de responder por un embarazo, si este llega a darse, y está referido tanto a las mismas adolescentes como a sus parejas “ideales”:

“N2: Pues yo pienso que para tener relaciones sexuales uno ya debe de saber todo y tiene que ser responsable de sus actos o cuidarse. N3: Pues yo pienso que eso es para que uno ya esté mayorcito, para ahí si, como dicen, ser responsable. Ya tiene uno, creo yo, tener su mayor edad, porque así como uno está de los doce o de los catorce eso a uno le llega una responsabilidad muy grande, uno se hace relaciones y queda embarazada pues es cuando llegan muchas, muchas, muchas obligaciones. N4: Me parece algo normal de una pareja, y pues uno de mujer y también como hombre debe tener una responsabilidad porque eso de tener hijos es una responsabilidad grandísima de la plata, lo de la leche, entonces es muy grande.” [GF: 10-14: Desescolarizadas]

“Esas cosas malas, por ejemplo que ya quiere tener relaciones sexuales, no me gusta. Uno tiene que conocer primero a esa persona, tiene que saber bien cuál es la persona que me conviene; una persona cariñosa, amorosa, que me quiera y que sea muy responsable”. [GF: 10-14 Escolarizadas]

Como plantea Carol Vance: “En la vida de las mujeres la tensión entre el peligro sexual y el placer sexual es muy poderosa. La sexualidad es, a la vez, un terreno de constreñimiento, de represión y peligro, y un terreno de exploración, placer y actuación. Centrarse sólo en el placer y la gratificación deja a un lado la estructura patriarcal en la que actúan las mujeres; sin embargo, hablar sólo de la violencia y la opresión sexuales deja de lado la experiencia de las mujeres en el terreno de la actuación y la elección sexual y aumenta, sin pretenderlo, el terror y el desamparo sexual con el que viven las mujeres” (Vance, 1989: 9). Hasta ahora hemos visto cómo las adolescentes representan la sexualidad en el terreno del peligro y en el deseo de encontrar parejas amorosas y responsables. La exploración sobre la otra parte de la tensión mencionada por Vance, el placer, arroja nuevos elementos de valoración, con miradas clásicas sobre el mismo, pero también la emergencia de discursos tímidos frente a la sexualidad de las adolescentes:

“Mucha gente lo hace por crecer, ¿no? Debería hacerlo por amor y estar bien con una persona, pero primero uno debería pensar las consecuencias que tener una relación sexual puede traer y más cuando uno no desea un embarazo. Entrevistadora: ¿Tú tendrías una relación sexual por placer? E: Nunca.” [RV: 10-14: Escolarizada]

Este testimonio revela varios aspectos importantes. Las relaciones sexuales forman parte del desarrollo personal, pero sólo son aceptables en el contexto del amor romántico y la pareja en “armonía”. Sin embargo, en los contextos en los que estas niñas crecen, establecen relaciones donde ellas aman a sus parejas, mientras que los varones buscan “la prueba de amor”. En este desencuentro, las mujeres que creen haber encontrado la pareja deseada, tienen relaciones sexuales generalmente con consecuencias indeseables que van desde el sentido de culpa, hasta los embarazos no buscados y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Existe una clara definición por parte de algunas adolescentes de los elementos para ejercer el derecho a la libertad. Conocer y ser consciente de las consecuencias de una relación sexual, debe conducir a una mejor toma de decisiones en este campo. No obstante, la combinación entre el amor romántico, la visión reproductiva de la sexualidad y el peligro (el miedo como sentido

común) que representa para las adolescentes, no permite que se asuman decisiones autónomas y sin riesgos. El placer no es pensado como posibilidad, mucho menos como posibilidad positiva. Las relaciones sexuales, placenteras, ni siquiera son pensadas en el marco tradicional de la pareja heterosexual, estable y enamorada. Mucho menos aún si hay personas que transgreden la norma dominante:

“N1: bueno, que tienen actos sexuales ¿cierto? Y bueno y pues chévere, porque pueden traer a una persona al mundo, pero también esa misma persona no tiene por qué estar con otra y con otra y con otra, eso es como un pecado, ¿si me entienden? Y entonces eso está muy mal”. [GF: 10-14: Desescolarizadas].

En el marco normativo de la sexualidad, esta niña trata de definir lo que está mal y lo que está bien. Como plantea Weeks: “el occidente cristiano [...], ha visto en el sexo un terreno de angustia y de conflicto moral, y ha erigido un dualismo duradero entre el espíritu y la carne, la mente y el cuerpo” (Weeks, 1998:30). Esta angustia y conflicto se representan también en los testimonios de las niñas sobre otras posibilidades de placer sexual como la masturbación, veamos este fragmento de una de las niñas entrevistadas al ser interrogada sobre la posibilidad de la masturbación:

“Porque a mí me parece que eso es algo absurdo, diciéndolo así, me parece una cochinado, porque por más que uno... los genitales... como una sensación... yo aguantaría, pero no haría eso jamás.” [RV: 10-14: Escolarizada]

El sentido negativo sobre la exploración del cuerpo y el autoerotismo es constante en los discursos de estas adolescentes. El primer paso para la construcción subjetiva de los derechos sexuales y reproductivos, el conocimiento y exploración del cuerpo, están limitados por representaciones que siguen ocultando las posibilidades del placer y el erotismo tras la máscara del pecado, el miedo y la culpa. A pesar de esta tendencia dominante, aparecen en algunas de las adolescentes entrevistadas nuevas miradas, incipientes, sobre una sexualidad posible que no necesariamente está ligada a la reproducción, y donde los elementos de protección y cuidado de sí aparecen de manera importante:

“Uno lo debe hacer con mucha madurez, es una cosa que se tiene que tomar con mucha madurez, sobretodo con mucho amor, si uno quiere a una persona y sobretodo si la

persona lo quiere a uno, y con mucho cuidado, con mucha protección. E: Cuando hablas de protección, ¿a qué te refieres? - O sea, en el sentido de que se cuiden tanto hombres como mujeres para no causar infecciones, ni tener embarazos no debidos”. [GF: 10-14: Escolarizadas]

La presencia de la afectividad, el amor y el cuidado ligados a la madurez entre la pareja es el eje orientador de este testimonio. Aún cuando el discurso positivo no incluye el placer y el disfrute, el énfasis del cuidado puesto en varones y mujeres muestra una apropiación distinta del discurso de la sexualidad, donde es posible evitar consecuencias indeseables. Este discurso aparece en adolescentes provenientes de familias de clase media. En sus entrevistas se nota que hablan más claramente de sexualidad y relaciones sexuales con sus referentes familiares por lo general son profesionales. El lenguaje que utilizan las adolescentes y sus referentes adultas es propio de discursos técnicos. Estos elementos pueden explicarse en el concepto que Luc Boltanski llama capacidad médica<sup>17</sup>. Este autor sostiene que “la norma que regula la expresión de sensaciones corporales, en la clase social baja, y que impide que la gente hable a cerca de ellas, está presente también en sus actitudes hacia la enfermedad y la sexualidad. Las clases sociales altas manejan con maestría un lenguaje técnico que les permite referirse a temas sexuales con propiedad, sin obscenidad, también con distancia, la distancia del cuerpo es un condicionante de civilización o en otras palabras de distinción. Las clases bajas, por otra parte, no hacen esta distinción cognoscitiva y por lo tanto tienden a evitar hablar de asuntos sexuales y de otro tipo, por temor a que puedan ser interpretados como obscenos. Estas normas reflejan las condiciones objetivas de vida de las que las ponen en vigor” (Boltanski, citado por Castro, 2002: 51-52).

Si nos enmarcamos en este concepto, la posibilidad de generar conversaciones más abiertas en la familia y en la escuela, puede aumentar la capacidad médica – que para efectos de los que nos interesa, se trataría más de capacidad de conversar sobre sexualidad- de los actores implicados y a

---

<sup>17</sup> “Boltanski sugiere que en la mayoría de las sociedades (industrializadas) contemporáneas, no existen taxonomías de enfermedades y sintomatologías populares, que estén bien organizadas, sean coherentes y manejadas de manera consciente por los individuos. Por el contrario, sostiene el autor “existen únicamente taxonomías científicas, formuladas de acuerdo a reglas científicas, formuladas de acuerdo a reglas explícitas usadas e impuestas deliberadamente por los especialistas. El conocimiento de dichas taxonomías por parte de los individuos está en función de la distancia social que los separa del mundo intelectual (e.g., su nivel de educación) o la frecuencia con que visitan al doctor. [...] En consecuencia la capacidad médica es en parte el producto de la familiaridad que se tenga con el tipo de lenguaje de los especialistas” (Castro, 2000: 51).

su vez producir un cambio de representaciones y actitudes frente a la sexualidad. Sin embargo, hay que ser cuidadosos, pues no se trata de llenar de lenguaje “científico” los contenidos conversacionales, ya que como explican otros teóricos, la ciencia también es un dispositivo de control de la sexualidad (Foucault, 1991). Se trata de lograr que las familias, la comunidad educativa y las personas adolescentes puedan conversar libremente sobre su sexualidad sin ser señalados y culpados.<sup>18</sup>

La matriz cultural se sustenta en las condiciones objetivas de vida de las niñas e influye en sus significados sobre la sexualidad y las relaciones sexuales. Las adolescentes hablan de las experiencias vividas en su entorno:

“E: ¿Tú qué piensas de las relaciones sexuales? N1: Que eso no debería de existir. E: ¿Por qué? 1: Eso duele mucho. E: ¿Y tú cómo sabes? N1: Porque mi hermana me ha dicho. N3: De las relaciones sexuales, sí, pues que a mi no me gusta, lo he visto, lo he escuchado y no me gusta. E: ¿Dónde lo has visto? N3: En la cama con mi papá y mi mamá (se ríen). E: ¿Y dónde lo has escuchado? N3: Lo he escuchado donde vivíamos, donde otra tía mía con el esposo y la hermana y pues no me gusta”. [GF: 10-14 Escolarizadas]

La propia vivencia, en la cual las niñas presencian relaciones sexuales en su entorno cercano, refuerzan las ideas de peligro y dolor. Los elementos estructurales de hacinamiento y pobreza que se dan en la mayoría de contextos locales estudiados contribuyen para la formación de una representación negativa de la sexualidad. Esta representación, además, se ve complementada por los ejercicios de los varones que ven en las adolescentes un trofeo más para sumar a sus valores de masculinidad tradicional:

“E: ¿Tú qué piensas de las relaciones sexuales? [...] Si con respeto y que sea con amor porque si lo van a utilizar a uno, uno se siente después re-mal. E: ¿utilizar es? N2: Pues que no lo hagan con amor sino por juego, ahí como... N1: Cómo por apuestas. N2: Sí, apuestas y.... N1: O sea, le apuesto que usted tiene primero relaciones con ella”. [GF: 10-14: Escolarizadas]

---

<sup>18</sup> Para ampliar esta idea es útil ver a Nieto, J (2005) en su tesis de maestría “De secretitos y claraboyas” y el texto comprender de Bourdieu, P (2000).

La sensación de sentirse utilizadas, socializada por las adultas cercanas, se vuelve realidad cotidiana para las adolescentes, que ven como en sus entornos cercanos, los varones reafirman su masculinidad apostando a “cuadrarse a una chica” o a tener relaciones sexuales con ella. Y no solamente en el campo de la sexualidad, sino en los otros aspectos de la vida. En el hogar son ellas las encargadas de las labores del hogar, mientras sus hermanos juegan en la calle o trabajan. En la escuela varones colonizan la mayor parte del espacio para el esparcimiento, mientras ellas tienen que conformarse con mirarlos (García, 2004). Estos escenarios de socialización, con las condiciones estructurales vividas por las niñas y sus familias dificultan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

### 3.1.3 Maternidad

El sentido común sobre la maternidad se expresan de dos formas principales. En primer lugar, una maternidad precoz ligada a las imposibilidades económicas y estructurales del entorno y que las adolescentes observan en sus pares cercanas o familiares:

“N1: [...] yo tengo una prima que tuvo relaciones sexuales con un muchacho y tuvo un bebé. ¡Uyyy mi prima si..! E: ¿Cuántos años tiene tu prima? N1: 18 años. E: ¿Cuándo tuvo a la niña? N1: Hace poquito, la bebé tiene 3 meses, y ella supuestamente no tenía nada que darle a la niña, entonces le regaló la hija a una tía mía que no pudo tener hijos [...] [GF: 10-14: Escolarizadas]

“A mí, umm, que uno tiene los hijos y que no tiene que darles todos los días que la comida, que todo; entonces yo no tengo, nosotros no tenemos para darle una, como mi prima, ella está embarazada y ahora ella está pensando para la ropita del bebé y para alimentarlo”. [GF: 10-14: Desescolarizadas]

Las adolescentes interpretan el contexto socioeconómico como una limitante a la hora de enfrentar un embarazo y expresan temor de enfrentarse a esa situación que les es cotidiana. Basadas en esto, construyen una segunda forma de significar la maternidad: el deseo subjetivo de la maternidad, ligado a la madurez dada por el desarrollo personal, y la solidez económica que les permita responder por sus hijos e hijas:

“Pues porque yo pienso, o como dice mi hermana, un hijo no es un estorbo ni nada, porque es algo especial que le manda a uno Dios, pero de todas maneras, un hijo, uno primero tiene que pensar que con qué lo va a alimentar, de dónde va a sacar para comprarle ropa, que él va a crecer, que él va a necesitar que una cosa que otra, que él va a entrar a un jardín, a una escuela y entonces... En cambio, uno con una carrera... ya. Es una profesional y en cualquier lado la reciben a uno o sea uno ya le puede dar todo lo que necesite el niño”. [GF: 10-14: Desescolarizadas]

“N2: Yo pienso que para tener un hijo hay que ser muy responsable y por ahí a la edad de los 26 cuando uno ya tenga un trabajo y tenga que darle de comer a él.” [GF: 10-14: Desescolarizadas]

La maternidad es vista como elemento de realización de las mujeres, pero hay un discurso claro sobre los riesgos de tener embarazos precoces sin contar con los medios suficientes para mantener a un hijo o hija. En los contextos precarios en que viven estas adolescentes, aún las desescolarizadas, ven como una meta estudiar y establecer una carrera profesional que les permita estabilidad y responsabilidad a la hora de embarazarse y tener hijos. Sin embargo, este discurso no siempre es consistente con la realidad. Sus condiciones socioeconómicas, hacen que estas adolescentes no puedan continuar estudiando y son expuestas a relaciones sexuales en contextos de ejercicios desiguales de poder en la relación de pareja, donde se aprovecha la concepción de amor romántico de las niñas para demandarles relaciones sexuales como prueba del amor.

Existen ejercicios de poder masculino que vulneran derechos sexuales y derechos reproductivos de las adolescentes. Este relato de una niña de trece años ilustra estas situaciones:

“E: ¿Qué pasó cuando supiste que estabas esperando un bebé? N: Pues no era muy fácil. Porque yo en ese tiempo, tenía doce años, o sea era un bebé cuidando otro, o sea yo no me creo muy madura [...] E: Y ahora que vas a tener el bebé, ¿cuáles son los planes que tienes para ti? N: Tratar de sacarlo adelante, así me toque dejarlo solo, sacarlo adelante y ya, o sea no dejarlo ver del papá, si él lo quiere ver yo lo puedo demandar porque es mayor de edad. El niño va a vivir en la casa de mi hermano, yo voy a estar yendo de día y de noche por los primeros meses [...] Voy a hacer de todo, a tratar de sacar plata de donde

no tenga, así sea lo que me toque hacer... no, tampoco lo que sea, pero tratar de hacer algo para comprarle la primera pinta” [RV: 10-14: Desescolarizada]

Hay varones adultos, que aún en el marco de relaciones afectivas, violentan sexualmente a las niñas menores, sin que esto les suponga ninguna sanción social o legal. La permisividad cultural de la violencia sexual sigue dándose en los contextos estudiados, sobre todo cuando se enmarca en relaciones afectivas, sin importar las desigualdades en términos de capacidad para toma de decisiones que tenga la pareja. Por otro lado, aún siendo vulnerada en sus derechos sexuales y derechos reproductivos, es la niña quien tiene que asumir el peso de un embarazo no planeado ni deseado, producto de su primera relación sexual; su entorno social no ofrece reparación alguna del daño, y estigmatiza y condena a condiciones precarias de vida a la niña y a su hijo.

### 3.1.4 Aborto

El sentido común individual y colectivo sobre el aborto evidencia el marco religioso y moral en que se han socializado estas adolescentes. Algunas recurren a citas de la enseñanza religiosa para definir su actuación individual en caso de verse enfrentadas a la decisión de un aborto:

“Porque hay un salmo que dice que por qué tanta sangre derramada por los hijos de uno; o sea, es que no recuerdo bien el salmo, pero sí, entonces yo digo que nunca abortaría. Si Dios me lo quiso mandar a mí, pues será por algo, pero yo no abortaría nunca, nunca sería capaz de abortar”. [GF: 10-14: Desescolarizadas]

La valoración del aborto es negativa considerándolo contrario a las leyes divinas. Los valores religiosos definen un discurso ideológico que trata al aborto como un asesinato, calando en el sentido común y en el mundo emocional de las mujeres adultas y en las niñas entrevistadas. Se condena la práctica del aborto tanto en si mismas, como en las demás:

“N1: Yo pienso que las mujeres que abortan son muy irresponsables, porque si ellas tienen relaciones sexuales con un hombre, saben que tienen que cuidarse o tienen que ser responsables de sus actos porque saben que tienen, que hizo eso, y va a tener un hijo y tiene que responder por él.” [GF: 10-14: Desescolarizadas].

El imaginario dominante sobre la responsabilidad, ubica las consecuencias del ejercicio sexual exclusivamente en las mujeres, que en los relatos de las entrevistadas son las que “tienen que cuidarse” y si no lo hacen, deben asumir la responsabilidad de un embarazo, independientemente que este sea deseado o no y de que las condiciones de vida de la adolescente o de la mujer adulta la coloquen o empeoren situaciones de precariedad.

La escuela reproduce los valores dominantes. Cuando se discute el qué hacer frente a un evento de esta naturaleza, las instituciones abordan el tema del aborto desde una perspectiva moralista o, mejor, desde la perspectiva de sus agentes, en este caso los maestros y maestras, quienes no escapan a la valoración negativa hegemónica del aborto. De hecho, en varias de las instituciones educativas incluidas en este estudio se utiliza como elemento didáctico un video producido por grupos conservadores y religiosos que muestra un procedimiento de aborto por aspiración<sup>19</sup>. Las imágenes refuerzan la idea de la vida que se asesina y del pecado en el que incurren las mujeres que lo practican.<sup>20</sup> Veamos este testimonio:

“Pues yo nunca abortaría, ¿por qué? Primero que todo, porque un niño necesita vivir, necesita la vida. ¿Qué más le puedo decir? Pues como una tele, una novela que es de abortar, una película o una novela, no me acuerdo muy bien, que la señora abortó. Yo sé unas clases de abortamiento, que las enseñaron, que hay clases de una aspiradora, una clase que muele los niños y los deja todos totalmente.” [GF: 10-14: Desescolarizadas]

En ninguno de los testimonios de niñas de diez a catorce años, se encuentran narrativas sobre las consecuencias de abortos mal practicados, de la problemática de salud pública que subyace al fenómeno o de los temas de violencia sexual que discuten los grupos de mujeres que ven al aborto como una decisión que les corresponde como un derecho. En los contextos que socializan y educan estas niñas no existe una ilustración técnica mínima sobre el aborto y están lejos de dar una discusión desde la perspectiva ética (Mejía, 2001). Esto impide que las niñas tengan una comprensión clara a la hora de valorar lo que les pasa a otras mujeres y a ellas mismas

---

<sup>19</sup> Se trata del video “El grito silencioso”. Orientadoras/es en educación sexual y personal del sistema sanitario utilizan este material audiovisual para “educar” en el tema del aborto.

<sup>20</sup> En términos de la tecnología médica es anacrónico y esta construido semióticamente -planos, banda sonora, ritmo, luz- para generar sentimientos y sensaciones de terror y repugnancia

al enfrentar un embarazo no planeado y/o no deseado. Esta perspectiva moralista no ayuda ni a ver ni a proponer alternativas deseables en términos de anticoncepción que hagan que en el futuro menos mujeres tengan que enfrentarse a la perspectiva de abortar o no.

### **3.2. Mujeres de quince a diez y nueve años**

En este apartado se analizan e interpretan las relaciones afectivas, las relaciones sexuales y la toma de decisiones sobre su sexualidad. Se trata de ver como se presentan en sus contextos particulares estos fenómenos y si responden a las expectativas e imaginarios que hemos visto en las adolescentes menores de catorce años.

#### **3.2.1 Relaciones afectivas**

Las relaciones afectivas empiezan a ser más duraderas y estables en la medida que las niñas van creciendo. Para las niñas menores de catorce años y algunas de las de quince años prevalece la idea de la incompatibilidad entre el estudio y las relaciones afectivas. Para las mayores, en cambio, las relaciones de noviazgo se hacen más comunes y frecuentes y muchas de ellas revisten menor importancia en la vida de las chicas:

“Que primero está el estudio, que si uno tiene novio no puede pensar en el estudio.” [GF: 15 -19: Escolarizadas]

“Pues para mí todos fueron importantes; o sea, es que de los novios que yo tuve, pues como dice ahí la muchacha, hay unos que fueron por recocha y hay otros que no; porque, usted ya sabe, que a veces hay manes que lo cogen a uno pa’comerselo y suerte.” [GF: 15 - 19: Desescolarizadas]

Estas adolescentes mantienen el imaginario de los varones como grupo que busca tener relaciones sexuales a cualquier precio. Las nociones de peligro y dolor asociadas a la sexualidad permanecen, aunque aparecen deseos de relaciones más igualitarias y la búsqueda de decisiones más autónomas y equitativas. Como en el grupo de diez a catorce años, los recuerdos de las primeras relaciones afectivas con varones son disímiles. Para muchas de las adolescentes entrevistadas las experiencias de iniciación afectiva son negativas, como sucede en este testimonio:

“A ver, la primera, así como quien dice la que yo pensé que era, pero no era, él prácticamente sí fue mi primer novio, yo lo quise mucho, pero él me trataba muy feo, tuvo hasta el atrevimiento de pegarme”. [GF: 15 -19: Escolarizadas]

Los contextos en los cuales se socializa a hombres para resolver los conflictos de manera violenta y las relaciones de poder desiguales basadas en el género, producen violencia contra las mujeres. Estas relaciones afectivas van configurando la representación de miedo y peligro que supone la sexualidad y los otros masculinos para las mujeres.

Para algunas de las mujeres entrevistadas, las relaciones afectivas iniciadas en este periodo de la vida son gratificantes

“Que siempre ha vivido preocupado por mí; si por él fuera, que a mí no me faltara nada, que estuviera re-bien. Siempre ha estado pendiente de mí” [RV: 15-19: Escolarizada]

Estas relaciones dan cuenta de un reconocimiento mutuo, en el que la toma de decisiones es conjunta y se exploran las necesidades de la pareja, aunque persisten el sentido común hegemónico del varón como proveedor y protector de su pareja. En algunas de estas relaciones parecen emerger nuevas formas más igualitarias de compartir la afectividad, basadas en que cada uno de los miembros de la pareja ejerce sus derechos basados en los límites que les imponen el reconocimiento del otro u otra.

### **3.2.2 Relaciones sexuales**

En este grupo de adolescentes de quince a diez y nueve años hay número mayor que han iniciado sus relaciones sexuales. Es importante explorar las razones para el inicio de las relaciones sexuales y la participación de las mujeres en la decisión de tenerlas o no tenerlas.

“Yo, porque yo lo quería mucho, mucho, mucho, mucho... y fue sin condón”. [GF: 15 – 19: Escolarizadas]

“Por mi parte, porque yo quería demasiado a esa persona... ¡ay juemadre! Yo quería demasiado a esa persona y... porque yo quería saber, y es que imagínate uno, con las niñas con las que yo andaba prácticamente ya; tenían sexo y ya.” [GF: 15 – 19: Escolarizadas]

Dos elementos marcan el inicio de las relaciones sexuales en estas adolescentes. El primero, coincidente con las expectativas de las adolescentes menores de catorce años, es el estar enamoradas. El segundo, la socialización con las pares, que ejerce una presión (a veces explícita y otras oculta) e impulsa a las adolescentes a iniciar sus relaciones sexuales. Ni la seguridad de estar enamoradas, ni la presión de las pares configuran escenarios deseables para que las mujeres decidan en libertad. Para ello se requiere razón, conocimiento y voluntad, que permitan prever las consecuencias de los actos y fijar los límites de la acción (Mejía, 2003). El amor romántico, puede conducir al deseo, pero no a la razón ni al conocimiento, ni tampoco, a la fijación de límites. En el primer testimonio se evidencia cómo no se prevén consecuencias, sean los embarazos no deseados o sean las ITS/VIH SIDA, y por lo tanto no se utiliza el condón.

Existen casos donde el ejercicio de la libertad es nulo. Los varones utilizan diversas estrategias para acceder a tener relaciones sexuales con las adolescentes. Las fiestas o las salidas a rumba, son escenarios para la ingesta de alcohol que permiten vencer la resistencia de ellas:

“Yo estaba un poquito borracha ese día, no sé; o sea, porque estábamos solos y pues él como que lo tenía todo fríamente calculado y él me emborrachó, prácticamente, y yo como una tonta caí.” [GF: 15 – 19: Escolarizadas]

Este tipo de situaciones vulnera la capacidad de decisión de las mujeres. Las masculinidades hegemónicas, establecen que hay que tener relaciones sexuales con varias mujeres sin importar las estrategias utilizadas y eso refuerza en los adolescentes este tipo de prácticas que vulneran los derechos sexuales de las niñas.

En la convivencia de pareja de algunas adolescentes, se establece como representación hegemónica el deber conyugal. Por ejemplo:

“Yo llevaba como ocho días viviendo con él, entonces ya tocaba (...) pues como era mi marido toca, ¿cierto?, pues con un novio no es obligación que pase algo de eso, pero un marido se disgusta, se ponen bravos.” [GF: 15-19: Desescolarizadas]

La percepción de no pertenecerse a sí misma, sino al otro, forma parte del sentido común construido sobre las relaciones de pareja que se dan en el noviazgo, la unión o el matrimonio. La mujer no puede negarse porque al interior de la vida de pareja ella existe en función del bienestar

del otro masculino y de su familia. Así, tener relaciones sexuales es el deber que le impone su estatus de mujer unida o casada.

También hay algunas adolescentes, que presentan discursos con nuevas formas de asumir las relaciones sexuales:

“Yo en esa parte sí he sido de buenas, nos pusimos de acuerdo los dos. Él me dijo que, llevábamos un año... estábamos tomando vino y el me dijo: si quieres, si no quieres yo no voy a pelear, y sí, y no fue problema” [GF: 15 – 19: Escolarizadas]

En la narrativa se observa como en forma consensual se deciden y se viven las relaciones sexuales de forma mas positiva. Sin embargo, la expresión de la adolescente evidencia un elemento de azar en esta práctica social “Yo en esa parte si he sido de buenas”. Más que entenderlo como una forma de relacionarse, de reconocerse y ejercer derechos sexuales y derechos reproductivos, se percibe como la suerte de encontrar una pareja comprensiva. La apropiación de los derechos no existe.

Otros testimonios, en cambio, denotan una apropiación mayor de la libertad y la igualdad en la toma de decisiones entre mujeres y varones:

“Una vez estábamos aquí y se dio el momento y no teníamos protección, pero como dijimos primero que todo hay que pensar antes de actuar, o por lo menos eso fue lo que yo dije, hay que pensar antes de actuar y nosotros preferimos parar las cosas ahí, antes de, porque pues uno les dice, pues nos vamos a proteger y todo, y si no hay, nada de nada, pues lógicamente que no, ese es nuestro caso.” [GF: 15-19: Escolarizadas]

“N1: Si simplemente él quiere y uno no quiere, pues no. Yo no quiero, y eso, creo, debe ser deseo de juntas partes; que yo quiero, bueno, tú también quieres y listo. N3: Así uno lo quiera mucho y tenga que perderlo y uno se muera, lo hace, sí, pero que a uno lo tengan que obligar, no.” [GF: 15-19: Escolarizadas]

Los relatos sugieren mujeres más apropiadas de su cuerpo y de su curso de vida, que lideran relaciones más equitativas y van moldeando en sus parejas nuevas prácticas basadas en el respeto a los derechos del otro o de la otra. Los derechos no se mencionan sino más bien se viven y

ejercen en la cotidianidad, así no se conozcan, ni se nombren. Esto denota una apropiación subjetiva de los Derechos sexuales y derechos reproductivos. Como menciona Catherine Mackinnon: “[...] en la realidad arraigan los principios. Las más sublimes abstracciones legales, no importa cuán desprovistas aparezcan de especificidad social, nacen de la vida social: en medio del intercambio de los grupos particulares, en la presunta comodidad de las clases decisorias, a través del trauma de las atrocidades específicas, a expensas de los silenciados y excluidos, como una victoria pírrica o comprometida de los débiles. El derecho no crece por compulsión silogística; es impulsado por la lógica social de la dominación, forjado en la interacción entre el cambio y la resistencia al cambio.” (Mackinnon, 1998: 87). En los discursos mencionados, en contextos de masculinidades hegemónicas, las mujeres van construyendo nuevas formas del cuidado de sí y de los otros y de construcción y apropiación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Con nuevas formas de relacionarse, apropiándose de su propio cuerpo y tomando decisiones aún con el riesgo de perder a sus parejas, van enseñando nuevas formas de ser mujeres y hombres.

### 3.2.3 Maternidad

En las niñas de diez a catorce años la idea de la maternidad, ligada a las posibilidades económicas de mantener el hijo, es muy fuerte, tanto en la niñas escolarizadas, como desescolarizadas. En las adolescentes de 15 a 19 años fuera del sistema escolar, encontramos que ese ideal de desarrollo personal (dado por la educación y el trabajo estable) se ha roto, y han aparecido los embarazos precoces y no deseados:

“No, pues yo no, pues sí quería, pero todavía no, porque... o sea, yo a él tampoco lo quería. Yo me le entregué a él como por despecho, pero yo no lo quería, yo no sentía nada por él ni nada. Y entonces pues me enteré que estaba embarazada y pues para mi fue duro, pero yo ya lo asumí con responsabilidad y con conciencia y rico, para mi ha sido muy chévere”  
[GF: 15-19: Desescolarizadas]

“No, eso fue terrible, yo quiero escribir una novela sobre mi vida (lo dice riéndose). Fue tenaz, porque primero dentro de mis expectativas nunca ha estado tener un hijo, a mí eso no se me pasaba ni por la memoria, yo lo único que decía era ‘quiero en mi vida es estudiar y bailar, no quiero saber otra cosa’, y para mí fue terrible por que cuando yo quedé en embarazo.” [GF: 15-19: Desescolarizadas]

Las expectativas sobre la maternidad de estas adolescentes son las mismas de las menores. Sin embargo, los problemas estructurales del entorno, la pobreza, el verse fuera del sistema escolar, las relaciones desiguales con los varones, las conducen por la vía de relaciones sexuales no planeadas, ni libres, desencadenantes de embarazos no deseados que resignifican su vida. Algunas de ellas disminuyen el impacto inicial de haber “metido la pata” gracias al apoyo familiar, o por la asunción de la paternidad por su pareja. Otras se ven avocadas a situaciones de mayor pobreza, estigma y desigualdad.

En las niñas escolarizadas, el ideal de la maternidad ligada al desarrollo personal, dado por la profesionalización y el empleo estable, se mantiene. No quiere decir esto que no ocurran embarazos en estas adolescentes, sino que las escolarizadas se embarazan menos:

“N1: Claro, porque apenas estás en once este año - y hasta ahora voy a comenzar mi carrera; o sea, también creo que después de la carrera. Lo que yo quiero decir es que después de haber estudiado una carrera y ya esté trabajando, puede tener un hijo. B: Pero también se debe tener como los recursos, para tener un hijo, o qué, si uno lo tiene así, sin tener trabajo ni nada.” [GF: 15-19: Escolarizadas]

“N3: Yo sería una de las personas que no quiere tener hijos. ¿Por qué? Porque... pues sí, pueden ser muy lindos, muy hermosos, pero es que es la responsabilidad más grande, demasiado grande, y la verdad es que si a veces uno no puede con uno mismo qué será uno cuidando a otro ser”. [GF: 15-19: Escolarizadas]

La responsabilidad, ligada al cuidado de los hijos/as, prevalece como valor. Para ellas, los elementos para la decisión de tener o no hijos están basados en la proyección de lo que se requiere para enfrentar el tener y criar un hijo en términos de recursos financieros y personales. Otras adolescentes, construyen la decisión sobre la base de lo que significa en sus vidas presentes quedar embarazadas y tener un hijo/a.

“Pues un hijo siempre... Por ejemplo, en el colegio hay muchas niñas ya de esta edad, 15-16, de pronto no hayan querido tener un hijo a esa edad o por no cuidarse. Pero un hijo me parece que lo amarra, pues, en mi opinión, lo amarra mucho a uno. Si uno es de esas personas que les gusta salir a bailar, que a un lado que al otro, no puedo hoy por que mi

hijo... Aunque muchos dicen que no, un hijo lo amarra mucho a uno”. [GF: 15-19: Escolarizadas]

“Él quiere un hijo, pero, o sea, eso nos va a traer muchos problemas a esta edad, nos va a traer muchos problemas, y pues primero pensamos en terminar nuestro estudio y ya después que ya tengamos con qué mantenernos ya será distinto. Además tampoco se sabe si voy a durar toda la vida con él, nada es seguro en esta vida”. [GF: 15-19: Escolarizadas]

La idea del azar en las relaciones afectivas, que no permite asegurar la estabilidad a largo plazo, influye en la decisión sobre la maternidad. Estas adolescentes escolarizadas que prevén las consecuencias de ser madres, establecen nuevas formas de significar la maternidad, la pareja y el futuro.

### **3.2.4 Aborto**

Las valoraciones sobre el aborto que tienen las adolescentes de quince a diez y nueve años, mantienen la representación dominante establecida en las niñas menores de catorce años, que lo relaciona con el pecado que se sustenta en la interrupción de una vida, propugnado por corrientes religiosas y conservadoras. Veamos estos testimonios que son ejemplos de este sentido común hegemónico:

“Para mí el aborto es lo más horrible que puede hacer una persona, me parece que eso es algo como tan vil, quitarle la vida a una persona que no tiene la culpa de los errores que cometemos nosotros.” [GF: 15-19: Escolarizadas]

“Pues que es un pecado. Yo pienso que eso sí es un pecado y que eso es culpa de la persona, porque eso no debería ser.” [RV: 15-19: Escolarizada]

Respecto al aborto, las afirmaciones sobre quitar la vida a una persona y el pecado que representa este acto, se repiten en los discursos, sin que se cuestione cuándo un embrión comienza a ser persona (discusión erudita clásica entre los y las defensores/as del aborto y quienes están en su contra). Cómo en el caso de las niñas menores, aquí tampoco se establecen otros elementos relevantes para poder asumir una posición informada sobre la práctica del aborto. Las

representaciones hegemónicas, actúan también en las adolescentes que se han enfrentado directamente a un embarazo no deseado:

“Yo sí, yo sí pensé en abortarlo con unas pastillas, pero a lo último me arrepentí, porque yo dije: -si yo me puse allá a abrir las piernas, pues las voy a abrir para afrontar la realidad, porque al fin y al cabo ellos no tienen la culpa de los errores que uno hace en la vida.” [GF: 15-19: Desescolarizadas]

“Pues primero que todo, mi mamá sabía y me decía: -si usted aborta yo la mando a la cárcel-. Y eso da cárcel. A mí me daba mucho miedo porque mi mamá decía: -si usted aborta se la lleva el diablo, entonces a mí me daba mucho miedo, por eso, por el diablo, entonces pues nunca llegué a abortarla, no; pero sí ¿por qué quedé embarazada? ¿Por qué me pasó a mí?” [GF: 15-19: Desescolarizadas]

Como plantea Figueroa & Fuentes (2001:91), existen: “juicios unilaterales que, a veces, tienden a hacerse por modelos hegemónicos, por grupos dominantes, por autoridades religiosas o políticas que se atribuyen el carácter de jueces de las conductas de otros, y que difícilmente asumen la responsabilidad que adquieren al influir y trastocar diferentes proyectos personales. Un ejemplo lo representa la postura de la iglesia católica en cuanto al rechazo del uso de anticonceptivos y a la práctica del aborto, y de manera paralela el rechazo al ofrecimiento de información sobre sexualidad a la población adolescente o a las relaciones sexuales fuera del matrimonio.” Las representaciones hegemónicas sumen a las adolescentes en el pecado y las abandonan. Sin embargo, existen adolescentes que construyen discursos y prácticas sociales emergentes:

“Yo tengo esa mentalidad, que si yo en el momento de quedar embarazada y, digamos, en ese momento no quiero tener un hijo, es mejor, o sea yo tengo esa mentalidad, abortar.” [GF: 15-19: Escolarizadas]

“Para mí sería difícil en este momento porque yo quiero seguir estudiando y a mí me gustan mucho los niños y sí quiero, pero no todavía. Sería difícil, no digo lo abortaría o no lo abortaría, porque no sé, ¿si me entiende? No sé cómo uno podría sentir en ese momento, si en ese momento yo esté... no sé qué presiones pueda tener encima para tomar una decisión.” [RV: 15-19: Desescolarizada]

Estas adolescentes plantean cuestiones que tienen que ver con el momento que viven y con la importancia que tiene para sus vidas y las vidas de los hijos e hijas la decisión de asumir un embarazo no deseado cuando no se está preparada para ello. Son argumentos que se alejan de la culpa y el pecado y permiten prácticas más justas, cercanas al ejercicio de los derechos de las adolescentes.

### **3.3. Niños diez a catorce años**

#### **3.3.1 Referentes significativos**

Al contrario de las niñas, los adolescentes de este grupo, no tienen referentes familiares claros que conversen con ellos de sexualidad. En estas familias no suele hablarse de estos temas con los niños. Algunos, pocos, reciben información de sus madres sobre las relaciones sexuales:

“Yo sí le pregunto a mi mamá sobre el sexo, y ella me dice que uno tener relaciones sexuales es muy bueno, pero uno saber con quién es que se ha de meter, porque uno no se puede meter con cualquiera, porque hay gente que puede estar enferma.” [GF: 10-14: Desescolarizados]

“Mi mamá nos decía... por ejemplo, a mí me decía que cuando yo fuera a tener relaciones sexuales con una mujer, así cualquiera, me asegurara que no tuviera infecciones.” [RV: 10-14: Desescolarizado]

Los elementos fundamentales del discurso están dirigidos al tema del “cuidado” que se interpreta como la prevención de los riesgos que conlleva el ejercicio de la sexualidad. En este punto las significaciones para hombres y mujeres parecen coincidir. No obstante, los discursos dirigidos a los varones se orientan a prevenir los riesgos de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Los discursos de los adolescentes no se significan por el hecho de “tirarse la vida” como en las mujeres, sino por el cuidado de la salud y con una aprobación implícita a las relaciones sexuales. Para los varones el placer es admitido e impulsado.

La visión del riesgo se personifica en las mujeres como las responsables del contagio. Siempre se ve a los adolescentes como vulnerables. No hay ninguna mención que ubique a los hombres adolescentes como participantes de las cadenas de contagio. Esta concepción de siempre estar

en vulnerabilidad, que puede ser real para varones y mujeres, no es completa. Los adolescentes, no solamente aumentan su propia vulnerabilidad al actuar en un imaginario de masculinidad que los impele a tener varias parejas sexuales, sin asumir prácticas de sexo seguro, sino que además aumentan la vulnerabilidad de sus parejas a la infección de ITS y VIH/SIDA. Sin embargo, ellos siempre se ven como “sanos”<sup>21</sup> y a sus parejas como posibles transmisoras.

A pesar que en las casas de los adolescentes no se conversa sobre sexualidad de manera explícita, sí se tienen prácticas sociales relacionadas con el sexo. Los niños están expuestos a imágenes con contenidos sexuales, ya sea porque los adultos cercanos las utilizan o porque cada vez más hay acceso a canales de televisión privada en los hogares:

“Alquilan películas de video y lo mandan a uno para afuera y se ponen a ver películas porno.” [GF: 10-14: Escolarizados]

“Un canal de porno que se ve más o menos. Hay unos que se llaman ‘Gold Private’, unos que se llaman ‘Blue Private’ y el otro se llama ‘Film Zone’, pero por la noche sólo lo dan. Son películas como de pornografía erótica que no muestran tanto cómo se hace el acto sexual, sino cómo se seducen y todo eso.” [RV: 10-14: Escolarizado]

En esta exposición a imágenes pornográficas y eróticas los menores no tienen un acompañamiento que les permita preguntar y conversar libremente sobre estos temas. Estas actividades son clandestinas y refuerzan la representación social del sexo culpable y pecaminoso. Estos mismos elementos, como videos, películas y otros que circulan en la cultura, pueden ser utilizados en la socialización de los chicos de una manera positiva, siempre que se desmitifiquen, se discutan y se observen de manera crítica.

En las instituciones educativas, se utilizan charlas y audiovisuales dónde se enfatiza el conocimiento de los sistemas reproductivos y la prevención de enfermedades:

---

<sup>21</sup> Además de elementos culturales, existen elementos biológicos que refuerzan esta percepción. Por ejemplo, Es bien sabido que existen varias ITS, entre ellas la uretritis por Clamidia que puede no producir ninguna sintomatología en los hombres. Este hecho hace que se perciban como sanos y de esta manera nunca se ubican en el papel de transmisores.

“A veces nos colocan películas hablando de sexo...de cómo se puede prevenir el SIDA, de que más... del cáncer... de cómo se embaraza una mujer, -¿cómo le explico?-, de cómo le entra el espermatozoide a la mujer...de cómo se evoluciona.” [GF: 10-14: Escolarizados]

“Sí, la profe nos hablaba sobre ese tema. Lo principal, que había un pene y una vagina, que teníamos que tener protecciones...nos infundía mucho eso.” [RV: 10-14: Escolarizado]

Esta información, que es tomada por los varones en distintos grados de calidad y profundidad, no siempre es suficiente para la toma de decisiones. Cómo en el caso de las niñas, para el ejercicio de la libertad no sólo es necesario el conocimiento. Elementos de apropiación subjetiva sobre el propio cuerpo y de reconocimiento del otro u otra, aún no forman parte de los procesos de educación sexual en los que los varones participan.

La participación de los pares en el proceso de socialización en temas de sexualidad es significativa en este grupo de niños. Desde el sentido común, los niños establecen conversaciones que denotan sus representaciones sobre la sexualidad y sobre las mujeres:

E: “¿Y con los amigos hablan de sexo? Todos: ¡sí! E: ¿De qué hablan? A: Que esa china está buena. Que está buena para comer.” [GF: 10-14: Desescolarizados]

Con los pares se abordan temas no tocados en otros escenarios ni con otros adultos significativos. Estos temas se centran más en el interés de los adolescentes y establecen una diferencia con los discursos de los adultos, donde lo central es el riesgo y el cuidado frente al mismo. Los pares son aceptados como válidos para conversar sobre sexualidad.

### **3.3.2 Relaciones afectivas**

En el plano de las relaciones afectivas, estos niños, mantienen el imaginario tradicional de que hay mujeres para relaciones serias y otras para el goce puesto que para ellos el tener relaciones paralelas es parte de su afirmación masculina. Siempre establecen la diferenciación entre relaciones serias, con un tipo de mujeres ideales, y otras relaciones para la diversión y el placer. Este testimonio en que los adolescentes hablan de sus relaciones es ejemplo de ello:

“No, lo que dice David es cierto, que uno debe ser algo serio y tampoco amarrarse. Por eso le digo, que si la de verdad [1] se diera cuenta, pues hombre, a mí me dolería, hasta de pronto. Y la otra [2], si se da cuenta, me da lo mismo, ¡que se dé cuenta y se abra! O si usted le llega a contar a la otra: nos vemos, la tiene conmigo. O sea, de recocha [2], ya... La otra [1] es algo mas serio” [GF: 10-14: Escolarizados]

“Ahoritica la gente de mi edad piensa más en no tener una relación tan larga, sino que con esta [mujer], con esta [otra mujer]... es bueno no amarrarse” [GF: 10-14: Escolarizados]

Estas narrativas enuncian cómo las relaciones paralelas se establecen como mecanismo de no comprometerse. En el imaginario de estos chicos, las relaciones largas y con una sola pareja no son deseables. En el ámbito de su desarrollo personal, tener varias relaciones puede ser un elemento de aprendizaje positivo para ellos. Sin embargo, lo que prevalece no es el deseo de aprender y conocer nuevas relaciones y personas, sino la afirmación de una masculinidad que los impele a tener relaciones paralelas:

“No, no, no, ¿aquí en el colegio ahorita novia? No...no... tengo como dos en el conjunto... y me las rumbeo y ya.” [GF: 10-14: Escolarizados].

El relato dejar ver cómo para este adolescente y muchos de sus pares la afectividad no es importante, pues lo que les interesa es el placer. El reconocimiento de las otras y de sus necesidades afectivas, no forma parte de la cotidianidad de estos adolescentes.

Llama la atención, que el marco interpretativo que utilizan los varones para relacionarse con varias parejas a la vez, no es utilizado cuando se trata de una adolescente que a su vez tiene relaciones paralelas. El siguiente fragmento de entrevista, de un adolescente varón que tiene novia “de verdad” y una relación paralela “de balseo”<sup>22</sup> (de rumbeo), evidencia la desigualdad de género a la hora de interpretar estos procesos:

“N2: Es que esa china es como muy...esto no es ninguna ofensa a las mujeres que son liberales... sino es que esa china es como muy brincona, por decirlo así, y no es una ofensa

---

<sup>22</sup> Para los adolescentes las relaciones “de balseo” son aquellas en que no existe un compromiso de exclusividad, ni relación de noviazgo.

a las mujeres porque hay muchas mujeres muy radicales, muy bacanas, y con el man que están es con el que están y ya, sino que ella pa' mí tiene novio y todo. N 1: O sea, los dos, ambos, se dan como balseo, ¿no? N2: Sí” [GF: 10-14: Escolarizados]

Lo que es lícito para los varones, es trasgresor en las mujeres y propio de mujeres “brinconas”<sup>23</sup>. En los hombres este comportamiento es aceptado como normal o “natural”, mientras que para las mujeres el comportamiento apropiado se refiere a la fidelidad a un varón, independientemente que éste tenga o no relaciones paralelas. Otras expresiones reafirman esta concepción de desigualdad en donde las mujeres que toman decisiones son tildadas de mujeres fáciles:

“algunas mujeres que cargan el condón es que quieren tirar y ya...” [GF: 10-14: Escolarizados]

Las expresiones de cambio impulsadas por las mujeres, son vistas por los hombres como una manifestación que rompe el orden natural de las cosas.

### **3.3.3 Relaciones sexuales**

La mayoría de los chicos escolarizados, de diez a catorce años, no han iniciado relaciones sexuales. Sin embargo, llama la atención que varios varones desescolarizados, provenientes de zonas rurales, han iniciado tempranamente relaciones sexuales en contextos de comercio sexual. Socializados por sus pares y a veces por sus padres en estas prácticas, los niños relatan su experiencia:

“Bueno, la primera vez fue por allá en Antioquia, pues en esos bares así donde van las viejas hacen por plata [...] Yo cuando llegué le dije a mi mamá, mamá me dijo que... pues a ella le dio risa y me dijo que qué sentí yo encima de una vieja de esas tan grande.” [GF: 10-14: Desescolarizados]

---

<sup>23</sup> Se utiliza el término “brincona” para referirse a mujeres que tienen relaciones paralelas o que van a fiestas y sitios de rumba y toman la iniciativa cuando un chico les gusta. En general se les asocia un significado de moralmente reprochables [Notas de campo].

“¿Esa fue tu primera relación? No, la segunda. La primera fue con una colimocha [trabajadora sexual]. Con una mujer de un bar.” [RV: 10-14: Desescolarizado]

“Yo le conté a mi papá, y él me dijo que aprendiera a ser bellaco. A estar con una y con otra.” [RV: 10-14: Desescolarizado]

Los relatos evidencian la permisividad de las madres, con el inicio de las relaciones sexuales masculinas y el impulso de los padres para que sus hijos asuman pautas estandarizadas de la masculinidad dominante. La socialización primaria de estos chicos desescolarizados los ubica en contextos de vulnerabilidad y los dispone a ser vulneradores de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

### **3.3.4 Paternidad**

Al contrario de las niñas, donde el tema de la maternidad es recurrente, los varones de estas edades no se proyectan como padres. Tales intereses no aparecen en los discursos enunciados. Solamente algunos chicos que ya han iniciado relaciones sexuales expresan preocupación por enfrentar una situación de paternidad siendo tan jóvenes.

¿Usaste condón? No, claro, y ‘cuando no hay condón, échese la bendición’. (...) Porque se le viene un chino y no... que vida tan hijueputa, uno niño, ¡cuidando un niño!” [RV: 10-14: Escolarizado]

A pesar de la consecuencia conocida, este adolescente, no utiliza protección para evitarla. La enunciación del no uso del condón es expresada como algo que se sobreentiende y la situación se deja al azar. El cuidado de sí y de su pareja no forma parte de la reflexión y el discurso de estos varones.

### **3.3.5 Aborto**

El sentido común sobre el aborto sobre el aborto, es similar al de las niñas de diez a catorce años. Podemos afirmar que en este punto, niños y niñas tienen representaciones basadas en el discurso de la moral cristiana:

E: “¿Uds. qué piensan del aborto? N1: Que no deberían hacer eso. N2: Sí, porque para qué la embarraron pa’ después matar bebés.” [GF: 10-14: Desescolarizados]

“Que esa es una cosa muy mala porque pa’ eso Dios mandó a las mujeres y los hombres que se reprodujeran, para que en la tierra sigan habiendo personas. El aborto es un pecado. N4: Mortal porque han matado un angelito de Dios. N1: Eso, es una vida que uno no puede quitar”. [GF: 10-14: Desescolarizados]

Cómo en el caso de las niñas de diez a catorce años, no aparecen en los discursos argumentos distintos al aborto visto como asesinato y pecado. Los chicos y chicas menores de catorce años, elaboran a partir del sentido común hegemónico, sólo un argumento al cual apegan sus concepciones y sus valoraciones.

### **3.4. Varones de quince a diez y nueve años**

#### **3.4.1 Referentes significativos**

Algunos de estos varones, relatan que en sus casas no se habla de sexo. Sus padres y hermanos no conversan sobre sexualidad. Otros adolescentes de esta edad, en cambio, empiezan a tener conversaciones con sus madres y padres, donde se enfatiza en los riesgos del ejercicio sexual y cómo protegerse de los mismos.

“Allá hablan mucho sobre el SIDA, sobre las enfermedades, mi mamá me daba preservativos.” [GF: 15: 19: Escolarizados]

“Pues yo hablo con mi mamá, normal. Pues ella no me cuenta cosas de ella, pero yo si le cuento de las mías...sí yo le cuento: -mire mamá que esta vieja tira muy rico-... (Se ríe) y pues sí... ‘que se cuide de una enfermedad’”. [GF: 15: 19: Desescolarizados]

El comportamiento de las madres es diferente cuando se trata de abordar estos temas con las chicas o chicos. A los varones se les permite y a veces se les impulsa al ejercicio de relaciones sexuales. Las madres comparten y apoyan que sus hijos tengan relaciones sexuales, siempre y cuando se protejan de las ITS, el VIH y el SIDA. Los padres suelen socializar a sus hijos en la

masculinidad dominante, pero advirtiéndolo sobre los riesgos de enfermarse o de tener hijos/as no deseados/as.

“No, pues hablo con mi papá, y mi papá utiliza un vocabulario como el que yo uso. Desde antes de tener una relación sexual él me decía: -ojo, cuando usted se vaya a comer una vieja, cómasela pero cuídese, que no vaya a traer chinos acá y ojo con las enfermedades-.”  
[GF: 15: 19: Desescolarizados]

Para estos padres y sus hijos “hay que aprovechar la oportunidad” protegiéndose. Las familias, padres y madres, ubican el ejercicio sexual masculino como parte del desarrollo “normal” del hombre adolescente. Puede afirmarse que estos adultos ven el paso de niños a “hombres” cuando sus hijos se inician en las relaciones sexuales. En cambio, para las mujeres este paso está representado en un hecho biológico, la menarquía, y las concepciones sobre la primera relación sexual de las adolescentes mujeres no se estructura en los mismos parámetros de normalidad que para los hombres.<sup>24</sup>

En los varones entrevistados, hay una tendencia general a relatar como los aprendizajes sobre sexualidad se han realizado sobretodo con pares:

“En mi casa no, mi mamá siempre ha trabajado. Lo que yo entiendo por sexo y todo eso, mis amigos me lo han enseñado o en los grupos juveniles lo he aprendido, pero en mi casa no.” [GF: 15: 19: Desescolarizados]

“Con amigos...uno va donde un amigo y le va preguntando: -Oiga, ¿qué pasa si hago esto?- O sí, que uno se pone a hablar y el tema sale y que, oiga la otra vez me pasó esto con una vieja...uno va aprendiendo de la experiencia de los amigos.” [GF: 15: 19: Escolarizados]

“E: ¿Con los amigos de que hablan? N1: El kamasutra completo.” [GF: 15: 19: Escolarizados]

---

<sup>24</sup> Como hemos visto la primera relación sexual para una mujer es vista como que “mete las patas” o “un fracaso” que además las expone al embarazo precoz. Padres, madres y hermanos son guardianes para que las adolescentes sigan siendo señoritas y “se cuiden” y resistan el acoso masculino.

Cómo en el caso de los niños menores de catorce años, las conversaciones con amigos, van más allá del discurso familiar o escolar sobre el aparato reproductivo y las formas de protegerse de una ITS o un embarazo. Las conversaciones incluyen temas sobre las relaciones afectivas con sus parejas, las relaciones sexuales, el erotismo, la pornografía, etc.

Los chicos entrevistados, han recibido algún tipo de educación sexual en su paso por la escuela. Sin embargo, consideran la experiencia como muy repetitiva y que no incluye temas sobre los cuales los adolescentes quisieran hablar y que conversan con sus pares:

“[En el colegio] sí hablábamos de sexo, pero no, no hablábamos mayor cosa, así eso de que las relaciones con las muchachas. Eso casi siempre es lo mismo de lo que le hablan a uno. Que el embarazo en las muchachas, que cómo se pueden proteger, cosas así.” [RV: 15-19: Escolarizado]

Modificar los proyectos educativos para permitir una educación sexual que parta de las necesidades de los varones y de las mujeres, se hace cada vez más necesario. Sin embargo, esto requiere que existan también transformaciones en las subjetividades de maestros y maestras que permitan incluir de manera amplia el campo de la sexualidad en las conversaciones escolares.

### **3.4.2 Relaciones sexuales**

Cómo en el caso de las mujeres, la presión de los pares es un elemento importante para tomar la decisión de iniciar o no relaciones sexuales en este grupo de varones. Cómo se ha visto, se sostienen conversaciones frecuentes sobre estos temas con los amigos y se establece una competencia sobre las experiencias sexuales de cada uno, que hace sentir a los no iniciados sexualmente, como excluidos del grupo de referencia.

“Sí, a veces uno se siente presionado, que yo tengo muchos amigos que son de confianza y me dicen -estuve con esta nena, hice y deshice-. Entonces uno como que se siente retraído... uno, uy, estos son menores que yo y ya hicieron todo eso, ¿y yo qué? Entonces uno se siente como que se va quedando.” [GF: 15-19: Desescolarizados]

“No, pues... no era mi novia, nunca la había visto... fue por allá en el centro, sólo la vi ese día como durante media hora, era una china como de 16 años de un barcito de esos del

centro, me llevaron unos amigos [mira a varios del grupo]. Todo asustado, y fue para un cumpleaños, cuando cumplí 15 años y los manes me dijeron: no pues vamos.” [GF: 15-19: Escolarizados]

La presión del grupo, puede darse en las conversaciones que sostienen, pero también como un rito iniciático en el que los pares llevan al adolescente a iniciar relaciones sexuales. Mientras a las mujeres se les celebra la fiesta de 15 años, este grupo de pares celebra el mismo acontecimiento presionando y creando las condiciones para que el chico tenga relaciones sexuales y “se convierta en hombre”. La masculinidad hegemónica constriñe el ejercicio de los derechos sexuales y le da significados nuevos a la primera experiencia sexual de los chicos, ubicándola como un punto nodal de la trayectoria vital. Por ejemplo:

E: “¿Qué les aportó la relación sexual? N1: Uno siente como que da un paso más, como que ya no es el mismo culicagado, como que debe conocer más de la vida, avanza un nivel. N 4: Sube un escalón...a esa edad como que uno lo ve que ya pasó... a mí me subió mucho la autoestima y como el factor amigos en ese momento y uno como que se siente más grande.” [GF: 15-19: Desescolarizados]

La importancia que le da el grupo de pares y los adultos de la familia a la iniciación sexual de los adolescentes, hace que estos sientan que es una meta que debe superarse lo antes posible para continuar con nuevas facetas del curso vital. Estos jóvenes creen -y quizás así lo sea en sus contextos- que la iniciación sexual afirma su identidad como varones y les proporciona un lugar en el grupo y en la sociedad.

Las relaciones sexuales de muchos varones, al contrario de las mujeres, están buscando deliberadamente el placer sexual. El placer forma parte del discurso de los varones como aspecto relevante para tomar decisiones:

“El sexo es un placer, pero, digamos, el sexo tiene una parte que es amor. El sexo siempre es un placer, siempre va a ser un placer, si lo está haciendo con amor o lo está haciendo por llenarse usted, va a ser un placer.” [GF: 15-19: Escolarizados]

“E: ¿Qué se busca en una relación sexual? N1: Placer (varios)... N5: Sería, digamos fundamental, el placer. Después el amor que uno debe sentir a la pareja, cuando la relación

se hace con amor es algo demasiado erótico, es algo que lo lleva a uno al orgasmo, entonces esto sería si es con la pareja, con la novia que uno la aprecia.” [GF: 15-19: Escolarizados]

Primero el placer, después el amor. El placer para el hombre está socialmente permitido. Para las mujeres, como se ha visto, la sexualidad se asocia más al peligro, casi nunca al placer. Esta disonancia puede explicar los múltiples desencuentros que narran mujeres y varones. Para los adolescentes, aprovechar cualquier oportunidad es lícito, así se tengan relaciones especiales “con amor” con la novia o pareja afectiva, siempre se estará buscando otras experiencias que conduzcan al placer.

Aspectos de la masculinidad hegemónica son trasgredidos por varones que acuerdan con sus parejas las relaciones sexuales:

“nosotros duramos para tener nuestra primera relación sexual como año y medio de novios, entonces cuando ya llegamos a ese punto había como un amor y como un respeto y nos conocíamos ya año y medio... y también se dio...no lo planeamos porque nunca nos ha gustado planear las cosas y ya”. [GF: 15-19: Escolarizados]

Se llega a un acuerdo como pareja, sin necesidad de recurrir a la presión. No se mencionan aquí los Derechos como una imagen abstracta, sino que es en el reconocimiento de la pareja y en los acuerdos negociados donde se expresan. Cómo en el caso de las mujeres, empiezan a aparecer nuevas formas de relación donde los varones reconocen a su pareja como igual, como interlocutora y asumen decisiones de consenso.

### **3.4.3 Paternidad**

En los varones de este grupo, la paternidad aparece formando parte de la realidad contextual. Muchos amigos o ellos mismos se enfrentan a ser padres:

“Pues aquí todos no son embarazos así que sean indeseados, yo tengo compañeros que tienen sus hijos y están contentos porque ellos querían y son estudiantes de aquí también.” [GF: 15-19: Escolarizados]

En los espacios escolares se encuentran experiencias positivas y negativas frente al embarazo. En algunas ocasiones los varones y sus parejas han decidido tener un hijo y pueden permanecer en el sistema escolar con el apoyo de sus familias. Sin embargo, en otros casos la deserción escolar se impone ante la necesidad de trabajar para sostener al hijo/a

E: “¿Tú por qué dejaste de estudiar? N2: Porque a los 17 años me embale. Tuve un hijo y tal... quedó embarazada la muchacha y grave, tocó salirme de estudiar.” [GF: 15-19: Desescolarizados]

Una percepción común para mujeres y varones es que un hijo/a, en las condiciones de edad y de contexto en que viven, puede acarrear consecuencias muy negativas para unas y otros:

“uy, pues chévere tener un hijo porque o sea a mí me gustan harto los peladitos, pero es que no, ser uno papá es tan berraco, se le tira la vida a uno.” [GF: 15-19: Escolarizados].

Aún siendo positivo el significado de la maternidad y la paternidad –expresadas en forma de deseo-, la realidad vivida o percibida hace que un embarazo sea visto como negativo para el presente de los chicos.

#### **3.4.4 Aborto**

Como en los otros grupos incluidos en la investigación prevalece en la mayoría de varones una visión negativa, de desaprobación y acusadora frente a la práctica del aborto: [“el aborto, ah... no pues mal porque ante todo es una personita” [RV: 15-19: Desescolarizado]. La representación hegemónica de crimen contra una persona se mantiene, ligada al pecado y a la falta de responsabilidad

“N1: Es malo, porque se están violando vidas, son seres pequeñitos que son inocentes de todo. N5: Aquí nos han dado educación sexual y nos han hecho saber que eso es malísimo.” [GF: 15-19: Escolarizado]

Los procesos de educación sexual no presentan los elementos suficientes para producir miradas distintas en la mayoría de los adolescentes entrevistados. Sin embargo, aparecen dilemas, como en el caso de las mujeres, que hacen que aparezcan algunos discursos emergentes en los varones:

“Yo frente al aborto pienso lo siguiente, como primera medida no estoy de acuerdo frente al aborto cuando las condiciones son estables, de cómo hay las posibilidades de luchar. Pero yo a veces me hago la pregunta sobre el aborto cuando una muchacha ha sido violada, qué pasa. ¿Ahí sí sería o no sería necesario un aborto?” [GF: 15-19: Escolarizado]

Una visión ampliada hacia un contexto de la realidad y de la vulneración de derechos humanos, como es el caso de la violación, hacen que este adolescente establezca un dilema donde tiene mayores elementos de juicio para optar. Otros, tienen una valoración centrada en las condiciones estructurales que viven:

“Yo sí soy partidario del aborto. Yo considero que uno no debe hacerse responsable de los errores que uno tenga, pero si eso va a influir la felicidad del niño, y voy a traer a un niño a un estado precario al mundo, pues yo considero que sería mejor que no naciera, yo ahorita digo que si me hubiera tocado vivir en las calles, comer de vez en cuando, hubiera preferido no nacer.” [GF: 15-19: Escolarizado]

El someter a un hijo/a a la precariedad en que viven los mismos adolescentes o la que perciben de sus realidades conocidas, es para algunos un elemento decisivo a la hora de tomar posición frente al aborto. Igual que sucede con las mujeres de 15 a 19 años, donde la representación hegemónica sobre la práctica del aborto sigue dominando, los varones también son influenciados por la misma. Sin embargo, igual que con las mujeres, aparecen algunos discursos emergentes basados en el análisis de su propia realidad que permiten una mayor argumentación para decidirse a favor o en contra de la práctica.

## **SÍNTESIS**

Desde muy temprana edad, las niñas y los niños ya tienen significaciones sobre sexualidad que son aprendidas de los discursos hegemónicos que sustentan las personas de los espacios de socialización donde crecen. Para el caso de las niñas, las mujeres del entorno que son significativas como madres, tías, hermanas son el grupo que socializa a las adolescentes en los significados sobre sexualidad y reproducción. En el caso de los varones, aunque con menos importancia, las madres y padres juegan un papel en los discursos y significados que aprenden y hacen realidad en sus relaciones cotidianas.

El proceso de socialización de niños y niñas están marcados por las desigualdades derivadas de la interpretación cultural sobre la diferencia sexual (Faur, 2003). El género, es un elemento estructurante de las relaciones sociales y, a su interior, en el ejercicio de la sexualidad y las prácticas sexuales. Ejemplo de esto es la construcción del significado del cuidarse – el cuidado como advertencia-. Para las mujeres menores de 15 años “el cuidarse” significa resistir a la demanda sexual de los hombres. No existe autonomía, ni acompañamiento, ni libertad de acción. El énfasis se pone en los deberes de resistir y actuar de acuerdo a la norma hegemónica.

Para los varones, el cuidado significa protegerse de los riesgos de salud que pudiese conllevar su ejercicio sexual. Riesgos que, además, son de naturaleza femenina (ellas contagian, ellas transmiten), lo que deriva, entonces, en un ejercicio de selección “cuidadosa” de las parejas. Para ellos el imperativo es, al contrario de las mujeres, tener el máximo de relaciones sexuales posibles, sin tener en cuenta a las otras. El ejercicio del derecho a la libertad es individualista en su construcción y no fija límites en los derechos de las mujeres, persistiendo relaciones de poder dominantes sobre las mujeres por parte de los hombres (Marina, 2002).

Por otra parte las significaciones que las adolescentes tienen de la sexualidad, están ligadas a los procesos reproductivos. Existe una tendencia a considerar “lo sexual” como negativo o peligroso, ligado a los “riesgos” y consecuencias problemáticas del ejercicio sexual. Este elemento es preponderante en la socialización de las mujeres, donde la sexualidad femenina se liga al peligro y la culpa. En general no existe una visión positiva de la sexualidad ligada a la calidad de vida y al ejercicio de la autonomía y los Derechos (Correa y Petchesky, 2001). El placer es un elemento válido y constitutivo de la sexualidad masculina, pero no aparece como deseable ni válido en la sexualidad femenina.

Las relaciones entre varones y mujeres están signadas por el desencuentro. Para las mujeres “los hombres” son un grupo identitario homogéneo que las demanda sexualmente y luego las abandona. Este significado solo se rompe en el ideal de compañero responsable que, como ellas, es capaz de asumir la responsabilidad del hijo si se presenta un embarazo no planeado. Para los varones, las relaciones se estructuran de acuerdo a la dicotomía mujer buena – mujer mala. Tener relaciones paralelas es parte del significado “normal” de las relaciones afectivas y sexuales de los varones y altamente cuestionable si es la mujer la que las asume. Este elemento muestra la desigualdad y el poco reconocimiento que se hace de las otras y puede implicar riesgos para unos

y otras en el ejercicio de la sexualidad y consecuencias negativas para su salud sexual y reproductiva.

Como elementos emergentes se pueden resaltar que niños, niñas y adolescentes muestran un interés importante por la sexualidad. Grupos específicos de adolescentes, han ganado “capacidad médica” en términos de Boltanski para conversar tranquilamente sobre temas de sexualidad. Sobre todo, mujeres que tienen condiciones de posibilidad en su entorno con padres que conversan más tranquilamente de estos temas y contextos menos restrictivos en información y comunicación que les permiten poner en duda los marcos moralistas que dicotomizan la vida en bueno y malo, normal y anormal.

También algunos niños, niñas y adolescentes empiezan a abogar por relaciones más equitativas entre los sexos, fundamentalmente relacionado con la autonomía sobre el cuerpo y la sexualidad y la toma de decisiones en términos de igualdad. Este elemento, sumado a chicos y mujeres que propugnan por relaciones entre pares donde la afectividad y el reconocimiento del otro u otra sean base para la negociación de relaciones sociales y sexuales, abre una posibilidad de trabajo donde se puedan resignificar las tendencias hegemónicas y reconstruir sujetos de derechos sexuales y de derechos reproductivos.



#### 4. SEXUALIDAD Y EMBARAZO: EL CASO DE LAS ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS

*“El pánico moral cristaliza temores y ansiedades muy extendidos y, a menudo, se enfrenta a ellos, no buscando las causas reales de los problemas y las características que muestran, sino desplazándolos a los ‘tipos diabólicos’ de algún grupo social concreto.”*

Jeffrey Weeks

El análisis sociológico del fenómeno del embarazo adolescente en menores de 15 años, permite rastrear el sentido común e interpretar lo que ocurre con un grupo de alta significación social y en el que se expresan de manera importante los miedos, imaginarios y representaciones que sobre la sexualidad tienen un grupo social determinado. La sexualidad en niños y adolescentes desde la perspectiva social puede generar lo que Gayle Rubin (1989) denomina “pánico moral”, que se entiende como aquellos temores acumulados en relación con la moralidad pública hegemónica y que tiende a reunir grupos y movimientos en torno a ansiedades generadas en cuestiones sexuales (Grupo Davida: 2005). En las niñas menores de 15 años, la tensión que se genera entre el ejercicio de la sexualidad autónoma y el riesgo del abuso sexual, hace que este grupo de edad se constituya en un caso paradigmático para explorar el campo de la sexualidad y su impacto en la salud sexual y reproductiva y en los derechos sexuales y derechos reproductivos. En la perspectiva biográfica utilizada, aparecen aquí los significados de las niñas, como de sus referentes familiares e institucionales en lo que se configura como la construcción social de la sexualidad en contextos específicos de Colombia.

Este capítulo se organiza en dos apartados. Uno primero, descriptivo sobre el comportamiento del fenómeno del embarazo adolescente en el quinquenio de 2005 a 2009, basado en el procesamiento de los datos de Estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística y que sirve como marco de contextualización para el análisis de las narrativas de los relatos de vida. Un segundo apartado da cuenta de los significados del fenómeno del embarazo adolescente, realizando una labor hermenéutica<sup>25</sup>, partiendo de los relatos de vida para

---

<sup>25</sup> En este caso, la labor hermenéutica se realiza desde la posición del investigador que trabaja hace muchos años en el tema de salud sexual y reproductiva y que tiene como base formación en salud y pretende moverse en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, intento reconocer mis limitantes, marcadas por el propio sentido común, formado a través de una matriz cultural y tras años de formación profesional. Intentar, a veces sin

inscribirlos en el contexto social y en la discusión que realizan investigadores/as de Colombia y América Latina.

#### 4.1. Descripción del embarazo adolescente en menores de 15 años en el quinquenio 2005 – 2009

Se procesó la base de datos de nacimientos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-, para realizar una descripción básica de lo que ocurre con el embarazo en menores de 15 años durante el periodo 2005 a 2009. Se analizan de manera descriptiva las variables de las madres y sus parejas pertinentes para la triangulación con los relatos de vida.

En Colombia (ver tabla 1), durante el quinquenio 2005-2009, se presentaron 3'557.923 nacimientos (vivos), de los cuales 33.355 (0,94%) correspondieron a madres menores de 15 años (ver tabla 2). El caso más extremo se presentó en 2008 en el municipio de Bucaramanga, con un nacimiento de una madre de nueve años de edad. Además, se presentaron 50 (0,15%) nacimientos de madres con 10 años, 146 (0,44%) nacimientos de madres con 11 años, 922 (2,76%) de madres de 12 años, 6.011 (18,02%) de madres de 13 años y 26.225 (78,62%) de madres de 14 años. Entre 2007 y 2008 se presentó el mayor incremento de nacimientos con madres menores de 15 años (5%). La tasa por mil nacimientos entre 2005 y 2009 ha crecido de 2,95 a 3,5 (Minsalud, Colombia, 2012).

**TABLA 1. NACIMIENTOS EN COLOMBIA  
2005 - 2009**

PERIODO	TOTAL NACIMIENTOS		NACIMIENTOS DE MADRES MENORES DE 15 AÑOS		
	país/año	% var. anual	país/año	% var. anual	Proporción < 15 / total
2005	719.968		6459		0,90%
2006	714.450	-0,77%	6516	0,9%	0,91%
2007	709.253	-0,73%	6599	1,3%	0,93%
2008	714.477	0,74%	6929	5,0%	0,97%
2009	699.775	-2,06%	6852	-1,1%	0,98%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de Estadísticas Vitales (Quinquenio 2005-2009) DANE.

éxito, la reflexividad hacia el fenómeno investigado y hacia las mujeres que nos abren una ventana a su vida, es una intención quizás no del todo lograda, pero en la que las debemos esforzarnos cada día más.

**TABLA 2. NÚMERO DE NACIMIENTOS EN COLOMBIA DE MADRES MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN EDAD DE LA MADRE, 2005-2009**

Edad de la madre/ Período	9	10	11	12	13	14	Total	Variación anual
2005		9	20	173	1.114	5.143	6.459	
2006		13	32	164	1.185	5.122	6.516	0,88%
2007		15	31	170	1.186	5.197	6.599	1,27%
2008	1	6	28	214	1.251	5.429	6.929	5,00%
2009		7	35	201	1.275	5.334	6.852	-1,11%
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>146</b>	<b>922</b>	<b>6.011</b>	<b>26.225</b>	<b>33.355</b>	
Peso porcentual	0,00%	0,15%	0,44%	2,76%	18,02%	78,62%	100%	

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de Estadísticas Vitales (Quinquenio 2005-2009) DANE.

Según se observa en la tabla 2, el acumulado mayor de embarazos se da en las edades de 13 y 14 años, con un total de 96,64%. El 3,36% restante lo representan los casos de 11, 10 y 9 años con pesos descendentes en su orden. Por otro lado, a pesar de la variación negativa en 2009, los nacimientos en menores de 15 años en el periodo analizado han aumentado en un 6,04%, y aunque comparado con el total de nacimientos en el país sigue siendo un porcentaje minoritario, por la relación que puede haber con abuso sexual y los impactos individuales y colectivos generados, es importante profundizar en el estudio de estos eventos y adelantar intervenciones para garantizar los derechos de las niñas.

La concentración de los embarazos de menores de 15 años en mujeres de 13 y 14 años es un hecho que se debe analizar en conjunto con los datos sobre adelanto de la menarquia<sup>26</sup> en las últimas décadas, y con la discusión actual sobre la capacidad y autonomía de las y los adolescentes para tomar decisiones. Es indiscutible que, tratándose de menores de 15 años, se debe explorar a profundidad la posibilidad de que se trate de eventos de abuso sexual. Los profesionales de la salud, protección y educación deben estar en capacidad de realizar una exploración profunda sobre los riesgos y signos de violencia sexual y abuso, presentes en cada caso y contexto específico, para garantizar la protección y restitución de los derechos en los casos que lo requieran, ya sea directamente o ubicando la ruta de atención apropiada para la adolescente.

La búsqueda y confirmación de las desigualdades de poder basadas en la diferencia de edad con la pareja —en género y clase— y la subordinación y coerción que de ellas puede desprenderse, debe incluirse como parte de la valoración de las adolescentes en los diferentes sectores que las

<sup>26</sup> En Europa se reconoce una media de 11,5 años. en América Latina hay autores que sostienen que ocurre entre los 12 y 14 años (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011).

atienden. La confluencia de variables como la clase social, el nivel educativo, las desigualdades por edad y género y el ejercicio de la sexualidad, entre otras, dan el marco socioestructural para la aparición de la tensión entre la libertad y su vulneración.

En este sentido, es necesario dilucidar la confusión que se presenta en lo que se refiere a “la capacidad de toma de decisiones en el ámbito legal y de salud” (Minsalud Chile, 2011: 13). Aunque desde la perspectiva legal en Colombia el parámetro para otorgar la capacidad de toma de decisiones en lo relativo a relaciones sexuales es la edad (mayores de 14 años), la capacidad de toma de decisiones en salud tiene una mayor complejidad y está acorde con el comportamiento de una distribución normal de las poblaciones; esto quiere decir que la capacidad para tomar decisiones depende de varios factores que no están determinados por un punto cronológico y no ocurre al mismo tiempo en todas las personas.

Algunas personas adquirirán la capacidad antes de la edad legal y otras después. Como es conocido, en el caso Gillick en Gran Bretaña, ocurrido a mediados de la década de los ochenta, la Corte Británica estableció que los servicios de salud podían proveer anticoncepción a menores de 16 años que lo solicitaran, sin el consentimiento previo ni el conocimiento de sus padres o madres (Bird, 2007). La corte valoró la complejidad para que una persona adolescente pueda consentir (voluntad) su propio tratamiento médico en función de tres condiciones: tener la inteligencia y el conocimiento para entender el problema al que se enfrenta, comprendiendo la naturaleza y efectos de los procedimientos que se sugieren por el personal de salud (Bird, 2007; Minsalud Chile, 2011).

Estos elementos fueron resumidos en los criterios de Fraser<sup>27</sup>, derivados de la sentencia Gillick, así: i) el/la joven va a entender el consejo del profesional; ii) el/la joven no se puede convencer para informar a sus padres; iii) el/la joven es probable que comience o continúe teniendo relaciones sexuales con o sin tratamiento anticonceptivo, a menos que reciba el tratamiento indicado; iv) a menos que reciba tratamiento anticonceptivo, la salud física o mental de la persona adolescente, o ambos, son propensos a sufrir, y los mejores intereses del o la joven le obligan a recibir consejos sobre anticoncepción o tratamiento, con o sin consentimiento de los

---

<sup>27</sup>Gillick v West Norfolk and Wisbech Health Authority & Anor (1984) QB 581, (1985) 3 All ER 402, citado por Bird, S. (2007). Traducción propia.

padres (Bird, 2007). En otros desarrollos que contribuyen a esta discusión, el relator especial sobre el derecho a la salud de la ONU, en su informe anual de 2009, afirmó que:

“la Convención sobre los Derechos del Niño exige que se respete la evolución de las facultades del niño y que se dé la debida importancia a sus opiniones en función de su edad y su madurez”<sup>28</sup>. Se deben dar a conocer ampliamente los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas al niño y, si posee suficiente madurez, solicitar su consentimiento informado<sup>29</sup>. La Observación General sobre el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño, recientemente adoptada, estipula que “los Estados parte tienen que promulgar leyes o reglamentos para garantizar que los niños tengan acceso a asesoría médica confidencial sin el consentimiento de sus progenitores, con independencia de la edad del niño, cuando lo haga necesario su seguridad o bienestar. El derecho a la asesoría es distinto al derecho a otorgar consentimiento médico, y no debe estar sujeto a ningún límite de edad<sup>30</sup>. “Las ideas preconcebidas de la sociedad y vigentes entre los adultos, pueden levantar barreras al derecho de los niños de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y a recibir información sobre esos temas, y aunque algunos países lo protegen<sup>31</sup>, en muchos la obligatoriedad del consentimiento de los progenitores dificulta gravemente el ejercicio de ese derecho”<sup>32</sup> (ONU, A/64/272; Grover, 2009: 15-16).

---

<sup>28</sup> Artículo 5 y párrafo 1 del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

<sup>29</sup> Artículos 3, 13 y 17 de la Convención sobre los Derechos del Niño; Convención sobre los Derechos del Niño, observación general núm. 3, párr. 20.

<sup>30</sup> Convención sobre los Derechos del Niño, observación general núm. 12, párr. 101.

<sup>31</sup> En los Estados Unidos, la ley sobre el Servicio de Salud Pública (US Code, Title 42 [1946]) obliga a las clínicas de planificación familiar financiadas federalmente a prestar servicios confidenciales en todos sus servicios, sin necesidad del consentimiento de los progenitores. Ahora bien, algunas leyes de los Estados siguen limitando el acceso a esos servicios. Valvano, T. J. (2009). Legal issues in sexual and reproductive health care for adolescents. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 10: 60-65.

<sup>32</sup> UNFPA y otros. Report Card, HIV Prevention for Girls and Young Women: India (2007), Kenya (2008), Swazilandia (2007), Tailandia (2006) y Perú (2006); Dehne, K.L. y Riedner, G. (2005). Sexually transmitted infections among young people. The need for adequate health services. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente de la OMS; Mahery, P. (2006). Consent laws influencing children's access to health care services. *South African Health Review*, 167-180; American Psychological Association (2000). Parental Consent and Adolescent Reproductive Health.

Adicional a estos planteamientos del orden jurídico internacional, es necesario revisar el hecho de que, además de la edad y la etapa del desarrollo de las personas adolescentes, existe una influencia de las propias experiencias biográficas en el desarrollo de la autonomía y la capacidad de tomar decisiones (Alderson, 2007; Minsalud Chile, 2011). Un ejemplo es que los adolescentes que han sido víctimas de deterioro social, enfermedades crónicas, trabajo infantil, cuidado de hermanos/as, etc., pueden ser más maduros frente a una determinada situación que implique decisiones, comparados con sus pares de una misma edad cronológica. En el mismo sentido, Climent (2009) plantea cómo, en los estilos parentales educativos de características democráticas, los y las adolescentes están más expuestos/as a aprendizajes sobre toma de decisiones que en los estilos autoritarios, permisivos o negligentes y esto podría brindarles capacidades mayores para la toma de decisiones, comparativamente con los/las demás.

En Colombia, la jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, el marco jurídico descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo<sup>33</sup> (Sentencia C-355/06). Lo que la Corte Constitucional plantea es que la edad puede ser tomada de manera válida como un indicador del grado autonomía de la persona, pero el número de años no es un criterio tajante, ya que menores con idéntica edad pueden evidenciar una distinta capacidad de autodeterminación, y por ende, gozar de una protección diversa a su derecho al libre desarrollo de la personalidad.

De acuerdo a lo que muestran a los datos sobre embarazo adolescente en menores y en este marco de la legislación internacional y nacional planteamos como un asunto central para la discusión que ante la concentración de embarazos en los 13 y 14 años, la garantía de derechos de estas niñas debe comenzar por una valoración profunda de las vulnerabilidades y riesgos para abuso sexual, pero también por una valoración desde el sector salud de su nivel de desarrollo y su capacidad para la toma de decisiones que permita el ejercicio de sus derechos sexuales y

---

<sup>33</sup> Incluso la jurisprudencia comparada ha admitido el derecho de las menores embarazadas en consentir la práctica del aborto aun en contra de la opinión de sus padres. Al respecto ver, entre otras, la doctrina desarrollada por la Corte Suprema de los Estados Unidos en el caso *City of Akron v. Akron Center for Reproductive Health* 462 V.S. 416 (1983) (citada por la Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006).

derechos reproductivos, así como a la salud sexual y reproductiva. La situación recurrente de las adolescentes menores de 14 años que consultan para anticoncepción, porque temen quedar embarazadas, y no son atendidas utilizando como excusa el criterio legal, no es coherente con la garantía de derechos, menos aún cuando esas mismas adolescentes son incluidas meses más tarde en los servicios de control prenatal. La ambigüedad moral de los prestadores de servicios aduciendo el imperativo legal para no asesorar y proveer en anticoncepción y SSR va en contra de los derechos de las niñas.

Por otro lado, la discusión actual debe transitar de la afirmación del lugar común sobre la incapacidad de adolescentes menores para tomar decisiones en sexualidad, a poner el foco en el grupo de hombres de edades mayores que las niñas que, en el marco del amor romántico, la coerción y el abuso, están produciendo embarazos en las menores. Es necesario saber más sobre estos hombres y verlos como una expresión de la masculinidad hegemónica patriarcal, que se manifiesta de diversas maneras y que el país no ha logrado transformar de manera significativa. Investigar y trabajar sobre las masculinidades hegemónicas y no en la aseveración —a veces infundada— de la incapacidad de las y los adolescentes para tomar decisiones, permite pensarnos en un enfoque de derechos que reconoce a las adolescentes y evidencia la necesidad de trabajar de forma profunda en la transformación cultural de las masculinidades como un elemento central para nuevas formas de relaciones afectivas y/o sexuales y como base para la prevención del embarazo adolescente.

El análisis de la unión –ver tabla 3– muestra cómo un porcentaje importante (el 54,75%) de las niñas menores de 15 años con nacimientos en el periodo revisado se ubica en la categoría de unión libre y casada, lo que podría suponer que el determinante próximo más importante en estos casos es la unión temprana, aunque es imposible discriminar si primero ocurre la unión o las relaciones sexuales y el embarazo que conllevan a la decisión de unirse. En Colombia, como lo muestra la CEPAL (2011), el porcentaje de unidas a los 15 años, para la cohorte de 20 a 24 años, no se ha transformado de manera importante: las unidas a los 15 años entre 1986 y 2010 pasaron de 4,3% a 5,6%<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Estos datos se basan en las Encuestas de Demografía y Salud (ENDS)

**TABLA 3. ESTADO CIVIL DE LAS MADRES MENORES DE 15 AÑOS. TOTAL NACIONAL, QUINQUENIO 2005-2009**

Estado civil	Quinquenio					Total
	2005	2006	2007	2008	2009	
No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja	0	0	0	878	741	1.619
No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	0	0	0	2.960	2.863	5.823
En unión libre (*)	3.396	3.456	3.523	3.838	3.604	17.817
Está separada, divorciada	23	19	10	24	28	104
Está viuda	20	16	19	12	12	79
Está soltera	2.767	2.771	2.775	2.814	2.919	14.046
Está casada	94	87	119	71	75	446
Sin inf.	159	167	153	170	214	863
<b>Total general</b>	<b>6.459</b>	<b>6.516</b>	<b>6.599</b>	<b>6.929</b>	<b>6.852</b>	<b>33.355</b>

(\*) A partir del 2008 se anexaron las dos primeras variables y para efectos de análisis se sumaron en "Unión libre".

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de Estadísticas Vitales (Quinquenio 2005-2009) DANE.

Rodríguez (2012) sostiene que en América Latina “los registros civiles muestran que sí hay un retraso significativo de la edad media del primer matrimonio, mientras no ocurre eso con las uniones informales que mantienen el patrón de iniciación del pasado” (Rodríguez, 2012: 6). La alta presentación de unión libre en el grupo estudiado puede estar relacionada con la procedencia mayoritaria de mujeres de sectores pobres y vulnerables —donde se mantiene un patrón tradicional— y con el marco legal que considera delito las relaciones sexuales antes de los 14 años. Algunos estudios han encontrado que las adolescentes, en marcos de violencia estructural, sexual e intrafamiliar, pueden unirse tempranamente como una forma de escapar de estos marcos violentos (Nieto y otros, 2011).

Por otro lado, un 42,11% se registran como solteras, lo que indica que estas niñas tienen que asumir la crianza sin el acompañamiento de la pareja, aunque no existen datos para corroborar si algunos de estos hombres participan como proveedores de dinero o de elementos necesarios para los hijos/as.

**TABLA 4. NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN ÚLTIMO AÑO CURSADO. TOTAL NACIONAL, 2009**

Nivel educativo	Período						Total 2009	Peso % según nivel educativo
	2009							
	Edad de la madre/ Último año cursado	10	11	12	13	14		
Preescolar					4	22	26	0,38%
Básica primaria		4	17	121	598	1.919	2.659	38,81%
	1			3	27	58	88	
	2	1	5	11	48	113	178	
	3		5	16	84	215	320	
	4		4	19	111	354	488	
	5	2	3	54	268	952	1.279	
	Sin inf.	1		18	60	227	306	
Básica secundaria		2	12	57	570	2.974	3.615	52,76%
	6			16	174	688	878	
	7	1	2	16	164	734	917	
	8		1	3	88	631	723	
	9			3	28	431	462	
	Sin inf.	1	9	19	116	490	635	
Media académica o clásica					7	158	165	2,41%
	10				2	41	43	
	11					42	42	
	Sin inf.				5	75	80	
Media técnica						2	2	0,03%
Normalista						1	1	0,01%
Ninguno			2	8	36	75	121	1,77%
Sin inf.		1	4	15	60	183	263	3,84%
<b>Total general</b>		<b>7</b>	<b>35</b>	<b>201</b>	<b>1.275</b>	<b>5.334</b>	<b>6.852</b>	<b>100%</b>

(1) Esta pregunta se incorporó en 2009.

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de Estadísticas Vitales (2009) DANE.

En el análisis del nivel educativo –Tabla 4– según el último año cursado, llama la atención el alto porcentaje de niñas que solamente tienen básica primaria, sobre todo cuando la mayoría de las madres están entre los 13 y los 14 años. Este porcentaje puede ser un dato indirecto sobre la deserción escolar temporal o definitiva, antes, durante o después del embarazo. En Colombia, según la Encuesta Nacional de Deserción Escolar, en los estudiantes con desvinculaciones previas, la deserción reportada porque iban a ser padres o madres es de un 19,5% en zonas rurales y de un 15,8% en zona urbana (MEN, 2010).

La relación entre la fecundidad y la educación es un tema profusamente tratado por la literatura, tanto cuantitativa como cualitativa. Una de las principales razones por las que el embarazo y la maternidad adolescentes han sido considerados como un problema social es que, en general, la situación de embarazo-maternidad puede impedir o al menos dificultar la trayectoria escolar de las/os adolescentes, especialmente de las mujeres, lo cual a su vez puede desembocar en

problemas de desarrollo profesional e inserción laboral, sobre todo en las clases populares y sectores vulnerables, convirtiéndose en un factor de reproducción de la pobreza (Flórez y Soto, 2006; CEPAL, 2011). Las transformaciones en la experiencia de las mujeres es distinta a la de los hombres y, como afirman entre otros García Nascimento (2011), afecta más a las clases bajas, sobre todo si no se cuenta con apoyos familiares y sociales.

No obstante, las investigaciones de Näslund-Hadley y Binstock (2010), Stern (2012), SITEAL, OEI y UNESCO (2013) concluyen, frente a la idea habitual, que la mayoría de la deserción escolar no comienza con el embarazo, sino que tiene condiciones previas asociadas a las primeras uniones formales, la baja calidad de la educación ofrecida y las bajas expectativas de vida y futuro. En otros estudios se han reportado situaciones en que el embarazo se convierte, para las/os adolescentes, en un incentivo para continuar los estudios (Zamberlin, 2005).

**TABLA 5. NACIMIENTOS POR ÁREA DE RESIDENCIA DE LAS MENORES DE 15 AÑOS. TOTAL NACIONAL, QUINQUENIO 2005-2009**

Área residencia	Quinquenio					Total	Peso Porcentual
	2005	2006	2007	2008	2009		
Cabecera municipal	4.213	4.324	4.380	4.591	4.476	21.984	65,91%
Centro poblado (*)	791	743	755	745	773	3.807	11,41%
Rural disperso	1.278	1.292	1.264	1.373	1.414	6.621	19,85%
Sin inf.	177	157	200	220	189	943	2,83%
<b>Total</b>	<b>6.459</b>	<b>6.516</b>	<b>6.599</b>	<b>6.929</b>	<b>6.852</b>	<b>33.355</b>	<b>100,00%</b>

(\*) (Inspección, corregimiento o caserío)

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de Estadísticas Vitales (Quinquenio 2005-2009) DANE.

Existe un predominio de nacimientos en las áreas urbanas; sin embargo, las áreas rurales mantienen un 31,26% de los casos (rural disperso + centro poblado). Teniendo en cuenta la distribución urbana-rural del país, los nacimientos en áreas rurales siguen representando un porcentaje importante, que además evidencian riesgos adicionales por las barreras de acceso a servicios de salud de calidad que enfrentan las personas que habitan zonas rurales.

En cualquier caso, aunque la relación de causa-efecto entre, por una parte, el embarazo-maternidad y, por otra, el desempeño y la interrupción del ciclo escolar, no haya sido establecida incontrovertiblemente, en particular por la confluencia de otros factores como pobreza y vulnerabilidad, sí existe un vínculo importante entre el embarazo y la trayectoria educativa de las/os adolescentes. La deserción puede ser antes o después, como lo muestran algunos de los datos de este trabajo, sin embargo, existe la certeza que el embarazo en menores afecta la educación de las niñas, ya sea porque desertan o porque la calidad de las opciones educativas es

bastante pobre, generalmente dada por ciclos cortos (dos cursos en un año) o en jornadas nocturnas. La posibilidad de competir por espacios de educación superior se reduce.

**TABLA 6. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS QUE HA TENIDO LA MADRE, INCLUIDO EL PRESENTE, EN MENORES DE 15 AÑOS. TOTAL NACIONAL, QUINQUENIO 2005-2009**

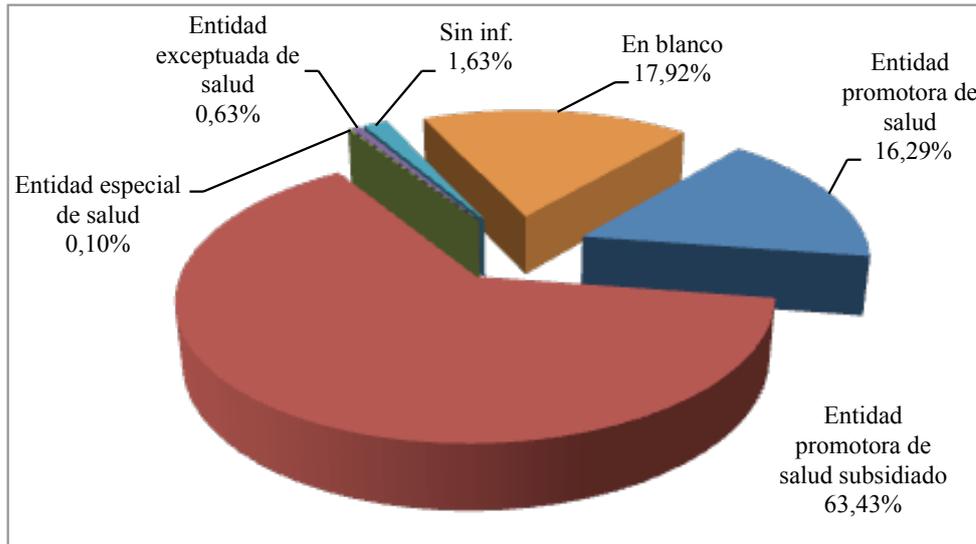
No. de hijos nacidos vivos	Quinquenio					Total	Peso Porcentual
	2005	2006	2007	2008	2009		
1	6.191	6.226	6.344	6.703	6.635	32.099	96,23%
2	131	174	153	149	166	773	2,32%
3	8	11	8	11	8	46	0,14%
4	2	3	6	1	1	13	0,04%
5	1				1	2	0,01%
Sin inf.	126	102	88	65	41	422	1,27%
<b>Total</b>	<b>6.459</b>	<b>6.516</b>	<b>6.599</b>	<b>6.929</b>	<b>6.852</b>	<b>33.355</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de Estadísticas Vitales (Quinquenio 2005-2009) DANE.

Como se observa en la tabla 6, un dato preocupante es el hecho de que entre el 2 y el 3% del total de nacimientos en menores de 15 años podrían ser segundos nacimientos. Esto evidencia fallas importantes en la garantía de derechos de estas niñas. Podría pensarse que el seguimiento al primer embarazo y parto no existió o fue precario, no permitió establecer la presencia o no de abuso y a partir de allí garantizar la atención y protección necesaria de la niña y/o no se entregó una asesoría adecuada y un método anticonceptivo que la adolescente eligiera. Si el segundo embarazo en adolescentes de quince a diez y nueve años es un fenómeno de consecuencias negativas para las niñas, el segundo embarazo en menores de 15 años debería ser un intolerable en el que toda la sociedad y la institucionalidad del Estado se proponga garantizar los derechos de estas niñas.

En 2009, como muestra la figura 2, el 63,43% de las madres cuyos nacimientos ocurrieron antes de los 15 años estaban afiliadas al régimen subsidiado de salud (el dato podría ser mayor, ya que en un 17,92% el campo estaba en blanco y el 1,63% no tiene información, para un 19,55% de casos por asignar a las diferentes opciones de aseguramiento). El hecho de que el 63,43% de los casos revisados pertenezcan al régimen subsidiado (nivel de Sisben 0, 1 o 2) permite inferir que la mayoría de esta población pertenece a sectores pobres y vulnerables. Se corrobora aquí, indirectamente, cómo los elementos que muestra la literatura y que tienen que ver con la desigualdad social y la pobreza están en el centro del complejo causal de los embarazos adolescentes en Colombia (Rodríguez, 2009; Stern, 2012).

**FIGURA 2. ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SALUD A LA QUE PERTENECEN LAS MADRES MENORES DE 15 AÑOS, TOTAL NACIONAL 2009**



(1) Esta pregunta se incorporó en 2009

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de Estadísticas Vitales (2009) DANE.

**TABLA 7. EDAD DE LOS PADRES DE NIÑOS NACIDOS DE MADRES MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN GRUPO ETARIO. TOTAL NACIONAL, QUINQUENIO 2005-2009**

Grupo etario padre	Quinquenio					Total	Peso %
	2005	2006	2007	2008	2009		
11-14	67	57	70	59	72	325	1,0%
15-20	3.010	3.094	3.211	3.415	3.460	16.190	48,5%
21-30	2.355	2.399	2.430	2.534	2.352	12.070	36,2%
31-40	358	333	312	304	292	1.599	4,8%
41-50	71	74	68	78	62	353	1,1%
51-60	16	23	23	14	16	92	0,3%
61-70	10	4	4	5	3	26	0,1%
Mayor de 70	3	3	-	3	1	10	0,0%
Sin inf.	569	529	481	517	594	2.690	8,1%
<b>Total</b>	<b>6.459</b>	<b>6.516</b>	<b>6.599</b>	<b>6.929</b>	<b>6.852</b>	<b>33.355</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de Estadísticas Vitales (Quinquenio 2005-2009) DANE.

Uno de los elementos que marca la vulneración de los derechos de las niñas con embarazos antes de los 15 años son las desigualdades de poder basadas en edad y género, que pueden representarse en fenómenos que van desde el abuso sexual hasta la coerción, la presión económica, las asimetrías de conocimiento y experiencia, etc. Al revisar la base de datos –tabla 7- del quinquenio podemos observar cómo solo en un 1% de las parejas se trata de pares entre 11 y 14 años. Un 48,5% son hombres de 15 a 20 años, un 36,2% tiene entre 21 y 30 años, un 6,32 % son hombres mayores de 40 años y se presentan 10 casos de varones mayores de 70 años.

Según la ley penal vigente en Colombia, de los datos de las parejas con edad conocida en el quinquenio, 30.340 varones mayores de 15 años habrían abusado de estas niñas y deberían estar

en la cárcel. Sin embargo, hoy en el país conocemos poco sobre estos hombres, su cultura, sus concepciones de pareja, de amor, de sexualidad, de género, de paternidad, etc. El embarazo de mujeres menores de 15 años con parejas mayores nos habla de unas masculinidades dominantes de las cuales este fenómeno es apenas una expresión más.

**TABLA 8. NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES DE NIÑOS NACIDOS DE MADRES MENORES DE 15 AÑOS. TOTAL NACIONAL, QUINQUENIO 2005-2009**

Nivel educativo	Quinquenio					Total	Peso %
	2005	2006	2007	2008	2009		
Preescolar	19	8	9	194	19	249	0,75%
Básica primaria					1.448	1.448	4,34%
Primaria completa	802	754	749			2.305	6,91%
Primaria incompleta	966	929	888			2.783	8,34%
Básica secundaria					1.897	1.897	5,69%
Secundaria incompleta	1.708	1.806	1.904			5.418	16,24%
Media académica o clásica					1.170	1.170	3,51%
Secundaria completa	863	938	1.049			2.850	8,54%
Media técnica					22	22	0,07%
Normalista					1	1	0,00%
Técnica profesional					8	8	0,02%
Tecnológica					20	20	0,06%
Profesional				1.934	43	1.977	5,93%
Universitaria completa	24	22	21			67	0,20%
Universitaria incompleta	56	50	59			165	0,49%
Especialización					1	1	0,00%
Ninguno	242	223	194		191	850	2,55%
Sin inf.	1.779	1.786	1.726	4.801	2.032	12.124	36,35%
<b>Total</b>	<b>6.459</b>	<b>6.516</b>	<b>6.599</b>	<b>6.929</b>	<b>6.852</b>	<b>33.355</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de Estadísticas Vitales (Quinquenio 2005-2009) DANE.

Con referencia al nivel educativo –Tabla 8- es importante mencionar que al momento del parto, en el año 2009, el 91,9% de las menores contaba con educación básica hasta máximo secundaria y solo el 44,7% de las parejas se encontraba en un nivel similar; y el 18,4% contaba con educación media y formación para el trabajo; sobre el 29,6%, no se registró esta información. Para el quinquenio, el 20,2 % de las parejas varones tiene primaria completa o incompleta y un 34% ha iniciado, y en algunos casos completado, el ciclo de secundaria. En la asimetría de conocimientos derivada del nivel de estudio alcanzado por la madre adolescente y el alcanzado por el padre se observa una diferencia importante, que también se nota cuando se analizan los varones padres de los nacimientos en menores de 15 años: de hecho, el 6,6% tienen educación profesional, y se cuenta con un número importante en el que se carece de información sobre este tópico (36,3%).

## 4.2. Los significados del embarazo adolescente

Mucho se ha dicho ya por diversos autores sobre los factores estructurales que afectan el fenómeno del embarazo adolescente, sabiéndose a ciencia cierta hoy que el principal de ellos tiene que ver con la desigualdad socioeconómica y lo que esta conlleva en términos de pobreza, exclusión y vulnerabilidad, todas ellas en un círculo que se cierra por sí mismo (Stern, 2007, 2012; Rodríguez, 2008; CEPAL, 2011). En los casos estudiados, por la procedencia de los mismos, aunado a la poca posibilidad que hubo de observar casos en instituciones de salud privadas, la muestra se concentró en hospitales públicos y en sectores marginales y populares, donde no son ajenas las nociones de desigualdad e iniquidad<sup>35</sup>. En esta misma perspectiva, no ahondaremos en lo que ya está dicho por la literatura actual en términos de determinación estructural socioeconómica y tampoco en ciertas determinaciones socioculturales ya probadas, como las desigualdades de poder basadas en el género y la edad, aunque sí serán abordadas desde la perspectiva de las adolescentes.

En este apartado se priorizarán los factores que parten de la subjetividad de las adolescentes que han compartido trozos de sus vidas y se hará referencia, según el caso, a elementos estructurales de la economía, la cultura y la biología.

### 4.2.1 El sentido común de la menarquia

La presentación de la menarquia se relaciona directamente con los niveles de desarrollo, principalmente con las mejoras en nutrición, y su tendencia ha sido a su presentación cada vez más temprana. En Europa se reconoce una media de 11,5 años, y en América Latina hay autores que sostienen que ocurre entre los 12 y 14 años (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011). Este fenómeno, asociado al inicio de relaciones sexuales, aumenta el riesgo de fecundidad adolescente e incide en la presentación temprana de embarazos. Las adolescentes narran:

“¿A qué edad te desarrollaste? A los 11 años. ¿Pero tú sabías todo lo del desarrollo? Sí, aunque cuando yo me desarrollé me asusté. Me dijeron que me cuidara, pero no me dijeron que podía salir embarazada”. [Adolescente 1, Cartagena]

---

<sup>35</sup> Se toma aquí el sentido literal dado por la RAE de “maldad, injusticia grande”.

¿A los cuántos años te desarrollaste? A los 10. Pues yo estaba en piscina y tenía mi vestido de baño y yo siento que algo se me sale. Vi sangre y le dije a mi tía que qué era eso y me dijo que me había desarrollado. Ahí en la piscina ella me compró una toalla y nos fuimos para la casa y le dije a mi mamá y me compraron más toallas y me explicaron cómo era. ¿Y te explicaron que podías quedar en embarazo después de eso? No. Hubo un tiempo en que mi mamá sí me dijo que podía quedar embarazada, pero solamente eso. Que si tenía relaciones podía quedar embarazada.” [Adolescente 3, Cartagena]

La mayoría de las niñas entrevistadas tuvieron su menarquia antes de los 12 años —lo que muestra que forman parte de la tendencia mundial al adelantamiento de este hecho biológico. Por tratarse de un evento que está ligado al desarrollo social y económico, la tendencia de adelanto de la menarquia no puede ser modificada. Sin embargo, lo que ocurre con las niñas que experimentan la menarquia más temprano sí puede tener desenlaces diferenciales en distintos contextos sociales.

La mayoría de las niñas cuyos relatos han sido analizados y que se enfrentan a embarazos antes de los 15 años, se sitúan en contextos socioeconómicos de pobreza y desigualdad, y el adelanto en la maduración y el desarrollo biológico aumenta sus riesgos y vulnerabilidades, ya que no se acompaña el proceso con los elementos necesarios para el aprendizaje emocional, psicológico, social y afectivo que permita la toma de decisiones, sobre el cuerpo y la sexualidad, propias de la autonomía.

Las niñas entrevistadas fueron informadas sobre la menarquia en relación con los elementos de higiene y en el sentido común del “cuidado con los hombres”, sin crear capacidades y habilidades para protegerse. La menarquia se tipifica en relación al embarazo —a la reproducción—, pero no se aprovecha para hablar sobre la sexualidad, su ejercicio y sus consecuencias positivas y/o negativas. Están ausentes las referencias al cuidado del cuerpo, al ejercicio de derechos sexuales, al abuso sexual y la violencia sexual. Estos tópicos no son abordados en la familia ni en la escuela.

#### 4.2.2 El inicio de las relaciones sexuales

La edad de iniciación sexual de las adolescentes, en los relatos de vida, está próxima a la menarquia. Esto podría explicarse por los contextos de precariedad y pobreza, donde el inicio de las relaciones sexuales es más temprano. El escaso diálogo que existe en el medio social en que crecen las adolescentes, sobre el campo de la sexualidad, hace que las niñas no conozcan información básica y lo que es más complejo no tengan elementos mínimos para una toma de decisiones informada y sin presiones, sobretudo en relaciones asimétricas en edad y conocimientos, como ocurre con la mayoría de relatos de vida realizados.

“¿A qué edad comenzaste a tener relaciones? Sí, a los 13 y a los 13 y medio fue que quedé embarazada. ¿Cuántos compañeros sexuales has tenido en tu vida? No, pues mi novio anterior y este. ¿Y de qué edad era tu novio anterior? De los mismos años que él, de 17 años.” [Adolescente 4, Bogotá]

“A los 12 ¿Y con cuántas parejas has tenido relaciones? Una. ¿Con él? Sí, porque yo lo conocí a él cuando tenía 12 y él tenía 18. Y a los dos años quedé embarazada. ¿En el colegio había clases sobre eso? No, nunca.” [Adolescente 5, Bogotá]

“Yo tuve mi primer novio a los 9 y a los 11 empecé a tener relaciones sexuales, pero ahí no me cuidaba.” [Adolescente 3, Medellín]

“¿Cuándo fue tu primera relación sexual? A los 13 años. ¿Y fue con el papá de tu hija? Sí. ¿Y en ese momento no sabías que podías quedar en embarazo? No, no sabía que podía quedar en embarazo.” [Adolescente 2, Cartagena]

La edad de iniciación sexual en las adolescentes de los relatos de vida está próxima a la menarquia y casi ninguna supera los dos años posteriores a la primera menstruación, que son los aceptados como promedio para la maduración biológica. Existe poca diferencia entre el momento en que las adolescentes tiene su primera menstruación y su primera relación sexual. En el capítulo anterior se mostró como el sentido común del amor romántico, está aún presente en la cultura colombiana y las madres y adultas referentes de las niñas promueven una noción del “cuidado de los hombres” como un grupo genérico, pero en el cual hay siempre una excepción que es “el hombre de la vida”. Por lo tanto, podemos pensar que las adolescentes sujetas del

embarazo, mantienen este ideal del amor romántico y responden a las exigencias de su primera o segunda pareja para iniciar relaciones sexuales muy temprano en el noviazgo o con la unión temprana.

En Colombia, como en otros países de América Latina, la edad mediana del inicio de la actividad sexual, en las mujeres de la cohorte de 25 a 29 años incluidas en las encuestas de demografía y salud, pasó de 19,4 años en 1986 a 18,2 años en el 2010, con diferenciales importantes por nivel educativo, ya que en las que refirieron que no tenían educación, la edad mediana de inicio es de 14,9 años, las de primaria, 16 años, las de secundaria, 17,1 y las de superior, 18 años como edad mediana de la iniciación sexual (CEPAL, 2011: 89-90). Si se toma como proxy de pobreza y desigualdad el bajo nivel educativo, esto podría explicar el comportamiento del grupo estudiado, donde el inicio en contextos de pobreza y desigualdad sigue siendo temprano y se agudiza con el fenómeno de adelantamiento del desarrollo biológico, expresado en la edad de la menarquia.

La tendencia que se reconoce para Colombia en el adelanto de las relaciones sexuales es más evidente si se revisa el dato de las mujeres entre 20 y 24 años que se habían iniciado sexualmente a las edades exactas de 15, 18 y 20 años. El porcentaje de mujeres de 15 años que habían iniciado relaciones sexuales a esta edad pasó de 6,1% en 1986 a 13,8% en 2010; en las de 18 años cambió de 30,9% a 60,3% y en las de 20 años pasó de 49% a 82,2% (Rodríguez Vignoli, 2012: 7). El porcentaje de las mujeres de 15 años que inició las relaciones sexuales se duplicó entre 1986 y 2010, aumentando en un 7,7%.

Esta tendencia está en correspondencia con la que muestran estudios sobre la modernidad sexual en países desarrollados: adelanto de las relaciones sexuales que cada vez más antecederán a las uniones, combinado con la convergencia de las edades de iniciación entre hombres y mujeres (Bozon, 2003). Sin embargo, estamos aún lejos de las afirmaciones del sentido común —del público en general, de los medios de comunicación y de algunos académicos— que hablan de relaciones sexuales tempranas generalizadas en la adolescencia. Cecilia Gayet y Patricio Solis, en México, han planteado cómo esas ideas, que provienen del sentido común, del manejo incorrecto de indicadores o de una lectura apresurada y no razonada de los resultados científicos, hace que los debates y las políticas no se enfoquen adecuadamente.

Para el caso particular del inicio de las relaciones sexuales ellos afirman: “Diferentes artículos utilizan la edad media de inicio sexual de los sexualmente activos en un determinado grupo de

edades (por ejemplo, los sexualmente activos de 15 a 19 años) obtenida a partir de distintas encuestas, medida inadecuada porque por una parte deja fuera del análisis a aquellos que no han experimentado relaciones sexuales y por otra se ve afectada por los cambios en la estructura de edades al interior del grupo en cuestión, situación que afecta particularmente a sociedades en rápido cambio demográfico, como es el caso de México. Para subsanar estos problemas pueden utilizarse medidas más adecuadas, como la proporción de los sexualmente activos a una edad exacta, o la edad de inicio sexual calculada a partir de tablas de vida” (Gayet y Solís, 2007: 47). La tendencia de adelanto de relaciones sexuales, aunque presente, no es la mayoritaria y resalta los extremos del comportamiento poblacional, escondiendo las inequidades en los contextos socioculturales de pobreza y desigualdad, como características que inciden en la escasa posibilidad de las personas adolescentes que viven en ellos para ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

A pesar de que podemos adscribir estas características descritas por Bozon sobre la sexualidad contemporánea a Colombia y en otros países de América Latina, donde se observa una tendencia a la convergencia en el inicio de la actividad sexual entre las jóvenes de mayor y menor educación y “simultáneamente una clara divergencia en la edad al casarse y al tener hijos, que se va profundizando a medida que aumenta el nivel educativo” (CEPAL, 2011: 92). Mientras los sectores rurales marginales y pobres marcados por la desigualdad social permanecen en marcos tradicionales de inicio y unión, otros sectores urbanos pobres (que han tenido acceso a la educación, vía aumento hacia la cobertura universal en las últimas décadas) se enmarcan dentro de lo que Oppenhayn y Rodríguez han llamado “modernidad sexual truncada”.

Las iniciaciones sexuales en el grupo de mujeres que compartieron sus historias en esta investigación corresponden más bien a patrones socioculturales tradicionales marcados por el abuso derivado de las relaciones de poder desiguales, basadas en género, edad, sexo y clase social, como ocurre en los relatos de zonas rurales del Valle de Cauca y Bolívar y en zonas urbanas marginales en Cali, Medellín, Bogotá y Cartagena. Este patrón sociocultural tradicional coexiste con el modelo de modernidad sexual truncada, propuesto por Rodríguez y Oppenhayn en sectores urbanos pobres y vulnerables (podríamos decir populares) donde el acceso a medios de comunicación, la presión social de pares y referentes<sup>36</sup> y la necesidad de estar al día en las

---

<sup>36</sup> La presión de las personas referentes, principalmente madres y padres (mujeres y hombres respectivamente) y maestros/as, tiene que ver con la generación de un sentido común sobre la sexualidad y la maternidad. El ensalzamiento de la maternidad como el proyecto de “las mujeres” y el de la “hombria” ligada al inicio y

tendencias de la moda contrasta con una escasa posibilidad de autonomía en la toma de decisiones sobre el cuerpo y la sexualidad y con marcos donde el amor romántico, las carencias afectivas, la presión de pares, la violencia y el abuso sexual, se combinan con la no aceptación de las adolescentes como sujetos sexuales en sus contextos familiares y sociales.

### 4.2.3 La unión en el marco social de la precariedad

En América Latina, y en Colombia en particular, según los datos disponibles, la edad mediana de la unión en pareja no ha tenido cambios, pasando de 20,8 años en 1986 a 20,9 años en el 2010 (CEPAL, 2011). Sin embargo, existe una marcada desigualdad cuando observamos el mismo dato por nivel educativo: la unión en el grupo de chicas de 25 a 29 años con educación superior se da después de los 26 años, mientras en las jóvenes sin educación formal la mediana de la edad de la primera unión es 17 años (CEPAL, 2011). En los relatos de vida de este trabajo, la unión de las menores de 15 años estuvo muy por debajo de la mediana nacional. La unión puede ser desencadenante de las relaciones sexuales y el embarazo temprano, o la presentación de este último imponer la unión.

“Estuvimos juntos y quedé embarazada, pero no me di cuenta y él tampoco sabía. Entonces yo me fui a vivir a una finca y él se fue a vivir a otra parte, entonces pasó el tiempo y yo me di cuenta que estaba embarazada, me hice la prueba y salió positiva. Toda mi familia me ha apoyado.” [Adolescente 1, Cali]

“Pues yo me ennovié con él como a los 12 años y me fui con él a los 13 porque mi papá no me dejaba tener nada con él, entonces me fui. [...] Me había ido de la casa y vivía en Palmira con el papá del niño. Y cuando quedé en embarazo me vine para donde mi mamá. [...] Sí, pues él en estos días se fue. Pero yo vivo con él ahí con mi mamá.” [Adolescente 2, Cali]

“Después de que pasaron los meses comenzamos a tener relaciones, entonces él me dijo que me fuera con él. Entonces me fui con él, pero yo no quería, después dije que sí y me fui con él. Cuando estábamos juntos a mí me fueron a buscar, entonces me vine otra vez. ¿Al cuánto tiempo de tener relaciones con él quedaste embarazada? Como a los tres meses.

---

multiplicidad de relaciones sexuales en los hombres comienza mucho antes de la adolescencia y genera contradicciones con los discursos hegemónicos morales sobre la negación de la sexualidad adolescente.

¿Pero tú ya vivías con él? Sí. ¿Cuánto tiempo llevabas de vivir con él? Un mes. ¿Por qué decidiste irte a vivir con él? No sé. Él me lo propuso y yo me fui con él. ¿Cómo te lo propuso? Me dijo “vamos, yo te llevo para mi casa”. Yo le dije que no, y después me volvió a decir y le dije que sí.” [Adolescente 1, Cartagena]

“¿Desde cuándo están juntos? Desde que yo tenía 11 años. [...] ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? A los 13. ¿Y quedaste embarazada ahí mismo? Sí, ahí mismo. ¿Qué dijo él cuando tú le dijiste que estabas embarazada? Me fui a vivir con él a dónde mis suegros. ¿A cuánto tiempo de estar con él te fuiste a vivir a su casa? Al mes de haber tenido relaciones.” [Adolescente 3, Cartagena]

En los relatos aparecen las múltiples posibilidades: la niña engañada por la pareja que tenía otra familia y una edad mucho mayor de la que le contó y que ahora ha decidido ser madre sola [Adolescente 4, Cartagena], o la de los novios que se separan y luego del embarazo y el parto vuelven a ser pareja, pero sin convivir, y ella continúa viviendo con sus padres [Adolescente 1, Cali]. También se observa una tendencia a la unión que precede al embarazo, sugerida o presionada por los varones, para que la chica vaya a vivir a casa de los suegros, pero, conocida la noticia del embarazo, las niñas retornan a su casa paterna —o más bien materna—, y con ellas, sus parejas masculinas. Finalmente está el embarazo como desencadenante de la unión, y que concluye con la pareja viviendo en la casa de alguno de su progenitores —los de ella o los de él—.

En América Latina, y en Colombia en particular, según los datos disponibles, la edad mediana del inicio de la vida marital no ha tenido cambios, pasando de 20,8 años en 1986 a 20,9 años en el 2010 (CEPAL, 2011: 89) . Sin embargo, existe una marcada desigualdad cuando observamos el mismo dato por nivel educativo: la unión en el grupo de chicas de 25 a 29 años con educación superior se da después de los 26 años, mientras en las jóvenes sin educación formal la mediana de la edad de la primera unión es 17 años (CEPAL, 2011: 90). En los relatos de las adolescentes entrevistadas, aun cuando muchas de ellas están escolarizadas, se evidencian las pocas posibilidades de negociación de la unión y de las relaciones sexuales, producidas por elementos estructurales como las desigualdades de género y edad, donde los varones proponen y presionan la unión y/o las relaciones sexuales y las niñas, en contextos de vulnerabilidad, aceptan sin que tengan la información, las capacidades y habilidades para negarse. En otros casos, las presiones familiares y la violencia al interior conducen a la unión como forma de escape.

#### 4.2.4 Decisiones anticonceptivas y la agencia social hegemónica

El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia transita por múltiples facetas. Una es la adolescente menor que comienza a planificar antes de las relaciones sexuales, e incluso antes de emparejarse; esa decisión se da en un contexto de servicios de salud “amigable”, pero los efectos secundarios y el cambio de método crean una ventana donde aparece el embarazo, porque su pareja no utiliza protección.

“Entonces yo me puse a planificar con la pasta, entonces yo me conseguí un novio, el papá de él. Él también estudiaba. Entonces pues me convenció a tener relaciones. Yo seguía planificando normal, porque la jefe de allá es muy amable y todo. Yo planifiqué como 8 o 9 meses con la pasta. Como me caía muy mal, entonces la jefe me dijo que yo la podía cambiar. Entonces la jefe dijo que con las inyecciones, entonces yo me aplicaba las inyecciones. Y ahí fue que quedé en embarazo porque todo fue muy rápido. No me venía el período y a mí nunca se me atrasaba, entonces fuimos con mi mamá a hablar con la jefa y ella me mandó un examen y ahí fue que salí embarazada. Entonces fue entre las pastas y la inyección, no las podía cambiar. Porque yo tuve que esperar para la inyección como tres o cuatro meses. Cuando me aplicaron la inyección ahí fue que quedé embarazada. Yo me di cuenta a los tres meses que me tocaba otra vez la inyección.” [Adolescente 3, Cali]

La idea prevalente en las parejas masculinas de que la anticoncepción recae en las mujeres hace que aun estando comprometidas y en control estricto por los servicios de salud, estos casos se sigan dando. La promoción del uso del condón por las parejas masculinas, en adolescentes empoderadas como la de este relato, puede redundar en la prevención de embarazos no deseados y otras consecuencias negativas de la sexualidad. Es en el periodo de transición y cambio de los Métodos Anticonceptivos (MAC), que ante la falta de oportunidad en la provisión del nuevo método, se produce el embarazo. A pesar de la existencia de un servicio y una profesional amigable, las dificultades de contar y proveer el nuevo MAC hace que una adolescente autónoma termine con un embarazo no planeado. El servicio amigable promueve el uso de MAC entre las niñas pero no el uso del condón por sus parejas, reforzando el imaginario cultural de que la anticoncepción es cosa de mujeres y perdiendo la oportunidad de promover la doble protección

De otro lado, el uso de anticonceptivos en mujeres unidas precozmente es impulsado en algunos casos por suegras y/o madres, pero los mitos sobre las consecuencias de la anticoncepción

moderna y las barreras de acceso a servicios de salud hace que las adolescentes prefieran tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva; tampoco tienen el empoderamiento para exigir el uso del condón a su pareja y, por lo tanto, se exponen al embarazo.

“¿Tú me decías que cuando uno usaba anticonceptivos podía quedar estéril? Sí, pastillas, inyecciones. Y cuando tú tuviste el bebé ¿te hablaron de esas cosas? No. Porque eso fue antes de que yo quedara embarazada. Porque mi suegra me dijo que me inyectara para no salir embarazada. Pero yo no quería porque podía quedar estéril.” [Adolescente 1, Cartagena]

Nuevamente, el imaginario dominante de la responsabilidad femenina del control de la fecundidad hace que los varones y sus referentes familiares (en este caso, la madre) no asuman el uso del condón como una posibilidad de prevención del embarazo. Como se ha documentado en varios estudios, la falta de conocimiento también es otra de las facetas que se evidencian en los relatos de las adolescentes que han iniciado relaciones sexuales, como en el caso de esta adolescente cartagenera, de 13 años, con su pareja de 17 años:

“¿Nunca escuchaste hablar de métodos anticonceptivos? Hasta que estaba embarazada fue que me enteré que habían muchas cosas para uno cuidarse.” [Adolescente 2, Cartagena]

El conocimiento, como unos de los elementos necesarios para la toma de decisiones, se combina también con la voluntad de “formar una familia”, como en este caso, en el cual una adolescente de 13 años y su pareja utilizan un método anticonceptivo y ella lo suspende para quedar embarazada, en aparente consenso con su pareja, aunque la primera referencia es sobre el deseo de él, seguido por la “recomendación” – “orden” del varón de la pareja para suspender el método:

“Cuando supiste que estabas embarazada y le contaste al papá, ¿qué dijo? Se puso feliz. Él quería tener un bebé. ¿O sea que lo estaban buscando los dos? Sí. Habíamos hablado que queríamos formar una familia. ¿Y quieren tener más? Sí, por ahí en unos cuatro años. ¿Y cómo haces ahora para no quedar embarazada? Cuidarme. Voy al médico y me manda una inyección. ¿Ya alguna vez la habías usado? Sí. Cuando empecé a salir con él. ¿Y luego la suspendiste? Sí, él me dijo que no la usara más porque quería tener familia. La suspendí y ahí quedé embarazada.” [Adolescente 3, Cartagena]

Interrogada hoy, cuando el bebé tiene cuatro meses, sobre si estuvo bien embarazarse tan joven, ella reconoce que debió esperar un poco “porque es importante tener un trabajo para poder atender a los hijos. Yo tengo que pedirles a mis papás o a mis suegros”. La condición material a la que están sometidas estas jóvenes antes y después del embarazo hace que resignifiquen su decisión aunque todo lo que le pasa con su hijo “le gusta”. El contexto rural del municipio de donde proviene esta niña, nos habla del patrón tradicional de unión temprana, embarazo temprano y el deseo de la pareja de formación de familia, que se interrumpe porque el varón tiene que buscar trabajo lejos y se pospone por la realidad estructural de la pobreza. El aplazamiento de los otros hijos/as se da a partir de usar nuevamente anticonceptivos, que había comenzado a usar tempranamente, antes de iniciar relaciones sexuales (a los 13 años).

De otra parte, está el caso de la niña que a sus 11 años tiene su primera relación sexual, en un contexto marcado por la desigualdad de edad, género y procesos de maduración biológica y psicológica, ya que su pareja tenía 18 años y estudiaba en una universidad bogotana. Aquí también se relata un supuesto consenso y el uso de condón que falla, sin explicación clara.

“¿Usaste algún método anticonceptivo? Usé condón pero no sé por qué sucedió esto. Era la primera vez y quedé embarazada.” [Adolescente 4, Cartagena]

Niñas que inician relaciones sexuales tempranamente, como esta adolescente cartagenera o como la adolescente de Valle del Cauca que tiene su primer hijo a los once años y el segundo a los catorce años, tienen experiencias marcadas por relaciones de afecto en contextos de desigualdad y violencia. Hombres mayores en edad, maduración biológica y psicológica y con más conocimiento y experiencia en sexualidad, que utilizan las necesidades de afecto de las niñas como elemento de presión para tener relaciones sexuales y producen embarazos, a veces abandonando (como en el primer caso) o permaneciendo como pareja (en el segundo caso). Las adolescentes han adquirido escasos elementos para la agencia social necesaria sobre sí mismas y sobre otros para ejercer sus derechos de autonomía y autodeterminación sobre su cuerpo y su sexualidad, y sus familias y la sociedad en su conjunto no las están protegiendo.

A pesar de la claridad que se puede observar sobre el abuso en casos como los relatados, la garantía de derechos de las niñas no ha sido realizada. Ninguna de las dos recibió atención en salud mental y las dos son atendidas como cualquier madre en los servicios de salud. De hecho, en el caso de la adolescente del Valle del Cauca, con su segundo parto en Medellín a los 14 años,

la garantía de no repetición y todas las acciones necesarias para protegerla y restituirle sus derechos no se realizaron, lo que demuestra la incapacidad y fracaso de la institucionalidad para actuar en la garantía de los derechos de las niñas.

Finalmente encontramos casos en que las niñas, habiendo iniciado relaciones sexuales consensuadas y periódicas, no quieren quedar embarazadas, comunican a sus padres el deseo de usar anticonceptivos y esa opción les es negada:

“Con él, siempre fue con él. Pues se dieron las cosas cuando mi mamá nos comenzó a dejar solos, a dar mucha confianza. Mi mamá le cogió mucha confianza a él. Se comenzaron a dar las cosas, quede embarazada. Y ahí sí le dolió. Porque mi papá no me dejó planificar, que porque yo era muy pequeña y yo no hacía eso, que yo estaba muy pequeña para hacer eso. [...] Yo le dije a mi mamá que yo quería planificar. ¿Cuántos años tenías? Pues 13 años. Yo les dije a mi papá y a mi mamá que quería planificar. Mi mamá me dijo que sí, pero mi papá me dijo que no, que yo estaba muy pequeña, que yo no podía tener relaciones sexuales. Que porque eso era malo para mí, que no me iba a poner a planificar. Pues yo seguí con lo mismo, y él no me hizo caso. Cuando quede embarazada ahí si me regañó. Se puso bravo conmigo. Pero yo no tenía la culpa, yo se lo dije a ellos dos y pues mi mamá no contó con el apoyo de mi papá.” [Adolescente 1, Bogotá]

“Pues yo al principio, o sea, no, no lo quería tener, pero pues de todas maneras ella no tenía la culpa porque es la responsabilidad de uno y uno tiene que asumirla, ¿no? Entonces pues y de todas maneras él no me iba a dejar tampoco, entonces decidimos tenerlo, entonces asumir la responsabilidad, ¿no? [...] ¿Y tú por qué no lo querías tener? No, porque pues primero era muy joven y no, no, no sé [...] ¿Tú cuando empezaste a tener relaciones sexuales hablaste con tu pareja de usar anticonceptivos, algún método anticonceptivo? No, pues nosotros nos cuidábamos con el preservativo y yo una vez le dije a mi mami que si me dejaba poner la inyección y me dijo que no.” [Adolescente 5, Bogotá]

Estos dos casos, el primero de una niña de 13 años con pareja de 14 años y la segunda, una niña 14 años con pareja de 20 años, con inicio de relaciones sexuales a los 13 y 12 años, previeron consecuencias y solicitaron a sus padres ayuda para iniciar la anticoncepción, y aunque los mismos padres aprobaban las relaciones de noviazgo y propiciaban contextos para iniciar y mantener relaciones sexuales, negaron la posibilidad de anticoncepción. Las adolescentes por sí

solas no recurrieron a ningún servicio de salud, posiblemente porque en la mayoría de ellos aún se mantiene la idea de negar asesoría en SSR a niñas que no vienen acompañadas de sus padres.

En estas realidades vividas de precariedad y pobreza y con las tendencias de adelantamiento de la menarquia y otras que se vienen acentuando, como el inicio temprano de la actividad sexual y el aumento de edad de la unión, la sociedad debería llevar a la reflexión la consideración de las personas adolescentes como sujetos sexuales, reconocidas y validadas socialmente, pues, como indica la CEPAL, la única manera en que las tendencias de las variables intermedias no se traduzcan en alza de la fecundidad adolescente es mediante un uso eficiente de anticonceptivos modernos (CEPAL, 2011: 101). Como se ha hecho evidente en la descripción de la base de datos de los nacimientos en menores de 15 años entre 2005 y 2009, esta discusión es imperativa en términos de las consideraciones éticas y legales.

Si la mayoría de adolescentes que se embarazan están entre los 13 y 14 años, y en las asesorías integrales de salud sexual y reproductiva se exploran a profundidad los factores de riesgo y los signos y síntomas para abuso y violencia sexual, así como su competencia para la toma de decisiones, ¿sería deseable proveer anticonceptivos a mujeres y varones menores de 15 años que cumplen las características de competencia para toma de decisiones y en los que no se ha detectado riesgos para violencia y abuso sexual? En el marco de los criterios de Fraser, ¿la provisión debe hacerse aún sin el consentimiento de los padres? ¿Qué aspectos hay que reforzar desde la política nacional y con los funcionarios locales que la operan para que los casos de abuso y violencia sexual sean enfocados hacia la garantía y reparación de los derechos de las niñas? El debate sobre estas preguntas, en el marco del reconocimiento de la sexualidad adolescente, puede darnos luces sobre cómo abordar la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de la adolescencia y cómo mejorar también la protección de las vulneraciones a las que están expuestas las personas menores de 15 años.

### **4.3. Los motivos y sus significados para las niñas**

Explicar la ocurrencia del embarazo basado en las subjetividades de las adolescentes, saliéndonos del marco “conceptual” para entrar en las pequeñas cosas que impulsan y concluyen en un embarazo no deseado o deseado, es esencial para encontrar claves en la ocurrencia de este fenómeno y sus implicaciones desde la vida cotidiana de las personas. La interpretación asume el contexto motivacional como contexto de significado. El significado de la acción depende de la

temporalidad y en ese sentido, se utilizaron para el análisis los conceptos “motivo para” y “motivo porque”. En términos de Schütz (1989, 120) “el motivo para” es un contexto de significación que “explica el acto en términos del proyecto, el auténtico “motivo porque” explica el proyecto en función de vivencias pasadas del actor”.

El curso de vida narrado por la de las adolescentes está marcado por el sentido común que define las actividades y prácticas que las adolescentes deben realizar según el mundo adulto, pero que se estructuran realmente a partir de las realidades contextuales donde ellas viven. Con relación al proyecto futuro, relata una adolescente:

“¿Lo tuviste cuando querías? Pues no era mi plan tenerlo tan temprano, pero no me arrepentí ni nada. Pues yo me ennovié con él como a los 12 años y me fui con él a los 13 porque mi papá no me dejaba tener nada con él, entonces me fui [...] Yo me fui de la casa también porque mi papá, cuando me veía con mi novio, me trataba muy feo. Pero yo no quería conseguir marido ni nada, yo quería terminar mis estudios, pero pues mi hijo es mi adoración, por él vivo.” [Adolescente 2, Cali]

En la perspectiva de la acción vital, el “motivo para” no era conseguir pareja ni embarazarse, sino terminar los estudios, pero aparece el contexto autoritario parental estructura un nuevo “motivo porque” de una unión temprana, el embarazo, el regreso al hogar y el abandono de los estudios. El hijo se convierte en el “motivo para” la vida cotidiana de la madre adolescente. En la cadena de la acción no aparece la negociación de pareja, la anticoncepción, las competencias para estructurar un “motivo para” diferente o cercano al inicial de terminar los estudios, aun estando en pareja y unión. “Lo que sentí fue alegría, aunque al papá no le gustó. Pero ahora es la adoración de él”. El curso de la acción en el proyecto de los dos —no querían embarazarse— no se concreta y, por el contrario, se transforma en maternidad-paternidad, en el sentido común de cuidar, entregar la vida por el hijo y proveer.

En otros casos, el “motivo para” del embarazo no aparece. Las adolescentes han observado cómo en sus pares el proyecto escolar no conduce a nada en los contextos de precariedad donde viven. Las relaciones afectivas y sexuales forman parte de lo que debe ocurrir. En los siguientes relatos el embarazo irrumpe y desestabiliza, los cuadros de depresión y angustia son comunes, pero no se reconocen como afectación a la salud de la adolescente:

“Antes no tenía muchos planes. Pues yo estudiaba pero muchas veces me salía porque no me gustaba, pero a lo último estaba estudiando y me salí cuando quedé en embarazo [...] Yo lo conocí a él por mi primo, nos presentó. Fuimos a una fiesta y nos fuimos conociendo así y a la final tuve relaciones con él y como a las dos semanas a él lo metieron a la cárcel y no me llegaba el periodo y me di cuenta que estaba embarazada [...] Mi mamá me dijo que me fuera a hacer un examen y se dio cuenta allí. El día que fui al centro de salud a hacerme la prueba ella vio y se alegró pues porque no le dio duro, antes me apoyó. Y tú ¿qué hiciste? Me puse a llorar, quedé mal como dos meses, de ahí para allá lo acepté [...] ¿Y pensaste en el aborto? No. Pues yo lo pensé cuando me dieron la prueba, pero mi mamá me dijo que no. Y yo pensaba que con él en la cárcel yo qué iba a hacer, en dónde iba a trabajar, de pronto no me daban trabajo porque un niño, un hijo, es una responsabilidad. ¿Pero lo pensaste y lo hablaste ahí mismo con tu mamá? Sí, ella estaba ahí conmigo. Ella me madrugó y me hizo hacer los exámenes y ella me dijo que no, que no lo hiciera. Que si yo lo hacía ella se iba. Que uno no le quita la vida a nadie.” [Adolescente 4, Cali]

“Los profesores me dijeron que lo que pasó, pasó y que tenía que tenerlo, que no podía hacer nada con una bebecita que era inocente[...] Un médico me dijo que no podía hacer eso, porque estaba acabando con la vida de un niño y que me podía morir con él. Cuando me sacaron la primera ecografía me dijeron que si yo hacía eso era un pecado. Entonces yo me quedaba pensando y llorando” [Adolescente 2, Cartagena]

Uno de los “motivo porque” prevalentes tiene anclaje en la moral incorporada en la sociedad, que se expresa en el sentido común frente al aborto: “uno no le quita la vida a nadie”. La agencia moral familiar e institucional se constituye en el auténtico “motivo porque”, ya que no importa que la niña no desee el embarazo, ni la condición de madre sola, ni su percepción real de vulnerabilidad económica y social, ni su derecho a elegir sí continúa o no con ese embarazo. El solo pensamiento de interrumpir el embarazo es rápidamente intervenido para lograr que la niña “acepte” el embarazo y el hijo/a. Si no tenías un “motivo para” tu proyecto, ahora lo tienes porque “un hijo es una responsabilidad”.

Otro elemento en la construcción social de los auténticos “motivos porque” en las adolescentes que se embarazan, es el sentimiento de culpa que la sociedad induce en ellas. Con la individualización de la responsabilidad, el no reconocimiento del contexto de desigualdad y la

agencia moral hegemónica de las personas referentes, el embarazo aparece como una equivocación que debe asumir la niña:

“¿Por qué crees que quedaste embarazada? Porque no me cuidé, por mi mala cabeza.”

[Adolescente 5, Cartagena]

“Pues no, yo no lo quería tener. Al principio o sea no, no lo quería tener, pues de todas maneras ella no tenía la culpa porque es la responsabilidad de uno y uno tiene que asumirla ¿no? Entonces, pues de todas maneras él no me iba a dejar, decidimos tenerlo, entonces asumir la responsabilidad ¿no? [Adolescente 5, Bogotá]

El sentido común incorpora términos como “fue por mi mala cabeza” y la posibilidad de la duda es erradicada constantemente con la pregunta sobre su propia responsabilidad en el embarazo y la maternidad, buscando la respuesta afirmativa en sus interlocutores –“entonces asumir la responsabilidad ¿no?- esperando una afirmación que encuentra en su familia y en los servicios de salud y educación.

Las relaciones de poder desiguales entre las niñas y sus parejas, es otra categoría relevante entre los “motivos porque”. La maternidad como imposición de los deseos del otro:

“Yo le decía a él, yo lo quiero abortar, pero él quería ser papá. Yo decía que no, que no quería, que no era un bien para mí, que yo tenía que seguir estudiando. Pero no, él no me dejó” [Adolescente 1, Bogotá]

“El se puso feliz. Él quería tener un bebé. ¿O sea que lo estaban buscando los dos? Sí. Habíamos hablado que queríamos formar una familia ¿alguna vez habías usado anticonceptivos? Sí, Cuando empecé a salir con él. Luego, él me dijo que no usara más porque quería tener familia. La suspendí y ahí quedé embarazada”. [Adolescente 3, Cartagena]

Dispositivos de poder–dominación directos o sutiles de las parejas, restringen la toma de decisiones e imponen los deseos de una masculinidad hegemónica, que se reafirma con la idea de engendrar hijos/hijas; incluyen presión para tener relaciones sexuales, establecer uniones tempranas, el no uso de anticonceptivos y negación a la interrupción voluntaria del embarazo.

Estos dispositivos se van incorporando al sentido común de las adolescentes como si se tratara de decisiones consensuadas.

#### 4.3.1 Educarse o mantener al hijo/hija

El proyecto social de estudiar y formarse se presenta de diversas maneras. Algunas niñas interrumpen los estudios, aún en contra de su deseo. Algunas interrumpen los estudios, aún en contra de su deseo, mientras tienen el hijo/a y encuentran unas condiciones deseables para volver a estudiar. Esta adolescente del área rural de Cali consiguió trabajo después del parto y expresa su deseo de seguir estudiando, pero el trabajo se vuelve su prioridad.

“¿Y tú querías estudiar o querías tener un bebé? Estudiar[...] Yo iba a estudiar pero luego no pude terminar y quiero volver a estudiar. ¿Qué quisieras hacer ahora con tu vida? Cuéntame tu sueño. Trabajar para mantener a mi hijo, para salir adelante.” [Adolescente 1, Cali]

Otras abandonan los estudios antes del embarazo, a causa de la unión temprana o porque los estudios no las motivan o claramente no ven en la escuela una alternativa para mejorar sus condiciones de vida. De las cuatro adolescentes Vallecaucanas entrevistadas, tres abandonaron los estudios por el embarazo y una por la unión, y aunque expresan su deseo de regresar a estudiar para luego trabajar “por su hijo/a”, todas están resolviendo los avatares de la vida cotidiana, desde su rol de cuidadoras y, a veces, como proveedoras únicas del hogar.

En Colombia se tiene una legislación clara sobre la no exclusión educativa de niñas embarazadas, y en general parece haber un cumplimiento del precepto legal<sup>37</sup>. Sin embargo, lo que se encuentra en los relatos y en observaciones de campo es que usualmente el “derecho de la niña a seguir estudiando” se garantiza mediante alternativas “sugeridas”: traslado a horarios nocturnos y formatos acelerados de educación básica y media. De hecho, varias de las adolescentes entrevistadas abandonaron la escolarización basadas en recomendaciones del sentido común de familiares, profesores/as e incluso personal de salud que les recomendó que en su “estado” era

---

<sup>37</sup> En un trabajo de campo a finales de 2012 en Chocó, en un municipio de características rurales, conversando con el rector de la institución educativa local él me aseguraba que efectivamente allí cumplían estrictamente la ley, ya que no se excluía a las adolescentes por estar embarazadas. Que finalmente lo que las excluía era el pupitre, pues “la barriga ya no les cabía y les apretaba y ellas decidían no volver”. [Notas de campo, Chocó, octubre de 2012]

mejor que no asistieran a la escuela y que mejor les enviaban actividades a casa o les sugerían pasar al horario nocturno.

“En el colegio había niñas embarazadas, ellas seguían estudiando en la nocturna. Yo me pasé a la nocturna por un tiempo, pero me daba mucho sueño”. [Adolescente 1, Medellín]

“¿Antes de tener la niña qué pensabas, qué querías ser en la vida? No tenía muchos planes. Pues yo estudiaba pero muchas veces me salía porque no me gustaba, pero a lo último estaba estudiando y me salí cuando quedé en embarazo. ¿Y ahora estás convencida de estudiar el bachillerato acelerado? Sí, claro, por la niña. Quiero ponerme a trabajar por ella”. [Adolescente 4, Cali]

“Vivo con el papá del niño, él tiene 17 años. Tuve el niño por parto natural. Estoy con mi pareja hace un mes, me fui con él por el embarazo [...] ¿Tú habías pensado antes de quedar embarazada en tener hijos? No, nunca. Yo estaba estudiando, estaba en sexto en la Pequeña María, después de quedar embarazada me retiré del colegio por pereza. Yo tenía amigas allá pero después de que me salí no volví a hablar con ellas. En el colegio había niñas embarazadas, ellas seguían estudiando en la nocturna. Yo me pasé a la nocturna por un tiempo, pero me daba mucho sueño”. [Adolescente 1, Medellín]

La supuesta garantía del derecho se disfraza de ayuda, ofreciendo alternativas que excluyen a las adolescentes: traslado a horario nocturno, envío de actividades a casa, recomendación de no asistir a clases porque “estás enferma” y esperar a tener el hijo para reiniciar. La significación de estas situaciones se sustenta en la idea del sentido común, que asume el embarazo adolescente como una “epidemia”, contagiosa, y que madres, padres y docentes no quieren que llegue a sus instituciones, promoviendo la exclusión del “mal ejemplo” y basándose en responsabilizar a la adolescente de la transgresión realizada a una sexualidad no válida, segregándolas en nombre de la protección de sus derechos.

Los “motivos porque” del curso de vida de las adolescentes se reconfiguran con base en la agencia moral ejercida en los espacios de socialización: familias y profesionales de educación y salud clasifican, de acuerdo a su sentido común y al habitus profesional (Castro, 2014), lo que está bien o es “normal” para las adolescentes. La crítica constante a niñas embarazadas, la prescripción de conductas “lo que pasó, pasó”, “tú no puedes hacer eso”, “la bebecita no tiene la

culpa de tu error”, las referencias a la equivocación, al error y a la culpa son constantes. Se le sigue dictando la conducta como niña incapaz de decidir, pero se la juzga como adulta para que asuma su responsabilidad por el error cometido.

#### **4.3.2 Violencia obstétrica como resultado de la empresa moral**

De la empresa moral (Freidson, 1970) observada en los espacios hogareños y educativos, no se escapan los espacios de atención del parto. Allí se presentan casos de vulneración de derechos de las niñas. El habitus autoritario de los profesionales de la salud, se expresa en la atención del parto; como muestra Castro, en estos contextos de atención públicos las “mujeres no han podido asumir plenamente sus derechos y defenderlos” (Castro, 2014:192). En las adolescentes menores de 15 años, esto se potencia por el sentido común que asume que ellas no son autónomas ni interpretan adecuadamente las instrucciones de los profesionales de la salud, a quienes les resulta “razonable” obligar, amenazar y culpabilizarlas:

“Porque un doctor me vio y me dijo que si yo seguía así, yo no podía tener el bebé natural, que tocaba hacerme una cesárea porque yo estaba muy chiquita para estar teniendo un bebé. Y el doctor me regaño prácticamente [...] Me dijeron “puje fuerte”, pero tenía que respirar, me decían, no se vaya a quedar pujando porque se le puede ahogar el bebé, entonces yo pensé solo en pujar. El doctor me decía “puje fuerte, si puja fuerte yo le doy agua”. Y yo con esa sed que tenía, pues dije: a pujar”. [Adolescente 4, Bogotá]

La crítica, el regaño y la culpabilización por los malos resultados que pudieran ocurrir se combina con la presión frente a necesidades básicas de las niñas, como la deshidratación causada por el trabajo de parto. De allí, en ocasiones, se pasa a situaciones extremas de vulneración de los derechos de las niñas, como sujetarlas y amenazarlas.

“Pues yo sentí muchas ganas de pujar, pujaba y pujaba. Cuando el doctor me fue a hacer el tacto, pues la niña tenía la cabeza por fuera, y los doctores se asustaron. Me tuvieron que entrar muy rápido, tenía muchas ganas de pujar, pero los doctores me decían que no pujara. Y pues me entraron, me iban a amarrar los pies porque les daba miedo que yo cerrara las piernas y yo les dije a los doctores que no, que no me amarraran los pies que yo sabía que yo podía resistir. El doctor me dijo, “le vamos a desamarrar las piernas pero si la niña se muere es culpa suya”, yo le dije al doctor que bueno”. [Adolescente 1, Bogotá]

“Y cuando ya iba dilatada en 9, me acuerdo que un doctor [...] que era todo brusco llamó a una enfermera para que me hiciera el tacto y ya iba en 9. Y él me despertaba y me decía “boba” o “estúpida”. Y cuando ya iba en 9, yo estaba abierta de piernas porque me dijeron que no las podía cerrar y llegó y me hizo el tacto, pero duro. Y yo le dije: pero ya me lo hicieron. Y él dijo: ay, quítese que usted no es la doctora. Y como todas las enfermeras se iban, la que me acompañó ahí fue una aseadora, que ella era la que me decía que tranquila, que eso era duro pero que tenía que seguir. O sea, la que me daba alientos [...] Y yo le dije: es que a mí me da miedo porque usted tiene la mano muy brusca, dijo: de malas, a mí qué me importa, quién la mandó a meter las patas”. [Adolescente 6, Bogotá]

El saber técnico se combina con los hábitos adquiridos de las profesiones (Castro, 2012) y con la moralidad de las matrices culturales de donde provenimos. La sexualidad “no correcta”, sin importar si es en el marco del abuso o de la decisión propia, se vuelve punible por el círculo inmediato de la atención. Los profesionales y técnicos se convierten en juez y ejecutor de la pena por la falta cometida. Las adolescentes que se embarazan y llegan a los servicios de salud y son sometidas a estos malos tratos, los resienten, pero no tienen la capacidad para denunciar o exigir sus derechos, ya que aceptan lo que ocurre en la institución hospitalaria como parte del castigo que la sociedad instituye para la falta cometida. La agencia moral se mezcla con el “saber técnico” de las personas que dirigen a las adolescentes durante el proceso del parto, dándole una imagen de neutralidad y científicidad. La violencia obstétrica se instala en la atención de las niñas.

## **SÍNTESIS**

Existen elementos estructurales que se reflejan en los relatos de vida y son coincidentes con las cifras de embarazo adolescente en menores de 15 años en el país. Existe una relación importante entre pobreza, desigualdad e inequidad que se expresa en estas niñas que se embarazan antes de los 15 años. Como plantean Stern (2012) y la CEPAL (2011), el embarazo en niñas adolescentes, está ligado a la desigualdad económica y social; trabajar sobre este aspecto es prioritario. Sin embargo, a veces se confunde o se invierte el corolario a seguir, estableciendo que posponer el embarazo adolescente, por sí solo, disminuirá la pobreza, desconociendo que éste es un fenómeno multicausal y que si no actuamos sobre el resto de causas difícilmente se avanzará en la reducción de la pobreza. En un estado social de derecho, es deseable garantizar los derechos de las y los adolescentes para que en esa medida, pospongan la unión, el primer hijo/a y que

permanezcan en la escuela, sin asumir responsabilidades que les impidan posibilidades de desarrollo. La prevención del embarazo en niñas adolescentes debe contener acciones que combatan la desigualdad de manera integral. Como lo muestran los estudios basados en encuestas y censos poblacionales, cuanto menor desigualdad, menor presentación de embarazo adolescente.

Otro de los elementos estructurales que se evidencia en este trabajo tiene que ver con las violencias que atraviesan los contextos y las vidas de estas niñas. Los relatos dan cuenta de la violencia estructural social y política que está presente en forma de desplazamiento, violencia sexual, violencia de género. La violencia estructural de orden sociocultural, representada en las desigualdades de poder basadas en edad y género, es la constante. Al revisar la base de datos de embarazos del quinquenio 2005–2009 se observó cómo solo en un 1% las parejas de las madres adolescentes menores de 15 años del país eran pares entre 11 y 14 años. En un 48,5% se trataba de hombres de 15 a 20 años, y un 36,2%, entre 21 y 30 años. El 6,32% eran hombres mayores de 40 años y se presentaron 10 casos de varones mayores de 70 años. La violencia se expresa en vulneraciones que van desde el abuso sexual, la coerción, la presión económica, las asimetrías de conocimiento y experiencia, etc. El embarazo de menores de 15 años con padres mayores nos habla de unas masculinidades patriarcales hegemónicas, de las cuales este fenómeno es apenas una expresión más.

La edad de iniciación sexual de las adolescentes, en los relatos de vida, está próxima a la menarquia. Esto podría explicarse por los contextos de precariedad y pobreza, donde el inicio de las relaciones sexuales es más temprano y se agudiza con el fenómeno de adelantamiento del desarrollo biológico expresado en la edad de la menarquia. Sin embargo, esto no puede generalizarse al universo de las adolescentes. Las iniciaciones sexuales en el grupo de mujeres que compartieron sus historias en este trabajo corresponden más bien a patrones socioculturales tradicionales marcados por el abuso derivado de las relaciones de poder desiguales, basadas en género, edad, sexo y clase social. Este patrón sociocultural tradicional coexiste con el modelo de modernidad sexual truncada, propuesto por Rodríguez y Openhayn (2007) en sectores urbanos pobres y vulnerables (podríamos decir populares) donde el acceso a medios de comunicación, la presión social de pares y referentes, la moda y la necesidad de estar al día en sus tendencias, contrasta con una escasa posibilidad de autonomía en la toma de decisiones sobre el cuerpo y la sexualidad y con marcos donde el amor romántico, las carencias afectivas, la presión de pares, la violencia y el abuso sexual, se combinan con la no aceptación de las adolescentes como sujetos

sexuales en sus contextos familiares y sociales. La presión de las personas referentes, principalmente madres, padres y maestros/as, tiene que ver con la generación de un sentido común sobre la sexualidad y la maternidad. El ensalzamiento de la maternidad como el proyecto de “las mujeres” y el de la “hombría” ligada al inicio y multiplicidad de relaciones sexuales en los hombres comienza mucho antes de la adolescencia y genera contradicciones con los discursos hegemónicos morales sobre la negación de la sexualidad adolescente.

En los relatos de vida de las adolescentes, también se evidenciaron las pocas posibilidades de negociación de la unión en un contexto de elementos estructurales como las desigualdades de género y edad, donde los varones proponen y presionan la unión y/o las relaciones sexuales y las niñas, en contextos de vulnerabilidad, aceptan, sin que tengan la información, las capacidades y habilidades para negarse. En otros casos, las presiones familiares y la violencia al interior de los hogares conducen a la unión como forma de escape.

El uso de métodos anticonceptivos modernos antes del embarazo, en este estudio, fue casi nulo, ya sea porque las adultas y adultos referentes —madres—padres—suegras— no permitían el uso o por la existencia de barreras en el acceso a las consultas de anticoncepción y/o asesoría en salud sexual y reproductiva, o en la oportunidad de provisión de los métodos, que como muestran algunos autores, se cruza con la exigencia de que las personas jóvenes sean acompañadas por un adulto, por la desorganización del sistema o por problemas en los sistemas de referencia y contra-referencia (Montoya y otros, 2011)).

Lo que se evidencia como una conclusión central de este capítulo es que la agencia moral social e institucional es una constante. La empresa moral (Freidson, 1970) circula por los espacios de socialización de los adolescentes: madres, hogares y otras instituciones que regulan la sexualidad adolescente. Profesionales del sector educativo y de la salud clasifican, de acuerdo a su sentido común, lo que está bien o es “normal” para las niñas adolescentes. La crítica constante a adolescentes embarazadas, la prescripción de conductas (“lo que pasó, pasó”; “tú no puedes hacer eso”; “la bebecita no tiene la culpa de tu error”), los llamados a la equivocación, al error, a la culpa de las adolescentes por no haber seguido el proyecto de vida definido por la sociedad, aunque el contexto social y económico lo hagan imposible, son los elementos que marcan el sentido común hegemónico. Se le sigue dictando la conducta como “niña” incapaz de decidir, pero se la juzga y culpa como adulta para que asuma su responsabilidad por el error cometido.

En el sector salud, la atención de las adolescentes en el control prenatal y el parto se caracteriza por vulneraciones de diverso grado de sus derechos humanos. La crítica, el regaño y la culpabilización por los malos resultados que pudieran ocurrir se combinan con la presión frente a necesidades básicas de las niñas, como la deshidratación causada por el trabajo de parto. De allí, en ocasiones, se pasa a situaciones extremas de vulneración de los derechos de las niñas, como sujetarlas y amenazarlas. El saber técnico se combina con el hábitus adquirido de las profesiones a través del currículo oculto (Castro, 2010) y con la moralidad de las matrices culturales de donde provenimos. La sexualidad “no correcta”, sin importar si es en el marco del abuso o de la decisión propia, se vuelve punible por el círculo inmediato de la atención. Los profesionales y técnicos se convierten en juez y ejecutor de la pena por la falta cometida. Las adolescentes que se embarazan, llegan a los servicios de salud y son sometidas a estos malos tratos, los resienten, pero no tienen la capacidad para denunciar o exigir sus derechos, ya que aceptan lo que ocurre en la institución hospitalaria como parte del castigo que la sociedad instituye para la falta cometida.

Estas adolescentes están sujetadas por una sociedad que no las reconoce y que crea normas para protegerlas, que el sentido común vuelve normas para limitarlas. La tensión entre autonomía y ejercicio de la sexualidad está inscrita en los intersticios de una sociedad conservadora que no las protege, que no las resarce cuando son vulneradas y que las culpa del ejercicio de su sexualidad, cuando eligen ejercerla y cuando son víctimas de abuso.



## 5. LA VOZ DE LAS NIÑAS: NARRAR PARA ENSEÑARNOS

*No lamentar, no reír, no detestar, sino comprender.*

Spinoza

Este capítulo busca preservar la intencionalidad de “adolescentes protagonistas”, con la selección de cuatro relatos de vida que presentan los contextos y vivencias entre el dolor, la precariedad, la violencia y la alegría. Son historias para ser leídas y comprendidas por investigadoras/es, tomadores/as de decisiones, servidores/as públicas de salud y educación. En conjunto, para ver en ellas las grandes tendencias, la ratificación de los promedios y sus valores extremos olvidados, las tesis e hipótesis de la academia, pero, fundamentalmente, las divergencias que se expresan en la vida cotidiana, en el sentir, en el actuar de las personas vivas, más allá de los números. Se trata, como dice Spinoza, citado por Bourdieu (2000b) en “la miseria del mundo”, de “no lamentar, no reír, no detestar, sino comprender”.

Los relatos de vida tienen como virtud que expresan los contextos en que las adolescentes viven y cómo significan el fenómeno del embarazo y lo explican desde su cotidianidad. Se han escogido cuatro relatos que recogen los elementos centrales del fenómeno que tratamos de explicar y se organizan para ser leído –“escuchados”- por múltiples personas. Como plantea el epígrafe de Spinoza, este material se dispone para realizar un esfuerzo de comprensión de la voz narrada. Que quien lee Intente salir del sentido común de la matriz cultural y profesional de donde proviene o provenimos. No dar por sentado nada de lo que hasta hoy se nos han dicho o enseñado, o lo que suena por ahí, o lo que siempre ha sido así. Dejar atrás, por un momento, la visión adultocéntrica, que cree que las niñas no son sujetos de derechos, no son ciudadanas o son incapaces de tomar decisiones.

Requiere además que los relatos se vean en perspectiva histórica y contextual. Preguntarse, por ejemplo, si la violencia u otros fenómenos son estructurales a estos relatos. Ver por ejemplo si la violencia, se puede invisibilizar, en un ejercicio de borrado intencional, y luego leer el relato para saber si cambia o no. Si cambia de manera importante, entonces podemos decir que efectivamente se trata de un fenómeno estructural. Si el relato no cambia, entonces la violencia es un hecho incidental, pero no estructural. Observar cuáles violencias, en cada uno de estos relatos, son estructurales: la violencia política, la violencia de género, la violencia sexual, la violencia institucional. ¿Cuáles? ¿Dónde? ¿Cómo? ¿Qué producen? Y todas las otras preguntas

que surjan de las narrativas. Pedagógicamente, se pueden proceder de la misma manera con otras categorías que vayan apareciendo cuando se leen las palabras de las niñas.

Hay que preguntarnos por nuestras propias concepciones sobre sexualidad, maternidad, niñez y adolescencia y otras que circulan en nuestro espacio profesional, pero también cotidiano, con nuestras familias y amigos/as, y cuáles de ellas se ven reflejadas, y de qué manera, en los relatos. Qué de nosotros y de nuestra sociedad causa e impacta en las vidas de estas mujeres que nos susurran sus alegrías y sus dolores.

Es en la mirada donde el miedo anida, pero también donde puede nacer el respeto.

Si no aprendemos a mirar el mirarse del otro, ¿qué sentido tiene nuestra mirada, nuestras preguntas?

*¿Quién eres?*

*¿Cuál es tu historia?*

*¿Dónde tus dolores?*

*¿Cuándo tus esperanzas?*

Pero no solo importa qué o a quién se mira. También, y sobre todo, importa desde dónde se mira.

Y elegir a dónde mirar es también elegir desde dónde.

(Ellos y nosotros. Las miradas. Mirar para imponer o mirar para escuchar. EZLN, 2013)



## 1. Historia de María Carolina

El relato de María Carolina da cuenta del evento de embarazo como una cadena de violencias que parte desde la realidad estructural del desplazamiento y los asesinatos por ajustes de cuentas, hasta las realidades del contexto que involucran el consumo temprano del alcohol como una salida y un lugar de enunciación para la culpa, la tristeza y la ausencia.

En el relato aparecerá la imagen de un compañero “salvador” que, con la misma asociación de la entrevistada, llena los vacíos dejados por la camaradería y la confianza perdidas tras el asesinato de su padre. El hijo, por tanto, se constituye en un aliado de nuevo, un salvador que, aunque no es percibido como tal al comienzo, es re-significado como raíz, arraigo frente a lo perdido, a lo abandonado en el pasado.

Pero el relato de María Carolina va más allá, cuenta la profunda distancia que existe entre los discursos de protección hacia las adolescentes embarazadas y lo que verdaderamente ocurre en los servicios de salud. En el contexto del hospital, veremos cómo el hecho del embarazo adolescente se castiga, y las formas de dicho castigo son la necesidad que la niña sienta “el dolor de madre” y, al mismo tiempo, que pese a su situación de embarazo y parto de alto riesgo, se victimice a partir de afirmaciones violentas, como la asociación del placer de la relación sexual con el dolor del alumbramiento o de acciones como la exigencia de limpiar al bebé y atenderlo, aún con la condición vulnerable de salud de la madre.

El hijo es concebido como un error que debe asumirse, pese a todas las consecuencias que para ella pueda tener. Esto se agudizará con el segundo hijo, vemos aquí dos embarazos no deseados, negociados a través de la culpa y re-significados hacia el deber ser o la consecución del ideal de “una buena mujer”. En este sentido, María Carolina no ha dejado de ser un objeto de múltiples violencias. El relato se complejiza hasta la autoculpabilización, en la etiqueta del “yo siempre he sido loca”, frente a la sensatez del compañero-adulto muy adulto, reflejo quizás del padre, con el poder de subordinarla, lo cual la hace transitar hacia un mejor modo de vida imaginada, cercano al ideal, a lo que debe ser. En este punto, el sentido perdido tras la muerte del padre de María Carolina vuelve a su cauce después de la unión con el compañero y de tener su segundo hijo, Fabrizio.

La trayectoria de María Carolina pone en cuestión la discusión sobre cómo evitar la re victimización de las adolescentes embarazadas y en situación de desplazamiento: ¿qué tipo de acciones de control se están llevando a cabo para asegurar el derecho de las adolescentes, una vez se encuentran en los procesos de control prenatal y parto? ¿Cómo fortalecemos imaginaciones distintas en las adolescentes y cómo enfrentamos la relación entre la violencia estructural, la violencia en el sistema de salud, la violencia de género, la subordinación, el abuso y el embarazo adolescente?

## MARÍA CAROLINA

*Queda un camino de piedra y filo /y la revancha que da el destino  
/luz de esperanza corre y alcanza /justicia arriba está la balanza.*

*/Firme y altiva sigue tu vida*

*/no pares, niña, aún no está perdida*

*/la mano fuerte que hoy te fue esquiva*

*/tierna y segura aparece y ríes.*

*/No llores, no llores mi niña*

*/no llores, no llores más.*

(Anamile, Grupo Niche de Cali)

María Carolina tiene 14 años y nació en el Valle del Cauca.

¿Por qué llegaste a Medellín?

Porque el papá del marido de mi mamá tenía un negocio allá en el Valle y se metió en unas deudas y le quedó duro pagarlas, luego unos “manes” le dijeron que tenía que salir de allá, entonces él se vino, después empezaron a amenazar al hijo, y como él vivía con mi mamá, entonces todos nos tocó salir para acá, para Medellín.

Cuéntame sobre tu embarazo.

Yo tuve mi primer novio a los 9 y a los 11 empecé a tener relaciones sexuales, pero ahí no me cuidaba, mi mamá me decía que me cuidara y me decía cómo me debía cuidar. En el colegio nos enseñaban sobre sexualidad, pero yo la verdad no le ponía atención, mis amigas también eran muy locas, igual la única que tuvo hijos fui yo, ahora todas están estudiando y tienen su carrera, a mí me pasó esto porque no me cuidé.

Tenía doce años cuando tuve mi primer embarazo. Yo estaba estudiando, me dio un mareo un día. Yo tenía mi novio, como yo siempre he sido muy loca y desde que mataron a mi papá yo quedé mal, busqué la compañía de un hombre que fuera un compañero para mí. Después del mareo fui al hospital y allá me dijeron que estaba embarazada.

¿Qué sentiste al saber que estabas embarazada?

Pues la verdad yo sentí emoción porque mi hijo es una compañía, yo sola no estaba, pero sí me alegró mucho y a la vez me dio mucha tristeza, porque me iba a traer muchos problemas, pero la verdad ni es así, mi hijo tiene 2 años y lo único que me ha traído es felicidad.

¿Cuántos años tenía tu pareja cuándo quedaste embarazada?

Mi pareja tenía 18 años. Él ya no sigue conmigo, él se quedó por allá y yo me vine con mi mamá. Ahora tengo un novio, tiene 35 años. Nosotros llegamos acá y él me ayudó mucho, éramos muy amigos, él mantenía mucho conmigo y me daba muchos consejos, que no tomara, que no fumara, que no saliera a la calle de noche, fue muy lindo conmigo y al paso del tiempo me fui enamorando de él. Ahora está conmigo, responde por el niño, lo quiere mucho, pero no vive conmigo porque no tiene un trabajo fijo, yo vivo con mi mamá pero él nos colabora mucho. Mi mamá no está muy de acuerdo con la relación, fue muy duro para ella que yo quedara en embarazo otra vez, pero al final de cuentas, de tanto pelear para que yo lo dejara, tuvo que aceptar.

Mi mamá, en mi primer embarazo, se quedó asombrada, como yo nunca le decía nada de lo que hacía. Yo le decía que me iba a quedar donde una amiga y me iba a quedar donde el novio y la verdad ella quedó muy asombrada, lo único que me dijo es que “el bebé no se puede matar, el bebé tiene que tenerlo y usted tiene que ser responsable de criarlo”.

¿Tú no querías tener el bebé?

No, al principio, no. Cuando ya tenía seis o siete meses dije “no lo quiero tener”, empecé a sentirme aburrida, se me estaba dañando el cuerpo, tenía ganas de no tenerlo, pero ahora que lo tengo pienso que esas son decisiones que uno no debe tomar, si uno comete los errores, uno debe pensar en qué es lo que está cometiendo, eso fue lo que yo no pensé, no me cuidé y ese fue el error que cometí, no cuidarme. No como unas que quedan en embarazo y abortan, eso no lleva a ninguna parte porque es un cargo de conciencia muy horrible.

¿El padre de tu primer hijo te apoyó?

Él me apoyó, estuvo conmigo los primeros dos meses, incluso vino conmigo hasta Tuluá y se fue porque la familia le dijo que se fuera, que no se quedara conmigo, él se fue y normal, mi mamá me ayuda, el marido de mi mamá también, yo no he estado trabajando y pues ellos lo quieren mucho, es como el hijo de ellos. No me he vuelto a ver con él después de eso y ni me interesa.

¿Qué pasó en el colegio cuando se enteraron?

En el colegio me apoyaron mucho, mis compañeras y mis compañeros. No fue nada fácil, me dijeron que si yo no lo quería, lo tuviera durante el embarazo y que lo podía dejar a mi profesora,

ella no podía tener hijos. Yo dije que lo quería tener porque es una ayuda para mí, es un compañero que me va a estar ayudando toda la vida.

¿Seguiste estudiando?

No seguí porque nos tocó irnos, y desde esa época no he vuelto a estudiar. En el colegio me dieron mucha ayuda, incluso me dijeron que me iban a dar cosas para el bebé, que me lo iban ayudar a cuidar. Allá no había más chicas embarazadas, yo fui la primera. En el pueblo siempre han sabido que desde que murió mi papá yo he buscado un compañero porque yo tenía muy buena relación con mi papá, nos contábamos todo, él me ayudaba mucho, desde que él se murió a mí no me importó nada, solo me importaba vivir la vida y gozarla. Al él lo mataron por robar un búho, el cuidaba una finca y por robar el búho lo mataron. Yo tenía 7 años.

¿Tú empezaste con los controles en el pueblo?

Sí, los controles los empecé allá, solo fue uno, fue una ecografía en la que solo se veía agua, fue una doctora la que me la hizo. La atención fue muy buena, ella me dijo que por qué no había pensado las cosas, que yo era menor de edad. En Tuluá, cuando yo lo iba a tener, me trataron muy mal porque era menor de edad. Primero deberían consultar bien por qué uno quedó embarazada, no deben estar juzgándola por algo que no saben. Me decían: “esa muchacha tan horrible, tan gamina, eso le pasa por andar en la calle”. Si mi hijo no fue planeado, yo incluso pensaba en que no iba a tener hijos, pero cuando lo sentí me gustó mucho, cuando estoy aburrida él me hace reír, él es todo para mí, es una hermosura, se llama Juan Esteban, el segundo se llama Fabrizio.

¿Cómo fue la atención médica en tu primer embarazo?

Yo llegue al pueblo con tres meses, no me atendían, primero porque decían que tenía que llevar una carta de retiro y la verdad yo no puedo volver por allá.

¿No te atendían por que tenías que retirarte de la EPS dónde estabas y afiliarte a otra?

Sí, que tenía que llevar una carta de retiro.

¿Cómo fue el parto de tu primer hijo?

Fue normal, a mí me ayudó una enfermera auxiliar, me ayudó mucho, ella me lo ayudó a tener. Yo escuché que me cobraron como doscientos mil pesos y que ella los había pagado. Una enfermera sí me trató mal, que también estuvo en el parto, me decía que por qué cuando estaba

en la cama ahí si no gritaba, que por qué no pensé las cosas antes de tener hijos, incluso ella se lo iba a llevar. Dicen que allá en el pueblo ha habido, con esa misma enfermera, muchos problemas porque como que se ha intentado robar niños recién nacidos. En fin, el parto fue natural, el médico que me atendió no sé si era especialista, yo no tuve la oportunidad de hablar nada con él.

¿Cómo fue la atención?

No, allá ni siquiera lo bañaban, incluso me tocó pararme a bañar el niño, cuando lo hice, me caí al piso porque al nacer él me rasgó muchísimo, aun así me hicieron bañarlo. No tienen paciencia para ser enfermeras, porque si uno va a un hospital es para que lo atiendan porque uno no tiene como ayudarse, hay unas enfermeras que son muy horribles, lo tratan a uno mal, y a los hijos de uno, a las patadas. Allá no me dieron ninguna charla de planificación después de tener a mi primer niño. Acá, por el contrario, me han dado muy buena atención.

¿Este embarazo ha sido mejor?

Sí, pues porque con este tengo el apoyo del papá, él me da muchas fuerzas y más porque es mayor, él trabaja en unas carretas, trabaja vendiendo frutas.

¿Cómo te enteraste de este segundo embarazo?

Yo he tomado mucho trago desde que mi papá se murió, entonces yo tomé todo el fin de semana y el lunes me fui a piscina, allá estaban entrenando y un muchacho me pegó una patada en el estómago y yo sentí algo que me bajó, entonces fui al hospital y me dijeron que estaba en embarazo y que el bebé estaba desprendido. Me hicieron una ecografía y me dijeron que era un niño, me enteré cuando tenía dos meses. Yo en ese momento no lo quería porque mi primer hijo estaba muy pequeño, incluso yo planificaba sin decirle nada a mi novio y se me demoraba dos o tres días para que me llegara. Yo estaba planificando cuando quedé embarazada, pero ese día de la fiesta no me la tomé.

Mi mamá no aceptaba a mi novio, me decía que tenía que decirle a él que tenía que responder o lo demandaba. Ella me decía que me cuidara con algo más, que yo tomaba mucho. Yo no hago nada, nunca he trabajado. Mi mamá me dijo que si quería ponerme a trabajar, para darle más apoyo a mi hijo que ya tengo, pero el papá de este segundo no me deja trabajar, para las cosas de mi primer hijo le dan todo mi mamá y su esposo.

¿Cómo fueron los controles para este segundo embarazo?

En este embarazo no tuve control prenatal porque me exigían la carta de retiro y yo por allá no puedo ir, de todas formas sí me vieron algunos médicos, yo iba cuando sentía un dolor y de una me iba. Iba a Intermédica por urgencias y allá me atendían sin problema, la atención era muy buena, me aconsejaban que no fuera a matar el niño, porque algunas lo hacen. Yo no estoy de acuerdo con que maten a los niños, ni que los tengan y vayan y los dejen por ahí porque uno es el que comete el error y ellos no tienen la culpa.

¿Cómo fue tu segundo parto?

El parto acá fue muy bien, no me lo dejaron tener natural porque no podía, el bebé era muy grande y yo no daba para tenerlo, me dijeron que me hacían cesárea. En cambio, si hubiera sido en el otro pueblo, donde tuve el primero, me lo hubieran hecho tener así, natural, incluso allá yo quedé muy mal y me iban a hacer cesárea, pero me dijeron que lo tenía que tener normal para que supiera cuál es el dolor de madre, eso fue lo que le escuché a la enfermera, aquí sí me hicieron cesárea. Acá casi no he hablado con el médico, principalmente con las enfermeras, que son muy buenas.

¿Cómo te sentiste con tu primer parto?

Cuando yo tuve a mi primer hijo no sentí nada por él, cuando lo vi que lo tiraban y lo estrujaban para bañarlo y cuando sentí que esa señora se lo iba llevar, eso fue muy horrible, porque ellos no tienen la culpa de nada. Cuando él nació yo no estaba muy convencida. Yo hace un tiempo me fui a vivir con mi pareja actual y me fui sin mi primer hijo porque mi mamá no me dejó llevarlo, allá empecé a sentir que lo necesitaba, que quería que estuviera conmigo y quería hacer lo posible para tenerlo a mi lado porque mi mamá no me lo dejaba ver. Un día fui, le rogué a mi mamá que me lo dejara ver. Me lo merecía, yo iba a llevar a mi hijo a una parte que era una vecindad, allá vendían vicio y yo no pensaba en eso, solo pensaba en tenerlo a mi lado. Ese niño me dio duro aceptarlo, pero lo quiero mucho. Yo duré tres meses viviendo en esa vecindad con mi novio, decidí volver con mi niño, hable con mi mamá y le dije que yo volvía por el niño, pero no iba a dejar a mi pareja, porque mi mamá siempre estuvo en contra de la relación de nosotros porque él es mayor.

¿Cómo cambio tu vida después del primer embarazo?

Mi vida cambio mucho después del primer embarazo, mi vida antes era muy alegre, yo quería hacer lo que se me diera la gana, con mis amigos nos dábamos muchos lujos, como el padrastro mío tenía una revueltería, yo siempre le pedía plata a mi mamá y nos íbamos a comer helado. Yo siempre he sido muy loca, siempre que había una fiesta allá teníamos que estar, si no íbamos éramos la burla de todos, cosas de niños y adolescentes, que cuando uno está en esa edad uno no le pone cuidado a los papás y hace lo que se le da la gana y eso le hace mal es a uno, más a nosotras la mujeres por que nos arriesgamos a tener un hijo, a que nos violen, a que nos maten, porque los hombres son muy malos, o sea, yo era una que a mi mamá me la pasaba por la galleta, lo único que me provocaba era la rumba, claro que allá nosotras no tomábamos trago, solo la cerveza. Nosotros empezamos por un amigo que tenía 17 años, que nos decía que eso era muy bueno, que disfrutáramos la vida, porque si la vida no se disfruta después uno se muere y todo se olvida, nos dijo muchas cosas, y como nosotros éramos así de parche, cogimos ese camino y vea luego que siempre fueron malas.

Después de tener mi hijo ya no pude ir a fiestas, tengo que trabajar, yo lo que tenía entendido era que tenía que estar al lado de él y criarlo, porque antes era mi mamá la que hacia todo, él tenía tres meses y yo no me resignaba a tenerlo, yo no me hacía a la idea de tener un hijo a esa edad, ahora que mi mamá me lo quiso quitar, sentí que no quería que me lo quitara porque lo quiero mucho.

Con mi pareja de ahora, que lo conocí a la edad de 13 años, empecé a sentir que tenía que hacerme cargo de mi hijo, él me decía que estuviera pendiente del niño, que dejara el trago y de tanto aconsejarme, y después de que mi mamá no me lo dejó ver, sentí que lo necesitaba. Yo no sabía qué hacer ese día que lo vi. Lo llevé a comer helado y paseamos.

Ahora él está muy unido a mí, yo salgo a la calle y salimos juntos, por eso estoy preocupada, porque llevo cuatro días acá y el niño llora todas las noches. Normalmente, el niño se levanta a las seis de la mañana, él es un niño muy juicioso, si mi mamá está haciendo el desayuno para su esposo yo me levanto y le ayudo, después arreglamos la casa, hay días que llevo al niño a un centro donde dan películas y hay juegos.

Yo nunca pensé en mi futuro antes de tener a mi hijo, mis amigas sí pensaban en ser cantantes, modelos, yo no lo pensé, ahora pienso en darles un futuro a ellos, he pensado empezar a estudiar

los fines de semana y trabajar entresemana. Con mi pareja yo he pensado tener un hogar, él me dijo que nos fuéramos a vivir juntos pero él se quedó sin trabajo, uno de joven piensa que la vida es un juego y la vida es un juego, pero uno tiene que saberlo jugar, uno de adolescente, más las mujeres, piensan que la vida no tiene sentido, yo tengo una amiga que tuvo dos gemelos de una violación y ella los tiene y los quiere mucho, para lo que le pasó, era para que no los hubiera tenido, porque verlos a ellos es recordar ese día lo que le pasó, pero no, ella da todo por esos niños. Yo espero trabajar en cualquier cosa, menos en la calle, en la prostitución, porque muchas cogen ese trabajo, pero eso no es para mí, esa plata no es digna.

¿Qué fue lo más fácil y lo más difícil de tu primer embarazo?

Lo más difícil de mi primer embarazo fue aceptarlo y lo más bonito fue haberlo aceptado, después de todo porque él ha sido una compañía muy buena para mí. Yo creo que no lo aceptaba porque era muy niña y quería estar en la calle y tomar, si no hubiera tenido a mi novio y a mi mamá que me aconsejaron yo no hubiera aceptado, en muchos casos los hombres le dicen a las mujeres que dejen a los hijos tirados, que se vayan con ellos, yo he visto muchos casos y muchas lo hacen, pero él fue todo lo contrario.

¿Y con tu segundo embarazo?

Con este embarazo no ha pasado nada difícil, he tenido muchos cariños de parte de mi novio y mucha compañía, el momento más emocionante fue cuando lo tuve, ha sido muy bueno porque tengo a mi novio y tengo el apoyo de mi mamá.

¿Algún profesional de la salud te ha venido a visitar o a hablar contigo?

Hubo una visita como de una trabajadora social, pero conmigo no habló, habló con mi mamá, le dijo que eso tenía denuncia.

¿Qué pedirías para las adolescentes embarazadas, qué piensas que necesitan?

Yo pediría para las mujeres adolescentes embarazadas que nos enseñaran y nos aconsejaran con los bebés, deberían tener consideración, ayudarles con los bebés, cómo se tratan, no deberían tratarlas a las patadas como a veces pasa, deberían también aconsejarlas para que no tengan más.



## 2. Historia de Yuli

Para llegar a la Isla Grande, los nativos, como se autodenominan los habitantes de las Islas del Rosario para diferenciarse de los cientos de turistas que arriban a Cartagena en busca del Caribe, deben llegar hasta Basurto, el puerto desde donde parten las lanchas a motor que distribuyen alimentos, bienes y personas hacia los puertos de Bocachica, Barú, Tierra Bomba y, por supuesto, Isla Grande. Un pasaje cuesta \$15.000, sin el impuesto de \$3.000 que se cobra a los visitantes.

Las lanchas son estrechas, la proximidad de los cuerpos es también la proximidad de las trayectorias vitales. “¿Para dónde va este atado de plátano?”, pregunta el carguero. “Es para donde Ismael”, responde una mujer mientras coordina la entrega por el celular. Las mujeres juegan un papel central en el viaje entre las islas y Cartagena, son ellas las que preparan fritos como la arepa de huevo y las que consiguen hilos de colores vivos y tropicales para confeccionar las trenzas de los turistas de la playa. Las mujeres cocinan el coco, lo mezclan con zanahoria, preparan aceites para los masajes y se intercambian saberes para conseguir la comida más barata que no se encuentra en la isla.

Para encontrar a Yuli, el trayecto duró casi una hora. Todos en la lancha la conocían: “al llegar a Isla Grande, pregunta por Yuli”, dijo ella en el teléfono. Una vez en el malecón, donde la lancha se detiene, Yuli espera. El paisaje de la isla contrasta con la realidad de las casas de madera y la precariedad de las viviendas, el mar se levanta en tonalidades de azul, un mar claro, transparente, que se van acentuando a medida que se adentra en la marea.

Isla Grande es una de las islas que pertenecen a dueños privados, y desde hace más de veinte años los habitantes alegan ser propietarios de estos predios. Todo cuanto hay en la isla parece libre, algunas manadas de cerdos con sus crías, los platanales que hacen sombra en el camino hacia la casa de Yuli y los senderos, abiertos a fuerza de caminarlos cotidianamente. La problemática de la isla articula el problema de la tierra con el acceso a los servicios y derechos mínimos.

En el relato no solo se manifiestan estas tensiones, sino que se enfatizan con el hecho fundador de que la maternidad adolescente es un evento evidente en todas las generaciones. Sin embargo, para la experiencia de Yuli el matiz de la madre sola, o mejor, del hijo negado, destacará el peso

de la marca social: “soy la primera adolescente embarazada en la Isla” lo cual contrasta con la historia de embarazo adolescente de sus hermanas, de su madre y de sus vecinas. El hijo negado será, en la narrativa de Yuli, el nodo central para justificar el dolor del embarazo, dolor que se resignifica en su capacidad para responder a las necesidades del hijo, es decir, para conseguir la madurez y obtener el status que el estigma le arrebató al inicio. En otras palabras, el honor perdido de la embarazada joven retorna en la figura de la madre bondadosa y cuidadora.

La experiencia de Yuli es un marco para el análisis del acceso a los servicios de la población insular, de los lugares de sentido de los pobladores al ubicar la maternidad como un proceso que debe asumirse por el carácter divino del destino, por ser constitutivo de la feminidad y como consecuencia de los actos irresponsables de las mujeres. Los contenidos presentes en la cultura cartagenera relatan la historia de Yuli en canciones y rimas: la fiesta de la Candelaria se basa en la maternidad de una niña joven, una mujer que debe asumir esta maternidad sola.

No volver a caer en la “trampa” permanente, como lo sugiere Juana María, su madre, es ahora el objetivo que circula en cada acción de la vida de Yuli. Por allí circulan sus deseos, su futuro, el volver a valer<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Juana María, la madre de Yuli, refiere cómo su hija perdió su valía. Ella recuerda, en su propia historia, cómo el valor se transmuta en los ofrecimientos de casa, armario, elementos básicos para establecer el hogar y que el hombre debe ofrecer a cambio del valor del cuerpo no tocado. El valor de intercambio se pierde cuando se embarazan o tienen relaciones sexuales conocidas por el entorno donde viven. Ahora hay que recuperar el valor, cuidar al hijo, no salir con otros hombres, no tener amigos masculinos y esperar que algún día otro hombre reconozca a Yuli y cumpla. [Notas de campo]

## YULI

*Que todo el pueblo ya sabe que te está creciendo el talle  
y los senos no te caben ni en tu vestido de calle.  
No temas muchacha ultraje por no tener tu hijo padre,  
muchacha ponte tu traje, muchacha no te acobardes,  
muchacha ponte coraje que hasta la virgen fue madre.*

(Canción popular de la fiesta de la Candelaria que se celebra  
2 de febrero en Cartagena de Indias)

Yuli, ¿cuántos años tienes?

Tengo 15. Vivo En las Islas del Rosario, toda mi vida, desde chiquita. Vivo con mi mamá, mi papá, mis hermanos. Somos 6 conmigo, uno de 37, otro de 24, otro tiene 16. Tengo una hija, sí, una niña que va para un año, ahora el 4 de febrero.

¿Cómo es un día normal, desde que te levantas hasta que te acuestas?

Me levanto y hago una cosa, hago la otra cosa, me baño... normal, salgo a pasear, me divierto con mis amigas, con mis hermanos. Esto por acá es quieto, no como en Cartagena. Con mis amigas jugamos, bailamos, muchas cosas. Hay una de 13, una de 14, una de 15, de 16, de 17. Somos 8 amigas desde chiquiticas. La menor es Daniela, que tiene 11 años.

¿No tienen grupos de amigas y amigos?

No, amigos poquitos, uno solo. Y como me embaracé no me gusta estar casi con pelados. Porque como salí embarazada y mi hija fue negada, entonces no me gusta estar con tanto pelado, porque si a uno le gusta alguno, ya dicen algo malo y a mí no me gusta eso. Entonces prefiero estar con mis amigas.

Me contaste que ibas a volver al colegio.

Sí, estoy estudiando en la nocturna, porque en la mañana no puedo. Mi mamá vende fritos, entonces siempre anda ocupada y yo tengo que atender a la bebé', toda la vida les he ayudado. Tengo que ayudarles porque ellos son los que me están ayudando con la bebé. Estudio en la nocturna y el otro tiempo se lo dedico a la bebé. Pero ahora quiero estudiar en la mañana. Porque si se queda mi sobrina que está en embarazo puedo estudiar en la mañana para que ella me cuide a la bebé, pero si no, me toca otra vez estudiar en la nocturna.

¿Te gusta estudiar más en la mañana o en la noche?

Me gusta más estudiar en la mañana, pero si no tengo tiempo, me toca estudiar en la nocturna. Me gustaría estudiar en la mañana porque uno aprende más, en la noche solo dan 4 horas y en la mañana dan 6 horas. Cuando quedé embarazada, terminé quinto. Entonces me metí en la nocturna a sexto y séptimo y este año me toca octavo y noveno, porque hago dos cursos en uno. Entonces así terminé más rápido. Mis amigas van para séptimo. Yo estudiaba con ellas, pero cuando salí embarazada me pusieron en la nocturna. Yo estudiaba con mi barriga, pero me daba pena. Después, ya cuando alumbré, como hicieron cesárea porque era muy niña, entonces me dijeron que no estudiara porque me iba a hacer daño.

¿Quién te dijo que te hacía daño?

Los doctores me dijeron que no podía.

¿Antes de tener la bebé, con quién hablabas de sexualidad?

Con nadie. Nunca hablaba de eso. Ni con mis papás ni nada.

¿En el colegio hablaban de temas de sexualidad?

Pero a los que estaban en décimo. A los otros nunca les decían nada. Yo nunca me enteré por profesores. Hasta que estaba embarazada fue que me enteré que habían muchas cosas para uno cuidarse.

¿A qué edad te desarrollaste?

A los 11 años yo sabía lo del desarrollo, aunque cuando yo me desarrollé me asusté. Me dijeron que me cuidara, pero no me dijeron que podía salir embarazada.

¿Cuándo fue tu primera relación sexual?

A los 13 años, con el papá de mi hija, no sabía que podía quedar en embarazo. Nunca le conté a nadie. Yo le preguntaba a una [compañera de colegio] si sabía si uno quedaba embarazada cuando tenía relaciones y me dijo que no.

¿Y cómo lo conociste a él?

Éramos amigos, él cumplió 19. Andábamos juntos para arriba y para abajo, vivíamos cerquita. Mi primer novio fue él. Pero a mí me daba pena decir que él era mi novio. Nadie sabía que era mi novio.

Cuando tuvieron relaciones, ¿estuvieron los dos de acuerdo?

Yo me dejé llevar de él. Éramos amigos, pero después nos hicimos novios. Después de tener relaciones no sabía que estaba embarazada. Después no me venía la menstruación, tenía dos o tres meses que no me venía. Yo le dije a mi mamá que no me venía la menstruación y entonces, cuando me llevaron a Cartagena, me mandaron a hacer una ecografía, yo no sabía qué era eso. Después me dijeron que estaba embarazada. Yo no creía. A mí se me hizo difícil. Yo era una niña de 13 años. La gente decía que yo estaba muy joven para tener hijos, que pensara bien lo que iba a hacer, que mis papás no tienen para ayudarme. Cuando el papá se enteró me la negó, y la gente me decía que cómo iba a hacer si yo no trabajaba, que era menor de edad para conseguir un trabajo.

Pero ¿quién era toda esa gente?

Vecinos, amigos. Los profesores nunca me dijeron nada, me dijeron que lo que pasó, pasó y que tenía que tenerlo, que no podía hacer nada con una bebecita que era inocente. Yo dije que pasara lo que pasara iba a tenerlo. Me quedé un tiempo en Cartagena porque aquí la gente me tenía de boca en boca porque el papá me la negó. A mí me dolió mucho porque pensaba que había perdido mi juventud y cuando me enteré que el papá la había negado, más me dolió. Cuando yo me enteré que estaba embarazada yo no quería decirle a mi papá y tampoco sabían que yo era novia de él, entonces me daba como cosita decirles que estaba embarazada. Mi tía fue la que le dijo que estaba embarazada. Cuando se enteraron que yo estaba embarazada enseguida le dijeron a la abuela y a él. Y él dijo que ese hijo no era de él, que eso era embuste.

¿Cómo reaccionaron tus papás?

Mi papá me dijo que cómo era posible, que yo era menor de edad, que cómo podía hacerle eso, que por qué no confié en él, que yo era la última y deseaban todo lo mejor de mí. A mí me dolió mucho todo eso. Como soy la última, a mí era a la que querían más. Cuando el embarazo avanzó me vine para acá y fue más sufrimiento porque la gente hablaba, todo el mundo se reía y decía que cómo era posible que yo estuviera embarazada. Todo el mundo andaba tras de mí preguntándome que quién era el papá. Yo a veces no decía nada, me la pasaba llorando y llorando. Mi familia me decía que no fuera pendeja, que pasara lo que pasara era mi bebé y Dios sabe para qué me lo manda. Entonces yo nunca salía de mi casa y salía al médico.

Y tus hermanos ¿qué dijeron?

El que me quería más fue el que me llevó a Cartagena cuando se enteró de que yo estaba embarazada. Yo pensé que iba a regañar pero no me regañó y me dijo que pasara lo que pasara me iba a ayudar con el bebé. Él me ayudó mucho. Y ahí fue cuando más sentí apoyo. Después el papá me mandó a buscar a ver si la niña si era de él, porque la abuela tampoco creía que era de él. Yo les dije que algún día se iban a dar cuenta si era o no de él. Y les dije que si no le querían dar el apellido que no se lo dieran, que yo la registraba con mi apellido, que no pasaba nada.

Después que pasó el tiempo lo cogieron los papás para que dijera si ese hijo era o no de él. Él dijo que había estado conmigo varias veces pero que no sabía si ese bebé era de él o no. Cuando me hicieron otra ecografía dijeron que sí era de él y comenzaron a ayudarme. Pero ya no había la misma confianza que había conmigo, porque ya me lo habían negado. Como a los 8 meses me empezaron a ayudar. Después de alumbrar el 4 de febrero duré un tiempito en mi casa, con mis tías. Cuando me dieron los dolores me daba pena decir, porque yo no sabía nada de eso. Yo estaba aquí, pero en diciembre me fui para Cartagena. Entonces me llevaron a maternidad y me mandaron a cesárea.

¿Y tú qué sentías?

Miedo, porque yo era una niña de 13 años. Me daba miedo de que no fuera a salir bien, porque hay niños que no salen normales. Me puse mal y vomité y entonces me hicieron la cesárea. Después de eso yo ni siquiera sabía que había alumbrado, me pusieron en una cama y me dejaron ahí con anestesia. Cuando me desperté, me paré y me dijeron que no lo hiciera porque se me podían abrir los puntos. Yo tenía todo el cuerpo dormido, no sé ni cómo me paré de ahí. Los doctores me decían que yo, con apenas 14 años, hacía hasta para vender. Cuando la tuve a ella me dijeron que se iba registrada. Pero yo dije que iba a esperar. Cuando llegué a la casa, yo dije que si querían conocer a la bebé tenían que ir hasta la casa, o si no, pues que no. Después pasaron los abuelos y dijeron que la niña era igualitica al hijo. Después él vino a decirme que lo perdonara, que él no quiso hacerme eso. Y ahí me empezaron a ayudar, porque ellos sabían muy bien que yo no andaba con el uno y con el otro.

La gente aumenta las cosas, él nunca me dijo a mí que no era de él pero sí se lo decía a la gente. Cuando tuve a la bebecita todo el mundo estuvo pendiente, el abuelo respondió, le dio de todo, decía que sí era su nieta, le dio de todo, aunque yo no se lo pedí. Como me lo habían negado, a mí me daba pena pedir algo. Cuando cumplió el mes yo quería trabajar para darle yo misma a mi

hija y no pedirle a nadie y me puse a trabajar. Hacía trenzas, masajes, era guía. La bebé se la dejaba a mi mamá. Y me fui al nocturno para poder estudiar y trabajar para darle mejores cosas a la bebé, para que no pase lo mismo que yo. Si estudio y trabajo no le va a pasar lo mismo que me pasó a mí.

Pues ellos lloraban y se preguntaban por qué él la iba a negar, que era que la gente le había metido cizaña de que no era de él y se dejó llevar por la gente. Él me decía que lo perdonara que no quería hacerme eso. Yo dije que dejáramos las cosas así, que ya lo que pasó, pasó, que si quería responder por la bebé que respondiera, y que cuando quisiera registrarla que ahí tenía las puertas abiertas para registrarla.

¿Y ya la registró?

No, aunque sí la quiere registrar, pero como tiene 19 años y no ha sacado todavía la cédula no la puede registrar así.

Cuando te enteraste de que estabas embarazada ¿comenzaste a ir a los controles prenatales?

A los siete meses me sentí mal, se me bajó la presión y me hice una ecografía. Tuve nueve citas de control. Me tocaban cada mes. Y me tocaba dejarme inyectar y que me hicieran todo lo que me decían. Para mí, era difícil. Es muy bueno ir a los controles porque ahí conoces a tu bebé, cómo va, porque si no vas a control te puedes morir. Por eso es que yo estaba pendiente e iba al médico. Cuando se me movía sentí las fuerzas para luchar por ella, y estando en embarazo me puse a trabajar.

Cuando saliste ¿te aconsejaron para usar métodos anticonceptivos?

Sí, me dijeron que yo podía cuidarme con lo que yo quisiera, como con pastillas o inyecciones. Empecé a tomar pastillas pero un mes, cuando fui, me dijeron que no había y que me pusiera la inyección, pero no lo hice y ya no me estoy cuidando. No sé si quiero cuidarme, el doctor de aquí de la isla me dijo que si quería tener relaciones y no quería quedar embarazada, que al día siguiente me tomara una pastilla.

¿Y el condón?

Sí, a mí me dijeron que ese servía mucho porque previene un embarazo y una mala enfermedad.

¿Sientes que tu vida ha cambiado después de tener tu hija?

Pues Dios sabe cómo hace las cosas, y un hijo es una bendición de Dios. Aunque han cambiado las cosas, ahí está mi bebé. Cuando uno tiene un hijo, uno no puede estar haciendo lo que hacía antes. Yo me bañaba en el mar, cada rato salía a pasear y ya no lo puedo hacer.

¿En algún momento quisiste interrumpir el embarazo?

Nunca. Siempre dije que lo que pasó, pasó. Un niño es una bendición y uno no puede acabar con la vida de un niño inocente. Y como yo digo, si mi mamá me tuvo por qué yo no puedo tener a la bebé. Aunque yo me echaba para adelante y para atrás porque yo decía, yo no trabajo, yo no soy mayor de edad, tengo apenas 13 años, entonces para tener una bebé me costaría mucho, no tengo ni recursos ni nada. Pero algo me decía que tuviera mi bebé. Aunque a los 5 meses me estaba echando para atrás y decía que sí la iba a tener, no iba a hacer como antes. Un médico me dijo que no podía hacer eso porque estaba acabando con la vida de un niño y que me podía morir con él. Las niñas sí se sacan uno o dos. Se hacen remedios y otras cosas. Pero yo nunca lo haría porque eso es un pecado.

Cuando me sacaron la primera ecografía me dijeron que si yo hacía eso era un pecado. Entonces yo me quedaba pensando y llorando. Después, a los seis meses que se me movía, sentí mucho más amor y decidí tener a mi bebé. Sentí más apoyo. Mi mamá me decía que le hablara, que le dijera que la quería para que no naciera resentida de mí. Entonces yo le hablaba, y cuando le hablaba, se movía.

¿Aquí en la isla hay más niñas de tu edad que quedaron embarazadas antes que tú?

No, yo era la primera. Por eso era que la gente hablaba tanto. La edad para tener bebés es cuando tenga los 20, 22 años, porque a esta edad los que salen perdiendo son los papás porque ellos son los que tiene que ayudarte.

¿Antes de quedar en embarazo qué planes tenías para el futuro?

A mí me gustaba mucho el estudio. Estudiaba, leía, quería ser doctora o enfermera. Yo quiero hacer muchas cosas. Mi hija no me va a amarrar para seguir estudiando y para hacer todo lo que yo pueda.

¿Qué planes tienes ahora para el futuro?

Yo estoy estudiando y ahora estoy trabajando, vendo jugos y vendo pan. Pero sí quiero conocer otras cosas, nuevas cosas. Quiero seguir estudiando. Mi tía me estaba diciendo que me fuera para Cartagena a estudiar pero se me hace muy difícil porque tengo la bebé, todavía es muy pequeña.

¿De quién sentiste más apoyo cuando quedaste en embarazo y ahora que tienes la nena?

De mi papá y de mi mamá. De mis hermanos.

¿Quiénes crees que debieron estar contigo más?

El papá de mi bebé.

¿Cuál ha sido el momento más feliz que has tenido en tu vida?

Con mi hija. Me trae más ilusiones para trabajar por ella, estudiar por ella, lo que yo no tuve, dárselo a ella.

¿Y lo más triste?

Cuando él me la negó a mí dio una tristeza muy grande. Pero ahora somos amigos, uno para tener un hijo con una persona tiene que llevársela bien. Si yo me la llevo mal con él, cuando mi hija esté grande no va a servir. No sé qué estuviera pasando conmigo si no hubiera tenido la bebé. Ahora que la bebé está grande, el papá me la quiere quitar. Yo le digo que por qué, después de que me la negó. Él dice que porque apenas yo tengo 15 años y que no trabajo, y que él puede trabajar para ella.

¿Te hacen muchas preguntas por aquí?

Sí, pero no las contesto. A las niñas sí les digo, para que no se dejen embarazar. Lo que me pasó a mí, no me gustaría que a otra persona le pasara. Yo les cuento a mis amigas para que no les pase lo mismo.

### **Juana María (la madre de Yuli)**

Tengo 19 hijos. Hay 10 hombres y 9 mujeres. Mis hijas ya tienen nietos. Isabel tuvo su primer hijo a los 14 años también. Yuli es la menor, sí, ella es la última. Yo la tuve a los 45 años. Ella tiene 15 y el varón tiene 17. La mayor tiene 5 hijos y tuvo el primer hijo a los 15. La segunda tiene 4 hijos y tuvo el primero a los 17 años.

¿Cómo se enteraron del embarazo de Yuli?

Ella siempre se arreglaba, una vez no lo hizo y se veía hinchada, entonces la llevamos al médico y le mandaron unas medicinas. Como un año después le pasó igual y nosotros pensamos que era lo mismo, la llevamos al médico y cuando le hicieron unos exámenes nos dimos cuenta que estaba embarazada. Pues nos dio muy duro porque uno siempre quiere lo mejor para los hijos. El muchacho vive en su casa y ella vive acá, por mucho que los abuelos quieran cumplir, los que cumplimos somos nosotros.

¿El chico qué hace?

Él estudia, se gradúa el año que viene de bachillerato.

¿Ella estaba en el colegio cuando quedó embarazada?

Sí, y para este año que viene ya la matriculamos. Solo suspendió cuando tuvo el parto.

¿En qué ha cambiado la vida de Yuli después de su embarazo?

Ya toda la responsabilidad es para la bebé. Ella la cuida, le da su comida, todo. Para mi concepto, ella era muy llamativa con los niños, por eso fue que se embarazó. Sería que Dios se lo mandó porque le gustan mucho. La vida de ella sí ha cambiado. Ella no coge a la niña como juego, sino como una responsabilidad. Le pone sus paños en la noche, le da su comida, la mantiene bien.

¿Cómo fue la atención médica para Yuli?

A ella le hicieron controles aquí y en Cartagena. Ella tuvo prioridad por ser menor. Le hicieron sus exámenes y todo salió bien. Duró hospitalizada dos días. La operaron la misma noche. A las diez de la noche subí y la niña ya estaba anestesiada, y a media noche ya había salido de eso. Yo me quedé con ella ese día.

¿En la maternidad no le recomendaron que pensara en cuidarse hacia el futuro para no quedar embarazada?

Pues uno no puede mandar en la vida privada de ella, yo la he cogido y le he dicho que solo ese embarazo, no más porque les ha dado muy duro, que estudie para salir adelante. Ahora, cuando se puso la inyección, se le atrasó la menstruación, entonces no se puso más. El médico le dijo que tomara pastillas, pero nada más, cuando tuviera relaciones. Yo le digo que tiene que quererle a ella misma, no meterse a tener relaciones con cualquier muchacho que le guste. Su papá ya tiene 70 años, yo ya tengo 60, uno no sabe si más adelante ya no le podemos prestar la ayuda que

ella necesite. Ella fue como tres veces a maternidad, cuando la llevé estaban haciendo unos proyectos para las niñas que estaban embarazadas para darles un recurso.

¿Qué tal es el servicio de salud aquí?

Muy bueno. Pero el médico solo viene martes y miércoles.

¿Cómo es un día de ella en la casa?

Aunque la responsabilidad de ella es la niña, ella me ayuda en la casa, me cocina, me lava, me barre. Tenemos que sobrevivir todos para lo que ella necesite.

¿Después de que tuvo la niña sigue teniendo amigos?

Ya menos. Ella se está como abriendo un poco. Ella tiene 15 años. A las fiestecitas yo la dejo ir, pero no todas las veces, porque yo sé que puede caer en algo raro. Tiene que ver su experiencia y no caer en otra trampa. La gente tiene que buscar los valores que realmente lo van sacar adelante. Yo le digo que estudie, que haga un curso, que salga adelante y que no busque otro hijo, porque si no es con un hombre que te cumpla, no se puede. Yo a mi compañero le di 7 hijos, pero él toda la vida ha sido responsable conmigo.

¿Él ofreció llevarse a la niña en algún momento?

No, nunca. Él decía que la niña no era de él. Él tenía 17 y ella tenía 13. Ahora él tiene 19 años cumplidos, ya es mayor de edad.

Si usted tuviera otra hija menor, ¿qué cambiaría con ella?

Decirle todo lo que no puede hacer. Que salga adelante y estudie y que hay que esperar porque todo llega a su tiempo.

¿Y las hermanas mayores no hablaban con ella de esas cosas?

No. El problema fue la falta de orientación.



### 3. Historia de Kelly

La clínica donde encontramos a Kelly está habitada por mujeres, cada una de ellas cuenta la historia a la otra, quien relata desde dónde ha llegado y cómo es de difícil atravesar Cartagena desde el barrio hasta la clínica. Se gasta dinero que sirve para el diario, señala una de las mujeres.

Los relatos de las mujeres, al preguntar sobre el trato hacia las niñas embarazadas, se centran en una política, como señalaba Hanna Arendt, de la piedad. Se muestra compasión ante la experiencia de embarazo adolescente: “pobrecita la muchacha”, es una expresión que acompaña la sensación de la pérdida de futuro. En la trayectoria de Kelly, aunque es recurrente esta fractura, encontraremos elementos de resistencia, de imaginación de nuevas configuraciones de familia y de iniciativa por continuar los estudios, pero es una resistencia fundamentada en una profunda desesperanza que se desarrolla más adelante.

Kelly parece de mayor edad, llegar a ella no es fácil. Múltiples historias atraviesan su experiencia de embarazo, mientras algunas personas aseguran que el caso de Kelly fue un tema de violencia sexual, ella afirma que su embarazo resultó del acercamiento afectivo con uno de sus novios, un muchacho de la capital, mayor de edad, aproximadamente de veinte años. El amor romántico en las redes de desigualdades de poder enmarcadas en el género y la edad.

La familia de Kelly asume la interrupción voluntaria como una opción para ella, sin embargo, los eventos que ella misma relata dan cuenta de procesos confusos en el servicio de salud. Un diagnóstico que dice que no está embarazada para luego contradecirse con un estado avanzado de embarazo y la imposibilidad de practicar el aborto. La interrupción como imposición o como no opción se repite en los relatos de las niñas. Luego deviene el embarazo como un hecho que produce emociones de miedo, frustración y rabia. El relato nos habla de una especie de soledad en el ejercicio de la maternidad, “yo solita he aprendido”, y las contingencias de la trayectoria de vida, como la enfermedad de la madre y la rabia de la familia hacia el padre de la hija.

En el caso de Kelly, se leerán con mayor eficacia los silencios. Hay aquí una fractura de la imaginación futura y del afecto con el sexo opuesto. Este punto es preocupante, en tanto se rompe el lazo de confianza: “el hombre malo, engañador” será un punto de partida y de preocupación. Pero a su vez, hay un proceso de repetición de las rutinas de cuidado hacia la hija

como único presente, y de nostalgia de lo que pudo ser o del pasado de ser niña: “mis amigas no me visitan más”.

Como en otros relatos, la causa del embarazo es la vida loca que Kelly llevaba, sus ausencias a la escuela, el compartir tiempo con sus amigas o simplemente quedarse en la casa a dormir. La responsabilidad del embarazo es cargada por Kelly, quien a su vez conecta su historia con la repetición de la historia de su madre. El relato de silencios de Kelly se verá además en la cantidad de controles prenatales a los que acudió, en la manera como reelabora la maternidad en la belleza de su hija y en su afecto y admiración hacia ella como el motor de una nueva vida.

## KELLY

*Me emociona mucho su sonrisa, me alegra que sea tan hermosa.*

*Soy muy alegre por ella, no me arrepiento.*

*Los ojos son míos, el pelo del papá, la boca del papá, las cejas del abuelo.*

(Kelly hablando sobre su hija)

Kelly, ¿cuántos años tienes y con quién vives?

Tengo 12 años, soy hija única. Vivo con mi mamá, que tiene 30 años, mi abuela, mis tíos, mis tías y mis primos. Mis tías tienen 20, 31, 29, 25. Mis primos, una tiene 8, mi primo tiene 3 y el otro tiene 2 meses. El de 3 es hijo de Alicia, ella tiene 20 años. Mi prima Mariana tiene 8 y es hija de mi tía que tiene 31, mi primito de 2 meses es hijo de mi tía de 29 años. Yo ayudé a criar a mis sobrinitos, yo los cargaba, le ayudaba a la mamá.

¿A los cuántos años te desarrollaste?

A los 10. Pues yo estaba en piscina y tenía mi vestido de baño y yo siento que algo se me sale. Vi sangre y le dije a mi tía que qué era eso y me dijo que me había desarrollado. Ahí en la piscina ella me compró una toalla y nos fuimos para la casa, y le dije a mi mamá y me compraron más toallas y me explicaron cómo era.

¿Y te explicaron que podías quedar en embarazo después de eso?

No. Hubo un tiempo en que mi mamá sí me dijo que podía quedar embarazada, pero solamente eso. Que si tenía relaciones podía quedar embarazada.

¿Quién es la persona más cercana a ti en tu casa, la que te acompaña siempre?

Mi tía Aída. Con las otras tías no hablo casi.

¿Qué haces en un día normal, desde que te levantas hasta que te acuestas?

Yo me levanto, le hago la comida a la bebé para que cuando se despierte ya tenga su comida, la baño y después se la doy a mi mamá o a alguien y yo como. Las tardes la paso con ella cargada o a veces la tiro al suelo, y en las noches me visitan amigas y hablamos sobre cosas normales. Hablamos de sus amigos, dónde van a estudiar. Amigas, amigas, son tres y se fueron todas para Bogotá. Las otras son del barrio y a veces me visitan. No me dicen nada (sobre el embarazo).

¿Y tienes amigas que tengan bebés también?

Sí, frente a mi casa hay una que tiene una bebé de 8 meses y ella tiene 15 años. Ella viene a mi casa y las cuidamos juntas. Y he aprendido cosas con ella: un día salimos y la bebé no tenía pañitos y se había hecho popó, entonces ella me dijo que, como se podía pelar, que cogiera el paño y se lo quitara y con el mismo paño la limpiara y que cuando llegáramos a la casa ya la bañara. He aprendido muchas cosas. Ese es el primer hijo de ella, pero ella tiene su abuela y sus tías que le enseñan.

¿Y tú dónde aprendiste a cuidar a tu bebé?

Yo solita. Mi tía me dice algunas cosas, pero yo soy siempre la que hago todo.

¿Cuándo comenzaste a tener novios? cuéntame la historia de tus novios.

A los 10 años tuve unos cinco. Pues uno era un año mayor que yo, éramos novios pero mi mamá no sabía, a veces me besaba con él en el balcón, pero después nos dejamos. Había otro con el que me iba para su casa y mi mamá no sabía nada. Mi mamá pensaba que yo iba para donde una amiga, no le contaba a mi mamá porque después no me dejaba, porque estaba muy pequeña. Ella no quería que me pasara lo que le pasó a ella.

¿A cuánto tiempo de tener novios fue que quedaste en embarazo?

A los 11. El papá de la bebé es primo de una amiga mía. Ella me lo presentó y después él me dijo que yo le gustaba y a mí también me gustó él, tiene 19, y como a los cuatro meses [de salir con él] quedé en embarazo, usé condón pero no sé por qué sucedió esto. Era la primera vez y quedé embarazada.

¿Cómo te enteraste de que estabas embarazada?

Porque yo tenía dudas, tenía una barriguita y me hice la prueba de embarazo y me salió positiva. Después yo le dije a él y me dijo que como así, si él se protegió, pero yo no le paré bolas, un día mi abuela me vio y me revisó y dijo que yo estaba embarazada. Y me regañó, mi mamá y todos me regañaron. Mi abuela primero me llevó y me revisaron y me dijeron que no estaba embarazada. Después tenía como cuatro meses y me llevaron y me hicieron una ecografía y sí estaba embarazada.

¿Qué te dijeron tus papás cuando quedaste en embarazo?

Todos me regañaron. Me preguntaron que por qué, si ellos tenían mucha confianza conmigo.

¿Y tú cómo te sentiste cuando supiste?

Muy mal porque ellos nunca me habían regañado. Fue muy difícil.

¿Pensaste en interrumpir el embarazo?

Yo pensaba mucho, pero no sabía qué hacer. Lo que me decían ellos tenía que hacerlo. Ya me lo iban a sacar, pero me hicieron la ecografía y ya estaba muy desarrollado. Cuando estaba embarazada sí la quería tener

¿En el barrio la gente te decía algo?

No, nunca me dijeron nada.

¿Y qué sentiste cuando viste al bebé?

Pues yo me sentí alegre, pero no sabía qué hacer. Todos querían que yo abortara, y yo decía que yo sabía cuidar, yo cuidaba a mi primito. Ellos me decían que no, que yo debía estudiar. Después me llevaron a hacerme la ecografía y el doctor dijo que el bebé ya tenía corazón y que no se podía. Entonces lo aceptaron, pero todavía tienen rabia con el papá de la bebé.

¿Y tú lo quieres?

Sí. Todavía lo quiero. Él tiene su novia. Pues ya él quiso conseguirse otra. No creo que volvamos a estar juntos, yo creo que él ya no me quiere. Él me colabora.

¿Cómo te sientes frente a todas esas cosas?

No tengo palabras, me preocupa mucho.

¿Y tú tienes algún novio ahora?

No, mi mamá no me deja. Me gusta uno, pero prefiero estar sola. Puedo tenerlo después, sí, pero ya cuando la bebé esté más grande. El que me gusta vive frente de mi casa. Tiene 16 años, estudia, pero se fue también para Bogotá.

¿Ha cambiado tu vida desde que tienes a la bebé?

Sí, antes salía bastante, ahora tengo que estar pendiente de la bebé porque tengo que darle seno. Iba al colegio, a las fiestas, ahora no. Extraño a mis amigas. Antes yo iba todos los días a donde mis amigas, ahora ya ni me visitan.

¿Tuviste controles durante el embarazo?

No. Nunca. Porque no me llevaban, solo fui cuando me hicieron la ecografía. Después ya parí.

¿Y en el colegio?

No, nunca nos dieron eso. No. Solo un día que fueron a hablar del sida, pero yo no fui. Yo faltaba mucho a clase.

¿Tú estabas en el colegio cuando quedaste embarazada?

Sí, estaba en sexto y lo perdí, y el año que perdí por el embarazo de la bebé. Pero ahora no, ahora no estoy en ese colegio. No me aceptan porque perdí el año y no aceptan a quienes pierden el año. No he pensado en regresar, no me gusta allá porque es de monjas. En otro sí, ahora me van a poner a la vuelta de mi casa.

¿Tú podrías estudiar y cuidar a la niña al mismo tiempo?

Pues yo voy a estudiar en la mañana. Me voy como a las seis, vengo a las doce. Ella se levanta tarde, se levanta como a las diez, once. Después se la doy a mi tía, ella le da la comida y cuando yo llegue, yo la cuido. Si voy a hacer tareas, se la doy otra vez a mi tía.

¿Pero te gusta estudiar?

Sí, si me gusta, pero yo era muy desordenada con mis amigas y por eso perdí el año. A veces me iba para donde mis amigas, hablábamos, salíamos a jugar y a veces me quedaba en mi casa durmiendo.

¿Cómo fue el día del parto de la niña?

En la mañana tenía un poquito de dolor. Era domingo e íbamos a comprarle todo lo que le faltaba a la bebé. Le compramos todo y caminamos bastante. En la noche estaba durmiendo y sentí que se me salió algo y dije: “mami, me oriné”, cuando veo como una babita con un poquito de sangre. Entonces nos fuimos para maternidad. Llegamos acá con bolso y el médico dijo que sí, que dilaté hasta nueve. El doctor dijo que pasara a parto, después le dije mi edad y dijo que no, que iba para cirugía porque estaba muy pequeña y sentía mucho dolor. Entonces me hicieron la cesárea. Yo sentía mucho dolor, yo quería todo rápido. Cuando estaba en cirugía, las enfermeras me criticaron. Que estaba muy pequeña y hablaban muchas cosas, pero a mí me daba igual todo.

¿El papá de la niña te acompañó en el parto?

El papá no vino el día del parto, él no sabía, estaba trabajando. Trabaja en el aeropuerto, pero ahora está en Bogotá. Él no estuvo en el embarazo porque mi abuela le tenía rabia, entonces no podía ir a la casa. Él conoce a la bebé y la reconoció. Sí, claro, su abuela por parte de papá también. Se la querían hasta llevar para Bogotá, pero yo dije que no, de pronto cuando esté más grande.

¿Cómo fue lo de la cesárea?

Me inyectaron aquí atrás y se me quitó el dolor y todo enseguida. Se me durmieron las piernas y solo sentí una cosquillita cuando me rajaron y sacaron a la bebé, me la mostraron rapidito y se la llevaron. Después me cosieron y me dormí.

¿Cuál fue el momento más duro en el parto?

Después que se me quitó el dolor. Cuando vi a la bebé me emocioné bastante. Salí con medicamentos para el dolor y todo eso. Mi vida cambió mucho. Ya no salía, no me podía mover. Me ayudan bastante con la bebé, pero desde ese día no he salido más. A veces con la bebé, al médico.

Después de que tuviste la bebé ¿cómo te sentías con tu cuerpo?

Está como igual, antes era más gorda y ahora estoy más flaca. Cuando voy a la playa tengo que ponerme un short por las estrías, antes usaba vestido de baño.

¿Y eso te molesta?

No, no mucho.

¿Cuál ha sido el momento más feliz después de tener a la bebé?

Me emociona mucho su sonrisa, me alegra que sea tan hermosa. Soy muy alegre por ella, no me arrepiento. Los ojos son míos, el pelo del papá, la boca del papá, las cejas del abuelo.

¿Hay alguien que te ayuda a cuidar a tu hijita?

Mis tías me ayudan a veces a cargarla cuando voy a comer o algo, pero yo siempre estoy sola porque mi mamá no pasa en la casa y mi abuela, como tiene un restaurante, pasa ocupada y mis tías trabajan.

Debido a la diálisis de tu mamá, ¿quién la cuidaba?

Ella no pasaba en la casa, ella se iba para donde el esposo y allá la cuidaban.

Antes de quedar en embarazo, ¿qué pensabas para tu futuro, qué querías hacer?

Pensaba estudiar y que cuando terminara iba a hacer una arquitecta, me gustaría todavía. Yo sé dibujar bastante. Ahora pienso seguir estudiando y salir adelante con mi hija. Ser una profesional cuando siga con mis estudios. También me gustaría estudiar criminalística, me gustan esas dos profesiones.

¿Qué piensas de que una niña menor de 15 años se embarace?

En difícil pensar en tu familia triste llorando por ese caso.

¿Qué es lo más fácil de llevar?

Mi hija.

¿Pensas en qué hubiera pasado si no hubieras quedado embarazada?

Sí, pienso mucho en eso. Pienso cuando salía con mis amigas, ahora no puedo, a veces van a la playa y no puedo tampoco.

¿Estás ahora tomando pastillas o alguna cosa?

No, porque todavía no he tenido relaciones con nadie.

¿Cómo te imaginas el futuro con tu hija?

Ella ya grande, viviendo bien, ella estudiando.

¿Con quién te gustaría vivir en ese futuro?

Con ella y con mi mamá. Con nadie más. De pronto con alguien, pero no me gusta vivir con hombres.

¿Estás un poco desilusionada de los hombres?

Sí, un poquito porque todos son iguales. Son engañadores, son malos.

¿Será que no hay uno que no sea así?

No lo conozco todavía.

#### 4. Historia de Ana María

Bogotá son múltiples ciudades. La ciudad de Ana María es como ella la describe, de un ambiente fuerte, agresivo, es la ciudad de los cerros del suroriente, pertenecientes al desarrollo de Ciudad Bolívar: migrantes, desplazados forzados, personas que durante más de treinta años han trabajado por el derecho a la vivienda y que ahora pueden reconocerse como bogotanos y bogotanas. En el relato de Ana María veremos esa tensión, la carrera por obtener las promesas que la sociedad capitalina ofrece a los adolescentes y a sus familias: “estudiarás para mejorar tu calidad de vida, ingresarás a la universidad, tendrás un buen trabajo y después comprarás tu casa, tendrás tu familia y serás feliz”, contra la realidad de los cerros: la sobrevivencia diaria y el proyecto de progreso truncado por variables estructurales como la pobreza, la violencia, el desempleo y la inequidad.

Ana María representa la promesa rota, pero la carga de esa ruptura es asumida por ella. Sin embargo, aquí vemos un nuevo matiz con respecto a los demás relatos: pese a las situaciones inequitativas en las cuales Ana está inmersa, veremos una actitud de continuar con la promesa, regresar al colegio, purgar de alguna manera el evento del embarazo y tratar de asumir esa agencia, no para sí misma, sino para la satisfacción de sus padres. Ana María, tal como ella misma se autorepresenta, es “la niña de la casa” y debe responder a ese estatus perdido.

Embarazo y parto despliegan emociones confusas. Ana tiembla, siente nervios, no comprende cómo el vientre se expande y, en sus palabras, se siente rara. Su relato establece la diferencia entre el impacto que ella está sufriendo en su cuerpo y tras la percepción de haber fallado, frente a la experiencia de su compañero quien, a pesar de desear ser padre, lo toma de manera distante. Al revisar el relato veremos que actualmente el compañero desaparece y reaparece, ella vive sola con sus padres y hermanos y relata la sensación de soledad como una de las emociones fundadoras en el relato, soledad que se expresa en sus silencios y también en las resignaciones, en lugar de la afirmación “yo lo deseaba”. El tiempo de Ana María se ancló en el tiempo de la ciudad revanchista para las mujeres, es un tiempo vertiginoso, de múltiples tareas. Cumplir la promesa incluye ser buena madre y niña de la casa, las horas, por lo tanto, corren, no alcanzan para la jornada que va desde el estudio hasta el cuidado de la hija y del hogar. La recompensa será la alegría de la hija y todo lo que la maternidad significa en el barrio: “Lo reconocían a uno más ¡Que tan bonito tu bebé! Me acariciaban la barriga deseando felicidad”.



## ANA MARÍA

*Aunque fue muy duro porque yo fui la niña de la casa y sí,  
o sea, tengo dos hermanos, pero soy la niña de la casa.*

(Ana María hablando de sí misma)

Yo me llamo Ana María, tengo 16 años y vivo con mis papás, un hermano y mi bebé.

¿Tienes pareja?

Sí, por el momento sí, es el papá de la niña, tiene 20 años.

¿De quién recibes apoyo?

De mi papá y de él económicamente.

¿Qué tal es tu colegio?

Es bueno, el ambiente a veces es fuerte, pero a veces con mi familia y conmigo no hemos tenido inconveniente.

Quiero que me cuentes acerca de tu embarazo.

Fue algo soñado, no tenía esta mentalidad, en ese momento era más niña, ahora pues a uno le enseña la vida una experiencia más grande, tener una responsabilidad, y pues sí me ha cambiado mucho con el papá de la niña, en un principio tenía 13 años de cuando empezamos la relación como novios.

¿Y cuántos años tenía él?

Él tenía 17, después de un tiempo nos conocimos, estuvimos como novios, tuvimos varias intimidades, después de un tiempo nos entendimos, siempre nos cuidamos, hasta que él a veces ha tenido unos problemas de que toma mucho, entre los dos los controlábamos, hablábamos mucho, en momentos habían peleas, como en toda pareja, habían inconvenientes y tal vez problemas con mi familia, en principio no lo aceptaron, mi mamá, pues como ella lo dice, lo expresa, se sintió acosada por la relación por mí de que no me cuidara o que algo pasara y decidió aceptar la relación, lo aceptaron a él en la casa, fue algo mejor, estuvimos más como acompañados e integrándonos con la familia, después de eso ya tenía 14 años, como a mitad del

año pasado, pues estábamos un día común y corriente, un fin de semana estuvimos juntos y pues fue él quien me propuso, o sea, fue algo de los dos que lo decidimos los dos.

¿Qué decidieron?

Decidimos, él me propuso tener un bebé, que tenía un bebé, de verdad lo pensé antes muy bien, aunque no tenía mentalidad más mayor, más bien de adolescentes, tenía, pues... tenía miedo sobre mis papás, sobre el colegio, y pues lo decidimos, aceptamos estar juntos. Después me enteré, mi mamá empezó a sospechar, como se dice.

¿Tú le contaste a él?

La sabía, y la mamá de él sabía que yo estaba embarazada, no sabían mis papás y yo tenía mucho miedo de cómo iban a tomar, pues, esa decisión, ya tenía un mes de embarazo cuando me di cuenta acá mismo, me saqué una prueba de sangre, vine con mi mamá, me acompañó, ella también estaba muy nerviosa y miedosa, luego de media hora de esperar salió el resultado, salió positivo.

¿Y quién tomó la decisión de venir a hacerse la prueba?

Mi mamá me habló, pues me preguntó, pues la mayoría de mamás siempre está pendiente de la fecha de uno como mujer y me dijo y me preguntó, que la mayoría de tiempo no, bueno, y luego me dijo que fuéramos a una prueba de embarazo, que no soportaba más, que no esperaba más, y me acompañó, decidió acompañarme y vimos lo que estaba pasando, llevaba un mes de embarazo, fue muy duro para ella. Saliendo del hospital llegamos a la casa, estaba mi papá y una tía nos acompañó, para mí fue difícil decirle a mi papá porque él no es muy machista, pero es duro de sentimiento, de palabras, pues no pude hablar con él, habló mi tía y mi papá, no pude dar la cara por miedo de que me pegara o que me hiciera algo.

¿Tu novio qué hacía en esa época?

Él ha trabajado siempre, o sea, desde los 17, 16 estaba estudiando, estaba en décimo, 17 se salió, empezó a validar luego y no acabó, le faltó décimo y once. Está trabajando en carrocerías en la 30.

Me estabas contando de ese momento con tu papá, que fue difícil...

Sí, fue algo pues de muchos nervios, miedo de cómo lo va a tomar, y hablaron mi tía y mi mamá con él, la verdad le dio muy duro, lloró, se veía lo defraudado que estaba de mí, yo, era verdad,

me sentía muy mal, estaba en mi cuarto, no pude salir, no pude darle la cara, después de eso pues nos dejamos de hablar un tiempo, hubo distancia, cambiaron mucho las cosas en la casa, hablo con mi pareja. Sí, él dio la cara, pues él habló con él, dijo que sí le iba a responder, que había sido algo de los dos y que estaba dispuesto a responder.

Cuando tu novio te pregunta sobre la posibilidad de tener un hijo, ¿qué fue lo primero que pensaste?

Lo primero que pensé fue en mi estudio y cómo lo iban a tomar mis papás, aunque fue muy duro porque yo fui la niña de la casa y sí, o sea, tengo dos hermanos pero soy la niña de la casa, defraudé muy feo, pero le dio muy duro.

¿Tú iniciaste a qué edad a tener relaciones sexuales?

Desde los 13 años.

¿Fue con tu novio actual, con el papá de tu hijo?

Sí. Pues desde un principio nos cuidamos mucho, con preservativo.

¿Él ya había tenido parejas anteriormente?

Pues la verdad habíamos hablado, también le había preguntado y me dijo que sí, pero como novias, o sea, suponiendo eso es lo que responden ellos, no sé, la verdad.

¿Y tú con quien hablas de sexualidad, con tu familia, tu mamá, tus amigos, con quién tocas esos temas?

De vez en cuando, con mis amigos, no digo tanta intimidad porque es de pareja, es personal, pero con mis amigas y mamá no mucho, la verdad. Es algo difícil porque no digo que yo tengo mucha experiencia, que haya vivido tantas cosas, me preguntan lo de siempre, que cómo se siente que cómo fue la primera vez, cosas así.

¿Y en tu colegio hay más chicas que quedaron embarazadas a tu edad?

Sí, hace poco quedó una amiga, una compañera de 15 años.

Tú quedaste embarazada a los 14. ¿En tu colegio ya había casos de niñas que quedaran embarazadas?

Sí, claro, mucho menores que yo, una niña, creo que es de curso siete si al caso y también tenía como trece, doce años, el año pasado, este año, o sea, una compañera también tuvo, también este año fue difícil, ella también estaba estudiando y se retiró.

¿Y en el colegio reciben alguna clase que tenga que ver con educación sexual, sexualidad?

No, la verdad no, hace poco fue como una actividad donde nos mostraban de una protección, creo. O sea, nos explicaron sobre la ayuda, los métodos de planificación también, sobre más que todo el preservativo y aconsejaban dando una charla ahí.

Ahora hablemos del embarazo. ¿Cómo te sentiste?

Para mí fue difícil en un principio, pues también algo difícil fueron los síntomas, pues es algo normal, pero no había pasado antes por esos síntomas mucho más... Sobre los controles fue algo, pues no me dio tan duro, fue algo sencillo y pues me sentía bien como para saber cómo estaba mi bebé. Lo que más recuerdo, las ecografías, la emoción al ver a mi bebé y saber cómo estaba, si estaba completo, si estaba bien de salud, me interesaba mucho eso, me acompañaba mi mamá o la mamá de mi pareja. Me puse nerviosa, miedosa, pues nunca había tenido esa experiencia, era algo diferente como, o sea, teniendo siempre diferente. Uno se va acostumbrando, cada día que pasa uno ve la barriga creciendo más y la piel no se sabe de dónde estira, pero lo importante es que el bebé está bien, como la información a uno del bebé, cómo está.

¿Qué te dijeron en ese control?

Que cómo me sentía, que si estaba lista y preparada para un embarazo tan jovencita. Y luego, bueno, vinieron bueno más controles, algo de bueno, o sea, en el sentido de mantener más meses, o sea, saber cómo iba creciendo mi bebé, cómo me sentía, la alimentación cómo iba. La primera ecografía fue algo bonito, la verdad no entendía muy bien la pantalla, cómo salía mi bebé, pero me sentí bien, en la segunda sí la pude ver mejor y no me aguanté, lloré de la emoción.

¿Qué recomendaciones te dieron dentro de los controles?

Fue algo, o sea, algo de medicamentos que me formularon para tomar y como un calcio, algo de vitamina para que fortaleciera a mi bebé, buena alimentación, lácteos, cosas así, que me cuidara mucho, no hacer fuerzas. No lo alcancé a hacer el curso, pero sí me dijeron algo de eso.

¿Y tú cómo te sentías con la gente?

Fue algo nuevo para mí porque pues era diferente la gente conmigo, aunque a veces he sido muy callada, pero no alejada de las personas, entonces lo reconocían a uno más, que tan bonito tu bebé, me acariciaban la barriga deseando felicidad.

¿En algún momento del embarazo alguien te lo reprochó o hizo comentarios negativos?

Como reproche, mis papás, pues les dio duro porque yo era su niña consentida y luego, en el momento que había reproche, me quedaba callada y me retiraba.

¿Y en el colegio?

No, nunca, no, me aconsejaban, que cómo me alimentaba, cómo estaba el bebé.

¿Tú cómo te sentías contigo misma?

Fue algo duro para mí, pues es una experiencia nueva, no estaba preparada para esto, pero fue algo que quise compartir con mi pareja, fue una decisión de los dos, una experiencia nueva, una responsabilidad grandísima. Sentía algo de tristeza porque era una decisión muy dura para mis papás, pues nunca llegaron a pensar eso y fue muy duro para mí, para mi pareja era más común, porque los hombres son más alejados de eso, más sentimentales, me dio duro, era otra realidad, a veces me sentía triste... a veces feliz... a veces sola... Tener el cuidado de comer cualquier cosa, que alimentarme y saber que no comía por mí misma, sino por dos.

Cuéntame del parto, ¿cómo fue esa experiencia?

Fue un día de colegio, era el 9 de agosto, ya cumplía nueve meses ese día y me tocaba un control médico. Le pedí a mi mamá que me acompañara, llegué al hospital, al control normal porque era menor de edad y yo pensé que todavía no era tiempo, porque los médicos me decían que eran los nueve meses y una semana pasada, ese día me dijeron que no podía esperar más, que estaba exactamente a tiempo de tener la niña y que no me podía ir y que me quedara de una vez. Fue muy nervioso, me hicieron unos exámenes y me pasaron a una sala, luego me pusieron en una sección de embarazo y no fue mucho dolor lo que sentí, luego llegaron los resultados de los exámenes y dijeron que había muy poquito líquido amniótico y que las trompas de Falopio no lo

dejaban salir, me dijeron que tenía que ser por cesárea. Estaba muy nerviosa, gracias a Dios estaba en compañía de mi mamá, igual tenía un apoyo muy grande y me sentía más tranquila porque estaba conmigo.

Te dijeron “va para cesárea”. ¿Qué pasó después?

Estaba temblando, súper nerviosa, esa misma noche estuve sintiendo dolores durante una hora, hora y media, y no me dieron la posibilidad de tener mi bebé por parto normal sino por cesárea, me ingresaron a otro cuarto y empezaron con anestesia. Fue algo... no sentí, tenía anestesia, sentía cuando estaban abriendo mi estómago, cuando sacaron a mi bebé no sentí el llorar de mi bebé, pero una enfermera pasó a mi lado y me mostró a mi bebé y yo estaba un poco dormida, y abrí los ojos y voltee a mirar a mi bebé y no pensé que fuera... Era, y voltee de nuevo la mirada, y voltee y reaccioné que ¡era mi bebé! Me la estaban mostrando y se la estaban llevando, me sentí triste por no mirarla bien, pero estaba bien.

¿Cuántos días duraste hospitalizada?

Dure tres días, después de ahí me sacaron a otro cuarto con compañeras de habitación y luego a la hora me dieron algo de alimento y trajeron a mi bebé ya vestidita, me sentía feliz, la verdad, pero muchos nervios porque no sabía cómo cogerla, no tenía experiencia, tenía mucho miedo que se callera, que se lastimara, me explicaron y luego empecé a lactar, después de eso se la llevaron otra vez y me sentí triste un momento, acababa de nacer, quería tener conmigo por un momento y me la pasaron todo el tiempo, dure tres días hospitalizada y luego salí. Estuve en dieta quince, veinte días del colegio, durante el embarazo estuve estudiando hasta los nueve meses.

¿Fue motivación tuya lo del estudio?

Sí, pues el sentir que había defraudado a mis papás, no podía hacerlos sufrir más, era algo con lo que les quiero responder, es lo importante que me han dado ellos y se han esforzado.

¿En el periodo de parto te dieron alguna instrucción sobre lactancia materna y cuidados de la bebé?

Sí, después de esos tres días me explicaron de cómo tener al bebé, cómo lactar, cómo, de pronto en el sentido que estaba estudiando, poder dejarle la leche, dejársela a mi mamá, tuve ese apoyo de mi mamá que me la cuidaba, también fue una ayuda del colegio porque me dejaban salir al

descanso a lactar, era como un permiso para ver a mi mamá, me decían que era importante cuidar a mi bebé, tenerlo bien.

¿Te pasaron a planificación familiar?

Después de tres meses que estaba en dieta, como duré un mes, como al segundo mes me explicaron algo sobre planificación, estuve en unos talleres, me explicaron cada método cómo funciona y decidí escoger la inyección trimestral que es de lactancia, la utilicé por nueve meses y luego me decidí, y hace poco, como en julio, decidí usar otro método de planificación y tengo ahorita el implante, que es una varilla en el brazo, pues prefiero cuidarme y esperar más tiempo a quedar en embarazo.

Ahora quiero que me cuentes ¿qué ha pasado después del parto?

La verdad es algo nuevo, como le había dicho es una responsabilidad grandísima, es algo de tener mucha responsabilidad, no cuidarme a mí misma, sino la salud de mi bebé, me siento bien, pero a veces muy acosada porque antes hacía mucho más relajada en mis cosas.

¿Y qué hacías?

Mi oficio, alguna salida, pues no salía mucho, pero eso de vez en cuando, no hacía falta, y pues una responsabilidad grande, mi relación con mis papás ha cambiado, me apoyan después de un tiempo, la decisión fue muy dura pero ya han sabido aceptarlo, la relación es mejor, quieren mucho a la niña, mi mamá la adora, la cuida mucho, una experiencia grande, pues porque de un momento a otro, no había pensado en eso, es algo nuevo.

¿Habías imaginado como iba a ser después de tener tu bebé?

No, es algo duro, las madrugadas al colegio, las traspasadas con ella, ahora no me queda tiempo de hacer mis cosas, de cuidarla a ella a veces me siento muy acosada, con rabia, con ganas de llorar.

¿Y tu pareja? ¿Cómo han cambiado las cosas después de esto?

En un principio fue algo difícil, tuvimos problemas peleábamos mucho, a los siete meses de embarazo nos distanciamos, él seguía respondiendo y nos distanciamos.

¿Y por qué eran esos conflictos?

De pareja, porque él estuvo con otra persona, inconvenientes, estuvimos separados como seis meses y luego regresó, pues ahora estamos mucho mejor, hemos podido dejar el pasado atrás, hemos hablado y pues, por mi parte, he cambiado muchísimo, mi personalidad antes era muy agresiva hacia él, hemos cambiado mucho, él también es como más metido en el tema de ser papá, quiere mucho a la niña, por las cosa de la niña, lo material.

¿Y ahora cómo es la dinámica con él? ¿Tú te quedas en su casa a veces? ¿Él se queda en tu casa a veces, cómo funciona tu relación?

Después de un tiempo ha mejorado la relación, es mucho mejor, es más confiable, es buena la relación, quiere mucho a la niña, comparte cosas con ella, a veces me quedo los fines de semana que salgo de estudiar y vengo y duermo con él y a veces salimos y tratamos de cambiar de rutina.

Bueno, antes que él te propusiera que fueran papás, que tuvieran un hijo, ¿qué pensabas hacer, tenías en la mira algún objetivo, te habías sentado a ver que querías ser o no?

Pues a veces, en el colegio, igual está aprendiendo muchas cosas nuevas, y los docentes nos preguntaban cuál era la decisión que teníamos más adelante en un futuro, quería estudiar algo sobre medicina, pero sobre investigación, algo así, pero no, igual sigo teniendo la idea, por eso seguí estudiando, y mis papás.

¿Tu habías tenido visiones de tu futuro antes de quedar embarazado, pensado en tu futuro, en tus hijos?

En el momento pensaba que tenía una relación como noviazgo, era muy niña, pensaba muy negativamente y no me sentía preparada para esto y es una vivencia nueva.

¿Y qué ha cambiado de ese momento a este, qué diferencia ves en ti antes de quedar embarazada y ahora?

Ha sido algo no muy bueno, pues antes, como había dicho, estaba más relajada, podía salir en cualquier momento, mi rutina era estar en mi casa, hacer oficio o algo más sencillo, estar acostada, pero después del embarazo es una responsabilidad muy grande que coge uno como mujer, es algo nuevo pero difícil, o sea, me dio duro quedar embarazada tan joven, por lo menos mis compañeras me decían que “si era chévere estar embarazada”, y pues prefiero aconsejarlas, que sigan estudiando mejor o que, por lo menos, que si tienen un novio, como su pareja, y tienen

relaciones, el cuidarse, eso es fundamental, y que sean más preparadas y si quieren los hijos, que quieran, sería más adelante, aunque sea poder cumplir sus sueños.

Ahora quiero que me describas un día normal de tu vida. ¿Cómo es?

A veces tengo la posibilidad de que mi mamá me cuide a la niña, a veces tiene días de trabajo, buscamos una señora confiable que nos cuide a la niña, ahora tiene un año y casi un mes, alguien confiable, y en momento que mi mamá se queda cuidándola, si tiene una salida pequeña y tiene que salir y sale con ella, en la noche alisto todo para el siguiente día, me levanto, a veces dejo bañada a la niña, me arreglo, me alisto, me voy para el colegio, la jornada es de una a tres, salgo del colegio, llego a la casa, me hago responsable de ella porque mi mamá toda la tarde con ella, aprovecho cuando está dormida para hacer oficio, tareas o para de pronto ir a la tienda, cuando se despierta es algo de seguir haciendo quehaceres con más cuidado, más pendiente, a veces pierdo tiempo, no por estar con ella, sino por estar cuidándola, cualquier cosita, que ver a la niña, y luego, por la noche, no me alcanza el tiempo, todo el día es muy rápido el tiempo y muy cortica la tarde, no alcanza el tiempo, la arreglo, le doy su comidita, se está acostando como a las nueve más o menos y luego, después de dormida, sigo arreglando mis cosas para el siguiente día, esas es mi rutina diaria, y ya.



## 6. CONCLUSIONES

### Los significados de la sexualidad en adolescentes

La investigación realizada muestra cómo desde muy temprana edad las personas adolescentes adquieren significaciones sobre sexualidad sustentadas en los discursos hegemónicos que sobre esta tienen sus referentes cercanos. Las mujeres del contexto –madres, tías, hermanas– representan el grupo que socializa a las adolescentes en los significados sobre sexualidad. En el caso de los varones, aunque con menos énfasis, las madres y padres juegan un papel en los discursos que aprenden y hacen realidad en sus relaciones. Las ideas en el campo de la sexualidad se van configurando desde muy temprana edad y van adquiriendo el status de sentido común en los distintos contextos de socialización primaria de niñas y niños.

Estos procesos de socialización de niños y niñas están marcados de manera muy importante por las desigualdades derivadas de la interpretación cultural que se realiza en sus contextos sobre la diferencia sexual (Faur, 2003). Esto quiere decir, el género y sus distintas intersecciones, son elementos que estructuran en gran medida las relaciones sociales y, a su interior, las que van configurando el ejercicio de la sexualidad y las prácticas sexuales. Ejemplo de esto es la construcción del significado del cuidarse – del cuidado como advertencia– Para las mujeres menores de 15 años “el cuidarse” significa resistir a la demanda sexual de los hombres. Sin embargo, el contexto donde crecen no les ofrece significados alternativos, ni reflexiones sobre las interacciones y prácticas, ni estrategias para llevar ese cuidado a la vida cotidiana, por el contrario, “el cuidarse” se presenta como una resistencia temporal mientras “lo natural” sucede, el inevitable encuentro con los masculinos. El no seguir el sentido común de la resistencia expondrá a las adolescentes a sanciones de carácter social y a peligros para su salud y su proyecto futuro. El conocerse y tomar decisiones propias no forma parte de la significación social del cuidado para las mujeres. No existe autonomía, ni acompañamiento, ni libertad de acción. El énfasis se pone en el deber de resistir y actuar de acuerdo a la norma hegemónica.

Para los varones, el cuidado significa protegerse de los riesgos de salud que pudiese conllevar su ejercicio sexual. Riesgos que, además, están asociados a la “naturaleza femenina” (ellas contagian, ellas transmiten), lo que deriva, entonces, en un ejercicio de selección “cuidadosa” de las parejas. Para ellos el imperativo es, al contrario de las mujeres, tener el máximo de relaciones sexuales posibles, sin tener en cuenta a las otras. El ejercicio del derecho a la libertad es

individualista en su construcción y no fija límites en los derechos de las mujeres, persistiendo relaciones de poder dominantes sobre ellas por parte de los hombres (Marina, 2002). Estas observaciones sugieren un ejercicio de vulneración sistemática y “naturalizada” del discurso patriarcal también sobre los varones jóvenes, ya que el límite entre la permisividad-apoyo y la presión-obligación no está claramente definido.

Por otra parte las significaciones que las adolescentes tienen de la sexualidad, están ligadas a los procesos reproductivos. Además, se considera “lo sexual” como negativo o peligroso, ligado a los “riesgos” y consecuencias problemáticas del ejercicio sexual. Este elemento es preponderante en la socialización de las mujeres, donde la sexualidad femenina se liga al peligro y la culpa. En general no existe una visión positiva de la sexualidad ligada a la calidad de vida y al ejercicio de la autonomía y los Derechos (Correa y Petchesky, 2001). El placer es un elemento válido y constitutivo de la sexualidad masculina, pero no aparece como deseable ni válido en la sexualidad femenina.

Las relaciones entre varones y mujeres están signadas por el desencuentro. Para las mujeres, “los hombres” son un grupo de identidad homogénea que las demanda sexualmente y luego las abandona. Este significado solo se rompe en el ideal de compañero responsable que, como ellas, es capaz de asumir la responsabilidad del hijo si se presenta un embarazo no planeado. Otra vez, el sistema de valores sexuales delimita el significado que se da a la sexualidad: La reproducción es el fin. Para los varones, las relaciones se estructuran de acuerdo a la dicotomía mujer buena – mujer mala. Tener relaciones paralelas es parte del significado “normal” de las relaciones afectivas y sexuales de los varones y altamente cuestionable si es la mujer la que las asume. Este elemento muestra la desigualdad y el poco reconocimiento que se hace de las otras y puede implicar riesgos para unos y otras en el ejercicio de la sexualidad y consecuencias negativas para su salud sexual y reproductiva.

Como elementos emergentes se pueden resaltar que niños, niñas y adolescentes muestran un interés importante por la sexualidad. Grupos específicos de adolescentes, han ganado “capacidad médica” en términos de Boltanski para conversar tranquilamente sobre temas de sexualidad. Sobre todo, mujeres que tienen condiciones de posibilidad en su entorno con padres que conversan más tranquilamente de estos temas y contextos menos restrictivos en información y comunicación que les permiten poner en duda los marcos moralistas que crean dicotomías que dividen la vida en bueno y malo, normal y anormal.

También algunos niños, niñas y adolescentes empiezan a abogar por relaciones más equitativas entre los sexos, fundamentalmente lo relacionado con la autonomía sobre el cuerpo y la sexualidad y la toma de decisiones en términos de igualdad. Este elemento, sumado a varones y mujeres que propugnan por relaciones entre pares donde la afectividad y el reconocimiento del otro u otra sean base para la negociación de relaciones sociales y sexuales, abre una posibilidad de trabajo donde se puedan re significar las tendencias hegemónicas y reconstruir sujetos de derechos sexuales y derechos reproductivos.

## **La construcción de la sexualidad: el caso del embarazo adolescente en menores de 15 años**

### **La estructura social y la presentación del embarazo**

En este trabajo se ha podido evidenciar como los factores estructurales influyen de manera importante la construcción de la sexualidad en la adolescencia y se configuran como determinantes claves en la presentación de fenómenos considerados problemáticos de la SSR, como el embarazo adolescente. Los mayores determinantes estructurales son la pobreza ligada a la desigualdad y la violencia.

### **La pobreza y la desigualdad**

Existen elementos estructurales que se reflejan en los relatos de vida y son coincidentes con las cifras de embarazo adolescente en menores de 15 años en el país. Existe una relación importante entre pobreza, desigualdad e inequidad que se expresa en estas niñas que se embarazan antes de los 15 años. Como plantean Stern (2012) y la CEPAL (2011), el embarazo en niñas adolescentes, está ligado a la desigualdad económica y social; trabajar sobre este aspecto es prioritario. Sin embargo, a veces se confunde o se invierte el corolario a seguir, estableciendo que posponer el embarazo adolescente, por sí solo, disminuirá la pobreza, desconociendo que éste es un fenómeno multicausal y que si no actuamos sobre el resto de causas difícilmente se avanzará en la reducción de la pobreza. En un estado social de derecho, es deseable garantizar los derechos de las y los adolescentes para que en esa medida, pospongan la unión, el primer hijo/a y que permanezcan en la escuela, sin asumir responsabilidades que les impidan posibilidades de desarrollo. La prevención del embarazo en niñas adolescentes debe contener acciones que combatan la desigualdad de manera integral. Como lo muestran los estudios basados en encuestas y censos poblacionales, cuanto menor desigualdad, menor presentación de embarazo

adolescente (Stern, 2012, Rodríguez, 2008, Cepal, 2011). En los niveles individual, social y económico se encuentran elementos que podrían intervenir y ayudarían a reducir la incidencia del embarazo adolescente y sus impactos en la vida de las mujeres, sus hijos y la sociedad. Sin embargo, estas acciones requieren ir acompañadas de cambios en el nivel estructural que modifiquen, de manera real, las condiciones sociales, políticas y económicas en que viven las adolescentes (Stern, 1997, 2012).

Cabe considerar aquí que el embarazo adolescente se da en contextos de desigualdades de raza, clase y género (Stern, 2012). Así, la responsabilidad de la prevención del embarazo adolescente no puede ser delegada únicamente ni en su mayoría a las y los jóvenes y sus familias, ni tampoco es de competencia exclusiva del sector salud. Se requieren abordajes intersectoriales, que trasciendan en las políticas públicas y que propendan por garantizar los derechos a las y los adolescentes. Esto les permite a los jóvenes ejercer sus derechos, y al Estado, garantizárselos.

### **La violencia estructural**

Otro de los elementos estructurales que tiene relación con el fenómeno del embarazo adolescente, y que se observa en la presente investigación, es el complejo de las violencias que atraviesan los contextos y las vidas de las niñas adolescentes. Los relatos dan cuenta de la violencia estructural social y política que está presente en forma de desplazamiento forzado, violencia sexual y violencia de género. La violencia estructural de orden sociocultural, representada en las desigualdades de poder basadas en edad y género, es la constante. Al revisar la base de datos de embarazos del quinquenio 2005–2009 se observa cómo solo en un 1% ,v las parejas de las madres adolescentes menores de 15 años del país eran pares entre 11 y 14 años. En un 48,5% se trataba de hombres de 15 a 20 años, y un 36,2%, entre 21 y 30 años. El 6,32% eran hombres mayores de 40 años y se presentaron 10 casos de varones mayores de 70 años(Pacheco, Mejía, Martínez & Moreno, 2014). La violencia se expresa en vulneraciones que van desde el abuso sexual, la coerción, la presión económica, las asimetrías de conocimiento y experiencia. El embarazo de menores de 15 años con padres mayores nos habla de unas masculinidades patriarcales hegemónicas, de las cuales este fenómeno es apenas una expresión más.

### **Los servicios de salud**

En el nivel próximo se encuentran las características individuales de la gestante y su relación con el entorno más cercano. Es evidente que algunas adolescentes están iniciando su vida sexual de

manera temprana, con un pobre acompañamiento desde la familia, el sector educativo y los servicios de salud. El uso de métodos de planificación familiar antes del embarazo, en esta investigación, fue casi nulo, lo que podría estar relacionado con barreras en el acceso a las consultas de planificación relacionadas, según varios autores, con la exigencia de que los jóvenes sean acompañados por un adulto o adulta, la organización del sistema, problemas en los sistemas de referencia y contrareferencia y el aseguramiento (Montoya, y otros, 2011). Sumado a ello, una vez las adolescentes tienen sus hijos tampoco se les garantiza el acceso efectivo a asesoría y un método de planificación. Esto configura otra de las problemáticas que viene creciendo entre las adolescentes que se embarazan y es el embarazo subsecuente de un segundo y a veces tercer hijo o hija.

Es necesario empezar a dilucidar la confusión que se presenta en lo que se refiere a “la capacidad de toma de decisiones en el ámbito legal y de salud” (Minsalud Chile, 2011: 13) o, por lo menos, iniciar su discusión en los ámbitos de los servicios de salud. Aunque, desde la perspectiva legal en Colombia, el parámetro para otorgar la capacidad de toma de decisiones en lo relativo a relaciones sexuales es la edad (mayores de 14 años); en salud, la capacidad de toma de decisiones tiene una mayor complejidad y está acorde con el comportamiento de una distribución normal de las poblaciones; esto quiere decir que la capacidad para tomar decisiones depende de varios factores que no están determinados por un punto cronológico.

En este marco se plantea, como tesis para discusión, que vista la concentración de embarazos en los 13 y 14 años, la garantía de derechos de estas niñas debe circular por una valoración profunda de las vulnerabilidades y riesgos para abuso sexual, pero también por una valoración, desde el sector salud, de su nivel de desarrollo y su capacidad para la toma de decisiones que permita el ejercicio de sus derechos a la salud sexual y reproductiva. Es un hecho que la situación recurrente de la adolescente menor de 14 años que consulta para anticoncepción, porque teme quedar embarazada, y la misma menor en la fila del control prenatal, dos o tres meses después, no se puede seguir presentando como consecuencia de la ambigüedad moral de los prestadores de servicios y por el imperativo legal que se aduce para no asesorar y proveer en anticoncepción y SSR.

Es necesario que la norma sobre abuso sexual para toda menor de 14 años no quite la posibilidad del ejercicio de la autonomía a estas adolescentes, sobre todo, para efectuar labores de prevención y promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Estudiar y

aplicar los criterios de Fraser en las asesorías de salud sexual y reproductiva de adolescentes, aun menores de 15 años, puede redundar en la prevención del embarazo e ITS y en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Otro aspecto a tener en cuenta es que se hace necesario reconocer a la adolescente como un sujeto integral: la atención en salud se centra en los aspectos biológicos, que si bien son de vital importancia, también debe incluir a la pareja, la familia y aspectos del nivel social que determinan la forma como avanza el embarazo y sus posibles complicaciones. En conclusión, es importante reconocer a las adolescentes como sujetos de derechos, con posibilidad de intervención en las decisiones que se toman sobre ellos/as. En aquellos casos en que se encontró relato de la interlocución del personal de salud con los pacientes, se evidencia que este diálogo se hace en presencia de los padres. Lo anterior podría comportarse como una barrera para el acceso temprano a los servicios de salud.

### **La familia como espacio de socialización sexual**

Algunos autores plantean que los tipos de familia hacen parte de los determinantes intermedios de la salud, representan la posibilidad de establecer en sus integrantes estilos de vida saludables y, por tanto, juegan un papel importante en el bienestar de sus miembros, pero, a su vez, son la expresión de las características del contexto social (Lauro, 2003). Para el caso del embarazo adolescente se ha dicho que tener familias nucleares funcionales se comporta como un factor protector y, por el contrario, las adolescentes provenientes de familias monoparentales o reconformadas tendrían mayor posibilidad de embarazarse a temprana edad (Pantelides, 2004). Los datos de esta investigación parecieran ser consecuentes con estos postulados, pero también muestran cómo las familias de estas adolescentes viven en contextos de pobreza, que deben ser tenidos en cuenta para futuros análisis, pues probablemente no sea la conformación familiar en sí misma la que determine el embarazo adolescente, si no las posibilidades de dichas familias de mantener, cuidar y garantizar un futuro mejor a sus hijos e hijas.

### **La educación**

El tema de la educación ha sido visto como determinante e impacto del embarazo adolescente; se considera que las adolescentes que han abandonado sus estudios se embarazan más temprano que aquellas que se mantiene escolarizadas; así mismo, el embarazo hace que muchas abandonen sus estudios. Estos dos elementos, que surgieron en la información recogida en esta

investigación, van a hacer que a futuro estas mujeres tengan menores posibilidades laborales y, en los casos en que las haya, sus ingresos sean más bajos (Gogna, 2005; Pantelides, 2004; Rodríguez 2008).

Esta investigación concluye de manera similar a Näslund-Hadley y Binstock (2010), Stern (2012), SITEAL & OEI & UNESCO (2013), frente a la idea habitual, que la mayoría de la deserción escolar no comienza con el embarazo, sino que tiene condiciones previas, asociadas a las primeras uniones formales, la baja calidad de la educación ofrecida y las bajas expectativas de vida y futuro. En cualquier caso, aunque la relación de causa-efecto entre, por una parte, el embarazo-maternidad y, por otra, el desempeño y la interrupción del ciclo escolar, no haya sido establecida incontrovertiblemente, en particular, por la confluencia de otros factores como pobreza y vulnerabilidad, si existe un vínculo importante entre el embarazo y la trayectoria educativa de las/os adolescentes. La deserción puede ser antes o después como lo muestran algunos de los datos de las distintas fases de este trabajo, sin embargo, si existe la certeza que el embarazo en menores afecta la educación de las niñas, ya sea porque desertan o porque la calidad de las opciones educativas es bastante pobre, generalmente dada por ciclos cortos (dos cursos en un año) o en jornadas nocturnas. La posibilidad de competir por espacios de educación superior se reduce.

En lo que respecta a la permanencia en la escuela, en Colombia, tenemos legislación clara sobre la no exclusión educativa de niñas embarazadas, y en general parece haber un cumplimiento del precepto legal. Sin embargo, lo que se encuentra en los relatos y en observaciones de campo es que usualmente el “derecho de la niña a seguir estudiando” se garantiza mediante alternativas “sugeridas” que tienen que ver con trasladarlas a horarios nocturnos, o de bachillerato acelerado como una manera de ayudarles en su nueva situación. De hecho varias de la adolescentes entrevistadas abandonaron la escolarización basadas en recomendaciones del sentido común de familiares, profesores/as e incluso personal de salud que les recomendó que en su “estado” era mejor que no asistieran a la escuela y que mejor les enviaban actividades a casa o les sugerían pasar al horario nocturno. No existen programas que le permitan a la adolescente que ha decidido tener el hijo/a, permanecer en los espacios escolares. No existen guarderías, horarios flexibles ni colegios preparados para acoger a la dupla madre-hijo en condiciones de garantía de derechos.

## **Sexualidad, sentido común y embarazo en menores de 15 años**

### **La menarquia**

La menarquia se ha adelantado en la mayoría de países, incluido Colombia. Sin embargo, en un sentido común social sobre sexualidad de las adolescentes, relacionada con la agencia moral que ejercen los referentes adultos/as, la llegada de la primera menstruación no es utilizada para informar y formar en sexualidad. La mayoría de niñas entrevistadas fueron informadas sobre la menarquia en relación con los elementos de higiene y el sentido común del “cuidado con los hombres”, sin crear capacidades y habilidades para protegerse. A la menarquia se le da significado con relación a la reproducción, de una manera genérica en la advertencia de “a partir de ahora cuidado con los hombres”, pero no se construyen significados y sentidos sobre la sexualidad, los derechos reproductivos y derechos sexuales, el placer, el cuidado del cuerpo y la autonomía en las decisiones. El desarrollo de capacidades para el cuidado del cuerpo, el ejercicio de derechos, la prevención del abuso y la violencia sexual está ausente en los ámbitos familiares y escolares.

### **Inicio de relaciones sexuales**

La edad de iniciación sexual de las adolescentes, en los relatos de vida, está próxima a la menarquia y casi ninguna supera los dos años posteriores que están aceptados como promedio para la maduración biológica. Existe poca diferencia entre el momento en que las adolescentes tiene su primera menstruación y su primera relación sexual. Esto podría explicarse por los contextos de precariedad y pobreza, donde el inicio de las relaciones sexuales es más temprano y se agudiza con el fenómeno de adelantamiento del desarrollo biológico expresado en la edad de la menarquia.

La tendencia observada está en correspondencia con la que muestran estudios sobre la modernidad sexual en países desarrollados: adelanto de las relaciones sexuales que cada vez más antecederán a las uniones, combinado con la convergencia de las edades de iniciación entre hombres y mujeres (Bozon, 2003). Sin embargo, estamos aún lejos de las afirmaciones del sentido común —del público en general, de los medios de comunicación y de algún sector de la academia— que hablan de relaciones sexuales tempranas generalizadas en la adolescencia. Cecilia Gayet y Patricio Solís (2007), en México, han planteado cómo esas ideas, que provienen del manejo incorrecto de indicadores o de una lectura apresurada y no razonada de los resultados

científicos, producen un nuevo sentido común que hace que los debates y las políticas no se enfoquen adecuadamente. Para subsanar estos problemas pueden utilizarse medidas más adecuadas, como la proporción de los sexualmente activos a una edad exacta, o la edad de inicio sexual calculada a partir de tablas de vida” (Gayet & Solís, 2007)).

Las características descritas por Bozon sobre la sexualidad contemporánea, en Colombia corresponden a grupos urbanos y educados de estratos altos en Colombia y en otros países de América Latina, en donde se observa una tendencia en la cual existe una convergencia en el inicio de la actividad sexual entre las jóvenes de mayor y menor educación y “simultáneamente una clara divergencia en la edad al casarse y al tener hijos, que se va profundizando a medida que aumenta el nivel educativo” (CEPAL, 2011). En cambio, las iniciaciones sexuales en el grupo de mujeres que compartieron sus historias en esta investigación corresponden más bien a patrones socioculturales tradicionales marcados por el abuso derivado de las relaciones de poder desiguales, basadas en género, edad, sexo y clase social.

Este patrón sociocultural tradicional coexiste con el modelo de modernidad sexual truncada, propuesto por Rodríguez y Openhayn (2007) en sectores urbanos pobres y vulnerables (podríamos decir populares) donde el acceso a medios de comunicación, la presión social de pares y referentes, la moda y la necesidad de estar al día en sus tendencias, contrasta con una escasa posibilidad de autonomía en la toma de decisiones sobre el cuerpo y la sexualidad y con marcos donde el amor romántico, las carencias afectivas, la presión de pares, la violencia y el abuso sexual, se combinan con la no aceptación de las adolescentes como sujetos sexuales en sus contextos familiares y sociales. La presión de las personas referentes, principalmente madres, padres y maestros/as, tiene que ver con la generación de un sentido común sobre la sexualidad y la maternidad. El ensalzamiento de la maternidad como el proyecto de “las mujeres” y el de la “hombría” ligada al inicio y multiplicidad de relaciones sexuales en los hombres comienza mucho antes de la adolescencia y genera contradicciones con los discursos hegemónicos morales sobre la negación de la sexualidad adolescente.

### **La unión**

Referente a la unión, en los relatos aparecen múltiples posibilidades: la niña engañada por la pareja que tenía otra familia y una edad mucho mayor de la que le contó, y que ahora ha decidido ser madre sola, o la de los novios que se separan y luego del embarazo y el parto vuelven a ser pareja, pero sin convivir, y ella continúa viviendo con sus padres. También se observa una

tendencia a la unión que precede al embarazo, sugerida o presionada por los varones, para que la chica vaya a vivir a casa de los suegros, pero que conocida la noticia del embarazo, las niñas retornan a su casa paterna (o más bien materna) y, con ellas, sus parejas masculinas. Finalmente, el embarazo como desencadenante de la unión, y que concluye con la pareja en la casa de alguno de su progenitores —los de ella o los de él—.

En estos relatos se evidencian las pocas posibilidades de negociación de la unión y de las relaciones sexuales, producidas por elementos estructurales como las desigualdades de género y edad, donde los varones proponen y presionan la unión y/o las relaciones sexuales y las niñas, en contextos de vulnerabilidad, aceptan, sin que tengan la información, las capacidades y habilidades para negarse. En otros casos, las presiones familiares y la violencia al interior conducen a la unión como forma de escape.

### **El uso de métodos anticonceptivos**

El uso de métodos anticonceptivos modernos antes del embarazo, fue casi nulo, ya sea porque las adultas y adultos referentes —madres—padres—suegras— no permitían el uso o por la existencia de barreras en el acceso a las consultas de anticoncepción y/o asesoría en salud sexual y reproductiva, o en la oportunidad de provisión de los métodos, que como muestran algunos autores, se cruza con la exigencia de que las personas jóvenes sean acompañadas por un adulto, por la desorganización del sistema o por problemas en los sistemas de referencia y contra-referencia (Montoya y otros, 2011).

El imaginario dominante de la responsabilidad femenina del control de la fecundidad hace que los varones no asuman el uso del condón como una posibilidad de prevención del embarazo. Las niñas no tienen la capacidad para exigir el uso de preservativo por parte de su pareja, ya que generalmente se encuentran inmersas en relaciones desiguales por edad, género y conocimiento. Como se ha documentado en varios estudios, la falta de conocimiento también es otra de las facetas que se evidencian en los relatos de las adolescentes, que han iniciado relaciones sexuales. De igual manera, los mitos sobre las consecuencias de utilizar MAC siguen siendo un elemento importante para que las adolescentes no los utilicen (por ejemplo, porque creen que se quedarán estériles).

## **Embarazo en menores de 15 años: motivos y la re-significación del curso de vida**

Las motivaciones del embarazo de adolescentes menores de 15 años se construyen por la agencia moral familiar e institucional del campo social y cultural hegemónico. En el abordaje interpretativo de Schütz sobre los auténticos “motivos porque” de las adolescentes se encuentra cómo el sentido común sitúa en las niñas la culpa y la responsabilidad por el embarazo. El campo social se convierte en un dispositivo de control que reconfigura el “motivo porque” y el “motivo para” del curso de vida de las niñas. Ejemplo claro es el sentido común sobre el aborto, que no permite a las niñas, aun en contra de sus deseos y decisiones, interrumpir el embarazo y las obliga a la maternidad como destino. Como muestran investigaciones no son infrecuentes las reacciones de rechazo al aborto en jóvenes con o sin experiencia de embarazo (Larrea-Izaguirre, Rooke, Nixon & Ball, 2006; Climent, 2009, asociado a representaciones sociales de género sobre la maternidad).

En el contexto educativo, se configura un dispositivo de exclusión fomentando el abandono escolar por “la enfermedad”, “el castigo por meter las patas” y “la responsabilidad de cuidar al hijo”. Las niñas terminan en sistemas educativos de peor calidad o lo abandonan definitivamente. En las redes familiares, algunas madres, apoyan a las niñas para seguir estudiando, pero en tránsito del proyecto “para sí mismas” al proyecto “para mi hijo”.

En el campo de la salud, la moral de las matrices sociales de donde se proviene, permite incorporar al habitus profesional los imaginarios de la sexualidad hegemónica. Como plantea Schütz “Cuanto más estandarizadas e institucionalizadas están estas pautas entrelazadas de conducta, es decir, cuanto más aprobación social tiene su tipicidad por medio de leyes, usos, costumbres y hábitos, tanto mayor es su utilidad en el pensamiento de sentido común y en el pensamiento científico como esquema de interpretación de la conducta humana” (Schütz, 1974). Esto es verificable cuando se trata del ejercicio sexual adolescente, considerado incorrecto desde lo social e institucional, sin importar si fue abuso o decisión propia. En el círculo inmediato de la atención, los profesionales y técnicos se convierten en jueces y ejecutores de penas por la falta cometida. Las adolescentes que llegan a los servicios de salud y son sometidas a malos tratos los resienten, pero no tienen la capacidad para denunciar o exigir sus derechos, y aceptan lo que ocurre en la institución hospitalaria como parte del castigo que la sociedad instituye para la falta cometida. La violencia obstétrica ejercida sobre las adolescentes se torna cotidiana como una

manera de control y punición de profesionales del campo de la salud por lo que se considera una transgresión moral de la sexualidad esperada socialmente.

### **Las nuevas vetas de investigación**

El trabajo realizado permite visualizar nuevas posibilidades de indagación en el campo de la salud sexual y la salud reproductiva de las y los adolescentes. Una primera categoría a explorar se ubica en ese grupo de significados emergentes entre niñas y niños consistente en la valoración del placer en el campo de la sexualidad y de las relaciones afectivas que viven. Es necesario, indagar sobre esta categoría emergente, negada por las y los referentes adultos significativos. Explorar sobre los significados positivos que asignan las y los adolescentes a la sexualidad puede darnos pistas sobre las maneras en que construyen los derechos sexuales en una sociedad adultocéntrica y conservadora.

Otro aspecto que se deriva de las conclusiones de la investigación y que vale la pena explorar, es todo el complejo de agenciamiento social sobre la sexualidad que se realiza desde las familias, el sector educativo y el sector salud. Un programa de investigación puede abordar los elementos constituyentes de esta agencia social que utiliza los discursos modernos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la protección de las niñas y los niños como sujetos de derechos, para realizar un control férreo sobre las posibilidades de autonomía sexual y de relaciones basadas en los elementos placenteros de la sexualidad.

En esta misma perspectiva, interesarse en la génesis y práctica del habitus profesional Médico (Castro, 2014), puede ayudar en la comprensión de cómo desde el campo de la salud se construyen significados de la sexualidad adolescente y de la misma manera se puede pensar sobre la construcción del habitus profesional en las personas que trabajan en el sector educativo. Un elemento nuevo frente a las propuestas que hace Castro es explorar cómo en distintas generaciones de profesionales, desde las más antiguas, hasta las más expuestas a la modernidad sexual (Bozon, 2003) construyen y transforman el habitus profesional.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

Abadía Barrero, CE. y D. Oviedo, (2009) “Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems” in *Social Science and Medicine*. Volumen 68, número 6. pp. 1153-1160.

Adaszko, A., (2005). “Perspectivas socioantropológicas de la adolescencia, la juventud y el embarazo” en Gogna, M. (ed.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES-UNICEF, pp. 33-59.

Alderson, P., (2007) “Competent children? Minors’ consent to health care treatment and research” in *Social Science & Medicine*. Volumen 65, número 11. Diciembre 2007, pp. 2272-2283.

Alexander, J., (1992) *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial: Análisis multidimensional*. Barcelona: Gedisa.

Alfonso, M., (2008) “Girls Just Want to Have Fun? Sexuality, Pregnancy, and Motherhood among Bolivian Teenagers” in Working Paper 615. Nueva York: Inter-American Development Bank.

Alonso, V., (2005) “Las organizaciones de la sociedad civil: entre la prevención, la asistencia y la promoción de derechos” en Gogna, M. (ed.) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES-UNICEF, pp. 215-249.

Álvarez Castaño, LS., (2009). “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo” en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Volumen 8, número 17, pp. 69-79.

Amuchástegui, A., (2002). “El significado de la virginidad y la iniciación sexual.” En: Amuchástegui, A., Szasz, I. (2002). *Para Comprender la Subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: ed. El Colegio de México, pp. 137 – 173.

Angulo, A., (2000). *Introducción. Los Derechos integrales, condición para el desarrollo*. Bogotá: CINEP, PDPMM, Embajada de los países bajos, INDEPAZ.

Aquino, EML. et al., (2003) “Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais” em *Cadernos de Saúde Pública*. Volúmen 19, número 2, pp.377-388.

Araujo Martins Teixeira, S. y SR. Taquette, (2010) “Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos” em *Revista da Associação Médica Brasileira*. Volume 56, número 4, pp. 440-446.

Arias Arroyo, A. et al., (2011) “Maternidad adolescente: herramientas para una mejor calidad de vida” en *Medicina Legal de Costa Rica*. Volumen 28, número 1, marzo 2011, pp. 25-30.

Ávila Montes, GA., Barbena García, M. y P. Arguello Munguía, (2011) “Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades marginales de Comayagüela” en *Revista Médica de Honduras*. Volumen 79, número 2, pp. 68-72.

Baeza W., B. et al., (2007) “Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes en la novena región” en *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Volumen 72, pp.76-81.

Barinas, I., (2012). *Voces de Jóvenes. Una aproximación a la realidad juvenil, a partir del estudio del significado y las implicaciones del embarazo en adolescentes, según género y contextos socioculturales en la República Dominicana*. República Dominicana: Mixtli Grafika.

Barker, P, et al., (2007) *Teenage Pregnancy and Reproductive Health: Summary Review*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, p. 21.

Barros Silva, JM. et al., (2011). “Percepção de adolescentes grávidas acerca de sua gravidez”, em *Revista Baiana de Enfermagem*, volume 25, número 1, janeiro-abril, pp. 23-32.

Berger, P. y T. Luckmann, (1979) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.

Bertaux, D., (1999) “El enfoque biográfico: Su validez metodológica, sus potencialidades” en *Proposiciones*. Volumen 29, pp. 1–23.

Bertaux, D., (2005) *Los relatos de vida: perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Bellaterra.

Binstock, G. y Pantelides, EA., (2005) “La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico” en Gogna, M. (ed) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES-UNICEF, pp. 77-112.

Binstock, G. y E. Näslund Hadley, (2010) “Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima: una aproximación cualitativa” en *Debates en Sociología*. Número 35, pp. 45-67.

Bird, S., (2007) “Children and adolescents - who can give consent?” in *Australian Family Physician* [online] Volume 36, número 3, March 2007, pp.165-166. Australian Family Physician (AFP), disponible en: <http://www.racgp.org.au/afp/200703/15393>.

Blanco Gámez, D y M. Arrieta Zulueta (2010) “Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico-epidemiológico en el Policlínico Parraga. Arroyo Naranjo. 2005-2006” en *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Volumen 9, número 2, pp. 246-253.

Bonilla, E. y P. Rodríguez, (2000) *Más allá del dilema de los métodos: La investigación en ciencias sociales*. Bogotá: Norma.

Bourdieu, P., (2000a) *Cuestiones de Sociología*. Madrid: Istmo.

Bourdieu, P., (2000b) “Comprender” en Bourdieu, P. et al., (dir), *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Boyer, D. y D. Fine (1992) “Sexual Abuse as a Factor in Adolescent Pregnancy and Child Maltreatment” in *Family Planning Perspectives*. Volume 24, number 1, january-february 1992, pp. 4-11.

Bozon, M., (2003) “A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes” à *Population et Sociétés*. Volume 391, Juin. Français.

Castillo, M., (2005) “El incesto más allá de lo social” en *Forensis 2005: Datos para la vida*. INML y CF, pp.152-162.

Castro, R., (2002a) *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México. CRIM - UNAM.

Castro, R., (2002b) “En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo” En: Amuchástegui, Ana., Szasz, Ivonne. y Lerner Susana. *Para Comprender la Subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: ed. El Colegio de México.

Castro, R., (2010) “Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México” en Castro, R., y A. López Gómez (ed.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República; México DF, UNAM, CRIM, pp. 49-72.

Castro, R., (2011) *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Editorial-CRIM.

Castro, R., (2014) “Génesis y práctica del habitus médico en México” en *Revista Mexicana de Sociología* [online]. Volumen 76, número 2, abril-junio, pp167-197. disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v76n2/v76n2a1.pdf> [accesado en septiembre de 2014]

Cervantes, A., (2001) “Universalización, desigualdad y ética: Intervenciones en la teorización sobre derechos humanos” en Figueroa J. (org). *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: PUEG – UNAM.

Chagas de Almeida, M. y E. Aquino, (2009) “The Role of Education Level in the Intergenerational Pattern of Adolescent Pregnancy in Brazil” in *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Volume 35, number 3, pp. 139-146.

Clarke, J., (2010) “Repeat Teenage Pregnancy in Two Cultures—The Meanings Ascribed by Teenagers” in *Children & Society*, number 24, pp.188-199.

Climent, GI.,(2002). “El derecho a la educación y los proyectos de vida. Perspectiva de las madres de las adolescentes embarazadas de una zona del Gran Buenos Aires”, en *La Ventana*. Volumen 2, número 15, julio, pp. 313-355.

Climent, GI., (2006). “Representaciones sociales, valores y prácticas parentales educativas: Perspectiva de madres de adolescentes embarazadas” en *La Ventana*, número 23, pp. 166-212.

Climent, GI., (2009) “Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas” en *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, Número 37, pp. 221-242.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2007). “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos” en *Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*. Número 4, enero, pp. 1-12.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011). “Panorama actual y perspectivas futuras de la fecundidad en América Latina” en *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile, Naciones Unidas, cap. II pp.82-105.

Comisión sobre Determinantes Sociales OMS (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Buenos Aires, Ediciones Journal S.A.

Consejo de Ministras de la Mujer y Consejo de Ministros de Salud (2011) *Diagnóstico Situacional sobre Salud y Género en Centroamérica y República Dominicana* [En Línea] disponible en: <<http://www.sicasalud.net/sites/default/files/InfFinal-DgSituacional-MasterFinal-27my-LFIC-290511-1.pdf>>, [Accesado agosto de 2012]

Contreras Rodríguez, S. y D. Martín Cortes, (2011) *El embarazo en la Adolescencia. ¿Un problema social en Santa Clara, Villa Clara, Cuba? Contribuciones a las Ciencias Sociales*. [En línea], disponible en: [www.eumed.net/rev/cccss/12/](http://www.eumed.net/rev/cccss/12/) [Accesado en agosto de 2012]

Corcoran, J., Franklin, C. y P. Bennett, (2000) “Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting” in *Social work research*. Volume 24, número 1, pp.29-39.

Correa, S. y R. Petchesky (2001) “Los derechos reproductivos y sexuales: Una perspectiva feminista” en Figueroa, JG., (ed.), *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México, PUEG – UNAM, pp.99-138.

Corte Constitucional de Colombia (2006) “Sentencia C-355- 2006” [sitio Web] (2014) Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm> [accesado en septiembre de 2014]

Cortés Ortiz, ME., Valencia Micolta, SG. y ML. Vásquez Truissi, (2009) ““Mi mente decía no... mi cuerpo decía sí...”: embarazo en adolescentes escolarizadas” en *Avances en Enfermería*. Volumen 27, número 2, julio-diciembre, pp. 57-70.

Dávila León, O., (2004) “Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes” en *Última Década*. Volumen 12, número 21, pp. 89-104.

Despacho de la Primera Mujer de Medellín (comp.), (2006) *Memoria del trabajo realizado por la red de prevención del embarazo adolescente. Años 2004, 2005 y primer semestre de 2006*. Medellín: Red de Prevención del Embarazo Adolescente.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [Sitio Web] (2013) Estadísticas vitales. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/4647-nacimientos-2013> [Accesado en enero de 2014.]

Dilthey, W. (1976). “The construction of the historical world in the human studies” in Rickman, H.P (ed.), Cambridge: Cambridge University Press, pp. 170-245.

Ermands, MP. y T. Black, (2008). “What they tell you to forget: from child sexual abuse to adolescent motherhood” in *Qualitative Health Research*. Number 18, pp.77-89.

Estupiñán Aponte, M., y L. Rodríguez Barreto, (2009) “Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas” en *Revista de Salud Pública*. Volumen 11, número 6, pp. 988-098.

Evers, K., (2010) *Neuroética*. Buenos Aires, Katz.

Falconier, M., Guzmán, J. y M. Contreras (2001) “La adolescencia y la salud reproductiva” en *Diagnóstico sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe*. México: UNFPA.

Faur, E., (2003) “¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia” en Checa, S. (Comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires, Paidós.

Figuroa, J. y C. Fuentes (2001) “Una reflexión ética sobre los derechos humanos: El contexto de la reproducción de las mujeres jóvenes” en: Figuroa, J., *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: PUEG – UNAM.

Fiscalía General de la Nación (2012). ¿Qué hacer en caso de violencia sexual? [En línea]. Disponible en: <<http://www.fiscalia.gov.co/pag/entidad/qhviosex.html>>, [Accesado en febrero 6 de 2012]

Flórez, C. et al., (2004) “Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida” en *Documento CEDE*. Número 31. Bogotá: Universidad de los Andes.

Flórez, CE., (2005) “Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia” en *Revista Panamericana de Salud Pública*. Volumen 18, número 6, pp. 388-402.

Flórez, CE. y VE. Soto, (2006) *Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CELADE-División de Población y UNFPA.

Fondo de las Naciones Unidas para asuntos de población, (1994) *Informe de la Conferencia Internacional de Población*. Cairo, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales con apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para asuntos de población (FNUAP).

Foucault, M., (1991) “Historia de la sexualidad” en *La voluntad de saber*, volumen 1. México: Siglo XXI.

Francisco, M. et al., (2008) “The effect of childhood sexual abuse on adolescent Pregnancy: An integrative research Review” in *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. Volume 13, number 4, pp. 237-48.

Freidson E., (1970) *La profesión médica*. Barcelona: Taurus.

Frith, H., (2000) “Focusing on sex: using focus groups in sex research” in *Sexualities*. Volume 3, number 3, pp. 275 – 297.

Gallo R. y E. Nancy, (2009) “Línea de base del proyecto de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Medellín: componente cualitativo” en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Volumen 27, número 3, pp. 282-290.

García, C., (2004) *Hacerse hombres, hacerse mujeres: Dispositivos pedagógicos del género*. Bogotá: Siglo del hombre editores.

García, J., (1998) *Guía para la evaluación de programas y proyectos en salud reproductiva*. México, EAT-UNFPA.

García Minuzzi, M. et al., (2010) “Embarazo adolescente: ¿una población de riesgo?” en *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. Volumen 29, número 4, outubro - Dezembro 2010, pp. 139-143.

Garcia Nascimento, M., Ferreira Xavier, P. y R. Domingos Passos de Sá, (2011) “Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social” em *Adolescência e Saúde*. Volume 8, número 4, outubro - Dezembro 2011, pp. 41-47.

Gayet C, y P. Solís (2007) “Sexualidad saludable de los adolescentes” en *Salud pública México*. Volúmen 49, supl 1, pp. 47-51.

Glaser, B. G. y AL. Strauss, (1968). *Time for dying*. Chicago, IL: Aldine Publishing.

Gogna, M., (2005). “Conclusiones y recomendaciones para políticas públicas” en Gogna, M (ed.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires, CEDES, pp. 317-327.

Gogna, M. y S. Ramos, (1996) “Lay beliefs and gender stereotypes: Uncknowledged risks for sexually transmitted diseases”. Paper presented at the *Conference Reconceiving Sexuality: Internacional Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, 14-17 de abril de 1996*, Río de Janeiro.

Gogna M, y S. Ramos (2000) “Gender stereotypes and power relations” en Parker R, Barbosa M, y P. Aggleton (ed.) *Framing the sexual subject: the politics of gender, sexuality, and power*. Berkeley, University of California Press, pp.117-140.

Goicolea, I., (2009) *Adolescent Pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador – a Rights and Gender Approach to Girls’ Sexual and Reproductive Health*, Umea University.

Goicolea, I., Wulff M. y A. Öhman, (2010) “Gender Structures Constraining Girls’ Agency – Exploring Pregnancy and Motherhood among Adolescent Girls in Ecuador’s Amazon Basin”, en *Sexualidad, Salud y Sociedad*, número 5, pp. 50-73.

Gómez, PI., Molina, R, y N. Zamberlin (2011) *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Lima, Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) - Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos.

González Galbán, H., (2000) “Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente” en *Revista Frontera Norte*. Volumen 12, número 23, pp. 65-85.

González, JC., (2009) “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar” en *Revista de Salud Pública*. Volumen 11, número 1, febrero, pp. 14-26.

Grupo Davida (2005) "Prostitutas, «traficadas» e pânicos morais: uma análise da produção de fatos em pesquisas sobre o «tráfico de seres humanos»." em Cuadernos. pp: 153-184.

Gubert, D. y VS. Faganello Madureira, (2009) “Iniciação sexual de homens adolescentes” em *Ciência e Saúde Coletiva*. Volume 14, número 4, julho-agosto, pp. 1119-1128.

Guzmán, J., Contreras, M. y M. Falconier, (2001) “El conocimiento en salud sexual y reproductiva y la educación sexual” en *Diagnóstico sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe*. México: UNFPA.

Hakkert, R., (2001) “Preferencias reproductivas en adolescentes” en *Diagnóstico sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe*. México: UNFPA.

Haldre, K. et al., (2009) “Individual and familial factors associated with teenage pregnancy: an interview study” in *European Journal of Public Health*. Volume 19, number 3, pp. 266–270.

Hammel, E. (1990) “A theory of cultura for demography” in *Population and development review*. Volumen 16, número 3, pp. 455–485.

Heilborn, ML., et al (2002). “Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência” en *Horizontes Antropológicos*. Año 8, número 17, junio, pp. 13-45.

Heilborn, ML, Reis Brandao, E. y C. da Silva Cabral, (2007) “Teenage pregnancy and moral panic in Brazil” in *Culture, Health and Sexuality*. Volume 9, number 4, july-august, pp. 403-414.

Henao Escobar, J., González, C. y E. Vargas Trujillo, (2007) “Fecundidad adolescente, género y desarrollo. Evidencias de la investigación” en *Territorios*. Volumen 16, número 17, Universidad de los Andes, pp. 47-70.

Herrera, G. y L. Rodríguez, (2001) “Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva” en Herrera, G. Y X. Andrade (Eds.), *Masculinidades en Ecuador*. Quito: FLACSO-UNFPA, pp. 157-178.

Hospital Pablo VI E.S.E. (2006) *Diagnóstico local en salud. Análisis de la determinación social en salud*. Bogotá: Hospital Pablo VI E.S.E.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2005) “Forensis” en *Datos para la vida*. Bogotá: INML y CF.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009) “Forensis Mujeres: herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia para las mujeres 2004 -2008”. Bogotá: INML y CF

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014) “2014 – Forensis” en *Datos para la vida*. Bogotá: INML y CF.

Irvine, J., (1994) “Culture difference and adolescent sexualities” en Irvine, J. (ed.), *Sexual cultures and construction of adolescent identities*. Filadelfia, Temple University, pp. 3-28.

Jones, DE (2010) “Bajo presión: primera relación sexual de adolescentes de Trelew (Argentina)” en *Revista Estudios Feministas*. Volumen 18, número 2, mayo-agosto, pp. 339-358.

Klein JD. and the Committee on Adolescence (2005) “Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues” in *Pediatrics*. Volume 116, Number 1, July 2005, pp. 281-286.

Langer, A., (2002) “El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe” en *Revista Panamericana de Salud Pública*. Volumen 11, número 3, pp.192-205.

Lanza, AMD., (2007) “Causas de evasao escolar nas escolas brasileiras” em *Sete Lagoas*, [En Línea] disponible en: [http://sigplanet.sytes.net/nova\\_plataforma/monografias../391.pdf](http://sigplanet.sytes.net/nova_plataforma/monografias../391.pdf) [Accesado en agosto de 2012.]

Larrea Izaguirre, S., Anna Rooke, L. y A. Ball (2006) *¡De eso no se habla! Percepciones de mujeres jóvenes sobre prácticas y legalidad del aborto en Ecuador*. Quito, Coordinación Política Juvenil por la Equidad de Género-Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional en Coordinadora por la Equidad de Género.

Lauro, I., (2003) “La familia en la determinación social” en *Revista Cubana de Salud Pública*. Volumen 29, número 1, pp.48-51.

León, P. et al., (2008) “Embarazo adolescente” en *Revista Pediatría Electrónica*. Volumen 5, número 1, pp. 42-51.

Lion, K., Prata, N. y Ch. Stewart, (2010) “La maternidad adolescente en Nicaragua: una evaluación cuantitativa de factores asociados” en *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*. pp. 16-21.

Londoño, A. y J. Torres (2002) “Promoción de los derechos sexuales y reproductivos” en *Módulo Pedagógico para Formadores No. 2, Los Derechos Humanos sexuales y reproductivos*. Bogotá: Ed. Gente Nueva.

Londoño, ML., et al., (2000). *Embarazo por violación. La crisis múltiple*. Cali: Fundación Si Mujer.

Lyotard, J., (1998) “Los derechos de los otros” en Shute, S. y S. Hurley (eds), *De los Derechos humanos*. Valladolid: Trotta.

Mackinnon, C., (1998) “Crímenes de guerra, crímenes de paz” en Shute, S. y S. Hurley (eds), *De los Derechos humanos*. Valladolid: Trotta.

Maddaleno, M., Morillo, P. y F. Infante, (2003) “Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: Desafíos para la próxima década” en *Salud Pública México*. Volumen 45, pp. 132–139.

Marina, J., (2002) *El rompecabezas de la sexualidad*. Barcelona: Anagrama.

Martín Alfonso, L. y Z Reyes Díaz (2003) “Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud” en *Revista Cubana de Salud Pública*. Volumen 29, Número 2, abril-junio, Ciudad de la Habana, pp. 183-187. versión On-line ISSN 0864-3466

Martínez, AG., (2009) *¿Calidad de la atención o atención con calidad? Profesionales de la salud y condiciones de trabajo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

McDonald, L. et al., (2009) “An evaluation of a group work intervention for teenage mothers and their families” in *Child and Family Social Work*. Volumen 14, pp. 45-57.

McNicoll, G., (1980) “Institucional determinants of fertility change” en *Population and development review*. Volumen 6, número 3, pp. 441–462.

Medina, Gabriel (2005). “Construcción sociocultural de la sexualidad juvenil en áreas urbanas de Honduras”, [En línea] en <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2005/Construccion%20Socio-cultural%20de%20la%20Sexualidad.pdf> > [Accesado en agosto de 2012].

Medina, M., Ayala, S. y CI. Pacheco, (2001) *Salud sexual y reproductiva en el Magdalena medio: caracterización socioantropológica*. Bogotá: UNFPA-PDPMM.

Mejía Motta, IE., (2000) *Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Mejía, MC., (2001) “El aborto inducido, un dilema ético” en Figueroa, J. (coord.), *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: PUEG – UNAM.

Mejía, ML., (2003) “Aproximación a los derechos sexuales y reproductivos” en *Otras palabras*. Volumen 12, pp. 17-21.

Mendieta, N., (2001) “La educación Sexual para adolescentes. Recuerdos de la construcción de un oficio”. Borrador para discusión. *Grupo Temático de educación sexual*. Bogotá: UNFPA – Ministerio de educación.

Ministerio de Educación Nacional (2010) *Encuesta Nacional de Deserción Escolar –ENDE*. Bogotá, Ministerio de Educación Nacional – Universidad Nacional

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile (2011). *Guía práctica de Consejería para adolescentes y jóvenes. Orientaciones generales*. Chile: Santiago de Chile.

Miño-Worobiej, A., (2008). “Imágenes de género y conductas sexual y reproductiva” en *Salud Pública México*, volumen 50, número 1, enero-febrero, pp. 17-31.

Molina, S. et al., (2004) “Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar” en *Revista Médica de Chile*. Volumen 132, pp. 65-70.

Montoya, P. et al., (2011) “Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá” en Mejía, M.L., Pacheco C.I. y L.M. Muñoz (ed.), *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos*. Bogotá, SDS-UNFPA, pp. 153-220.

Näslund-Hadley, E. y G. Binstock, (2010) “The Miseducation of Latin American Girls: Poor Schooling Makes Pregnancy a Rational Choice” en *Technical notes*, december 2010, Inter-American Development Bank.

Näslund-Hadley, E. y G. Manzano, (2011). “Educación de calidad: ¿un anticonceptivo eficiente?” en *Banco Interamericano de Desarrollo, Serie Aportes 12*, diciembre 2011, pp. 1-4.

Nieto, JM., (2006) *De secretitos y claraboyas: Sexualidad y Derechos en la literatura de autorepresentación con jóvenes en contextos de desplazamiento*. Tesis de Maestría en Literatura. Bogotá: Universidad Javeriana.

Nieto, JM. et al., (2011) “Aproximación a los significados de la paternidad, la maternidad y el embarazo adolescente, en contextos de desplazamiento en la Localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá” en Mejía Gómez, ML., Muñoz Iglesias, LM., y CI. Pacheco Sánchez (ed.), *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos*. Experiencias de gestión del conocimiento convenio 698 SDS-UNFPA. Bogotá, SDS-UNFPA, pp. 55-106.

Núñez Urquiza, RM. et al., (2003) “Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto” en *Salud Pública México*. Volumen 45, número 1, junio, pp. 92-102.

Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011) *El salto de la autonomía de los márgenes al centro. Informe anual 2011* [En línea] disponible en: <<http://www.eclac.cl>> [Accesado en agosto de 2012]

Olavarría, J. y S. Madrid, (2005) *Sexualidad, fecundidad y paternidad en varones adolescentes en América Latina y el Caribe*. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas - FLACSO Chile.

Organización de las Naciones Unidas, ONU (1994) *Conferencia Internacional de Población y desarrollo: Plan de acción*. Nueva York: Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2000) *Bases para una estrategia integral de la cooperación del Sistema de las Naciones Unidas en Colombia*. Borrador para discusión. Preparado por Ligia Galvis. Bogotá: Naciones Unidas

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2009) Asamblea General. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Anand Grover, 10 agosto; UN Doc A/64/272, pp.15-16.

Organización Mundial de la Salud, OMS (1975) *El embarazo y el aborto en la adolescencia*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2008). *Salud sexual y reproductiva del joven y el adolescente. Oportunidades, enfoques y opciones*. Washington: OMS.

Osborne, R. y O. Guasch (Comp.), (2003) *Sociología de la sexualidad*. Madrid, CIS.

Pacheco, CI. et al., (2007) “Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá” en *Salud pública de México*. Volumen 49, pp.45-51.

Pacheco, CI., et al., (2014) *Determinantes sociales del embarazo en menores de 15 años*. Bogotá, UNFPA - MSPS

Palacio Jiménez, L.G., (2011). *El discurso del embarazo en adolescentes en la política pública distrital de salud sexual y reproductiva*, Bogotá, Tesis de Maestría en Política Social-Pontificia Universidad Javeriana.

Palomino Gamarra, L. y Ascate K`ana, G.M., (2009) Documento técnico. *Análisis de situación de salud de las y los adolescentes. Ubicándolos y ubicándonos*. Lima, Ministerio de Salud.

Pallitto, C. y V. Murillo, (2008) “Childhood Abuse as a Risk Factor for Adolescent pregnancy in El Salvador” in *Journal of Adolescent Health*. Volumen 42, número 6, pp.580-586.

Pallitto, C., y P. O'Campo, (2004) “Relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado: análisis de una muestra nacional de Colombia” en *International Family Planning Perspectives*. Volumen 30, número 4, pp.23-32.

Pantelides, EA., (2004) “Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina” en *Notas de Población*, año 31, Volumen 78, número 31, diciembre 2004, pp.7-33. Santiago de Chile: CEPAL, Publicación de las Naciones Unidas. No. de venta: S.05.II.G.14. (LC/G.2229-P).

Pantelides, EA., y G. Binstock, (2007) “La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI” en *Revista Argentina de Sociología*. Año 5, número 9, pp.24-43.

Parada Baños, A.J., Becerra Cornejo, D.A. y Villacis Vallejos, C.E. (2009) “Embarazo en la adolescencia” en U.N. de Colombia (ed.), *Obstetricia integral*. Bogotá: Siglo XXI.

Parker, R., (2001.) “Sexuality, culture and power in HIV/AIDS research” in *Annual Review of Anthropology*. Volumen 30, pp. 163-179.

Parker, R., Barbosa, R. y P. Aggleton (ed), (2000) *Framing the sexual subject: the politics of gender, sexuality, and power*. Berkeley, University of California press, p.2.

Peláez Mendoza, J., (s/f) *Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos* [En Línea] disponible en: <[http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34\\_2\\_08/gin05208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin05208.htm)> [Accesado en agosto de 2012].

Peña, RO. et al (2011). *Determinantes de Riesgo y Protección de Embarazo, en Adolescentes Rurales de Nicaragua. Abordaje Cualitativo-Cuantitativo*, Nicaragua, USAID-CIS-REDNICASALUD-PATH.

Pérez Then, E., Miric, M. y T. Vargas, (2011) *El embarazo en adolescentes en la República Dominicana. ¿Una realidad en transición?* República Dominicana: Mediabyte S.R.L.

Petchesky, R., (2000) “Sexual rights: Inventing a concept, Mapping and International Practice” en Parker, R., Barbosa, R. y P Aggleton (Ed) *Framing the sexual subject. The politics of Gender, Sexuality and Power*. Londres: University of California press.

Petchesky, R. y K. Judd (ed), (1998) *Negotiating Reproductive rights*. Londres-Nueva York, Zed Books.

Pitanguy J. (1999). “Reproductive Rights are Human Rights” in *Development*. Volume 42, Number 1, March, pp. 11-14(4). Palgrave Macmillan.

Portnoy, F., (2005) “El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales” en Gogna, M. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires, CEDES, pp. 67-76.

Profamilia (1995) *Salud sexual y reproductiva en Colombia. ENDS 1995*. Bogotá: Profamilia.

Profamilia (2000) *Salud sexual y reproductiva en Colombia. ENDS 2000*. Bogotá: Profamilia.

Profamilia (2005a) *Encuesta nacional de demografía y salud*. Bogotá: Profamilia.

Profamilia (2005b) *Segunda encuesta nacional de salud sexual y reproductiva en zonas marginadas. Situación de las mujeres desplazadas*. Bogotá: Profamilia.

Profamilia (2010) *Encuesta nacional de demografía y salud*. Bogotá: Profamilia.

Quaresma da Silva, D. y O. Ulloa Guerra, (2011) “Prácticas de educación sexual: un análisis en escuelas municipales del sur de Brasil” en *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*. Volumen 19, pp.1-23.

Quintana Sánchez, A. et al (2009). *Una aproximación a la vivencia del embarazo y a las barreras para el acceso a servicios de salud en adolescentes andinas de Apurímac*. Lima: Instituto de Educación y Salud.

Reis dos Santos, S. y N. Schor, (2003) “Vivências da maternidade na adolescência” em *Revista de Saúde Pública*. Volumen 37, número 1, pp. 15-23.

Remez, L. et al., (2008). *Asegurar un mañana más saludable en Centroamérica: proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud de hoy*. Nueva York: Guttmacher Institute.

Rodríguez, J., (2008) *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y la acción*. Santiago de Chile: Gráficas Romero.

Rodríguez, J., (2008) *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*. Madrid: Organización Iberoamericana de Juventud.

Rodríguez, J., (2011) *High Adolescent Fertility in The Context of Declining Fertility of Latin America*. United Nation Expert Group of Meeting on Adolescents, Youth, and Development. Nueva York: ECLAC.

Rodríguez Vignoli, J., (2012) “Situación del embarazo a edad temprana y en adolescentes en América Latina y el Caribe, y sus implicaciones para el desarrollo evolutivo de los niños, niñas y adolescentes” en *Seminario Internacional Buenas Prácticas y Lecciones Aprendidas para el Diseño de un Modelo de Intervención para la Prevención y Atención del Embarazo a Edad Temprana y en Adolescentes, 26-27 de abril de 2012*. Caracas, CELADE - División de Población de la CEPAL. [En línea, disponible en [http://www.idena.gob.ve/images/pdf/Ponencias/b-1\\_jrodriguez.pdf](http://www.idena.gob.ve/images/pdf/Ponencias/b-1_jrodriguez.pdf) [Accesado en agosto de 2012]

Rodríguez J. y M. Openhayn (2007) “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos” en *Desafíos*. Volumen 4, pp.4-9.

Rubin, G., (1975) “El tráfico de mujeres: notas sobre la ‘economía política’ del sexo” en Lamas M., (comp.), *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México, PUEG-UNAM/Miguel Ángel Porrúa, pp. 265-302.

Rubín, G., (1989) “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad” en Vance, C. (Comp), *Placer y Peligro: Explorando la sexualidad femenina*. Madrid, Talasa.

Salinas Sevilla, MR., (2009) “Condiciones sociodemográficas de las embarazadas adolescentes que asistieron a la sala de labor y parto del Hospital Regional de Atlántida” en *Revista Población y Desarrollo - Argonautas y Caminantes*. Volumen 5, pp.35-43. Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Santillana, A., (2010) *Múltiples factores socioculturales alrededor del embarazo adolescente en siete cantones del Ecuador: La Concordia, Chunchi, Portoviejo, Quinindé, Loreto, La Joya de los Sachas y Orellana*. Quito: Dirección Nacional de Normatización Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Fondo de las Naciones Unidas, pp. 4-35.

Saewyc et. al., (2004) “Pregnancy and Associated Risk Behaviors among Sexually Abused Adolescents” in *Perspectives on Social and Reproductive Health*. Volume 36, number 3, pp.98-105.

Salazar, A. et al., (2007) “Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños. Consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida” en *Persona y Bioética - Universidad de la Sabana*. Volumen 11, número 29, pp.170-185.

Samaja, J. (2007). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Schutz, A., (1974) *El problema de la realidad social*. Buenos Aires, Amorrortu.

Schütz A (1989). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Paidós, p.120.

Schütz, A., y Th. Luckmann (1977) *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires, Amorrortu.

Scott, J., (1997) “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en Lamas, M., (comp.), *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México, PUEG-UNAM/Miguel Ángel Porrúa, pp. 265-302.

Servicios Para un Desarrollo Alternativo del Sur (SENDAS) (2011). *Informe final de la investigación: accesos e imaginarios a métodos de anticoncepción y percepciones sobre maternidad en mujeres indígenas*. Cuenca, Programa de Estudios Semipresenciales en Género y Desarrollo-Universidad de Cuenca.

Servicios Para un Desarrollo Alternativo del Sur (SENDAS) (2011) Informe final de la investigación Accesos e imaginarios a métodos de anticoncepción y percepciones sobre maternidad en mujeres indígenas. Cuenca, Programa de Estudios Semipresenciales en Género y Desarrollo - Universidad de Cuenca.

Sigrid V., López Peña, P, y D. Saric, (2013) *Salud sexual y reproductiva para jóvenes. Revisión de evidencia para la prevención*. Washington, BID.

Silva Arias, A., et al., (2008) “Consideraciones teóricas y empíricas acerca de la fecundidad adolescente” en *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*. Volumen 16, número 2, pp. 47-59.

SITEAL, OEI y UNESCO (2013) ¿Por qué los adolescentes dejan la escuela? Mimeo.

Stake, RE., (2013) “Estudios de casos cualitativos” en Denzin, NK. Y YS. Lincoln (Coords), *Las estrategias de investigación cualitativas*. Barcelona, Gedisa editorial.

Stern, C., (1997) “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica” en *Salud Pública de México*. Volumen 39, número 2, pp.137-147.

Stern, C., (2003) “Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso” en *Estudios Sociológicos*. Volumen 21, número 63, pp.725-745.

Stern, C., (2007) “Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México” en *Estudios Sociológicos*. Volumen 25, número 1. México D.F., El Colegio de México.

Stern, C., (2012) *El “problema” del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate*. México D.F.: El Colegio de México.

Suárez, E., et al., (1985) “Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos en La salud del adolescente y el joven en las Américas” en *Publicación Científica*. Número 489. Washington: OPS / OMS.

Szasz, I., (1998) “Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México” en *Debate Feminista*. Volumen 18, número 9, octubre, pp.77-104.

Torriente Barzaga, N., et al., (2010) “Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana” en *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Volumen 9, número 4, noviembre, pp.576-587.

Tuñón Pablos, E. y E. Eroza Solana, (2001) “Género y sexualidad adolescente. La búsqueda de un conocimiento huidizo” en *Estudios Sociológicos*. Volumen 19, número 1, enero-abril, pp.208-226.

Vance, C., (1989) “El Placer y Peligro. Hacia una política de la sexualidad” en Vance, C. (comp.), *Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Talasa.

Vance, C., (2002) “Normatividad y liberación del deseo” en *Letra S 76*, suplemento mensual de la jornada., Noviembre. México.

Vargas Trujillo, E., Henao, J. y C. González, (2007) “Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia” en *Acta Colombiana de Psicología*. Volumen 10, número 1, pp.49-63.

Villareal, M., (1998) *Adolescent fertility: sociocultural issues and programme implications*. Roma: FAO.

Viner Russell, M. et. a., (2012) “Adolescence and the social determinants of health” in *Lancet* 2012, number 379, pp.1641–1652.

Vivo, S., López-peña, P., y D. Saric (2012) *Salud sexual y reproductiva para jóvenes: revisión de evidencia para la prevención*. Washington, BID.

Wallerstein, I., (2001) (coord.) *Abrir las Ciencias Sociales. Comisión Gulbenkián para la reestructuración de las Ciencias Sociales*. México: Siglo XXI.

Wartenberg, L., (1999) *Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia*. Bogotá, Universidad Externado de Colombia, CIDS.

Watson, L. Et al., (2007) “Associations of self-reported violence with age at menarche, first intercourse, and first birth among a national population sample of young Australian women” in *Women’s Health Issues*. Volume 17, pp.281-289.

Weeks, J., (1981) *Sex, Politics and Society: The Regulation of Sexuality since 1800.*, Nueva York: Longman.

Weeks, J., (1985) *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid: Talasa.

Weeks, J., (1998a) *Sexualidad. México*: Paidós.

Weeks, J., (1998b) “La construcción cultural de las sexualidades. ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad?” En Szasz, I. y Lerner, S. (Comp.): *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: El colegio de México, pp. 175-197.

World Health Organization., (2002) *Adolescent friendly health services. An Agenda for change*. Ginebra: WHO.

Zamberlin, N., (2005) “Percepciones y conductas de las/los adolescentes frente al embarazo y la maternidad/paternidad” en Gogna., M. (Coord.) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires, CEDES-UNICEF, pp.285-316.

Zamudio, L., Rubiano N. y L. Wartenberg (1999) *El aborto inducido en Colombia*. Bogotá: CIDS

Zelaya, EY. y JR. Coto García, (2011) “Factores socioculturales que condicionan el embarazo adolescente en los municipios de Intibucá y Jesús de Otoro, departamento de Intibucá” en *Revista Población y Desarrollo - Argonautas y Caminantes*. Volumen 7, número 7, pp.47-55.



## 8. ANEXOS: GUÍAS DE ENTREVISTAS

### ANEXO 1. GUÍA DE GRUPOS FOCALES

#### 1. SEXUALIDAD (SEXUALI)

1.1. Monogamia, relaciones paralelas, poligamia, uniones legales y de hecho, duración de parejas, opción sexual.

- 1 ¿Cómo creen ustedes que son las parejas entre – los estudiantes y las estudiantes de secundaria – y de la universidad?
- 2 Hay hombres que tienen varias parejas al mismo tiempo?
- 3 Hay mujeres que tienen varias parejas al mismo tiempo?
- 4 Cuánto duran actualmente los noviazgos?
- 5 Por qué motivo se terminan?
- 6 Quien termina más las relaciones de pareja? Las mujeres o los hombres?
- 7 Que piensan de las uniones estables?
- 8 A que edad les gustaría asumir una relación de convivencia con su pareja?
- 9 Prefiere el matrimonio u otro tipo de unión?
- 10 Hablan las parejas de adolescentes y de universitarios sobre sexo?
- 11 Discuten sobre deseos y gustos?
- 12 Discuten sobre anticoncepción y sexo seguro?
- 13 Uds. creen que respetan las opciones de la pareja?
- 14 Ud. Ha preguntado a su pareja sobre prácticas sexuales de riesgo antes de conocerse?
- 15 Que piensan ustedes del homosexualismo?
- 16 Tiene algún (a) amigo (a) homosexual?
- 17 Si un homosexual se le insinúa, como reaccionaría usted?
- 18 Conocen parejas de homosexuales?? Hombres o mujeres.... Cómo son estas parejas???

## 1.2 Inicio de la vida sexual (INWISE)

Edad, elección de pareja, relaciones de género

- 19 ¿Que piensan ustedes de la sexualidad? Y los hombres – o las mujeres- que pensarán? De las relaciones sexuales?
- 20 La primera vez... cuando apareció el amor por primera vez... ¿porqué llegó a estar tan cerca de esa persona?
- 21 ¿Que creen que impulsa a las mujeres y a los hombres a tener su primera relación sexual?
- 22 En la experiencia de ustedes, los dos estaban de acuerdo o alguien presionó?
- 23 ¿Cual es el contexto en que se inician las relaciones sexuales.... Ha habido consumo de alcohol u otras sustancias....
- 24 ¿Sus parejas eran mayores o menores? ¿O saben si sus compañeros y compañeras de estudio han tenido su primera relación con parejas mayores o menores?
- 25 ¿Recuerda como se sintió usted al día siguiente o los días siguientes? ¿O sabe de cómo se sienten sus compañeros o compañeras?
- 26 ¿Con el tiempo ha cambiado las sensaciones posteriores?
- 27 ¿Sienten que estaba preparado o preparada para esa primera relación?
- 28 ¿Fue un buen comienzo?
- 29 ¿Que no les gustaría que les pasara en una relación sexual?
- 30 ¿Eso mismo era lo que no te gustaba para la primera relación sexual o eso ha ido cambiando???
- 31 ¿Hicieron algo para prevenir un embarazo o protegerse de una ITS?
- 32 ¿La relación continuó o que pasó después?
- 33 ¿Cual creen Uds. que sería el mejor momento para que los hombres y las mujeres tuvieran una relación sexual?. ¿Que se requeriría para esatar listo o lista para la primera relación sexual....
- 34 ¿Habían tenido alguna educación u orientación sexual antes de la primera relación sexual? ¿Sirvió de algo?
- 35 ¿Cuales son las ideas en su familia –sus padres- frente a la primera relación sexual en hombres y mujeres?
- 36 ¿Hablan con sus parejas de lo que les gusta y nos les gusta en una relación sexual?

- 37 Usted ha pensado en si tiene o no prácticas de sexo seguro?
- 38 Que son prácticas de sexo seguro?
- 39 Ustedes creen que los hombres se preocupan por la satisfacción erótica de las mujeres?

## 2. DIFERENCIAS DE GENERO EN CONCEPCIONES SOBRE SEXUALIDAD (DIFGEN)

Imaginarios y representaciones sociales sobre la sexualidad en las relaciones de pareja

- 40 Se cree que para tener sexo hay que querer a la otra persona y además estar comprometidos....
- 41 Como escogen los estudiantes de secundaria y de universidad su pareja?
- 42 Que les interesa de su pareja???
- 43 Cual es la pareja ideal para ustedes????
- 44 Se oye decir que la mujer no debe tener la iniciativa.....
- 45 Se oye decir que las mujeres tienen que complacer a los hombres....
- 46 Que cosas son importantes en el sexo –relaciones sexuales-
- 47 Algunos plantean que no hay que tener relaciones sexuales antes de casarse
- 48 Que piensan uds. de los o las que ponen los cachos?
- 49 Quienes son mas infieles: Los hombres o las mujeres?
- 50 Si se entera que su pareja sale con otros hombres o mujeres, que hace?
- 51 Hay personas que piensan que es mejor la mujer virgen y el hombre recorrido.....
- 52 Se dice que las mujeres son las que deben utilizar anticoncepción....

## 3. PATRONES DE COMPORTAMIENTO SEXUAL (PATROSE)

- 53 La sexualidad ayuda a que las parejas se comprendan mejor....
- 54 Puede ocurrir que a veces el quiera y ella no.... o al contrario...
- 55 Cuando hay otra (s) persona (s) en la vida de alguno de los dos...
- 56 A algunas parejas les ocurre que pasan tiempo sin tener sexo...
- 57 Será que los hombres toleran menos tiempo que las mujeres sin tener sexo?

- 58 Y las relaciones ocasionales, cuando las personas se encuentran solo para tener sexo...
- 59 Uds. creen que [l@s](#) adolescentes van a las rumbas buscando sexo?
- 60 Es muy corriente que se tenga sexo bajo efecto de sustancias psicoactivas –alcohol, otras drogas-...
- 61 Ustedes que piensan de la asociación de alcohol u otras drogas con las relaciones sexuales????
- 62 Conocen casos de este tipo –sexo bajo influencia de drogas-
- 63 Porqué creen que algunas personas utilizan ciertas drogas y tienen sexo?
- 64 Creen que hay protección anticonceptiva y contra ITS? Que han escuchado de gente que conozcan y que han tenido sexo bajo influencia de sustancias?
- 65 Hay alguna sustancia que hayan probado y que aumente el deseo sexual? O que les hayan contado –gente que las ha usado?
- 66 Ustedes conocen de anticoncepción o de planificación familiar???? Que cosas han sabido??? Que les han enseñado? EXPLORAR SOBRE USO DE CONDON, COMO SE UTILIZA, OTROS METODOS QUE CONOCEN.

#### 4. VIOLENCIA SEXUAL (VIOLENCIA)

- 67 Ustedes han oído sobre casos de violación? Porqué creen que pasan esas cosas?
- 68 Ustedes han visto u oído sobre hombres que acosan a una mujer –sexualmente-¿
- 69 Algunas personas dicen que los hombres agreden sexualmente a las mujeres porque su instinto se lo manda....
- 70 A veces también se abusa sexualmente de niños y niñas, ustedes han oído o conocido casos de este tipo????

#### 5. ABORTO INDUCIDO (ABORTO)

- 71 Conocen casos entre compañeros de colegio o universidad que hayan abortado?
- 72 Porqué creen que la gente aborta?
- 73 Que piensan Uds. del aborto?
- 74 Si conocen algún caso? Como se tomó la decisión del aborto: Lo tomó la mujer sola o en pareja?
- 75 De los casos que conocen: Donde se han practicado los abortos? Saben como son

esos sitios?

**76** Qué método utilizaron para abortar? Quien les practicó el aborto? A quien le cuentan las mujeres la decisión de abortar?

## ANEXO 2. GUIA DE RELATO DE VIDA PRIMERA FASE

### Introducción

- 1 Nombre
- 2 Donde nació?
- 3 Edad
- 4 Sexo
- 5 Estado civil
- 6 Sector o barrio donde vive
- 7 Ocupación

### NIÑEZ

(Familia, escuela, amig@s, Medios)

Podría contarnos cuales son sus primeros recuerdos?:

- 1 Relaciones entre la familia

Espacio: Donde vivía?, con quien?, Cómo vivía?

Dinámica familiar - Roles de niños, niñas, hombres y mujeres (No olvidar el rol del entrevistado -a).

Quién mandaba en la casa? Quien tomaba las decisiones en su casa? Que tipo de decisiones tomaba cada quien? Que decisiones tomabas tú? Te apoyaban esas decisiones?

Relaciones entre los padres? ¿Mostraban sus padres afecto físico entre ellos?

Que expresiones o acciones de afecto recuerda? Quién se las brindaba?

Que reglas existían en la familia?

Que expresiones de castigo, de regaño, recuerda? Quien regañaba o castigaba?

Existía algún tipo de preferencia a algún miembro de la familia?

Existía algún tipo de rechazo a algún miembro de la familia?

A quién le iba mejor en la familia: a los hombres o a las mujeres?

Que hacían en familia? (Actividades y lugares)

En su familia eran practicantes de alguna religión?

En su familia se hablaba sobre sexualidad?

Que cosas hablaban?

En su familia ¿podía hacer preguntas o comentarios sobre temas sexuales?

¿Habla de sexo con hermanas (hermanos) u otros familiares?

¿Cuál era la actitud frente a la desnudez en su familia?

¿Cuáles cree que eran las actitudes en su familia sobre el sexo?

entre ellos

con Ud. y su sexualidad

Contrastar pasado y presente y cambios en la trayectoria vital de la persona entrevistada. Por Ej. Separaciones, nacimientos, figuras que cambian al interior de la familia, nuevos integrantes. Cambios de roles significativos, etc.

## 1 Relaciones en la escuela

Cómo era el espacio de la escuela?

Hasta que año estudió? O en que año va?

Como se sintió en la escuela? –Elementos de gusto y de disgusto-

Que cosas aprendió en la escuela, distintas a las materias?

A quien recuerda más de su escuela? Porqué? (maestr@s y/o compañer@s)

Hubo algún maestro – maestra que lo/la marcó –Positiva o negativamente- Porqué?

Quiénes eran sus amigos -as? A qué jugaban? Que otras actividades realizaban?

Que reglas son las que más recuerda en su escuela?

Eran distintas las reglas para niños y niñas?

Que era mejor en la escuela: ser niño o niña? Porqué?

Había algún tipo de preferencia o rechazo por algún compañero – compañera? Por parte de quién? Sabe porqué?

Cómo se solucionaban los problemas que se presentaban en la escuela?

En la escuela se hablaba sobre sexualidad? Quiénes hablaban? De que hablaban?

Recibió educación sexual en la escuela? Qué profesores daban la clase? Que le enseñaron? En su vida para que le ha servido la educación sexual de la escuela o colegio?

PARES

Y fuera del colegio tenía amigos? De su barrio? De otro sector? De la iglesia? De

deportes? Etc.

Que hacías con esos amigos – amigas? Donde? De que hablaban?

Trataban temas sobre el sexo, la sexualidad? Qué cosas hablaban?

Recuerda a alguien en especial? Porqué?

Cuáles han sido los dos hechos mas importantes que lo han marcado en su vida?

Cuándo le gustó alguien por primera vez? Que sintió? Porqué le gustó? Le dijo? Que decían sus amigos –amigas? En su casa supieron? Que decían?

Cuando fue la primera vez que se sintió mujer? Qué la hizo sentir así?

Cuando fue primera vez que se sintió hombre? Que lo hizo sentir así?

## CUERPO

Cómo era su cuerpo? Había algo que le gustara o no le gustara de su cuerpo? Lo molestaban por alguna parte de su cuerpo? Le admiraban alguna parte de su cuerpo?

Cómo ha cambiado su cuerpo con el tiempo? Cómo se siente con su cuerpo?

En las chicas: Ya inició a menstruar (Ya se desarrolló?)

Cuando fue la primera menstruación? Cómo fue la experiencia? Le habían hablado de eso? Quien? Que sintió después de eso?

En los chicos: Cuando fue la primera eyaculación? Cómo fue la experiencia? Le habían hablado de eso? Quién? Que sintió después de esto?

¿A qué edad tuvo sus primeras sensaciones con sus genitales?

¿Se ha masturbado?

- a. ¿Cuándo?
- b. ¿Cómo y dónde lo hace?
- c. ¿Alguien ha sabido en su casa?

¿Ha tenido alguna experiencia desagradable con el sexo en su niñez o en su adolescencia?

¿Cuál fue su primera relación afectiva (PAREJA)?

¿Cómo comenzó la relación? Por qué comenzó? ¿Cuántos años tenía Ud. y el o ella?

¿Qué le gustó de esa persona? Por qué decidió comenzar la relación? ¿Qué hacían? ¿A dónde iban? ¿Sabían en su casa? En la de el o ella? ¿Qué decían en su familia?

Cómo es la relación de pareja?

Cómo define a su pareja actual?

¿Su pareja le permite tomar decisiones a nivel sexual?

¿Han llegado a acuerdos a nivel sexual?

¿Qué tipo de caricias se hacen con la pareja?

¿Estando en qué lugares se acarician?

¿Cómo reaccionaría su papá y su mamá si se enterara? ¿

¿Se tocan de alguna forma los órganos genitales? (roce, caricias, etc..)

¿Qué lo estimula sexualmente? (películas, revistas etc.)

Ha tenido relaciones sexuales?

SI (Indague sobre)

¿Qué expectativas tenía antes de la primera vez?

¿Qué edad tenía Ud? Y su pareja? ¿Cómo era su pareja? ¿Por qué esa persona? ¿Hablaron de tener la relación? ¿Qué temores tenía? ¿Quién tomó la decisión? ¿Qué cree que le impulsó a tener la primera relación?. ¿Cómo fue? ¿Utilizaron alguna protección? ¿Sintió placer? ¿Cómo se sintió después? ¿Qué pasó después con esa persona?

¿Qué piensa de la virginidad? Y antes que pensabas?

¿Ha continuado teniendo relaciones sexuales? ¿Cuántos compañeros (as) sexuales? ¿Con qué frecuencia?

¿Qué le motiva a tener relaciones sexuales? ¿Qué motiva a su pareja?

¿Ha recibido presiones para tener relaciones sexuales?

¿Sabe qué son las ETS? ¿Y el VIH-SIDA? ¿Sabe cómo se previenen?

Ha tenido alguna vez enfermedades de transmisión sexual? En caso afirmativo ¿Qué hizo?

¿Conoce/ Usa algún método para prevenir embarazos? ¿conoce /usa algún método para prevenir enfermedades ¿Cuál? Con su pareja, ¿quién toma la decisión de usar el método? ¿Quién usa el método?

Que piensa sobre el aborto?

Donde y quienes le han enseñado sobre estos temas?

NO (indague sobre)

Qué expectativas tiene de su primera relación sexual?

Porqué no ha iniciado? Cual cree que es el momento oportuno para tener relaciones sexuales? Cómo deber ser la pareja?

Que piensa de la virginidad?

Que piensa sobre el aborto?

¿Sabe que son los métodos anticonceptivos?

¿Sabe qué son las ETS? ¿Y el VIH-SIDA? ¿Sabe cómo se previenen?

Donde y quienes le han enseñado sobre estos temas?

## CUERPO

Cómo percibe su cuerpo?

Cómo valora su cuerpo?

¿Tiene o has tenido fantasías sexuales? (al masturbarse, al acariciar a su pareja, durante la relación sexual o en cualquier otro momento)

¿Has tenido alguna experiencia sexual con alguien de tu mismo sexo? En caso afirmativo: ¿cómo

se has sentido?

¿Ha tenido alguna experiencia agradable o desagradable de intimidad física sexual con algún amigo(a), extraño(a) o miembros de tu familia?

¿Qué piensa de la homosexualidad?

¿Qué piensa de las violaciones?

¿Alguna vez ha sentido vergüenza, placer, bienestar por algo relacionado con el sexo?

Ud cuales cree que son los derechos sexuales y reproductivos de los hombres?

Y de las mujeres?

Cuéntenos que hizo el día de ayer

EN CASO DE ENCONTRAR ALGUNA PROBLEMÁTICA PARTICULAR –POR EJ. ABORTO, VIOLENCIA SEXUAL, ITS, ETC. – EL ENTREVISTADOR/A DEBERÁ PROFUNDIZAR EN ESE CASO ESPECÍFICO.

### **ANEXO 3. GUÍA DE RELATO DE VIDA DE EMBARAZO EN MENORES DE 15 AÑOS**

Proyecto de investigación “Estudio de caso de los determinantes sociales y los impactos biosicosociales del embarazo adolescente en menores de 15 años”

Previo al inicio del relato de vida es importante que la investigadora o investigador lea y comente el consentimiento informado a la niña entrevistada y se asegure de que ha entendido cada una de sus partes y que una vez hecho esto firme el consentimiento, al igual que la persona testigo de este acto y el investigador/a. Si la niña considera que requiere el consentimiento de los padres y/o tutores, se procederá con este consentimiento de la misma manera. Se guardarán los consentimientos para archivo. Si la niña o sus padres o tutores no saben firmar se les posibilitará el estampar su huella digital del índice derecho. No olvide pedir permiso para grabar la entrevista.

Guía de Relatos de vida

“Hay un relato de vida desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona, investigador o no, un episodio cualquiera de su experiencia vivida. El verbo “contar” (narrar) es aquí esencial: significa que la producción discursiva del sujeto ha adoptado una forma narrativa. [...]Al relacionar numerosos testimonios sobre la experiencia vivida de una misma situación social por ejemplo, se podrán superar sus singularidades para lograr, mediante una construcción progresiva, una representación sociológica de los componentes sociales (colectivos) de la situación (Bertaux, 2005: 36-37).

Partiendo de esta idea, lo más importante es lograr que la entrevistada nos narre su historia, nos la cuente, no se trata de hacer una sucesión de preguntas sino de que ella se adueñe de la situación y nos cuente y nosotros ayudemos a que desenvuelva su narración.

La entrevista narrativa se compone de dos partes:

En la primera se induce a la niña con historia de embarazo a que cuente su historia. Es necesario alentarla para que tome la dirección de la entrevista mostrando gran interés por lo que dice. No obstante se tiene que aprovechar la oportunidad de pedirle que se extienda sobre tal o cual punto

que forma parte de la guía de entrevista.

Segunda parte: Solo al final y si no está incluido en la narración nos remitiremos a la guía para insistir en los puntos que no se han tratado.

## PREGUNTAS GUÍA

Preguntas generales de contextualización:

Nombre

Edad actual

Donde vive?

Con quien vive?

Está afiliada a salud?

Pregunta de inicio para generar la narración:

Quisiera que usted me contara sobre el embarazo que tuvo

Aquí es importante, después del primer arranque narrativo, ubicar en el antes – durante y después del embarazo

¿Cuántos años tenía cuando quedó embarazada? ¿Cuál era su actividad?

¿Con quien vivía? Sola, familia ¿quiénes?, pareja. Quiénes la apoyaron y cómo?

¿Quién era su pareja? ¿Cuántos años tenía su pareja? ¿Si convive con ella? En que le ayudaba o ayuda? (cuidador – proveedor)

Tipo de unión con la pareja si están juntos?

¿Qué hacía o hace su pareja?

Inicio de su vida afectivo-sexual

¿Con quien hablaba de sexualidad – de relaciones sexuales? La familia? La madre? Las amigas?

Si estaba en el colegio recibió educación sexual? Que tipo?

Sus primeras parejas afectivas? El padre era la primera pareja, había tenido parejas antes?

Sus primeras relaciones sexuales? A qué edad?

Compañeros sexuales antes del embarazo? Número y edades

Uso de métodos anticonceptivos

Antecedentes de Infecciones de Transmisión sexual?

El Embarazo

Cómo se enteró que estaba embarazada?

Estaba planeado? Cuando supo que estaba en embarazo?

Que sensaciones tuvo? Cómo se sintió? (explorar emociones – era deseado, no deseado, eso cambió con el paso del tiempo – si cambió: por qué cambio?)

A quien o quienes les contó? Cómo reaccionaron?

Cuanto tiempo tenía de embarazo cuando se enteró?

Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando consulto a Salud por primera vez? Alguien la acompañó?

Como fue su experiencia en la primera consulta?

Quien la atendió?

Qué cosas recuerda que le dijeron?

La remitieron a algún otro profesional?

Que recomendaciones le dieron en esa primera consulta?

Si tuvo más controles prenatales? Quien la atendió?

Qué cosas recuerda de esos controles?

Alguna consulta que le haya llamado la atención?

La remitieron a un curso para preparación para el parto?

Recibió educación sobre el momento del parto?

Le dieron información sobre signos de alarma en los que se debía fijar y consultar si los tenía?

El Parto:

Me puede relatar la experiencia del parto, desde el momento que consultó. Por qué consultó?

Quien la atendió? Fue por cesárea o vaginal? Donde la atendieron? Quien la acompañó?

Cómo se sintió? Explorar emociones

Cuantos días estuvo hospitalizada?

Le dieron educación sobre lactancia materna, planificación familiar, usted eligió algún método anticonceptivo?

La citaron a controles?

La remitieron a otro centro o servicio?

¿Qué ha ocurrido después del parto? ¿Cómo ha cambiado su vida? ¿Quién la apoya?

#### ÚLTIMA PREGUNTA

¿Cómo es un día suyo desde que se levanta hasta que se acuesta?

#### CIERRE

Pregúntele a la Niña si tiene alguna pregunta, si es así respóndale. Insístale en que si ella lo considera podemos hacerle llegar la transcripción de la entrevista para que ella la conozca y también si desea que algo de lo dicho no se cite o utilice. Insista en la confidencialidad de lo que nos ha contado.

Cierre la entrevista diciéndole que es muy importante lo que nos ha contado para recomendar acciones de salud para prevenir el embarazo y para atender mejor a las mujeres.

#### NOTAS DE CAMPO

Tan importante como la entrevista, son las notas de campo que se hagan sobre la misma. Aquellas cosas que la niña no dice pero el investigador/a percibe durante la entrevista, incluidas sus propias sensaciones. Las notas de campo debieran ser escritas inmediatamente terminada la entrevista para evitar perdida de información. También pueden ser grabadas en la misma grabadora que se hizo la entrevista y luego transcritas.

