

**EMBARAZO Y MATERNIDAD ADOLESCENTE EN BUCARAMANGA:
CONOCIENDO A SUS PROTAGONISTAS**

LADY ALEXANDRA DURÁN OLIVEROS

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

BUCARAMANGA

2013

**EMBARAZO Y MATERNIDAD ADOLESCENTE EN BUCARAMANGA:
CONOCIENDO A SUS PROTAGONISTAS**

LADY ALEXANDRA DURÁN OLIVEROS

Proyecto de grado para optar al título de Trabajadora Social

Directora

RAQUEL MÉNDEZ VILLAMIZAR

Trabajadora Social

Tutor

HÉCTOR MAURICIO ROJAS BETANCOURT

Sociólogo

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

BUCARAMANGA

2013

*A mis padres, Jorge Enrique y Rocío,
a mi madrina Amparo Rodríguez,
a mi tía Claudia Contreras, a mis queridos familiares
y a mis valiosos amigos y amigas:
Son ustedes mi buena estrella,
todo su cariño y apoyo se traduce en este logro,
les estoy infinitamente agradecida.
Los llevo en el corazón.*

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. REFERENTE CONCEPTUAL	13
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	21
2.1 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	23
3. PRINCIPALES RESULTADOS	24
4. DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Evolución de la población adolescente en Bucaramanga entre 2010 y 2015.....	14
Gráfico 2. Tasa global de fecundidad en adolescentes 1970/75-2000/05 (hijos por mil mujeres de 15 a 19 años).....	15
Gráfico 3. Núcleo familiar, ocupación y nivel educativo de adolescentes gestantes en Bucaramanga.....	16
Gráfico 4. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) alguna vez embarazadas por edad y zona, Colombia 2010	18
Gráfico 5. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) alguna vez embarazadas por nivel educativo e índice de riqueza, Colombia 2010	19
Gráfico 6. Proceso metodológico de investigación matriz.....	22
Gráfico 7. Edad actual y edad del primer embarazo de las entrevistadas	24
Gráfico 8. Configuración familiar actual de las entrevistadas	27
Gráfico 9. Nivel educativo de los padres de la adolescente.....	28
Gráfico 10. Edad del padre del bebé	29
Gráfico 11. Nivel educativo de las adolescentes y de los padres de sus bebés ...	30
Gráfico 12. Dependencia económica y ocupación de las entrevistadas	31

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. La adolescente conocía de métodos anticonceptivos antes del embarazo	26
Tabla 2. ¿Las madres de las entrevistadas tuvieron embarazos precoces?	28
Tabla 3. Tabla de contingencia Ocupación actual de la adolescente * Vive con ...	31
Tabla 4. Tabla de contingencia Ocupación actual de la adolescente * Dependencia económica	32
Tabla 5. Relación: Edad del primer embarazo y nivel educativo de la adolescente	34

RESUMEN

TÍTULO: EMBARAZO Y MATERNIDAD ADOLESCENTE EN BUCARAMANGA: CONOCIENDO A SUS PROTAGONISTAS¹

AUTORA: DURÁN OLIVEROS, LADY ALEXANDRA²

PALABRAS CLAVE: embarazo adolescente, maternidad adolescente.

DESCRIPCIÓN

El embarazo y la maternidad adolescente en sí mismos manifiestan desigualdades sociales y son definidos como problemas por las implicaciones negativas que traen tanto para quienes lo viven como para sus familias. De acuerdo con diversos estudios se trata de un fenómeno asociado a determinantes sociales estructurales y próximos de la salud reproductiva de las adolescentes.

El presente documento, derivado de una pasantía de investigación en el proyecto “Percepciones, sentimientos, imaginarios y opiniones de las adolescentes en el municipio de Bucaramanga (Colombia) frente a los embarazos a temprana edad” liderado por el Grupo de Investigación en Población, Ambiente y Desarrollo de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander en convenio con la Universidad de Jaén (España); se propone exponer un primer análisis de las características socio-demográficas de quince adolescentes entrevistadas con una edad promedio de 16,27 años que viven o han vivido la situación de embarazo y/o maternidad adolescente, a la luz de los determinantes sociales de la salud.

La situación de embarazo trae para ellas cambios en la estructura familiar, la ocupación y la dependencia económica. Entre las entrevistadas, un menor nivel educativo está asociado con una edad más temprana de la primera gestación y el apoyo parental se identifica como factor clave para la permanencia escolar. La maternidad adolescente en los casos abordados es mayor que la paternidad adolescente, dado que el 73,3% de los padres de los bebés ya son adultos. Las recomendaciones que las entrevistadas hacen para prevenir el embarazo y la maternidad precoces pasan por el plano individual, familiar e institucional.

¹ Proyecto de grado.

² Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora: Raquel Méndez Villamizar. Tutor: Héctor Mauricio Rojas Betancourt.

ABSTRACT

TITLE: PREGNANCY AND TEEN MOTHERHOOD IN BUCARAMANGA: KNOWING TO ITS PROTAGONISTS³

AUTHOR: DURÁN OLIVEROS, LADY ALEXANDRA⁴

KEYWORDS: teenage pregnancy, teenage motherhood.

DESCRIPTION

Pregnancy and Teen Motherhood themselves manifest social inequalities and are defined as problems by the negative implications that bring both for those who live to their families. According to several studies it is a phenomenon associated with structural and next social determinants of adolescent reproductive health.

The present document, derived from an internship research project "Perceptions, feelings, imaginary and opinions of the teens in the town of Bucaramanga (Colombia) about pregnancies at an early age" led by the Research Group on Population, Environment and Development at the school of Social Work of the Universidad Industrial de Santander in agreement with the University of Jaén (Spain); intends to expose a first analysis of the socio-demographic characteristics of fifteen teenagers interviewed with an average age of 16.27 who live the situation of pregnancy and teen motherhood, in the light of the social determinants of health.

The situation of pregnancy brings them changes in the family structure, occupation and economic dependency. Among all respondents, a lower educational level is associated with an earlier age of first pregnancy and parental support is identified as a key factor for the school stay. Teenage motherhood in addressed cases is greater than teenage fatherhood, 73.3% of the parents of the babies are already adults. Recommendations that the respondents make to prevent early pregnancy and motherhood go through individual, family and institutional level.

³ Grade Project.

⁴ Industrial University of Santander. Faculty of Human Sciences. Social Work School. Director: Raquel Méndez Villamizar. Tutor: Héctor Mauricio Rojas Betancourt.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes o embarazo precoz ocurre mientras transcurre la adolescencia de la madre y se le suele considerar como un embarazo de alto riesgo ya que está relacionado con mayores probabilidades de morbi-mortalidad tanto para la madre como para su hijo/a. En sí mismos, el embarazo y la maternidad adolescente manifiestan desigualdades sociales y son definidos como problemas por las implicaciones negativas que traen tanto para quienes lo viven como para sus familias. De acuerdo con diversos estudios se trata de un fenómeno asociado a determinantes sociales estructurales y próximos de la salud reproductiva de las adolescentes.

La investigación de la que se deriva este trabajo, adelantada por el Grupo de Investigación en Población, Ambiente y Desarrollo G-PAD de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander en convenio con la Universidad de Jaén (España) tiene por objetivo analizar las percepciones, sentimientos, imaginarios y opiniones de adolescentes gestantes y madres adolescentes de Bucaramanga vinculadas al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF (en programa FAMI o en instituciones de protección) como también de adolescentes no institucionalizadas de estratificación social baja y alta en el municipio de Bucaramanga (Colombia) frente a los embarazos a temprana edad (GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN POBLACIÓN, AMBIENTE Y DESARROLLO, 2012).

En total, en el marco de la investigación matriz, se aplicaron quince entrevistas a adolescentes gestantes o adolescentes con hijos menores de 1 año con una edad promedio de 16,27 años, vinculadas al ICBF o de estratificación social baja, no logrando identificar casos de adolescentes en embarazo de estrato alto. El presente documento expone algunos resultados del análisis inicial de la información recabada y pone especial énfasis en la caracterización socio-demográfica de las adolescentes entrevistadas, a la luz de los determinantes

sociales de la salud reproductiva, con el propósito de aportar en la comprensión del fenómeno de estudio.

De modo general se puede decir que el embarazo y la maternidad adolescente en los casos abordados se encuentran asociados a determinantes sociales como la pobreza, el no uso de métodos anticonceptivos, inequidades de género y deserción escolar; todos ellos vinculados a desigualdades sociales. Dentro de las principales implicaciones del fenómeno en la vida de estas adolescentes están la reconfiguración de sus núcleos familiares, los cambios en la ocupación y la dependencia económica.

Como parte de las recomendaciones que las entrevistadas hacen para prevenir el embarazo en adolescentes están aquellas que pasan por el plano personal, familiar e institucional. Para sacar ventaja del bono demográfico se requiere de inversión en capital humano, con políticas macroeconómicas de educación y empleo, enfocadas especialmente en las y los jóvenes. Además, de acuerdo con la CEPAL y OIJ (2012) “las inversiones en la salud de los jóvenes, y en especial en su salud reproductiva, son primordiales para este aprovechamiento y para producir beneficios de larga duración dirigidos a las generaciones futuras” (pág. 38).

La apuesta de Trabajo Social en relación con el fenómeno de estudio debería estar orientada por la promoción de los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos y de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes, con un enfoque participativo, poblacional y de género.

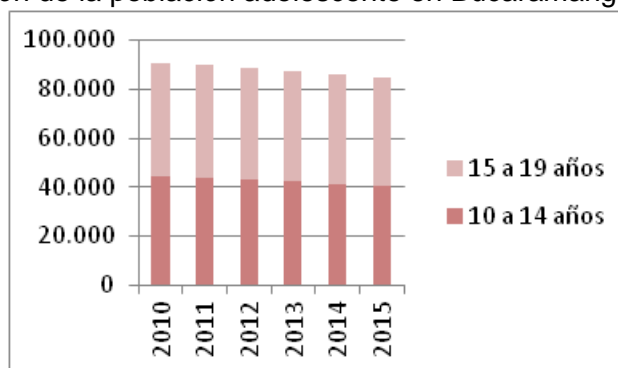
1. REFERENTE CONCEPTUAL

El concepto de “adolescencia” como etapa de vida es un constructo social relativamente moderno. Según Steinberg, citado por la Organización Panamericana de la Salud – OPS (2008), el término adolescencia se deriva del verbo en latín *adolescere* que significa “alcanzar la adultez”. Esta fase del ciclo vital humano actual aparece en los discursos científicos aproximadamente en la década de los sesenta del siglo pasado, en la que por diversos cambios políticos, económicos, sociales y culturales el/la adolescente se consolida como sujeto social de relevancia, especialmente en lo referido al progreso económico-social (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002).

Demográficamente, las y los adolescentes hacen parte de un grupo poblacional que corresponde con un entorno etario determinado, variante de acuerdo al contexto y generalmente ubicado entre los 10 y los 19 años. De acuerdo con el Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, la adolescencia se divide en tres etapas: adolescencia temprana o inicial (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia final o tardía (17 a 19 años) (Ministerio de la Protección Social - UNFPA Colombia, 2008, pág. 26).

En el año 2009 este grupo representaba el 18% del total de la población mundial y en América Latina y el Caribe correspondía a un total de 108 millones de personas, con un alto porcentaje viviendo en condiciones de pobreza (UNICEF, 2011). De acuerdo con proyecciones del DANE, la población de Colombia entre los 10 y 19 años en el 2012 era de 8.761.248 personas, lo que correspondía al 18,8% de la población total (DANE, 2011). Para el mismo año Bucaramanga, capital del departamento de Santander, estaba conformada en un 16,8% por adolescentes; el **Gráfico 1** muestra una proyección de la evolución de la población adolescente de la ciudad entre 2010 y 2015.

Gráfico 1. Evolución de la población adolescente en Bucaramanga entre 2010 y 2015



Fuente: elaboración propia con base en proyecciones del DANE (2011).

La tasa de crecimiento de la población adolescente tiende a disminuir en la región de América Latina y El Caribe, las cifras revelan que mientras el peso relativo de personas jóvenes entre 15 y 29 años, en el año 2000 con respecto a la población total, era de 28%; en el 2020 será de 24%(CEPAL, 2000). De hecho, casi todos los países iberoamericanos se encuentran transitando por el período de *bono demográfico*⁵. Es en este contexto de cambios demográficos que la persistencia de problemáticas relacionadas con la salud reproductiva de adolescentes como el embarazo precoz ocupan lugares destacados en las agendas públicas de la región.

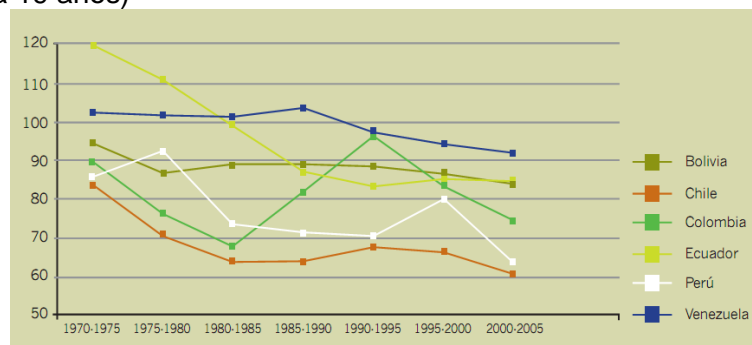
El embarazo en adolescentes o embarazo precoz ocurre mientras transcurre la adolescencia de la madre, se le suele considerar como un embarazo de alto riesgo ya que está relacionado con mayores probabilidades de morbi-mortalidad tanto para la madre como para su hijo/a.

Este tipo de embarazo es un fenómeno que ha sido estudiado desde mediados de la década de los setenta del siglo pasado y se muestra aún vigente. Así, aunque la fecundidad global ha tenido una disminución marcada desde dicha década en América Latina, la fecundidad adolescente muestra un comportamiento distinto,

⁵ Fase en la que el incremento de población en edad laboral y disminución de población dependiente posibilita el incremento de las tasas de ahorro y crecimiento de las economías.

siendo América Latina y el Caribe la única gran región del mundo en la que se registraron aumentos durante los últimos 30 años del siglo XX(ORAS-CONHU, 2009). Se estima que en esta región durante el periodo 2005-2010, la tasa específica de fecundidad de adolescentes entre los 15 y 19 años era de 76,2 por mil mujeres, solo superada por África; la tasa de América Latina y El Caribe superaba casi 6 veces la de Portugal y más de 8 veces la de España. En Colombia, así como en Brasil, Venezuela, República Dominicana y Panamá; se empezaron a experimentar aumentos en la fecundidad adolescente en etapas de plena transición demográfica (Naciones Unidas, 2008).

Gráfico 2. Tasa global de fecundidad en adolescentes 1970/75-2000/05 (hijos por mil mujeres de 15 a 19 años)⁶



Fuente: Tomado de (ORAS-CONHU, 2009, pág. 35)

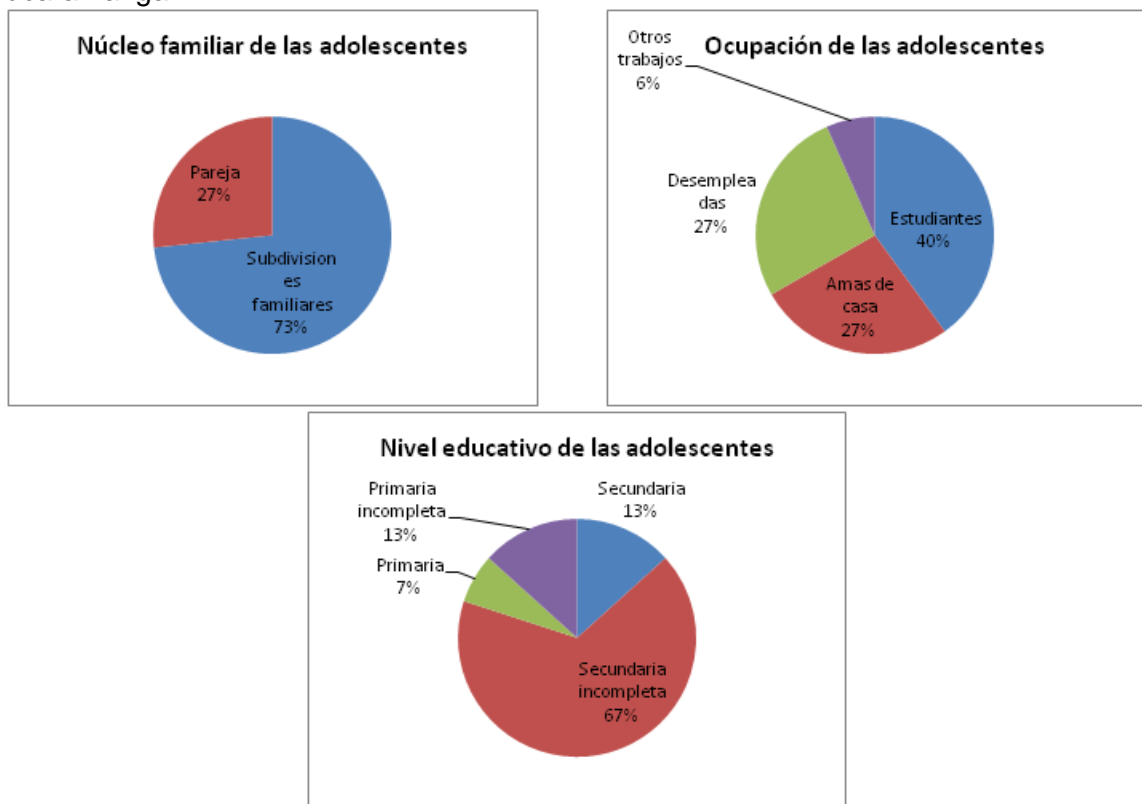
En el año 2009, la tasa de fecundidad adolescente en el departamento de Santander llegó a ser incluso mayor que la de la población considerada en edad fértil. Para el año 2012 el departamento registró una tasa general específica de fecundidad de 66,8 por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años(OSPS, 2012). Para el mismo año, la tasa de fecundidad en adolescentes en Bucaramanga fue de 76,6

⁶ La variabilidad para el caso colombiano puede deberse al poco acuerdo que existe en el país sobre los instrumentos de medición más adecuados para estudiar el fenómeno.

(2012), registrándose mayor número de embarazos adolescentes en las comunas 1, 2 y 3 de la ciudad (Martínez, 2013).

Una infografía sobre el embarazo adolescente en la ciudad con datos de la secretaría de salud de Bucaramanga (Martínez, 2013)⁷ exhibe que el 73,5% de las adolescentes gestantes encuestadas vive con subdivisiones familiares (padres y hermanos; compañeros, padres y suegros), 40% son estudiantes y el nivel de estudios del 66,7% es secundaria incompleta. El **Gráfico 3** expone mejor estos datos.

Gráfico 3. Núcleo familiar, ocupación y nivel educativo de adolescentes gestantes en Bucaramanga



Fuente: elaboración propia con datos de Martínez (2013)

⁷ Estudio realizado en el 2012 en Bucaramanga con 1200 jóvenes de instituciones educativas oficiales de la ciudad.

De acuerdo con Naciones Unidas (2007), el embarazo y la maternidad en adolescentes se encuentran vinculados con la “ausencia de derechos reproductivos efectivos y de protección ante situaciones de riesgo de menores de edad” (pág. 2).

Dentro de los determinantes del embarazo adolescente están aquellos denominados *estructurales* tales como la pobreza, la violencia, las inequidades sociales y de género (ORAS-CONHU, 2009). Diversos estudios muestran que, si bien los estratos socioeconómicos no están exentos, se trata de un fenómeno que afecta en mayor medida a adolescentes pobres y con bajo nivel educativo, por lo que en sí mismo, el embarazo adolescente manifiesta desigualdades sociales (Climent, 2009). La articulación embarazo adolescente – pobreza expone a estas adolescentes y a su descendencia a la extensión del círculo intergeneracional de pobreza en al menos una generación (ORAS-CONHU, 2009).

La persistencia de altas tasa de fecundidad adolescente está relacionada, además de los determinantes estructurales, con *determinantes próximos* como el inicio temprano de actividad sexual, la no utilización de métodos anticonceptivos y educación sexual insuficiente en los sistemas educativos de los países (ORAS-CONHU, 2009).

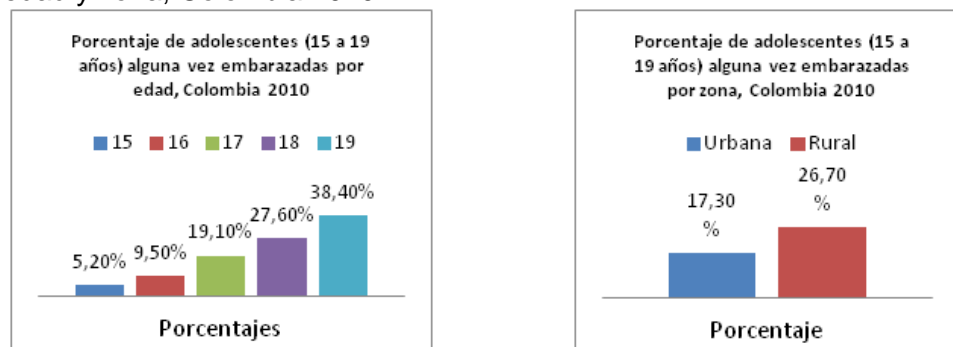
Algunas características propias de la adolescencia como la dificultad para prever y tomar decisiones, así como para comunicarse asertivamente y negociar son también aspectos asociados a la materialización de embarazos no deseados. Del mismo modo, la propensión natural de las y los adolescentes de asumir riesgos y poner a prueba los límites de comportamientos socialmente aceptables los ponen en una condición de vulnerabilidad (UNICEF, 2011).

Según la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), “la SSR de la población adolescente comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la

reproducción” (Ministerio de la Protección Social, 2003, pág. 36). Sin embargo, según datos revelados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS (Profamilia, 2010), algunas manifestaciones de la SSR de adolescentes y jóvenes en Colombia dan cuenta de la forma como los determinantes anteriormente mencionados están incidiendo de manera negativa en este ámbito, a continuación se mencionan algunas de dichas manifestaciones:

- En el año 2010, la tasa específica de fecundidad adolescente en Colombia era de 84 por mil, es decir, el 20% de las adolescentes (una de cada cinco) entre 15 y 19 años había estado alguna vez embarazada. Las cifras revelan una disminución en comparación con los resultados de la ENDS, 2005 en la que la tasa específica de fecundidad para este grupo poblacional se estimó en 90 por mil (Profamilia, 2010). El **Gráfico 4** expone el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas por edad y zona.

Gráfico 4. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) alguna vez embarazadas por edad y zona, Colombia 2010

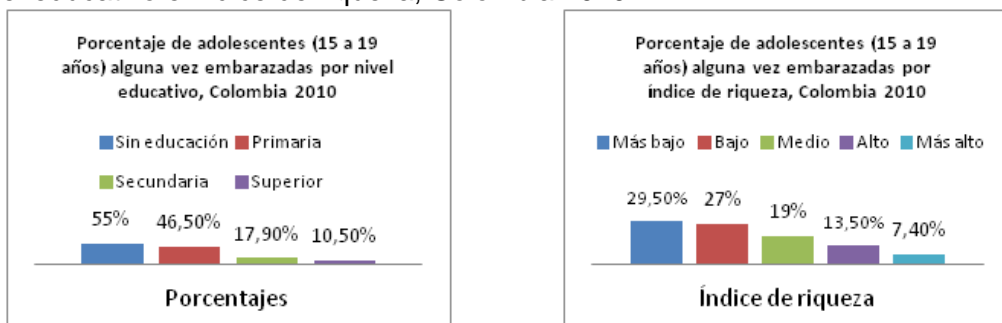


Fuente: elaboración propia con datos de (Profamilia, 2010).

- Los porcentajes de mujeres entre los 15 y 19 años alguna vez embarazadas de acuerdo al nivel educativo y el índice de riqueza se exponen en el **Gráfico 5**. Las mujeres entre 20 y 24 años dentro del grupo con índices de riqueza más bajos iniciaron su actividad sexual en promedio

a los 16,6 años en contraste con las mujeres que hacen parte del índice de riqueza más alto cuya edad mediana es de 18,1.

Gráfico 5. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) alguna vez embarazadas por nivel educativo e índice de riqueza, Colombia 2010



Fuente: elaboración propia con datos de (Profamilia, 2010).

- En Colombia el conocimiento de métodos anticonceptivos es universal en mujeres en edad fértil (13 a 49 años), el 85% ha usado alguna vez un método siendo el condón, la inyección, la píldora y el retiro los más utilizados por adolescentes entre los 15 y 19 años; sin embargo, solo el 26,5% de estas mujeres usa actualmente algún método de anticoncepción.
- En cuanto a la utilidad de la educación sexual, tres de cada cinco mujeres menores de 25 años, especialmente las de menor educación, consideran que les ha faltado más educación sexual para su vida diaria.

Las implicaciones del embarazo adolescente son múltiples y afectan tanto al binomio madre-hijo, como a su familia y su pareja. Además de los riesgos en salud, el embarazo precoz afecta adversamente el desempeño socioeconómico de las madres y la movilidad social, y se convierte en un obstáculo para superar la pobreza. Los embarazos adolescentes, por ejemplo, explican casi 10 por ciento de todos los casos de deserción escolar entre las mujeres menores de veinte años (Gaviria, 2002). Es en esta medida que este fenómeno “se define como un problema al vincularse con consecuencias no deseadas ni previstas” (Climent, 2009, pág. 222).

La maternidad adolescente es mayor que la paternidad adolescente. El embarazo adolescente deriva también en inequidades de género ya que las consecuencias del embarazo no deseado son padecidas en mayor medida por las mujeres bien sea porque los hombres tienden a eludir su responsabilidad, porque la responsabilidad de la prevención se adjudica a la mujer o porque, en caso de que se cuiden, las adolescentes sexualmente activas son objeto de discriminaciones por ello (ORAS-CONHU, 2009). Las dificultades para compatibilizar la crianza con la permanencia escolar y la inserción laboral, favorecen la exclusión social de las madres adolescentes (Naciones Unidas, 2008).

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

La pasantía de investigación es entendida, según el Acuerdo No. 004 de 2007 de la Universidad Industrial de Santander, como una modalidad de proyecto de grado en la cual el estudiante se involucra “en el desarrollo de un proyecto de investigación en marcha, aportando en alguno de sus componentes” (CONSEJO SUPERIOR DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, 2007, pág. 5). En esta medida, el presente artículo fue desarrollado bajo dicha modalidad y es derivado de la investigación “Percepciones, sentimientos, imaginarios y opiniones de las adolescentes en el municipio de Bucaramanga (Colombia) frente a los embarazos a temprana edad” liderada por el Grupo de Investigación en Población, Ambiente y Desarrollo de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander en convenio con la Universidad de Jaén (España).

La investigación en mención cuenta con un diseño de tipo cualitativo y tiene como objetivo general “Analizar las percepciones, sentimientos, imaginarios y opiniones de adolescentes vinculadas a programas del ICBF como también de adolescentes no institucionalizadas de estratificación social baja y alta en el municipio de Bucaramanga (Colombia) frente a los embarazos a temprana edad” (GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN POBLACIÓN, AMBIENTE Y DESARROLLO, 2012).

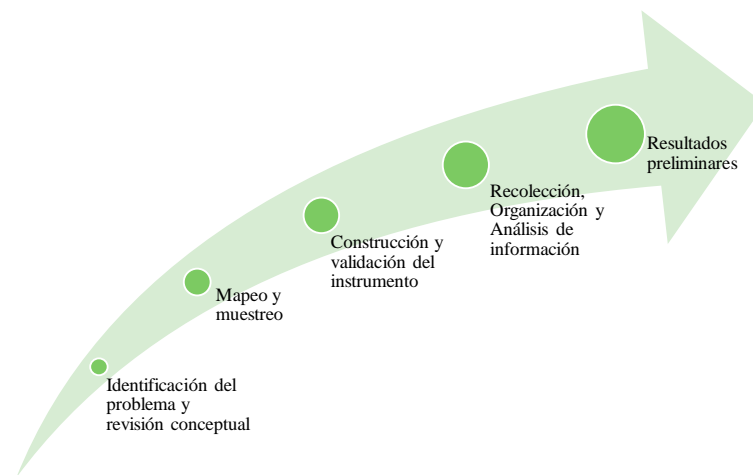
Metodológicamente, el proyecto está formulado desde la *Investigación Acción* por su propósito de contribuir a la construcción de política pública de prevención de embarazo adolescente en el municipio de Bucaramanga, sin embargo, dicha opción metodológica no es claramente evidente en la información expuesta en el presente artículo dado que este se trata de un primer ejercicio de análisis realizado para contribuir con el logro del siguiente objetivo específico de investigación:

Determinar las percepciones, sentimientos y opiniones de las adolescentes frente a su rol, analizar los factores de riesgo que incidieron en que se presentaran los

embarazos en este grupo de población e indagar acerca de los imaginarios que tienen las adolescentes frente a un nuevo embarazo y las formas de prevención. (GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN POBLACIÓN, AMBIENTE Y DESARROLLO, 2012)

El proceso metodológico que se ha seguido en la investigación matriz se expone en el siguiente gráfico:

Gráfico 6. Proceso metodológico de investigación matriz



Fuente: elaboración propia

Se eligió la entrevista en profundidad como técnica de recolección de información, contando con una guía de entrevista en profundidad validada con prueba piloto como instrumento de recolección.

El procedimiento básico que se siguió para la fase de Recolección, organización y análisis de información fue: selección de la muestra, solicitud de consentimiento informado a las adolescentes a entrevistar, aplicación de entrevistas, organización de la información (transcripción) y análisis de la información. Con respecto a esta última, vale decir que se encuentra en desarrollo y que si bien la investigación matriz opta por el método de análisis de discurso para su realización, para efectos

del presente artículo se hace énfasis en el análisis descriptivo de características sociodemográficas de las adolescentes entrevistadas con apoyo del programa de análisis estadístico SPSS.

2.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por adolescentes gestantes o madres adolescentes con hijos menores de 1 año vinculadas a programas del ICBF (Familia, Mujer e Infancia – FAMI – e Instituciones de Protección) como también por adolescentes gestantes o madres adolescentes con hijos menores de 1 año no institucionalizadas de estratificación social baja y alta, del municipio de Bucaramanga.

Se realizó un muestreo selectivo por edad (muestreo no probabilístico por conveniencia). En total, se entrevistaron a 15 adolescentes gestantes o madres adolescentes con hijos menores de 1 año. De las quince entrevistadas, el 60% se encuentra vinculada al programa FAMI y el 20% a instituciones de protección del ICBF, mientras que el 20% restante hace parte de la estratificación social baja. En la etapa de muestreo no fue posible identificar casos de adolescentes con estas características en estratos socioeconómicos altos.

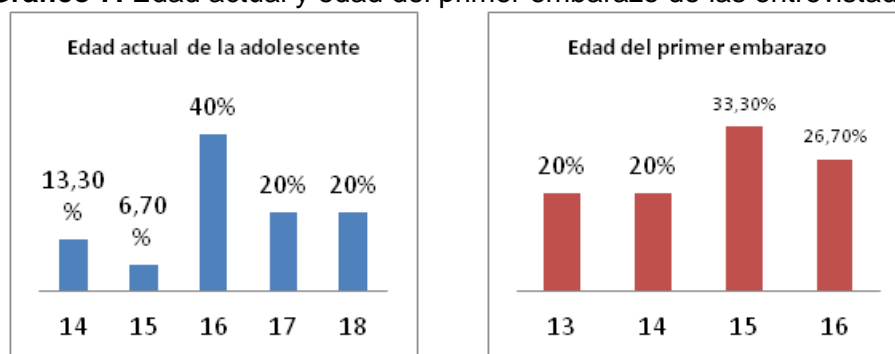
Los parámetros cuantitativos de la selección de esta muestra responden a la naturaleza del enfoque cualitativo y a los objetivos de la investigación, según los cuales las subjetividades de los casos a analizar son más relevantes que la cantidad de los mismos.

3. PRINCIPALES RESULTADOS

De acuerdo con la información suministrada por el ICBF, en el año 2013 las adolescentes gestantes o madres adolescentes con hijos menores de 1 año vinculadas al programa Familia, Mujer e Infancia – FAMI tienen en promedio 16,25 años de edad.

La edad promedio de las adolescentes entrevistadas es de 16,27 años y la edad promedio del primer embarazo estuvo en 14,67 años. Las frecuencias para estas dos variables se muestran en el **Gráfico 7**.

Gráfico 7. Edad actual y edad del primer embarazo de las entrevistadas



Fuente: elaboración propia

El 53,3% de las viviendas de las adolescentes hace parte del estrato 1, el 33,3% del estrato 2 y el 13,3% del estrato 3, con la salvedad de que en éste último uno de los casos lo reporta porque es el estrato de la institución que la acoge actualmente. La prevalencia de estratos bajos y la dificultad para encontrar casos de adolescentes gestantes en estratificación social alta corresponden con el diagnóstico publicado por ORAS-CONHU (2009), al poner de manifiesto la mayor afección del fenómeno a mujeres adolescentes en situación de pobreza como una de las desigualdades sociales asociadas al mismo.

En lo que refiere a seguridad social, el 80% está adscrito al régimen subsidiado de salud. Pese a que a nivel nacional y local se ha impulsado el Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes como forma de mejorar la atención en salud dirigida a este grupo poblacional, con énfasis en su salud sexual y reproductiva, algunas informantes reportan haber recibido malos tratos de parte del personal de salud de las I.P.S. por su condición de adolescentes gestantes, las siguientes fichas evidencian mejor este punto:

Código informante: C12, NR_14

“Fueron amables de la UIMIST, del hospital me trataron feo... que porque yo era una niña, que eso no era pa’ que estuviera embarazada, que quién me mandó... y yo escuchaba una enfermera que decía que si no demandaba al papá de la bebé no me dejaban salir del hospital”.

Código informante: C5, YG_16

“Por lo menos en los puestos de salud lo que pasa es que... porque yo lo viví, porque las enfermeras creen que porque uno es joven no siente, uno tiene que esperar porque según ellas uno le duele aquí y uno es mentiroso porque “ay usted es una culi-cagada”, lo tratan como mentiroso, como si uno no sintiera, porque uno es menor de edad”

Código informante: C6, MJCS_17

“Pues a mí en el centro de salud me pareció muy bonito, la jefe sobre todo muy linda, pero en la UIMIST sí pésima atención, pues yo lo digo porque a mí me atendieron muy mal y a mi cuñada también ¿no les dijo? no sé por qué, pero no me gustó la UIMIST... era un doctora toda gorda que lo trataba mal a uno”.

El 73,3% de las adolescentes entrevistadas ha tenido un embarazo y el 26,7% ha tenido dos embarazos, solo una de ellas testifica haber tenido un aborto de tipo

involuntario. En cuanto al número de hijos al momento de la entrevista el 40% se encontraba en gestación, 46,7% ya era madre de un hijo y el 13,3% era madre de dos hijos.

De forma similar a lo publicado en la ENDS 2010 (Profamilia, 2010), en la que el conocimiento de anticonceptivos en mujeres en edad fértil es universal, el 73,3% de las adolescentes entrevistadas sabía sobre métodos anticonceptivos antes de quedar en embarazo; al respecto, dicen que las principales fuentes que le proveyeron información relacionada fueron el colegio, los centros de salud y sus madres. La información sobre el conocimiento de las adolescentes de métodos anticonceptivos antes del embarazo se expone en la **Tabla 1**.

Tabla 1. La adolescente conocía de métodos anticonceptivos antes del embarazo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	11	73,3%
	No	4	26,7%
	Total	15	100,0%

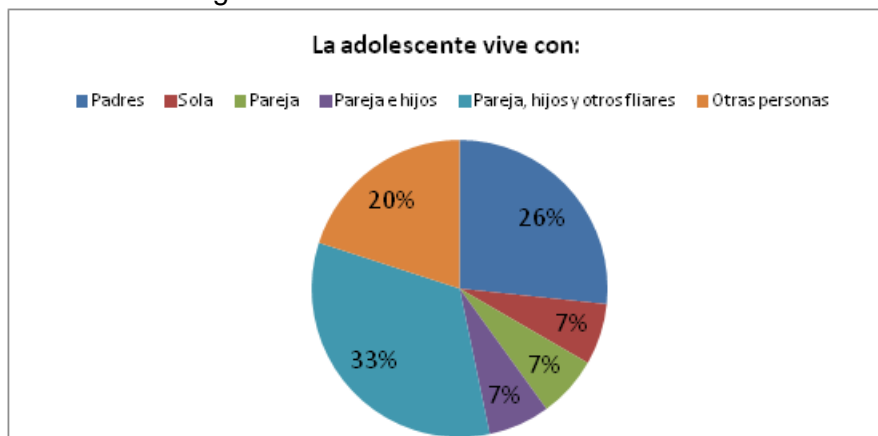
Fuente: elaboración propia

De los embarazos de las adolescentes entrevistadas, aproximadamente el 73% no fueron planeados, presentándose algunos casos de olvido o fallo del método anticonceptivo. En consonancia, los principales sentimientos ante la confirmación del embarazo fueron tristeza, preocupación, miedo, angustia y alegría. Una de las entrevistadas testifica haber sido víctima de violación por parte de su padre biológico, de la cual es producto su primer hijo.

Al presente, la mayoría de las adolescentes entrevistadas vive con la pareja, hijos y otros familiares (suegros), seguidas por quienes viven con sus padres. La familia de las parejas de las adolescentes sufre transformaciones en su estructura al

acogerlas por motivo del embarazo y se convierte en apoyo para afrontarlo. El **Gráfico 8** expone la configuración familiar actual de las entrevistadas, la variable “Otras personas” hace referencia a los sujetos con quienes conviven las adolescentes que se encuentran bajo protección del ICBF.

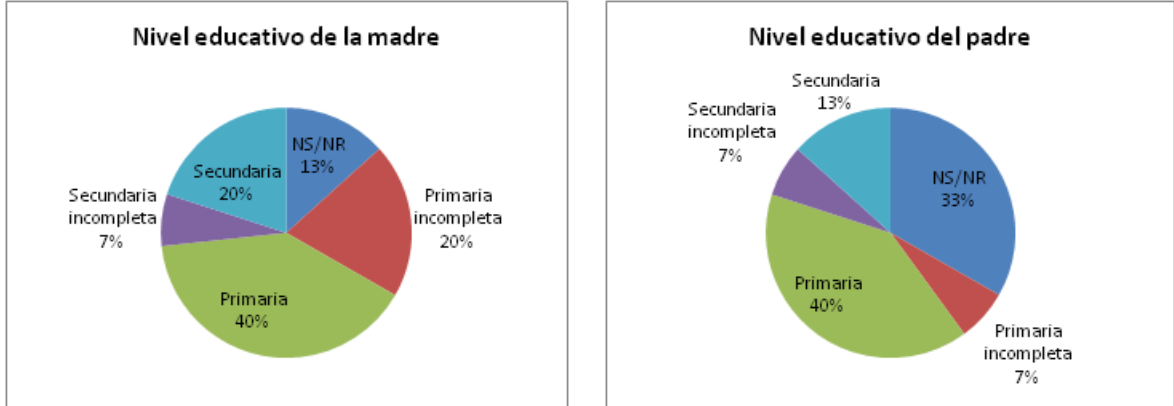
Gráfico 8. Configuración familiar actual de las entrevistadas



Fuente: elaboración propia

El nivel educativo más frecuente tanto para padres como para madres de las adolescentes entrevistadas es *primaria* con el 40% en ambos casos, seguido en el caso de las madres por *primaria incompleta* con el 20% y en el caso de los padres por *No sabe/ No responde* con el 33,3%; esto último pone de manifiesto una situación relevante que emergió en las entrevistas: padres ausentes del núcleo familiar de las entrevistadas. Este fenómeno se agudiza, tanto referido a madres como a padres, en los casos de adolescentes en protección, quienes son las que más contribuyen con la variable *NS/ NR*.

Gráfico 9. Nivel educativo de los padres de la adolescente



Fuente: elaboración propia

Contrario a la característica de repetición inter-generacional que tradicionalmente ha presentado el fenómeno del embarazo precoz, no se logra en los casos abordados establecer una relación entre sus embarazos y la edad del primer embarazo de sus madres.

Tabla 2. ¿Las madres de las entrevistadas tuvieron embarazos precoces?

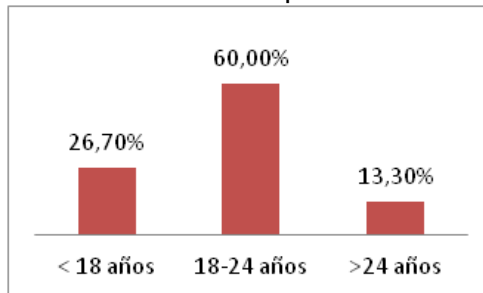
		Porcentaje
Válidos	Sin dato	13,3%
	Si	40%
	No	40%
	NS/NR	6,7%
	Total	100,0

Fuente: elaboración propia

La edad media del padre del bebé es de 20,21 años; el 73,3% de estos hombres ya es mayor de edad, mientras que el 26,7% hace parte de la categoría *padre adolescente*; estos resultados guardan relación con lo afirmado por UNFPA citado en el informe diagnóstico de ORAS-CONHU (2008), a saber, que la maternidad

adolescente es mayor que la paternidad adolescente dado que “la mayoría de los hijos de madres adolescentes tienen como padre a un adulto” (pág. 10). Del total de estos hombres, el 60% acompaña actualmente a la adolescente y el 40% no lo hace, bien sea por la finalización de la relación de pareja, por tensiones familiares que obstaculizan la relación o por abandono.

Gráfico 10. Edad del padre del bebé



Fuente: elaboración propia

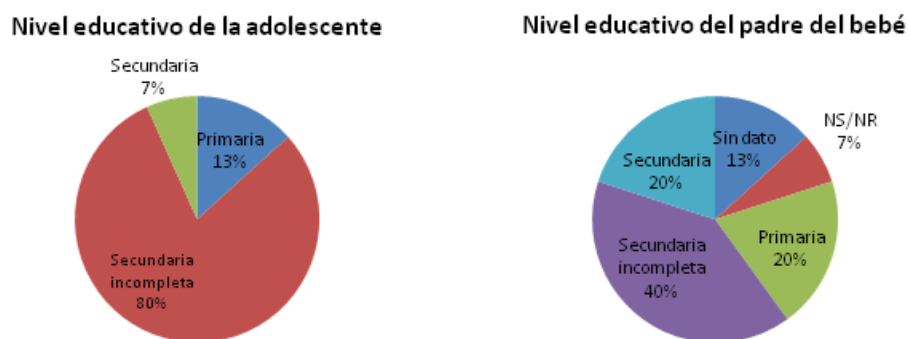
La configuración padre adulto-madre adolescente suscita escenarios de tensión familiar e institucional, especialmente en uno de los casos abordados, ya que por la amplia diferencia de edad (padre de 23 años y madre de 14 años) la ley colombiana le considera como abuso sexual. La siguiente ficha expone un relato de este caso que ilustra mejor dicha tensión:

Código informante: C12, NR_14

“... por el caso de la Fiscalía no hemos podido hablar nada de eso, pero él si me llama porque él sí sabía que era un delito porque él es mayor de edad, me pregunta por la bebé, cuando estaba embarazada me llamaba que cómo seguía, pero como mis papás no lo conocen tampoco yo no quería decir nombre ni nada sino hasta ahorita, estamos en ese proceso, entonces más adelante, si las cosas se dan bien, yo les doy el nombre y entonces hablamos, pero por el momento no.”

El nivel educativo más frecuente tanto para las adolescentes entrevistadas como para los padres de sus bebés es *secundaria incompleta*, uno de los casos de adolescentes bajo protección del ICBF es el único de los quince abordados que ha logrado finalizar sus estudios de secundaria. El **Gráfico 11** expone las frecuencias de estas variables.

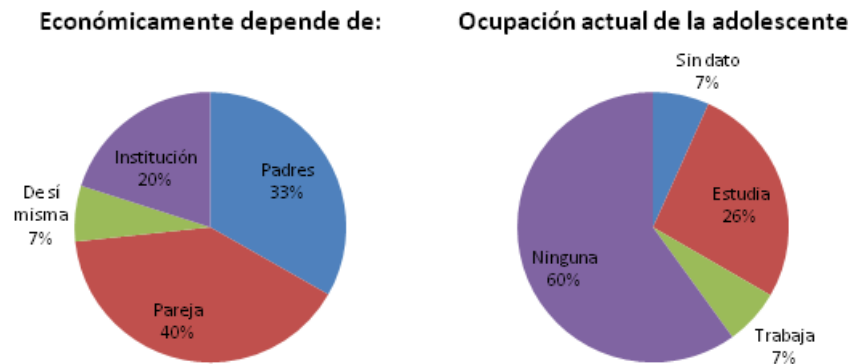
Gráfico 11. Nivel educativo de las adolescentes y de los padres de sus bebés



Fuente: elaboración propia

Para los casos abordados, la dependencia económica radica principalmente en la pareja, seguida por la dependencia de los padres; solo una de las quince entrevistadas depende económicamente de sí misma, contando con un empleo informal como medio para su propio sostenimiento y el de su hijo. La dependencia económica y la ocupación de las entrevistadas se muestran en el **Gráfico 12**.

Gráfico 12. Dependencia económica y ocupación de las entrevistadas



Fuente: elaboración propia

En este punto se establece una relación entre la ocupación actual de las adolescentes y la configuración actual de sus hogares, así, el vivir con sus padres o en contextos de protección favorece la continuación de los estudios, mientras que la convivencia con la pareja y en especial con la pareja y sus familiares conlleva a que la adolescente no se desempeñe en ninguna labor fuera del hogar, quedando generalmente encargada de trabajos domésticos y asumiendo su pareja el rol de proveedor, con apoyo de sus familiares.

Tabla 3. Tabla de contingencia Ocupación actual de la adolescente * Vive con

Ocupación actual de la adolescente	Vive con						Total
	Padres	Sola	Pareja	Pareja e hijos	Pareja, hijos y otros familiares	Otras personas	
Estudia	3	0	0	0	0	1	4
Trabaja	0	1	0	0	0	0	1
Ninguna	1	0	1	1	5	1	9
Sin datos	0	0	0	0	0	1	1
Total	4	1	1	1	5	3	15

Fuente: elaboración propia

Siguiendo esta línea, quienes dependen económicamente de sus parejas no desempeñan ninguna labor, siendo esto un aspecto que puede llegar a favorecer la crianza del bebé pero que en el largo plazo podría llegar a ser nocivo para el ascenso social de estas madres adolescentes. Por su parte, 3 de las 5 adolescentes que dependen económicamente de sus padres se encuentran estudiando; podría decirse que el contar con apoyo parental permite a la adolescente afrontar su embarazo y maternidad de modo que no afecte la consecución de sus logros académicos. Por último, el depender económicamente de sí misma lleva a una de las adolescentes entrevistadas a tener un empleo informal con largas jornadas bajo deficientes condiciones laborales.

Tabla 4. Tabla de contingencia Ocupación actual de la adolescente * Dependencia económica

		Económicamente depende de				Total
		Padres	Pareja	De sí misma	Institución	
Ocupación actual de la adolescente	Estudia	3	0	0	1	4
	Trabaja	0	0	1	0	1
	Ninguna	2	6	0	1	9
	Sin datos	0	0	0	1	1
Total		5	6	1	3	15

Fuente: elaboración propia

Durante las entrevistas emergieron casos en los cuales el embarazo y la maternidad en sí mismos fueron motivo de deserción escolar. Sin embargo, prevalecen los casos en los que por dificultades económicas de sus familias o por decisión propia generalmente asociada al desinterés por el estudio, abandonaron las aulas antes del embarazo, configurando posteriormente su vida en torno a la maternidad y la vida en pareja. Las siguientes fichas muestran relatos asociados con esto:

Código informante: C9, APD_16

“(dejó el colegio hace dos años) porque lo conocí a él, nos volamos (ríe)...él entró a estudiar allá y él empezó ahí que las bobadas y bueno, nos resultamos de novios y llevábamos cinco meses y ya yo no quería sino estar con él, y ya no me gustaba ni ir al colegio ni nada y él tampoco, nos la pasábamos era los dos (ríe) y él me dijo que nos fuéramos...”

Código informante: C12, NR_14

“No, hasta ahorita voy a empezar a estudiar, porque el año pasado me salí porque mi embarazo era de alto riesgo, tuve dolores, contracciones, yo estudié porque todas las amigas en el colegio... entonces hasta ahorita que salga de dieta voy a empezar a estudiar”

Código informante: C6, MJCS_17

“Yo me retiré porque mi mamá no me podía dar las cosas, ella me daba pero ella no podía siempre, mi papá no me ayudaba, era mucha tortura que pa’ los buses pal desayuno ¿sí? Mi mamá me daba pero ella no podía siempre y yo la entiendo... pero yo sí quería estudiar y ahorita más, tengo más ganas de estudiar para que de aquí mañana mi hijo me pregunte algo y yo poder responderle, no quedarme “Uy papi no sé nada”, yo quiero estudiar pa’ sentirme orgullosa y que mi hijo se sienta orgulloso”.

Código informante: C5, YJG_16

“Estaba estudiando pero es que ella (refiriéndose a la hija) no, porque ella no se deja cuidar es que llora mucho y eso, no se deja”.

En este punto, con el análisis estadístico de la información sociodemográfica suministrada por las adolescentes, se logró identificar una relación entre la edad del primer embarazo y el nivel educativo de las entrevistadas, así un menor nivel educativo está asociado con una edad más temprana de la primera gestación. No

obstante, hay una excepción que cabe aclarar; el único caso que ha finalizado sus estudios secundarios corresponde a una adolescente que se encuentra bajo protección del ICBF, ella tuvo su primer embarazo a los trece años de edad debido a que fue víctima de una violencia sexual intrafamiliar y la finalización de sus estudios se dio una vez fue acogida por la institución y no por la existencia de condiciones favorables en su hogar de origen.

Tabla 5. Relación: Edad del primer embarazo y nivel educativo de la adolescente				
	Nivel educativo adolescente	Edad del primer embarazo (Media)	N	Desv. típ.
	Primaria	13,50	2	,707
	Secundaria incompleta	15,00	12	,953
	Secundaria	13,00	1	.
	Total	14,67	15	1,113

Fuente: elaboración propia

Además de los cambios socio-familiares producto de la situación de embarazo y maternidad adolescente y de las implicaciones del fenómeno en su vida escolar, las adolescentes se enfrentan a afecciones en su salud y cambios corporales que afectan su autoestima.

Las entrevistadas manifiestan el deseo de continuar con sus estudios e identifican la formación profesional como una forma de garantizar empleos mejor remunerados y, por ende, la posibilidad de brindar mejor calidad de vida a sus hijos/as. No obstante, la misma situación de embarazo precoz y maternidad adolescente se convierte en un obstáculo para el logro de estos objetivos en el corto plazo. Uno de los relatos de las entrevistadas da cuenta de lo anterior:

Código informante: C8, FG_16

“Quiero estudiar, quiero ahorita que el niño pues, quería estudiar ahorita en junio seis meses, pero no tengo quién me cuide el niño ni nada, yo sí quiero seguir estudiando para graduarme y estudiar una carrera o algo pero el problema es que no tengo quien me cuide el niño ni nada.”

Código informante: C1, ID_14

“Comenzar otra vez a estudiar porque lo más necesario es el estudio para sacar a mi hija adelante”

Dentro de las recomendaciones que las adolescentes entrevistadas hacen para prevenir el embarazo y la maternidad precoces, están aquellas que pasan por el plano individual, familiar e institucional: uso de métodos anticonceptivos, solicitar información en centros de salud, mejorar la cantidad y la calidad de información sobre salud reproductiva que puedan dar los padres y las familias, mejorar la accesibilidad a los métodos de planificación y garantizar gratuidad, aumentar calidad y cantidad de campañas y programas educativos gratuitos sobre salud reproductiva tanto en colegios como en barrios y centros de salud, y que las mismas estén dirigidas a hombres y a mujeres.

4. DISCUSIÓN

La adolescencia es una etapa compleja del ciclo vital caracterizada por estar cargada de cambios en los planos social, físico y psicológico; es un periodo en el que las personas se enfrentan a vulnerabilidades y posibilidades (UNICEF, 2006). Tradicionalmente se ha dividido en tres categorías: adolescencia inicial, adolescencia media y adolescencia tardía; las adolescentes entrevistadas asumieron embarazos mayoritariamente en su adolescencia media (14 a 16 años), etapa en la que se acentúa el distanciamiento con los padres, aumenta la socialización con pares del sexo opuesto, normalmente se da el inicio de la actividad sexual y hay una mayor tendencia a vincularse a actividades colectivas (Ministerio de la Protección Social - UNFPA Colombia, 2008).

Dentro de los principales determinantes sociales – condiciones de vida que impactan la salud de las personas – que incidieron en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes entrevistadas están la familia, la pobreza, la cultura, la deserción escolar, la no utilización de métodos anticonceptivos y la violencia basada en género, referida esta última específicamente al acceso carnal violento del que fue víctima una de las informantes. El haber transitado la adolescencia media afrontando un fenómeno como el embarazo precoz da cuenta, de acuerdo con Naciones Unidas (2007), de la ausencia de derechos reproductivos efectivos y de la exposición a situaciones de riesgo en salud sexual y reproductiva.

La relación que se estableció entre nivel educativo y edad del primer embarazo, así como el alto porcentaje de adolescentes en estratificación social baja guarda relación con los datos expuestos por la ENDS 2010 (Profamilia, 2010). Vale retomar en este punto a Climent (2009), quien afirma que se trata de un fenómeno que afecta en mayor medida a adolescentes pobres y con bajo nivel educativo, por lo que en sí mismo, el embarazo adolescente manifiesta desigualdades sociales. Igualmente, el que las entrevistadas establezcan relaciones de dependencia

económica con sus parejas y se ocupen en su mayoría exclusivamente a la crianza, se convierten en factores potencialmente negativos para su futuro. Así, según el informe de ORAS-CONHU (2008):

Ser madre antes de desarrollar los recursos y habilidades personales para una maternidad efectiva –estar educadas, acumular conocimientos adecuados sobre salud, comenzar a trabajar y participar en la comunidad– restringe las opciones de vida de las adolescentes, pudiendo condenarlas a la pobreza, y pone en peligro a sus niños. (pág. 4)

Una clara manifestación de lo anterior, es el obstáculo que empieza a representar la maternidad en el logro de las metas académicas que tienen las adolescentes entrevistadas, situación que se agudiza si las mismas no cuentan con una red de apoyo familiar o social que las reemplace de modo temporal en las labores de crianza de sus hijos.

Por otro lado, entre las entrevistadas las historias de deserción escolar previas a la situación de embarazo son comunes y en este punto cabe recordar, siguiendo a Gómez Sotelo, et al. (2012), que el permanecer en el sistema educativo es uno de los principales factores protectores ante situaciones de riesgo en la adolescencia. Se considera que

La exclusión educativa, además de ser determinante de desventaja en la adolescencia, tiene implicaciones directas en su salud sexual y reproductiva ya que el logro educacional es una variable predictiva para resultados de salud sexual y reproductiva como son el embarazo, la fecundidad y el uso del condón. (UNFPA, Equipo de apoyo técnico de América Latina y El Caribe, 2005, pág. 26)

En un breve acercamiento a la categoría *género*, es posible decir que se hace presente en los casos abordados como determinante estructural del embarazo y como implicación, en la medida en que las adolescentes toman casi de manera exclusiva las actividades de crianza y de manera alterna, debido al abandono de la pareja, asumen también su sostenimiento y el de sus hijos; esta situación impide

compatibilizar las nuevas labores que por motivo de la maternidad *deben* asumir con la permanencia escolar (Naciones Unidas, 2008).

En relación con la atención en salud, el modelo de Servicios de Salud Amigables es implementado por el Ministerio de la Protección Social, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA – e impulsado desde el 2008 en el territorio nacional. La población a la cual se dirige este modelo es hombres y mujeres entre los 10 y los 29 años y su objetivo es

Adecuar los servicios de salud a las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes, con el fin de contribuir a que tomen decisiones protectoras de su salud y generadoras de bienestar, incluyendo de manera especial las decisiones en torno a la vivencia de su sexualidad. (UNFPA Colombia)

No obstante, las historias de maltrato por parte del personal de salud que emergieron en las entrevistas podrían estar dando cuenta de posibles fallas de implementación del modelo en las instituciones por ellas mencionadas que ameritarían un análisis más minucioso. Ciertamente, tal como lo identifican las entrevistadas al proponer mejoras en la atención, garantías en el acceso a anticonceptivos y aumento de las campañas educativas sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva, en el sector salud recae si bien no toda, una gran parte de la responsabilidad en la prevención del embarazo precoz.

El 73% de las entrevistadas conocía de los métodos anticonceptivos y en la mayoría de los casos la principal fuente de información había sido el colegio. En lo que concierne a Colombia, desde el año 2008 se puso en marcha el *Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía-PESCC*, resultado de la alianza entre UNFPA y el Ministerio de Educación Nacional, que busca “fortalecer al sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos”(Barreto Hauzeur, Saenz Lozada, & Velandia Sepulveda, 2012). Sin embargo, el que aun conociendo sobre

anticonceptivos las adolescentes hayan decidido establecer relaciones sexuales sin protección o hayan tenido fallas en el uso del método que habían elegido, formula profundos cuestionamientos a la efectividad del manejo que actualmente están dando al PESCC.

La persistencia de altas tasas de maternidad adolescente en América Latina y el Caribe es una preocupación de salud y derechos humanos que concierne a los gobiernos, las familias y la sociedad civil en general(Naciones Unidas, 2007). En la región existen importantes retos en el tema, especialmente en prevención vinculada a la promoción de derechos sexuales y reproductivos, educación sexual efectiva y de calidad, y fortalecimiento de redes de apoyo social(ORAS-CONHU, 2009). Asimismo, las mejoras en el acceso y el aumento de la retención escolar se constituyen en importantes estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

De acuerdo con el informe del Organismo Andino de salud “las y los adolescentes deben ser un grupo central para las políticas públicas, las que debieran enfocarlos, desde sus potencialidades y derechos, tener pertinencia cultural e involucrarlos mediante mecanismos diversos de participación y representación en espacios nacionales y sub nacionales” (ORAS-CONHU, 2009).

CONCLUSIONES

De manera general, se identifican determinantes estructurales como la pobreza y próximos como la no utilización de anticonceptivos como causales que ponen de manifiesto desigualdades sociales asociadas al fenómeno estudiado. La situación de embarazo además trae consigo cambios en la estructura familiar, la ocupación y la dependencia económica de las adolescentes.

La maternidad adolescente en los casos abordados es mayor que la paternidad adolescente, el 73,3% de los padres de los bebés ya son adultos. La convivencia con la pareja y en especial con la pareja y sus familiares conlleva a que las adolescentes queden encargadas de trabajos domésticos, asumiendo las parejas rol de proveedores.

A propósito de la red familiar, es importante decir que el fenómeno del embarazo adolescente afecta tanto a la madre/gestante como a su pareja y sus familias. Resultó común encontrar a las familias jugando papeles de apoyo y contención económica y emocional de estas nuevas familias. Se resalta el papel que cumple el apoyo parental en la continuación de los estudios de las adolescentes, puesto que ello reduce la exclusión social en la que generalmente caen estas chicas por motivo de su maternidad precoz (Naciones Unidas, 2008). Se hace evidente que una situación contraria, lleva a las madres adolescentes a insertarse al mercado laboral en condiciones precarias de trabajo.

El 80% de las entrevistadas y el 40% de los padres de los bebés tienen secundaria incompleta. Persisten entre las adolescentes historias de deserción escolar previas al embarazo, lo que confirma la idea de que estar por fuera del sistema educativo se constituye en factor de riesgo.

Entre las entrevistadas, un menor nivel educativo está asociado con una edad más temprana de la primera gestación.

Las deficiencias en la gestión de la información por parte del ICBF dificulta el análisis más profundo del fenómeno de embarazo precoz vivido por adolescentes directamente vinculadas a sus programas.

La modalidad de pasantía de investigación se considera enriquecedora para la formación investigativa de trabajadores y trabajadoras sociales, dado que posibilita la inserción en protocolos de investigación de la mano con equipos profesionales idóneos.

En un escenario de bono demográfico, se entiende que las inversiones en la salud reproductiva de adolescentes son vitales para generar impactos de largo aliento en las próximas generaciones (OIJ, NACIONES UNIDAS, CEPAL, 2012) y las mismas deben estar orientadas por políticas públicas con enfoques de derecho y género, que consideren la participación juvenil efectiva como una estrategia vital para su éxito. La apuesta de Trabajo Social en relación con el fenómeno de estudio debería estar orientada por la promoción de los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos y de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes, con un enfoque participativo, poblacional y de género.

BIBLIOGRAFÍA

Barreto Hauzeur, E., Saenz Lozada, M. L., & Velandia Sepulveda, F. (2012). *El embarazo en adolescentes bogotanas: significado relacional en el sistema familiar*. Tesina de investigación, Máster en Terapia Familiar Sistémica. Universidad Autónoma de Barcelona. Programa semipresencial Colombia, Bogotá D.C.

(2012). *Bucaramanga metropolitana. Cómo vamos. Informe de calidad de vida 2012*. Bucaramanga.

CEPAL. (2000). *Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe. Problemas, oportunidades y desafíos*. Santiago de Chile: CEPAL.

Climent, G. I. (2009). Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales-Universidad Nacional de Jujuy* (37), 221-242.

CONSEJO SUPERIOR DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. (2007). *Acuerdo No. 004 de 2007*. Bucaramanga.

DANE. (2011). *Colombia. Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad*. Bogotá D.C.

Gómez Sotelo, A., Gutierrez Malaver, M. E., Izzedin Bouquet, R., Sánchez Martínez, L. M., Herrera Medina, N. E., & Ballesteros Cabrera, M. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 14 (2), 189-199.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN POBLACIÓN, AMBIENTE Y DESARROLLO. (2012). *Percepciones, sentimientos, imaginarios y opiniones de las adolescentes en el municipio de Bucaramanga (Colombia) frente a los embarazos a temprana edad*. Bucaramanga.

Martínez, E. J. (20 de Mayo de 2013). Cuatro jóvenes se embarazan cada día en Bucaramanga. *Vanguardia Liberal*.

Ministerio de la Protección Social - UNFPA Colombia. (2008). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia* (Tercera ed.). Bogotá.

Ministerio de la Protección Social. (Febrero de 2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá, Colombia.

Naciones Unidas. (2008). *Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar*. Santiago de Chile: CEPAL.

Naciones Unidas. (2007). Maternidad adolescente en América Latina y El Caribe: tendencias, problemas y desafíos. *Desafíos. Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio* (4), 1-12.

OIJ, NACIONES UNIDAS, CEPAL. (2012). *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica*. Madrid: CEPAL, Naciones Unidas.

OPS. (2008). *Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes*. Washington D.C.: OPS.

ORAS-CONHU. (2008). *El embarazo en adolescentes en la sub-región andina*.

ORAS-CONHU. (2009). *Situación del embarazo en la adolescencia en la Subregión Andina*. Lima: ORAS-CONHU.

OSPS. (2012). Indicadores básicos. Situación de Salud en Santander.

Pineda Pérez, S., & Aliño Santiago, M. (2002). El concepto de adolescencia. En MINSAP, *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia* (págs. 15-23). Ciudad de la Habana: Ministerio de Salud Pública.

Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado el 21 de Febrero de 2013, de http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9

UNFPA Colombia. (s.f.). *Servicios amigables en salud para jóvenes*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2012, de <http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=16>

UNFPA, Equipo de apoyo técnico de América Latina y El Caribe. (2005). *Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos*. México.

UNICEF. (2006). *Argumentos y herramientas para contribuir a la inversión social a favor de los adolescentes de América Latina y el Caribe*. Panamá: UNICEF.

UNICEF. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: una época de oportunidades*. Nueva York: UNICEF.