

**“RELEVO DE AUTONOMÍA PARA AGENCIAR DOBLEMENTE LA VIDA EN EL
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”**

MIRTHA SÁENZ CORTÉS

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA
BOGOTÁ.
2011**

**“RELEVO DE AUTONOMÍA PARA AGENCIAR DOBLEMENTE LA VIDA EN EL
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”**

MIRTHA SÁENZ CORTÉS

**Tesis de grado para optar al título de
Doctora en Bioética**

**Luis Álvaro Cadena
Profesor Departamento de Bioética
Director de Tesis**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA
BOGOTÁ
2011**

Dedicatoria

*A los adolescentes quienes me han permitido ser parte de su mundo maravilloso,
a mis hijos quienes otrora fueron adolescentes Mirtha Liliana, Carlos Alberto,
Jaime Andrés y Laura Cecilia y a mi esposo con quien hemos compartido la
fortuna de caminar al lado de estos jóvenes extraordinarios, quienes nos enseñan
que la vida es un abanico de sorpresas dignas de ser vividas.*

Agradecimientos

Mis sentimientos de gratitud a las jóvenes madres quienes cedieron su valioso tiempo para asistir a las entrevistas y grupos focales para llegar, con sus relatos, a completar el propósito de este trabajo.

Expreso mis agradecimientos al Dr. Jaime Escobar, los profesores y compañeros quienes me orientaron y escucharon pacientemente cada nuevo avance y la culminación de esta tesis.

Agradezco a María Helena Restrepo, María Teresa Escobar y Favio Rivas Bioeticistas quienes me acompañaron, ayudaron y alentaron con sus oportunas observaciones. A Cesar Carrera un joven Trabajador Social quien fue una valiosa compañía en el trabajo de campo y sistematización de los datos.

CONTENIDO

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
1. RESULTADOS	54
1.1 ENTORNO DE LAS MADRES ADOLESCENTES ENTREVISTADAS.....	54
1.1.1 Respecto a la edad	55
1.1.2 Respecto al ejercicio de la sexualidad	58
1.1.3 En relación con la escolaridad.....	65
1.2 ANÁLISIS CUALITATIVO	67
1.2.1 Significado del “relevo de autonomía” en las madres adolescentes, mediante entrevistas semiestructuradas.....	67
1.2.2 Análisis del ejercicio de la autonomía en las madres adolescentes a partir de grupos focales	85
1.3 EL EMBARAZO COMO EVENTO SIGNIFICATIVO A PARTIR DE DIEZ CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.....	91
1.3.1 Vida antes del embarazo.....	91
1.3.2 Expectativa antes del embarazo	92
1.3.3 Vida sexual y factores de protección.....	94
1.3.4 Primera impresión del embarazo.....	95
1.3.5 Sometimiento o imposibilidad frente al embarazo	96
1.3.6 Reacción del novio o padre del hijo(a) al embarazo.....	98
1.3.7 Personas que asumen los costos del embarazo	99
1.3.8 Proyecciones futuros	100
1.3.9 Espacios de mayor afectación.....	100
1.3.10 Repercusión en la vida escolar	104
1.4 SUBCATEGORÍAS BASE “RELEVO DE LA AUTONOMÍA”	105
1.4.1 Invulnerabilidad - Vulnerabilidad	106

1.4.2 Dependencia	107
1.4.3 Redes de apoyo	109
2. DISCUSIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO	113
3. CONCLUSIONES.....	116
BIBLIOGRAFÍA	118
ANEXOS	124

RESUMEN

El ejercicio de la autonomía de las adolescentes embarazadas y la forma como se interrelacionan con la dinámica del tejido social presenta determinadas características. Esta investigación busca los elementos para configurar el “relevo de la autonomía” con su pareja, el mundo de los adultos y las instituciones que las atienden, dada la dependencia y vulnerabilidad en la joven madre. El marco conceptual está dado por el desarrollo moral y de la autonomía a partir de las teorías de Piaget y Kohlberg y la interrelación de la autonomía para la Bioética en el siglo XX y XXI, teniendo en cuenta la vulnerabilidad y dependencia que ocurre con el embarazo.

El estado de la cuestión se toma desde el ámbito académico de las diferentes universidades y se contrastan con el propósito de esta investigación desde una perspectiva. El objetivo es describir los “relevos de autonomía” expresados en relaciones de subordinación, de conflicto y tensiones antes y durante el embarazo en relación con su pareja, el mundo de los adultos y las instituciones. Para ello se tomará la población de adolescentes de 14 a 16 años, en estratos 3 y 4 de Bogotá que asistieron al servicio de Medicina de adolescentes en la IPS Cafam¹, entre 2008 y 2011.

La investigación es cualitativa, las fuentes primarias de información son entrevistas semiestructuradas y grupos focales; el análisis es descriptivo-interpretativo y con los resultados codificados se espera establecer la figura, del “relevo de autonomía” como compensación positiva del ejercicio de la autonomía de las madres adolescentes.

¹ IPS CAFAM: Institución Prestadora de Salud, Cafam, Famisanar.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es una situación que siempre se ha dado en todas las sociedades en occidente. Hay que recordar que la adolescencia es un

...periodo de desarrollo personal, durante el cual una persona joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprende la modificación de su esquema personal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, la adaptación a las exigencias de la sociedad en lo que respecta a una conducta madura, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adulto².

Como acontecimiento biológico el embarazo adquiere diferentes significados, según el contexto social, psicológico, cultural y biológico. A comienzos del siglo XX las mujeres llegaban tempranamente a la vida sexual, debido a su interés reproductivo sustentado en las estructuras sociales de la época, como lo era el matrimonio a temprana edad. En la actualidad, las jóvenes se inician tempranamente en el mundo de la sexualidad y tienden a evadir los riesgos que ello implica, como el embarazo y el contagio de las infecciones de transmisión sexual.

El embarazo es una situación real y contingente que inevitablemente transforma la vida de las jóvenes. Una vez la joven conoce su estado de gestación, la estructura social se modifica, ya que esta situación implica transformaciones en su relación con: la pareja, la familia y los amigos. Wartenberg³ señala que el embarazo a temprana edad significa para la mujer interrumpir su proceso social y cultural, de preparación para la vida adulta.

² INGERSOLL, G, Robert. "Desarrollo psicológico y social". En: Kreipe R. E, McAnarney E, Orr D, Comerci G, (Editores). Medicina del adolescente. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1994. pp.125

³ WARTENBERG, Lucy Embarazo precoz y aborto en adolescentes en Colombia. Bogotá: Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de Naciones Unidas, 1999. p. 64

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El embarazo a temprana edad es una situación frecuente debido a las diferentes circunstancias que se entrecruzan en esa etapa del ciclo vital y se constituyen en eventos facilitadores, tal como lo menciona De Gutiérrez⁴ quien señala que una actividad sexual temprana es producto de dos hechos fundamentales: la maduración sexual adelantada y el matrimonio tardío, que amplían el periodo de fecundidad premarital y la posibilidad de embarazo. En estas circunstancias, las jóvenes adolescentes en realidad no tienen la intención ni el deseo de quedar embarazadas, pero los factores psicosociales y culturales facilitan este fenómeno, especialmente durante la adolescencia media⁵ cuando el sentimiento de invulnerabilidad⁶ y la asunción de conductas de omnipotencia, distancian a los adolescentes de asumir prácticas sexuales protegidas.

En estas condiciones las adolescentes gestantes se enfrentan a un problema complejo. La maternidad precoz en las adolescentes es una situación de gran multiplicidad que necesita ser abordada desde diferentes perspectivas: “La maternidad y el embarazo, comprometen a la ética, a la medicina, la psicología y la epistemología, entre otras disciplinas, puesto que en sus diversas expresiones tocan todos los ámbitos de la vida”⁷.

⁴ GUTIÉRREZ, Myriam. “Embarazo en la adolescencia”. En: Seminario taller: El adolescente, un reto para el siglo XXI. Boletín Médico Cafam, N. 23, Bogotá, 1993. p. 25

⁵ La OPS define la adolescencia en términos de edad así: los jóvenes de 10 años a 19 años, considerados en tres etapas de desarrollo: la adolescencia inicial de 10 a 13 años, media 14 a 16 años y final de 17 a 19 años.

⁶ La invulnerabilidad de los adolescentes medianos es reconocida en términos de: “eso a mí no me va a pasar”

⁷ TORO, Olga Lucía. “Maternidad y embarazo indeseado en la adolescente”. En: Memorias de Sexualidad en la adolescencia. Primer seminario Colombiano, Bogotá, 1988. P. 54

Este acontecimiento atraviesa todos los espacios; por consiguiente, es tema de diálogo desde varias disciplinas, incluida la Bioética, que lo aborda no solo como un problema privado y de salud pública en personas vulnerables, sino desde la perspectiva de valoración de la vida para los jóvenes, la familia y la sociedad. En la adolescente embarazada el trámite de la vida es circular madre-hijo, y se compensa delicadamente a lo largo de toda su gestación. Este doble agenciamiento de la vida dado en estas jóvenes gestantes es lo que dinamiza y le da los diferentes matices al ejercicio de su autonomía consigo misma y con cada unos de los “otros”.

El embarazo en la adolescencia como acontecimiento social genera múltiples dificultades las cuales he tenido oportunidad de vivir y acompañar durante 20 años de ejercicio en la Medicina de adolescentes en la IPS CAFAM y 12 años de sensibilización. He observado y participado en diferentes condiciones relacionadas con el proceso de consolidación de la autonomía, de las tensiones y de las negociaciones en los diferentes escenarios y niveles del entorno social del adolescente, terreno donde se abona el “relevo de la autonomía”⁸, motivo de esta investigación.

En la dinámica para afrontar el embarazo en la adolescente, el equipo interdisciplinario⁹ que trabaja con adolescentes en la IPS Cafam, son los médicos quienes, en principio, hacen el diagnóstico y la crisis inicial de la adolescente ante la noticia. Posteriormente, se dirige hacia la intervención de la trabajadora social para el manejo de la crisis social, comúnmente denominada por nosotros como

⁸ El relevo de autonomía es un nuevo concepto utilizado en esta investigación para ilustrar el ejercicio de la autonomía de la adolescente embarazada que ocurre una vez asume su embarazo y requiere del apoyo de los “otros”. Dependiendo de las circunstancias del día a día se ve obligada a tomar decisiones condicionadas al mejor interés para ella o para su hijo.

⁹ Equipo interdisciplinario en Medicina de adolescentes en Cafam desde hace 35 años consta de médicos de adolescentes, trabajadora social, psiquiatras, sicólogos, nutricionistas y otras especialidades de apoyo según se requiera.

“urgencia social”¹⁰ para lograr que las fuertes tensiones deriven en “negociaciones acompañadas”¹¹ en el marco institucional y normativo. Simultáneamente, se da apoyo psicológico en el transcurrir de la gestación para apoyar la parte afectiva y emocional de la joven madre adolescente.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es y qué significa el “relevo de la autonomía” en el embarazo en la adolescente, su pareja, el mundo de los adultos y la institución que la atiende, dada la dependencia y vulnerabilidad en la joven madre?

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia es hoy un tema de las agendas políticas, de salud, de educación, de los medios de comunicación, de las comunidades y de la familia. Es visto y presentado negativamente como una situación que avanza y aumenta la pobreza y la exclusión social. En esta investigación, el embarazo en la adolescencia se reconoce como un hecho social relevante y preocupante, que a la vez evidencia el “relevo de la autonomía” en los estratos 3 y 4 de la IPS Cafam como un proceso acompañado que permite a la adolescente asumir decisiones y lograr consolidar la autonomía creciente de la joven madre y el bienestar de su hijo.

Se proyecta demostrar que aún siendo poco favorable vivir en esta circunstancia, hay factores de ganancia que la sociedad trabaja aminorando las connotaciones negativas que tradicionalmente se le asignan. A favor del inventario, esta crisis lleva a que las adolescentes, la familia, la escuela y las instituciones agoten sus posibilidades para asumir nuevas responsabilidades con la joven madre. En

¹⁰ Urgencia social: crisis familiar y del entorno social generada por un acontecimiento que requiere apoyo sicoterapéutico.

¹¹ Negociaciones acompañadas: decisiones de la adolescente en presencia de un profesional como mediador para lograr disminuir tensiones a través de acuerdos con sus parientes cercanos que estén implicados en el soporte social.

definitiva, al acompañar el embarazo, el parto, el posparto y la lactancia se guía de nuevo a esta joven a ser “adolescente”, a ser madre, a favorecer la salud general, la salud sexual y reproductiva y a irse encargando de la gestión de la vida propia y la de su hijo.

En el caso del embarazo en la adolescente es necesario hacer referencia y conexión con la visión de biopolítica que según Foucault¹² es el modo como, desde el siglo XVII, la práctica gubernamental ha intentado racionalizar aquellos fenómenos planteados por un conjunto de seres vivos constituidos en población: problemas relativos a la salud, la higiene, la natalidad, la longevidad, las razas y otros, y es un problema de gobierno de las poblaciones y de los cuerpos con dimensiones fiscales y desequilibrios económicos. El embarazo en la adolescente no es solo un problema estructural suscrito al desarrollo social, sino que también presenta una fuerte asimetría en las relaciones de género y realización personal que no se puede reducir solamente a la “irresponsabilidad de los jóvenes”¹³.

La Bioética juega un papel central de comprensión porque ocurre en un entorno donde se dialoga, se actúa y se hace evidente la condición de autonomía, de vulnerabilidad y de dependencia con otros diferentes actores sociales ante esta situación particular determinada por el actuar impulsivo, el azar y la contingencia. Estos actores mancomunadamente organizados, en redes en este contexto de riesgo, hacen visible el relevo de autonomía, como una acción de doble agenciamiento de la vida. Lo importante es reconocer en clave de y a manera de inventario las ganancias y las pérdidas que se viven en estos relevos que se desencadenan al ser madre adolescente.

¹² FOUCAULT, Michel. “Nacimiento de la Biopolítica”. En: Revista archipiélago, Cuadernos de crítica de la cultura, N° 30 Barcelona, 1982. pp.119-124.

¹³ MELO, Marcos. Embarazo adolescente en Colombia. Entrevista. [En línea]. [Citado 20 agosto 2009]. Disponible en Internet: <<http://www.agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3¬a=4319>>

PERTINENCIA SOCIAL

Desde una base antropológica de vulnerabilidad y dependencia de los seres humanos y el concepto de autonomía evolutiva, una situación parcial en la adolescente, la Bioética permite resignificar procesos que no solo tienen que ver con las condiciones humanas enunciadas, sino interrelacionarlas con contenidos históricos y contemporáneos de la autonomía, la justicia y la beneficencia posibles en escenarios de exclusión como en los que se da el evento del embarazo en la adolescencia. La metáfora de “relevo de autonomía” permite vislumbrar un ejemplo el empoderamiento social que describe Sen¹⁴, como la habilidad de la gente para trabajar junta, organizarse y movilizar recursos para solucionar problemas de interés común que potencie decisiones libres en el trasfondo de la gestión de la vida.

En el mismo sentido, se importante señalar la relación que existe entre las autonomías que se relevan y transmutan la autonomía de la joven que ponen impulso al servicio y cuidado de una doble vida que agencia, siendo el fin último y genuino de esta actividad de “relevo”. De modo que la autonomía, prelación en la adolescente, debe ser reelaborada al mismo tiempo como un paso más para un fin posterior, a saber: el cuidado incondicional de su hijo. Se concibe la idea de la doble gestión de la vida y del auténtico valor del “relevo de autonomía”, con ese testigo- la adolescente- y ese “otro” que establece relaciones con nuestros equipos interdisciplinarios y la red que logra el sur plus en el binomio madre-hijo.

¹⁴ SEN, Gita. “El empoderamiento como un enfoque de pobreza” .En Género y Pobreza. Nuevas Dimensiones. Arraigada y Torres (editoras) Edición de las mujeres ,ISIS Internacional, Santiago de Chile, 1998. p. 140

APORTE A LA EDUCACIÓN

El proyecto puede contribuir de forma especial para que se adopten formas de comunicación en la interacción médico, el equipo de trabajo y las redes de apoyo, manejando la figura de “relevo de la autonomía”, en cierto grupo de adolescentes embarazadas, dada la diversidad de situaciones a las que estas jóvenes se ven abocadas. Igualmente, contribuye en el desarrollo teórico de la Bioética al construir una reconceptualización de la autonomía en el manejo práctico de situaciones sociales relevantes para los jóvenes. También favorece la construcción de aspectos prácticos que posibiliten una interrelación continua de las adolescentes y sus redes de apoyo (familiares, institucionales) con miras a fortalecer los “relevos” para afrontar este evento de la mejor forma. Se constituyen en modelos de gestión de vida y de calidad de vida con despliegue de redes que emergen del capital social.

OBJETIVOS

General

Describir los “relevos de autonomía” que se ven expresados en relaciones de subordinación, relaciones de conflicto y tensiones, antes y durante el embarazo en relación con su pareja, el mundo de los adultos y la institución, en las adolescentes de 14 a 16 años, en los estratos 3 y 4 de Bogotá, captadas en el servicio de Medicina de adolescentes en la IPS Cafam en los años 2008-2011.

Específicos

- Describir los momentos de “relevo de la autonomía” que se da en la adolescente que vive un embarazo hasta volver a retomarla y la relación con su pareja.

- Describir la concepción y las prácticas de “relevo de autonomía” que los adultos desarrollan y negocian durante el embarazo en la adolescencia.
- Describir las estrategias y prácticas de “relevo de autonomía” desarrolladas por las instituciones.

MARCO CONCEPTUAL

El marco teórico de esta investigación tiene como categoría principal la autonomía y las relaciones que se demarcan en un ciclo vital agitado, como es la adolescencia en el evento del embarazo en circunstancias especiales de vulnerabilidad y dependencia. Se consideran tres conceptos: autonomía, vulnerabilidad y dependencia para reconfigurar, el “relevo de autonomía” que se presenta en las adolescentes medias.

Autonomía. La autonomía en el campo de la Bioética en el siglo XX ha ocupado un lugar relevante en la relación médico-paciente, especialmente en el ámbito norteamericano y latinoamericano. Para esta investigación se enfocará como ha sido entendida en la Bioética médica y, posteriormente, según las circunstancias puntuales, se irán develando las transformaciones de la autonomía que para nuestro contexto se dan en la condición del embarazo en la adolescencia.

La palabra autonomía viene del griego *autos*, uno mismo y *nomos*, ley y se usaba para una realidad política que se regía por sus propias leyes, teniendo la capacidad de darse la ley a sí misma. En la Bioética médica toma un sesgo individual y la autonomía personal es referida a la capacidad que tienen las personas para autodeterminarse, libres tanto de influencias externas que las controlen, como de limitaciones personales que les impidan hacer una genuina

opción¹⁵. Hay tres aspectos relevantes de la autonomía planteada en la enciclopedia de Bioética norteamericana, en relación con la autonomía individual y la condición psicológica tan importante en el adolescente medio como son la agencia, la independencia y la racionalidad que determinan esta capacidad¹⁶

El concepto tiene otras acepciones útiles y pertinentes de definir para esta investigación con las adolescentes como son: el ejercicio de la autonomía, el respeto de la autonomía y las decisiones autónomas.

- El ejercicio de la autonomía, según la Unesco¹⁷ se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de estas y respetando la autonomía de los demás
- El respeto de la autonomía exige que se reconozca en la persona tener sus propios puntos de vista, hacer sus propias opciones y obrar en conformidad a los valores y creencias personales¹⁸.
- Las decisiones autónomas que son tomadas voluntariamente y libre de presiones externas, coacción o manipulación; cuando el sujeto moral es capaz, competente, comprende y evalúa la información de forma suficiente¹⁹.

¹⁵ FERRER, Jorge José y ÁLVAREZ, Juan Carlos. Para fundamentar la Bioética. Teorías y paradigmas en la bioética contemporánea. 2 ed. Henao: Desclée de Brouwer, Universidad de Comillas, 2005. p.126.

¹⁶ STEPHEN, G. *Encyclopedia of Bioethics*. 3 ed. Nueva York: Post, 2005. pp. 309 -314.

¹⁷ UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Paris. 2006. art. 5.

¹⁸ BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 4 ed. New York. Oxford University Press, 2009. pp.103-105.

¹⁹ ETXEBERRIA, Xabier. "Virtudes: una necesidad en cuidados paliativos". En: Couceiro Azucena. Ética en cuidados paliativos. Madrid: Tricastella, 2004. p. 50.

Desde la perspectiva europea de Rendtorff y Kemp²⁰ la autonomía presenta cinco significados que recogen la capacidad de acción frente a diversas circunstancias de realización personal y de convivencia:

- La capacidad de creación de ideas y metas para la vida.
- La capacidad moral de autodeterminación y privacidad.
- La capacidad de decisiones racionales y las acciones sin presiones.
- La capacidad de desarrollo político y de responsabilidad personal.
- La capacidad de consentir informadamente en la experimentación y procedimientos biomédicos.

Teniendo en cuenta el enfoque principialista norteamericano frente al de la virtud europeo es pertinente remarcar algunas discrepancias importantes. El primero, está centrado en las acciones correctas en referencia a los principios, mientras que el segundo está centrado en el agente, al que se le piden generar determinados hábitos de conducta. Por otro lado, el principialista resalta la toma de decisiones y el europeo prioriza actitudes vitales virtuosas. Y por último, para el primero es importante la dimensión de la racionalidad argumentativa mientras para el segundo es fundamental el mundo de los sentimientos morales²¹. Estas diferencias en la práctica no son evidentes, al contrario para el contexto latinoamericano se entreveran estas dos tendencias, dada la influencia cultural y geográfica de los países nórdicos y mediterráneos.

En el caso de los adolescentes de acuerdo con los estudios de Piaget y Kohlberg²² la autonomía es entendida como la capacidad que se forma por niveles

²⁰ RENDTORFF, Jacob & KEMP, Peter, *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw*. Vol. 1. Barcelona: Editorial Barnola, 2000, p. 25.

²¹ ETXEBERRIA, X., *Op. cit.* p.50.

²² KOHLBERG. Laurence. *El Sentido de lo humano. Valores, sicología y educación* .2ed. Bogotá:Gazeta, 1989.p 20-22

ascendentes desde la infancia, simultáneamente con el desarrollo moral y las estructuras cognitivas. Las diferentes etapas reflejan la evolución orgánica cerebral y las relaciones de experiencias sociales y procesos educativos a los que se exponen niños y adolescentes. El resultado es la capacidad o la incapacidad de los individuos de tomar decisiones voluntarias asociadas directa o indirectamente, con los niveles de desarrollo psicológico y moral.

Este modelo del desarrollo se estructura en etapas o estadios de evolución, en las cuales se producen cambios cualitativos y reorganizaciones en la estructura de la personalidad del adolescente que dan lugar a su vez a nuevas formas de comportamiento y capacidades de relación interpersonal y de razonamiento ético o moral. Ellos establecen pautas fundamentales cualitativas en relación con lo que el joven piensa del mundo, operan cambios comparables del pensamiento en un amplio número de áreas, incluidas la moralidad, la interacción social, el desarrollo vocacional y el desarrollo general de la personalidad que determina la autonomía individual.

Según Piaget²³, el desarrollo cognitivo continuamente construye y reconstruye las estructuras que preparan a las personas según la edad, a ser más equilibradas. Sin embargo, Raymundo y Goldim²⁴ aducen que en el proceso debe ser cada vez más autónomo y el orden en que las etapas se producen es más importante que la edad en que reconstruyen las estructuras.

Son seis etapas que conforma Kohlberg²⁵ en el desarrollo moral, discriminadas en tres niveles: preconvencional o premoral, convencional o de la heteronomía y postconvencional o de la autonomía. Estos seis estadios describen la

²³ CAMPS, Victoria. Historia de la ética. Barcelona: Ed. Crítica.1989. Tomo III, p.481-482

²⁴ RAYMUNDO, M , y GOLDIM, J R. *Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent. J Med Ethics*, 2008. p. 602.

²⁵ KROGER ROUTLEDGE, Jane. *Identity adolescence* New York : Editorial: Routledge, 2004, p 15

interiorización creciente de normas y principios relacionados con el nivel de desarrollo cognitivo, con la formación de la identidad, el desarrollo del ego y el comportamiento moral. (Véase Cuadro 1).

Cuadro 1. Etapas del desarrollo moral propuestas por Kohlberg.

Nivel	Característica	Estadio	Explicación
1. Preconvencional	Entre 4 y 10 años, se responde a criterios culturales sobre lo bueno o lo malo.	1. Moralidad heterónoma	Lo correcto o lo justo es simplemente lo que va en el interés de uno mismo, se obedece a la autoridad para evitar el castigo o conseguir una gratificación.
		2. Individualismo, propósitos instrumentales e intercambio.	El valor del otro se determina en función de la forma como puede satisfacer las necesidades de uno mismo.
2. Convencional	La “verdadera moralidad” se considera mantener las expectativas de la familia, del grupo social o de la nación, como valiosos para el propio interés. Este nivel suele dominar el pensamiento pre-adolescente, adolescente y adulto.	3. Orientación de concordancia Interpersonal	Expectativas interpersonales mutuas, relaciones y conformidad interpersonal con las opiniones de otros y las normas del grupo.
		4. Orientación a la ley y el orden	Sistema social y conciencia. La orientación por “la ley y el orden”
3. Postconvencional o de principios.	La persona es capaz de definir valores morales diferentes de las convenciones del grupo social o del sistema legal que prevalece.	5. Contrato social o utilidad y derechos individuales.	Se comprende que los valores del grupo son relativos, las normas de la comunidad se pueden cambiar.
		6. Principios éticos universales.	Lo que es correcto se determina por la conciencia de uno mismo de acuerdo con los principios éticos elegidos.

--	--	--	--

Fuente: KOHLBERG, Laurence. El Sentido de lo humano. Valores, psicología y educación .2ed. Bogotá: Gazeta, 1989.p 20.

Gilligan²⁶, alumna de Kohlberg, cuestiona la neutralidad de género, que había planteado este investigador y sostiene que las mujeres no son menos maduras moralmente que los hombres sino que hablan con diferente voz. Mientras los hombres han sido educados para desenvolverse en la esfera imparcial y pública; la mujer se desenvuelve en el área familiar, privada, marcada por relaciones afectivas, con la perspectiva del cuidado.

Gilligan²⁷ manifiesta que es difícil decir “diferente” sin decir “mejor” o “peor”, por la tendencia a construir solo una escala de medición, tomada de datos de investigación con varones, los cuales estandarizan el comportamiento masculino como la ‘norma’ y el comportamiento femenino como una especie de desviación de tal “norma”.

O’Neill²⁸ al referirse al trabajo de Gilligan y la justicia resalta el énfasis como se excluye y margina la “otra voz” del pensamiento ético. El “liberalismo abstracto” simplemente devalúa el cuidado y la preocupación por otros y los considera una inmadurez moral. Por tanto, la voz de la justicia es intrínsecamente “masculina” en su rechazo a tener en cuenta las realidades de la diferencia humana con el acento supuesto del bien y su consecuente descuido de las virtudes, del amor y del cuidado. Gilligan dejar ver que la justicia y el cuidado son lenguajes complementarios más que alternativos, lo cual conlleva no un trato igual para las mujeres, sino diferencial.

²⁶ FERRER, J. J. y ÁLVAREZ, J. C. *Op. cit.*, pp. 267-269.

²⁷ GILLIGAN, Carol. La Moral y la Teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica, 1985, pp. 33-34.

²⁸ O’NEILL, Onora, “Justicia, Sexo y Fronteras Internacionales”. En: NUSSBAUM, Martha y SEN, Amartya. (Comp.). Calidad de Vida. México: Fondo de Cultura Económica, 1996. pp. 397-398.

A partir de estas teorías de Piaget y de Kohlberg se considera a los niños y a los adolescentes como sujetos morales que los faculta para tomar decisiones, según su capacidad cognitiva y de considerar una trato diferencial para las mujeres propuesto por Gilligan. Con esta figura conceptual, según Sáenz²⁹ se inicia el debate del paradigma autonomista norteamericano de la capacidad de los menores para tomar decisiones maduras en diferentes escenarios y en tres momentos históricos.

- Como consecuencia lógica de la psicología evolutiva de las capacidades cognitivas y morales de los niños y adolescentes.
- En el desarrollo de la teoría legal norteamericana marcada por la aceptación mayoritaria del “menor maduro”.
- Y en la participación de los menores como población vulnerable en la investigación.

Es importante destacar que el desarrollo social, cognitivo y moral puede acelerarse, retrasarse o incluso detenerse de acuerdo con los factores socio-culturales del contexto donde crecen los adolescentes. Realidades que también se ven reflejadas en el proceso de progresiva independencia en cada una de las etapas sociales de los adolescentes que se describen y deben tenerse en cuenta para las adolescentes medias, población de estudio de esta investigación. (Véase Cuadro 2).

Las adolescentes en la etapa media haciendo ejercicio de su autonomía y su sexualidad, se exponen a riesgos que no proyectan a futuro, facilitados con el sentimiento de invulnerabilidad que les acaece. Algunas terminan con una gestación no esperada, abriéndose a una gama de posibilidades que pueden ir desde la aceptación de la maternidad como una opción de vida; o el de continuarla

²⁹ SÁENZ, Mirtha. Una experiencia colombiana. Adolescencia, punto de encuentro de dos paradigmas. En: Ensayos de Bioética. Bogotá. Colección *Bios y Ethos N.11*, Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2004. p.135.

a pesar de no desearla porque estropea su proyecto de vida, y en otros casos la opción de la interrupción del embarazo. Todas estas situaciones de elección en la adolescente implican autodeterminación, condiciones de dependencia y presiones externas que le obligan a relevar y negociar con su pareja, los padres, los parientes y el ámbito escolar e institucional.

Cuadro 2. Etapas del crecimiento y desarrollo psicológico del adolescente

ETAPAS	INDEPENDENCIA	IDENTIDAD	IMAGEN
Adolescencia temprana (10 - 13 años)	Menor interés en los padres, intensa amistad con adolescentes del mismo sexo, ponen prueba la autoridad, necesidad de privacidad.	Aumentan habilidades cognitivas y el mundo de fantasía, estado de turbulencia, falta control de los impulsos, metas vocacionales irreales.	Preocupación por cambios puberales, Incertidumbre de su apariencia.
Adolescencia Media (14 - 16 años)	Período de máxima interrelación con los pares y de conflicto con los padres, Aumento de la experimentación sexual.	Conformidad con los valores de los pares. Sentimiento de invulnerabilidad. Conductas omnipotentes Generadoras de riesgos	Inquietud por la apariencia deseo de un cuerpo más atractivo y fascinación por la moda.
Adolescencia Tardía (17-19 años)	Emocionalmente próximo a los padres, a sus valores. Relaciones Intimas el grupo de pares se torna menos importante.	Desarrollo de un sistema de valores, metas. Las vocacionales reales. Identidad Personal y social con capacidad de intimar.	Aceptación de la imagen corporal.

Fuente: Florenzano R. Desarrollo Psicosocial. Manual de Medicina de la Adolescencia. OPS. 1992. p.77

La negociación o autopresentación comunicativa en palabras de Habermas, en esta etapa del ciclo vital de la adolescente (una vez ocurrido su embarazo) consiste en

..apropiarse cognitivamente del mundo social de relaciones interpersonales legítimamente reguladas, a medida que se desarrolla el correspondiente sistema de controles internos y aprende a orientar su acción con pretensiones

normativas de validez, traza unos límites cada vez más claros entre el mundo externo condensado entre la realidad institucional y el mundo interno de la vivencias espontaneas³⁰.

La autonomía en esta etapa media tan asociada al desarrollo de la individualidad es insostenible ante la circunstancia del embarazo y se hace un giro hacia relaciones de cooperación y solidaridad en un trasfondo de relaciones de confianza. En la contemporánea, quien las describe es O'Neill³¹ como el respeto pleno de la autonomía basado en un pacto tácito y de confianza bilateral entre médico – paciente y considera que las concepciones de la autonomía individual no pueden proporcionar un punto de partida suficiente y convincente para la, o incluso para la ética médica. Cree que "el supuesto triunfo de la autonomía individual frente a otros principios es una ilusión insostenible".

O'Neill³², plantea la autonomía como una cuestión de confianza, sin la cual nada es posible'. Esto se aplica a todos nosotros como individuos o como parte de una comunidad, institución o profesión, porque "tenemos que ser capaces de confiar en otras personas que actúen como ellos dicen que son y porque necesitamos de los demás para aceptar que vamos actuar como decimos nosotros. (...) La confianza no es una respuesta a la seguridad de acciones futuras sobre los demás"³³. La confianza es necesaria precisamente porque no tenemos la certeza sobre el futuro. Por lo tanto, hay un elemento inevitable de riesgo en la colocación de la confianza en alguien y se enlaza con un factor de vulnerabilidad en toda relación de confianza. Así, "confianza", por definición, exige de la fe para "comprometerse con aquello de lo que nunca podemos estar seguros"³⁴.

³⁰ HABERMAS, Jürgen, Teoría de la acción comunicativa II. Taurus: Madrid, 1998. p. 64.

³¹ STIRRAT, G. M. and GILL, R., Autonomy in medical ethics after O'Neill J. Med. Ethics. Vol. 31. 2005. pp. 128

³² O' NEILL, Onora, Autonomy and Trust in Bioethics, Cambridge: University Press, 2002. p. 7

³³ Ibid., 16

³⁴ Ibid., 21

Este no significa que la confianza debe ser colocada a ciegas, por el contrario, la confianza sólo se debe colocar en una persona, objeto u organización a la luz de la mejor evidencia disponible de que él o ella sea digno de confianza. En la cotidianidad de la consulta el verse abocado hacer el diagnóstico de embarazo en una adolescente, implica asumir un compromiso tácito de confianza para poder orientar el control prenatal, manejar fuertes tensiones del entorno y plantear negociaciones con el fin de establecer una red de apoyo para esta jóvenes madres.

La tendencia actual es a re-conceptualizar o particularizar el concepto de autonomía según las circunstancias en donde ocurren los juicios, como bien lo dice Naik³⁵ como se da en el caso de pacientes con enfermedades crónicas, donde no es suficiente tomar la decisión de un tratamiento, sino sostenerlo adecuadamente durante un tiempo prolongado. Ellos han dado en llamar a esta presentación de la autonomía, como “autonomía ejecutiva”, con la cual se garantiza el éxito del cuidado a largo plazo y la calidad de vida del paciente.

En el enfoque latinoamericano Kottov³⁶ ve la autonomía con un sentido estratégico y la identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar el propio cuerpo, la vida y la muerte libre de coerción, preservando el interés por el respeto del ser humano, sus derechos y su dignidad. Esta estrategia debe subsistir para abatir el paternalismo médico y facilitar acciones benéficas que pueda soportar una medicina más humanizada que intente, a la vez, restaurar o mantener la capacidad para vivir de manera significativa.

En Latinoamérica la autonomía a la luz de la como tal no es suficiente con estar libre de coerciones, impedimentos o limitaciones si no hay la contraparte de

³⁵ NAIK, Aanand D., et al. Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions: A Two-Component Re-Conceptualization, *The American Journal of Bioethics*, 2009. pp. 23 -30.

³⁶ KOTTOW, Miguel, Participación informada en clínica e investigación en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. Bogotá: UNESCO, 2007. p. 28.

empoderamiento social y político; es decir, como afirma Sen³⁷, la habilidad de la gente para trabajar junta, organizarse y movilizar recursos para solucionar problemas de interés común que potencie decisiones libres. El enfoque Sen³⁸ orienta la capacidad como ventaja social que corresponde al conjunto de capacidades individuales para lograr funcionamientos valiosos como parte de la vida. Las capacidades las refieren al conjunto de funcionamientos que son factibles para una persona. Martha Nussbaum alumna de Sen ofrece un listado provisorio con las capacidades básicas que deberían ser aseguradas a cada persona en virtud de su dignidad humana, pudiendo elegir, afirmando que “es categóricamente una lista de componentes separados. No podemos satisfacer la necesidad de uno de ellos ofreciendo una mayor cantidad de otro. Todos son fundamentales importantes y todos tienen calidades distintas”³⁹. Esas capacidades son:

1. Vida. Toda persona debería ser capaz de llevar una vida de una duración normal.
2. Salud corporal. Tener adecuadas condiciones de salud, alimentación y vivienda.
3. Integridad corporal. Gozar de libertad de movimientos y seguridad.
4. Sentidos, imaginación y pensamiento. Recibir una educación que permita desarrollar estas capacidades y un ambiente de libertad para manifestar gustos y creencias.
5. Emociones. Capacidad de amar, de estar agradecido en las diversas formas de asociación humana.
6. Razón práctica. Ser capaz de formular una concepción del bien y un plan de vida.

³⁷ SEN, Amartya. Desarrollo y libertad. Bogotá: Planeta, 2000. p. 233.

³⁸ SEN, Amartya, “Capacidad y Bienestar”. En: Calidad de Vida. NUSSBAUM, Martha y SEN, Amartya (Comp.), México: Fondo de Cultura Económica, 1996. p. 55.

³⁹ NUSSBAUM, Martha, Capacidades como titulaciones fundamentales: Sen y la Justicia Social. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2005. p. 31.

7. Afiliación. Capacidad de vivir con otros, de establecer relaciones sociales, de ser respetado y no discriminado.
8. Otras especies. Ser capaz de respetar a los animales, las plantas y demás especies del mundo natural.
9. Juego. Ser capaz de jugar y reír.
10. Control sobre el propio ambiente. Gozar de oportunidades de participación política, derechos de propiedad y del trabajo.

El Capital Social, según Alverdi y Pérez⁴⁰ son acciones conjuntas de redes y organizaciones construidas sobre relaciones de confianza y reciprocidad, contribuyendo a la cohesión, el desarrollo y el bienestar de la sociedad, así como a la capacidad de sus miembros para actuar y satisfacer sus necesidades de forma coordinada en beneficio mutuo. Esta construcción del tejido social favorece la configuración del relevo de autonomía; es decir, que las personas utilizan sus recursos sociales para conseguir, mediante la cooperación mutua, objetivos que de lo contrario serían difícilmente alcanzables.

El antes del evento del embarazo en la adolescente, para la cuestión que nos ocupa denota individualismo, falta de acciones colectivas, falta de análisis crítico, dependencia económica, social y política, falta de seguridad en las propias capacidades y aislamiento. En el después de este evento se espera cohesión interna y sentido de solidaridad, capacidad de análisis y discusión crítica, estructura interna y actividades colectivas, capacidad de lidiar y relacionarse con otros. Solo así, puede considerarse la autonomía como un principio ético sin desconocer el soporte de lo psicológico y social estratégico en el bienestar del individuo.

⁴⁰ ALVERDI, Jokin y PÉREZ DE ARMIÑO, Karloa. Concepto de Capital Social. [En línea] En: Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. [Citado 23 noviembre 2008]. Disponible en Internet: <<http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/29>>

En resumen, la autonomía es un concepto que se dio en la *polis* griega de manera colectiva, se privilegia posteriormente en lo individual con las tendencias liberales y morales que la anglosajona toma como eje para uno de sus principios, apoyada en la sicología evolutiva y el derecho, con el ánimo de tener acciones autónomas con relación al cuerpo y la vida. Por ser insuficiente para configurar el relevo de la autonomía en este escenario, se retoma la proyección social teniendo en cuenta cuatro de los significados del enfoque europeo, como son la capacidad moral y racional de autorregularse, sin coerción y con acciones responsables.

A la vez con los aportes de Sen, Nussbaum, Coleman y Putnam de las capacidades y el empoderamiento, resultado del ejercicio de las libertades y el desarrollo de acciones autónomas conjuntas se logra consolidar el doble agenciamiento de la vida en un fuerte tejido social con redes horizontales. Lograr re-conceptualizar la autonomía en las adolescentes gestantes a través de la objetivización de la metáfora del “relevo de la autonomía” mediante el conocimiento empírico y vivencial es el fin de esta investigación.

Vulnerabilidad y dependencia. Para seguir configurando el relevo de autonomía y justificar con esta dinámica la doble gestión de la vida gracias a una amplia red de empalmes de las diferentes aproximaciones de la autonomía, es importante también tener en cuenta la vulnerabilidad y la dependencia para este grupo de edad. Estas consideraciones facilitan y a la vez propician el terreno de posibles soluciones ante el evento del embarazo que las moviliza.

La vulnerabilidad es un concepto importante como la base de las nociones éticas del cuidado, responsabilidad y empatía con el otro. Rrendtorff y Kemp⁴¹ hacen una revisión del tema desde la perspectiva de Lévinas, Habermas y Hart, de la cual retomo apartes que amplían el concepto.

⁴¹ RENDTORFF, Jacob y KEMP, Peter. Basic Ethical Principles in European Bioethics and biolaw Vol. 1. Copenhagen – Barcelona: Center For Ethics and Law and Institut Borja de Bioètica, 2000. pp. 50 – 52.

La vulnerabilidad motiva preocupación ética por la fragilidad de la condición humana marcada por un grado extremo de fragilidad debido al carácter temporal y finito de la vida humana. La vulnerabilidad es también un concepto importante que subyace a la regulación jurídica de la actividad humana, la ley tiene como fin proteger a los seres humanos vulnerables.

Lévinas⁴² ha definido el concepto de vulnerabilidad como la base para comprender la condición humana, la moral es una compensación por la vulnerabilidad del hombre. La vulnerabilidad se expresa en la encarnación corporal del otro, en el rostro del otro. Es nuestra vulnerabilidad lo que nos hace receptivos a la responsabilidad que emana del otro como un ser vulnerable.

La misma preocupación por la vulnerabilidad como un concepto ético fundamental también es mostrada en la filosofía de Habermas. Su argumento en favor de la comprensión de comunicación en un diálogo libre de dominación también se sitúa a la vulnerabilidad en el centro de la preocupación ética. Esta es la apertura hacia el otro ser vulnerables que participan en un diálogo.

El filósofo Inglés de la ley y la jurisprudencia, Hart⁴³, dice que la vulnerabilidad de los seres humanos es la base para la regulación de sus actividades en las reglas y las instituciones sociales. En este contexto, la vulnerabilidad también es interpretada como un concepto jurídico importante e incluso como base para el sistema legal.

⁴² LEVINAS, Emmanuel, Entre nosotros: Ensayos para pensar en otro. Ciudad de México: Editorial Pre-textos, 1993. p. 80.

⁴³ HART, H.L.A. Are There Any Natural Rights?, The Philosophical Review. University College Oxford. Núm, 64, 1955. pp. 187-188.

Otra aproximación conceptual de la vulnerabilidad que abarca diferentes aristas del tema la hace Feito⁴⁴, quien plantea la aplicación a diversos ámbitos. En primer lugar la posibilidad del hombre de ser herido hasta la posible intromisión en un sistema informático. En segundo lugar, es una característica de lo humano evidente desde una perspectiva antropológica, pero que la tradición cultural más cercana a la defensa del individualismo, la autonomía y la independencia, se ha encargado de dejar en un segundo plano e incluso considerarla de rango inferior. En tercer lugar, es la posibilidad de recibir daño en las poblaciones que se sitúan en el ámbito de la protección y el cuidado más que en la reclamación de los derechos. Y en cuarto lugar, la vulnerabilidad asociada cada vez más, con las condiciones del medio (ambientales, sociales o de otro tipo) dando lugar a la necesidad de incorporar los aspectos socioculturales.

Marcos⁴⁵ en el análisis que hace en la antropología del envejecimiento interrelaciona el tema de vulnerabilidad y la dependencia desde la filosofía tradicional aristotélica que ha definido siempre al ser humano como un animal racional y social. De modo que la vulnerabilidad animal y la dependencia social que nos acompañan necesariamente no son defectos de lo humano, sino partes de lo propiamente humano.

MacIntyre⁴⁶ plantea a los seres humanos como vulnerables a una gran cantidad de aflicciones diversas y la gran mayoría padece alguna enfermedad grave en uno u otro momentos de su vida. La forma como cada uno se enfrenta a ello depende solo en una pequeña parte de sí mismo. Lo más frecuente es que todo individuo dependa de los demás para su supervivencia. Esta condición aristotélica resulta

⁴⁴ FEITO, Lydya, Vulnerabilidad, en: Rev. Anales. Sist. Sanit. Navar. Vol. 30. (Suplemento 3) Madrid: Universidad Juan Carlos Tercero, 2007. pp. 7-22.

⁴⁵ MARCOS, Alfredo. Envejecimiento y antropología de la dependencia. Universidad de Valladolid. Bogotá: Doctorado de Bioética, Universidad El Bosque, 2008. p. 2

⁴⁶ Mac INTYRE, Alasdair. Animales racionales y dependientes. Barcelona: Paidós, 2001. pp.15-24.

ser transitoria pero real en los adolescentes, más aun en las jóvenes que se embarazan y remueven los cimientos de lo biológico y lo social.

De acuerdo con estas diferentes aproximaciones la vulnerabilidad es relativa y está en relación con circunstancias socioeconómicas y condicionantes personales. Esto significa que uno puede ser muy vulnerable a un tipo de catástrofe potencial, pero poco a otra, ya que cada una de ellas golpea de forma diferente y pone a prueba aspectos diferentes.

El deber de proteger la vida vulnerable y frágil es una aplicación del imperativo categórico de la Bioética y el Bioderecho considerado por Rendtorff y Kemp⁴⁷ quienes retomando a Jonas lo extienden a las generaciones futuras, mediante el imperativo que dice actuar de una manera tal que asegure que existirá la verdadera vida humana en la tierra en el futuro. Esto significa que la protección de la autonomía, la dignidad, la integridad y la vulnerabilidad de la persona humana debe ser dirigida a la protección de las generaciones futuras y la variedad de la especie en la naturaleza para dar futuro los seres humanos las mejores condiciones posibles de la existencia.

Nussbaum⁴⁸ sostiene que cualquier sociedad da y recibe cuidado, por lo cual debe descubrir formas para enfrentar el hecho de la necesidad y la dependencia humana compatible con la autoestima de los receptores. Se resiste ante la idea de Kant de separar la dignidad humana de la capacidad moral, porque nos hace atemporales y olvidamos que el ciclo vital humano trae periodos de extrema dependencia, en los cuales nuestro funcionamiento es bastante similar a los limitados físicos o mentales a lo largo de sus vidas.

Para el asunto que nos ocupa presenta la vulnerabilidad y la dependencia se refiere a la acentuada incapacidad de la adolescente de proteger sus propios

⁴⁷ RENDTORFF, J., y KEMP, P., *Op. cit.*, p. 59.

⁴⁸ NUSSBAUM, M., *Op. cit.*, pp. 50, 51.

intereses debido a su poca posibilidad para tomar decisiones autónomas, para administrar su vida y la que se está gestando, o para poder satisfacer otras necesidades básicas.

En tal sentido, son vulnerables las adolescentes, expuestas a padecer daño o abuso debido a factores sociales de exclusión, discriminación y presión social de los pares o adultos que menoscaban su autonomía. Ello obliga a movilizar estrategias particulares de dependencia apoyadas en acciones de solidaridad, responsabilidad y cooperación para salvaguardar sus derechos, contando entre ellas su pareja, su familia e instituciones que garantizan el cuidado prenatal, su manutención y la recuperación de su autonomía e independencia.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

El curso de las investigaciones sobre el embarazo en la adolescencia se ha orientado a explorar los estudios realizados desde el área académica con las diferentes aproximaciones al tema. Es una situación que ha sido abordada desde diferentes perspectivas, de modo que para dar cuenta de lo investigado hasta el momento respecto al tema, es fundamental contrastar y contraponer las diferentes investigaciones realizadas, ello con el objetivo de evidenciar las múltiples aproximaciones que dicha situación tiene en nuestra sociedad actual.

Luego de comparar los diferentes acercamientos al tema, se aludirá a los hallazgos y experiencias realizados en la IPS Cafam, en el área de Medicina de adolescentes con el objetivo de establecer las razones por las cuales el estado de embarazo en la adolescencia es un problema de índole y de esta forma explorar dónde existe un vacío que aporte conocimiento y al problema.

La ampliación del fenómeno más allá de los riesgos que asumen los adolescentes lo presenta con dos ejes de análisis Melo⁴⁹, que giran en torno a las formas de predicar sobre y hacia los adolescentes y la construcción como problema social en Colombia. Enfatiza en cómo el embarazo en la adolescente forma parte de los problemas ligados al desarrollo social y económico y a la vez cómo es una metáfora de ese desarrollo que no necesariamente debe ser construido como problema y sino también como parte de las soluciones que conlleva ya que no se puede reducir tendenciosamente el embarazo en las adolescentes a la irresponsabilidad de los jóvenes, sino ver que de fondo hay deficiencias desde el punto de vista económico y social. Especialmente con el cuidado de los niños, lo cual no es cosa privada y únicamente problema de las madres jóvenes, ni de género, (dado lo que poco se habla de las paternidades juveniles). Es un problema de biopolítica, aludiendo a Foucault, de gobierno de las poblaciones y de los cuerpos, que tiene dimensiones fiscales neurálgicas para el Estado.

Otro aspecto interesante que resalta Melo⁵⁰ es el papel que juegan los medios de comunicación en el planteamiento del problema y la forma en cómo la prensa se constituye en órgano que sintetiza las formas discursivas dominantes para hablar públicamente de esta cuestión, defendiendo un orden social que se enfoca en el particular perfil del adolescente y su impulsividad para correr riesgos, ubicando el centro del problema en esta población, cuando en realidad subyace y nace con mayor preeminencia en el desarrollo social y económico que soporta el Estado.

Como ejemplo de lo que Melo plantea, Haudbey⁵¹ resalta como las consecuencias del embarazo temprano, son muy costosas para las familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional. Ve en el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil el aumento de los costos para el sistema de salud y seguridad social.

⁴⁹ MELO, Marcos. Embarazo adolescente en Colombia. Entrevista. [En línea] En: Agenda de las mujeres. [Citado 20 agosto 2009]. Disponible en Internet: <<http://www.agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3¬a=4319>>

⁵⁰ *Ibíd.*,

⁵¹ HAUDBEY, Mona. Estrategia contra Embarazado adolescente. En: El Tiempo. Bogotá D. C. 27 de, junio, 2004. Páginas Dominicales. p.2

A la vez y casi al unísono, Cambio⁵² habla del control de la fecundidad en este grupo mediante la campaña que por primera vez en Colombia el gobierno promoverá abiertamente el uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo de adolescentes como parte de la solución centrada en las conductas sexuales de los jóvenes.

Un año después, Semana⁵³, esboza el problema en términos numéricos, escribiendo cómo los más de 160.000 partos de las adolescentes del año 2004 generan toda una cadena de miseria y empobrecimiento que debe ser atendido lo antes posible para frenar la bomba social que allí se está gestando.

Posteriormente, El Tiempo⁵⁴ señala que esta situación genera un impacto negativo en el desarrollo social del país. Advierte, además, como el fenómeno en Colombia es mucho mayor que el promedio latinoamericano según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2010 en Colombia 19,5% de las adolescentes han estado o están embarazadas, mientras que en la región llega al 18%. Señala, además, que las adolescentes embarazadas en la mayoría de los casos perpetúan los círculos viciosos de la pobreza de las familias colombianas, debido a que en ocasiones se ven obligadas a abandonar los estudios, lo que las ponen en condiciones de desventaja social y económica para proveer calidad de vida para sus familias.

⁵² CAMBIO, A Calzón Quitao. Abril 12 de 2004. Edición N°. 563, p. 40.

⁵³ SEMANA. Madres Prematuras. Abril de 2005. p. 116.

⁵⁴ EL TIEMPO, Embarazo adolescente, alimento de la pobreza. Bogotá D.C. 24 de julio de 2011. Sección Debe Saber. p. 11. Col. 1 – 2.

Linares Gómez⁵⁵ advierte que el embarazo en las adolescentes conduce a mayores índices de repitencia, y malos resultados académicos. Al igual en el artículo anterior se resalta los indicadores que la ENDS Colombia del año 2010 presenta al respecto en cuanto al porcentaje de adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años: 19,5%.

Wartenberg⁵⁶ al analizar el significado del embarazo y cómo cambia, según el estrato socioeconómico dice que los riesgos según el estrato son diferentes por dos hechos relevantes: uno es el significado social según la edad: las mujeres de los estratos socioeconómicos bajos maduran y envejecen socialmente más temprano. Y el otro hecho, se relaciona con el orden de prioridad diferente que se le da a la educación y a la maternidad en cada sector social.

Según lo anterior, los estratos socioeconómicos más bajos son los que enfrentan más el embarazo precoz y la responsabilidad de iniciar uniones tempranas. En contraste, los estratos medios y altos al priorizar la educación logrando prolongar la niñez y retrasar los encuentros sexuales. Y aun cuando se presentan los embarazos a temprana edad, en lugar de ser asumido, es negado por medio de prácticas de interrupción del embarazo con el objetivo de evitar la desviación de un proyecto de vida más promisorio. Las anteriores consecuencias no son absolutas para cada estrato, sólo pueden ser identificadas como tendencias variadas y relacionadas con situaciones personales, sociales y culturales que dan lugar a diferentes con maneras de asumir el embarazo.

Flórez⁵⁷ analiza cómo los patrones de actividad sexual, unión y maternidad difieren considerablemente entre los diferentes estratos en dos ciudades como Bogotá y

⁵⁵ LINARES GÓMEZ, Andrea. Miedo y embarazo 'rajan' a los escolares. En: El Tiempo. Bogotá D.C. 5, septiembre, 2011. Sección. Debe Saber. p 2. Col.4.

⁵⁶ WARTENBERG, L., *Op. cit.*, pp. 35-36.

⁵⁷ FLÓREZ, Carmen Elisa. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. En: Rev. Panam. Salud Pública, vol. 6, Bogotá, 2005. p.18.

Cali. Las adolescentes de estratos menos favorecidos inician relaciones sexuales, se unen a compañeros y son madres con mucha mayor antelación e intensidad que las de estratos más altos. El principal factor determinante del comportamiento reproductivo de las adolescentes es el conjunto de influencias contextuales y socioeconómicas próximas, tales como las características del hogar en que reside, la supervisión a que está sometida, el clima educativo y las particulares individualidades de la adolescente. Todo este conjunto de factores es lo que configura su entorno sociocultural de mayor o menor riesgo de fecundidad.

De la Cuesta⁵⁸ revela que el embarazo en la adolescencia no es un hecho biológico, sino un hecho social y afectivo y se inscribe para la joven en una relación amorosa. Por tanto, hay embarazos que se planifican en el noviazgo y buscan la maternidad; otros que surgen de manera inoportuna en la relación que se catalogan como NO planificados que la autora señala de tres tipos: a) el repentino, b) el prematuro y c) el residual. Esta construcción subjetiva que plantea la autora permite que los profesionales detecten las necesidades y las situaciones de vulnerabilidad que permiten apoyar a las jóvenes que los precisen y prevengan.

Es claro que De la Cuesta⁵⁹, busca entender el embarazo juvenil como un hecho social que se debe comprender y analizar para determinar en qué situaciones se produce. A partir del testimonio de las propias jóvenes, describe la realidad del contexto en que tiene lugar esta situación y plantea cómo entender el significado que las adolescentes atribuyen a su embarazo, en los estratos socioeconómicos bajos, especialmente cuando en ellas encuentra que la maternidad y el amor lo toman en serio y es una expectativa de vida futura, real y deseada. Las adolescentes medias, sea cual sea su procedencia geográfica encuentran formas

⁵⁸ DE LA CUESTA, Carmen. Significado del embarazo en la adolescencia: la dimensión sentimental. [En línea]. Vol. 10 N° 5, 2000. En: Revista de Enfermería Clínica. Universidad de Antioquía. [Citado 16 marzo 2011] Disponible en Internet: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2895992>>

⁵⁹ DE LA CUESTA Benjumea, Carmen, Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia, Medellín: Universidad de Antioquía. Facultad de Enfermería, 2002. p. 100-101

de idealizar el amor y el embarazo a pesar de sus consecuencias personales, tomando por lo general la decisión de continuar la gestación.

Desde el punto de vista de Salazar,⁶⁰ el embarazo adolescente constituye un evento vital de importantes repercusiones en distintas dimensiones de la mujer: estudio de la estructura familiar, ocupación, proyecto de vida y estado civil. También determinan el carácter repetitivo de la maternidad adolescente y cómo la gestación no perjudica las necesidades futuras de la mujer.

A su vez, Pérez⁶¹ concluye que las familias y adolescentes gestantes tienen mayores riesgos por la falta de conocimiento y acceso de los servicios de salud por carencias propias del área rural donde desarrolla este estudio y por tanto surge la necesidad del cuidado del entorno que rodea estas familias con adolescentes gestantes, para garantizar el cuidado futuro de la joven y su hijo. La preocupación que existe para familias del área rural es similar a las familias de escasos recursos de las áreas marginales especialmente por el poco acceso a redes de apoyo y solidaridad, como lo denota la investigación que a continuación se referencia.

Cárdenas⁶², en estratos socioeconómicos 1 y 2, hace evidentes las problemáticas de género, familia, sexualidad y relaciones de pareja. La mayoría de las mujeres gestantes tienen una estructura jerárquica que limita su autonomía, lo que

⁶⁰ SALAZAR, Andrés; RODRÍGUEZ, Luisa y DAZA, Rodrigo. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños. Consecuencias, en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida. [En línea]. Vol. 11. No. 029 (2007). En: Persona y Bioética. Universidad de la Sabana. [Citado 21 febrero 2011]. Disponible en Internet: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83202907>>

⁶¹ PÉREZ GIRALDO, Beatriz. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes: Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Bogotá: Universidad de La Sabana. Facultad de Enfermería, 2003. p. 10

⁶² CÁRDENAS LÓPEZ, Hugo. Las redes sociales de las mujeres gestantes y en periodo de crianza y su acción concurrente en la morbilidad y mortalidad en los niños durante los seis primeros meses de vida. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2008. p. 59

constituye un factor de vulnerabilidad para la conformación de redes sociales. Encuentran que las adolescentes gestantes padecen la pobreza, el abandono y exclusión a pesar de ser apoyadas los primeros 6 meses, porque una vez aumentan los gastos, el apoyo disminuye y en algunos casos son expulsadas de las familias mediante acciones violentas. Se evidencia, así, que a este nivel hay poca facilidad para conformar redes sociales que apoyen la gestación y los primeros años de vida de los hijos de estas adolescentes.

Alvarado⁶³ revisa las temáticas asociadas al embarazo y los factores inherentes a la actividad sexual y observa que dicho problema de salud pública es prevenible. Resaltan también la relación de este problema con el déficit de redes de apoyo social y familiar y con la carencia de toma de decisiones individuales asertivas.

Desde una perspectiva de la psicología cultural, Tenorio⁶⁴, en su investigación en las ciudades de Pasto, Popayán, Buenaventura y Cali, tipifica los modelos culturales de la mujer, la tendencia de las relaciones de pareja y sexualidad entre adolescentes. Mira desde una perspectiva cultural en los diferentes sectores sociales como las oportunidades para “hacerse” no son las mismas. Encuentra cómo las carencias estructurales determinan dinámicas familiares de exigencias a las adolescentes que van en detrimento del afecto a sus hijos y hacia su propia realización. Por otro lado, las adolescentes inician sus responsabilidades maternas antes de saber cuidar de sí mismas y se unen a parejas que no saben ser compañeros responsables ni solidarios. Resalta además, cómo la escolaridad es una condición necesaria, pero no suficiente, para que se asuman actitudes autónomas.

⁶³ ALVARADO, Ricardo *et al.* Problemática en torno al embarazo en Adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). [En línea] En: Revista Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. Vol. 5. No. 001 (2007). [Citado 21 febrero 2011]. Disponible en Internet: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56250105>>

⁶⁴ TENORIO, María Cristina, Las mujeres no nacen, se hacen: modelos culturales de mujer entre adolescentes de sectores populares. Cali: Universidad del Valle, Colciencias, 2002. p. 14

Cortés⁶⁵ describe desde una perspectiva cultural los significados y símbolos que expresan como viven la sexualidad los adolescentes desde su cosmovisión. Esta investigación descriptiva destaca la perspectiva de los roles de género, los procesos de decisiones frente al embarazo de las adolescentes escolarizadas en una institución educativa pública de Aguablanca, en Cali, Colombia. Concluyen que existe una fuerte cohesión de un modelo cultural en el cual las madres adolescentes repiten la historia familiar de las abuelas y madres, reflejando la sumisión que se les ha asignado históricamente a las mujeres. La maternidad de las adolescentes aparece como el resultado de la presión que ejercen los antecedentes sobre ellas, identificando códigos en la relación de pareja de poder y dominación masculina.

Continuando con la perspectiva de género, Henao, González y Vargas⁶⁶ plantean cómo la fecundidad de la adolescente en Colombia es un obstáculo para las mujeres. Para ello ponen en evidencia como para nuestra sociedad el sexo desde el nacimiento marca el trato diferencial a hombres y a mujeres. Destaca además como las prácticas de socialización continúan definiendo trayectorias distintas en función del género: a los hombres se le promueve el potencial para dirigir su propia vida en la esfera pública y a las mujeres se les fomenta la capacidad para darse a otros y realizarse a través de su rol reproductivo. Plantea reducir las diferencias de género a través de acciones que habiliten a las mujeres para pensar, sentir y actuar de manera independiente y tener el control de su propia vida y de su fecundidad.

⁶⁵ CORTÉS, María Enriqueta; VALENCIA, Susana y VÁSQUEZ, María Lucía. Mi mente decía no.... Mi cuerpo decía sí...: embarazo en adolescentes escolarizadas. [En línea] En: Avances en enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Vol. 27. No. 2 (2009). [Citado 16 marzo. 2011]. Disponible en Internet: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12968/13563>>

⁶⁶ HENAO, Juanita; GONZÁLEZ, Constanza y VARGAS Trujillo Elvia. Fecundidad adolescente, género y desarrollo. N° 16-17. [En Línea] En: Revista Territorios. Centro Interdisciplinario de Estudios Regionales –CIDER. Universidad de los Andes. – Universidad del Rosario. 2007 [Citado 21 marzo 2011] Disponible en Internet: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2924356>>

Soto y Durán⁶⁷ en su investigación de experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social describen y explican como el contexto para provisión del cuidado integral individualizado y focalizado es fundamental para la práctica de la enfermería. Es un hecho social que exige analizar las realidades del mundo simultáneas con las del mundo interior, reconociendo que no puede ser modificado por un simple decreto a voluntad, sino que exige un esfuerzo laborioso considerando las experiencias desde los ámbitos internos y externos.

Lugo⁶⁸, en la línea de investigación embarazo en adolescentes adentrándose en su mundo interior y afectivo, concluye que la experiencia central que viven las jóvenes durante el embarazo es el sufrimiento, el cual está profundamente ligado con su identidad, hecho que se evidencia a través de cuatro sentimientos que preceden uno al otro: estar abrumada, vivir en descontrol, desilusionarse del amor y al final soportar el sufrimiento para asumir su condición de maternidad.

Prías y Miranda⁶⁹ describen e interpretan las experiencias relacionadas con los sentimientos e ideas de las adolescentes al conocer su estado de embarazo. La investigación muestra que la joven experimenta sentimientos negativos cuando no cuenta con un ambiente familiar que le brinde seguridad y confianza y de displacer cuando la joven no tiene estabilidad emocional con su pareja y no se siente segura del afecto y apoyo que le pueda brindar. Por el contrario, si la adolescente cuenta con el apoyo manifiesta sentimientos placenteros y no le importan las opiniones de

⁶⁷ SOTO, Virginia Inés y DURÁN, María Mercedes. Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social. [En línea]. Vol. 26. No. 2 (2008). En: Avances en enfermería, Universidad Nacional de Colombia. [Citado 16 marzo 2011]. Disponible en Internet: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12944/13540>>

⁶⁸ LUGO, Nelvia Victoria. El mundo afectivo de la adolescente embarazada. Medellín: Universidad de Antioquia, 2000. p.1 [En línea]. Disponible en: www.avanza.org.co/archivos/.../vickyfesco.pdf.

⁶⁹ PRÍAS VANEGAS, Hilda y MIRANDA MELLADO, Clarybel. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. [En línea]. Vol. 9. No. 1 (2009). En: Aquichan. Universidad de la Sabana. [Citado 21 febrero 2011]. Disponible en Internet: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74111465009>>

sus padres o amigos y más bien se siente plena y feliz al lado de su compañero y con sentimiento de bienvenida para su hijo.

Desde una línea psicológica similar a la anterior, Kano⁷⁰ deja ver la faceta y muestra el modo como se modifica la idea del yo durante la gestación, como un proceso secuencial de ajuste de su identidad. La autora señala como durante este proceso de adaptación a su nueva condición hay cuatro momentos: la desaprobación social; la asimilación del primer impacto; la decisión de continuar el embarazo y la transformación de un nuevo Yo que le permita prepararse para ser madre con identidad adulta.

Siguiendo la línea anterior Soto y Durán⁷¹ plantean un acercamiento desde una perspectiva sociológica al fenómeno del embarazo en la adolescencia, resaltando los contextos sociales en el cual estas jóvenes se encuentran y cómo este fenómeno ejercer en términos de Durkheim “coerción exterior” sobre las adolescentes. No obstante, las autoras también advierten que el hecho social del embarazo en sí no puede ser atribuido a condiciones sociales, culturales, regionales o estéticas *per se*, sino que debe ser visto también a partir de causas individuales, contextuales y situadas, lo que ayudará a comprender este fenómeno de forma amplia y compleja.

Amar y Hernández⁷², desde otro ángulo psicológico, en Barranquilla en una población de muy escasos recursos, describe el proceso del autoconcepto a la luz de este evento. Encuentran que la adolescente se ve abocada a asumir en soledad todos los problemas y a tomar una actitud sumisa, conformista y

⁷⁰ KANO FLORIÁN, María Esther, El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia: Ajustando la identidad. Medellín: Universidad de Antioquia, 1998. p. 35

⁷¹ SOTO, V., y DURÁN M. M., *Op. cit.* p.18.

⁷² AMAR, José J. y HERNÁNDEZ, Jiménez Bertha, Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras. Barranquilla: Universidad del Norte, 2005. pp. 1 - 3

ambivalente y aunque haya deseado el embarazo de alguna manera lo rechaza y al mismo tiempo lo acepta, lo cual refleja su bajo autoconcepto.

Gutiérrez y otros⁷³ en un estudio de intervención con perspectiva psicoanalítica busca identificar el estado psíquico y vínculos significativos que se entrelazan en las adolescentes y las características en la relaciones madres – hijos. De esta forma caracteriza la atmósfera psíquica de las adolescentes gestantes que en condiciones socioeconómicas difíciles tiene la sensación de un presente siempre presente, estancado en el que no existen ni proyectos, ni esperanzas, ni sueños. Aún a pesar de las condiciones precarias es posible una atmósfera de contención para dar sentido a las experiencias vividas.

Castrillón⁷⁴ enfoca su análisis a la resignificación de la sexualidad infantil de la adolescente embarazada y la función que cumple un hijo. Es en el embarazo y posterior a la presencia del hijo que tramitan un asunto simbólico que es preciso resolver en la adolescencia: el duelo por los objetos parentales, el cuerpo de la infancia y el rol infantil. Es una explicación desde la elección de sujeto y desde su responsabilidad subjetiva.

Las diferentes investigaciones referidas en la presentación de estado de la cuestión consideran aspectos desde la perspectiva psicológica, psicológica cultural, antropológica, psicoanalítica, sociológica, contextual y de las diferentes formas de atención en salud, pero ninguna la plantea desde la aproximación, ni crean nuevos neologismos relacionados como es el caso de “relevo de autonomía” de la

⁷³ GUTIÉRREZ, Maggui *et al.* La atmósfera Psíquica y los vínculos significativos de madres adolescentes gestantes y lactantes de bajo estrato económico. Implicaciones sobre el desarrollo Psíquico. [En línea]. En: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Vol. 5. No. 001 (2007). Universidad de Manizales. [Citado 21 febrero 2011]. Disponible en Internet: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77350105>>

⁷⁴ CASTRILLÓN C, Sandra. La función del embarazo en adolescentes sobre la resignificación de la sexualidad. [En línea] . Rev. Fac. Nac. Salud Pública, vol.28, N.1, Universidad de Antioquía. 2010. [Citado 22 marzo 2011] Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2010000100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0120-386X.

adolescente embarazada. Por tanto, la anterior consideración la investigación propuesta hace aporte al conocimiento y plantea el uso juicioso y cooperativo de esta figura en el abordaje solidario de este fenómeno en el tejido social de esta franja de realidad estudiada. Las más importantes investigaciones realizado en los últimos 10 años pueden verse en el Anexo A.

METODOLOGÍA

La estrategia de esta investigación es de corte cualitativo, se inscribe en la teoría fundamentada de Corbin y Strauss⁷⁵ enraizada en el interaccionismo simbólico lo que permite al investigador construir interpretaciones sobre lo que las jóvenes ven como su realidad social. Se captura el fenómeno de manera integral, se enfatiza en la comprensión del significado en la circunstancia específica del embarazo en la adolescencia y se afina lo referente a la dinámica de la autonomía y sus consecuentes relevos en esta particular realidad.

El punto de partida de la investigación cualitativa en son los principios y conceptos “universales” en el marco del perfil teórico de la adolescencia del desarrollo de la autonomía y moralidad en la adolescencia.

Se plantea el problema de manera inductiva y producto de la experiencia en el área médica especializada con adolescentes. La búsqueda de la información se hace en fuentes primarias y el muestreo teórico se orienta a la inclusión de adolescentes en embarazo específicamente en edades entre 14 a 16 años. El estudio de este hecho permite retrospectivamente pasar retrospectivamente pasar de la autonomía e invulnerabilidad a vulnerabilidad y la dependencia en circunstancias que no solo movilizan a la joven, sino a toda su red social.

⁷⁵ CORBIN, Juliet y STRAUSS, Anselm, Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y Procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de Enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002. pp. 11-13

El propósito central de esta investigación es analizar y comprender, mediante la veracidad y credibilidad de los hallazgos en las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales, las diferentes categorías planteadas que consoliden la solidez y verificación de las conceptualizaciones de la investigadora.

FASES DENTRO DEL MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

- Muestreo teórico. Producto de la búsqueda en la consulta médica prenatal con los criterios de inclusión definidos.
- Codificación. Abierta, axial y selectiva.
- Comparación. Diagramas, cuadros comparativos y relación con datos cuantitativos.
- Teorización. El resultado al planteamiento del problema.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Entrevistas semiestructuradas. Las cuales están dirigidas a la población escogida con los criterios mencionados. La consecución de los datos es individual con la investigadora. Se llegó a un total de 30 entrevistas por dos razones: por la saturación de la información y por que 30 es el mínimo considerado aceptable en la investigación.⁷⁶

Grupos focales. Productos de la escogencia a la azar de 10 adolescentes 7 de las ya entrevistadas y 3 de de la consulta diaria las cuales se dividieron en dos grupos de 5 jóvenes con el fin de socializar y percibir, mediante charlas

⁷⁶ JOCOBY, Liva; SIMONOFF, Laura. *Empirical Methods for Bioethics: A primer*. Elsevier:JAI Press. Advances in Bioethics, Vol. II, 2008. p.127.

moderadas por el investigador, nuevas categorías emergentes o darle continuidad y contribución a las ya establecidas.

La unidad de análisis está relacionada con los objetivos específicos y corresponde cada uno de ellos, a la triada: Autonomía – Vulnerabilidad – Dependencia. La interrelación y dinámicas que se generan internamente conllevan el cumplimiento del objetivo general planteado.

La población que constituyó un universo de 50 Adolescentes en embarazo o que a la fecha ya eran madres con edades que oscilaban entre 14 a 16 años atendidas en la IPS Cafam Bogotá, estudiantes, pertenecientes a estratos socioeconómicos medios, cuyo motivo de consulta siempre fue la situación de su embarazo. Una vez diagnosticadas y manejada la urgencia social que genera, se orientó al manejo interdisciplinario de la institución, junto con los lineamientos especificados en guías de atención prenatal del Ministerio de Protección Social y el Centro Latinoamericano de Perinatología - CLAP.

Durante o después del embarazo se contactaron telefónicamente⁷⁷ a 35 adolescentes embarazadas o madres adolescentes para iniciar con ellas las entrevistas, previa conocimiento del objetivo del estudio, el tipo de entrevista, el tiempo para diligenciarla y el subsidio de transporte público (Transmilenio) como un incentivo justo para su cumplimiento.

El trabajo de campo se inició en junio de 2010 hasta mayo de 2011. Se hicieron entrevistas individuales, previo consentimiento informado. Se concertó llamado telefónico posteriormente para lograr conformar dos grupos focales. La escogencia en el grupo dependía de la posibilidad o no de asistir a la sesión con duración promedio de 2 horas. El consentimiento informado para los grupos focales fue colectivo, en el sentido que fue leído el formato para todas ellas concertadas y

⁷⁷ Entre junio y octubre del 2010.

definidas las condiciones de confidencialidad y uso de la información obtenida se procedió a la firma de autorización.

En la realización de las entrevistas semiestructuradas, posterior al contacto telefónico inicial, se fueron llamando y concertando el sitio, hora y lugar (siempre en las instalaciones de la IPS Cafam), para cada entrevista.

La búsqueda y concertación de las citas requirió siempre una o más llamadas debido a las diferentes ocupaciones y responsabilidades que tiene estas jóvenes, como la asistencia al colegio, el cuidado de sus hermanos y/o su hijo, trabajos parciales por temporadas, así como la posibilidad de delegar a su hijo para poder asistir sola a la entrevista. En una ocasión una de ellas no dejó de asistir a la cita, pero trajo a sus dos hijos, con los cuales fue imposible hacer la entrevista por la demanda permanente del cuidado de la madre. Se postergó para otra ocasión más propicia para este tipo de entrevista. Sin embargo, y a pesar de la insistencia de cumplimiento, hubo varias ausencias con las ya citadas por la marcada dependencia de quien cuida a su hijo y de la disponibilidad de un adulto cercano que asumiera el tiempo de cuidado del bebé o niño en su ausencia.

Por razones de dificultad semejantes a las expuestas anteriormente, fue difícil la convocatoria a los grupos, ya que se citaban 8 jóvenes, de las cuales podían llegar solo 5 de ellas con justificaciones muy razonables dada la dependencia y codependencia con su hijo. Finalmente, se logró coordinar a las jóvenes para los dos grupos focales.

En cada entrevista⁷⁸ se procedió a leer el consentimiento informado, la verificación de comprensión de la información y la correspondiente firma. Posteriormente, se grabó y diligenció la entrevista, la cual duró un promedio de 30 a 40 minutos. Siempre se dejó el tiempo para pensar o repensar la pregunta o para que se

⁷⁸ Es de anotar que las entrevistas siempre se realizaron en un consultorio médico, para proteger la privacidad y confidencialidad de los relatos de las jóvenes.

devolviera sobre los hechos ya relatados. Al final, se agradeció su colaboración y se dejó abierta la invitación para el grupo focal, se explicaba de qué se trataba y el tiempo necesario para participar.

Para la formación de cada grupo focal, se concertó la cita entre uno y cinco días antes. Se prefirió principalmente al día domingo en horas de la noche para citarlas, debido a que ese día se les facilitaba conocer la disponibilidad de tiempo en la semana y de esta forma podían negociar el cuidado del bebé a un familiar, amiga, etc. El día anterior se confirmaba telefónicamente a la adolescente⁷⁹. El desarrollo del grupo focal transcurrió en un ambiente de camaradería que es propio de las adolescentes, se encontró un perfil similar en tres de ellas: una más “veterana” y una muy joven, la cual hasta ahora se encontraba iniciando su embarazo. Se notó con cada tema tratado las duras, emotivas y satisfactorias vivencias que les han transcurrido. Al despedirse se dieron fuerza para seguir adelante con sus proyectos de vida, reconociendo que el “motor” de sus motivaciones es su hijo o hija.

Fuentes de información. La información se obtuvo, mediante entrevistas semiestructuradas (Véanse Anexos 2 y 3) y grupo focal (Véase Anexo 4).

La metodología utilizada presentó algunas restricciones para la circunstancia que nos ocupa, porque tiende a reconocer y comprender una realidad específica que no permite generalizar los resultados para todas las mujeres adolescentes embarazadas o madres adolescentes. Sin embargo, desde la conceptualización y aplicación de la Bioética, permite dinamizar el ejercicio de la autonomía en el tejido social de una manera particular, para poder ser extrapolado a otras situaciones de salud o personales relacionadas con el relevo de autonomía.

⁷⁹ En la mayoría de los casos se presentaron menos adolescentes que las citadas (un promedio de 2 o 3)

La colaboración fue incondicional aunque siempre difícil de estas jóvenes madres con su marcada dependencia o por el cumplimiento de sus responsabilidades adquiridas. En ocasiones trabajan por temporadas o cuidan de otros hermanos parientes o vecinos como forma de subsistencia. Sin embargo, ellas lograron coordinar sus compromisos adquiridos con sus familias o la de su compañero, proporcionando datos de información muy sensible y emotiva.

SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La sistematización de la información recopilada en 30 entrevistas y los dos grupos focales se realizó, mediante un proceso de transcripción de las grabaciones de voz y video (estas últimas para el caso de los grupos focales) a formato de texto (Word – Rich Text Format) los cuales posteriormente fueron los documentos primarios que alimentaron el Software⁸⁰ utilizado para la sistematización de la información cualitativa. Se numeran con números romanos las entrevistas del 1 al 30 y se discrimina cada párrafo con números arábigos; los grupos focales se denominan I y II e igualmente cada párrafo se identifica con números arábigos.

Mediante Atlas Ti, se permitió encuadrar una lectura detallada de cada uno de las narrativas de las adolescentes entrevistadas, al igual que las discusiones devenidas de los grupos focales, de tal manera que se logró realizar las primeras codificaciones (categorizaciones) provenientes de dichos relatos. Así, se aplicó una perspectiva netamente inductiva, es decir, proveniente de los mismos actores de la investigación.

Posterior al trabajo de codificación primaria, se llevó a cabo una agrupación por familias o categorías de análisis, las cuales posibilitaron la tarea de organizar, encuadrar y entrecruzar la información inicial. Producto de este proceso se encuentran: a) el levantamiento de información con la cual se construyeron los

⁸⁰ El software utilizado para este proceso fue Atlas Ti 5.0

genogramas de las adolescentes y b) las conceptualizaciones referidas en las entrevistas de las jóvenes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo de este proyecto de investigación se ajusta a las normas internacionales de la Declaración de Helsinki 2008⁸¹ en los aspectos siguientes: “En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses⁸².

El bienestar de las adolescentes gestantes estará siempre en primacía sobre todos los otros intereses, además de promover el respeto, la salud y sus derechos individuales:

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida⁸³.

Cumple con las normas y estándares éticos legales nacionales e internacionales vigentes en Colombia:

Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional

⁸¹ DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, octubre de 2008. [En línea] [Citado 12 octubre 2009]. Disponible en Internet: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf>

⁸² *Ibid.*, art. 6.

⁸³ *Ibid.*, art. 9.

disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración⁸⁴.

Cumple con que el protocolo y la metodología estén claramente descritas como orienta la declaración de Helsinki:

El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados⁸⁵.

Primarán en las adolescentes gestantes la confidencialidad, el respeto a su intimidad y el respeto por su decisión o rechazo de participar en la investigación, mediante el proceso del consentimiento informado para las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales.

El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo s gestantes la confidencialidad, el respeto a su intimidad y el respeto por su decisión o rechazo de participar en la investigación, mediante el proceso del consentimiento informado para las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales.

El proyecto tiene como objetivo alcanzar el grado de doctorado en Bioética que es el principal interés del investigador, además de hacer un aporte al conocimiento en el área de la clínica. La financiación es mediada por el Icetex, para el costo de

⁸⁴ *Ibid.*, art. 10.

⁸⁵ *Ibid.*, art. 14.

matriculas, el resto de los recursos necesarios serán de aportes personales. El tiempo laboral que se cruza con los estudios de doctorado es patrocinado por la IPS Cafam. La participación de las adolescentes será voluntaria sin incentivos mayores que el aporte al conocimiento en el área embarazo en la adolescencia.

Cumple con ser sometido al Comité de investigación institucional. El investigador hará la declaración de conflicto de intereses al someter el proyecto de investigación al Comité de ética institucional. Se marginará del estudio y aprobación por el conflicto que implica pertenecer al comité que va hacer el estudio.

El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida⁸⁶.

Cumple con ser hecha por un investigador con la formación y calificación en Bioética y en investigación cualitativa adquirida en la formación para el doctorado desde el año 2006:

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas (...) La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento⁸⁷.

Cumple con resguardar la intimidad y la confidencialidad de la información personal.

⁸⁶ *Ibid.*, art. 15.

⁸⁷ *Ibid.*, art. 16.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social⁸⁸.

Cumple con que todos los participantes, antes de la firma del consentimiento informado, reciban toda la información pertinente a los objetivos, riesgos, beneficios, fuentes de financiamiento y posibles conflictos de intereses.

En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias⁸⁹.

Cumple con que las participantes podrán tener acceso a la información una vez terminada la investigación y entregada como tesis doctoral a la Universidad El Bosque y a la institución patrocinadora IPS Cafam, donde podrá ser consultada

Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos

⁸⁸ *Ibid.*, art. 23.

⁸⁹ *Ibid.*, art. 24.

como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público⁹⁰.

Como este proyecto de investigación involucra seres humanos cumple con el ser sometido a aprobación por el Comité de Ética de Investigación institucional de la IPS Cafam: “Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema”⁹¹.

Como el proyecto desarrollará acciones que contribuyen al conocimiento de procesos psicológicos en los seres humanos, al conocimiento de la práctica médica, al control de problemas de salud y al estudio de métodos que se recomienden para la prestación de servicios de salud cumple con la disposición que establece que “La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: a). Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos”⁹².

Cumple con la disposición que establece que prevalecerá el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”⁹³.

Cumple con proteger la privacidad y la identidad en las entrevistas de cada una de los participantes: “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la

⁹⁰ *Ibid.*, art. 30.

⁹¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (4 de Octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. República de Colombia. Art. 2. [En línea] [Citado 12 octubre 2009]. Disponible en Internet: <<http://sussmann.sussmann.googlepages.com/Resolucion8430de1993.pdf>>

⁹² *Ibid.*, art. 4.

⁹³ *Ibid.*, art. 5.

privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”⁹⁴.

Cumple con lo dispuesto para la categoría “investigación sin riesgo” ya que es un estudio tipo prospectivo no intervencionista y emplea registros, mediante entrevistas escritas y grabadas.

Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta ...⁹⁵

Cumple con el diligenciamiento de los consentimientos informados por escrito en forma completa y clara para cada participante de cada una de las entrevistas y los contenidos de los grupos focales, sometidos previamente a consideración del Comité de ética de investigación de Cafam. Se tiene en cuenta que el estatus jurídico de la adolescente embarazada cambia una vez es madre y la faculta para tomar decisiones respecto a su vida y a la de su hijo.

Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna⁹⁶.

⁹⁴ *Ibid.*, art. 8.

⁹⁵ *Ibid.*, art. 11.

⁹⁶ *Ibid.*, art. 14.

1. RESULTADOS

Mediante la presentación de las diferentes situaciones evidenciadas con las dos fuentes de información elegidas se visibiliza la condición humana de la autonomía, la vulnerabilidad y la dependencia en una etapa del ciclo vital, donde un evento como el del embarazo en la adolescencia la dinamiza no sólo desde el área personal, sino de interdependencia social y política. Consecuentemente con los hallazgos, se configura la metáfora de “relevo de autonomía” donde se percibe la pérdida parcial de la autonomía, la vulnerabilidad y la dependencia permitiendo percibir como en las redes horizontales que se despliegan se sostienen relaciones de confianza, cooperación y solidaridad.

Los resultados serán mostrados de dos formas: primero se presentan en cifras el transcurrir del embarazo de las adolescentes entre 14 y 16 años, comparadas con la realidad nacional y local. Y la segunda parte del análisis son los hallazgos cualitativos, objeto de esta investigación, que permiten contribuir a darle significado al relevo de autonomía en las madres adolescentes estudiadas

1.1 ENTORNO DE LAS MADRES ADOLESCENTES ENTREVISTADAS

Las condiciones previas al embarazo están enmarcadas no solo en lo individual como son la edad y las particularidades intrínsecas de impulsividad e invulnerabilidad sino además, en aspectos culturales de género y cuidado de los hijos, como también en aspectos sociales de oportunidades de realización personal y ejercicio de todos sus derechos fundamentales y de salud sexual y reproductiva.

Los costos son registrados especialmente en los medios de comunicación en contra de los y las adolescentes, sus vidas toman un giro inesperado, pero en el trasfondo hay falta de oportunidades de acceder a servicios de salud, educación

óptima y condiciones de vida que le den proyecciones a futuro y les obliguen a aplazar la maternidad para no generar los costos económicos, demográficos y políticos de que se les acusa.

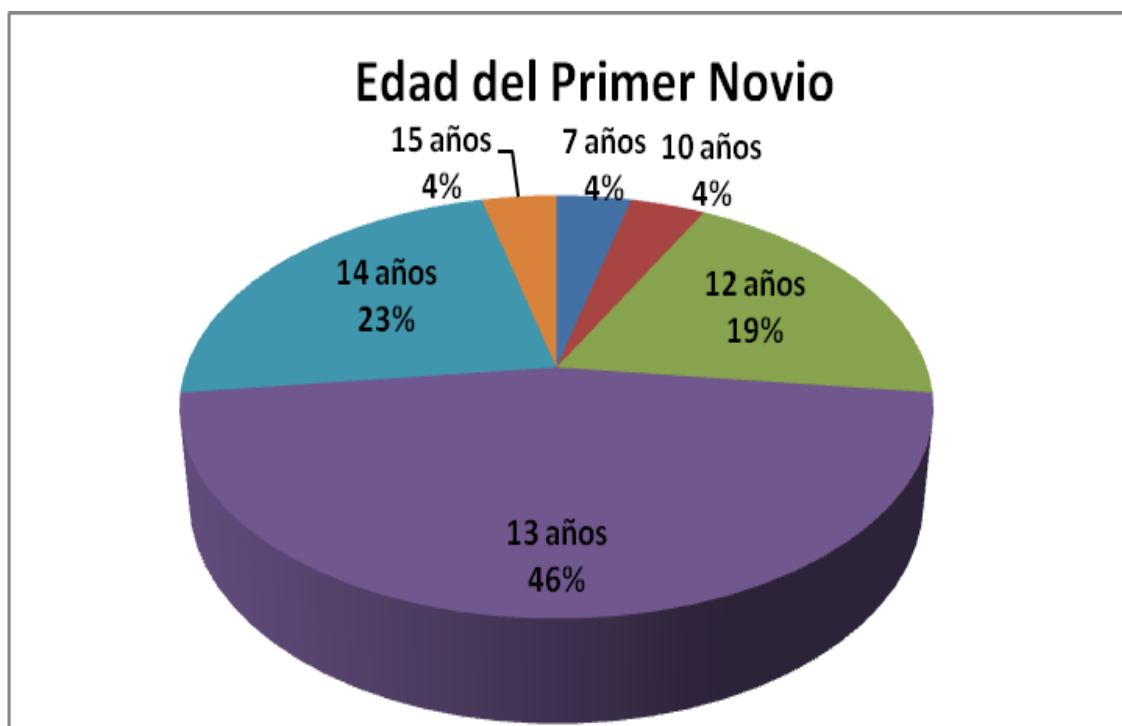
Este contexto en que las y los adolescentes están inmersos en el momento de sus vivencias marca los diferentes factores que contribuyen a orientar las expectativas de vida, por eso la importancia de ser presentados de primera mano para comprender posteriormente por que la autonomía sufre relevos en esta circunstancia tan particular.

1.1.1 Respetto a la edad. Es interesante destacar estos aspectos de la joven y su pareja que facilitan la su condición de embarazo:

- El mayor porcentaje (46%) de las adolescentes tuvieron su primer novio a los 13 años, seguida de las que lo tuvieron a los 14 años (23%), a los 12 años (un 19%) y con distribuciones de un 4% las adolescentes que asumieron noviazgos a los 10 años, 15 años y una edad sorprendentemente menor de 7 años.

- Respecto al promedio de Edad, se puede señalar que las adolescentes entrevistadas tiene su primer novio a los 12,8 años. Esto quiere decir que el inicio de su vida amorosa tiende a ser en la mayoría de los casos directamente proporcional con el comienzo de la adolescencia. (Véase Figura 1).

Figura 1. Edad del primer novio

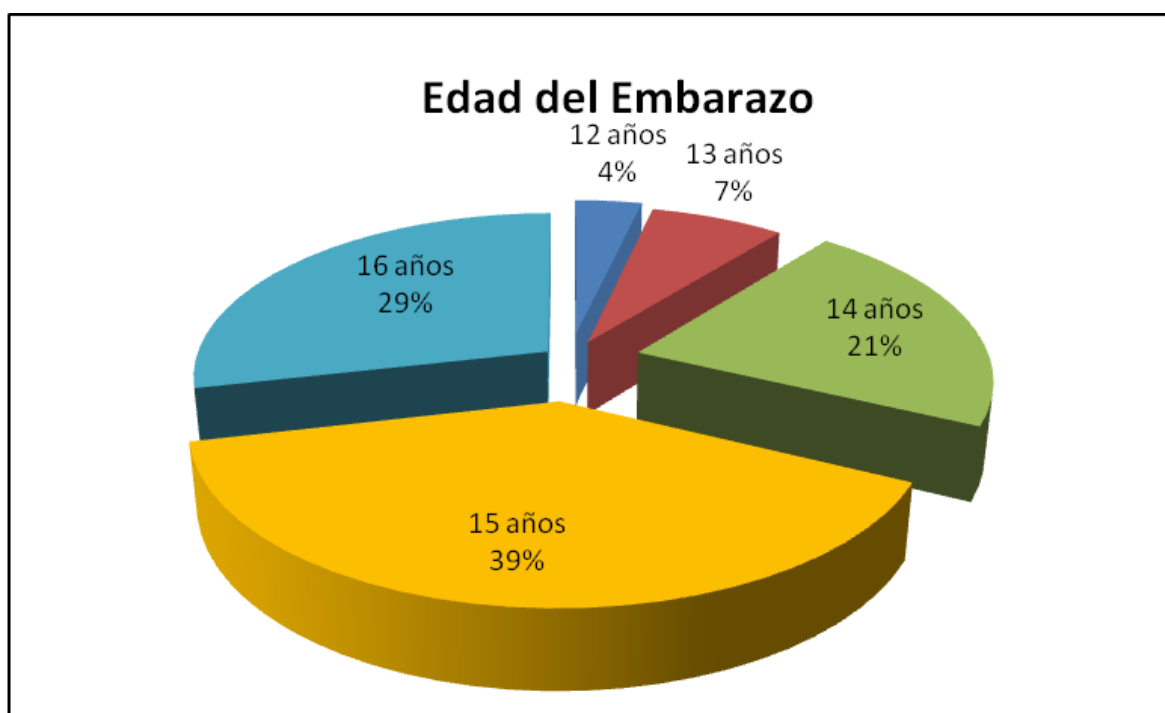


Fuente: autoría propia.

La distribución porcentual de la edad del embarazo de las adolescentes que fueron entrevistadas, permitieron las siguientes conclusiones:

- Se advierte que la mayoría (68%) de las adolescentes quedan en embarazo entre los 15 (39%) y 16 años (29%). El 32% restante se distribuye entre adolescentes que han tenido sus hijos o hijas entre los 14 años (21%), a los 13 años (7%) y a los 12 años (4%).
- Según lo anterior, la edad promedio en que las adolescentes entrevistadas quedaron embarazadas es de: 14,8 años. (Véase Figura 2).

Figura 2. Edad del embarazo



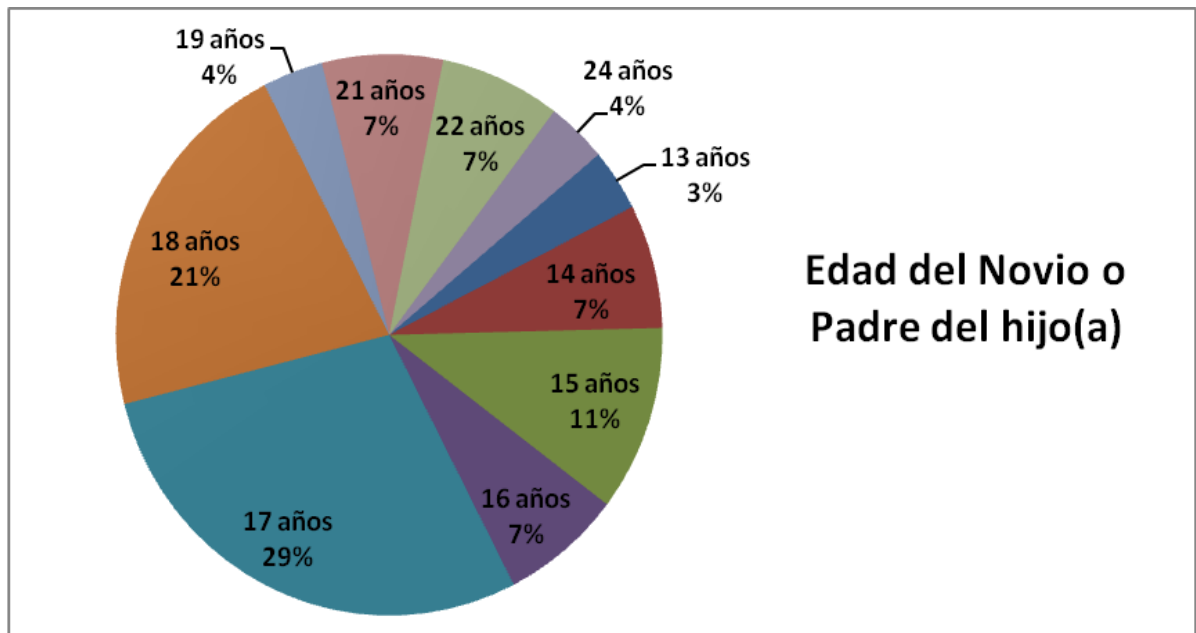
Fuente: autoría propia.

En relación con la edad del novio o padre del hijo(a) se evidencia una distribución mucho más heterogénea (entre los 13 años y los 24 años), así se puede determinar lo siguiente:

- La mitad de los novios de las adolescentes entrevistadas se encuentran en el rango de edad entre 17 años (un 29%) y 18 años (21 años).
- El resto de ellos se ubican en rangos de edad de 15 años (11%) los 16, 14, 21 y 22 años con un 7% respectivamente. Con una menor proporción se encuentra aquellos que tenían 19 y 24 años con un 4% y con 13 años con una participación de un 3%.

- Lo que se evidencia claramente es que la mayor parte de los novios o padres de los hijos, con los que las adolescentes se han relacionado son de edades similares a las de ellas. De esta forma vemos que el promedio de edad en que se encuentran también corresponde con un hombre adolescente: 17,5 años. (Véase Figura 3).

Figura 3. Edad del novio o padre del hijo(a)



Fuente: autoría propia.

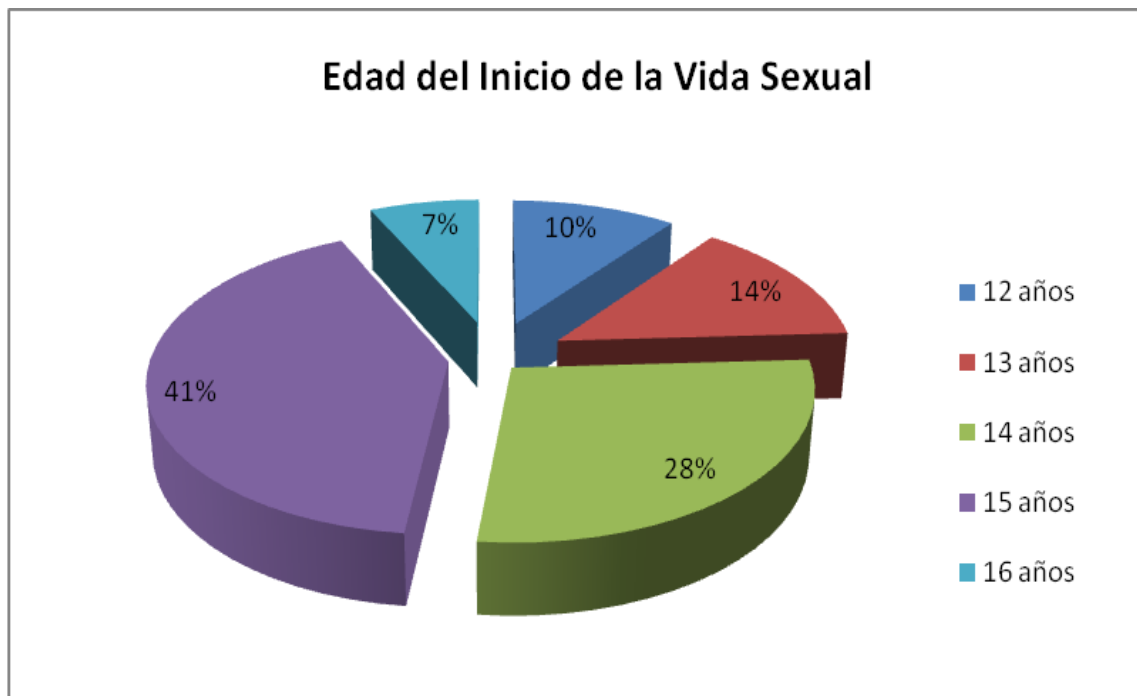
1.1.2 Respecto al ejercicio de la sexualidad. Los métodos de protección y embarazo es importante resaltar lo siguiente:

- La mayor parte de las adolescentes (representadas en un 41%) comenzaron su vida sexual a los 15 años. Seguidamente están las adolescentes que comenzaron a los 14 años (28% de ellas).

- En una menor proporción están las adolescentes que comenzaron su vida sexual a los 13 años de edad (14%), las que iniciaron a los 12 años (un 10%) y finalmente un 7% de las adolescentes que tuvieron su primera relación a los 16 años.

- En relación con el promedio de edad en que las adolescentes tiene su primera relación este es de 14,2 años. (Véase Figura 4).

Figura 4. Edad de Inicio de la vida sexual



Fuente: autoría propia.

En cuanto a los promedios respecto a las edades y eventos claves de las adolescentes entrevistadas, es importante resaltar que el promedio de inicio de la vida sexual y la edad de embarazo casi es el mismo, lo que evidencia que dicho inicio es un factor de vulnerabilidad. De la misma forma, es clara la diferencia de

edad entre la adolescente y el novio, constituyéndose en otro factor de vulnerabilidad recurrente en los casos analizados. (Véase Cuadro 4).

Cuadro 4. Promedio de edades significativas en la vida de las madres adolescentes

Promedios de edades			
Edad a la que tuvo el primer novio	Edad del embarazo	Edad del novio	Edad de inicio de la vida sexual
12,8 años	14,8 años	17,5 años	14, 2 años

Fuente: autoría propia.

Uno de los aspectos más relevantes que evidencia las entrevistas con las adolescentes tiene que ver con los métodos de planificación utilizados (en otros casos las razones para no usarlos) dentro del inicio de la vida sexual de las adolescentes. Así, a continuación se presenta, por un lado la relación entre el embarazo y los métodos de planificación, la cual ayuda a develar algunas de las principales razones que llevaron a que las adolescentes “no se cuidaran” en el momento de tener relaciones con sus parejas y un segundo análisis que relaciona los métodos de planificación que actualmente utilizan las adolescentes.

Según la ENDS⁹⁷, en el 2010, el inicio de la Vida Sexual de las adolescentes de 15 a 19 años es de 13,5% y para la EDDS⁹⁸, en el 2011, el 11% de las encuestadas

⁹⁷ PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Editado por Profamilia. Febrero de 2011 p. 114.

⁹⁸ PROFAMILIA, Encuesta Distrital de Demografía y Salud, 2011. Octubre de 2011. [En línea] [Citado 12 octubre 2009]. Disponible en Internet: <http://www.demografiaysaludbogota.co/>

comenzaron su vida sexual antes de los 15 años, mientras que este porcentaje aumentó a un 57% antes de los 18 años.

Adicionalmente, la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del joven de 10 a 19 años⁹⁹, refiere que la edad promedio del inicio de la vida sexual es de 13,4 para los varones y de 14,8 para las Mujeres, mientras que la edad promedio en el que ocurre el nacimiento de su primer hijo es de 16,2 años.

En cuanto a la relación existente entre embarazo y las razones o justificaciones que tuvieron las adolescentes en el uso o no de los métodos de planificación durante su vida sexual en la adolescencia, se encontraron las tendencias siguientes:

- La razón o justificación que con mayor tendencia (42,3%) se presenta dentro de las adolescentes para el NO uso de métodos de planificación y que causó el embarazo de ellas fue: **“Nunca se protegió”**. Bajo dicha explicación está implícito en algunos casos y explícito en otros la “invulnerabilidad” que sienten las y los adolescentes respecto a que el embarazo “no les va a pasar”.

- En una proporción menor, pero no por ello menos significativa (el 26,9% de los casos) se encuentra la justificación de la **protección esporádica**. Dicha razón advierte aquellas adolescentes tienen conocimiento de métodos de planificación, los han utilizado, pero que en ciertos momentos los “dejaron de utilizar” o “ese día no nos protegimos”, causando un factor más de vulnerabilidad en ellas.

- La tercera razón (11,5% de los casos) con la que las jóvenes asocian el evento del embarazo es que **quedaron embarazadas en la primera relación**.

⁹⁹ COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 (25 de Febrero de 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El Ministerio de Salud. 2000.

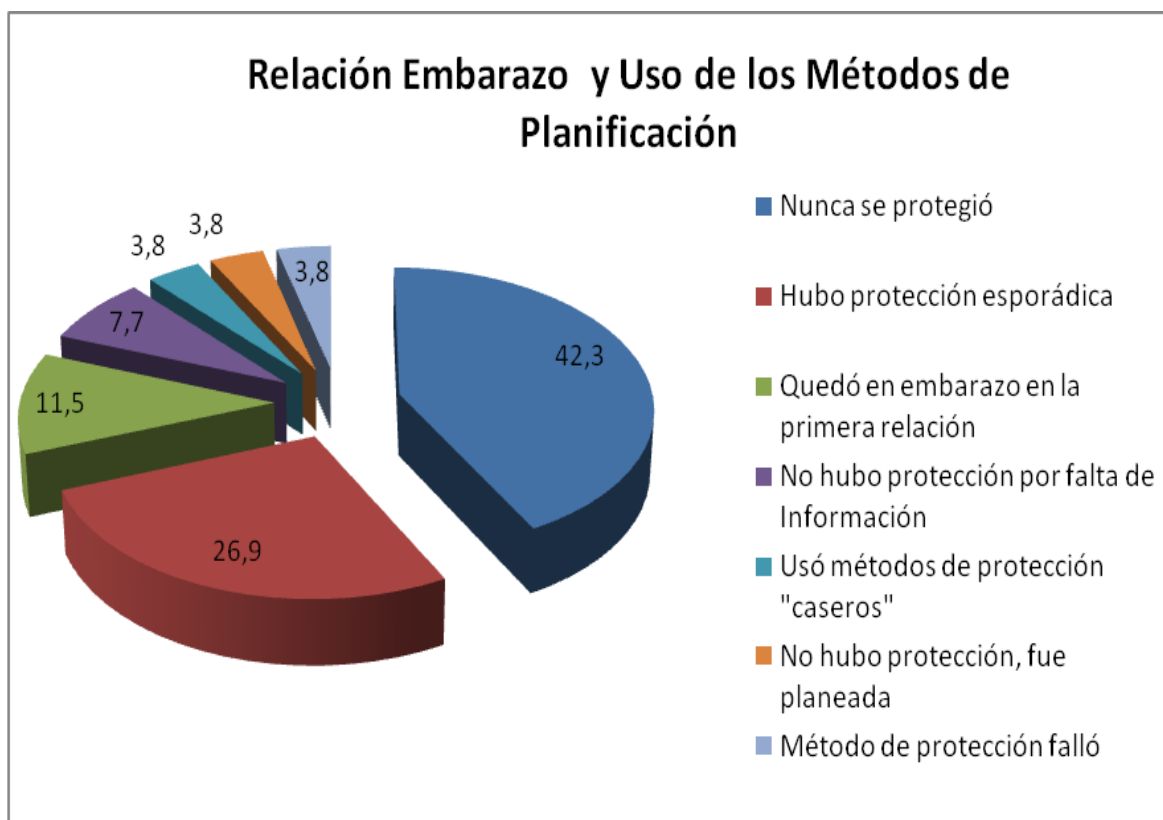
Implícitamente, bajo este motivo se asocian desconocimiento o miedos iniciales frente al uso de métodos de planificación, confianza de que no iban a quedar embarazadas en la primera relación o la toma l riesgo frente al inicio de sus relaciones sexuales con la pareja.

- Las razones que con menor frecuencia expresan las adolescentes respecto al uso de métodos de planificación y el embarazo son: el desconocimiento de los métodos de planificación (7,7%), el uso de métodos caseros¹⁰⁰ de protección que no funcionaron (3,8%), la falla del método de protección¹⁰¹ (3,8%) y la no protección porque el embarazo fue deseado por parte de la pareja. (Véase Figura 5).

Figura 5. Relación embarazo – Uso de los métodos de planificación

¹⁰⁰ Se mencionó por parte de una de las adolescente que: “Pues yo seguí las recomendaciones de una amiga a quién yo le contaba y me dijo que tomara Pony Malta con Canela hervida para no quedar embarazada y que me la tomara después de que estuviera con él” (LFJ, 25 febrero 2011).

¹⁰¹ Según la adolescente falló el método de barrera que utilizaban: “...Nosotros nos protegíamos con condón sino que se rompió” (MMS, 10 diciembre 2010).



Fuente: autoría propia.

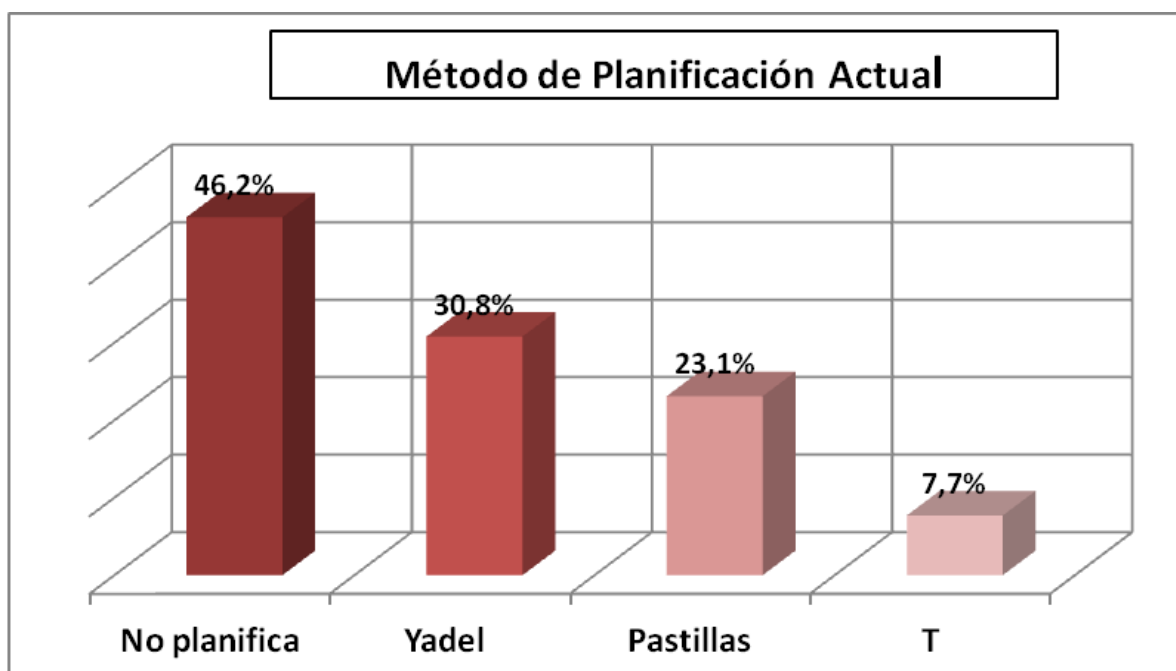
En relación con las tendencias del uso o no uso de los métodos de planificación por parte de las adolescentes entrevistadas después de su primer embarazo los resultados fueron:

- Del 53.8% que se protegen el 30,8% de ellas planifican con Yadel, un método actualmente muy popular y que garantiza protección a largo plazo (5 años). Un 23,1 % de ellas están utilizando como método de planificación las pastillas anticonceptivas. En menor proporción un 7,7 de ellas utiliza el dispositivo intrauterino como método de planificación.

- El 46,2% restante de las adolescentes no está planificando y ejerciendo la titularidad del derecho a la salud sexual y reproductiva lo que propicia mayor vulnerabilidad y exposición a la posibilidad de estar por segunda vez en embarazo.

(Véase Figura 6).

Figura 6. Método de planificación actual



Fuente: autoría propia.

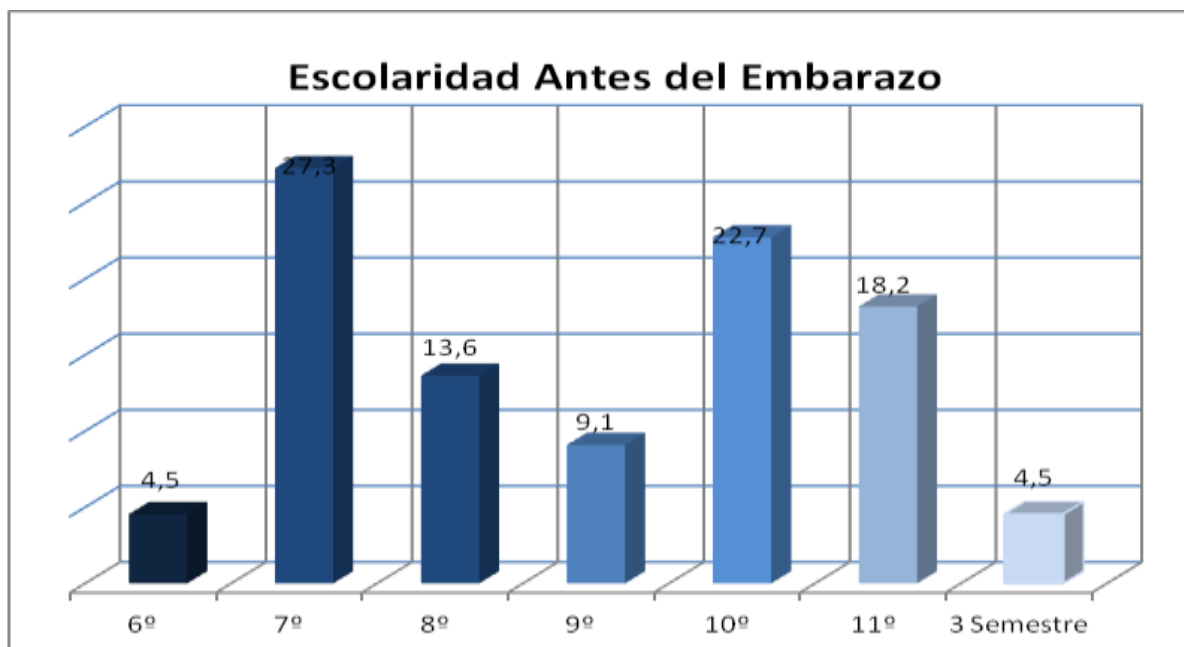
Según la ENDS¹⁰², en el 2010, un 45% de las adolescentes unidas y no unidas sexualmente utilizan métodos anticonceptivos inyectables; seguida de la utilización del condón con un 42%; mientras que aquellas que usan píldoras e implantes representan un 23% respectivamente; y con finalmente se encuentran con un 5% aquellas que utilizan el DIU y para la EDS¹⁰³, en el 2011, encuentra que el uso de la anticoncepción en las adolescentes unidas utiliza métodos en un 68,4% mientras que las adolescentes sexuales activas no unidas es de 82,4%

¹⁰² PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. *Op cit.*, p. 114 – 115

¹⁰³ PROFAMILIA Encuesta Distrital de Demografía y Salud, 2011. *Op cit.*

1.1.3 En relación con la escolaridad. Es importante destacarla como un factor de vulnerabilidad o de protección para ser madre que está ligado proporcionalmente a la distribución de la riqueza y proyectos futuros, como en su momento lo destacan los estudios demográficos. (Véase Figura 7).

Figura 7. Escolaridad antes del embarazo

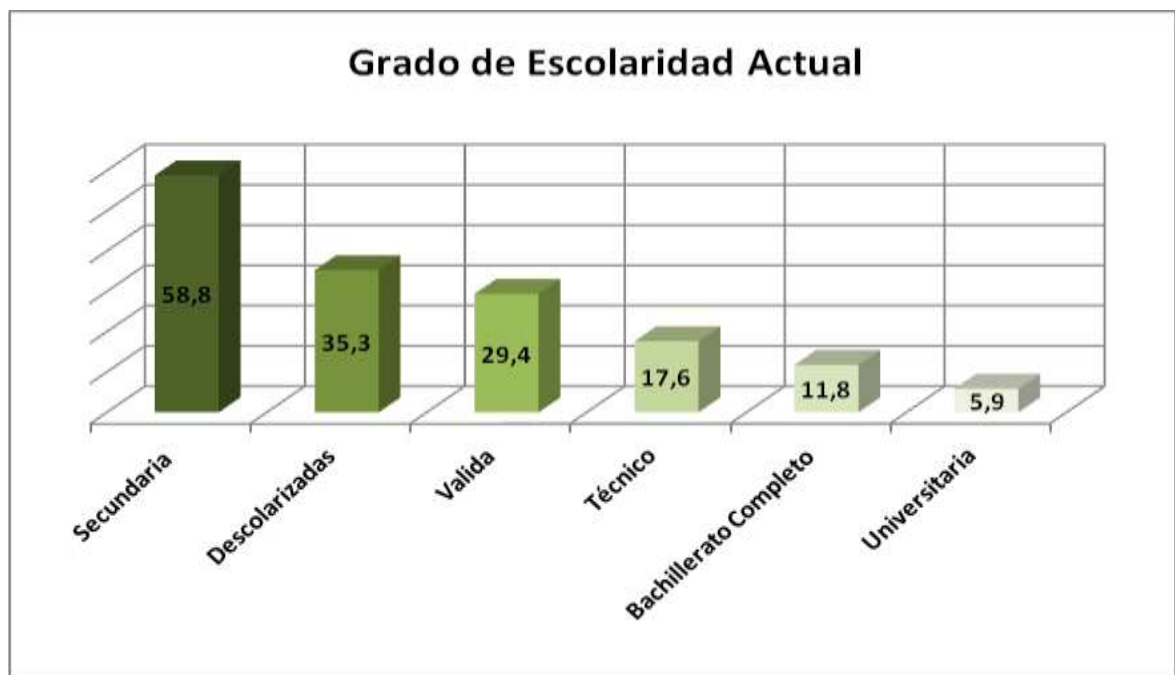


Fuente: autoría propia.

La Figura 7 señala en términos porcentuales la distribución de las adolescentes en relación con su estado de escolaridad antes de que ellas estuvieran en embarazo y la Figura 8 contrasta la condición de escolaridad en que están actualmente. Este proyecto de vida futura truncado y reconstruido inevitablemente va ligado a su condición económica actual. Por eso los indicadores estudiados en las diferentes encuestas nacionales y locales lo ponderan. La variación que tuvieron las adolescentes entrevistadas, según un consolidado de movimiento académico, de lo cual se puede mencionar las tendencias siguientes:

- Un 58.8 % de las adolescentes se encuentran para el momento de la entrevista escolarizadas, terminando su bachillerato, lo que evidencia que lograron afrontar el embarazo y dieron continuidad a su proyecto académico y personal. (Véase Figura 8).

Figura 8. Grado de escolaridad actual



Fuente: autoría propia.

- Por otra parte se evidencia que un 35.3% de ellas afrontaron situaciones de desescolarización debido al evento del embarazo, por causas físicas de salud, psicosociales o motivaciones personales.

- Adicionalmente un 29.4% de aquellas que se desescolarizaron inicialmente tomaron la decisión de continuar los estudios validando la secundaria y un 11.8% lograron terminar sus estudios de bachillerato, pero no continúan ningún tipo de estudio técnico o superior. En mucha menor proporción están adolescentes que

pese a las dificultades logran acceder a estudios técnicos (un 17.4%) y un grupo muchísimo menor (5.9%) que ingresan a la educación superior.

Según la EDDS¹⁰⁴, en el 2011, a mayor nivel educativo e índice de riqueza, el porcentaje de adolescentes embarazadas son menores.

Figura 9. Embarazo en adolescentes por índice de riqueza



Fuente: EDDS, 2011.

1.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

1.2.1 Significado del relevo de autonomía en las madres adolescentes, mediante entrevistas semiestructuradas. La autonomía en proceso de las adolescentes durante el embarazo va modulándose con tensiones, pactos y negociaciones, dando lugar a lo que he llamado el proceso de “relevo de la autonomía”, con la recopilación de las experiencias de vida tan particulares que se

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 116

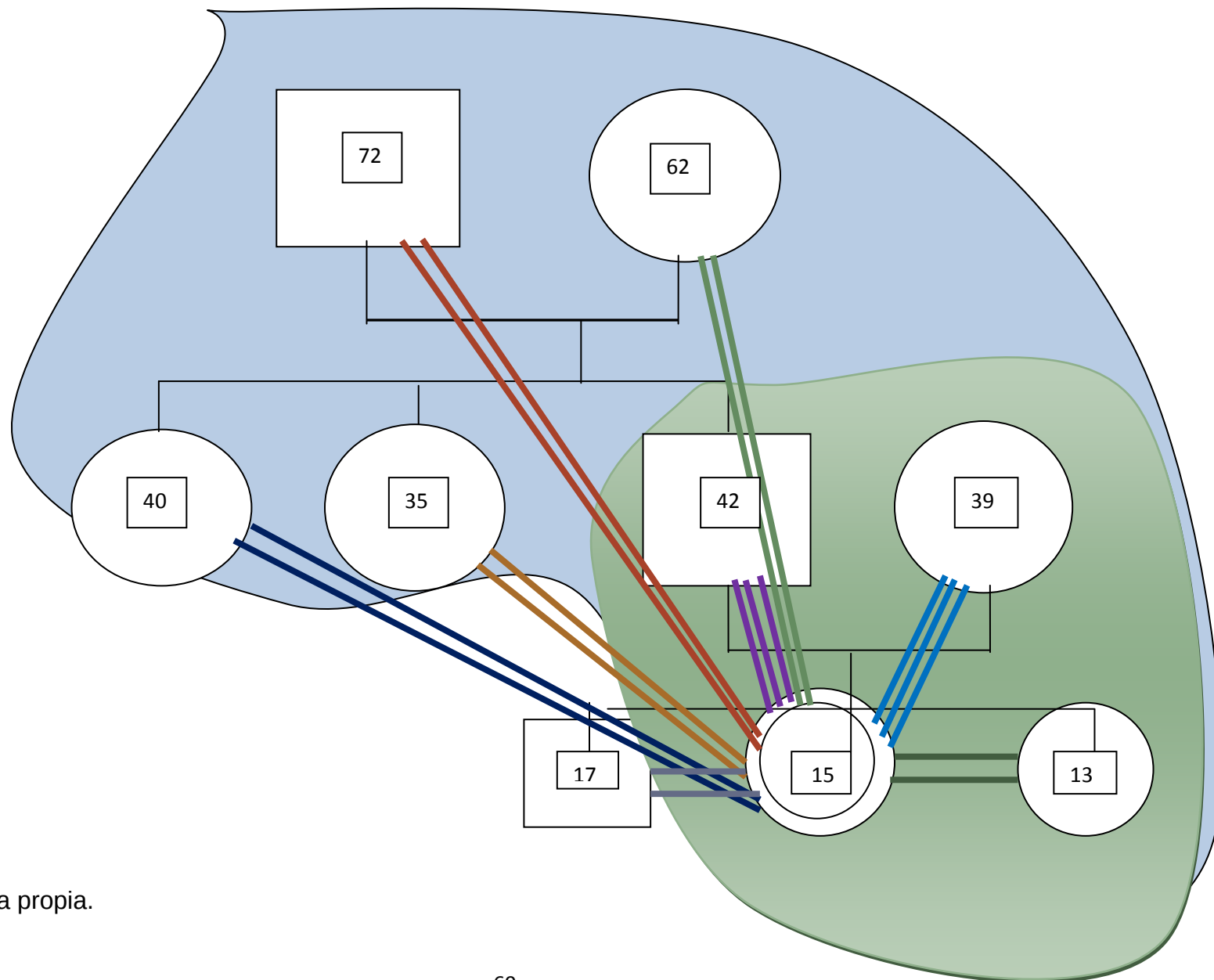
presentan a lo largo de esta investigación y que da cuerpo a esta figura. El “relevamiento de autonomía” permite tomar decisiones de vidas oportunas y necesarias para dar contingencia a la adolescente embarazada en el tejido social de la joven a manera de red dinámica.

Es en el transcurrir de su gestación donde se sienten los rigores de las presiones externas que la obligan a permitir relevar sus decisiones para poder equilibrar su cotidianidad, sus intereses y su supervivencia.

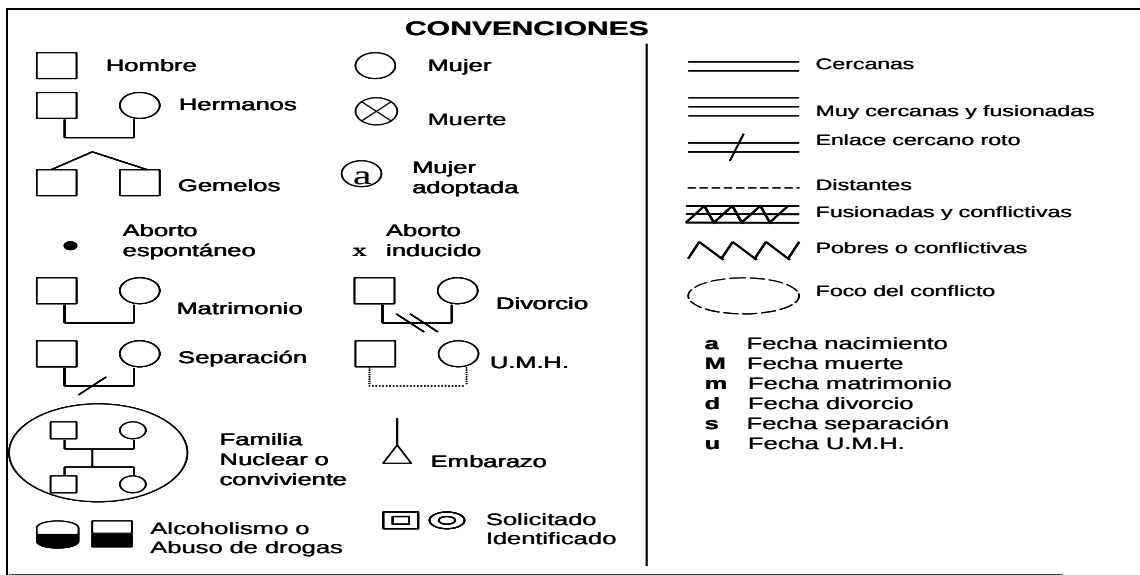
Se presentan tres vivencias interesantes en que la interpelación de los diferentes actores durante todo el evento del embarazo saca a flote la importancia de cada “otro” y se dinamizan así, los “relevos de autonomía”. La adolescente ve exhortada su autonomía, quebrantada por la presentación de un embarazo, en los que unos y “otros” intervienen con su particular proyección de autoridad con la clara intención de gestionar doblemente la vida para ella y para su hijo. Hay que señalar que exhortar es “Incitar con palabras, razones o ruegos a actuar de cierta manera, especialmente una persona que tiene autoridad material o moral para ello”¹⁰⁵.

¹⁰⁵ DICCIONARIO MANUAL DE LA LENGUA ESPAÑOLA VOX. [En línea]. S.l.: Larousse, 2007. [Citado 15 mayo 2011]. Disponible en Internet: <<http://es.thefreedictionary.com/exhortada>.>

Figura 10. Caso LTB antes del embarazo



Fuente: autoría propia.



- Caso LTB antes del embarazo

- Estructura familiar. La adolescente entrevistada antes de su embarazo vivía con su familia nuclear con sus padres de 42 y 39 años respectivamente, y la hermana de 13 años, su hermano mayor de 17 años no vive con ellos. En el mismo espacio habitacional vive la familia extensa compuesta por los abuelos de 72 y 62 años y tías paternas de 40 y 35 años.

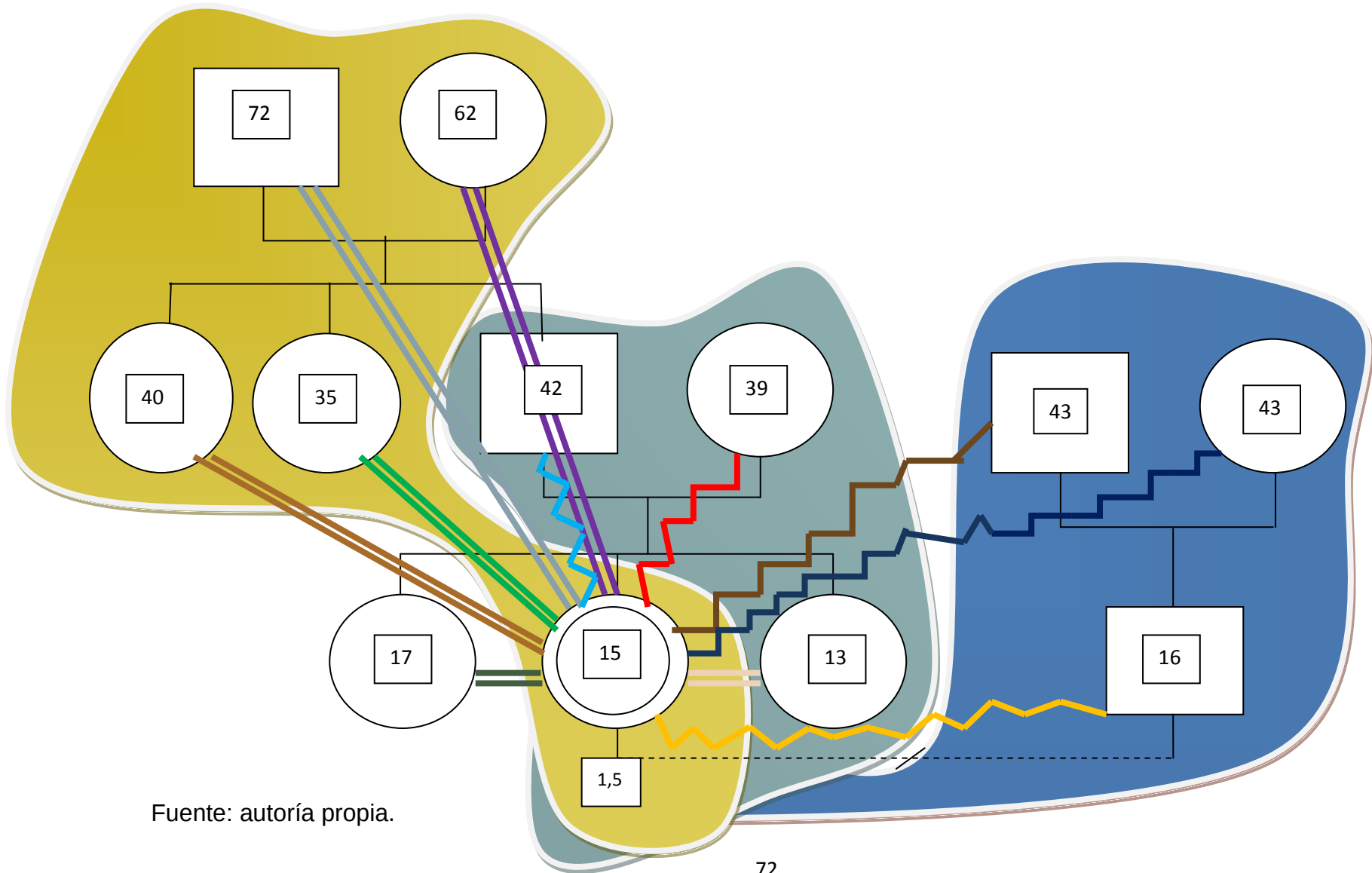
- Ciclo vital familiar. El grupo familiar al estar compuesta por varias generaciones permite ubicar dos etapas del ciclo vital familiar: una generación que se aproxima a la vejez, la segunda generación que está entre los 35 y 40 años de edad, es una familia muy joven y en un estadio de vida comprometida al crecimiento y desarrollo de los hijos en edad adolescente y su posible salida del hogar.

- Relaciones familiares. La presencia de tres generaciones en el mismo espacio habitacional implica un entrecruzamiento entre los tiempos individuales y los procesos evolutivos del grupo familiar que en muchos casos puede producir diversos tipos de relación caracterizada por la fluidez, la comprensión y el apoyo

entre los miembros de la familia y en otras ocasiones pueden variar y tornarse conflictivas y con grandes tensiones.

En el caso de este grupo familiar se vislumbran relaciones armónicas entre la familia nuclear y la familia extensa, en el que se establecen vínculos afectivos entre los distintos miembros de la familia así como relaciones de apoyo afectivo y material.

Figura 11. Caso LTB después del embarazo



- Caso LBT después del embarazo.

- Estructura familiar. El nuevo genograma permite evidenciar una movilidad de las estructuras familiares: uno referido a la familia nuclear de la adolescente, la familia extensa que vive en la misma casa, los cuales fueron descritos anteriormente, y otra estructura familiar de tipología nuclear compuesta por los padres del novio de la adolescente.

- Ciclo vital familiar. La capacidad que continuamente debe tener la familia para movilizar recursos, para reorganizar, reacomodarse y alcanzar una flexibilidad estructural en cada ciclo vital y evolutivo es perturbada por un evento no previsto que altera la cohesión emocional y estabilidad relacional, originando cambios estructurales y funcionales en el grupo familiar entre padres e hija. El grupo familiar entra en una etapa de crisis donde no se sienten con la capacidad de movilizar los recursos internos que posee y reajustarse a los nuevos cambios evolutivos que los asiste.

- Relaciones familiares. Al presentarse la situación de embarazo de la adolescente, se desencadena una crisis familiar que evidencia una ruptura de relaciones armónicas que ahora pasan a ser conflictivas en dos direcciones: las relaciones de los padres con la adolescente y de estos con la familia extensa, razón por la cual la adolescente decide irse a vivir con su pareja y la familia de esta. La relación con la pareja se torna en un lazo estrecho conflictivo y con relaciones tensionantes con la familia de su pareja. Se devela así, una pérdida en la cohesión emocional interna de la adolescente con el padre, madre y la hermana menor. Se acentúan y se fortalecen los lazos de apoyo y de solidaridad por parte de la familia extensa hacia la adolescente.

- Relevamiento de autonomía. Con la noticia del embarazo se desencadena una crisis familiar, que no solo irrumpe con la armonía del hogar, sino que produce una

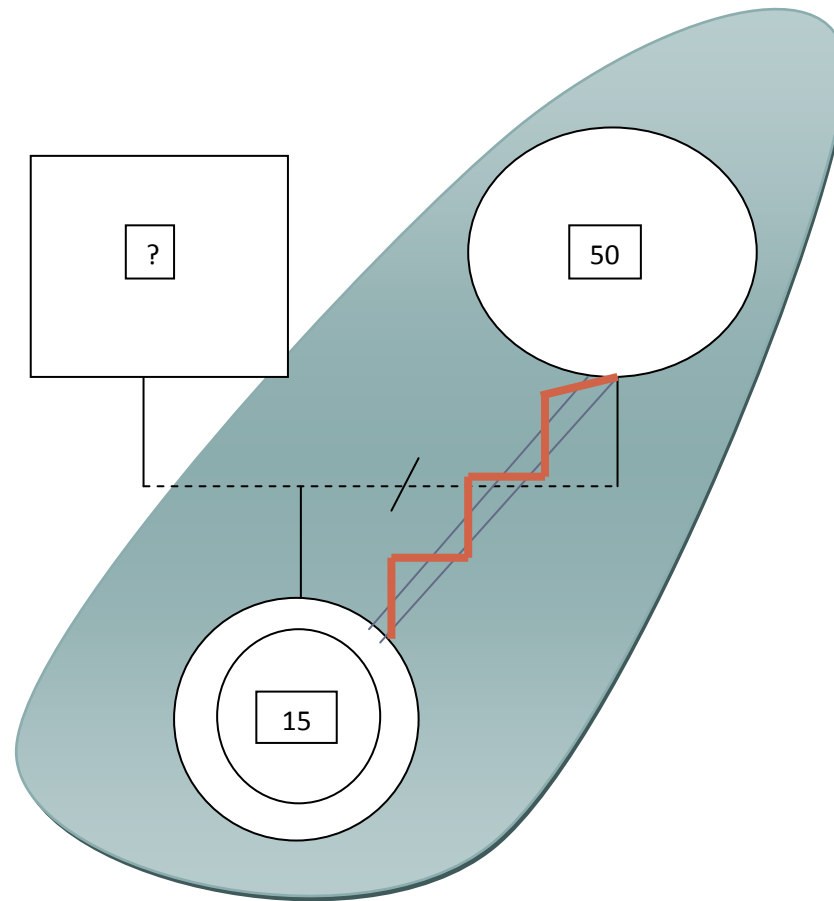
inestabilidad emocional y habitacional en la adolescente. Los padres retiran el apoyo material que la adolescente necesita. El genograma ilustra que la adolescente ha presentado muchas dificultades con las relaciones de familia, debido a que ha realizado un continuo tránsito entre núcleos de familia. Dicho tránsito y relevo se ha generado en los tres momentos importantes siguientes:

- De la familia nuclear hacia la familia del padre del bebé: posterior al momento del embarazo se presenta un debilitamiento de las relaciones de la adolescente con sus padres, porque estos le quitan el apoyo. Si se tiene en cuenta que la familia de la pareja le prestó un trato atento durante el momento del embarazo, la adolescente transita a vivir con la familia de su pareja. Allí se presenta un primer relevo en el campo económico, de cuidado y protección tanto de la adolescente como del bebé que viene en camino.

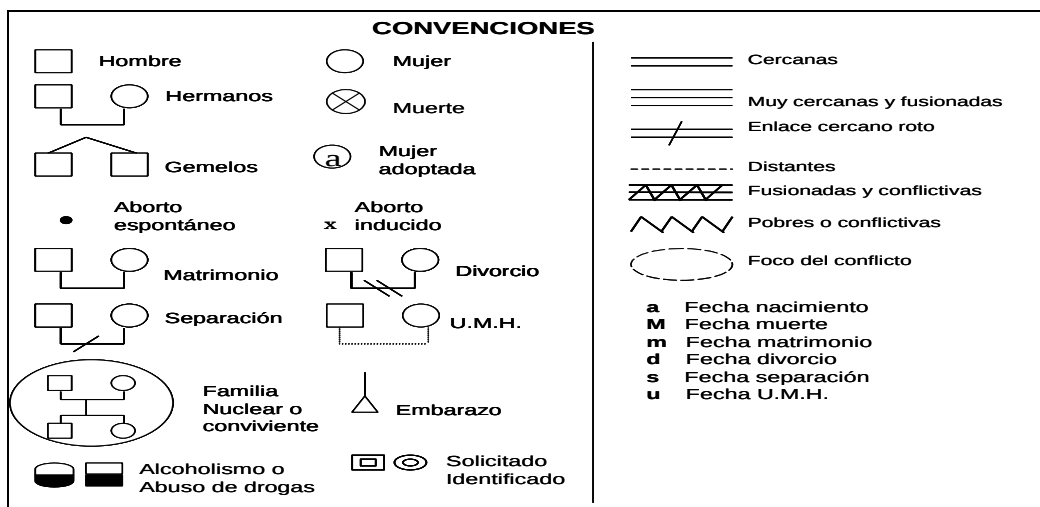
- De la familia del padre del bebé hacia la familia extensa: la convivencia con la familia del novio, suscita algunas relaciones conflictivas debido a que el trato la llevó a ser “la muchacha” de la casa. Consecuentemente, la adolescente no consiente este tipo de trato y vuelve la mirada hacia el apoyo que le brinda su familia extensa paterna, en particular los abuelos y las tías. Estos últimos se constituyen en una fuente de apoyo emocional y material.

- El retorno hacia la familia nuclear: a pesar de que al principio del embarazo las relaciones con la familia nuclear fueron difíciles, el escenario con la familia extensa estaba presentando conflictos en particular con la abuela, así finalmente, la adolescente reconsidera la posibilidad de regresar a su familia nuclear y transita por su tercer relevo, hasta la actualidad.

Figura 12. Caso SER antes del embarazo



Fuente: autoría propia.



- Caso SER antes del embarazo

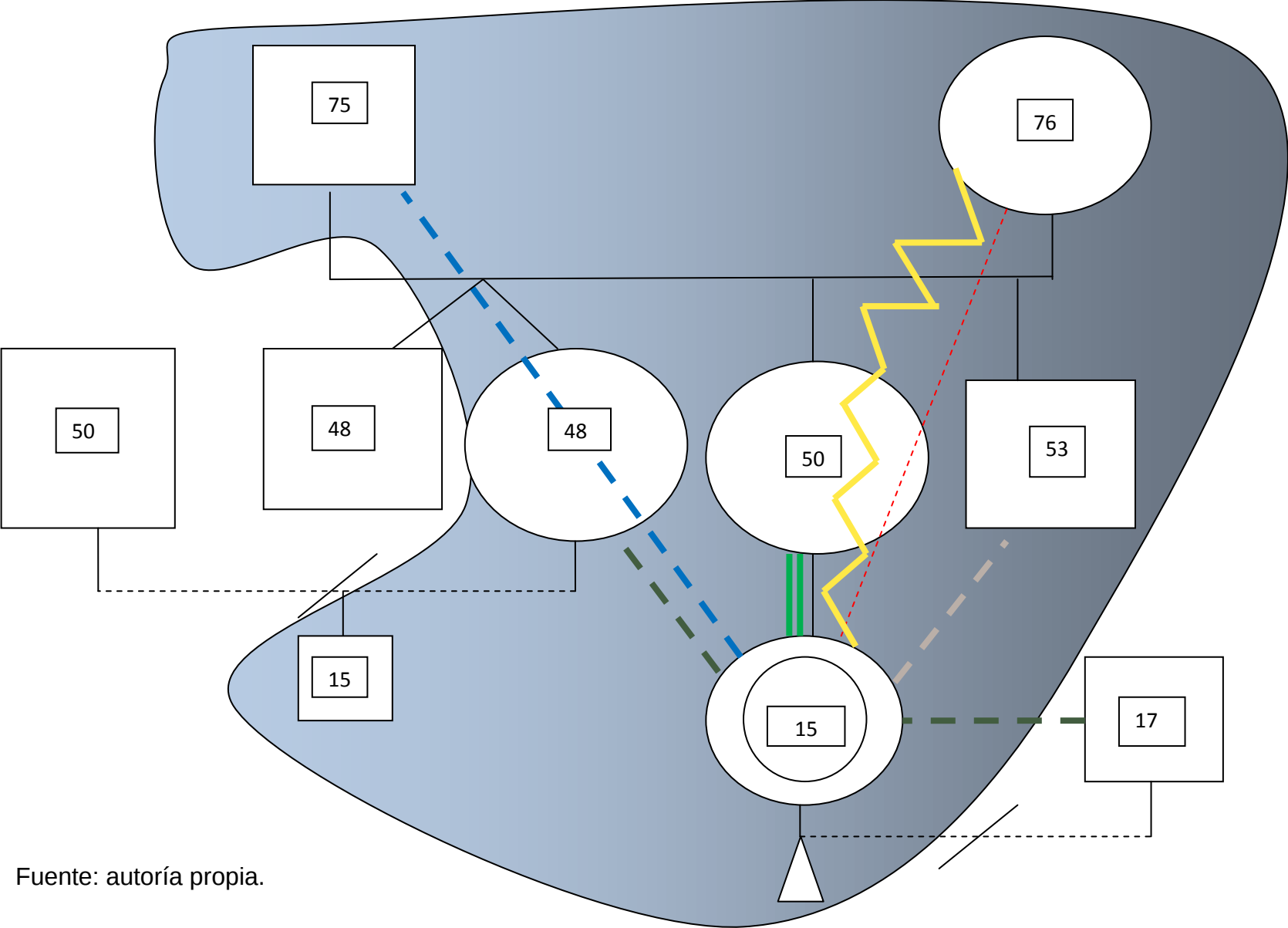
- Estructura familiar. La familia aquí representada es monoparental conformada por la madre y la adolescente. El padre de la adolescente es ausente, ella nunca lo conoció.

- Ciclo vital familiar. La etapa de vida en que está el grupo familiar se enmarca en el crecimiento y desarrollo, en este caso, de la hija adolescente hasta su desvinculación del hogar. No hay presencia de hijos en edad escolar, como tampoco hijos adultos.

La madre está comprometida con la maduración de su hija quien está en una edad sensible, cambiante y compleja. No relaciona la intención de tener otra pareja.

- Relaciones familiares. Entre madre e hija existe una relación estrecha, pero que frecuentemente se torna conflictiva por las diversas actitudes, creencias, intereses que suscitan entre madre e hija la interacción cotidiana.

Figura 13. Caso SER después del embarazo



Fuente: autoría propia.

- Caso SER después del embarazo

- Estructura familiar. Luego de presentarse la situación de embarazo, madre e hija deciden irse a vivir con la familia extensa conformada por los abuelos y las tías y tíos maternos en edades que oscilan entre los 48 y 53 años.

- Ciclo vital familiar. El grupo familiar al estar compuesto por varias generaciones permite ubicar dos etapas del ciclo vital familiar: una generación que se aproxima a la vejez (abuelos), la segunda generación que está en un estadio de vida adulta comprometida con el crecimiento y desarrollo de los hijos en edad adolescente y su posible salida del hogar, como lo son la madre de la adolescente y los tíos y tías; y finalmente, la presencia de dos adolescentes (el primo de la madre adolescente) y la misma joven, los cuales presentan demandas y necesidades propias de su edad y situación actual, como el inicio de relaciones amorosa y sexuales, la unión a grupos de adolescentes y la formación de criterios, autonomía y toma de decisiones.

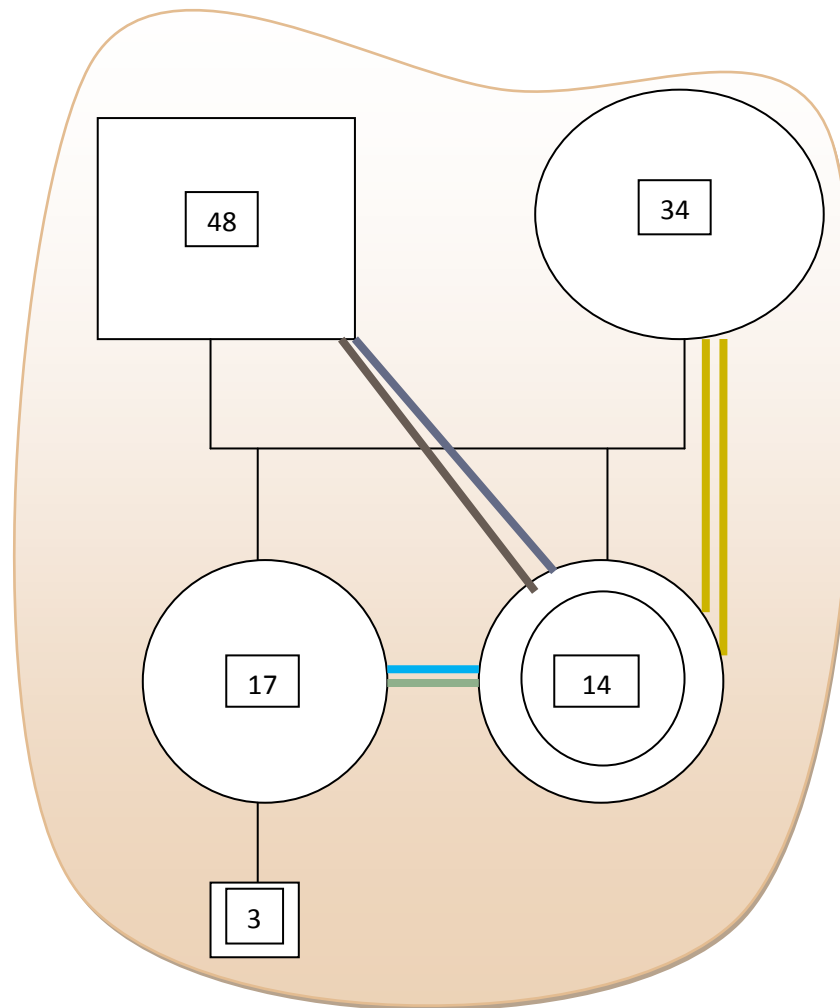
- Relaciones familiares. Con la nueva organización del grupo familiar, se vislumbra unas relaciones distantes y conflictivas entre la adolescente, sus tías y abuelos. Esta dificultad familiar refuerza la cohesión y el vínculo emocional entre madre e hija disminuyendo los niveles de conflictividad que existía anteriormente. Es de anotar que antes de irse a vivir con la familia extensa materna, la adolescente convivió un tiempo con el padre del bebé, pero las relaciones fueron muy distantes lo que hizo que la adolescente retornara a su madre y con ella acudieran a la familia extensa.

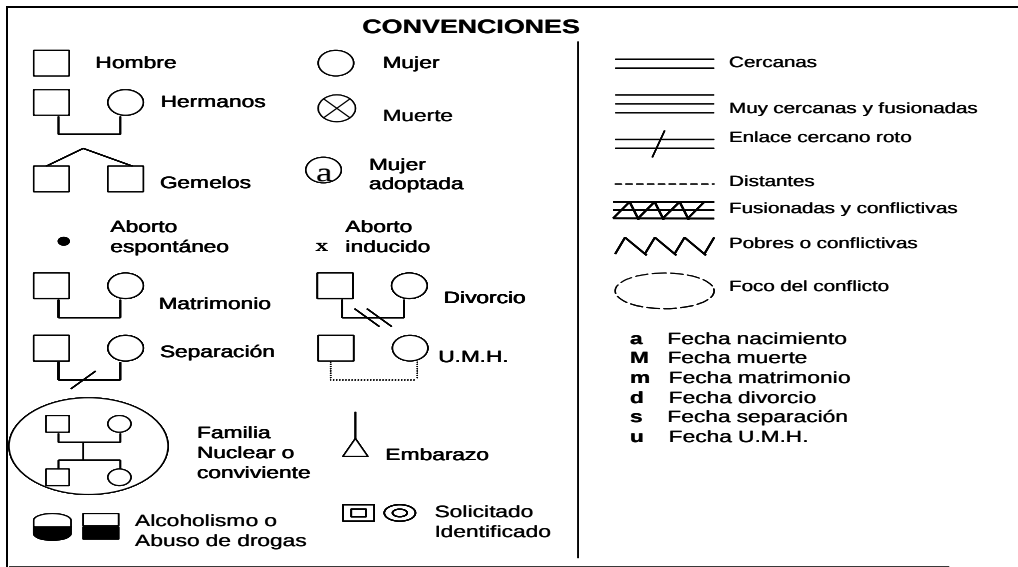
- Relevó de la autonomía. El relevó de autonomía en el caso de la adolescente SER evidencia un cambio importante debido a que la adolescente pasa de convivir en una familia monoparental a una familia extensa. Dicho cambio generado a partir de dificultades de tipo económico a la hora de costear el embarazo y la posterior manutención del bebé.

En este caso se evidencian un relevó de autonomía en la adolescente hacia su familia extensa, principalmente los abuelos y tíos maternos, el cual originó conflictos debido a su nueva condición de madre adolescente. Sin embargo, influyó positivamente en el fortalecimiento de los lazos con su madre, con quien antes del embarazo no tenía buenas relaciones.

Un factor clave también para develar dentro del genograma es la ausencia del padre de la adolescente, y también la del padre del bebé. Dicha ausencia también genera que la joven un grado de vulnerabilidad mayor y en esa medida la dependencia aumenta. Otro factor clave que en mayor o menor medida genera grados de dependencia hacia la nueva familia extensa a la que se acerca la adolescente tiene que ver con la ausencia del padre del bebé. Dicha ausencia comenzó desde el mismo momento en que la adolescente conoció su estado de embarazo y generó el alejamiento del joven.

Figura 14. Caso BAC antes del embarazo





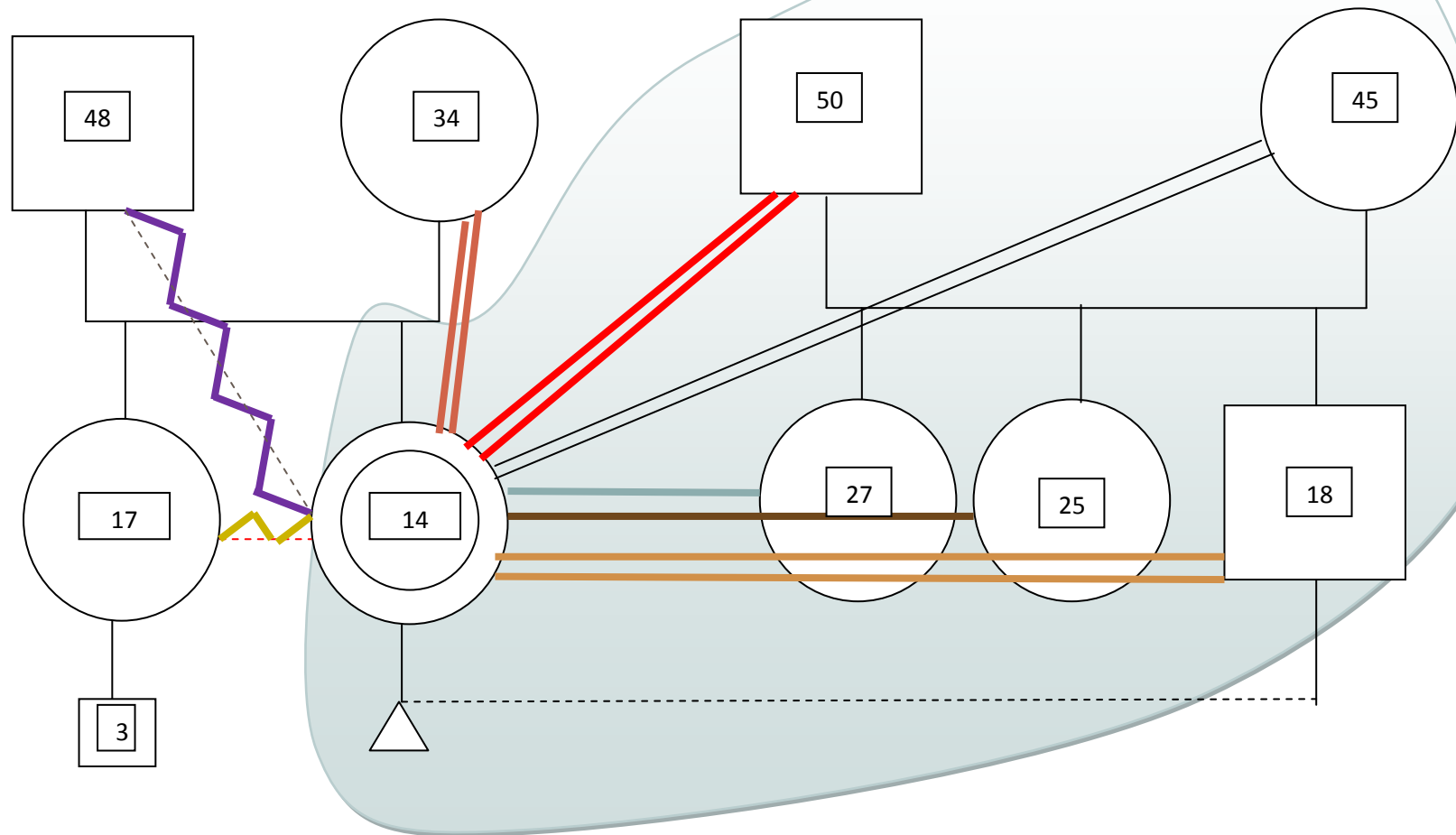
- Caso BAC antes del embarazo

- Estructura familiar. La familia aquí representada es nuclear conformada por la madre, padre, hermana, sobrino y la adolescente entrevistada.

- Ciclo vital familiar. El grupo familiar es joven, está enmarcada por la presencia de hijas en edad adolescente y en el cual, se ubica a la hermana mayor madre adolescente de 17 años, en una etapa transición y en recuadre en su ciclo vital individual, debido a que al convertirse en madre trastrueca la etapa de tránsito entre la juventud y la adultez, por los roles y responsabilidades que debe que cumplir a partir de las demandas internas de la familia y del contexto socio-cultural.

- Relaciones familiares. Se identifica relaciones estrechas y armoniosas entre los diferentes integrantes de la familia. Esto contribuye a tener una estabilidad emocional y vínculos de solidaridad y de apoyo entre ellos mismos

Figura 15. Caso BAC después del embarazo



Fuente: autoría propia.

Caso BAC después del embarazo

- Estructura familiar. Se tiene con dos familias nucleares, uno por parte de la adolescente entrevistada conformada por sus padres, su hermana mayor de 17 quien tiene un hijo, los cuales fueron referenciados en la descripción anterior. De otro lado, encontramos la familia del padre del bebé, conformado por sus padres y dos hermanas mayores.

- Ciclo vital familiar. Corresponde a un cambio estructural y de las dinámicas familiares en proceso de desarrollo evolutivo con presencia de eventos que lo aceleran y les exige la capacidad de mover recursos, reorganizarse, flexibilizar ante los cambios que le son para-normativos¹⁰⁶.

El contexto de crisis de esta familia evidencia como los recursos normales los movilizan continuamente para asegurar la integridad de los miembros y están en un estado momentáneo de agotamiento. De manera que su respuesta a la crisis es la exclusión de la adolescente embarazada en un intento de contrarrestar la situación difícil por la que atraviesan y así recuperar la estabilidad familiar, dado que esta familia ya había vivido un evento similar con la hermana mayor, para esta nueva situación no contaban con los recursos suficientes para encarar otra situación similar. Es interesante plantearse para esta familia, por qué un evento repetido desencadena un estado de crisis tal que olvida las capacidades movilizadas con las que afrontaron el evento anterior a este y los recursos que tienen para acomodarse, organizarse y lograr el sistema familiar.

¹⁰⁶ Se habla de cambios para-normativos cuando un sistema familiar en su proceso evolutivo enfrentan eventos imprevisto para el cual no estaban preparados, como es el caso que nos ocupa "La madres adolescentes" las cuales por su etapa de vida en la que se hallan (Proceso de formación y desarrollo, de cambios biológicos, búsqueda de identidad, etc.) no están en un etapa adecuada para asumir otros roles y tareas que trae consigo el nacimiento y crianza de un hijo, trayendo como consecuencia conflictos en sus roles y en su ciclo vital dado su transición entre el ser adolescente y las responsabilidades que le implica el ser mamá esperado en otra etapa evolutiva de vida (Cambio normativo). Esto por consiguiente afecta también al grupo familiar.

- Relaciones familiares. Al presentarse la situación de embarazo, ocurren cambios relacionales y estructurales. El padre toma la decisión de desvincular a la adolescente del hogar, la relación entre padre e hija se vuelve muy distantes y conflictivas, lo mismo ocurre con su hermana mayor, las relaciones se fracturan fuertemente por el embarazo. No obstante, la relación con la madre se mantiene estrecha, cercana y cohesionada, en un vínculo de solidaridad y como red primaria de apoyo.

La adolescente se moviliza hacia la familia de su pareja y se establece en dicha familia una nueva estructura familiar. Las relaciones que se originan en esta nueva convivencia cotidiana se constituyen en lazos cercanos y estrechos, mediados por vínculos de solidaridad y apoyo tanto del padre del bebé como de los padres y hermanas de él. De manera particular, se resalta el fuerte vínculo que se crea entre la adolescente y su pareja como fuente de amor, soporte emocional y apoyo material.

- Relevamiento de la autonomía. Inicialmente el padre de la adolescente le retira el apoyo económico y material, la mamá es la que la apoya en esta nueva etapa de vida, desde un ámbito emocional y económico. Este contexto coadyuva a que la adolescente, con el apoyo de la pareja, para tomar la decisión de ir a vivir con los padres del novio. La convivencia con la familia del novio se ha caracterizado por ser buena, en particular con los suegros y la pareja. Es importante resaltar que cuando se realizó la entrevista la adolescente estaba en estado de gestación y ya vivía en la casa del novio.

Una vez se presenta el parto y puerperio, mediante seguimiento telefónico, se evidenció de la situación actual de la adolescente: ella ha regresado con su familia nuclear durante el periodo de postparto y en el cual, según lo que señaló la misma adolescente, mejoraron las relaciones con su padre y su hermana. Se vislumbran nuevas configuraciones del relevamiento de autonomía, para gestionar la calidad de vida de la joven madre y su hijo.

La ilustración y análisis de la vida durante la gestación de cada una de estas tres jóvenes con sus parejas y familias permite delinear claramente el paso de la autonomía a la dependencia y vulnerabilidad y por tanto, la configuración del “relevo de la autonomía” por “la entrega parcial” de sus decisiones en busca de la seguridad económica y afectiva que le proporciona cuidado a corto plazo. La delicada y sensible vida de la joven gestante genera ante la menor incomodidad cambios y reestructuraciones en su entorno y ocasiona nuevos relevos.

1.2.2 Análisis del ejercicio de la autonomía en las madres adolescentes a partir de grupos focales. La sistematización de la información recopilada en los dos (2) grupos focales se realizó, mediante el software para investigación cualitativo Atlas Ti, el cual permite encuadrar codificaciones que alimentan categorías de análisis que facilitan plantear similitudes y diferencias entre cada uno de los grupos focales ilustradas en el Cuadro 5.

Cuadro 5. Similitudes y diferencias. Grupos focales con madres adolescentes

SIMILITUDES	
GRUPO 1	GRUPO 2
<u>Planes futuros:</u> Una de las mayores similitudes encontradas en ambos grupos tiene que ver con las proyecciones que tienen del futuro. Es así como todas las adolescentes hacen explícito su interés por continuar sus estudios de tipo técnico o profesional, por ejemplo: Enfermería (2), SENA hotelería y turismo (1). En otras ocasiones no mencionan explícitamente el tipo de estudio que desean continuar (2) “Para el futuro, pues ya me inscribí en un instituto en el Restrepo para estudiar auxiliar de enfermería” (G.F.I, Párrafo 70). “Ya me gradué y estoy ahorrando a ver si este primer semestre o el segundo puedo estudiar enfermería ya como profesional” (GF I Párrafo 75).	<u>Planes futuros:</u> En este grupo es claro que se busca la continuación de los estudios secundaria (para los casos de las adolescentes que no han terminado aún). Tiene la proyección de continuar con estudios técnicos o profesionales, por ejemplo: SENA (1), Enfermería (1), Diseñadora (1), Medicina (1) y Licenciatura (1) “Yo por ejemplo tenía planeado irme a estudiar artes, yo seguí estudiando cuando quedé embarazada porque yo me di cuenta que cuando uno deja de estudiar y cuando vuelve hacerlo, a uno le pesa el bebé; que para dejarlo solo y si uno no estudia y no puede hacer nada en la vida y uno con un bebé tiene que pensar en su futuro” GF II Párrafo 23)
<u>Relevo de Autonomía:</u> Todas las adolescentes en mayor o menor medida evidenciaron relevo de autonomía durante o después del embarazo. En algunos casos los relevos se evidencian a partir de situaciones o vivencias concretas, que hacen que la joven tenga que decidir su futuro y el de su hijo(a), respondiéndose la pregunta: ¿Quién me puede apoyar– entiéndase relevar – de mejor forma en este momento de mi vida?: “Yo tenía 16 y él 17 años, cuando me hice la prueba de embarazo al mes, y salió positivo le dije a él, y él siguió normal, hasta los 5 meses cuando le dije a mi papá y mi mamá (...) me dijo que me fuera con él, yo le dije que no; que me iba a cuidar mi papá y mi mamá...le dije que lo que me iba a dar mi papá y mi mamá no me lo iba a dar él, y le dije que no, y entonces el no volvió y esta es la hora que no sé nada de él” (GF I Párrafo 38)	<u>Relevo de Autonomía:</u> En este grupo emergen relevos de autonomía que proyectan una mayor diversidad: el relevo del los padres, madres, pareja e incluso tías. Y al igual que en el primer grupo la pregunta implícita por el ¿quién me puede relevar? está presente. “Por parte de mis papás bien, mi mamá me colabora si la niña necesita algo, por parte de mis suegros bien, aunque más que todo con la mamá porque el papá casi no la pasa por acá” (GF II Párrafo 37). “Pues pienso seguir con mis estudios, mi mamá y mis hermanos me la van ayudar a cuidar la bebé de 8 meses y mi suegra me la va ayudar a cuidar los sábados” (GF II Párrafo 32)

Fuente: autoría propia.

Cuadro 5. (Continuación)

SIMILITUDES	
GRUPO 1	GRUPO 2
<u>Vulnerabilidad</u> El embarazo pone en evidencia grados de desprotección y vulnerabilidad de algunas de las adolescentes frente a la relación con otras personas. “Con los papás de él, pues me trataban muy mal, la mamá de él casi me pega...me decía que era la culpable...como si yo hubiera hecho sola al niño...muy grosera como él...ellos fueron a hablar con mis papás y le armaron un escándalo...mi familia me trataba mejor” (GF I Párrafo 44) La vulnerabilidad en las adolescentes primordialmente está dada a partir de todos los riesgos que ellas asumen frente a su nueva condición por las reacciones que tengan las personas de su alrededor, ejemplo de ello, su familia. “Después (de la noticia del embarazo) pues fue muy grave, porque mis papás me dejaron de hablar y me echaron de la casa y como no tenía a dónde ir, pues me acogieron mis abuelitos, que viven en la misma casa, pero en “el piso de arriba” (GF I Párrafo 25).	<u>Vulnerabilidad</u> Los relatos de las adolescentes evidencian ciertos momentos de vulnerabilidad en los cuales se hace evidente un cambio del rol, ahora como madres. Este cambio trae consigo la necesidad del cuidado y la protección del bebé y correlativamente la responsabilidad de asumir una vida. “...cuando ya me enteré y acepté el embarazo pues ya uno deja de pensar en uno mismo, sino que yo por ejemplo ya pienso más en la bebé, tengo que pensar en comer porque o si no mi bebé no come, tengo que tener cuidado en el cruce de la calle porque no solo me puede pasar algo a mí, sino también a la bebé, no puedo salir tan tarde porque me pueden robar y hacerle daño a mi bebé, uno piensa prácticamente en el bebé y pues obviamente uno ya toma más madurez de las cosas y ya uno se pone al frente” (GF II Párrafo 7)
<u>Dependencia</u> Una de las tendencias más claras dentro de las jóvenes madres tiene que ver con los grados de dependencia que tienen; los cuales pueden ser de varios tipos: aquella Emocional, relacionada con la necesidad de apoyo principalmente de la pareja (cuidado, comprensión, afectos, acompañamiento, etc.), Económica, principalmente en relación con los gastos adicionales que tiene el embarazo y la atención del bebé que crece (Salud, Comida, Ropa, etc.) y aquella dependencia de tipo físico, la cual se hace evidente principalmente en el momento del embarazo y se relaciona con las restricciones al esfuerzo físico y los desplazamientos largos. “Pues mi mamá y mi abuelita me ayudan económicamente, pero con mi papá desde que se enteró no he vuelto a hablar, cuando nos vemos no me mira, con mi hermana tenemos poca relación” (GF I Párrafo 48)	<u>Dependencia</u> En el caso de este grupo es evidente que la dependencia se encuentra más marcada respecto a la pareja y la familia en lo relativo a la manutención del hogar y los gastos de la nueva vida. Yo siento dependencia con mi pareja, si uno sale si uno va a salir algún lado entonces estás aquí a tal hora y si él llama y no estoy o no contesto entonces comienza que dónde estaba?, ¿que con quién? y se comienza la pelea” (GF II Párrafo 43) “Entonces mis papás son ahorita mi fuente de apoyo, todo lo que el bebé necesita ellos me lo dan: que si necesita pañales tomé, en cambio la mamá de él es como a ofenderme a buscar pelea y no me han colaborado con la ropita del bebé” (GF II Párrafo 38)

Fuente: autoría propia.

Cuadro 5. (Continuación)

SIMILITUDES	
GRUPO 1	GRUPO 2
<u>Fenomenología histórica familiar del embarazo</u> La fenomenología histórica del embarazo hace referencia a aquel ciclo repetitivo de las mujeres en la cual son madres adolescentes a temprana edad. Este fenómeno se ha caracterizado principalmente por atribuírsele parte de la reproducción de círculos de pobreza, miseria y atraso social en poblaciones marginadas. Para el caso de este grupo focal se resaltan dos casos significativos: “En mi casa mi hermana es mayor que yo y quedó embarazada a la misma edad que yo a los 14 años, y por medio de ella conocí al papá de mi hijo. Entonces mi papá me dejaba salir con mi hermana” (GF I Párrafo 17) “A mis tíos pues como en la familia ya hay...les daba lo mismo que otra más estuviera embarazada, ellos lo vieron normal: “otra que va a tener otro bebé”. A otras primas le fue muy mal viviendo con los papás de los niños y por eso prefiero vivir con mis papás” (GF I Párrafo 47)	<u>Fenomenología histórica familiar del embarazo</u> En este grupo se presentaron dos casos de adolescentes que tuvieron personas de la familia nuclear (hermana y hermano) con la misma historia de la maternidad y paternidad a temprana edad. “Mi hermana mayor tuvo su bebé a los 18 años yo se la ayude a criar yo sé que es eso y sé que criar a un bebé es duro, cuando le dan las pataletas, cuando lo de las vacunas, eso es complicado, un bebé a uno le cambia la vida” (GF II Párrafo 23)

Fuente: autoría propia.

Cuadro 5. (Continuación)

DIFERENCIAS	
GRUPO 1	GRUPO 2
<u>Costos del Embarazo:</u> Una de las diferencias que se evidenciaron entre ambos grupos tuvo que ver con el tema de costos del embarazo, mientras que en primer grupo se evidenció en el segundo este tema no se particularizó. De esta forma, las adolescentes mencionaron al respecto: “Pues mi mamá es cotizante y yo soy beneficiaria y nos tocó pagar como 150mil, pero me tocó pasar harto tiempo porque...” (...) “A mí al principio me tocó pagar particular, después me enteré que si podía hacerlo por la EPS” (GF I Párrafo 52 y 53)	<u>Codependencia al Bebé:</u> Uno de los factores que más resaltaron en el GF II, tuvo que ver con el estado de codependencia que tienen la mayor parte de las adolescentes respecto a sus hijos(as), debido a que los tiempos de dedicación al cuidado, protección y atención del bebé son muy altos. En este sentido se evidencian los “sacrificios” que tiene que hacer la joven respecto al transcurrir normal de su vida adolescente (salidas, fiestas, ocio, amigos, etc.) “El salir, uno antes armaba plan con los amigos ahora que vamos a cine me toca pensarlo porque yo estoy a cargo de la bebé, a mi me gusta salir los domingos que está mi papá, mi mamá y mi hermana, pero ahora si está el bebé enfermo y con este clima no puedo salir, o no salimos porque el bebé enfermo, antes si estaba lloviendo pues me ponía una chaqueta y ya salía, ahora no, hay que ser más conscientes y pensar en el bebé” (GF II Párrafo 16).
<u>Socialización del Embarazo virtual:</u> Una de los relatos señala de forma anecdótica, una de las jóvenes decide dar a conocer la noticia de su embarazo hacia el resto de su familia extensa, mediante un nuevo contexto tecnológico y de redes sociales actuales, ejemplo de ello es darlo a conocer por <i>Facebook</i>. “Con la familia por parte de mi papá no he hablado y con la familia de mi mamá ya hablé con algunos por Facebook y me dijeron que me apoyaban” (GF I Párrafo 48)	<u>Confrontación con los pares:</u> Se hizo plausible la soledad y dedicación a sus hijos, olvidando que otros “pares” como ellas atraviesan similares circunstancias. Esta confrontación las hace sentir menos culpables y las fortalece. En este sentido a la pregunta de qué tuvo de positivo el encuentro, algunas de ellas respondieron: “Pienso que uno no es el único que ha tenido conflictos, sino que ellas también han pasado por cosas difíciles salen adelante pues uno también puede” (...) “Me parece que es buena porque así se puede socializar de diferentes partes y las cosas que dice una la otra son motivos para uno salir adelante, para uno ser más fuerte, para que se motive más a estudiar” (GF II Párrafos 49 y 53)

Fuente: autoría propia.

Cuadro 5. (Continuación)

TIPOS DE EMBARAZO
Según la teorización de De la Cuesta¹⁰⁷ los embarazos repentinos que ocurren de manera totalmente inesperada para la joven, en los inicios de su relación amorosa pueden, incluso producirse en las primeras relaciones sexuales. La trayectoria del noviazgo es aún corta; hacer familia o tener un hijo es algo que está fuera de lugar y por supuesto fuera de la mente de la joven; los embarazos premáturos ocurren de forma anticipada para la carrera del noviazgo. La posibilidad de tener un hijo en la relación ha sido de alguna manera explorada; el embarazo, aunque imprevisto, tuvo en algún momento un lugar. Los embarazos residuales son aquellos productos de una relación en la que sí se deseó, los jóvenes estaban en un momento sentimental que luego se acabó; los embarazos repentinos y prematuros son imprevistos (con mayor relevancia el primero que el segundo respecto a los tipos de embarazos que con mayor regularidad se presentan en la adolescencia. A continuación se describen algunos de los que se encontraron en los grupos focales y en algunas de las entrevistas con las adolescentes: Embarazo repentino: algunas adolescentes señalan que el embarazo vino forma repentina, desde el inicio de la vida sexual, incluso algunas pensaron en comenzar a planificar, pero ya era tarde: “Con la primera vez quede embarazada, habíamos pensado planificar para la segunda vez pero ya no se pudo porque quede embarazada” (Entrevista VII, Párrafo 20). En otros relatos se hace evidente que la posibilidad de quedar en embarazo no la tienen presente y por ello les causa mayor asombro inicialmente: “Uno piensa que no va quedar embarazada, que uno es la excepción, él tampoco puso ningún interés en decir bueno vamos planificar y yo tampoco le di importancia” (Entrevista II Párrafo 25) Embarazos prematuros: para este tipo de embarazo, las adolescentes y sus parejas en ocasiones se protegían, pero en otras no, como lo evidencia este tipo de relatos: “A los 6 meses de novios empezamos a tener relaciones sexuales, al principio nos cuidábamos con condón, pero no sé, hubo un momento en que no nos seguimos cuidando” (Entrevista IV, Párrafo 10). Otra pareja, presente caso de accidente con el método de planificación: “Nosotros nos protegíamos con condón si no que se rompió” (Entrevista XVIII, Párrafo 9) Embarazos residuales: sobre este tipo de embarazo, las adolescentes entrevistadas señalan que aunque sabían del riesgo de no utilizar protección, no tomaban ninguna decisión al respecto para evitar el embarazo: “Nosotros nos conocimos muy niños, yo tenía 12 años cuando lo conocí y él tenía 14 y nosotros duramos muchísimo tiempo...antes no sé cómo no quedé embarazada, porque sinceramente yo no me cuidaba...a los 17 años cuando quedé embarazada él tenía como 20 años” (GF I Párrafo 41)

Fuente: autoría propia.

¹⁰⁷ DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. Tomarse el Amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería, 2002. p. 96.

1.3 EL EMBARAZO COMO EVENTO SIGNIFICATIVO A PARTIR DE DIEZ CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Teniendo en cuenta el comportamiento transversal de la autonomía colectiva y solidaria, se le ve moduladora de las tensiones entre adolescentes y el mundo adulto. La novedad de esta investigación se centra en describir, mediante la observación empírica, los “relevos de autonomía” que recibe la adolescente embarazada en un esfuerzo colectivo que le permite llegar a agenciar la vida propia y la de su hijo. El reconceptualizar la autonomía en adolescentes en un contexto específico y con las especiales condiciones donde ocurre el embarazo, se hace posible, mediante las fluctuaciones de la toma de decisiones que ocurre en estas jóvenes madres en el tejido social que las sostiene.

La aproximación en estas diez categorías permite ilustrar cómo es el escenario donde se presenta la gestación, y las variaciones y transformaciones ocasionadas en los espacios de mayor afectación:

1) Vida antes de embarazo. 2) Expectativas antes del embarazo. 3) Vida sexual y factores de protección. 4) Primera impresión del embarazo. 5) Sometimiento o imposibilidad ante el embarazo. 6) Reacción del novio o padre del niño frente al embarazo. 7) Personas que asumen el costo del embarazo. 8) Proyecciones para el futuro. 9) Espacio de mayor afectación y 10) Repercusión en la vida escolar.

1.3.1 Vida Antes del embarazo. Este aspecto relaciona los principales aspectos de las costumbres, relaciones interpersonales, dinámicas familiares, situación escolar y *hobbies* que tenían las adolescentes antes del embarazo.

Se evidencia en la mayoría de las adolescentes tienen un tipo de vida normal para el momento del ciclo vital en el que están, esto quiere decir, que se sienten altamente identificadas con sus pares, no le prestan atención a sus padres,

poseen sentimientos de invulnerabilidad y comienzan a experimentar su sexualidad. Algunos relatos evidencian las vivencias de este periodo en sus vidas:

Todo ese año me la pasé farriando, tomando y cada 8 días salía a bailar y ya con un hijo no podía hacer lo mismo pero bueno, no importaba porque era mi hijo. Sin hijo pensaba seguir estudiando y seguir bailando me gusta mucho, pero ahora ya no lo puedo hacer, ya no me dejan, estoy un poco limitada en mis actividades sociales. (Entrevista IX, Párrafo 8)

No obstante, hay otro tipo de relatos que evidencia modelo de comportamiento diferente, de adolescentes caracterizadas por ser más “juiciosas”, aplomadas, estudiosas, que en términos populares se señalan como “de la casa”. Algunas de las características señaladas se evidencian en el relato siguiente:

Pues la verdad no salía mucho a fiestas, pues como era hija única me cuidaban mucho y si salía tenía que ser con mis primas, en el colegio por los laditos, pero de resto no. (Entrevista II, Párrafo 30)

1.3.2 Expectativas antes del embarazo. Al indagar por las expectativas que las adolescentes tenían antes de quedar en embarazo se encontraron algunas tendencias muy importantes, como las siguientes:

- La mayoría de las jóvenes pensaban ser madres en algún momento de su vida.
- La mayoría de las jóvenes contemplaron terminar sus estudios de bachillerato.
- Se hace evidente en los discursos de la mayor parte de las adolescentes pensaban tener un hijo en algún momento de su vida. Así lo señalaron estas adolescentes:

Yo pensaba sacar a mi mamá adelante porque es la única que ha velado por mí, terminar el colegio, estudiar en la universidad y pensaba tener un hijo entre los 25 y 30 años. (Entrevista XIV, Párrafo 17)

...Terminar el estudio y estudiar enfermería, pensaba tener un hijo después de los 18 años. Ahora estoy contenta con el bebé y con ganas de estudiar y

trabajar, eso es un motivo para hacer las cosas. (Entrevista XXII, Párrafo 19)

Relatos como los anteriores reflejan una clara tendencia en las adolescentes en el deseo de tener un hijo en algún momento de la vida, 28 de las 30 adolescentes entrevistadas manifestaron este tipo de opinión. Solamente dos nunca pensaron en tener hijo. Una de ellas porque su proyecto de vida estaba encaminado a ser monja, y la otra porque su meta era estudiar Medicina y nunca pensó la posibilidad de tener hijos.

Según las adolescentes entrevistadas **24 años** es el promedio de edad adecuada para tener un hijo. En el imaginario de las adolescentes, este periodo de vida tiene por lo menos dos condiciones ideales para “tener el bebé”: para la mayoría de ellas esta edad significa que ya han podido terminar sus estudios superiores; sean estos técnicos o universitarios.

Seguir estudiando, trabajar, tener una profesión más adelante y disfrutar más la vida. Tenía pensado tener un hijo a los 26 o 27 años. (Entrevista VII, Párrafo 32)

Es la edad en la que “le puedo dar todo al bebé”, representada en las capacidades económicas, sociales y psíquicas adecuadas para brindarle a un hijo.

Yo pensaba tener un hijo cuando tuviera una carrera y estuviera trabajando y poderle dar todo lo que yo quisiera al bebé, me gustaría ser doctora, atender los partos, y bueno ahora quiero terminar el estudio y poder llegar ser doctora. (Entrevista XXI, Párrafo 19)

La mayoría de las jóvenes contemplaron terminar sus estudios de bachillerato y continuar estudiando. Se orientaron a estudios universitarios de carreras como Enfermería y Medicina son las que generan mayores expectativas en las adolescentes a la hora de escoger una profesión y en menor proporción hay otras como Ingeniería de sistemas, Criminalística, Actuación, carreras de milicia, Hotelería y Turismo y Diseño gráfico.

1.3.3 Vida sexual y factores de protección. En la indagación respecto a ciertos aspectos de la vida sexual de las adolescentes sitúa razones que justifican los motivos y circunstancias que posiblemente llevaron a que estas jóvenes hayan quedado en embarazo. Se encontraron cuatro tendencias que llevan finalmente al embarazo:

- Inicialmente se estaban protegiendo, pero dejaron de utilizar el método y en ese momento la adolescente queda embarazada.

Estábamos cuidándonos con condón pero una vez no nos cuidamos y quedé en embarazo. A los 2 meses de iniciar la vida sexual quedé embarazada. (Entrevista, XIV Párrafo 9)

- Nunca utilizaron método de protección, no existió la preocupación ni de parte de ella, ni de parte de la pareja.

... nunca había planificado, y en el momento no lo pensé, él tampoco tuvo la iniciativa de que nos cuidáramos no recuerdo muy bien pero en una ocasión me dijo que él quería formar una familia conmigo. (Entrevista K.S.C, Párrafo 45)

- En menor proporción ciertas adolescentes mencionan que quedaron embarazadas en la primera relación sexual.

Con la primera vez quedé embarazada, habíamos pensado planificar para la segunda vez pero ya no se pudo porque quedé embarazada. (Entrevista, VII, Párrafo 20)

- A la pareja les falló el método de protección.

Nosotros nos protegíamos con condón si no que se rompió. (Entrevista XVIII, Párrafo 9)

A partir de los relatos de las adolescentes es claro que varias de ellas no se responsabilizan y de paso no hacen responsables a sus parejas de utilizar protección para evitar el embarazo. Un elemento importante que se destaca es lo

típico de los adolescentes medios en comenzar la utilizar de protección, pero no continuar utilizándolo en las siguientes relaciones por la invulnerabilidad que les acaece.

1.3.4 Primera impresión del embarazo. La primera impresión que tienen las adolescentes, es un factor que permite entrever las principales expectativas, miedos, esperanzas y pensamientos que le pasan a una adolescente cuando se entera que está embarazada. De igual forma, permite analizar los principales cambios que cree que va a tener con la llegada de este nuevo miembro dentro de los ámbitos familiares, sociales, económico, de amistad, amoroso, proyección de vida, etcétera.

Las adolescentes ante la pregunta: ¿Cuéntame qué pensaste cuando te confirmaron el embarazo?, señalaron principalmente, los aspectos siguientes:

- El sentimiento que con mayor frecuencia se evidenció fue el miedo a que se fuera saber su embarazo.

Lo primero que pensé fue en mí mamá porque yo soy hija única y pues terrible y en ese año yo me graduaba de 11. Pensé en muchas cosas, en abortar pero uno hace ese contraste entre tenerlo o no, pero igual es una vida y si pasó fue por irresponsabilidad de uno. (Entrevista, II, Párrafo 35)

Sin embargo, algunas pocas adolescentes fueron ambivalentes con sentimientos de felicidad, en medio del temor que se genera por la situación. Así lo refleja el relato siguiente:

Me dio nervios más que todo por mis papás y a la vez felicidad porque iba a tener mi bebé. (Entrevista, III, Párrafo 24)

- La mayor parte de las jóvenes les preocupaba lo que pensarán o hicieran los padres respecto al evento del embarazo, así lo reflejan relatos como el siguiente:

Primero sentí alegría y después susto por la reacción de mis papás si me iban apoyar. (Entrevista, XIX, Párrafo 34)

En el mismo sentido otra adolescente señala sentimientos de negación amparados por el temor hacia sus padres, fenómeno común en esta etapa adolescencial, lo cual lleva a iniciar controles prenatales tardíos que ponen en riesgo la salud de la madre y el hijo.

No sabía que decirle a mi papá y a mi mamá, no lo asumía y no quería que ellos se enteraran de nada. (Entrevista XXVII, Párrafo15)

1.3.5 Sometimiento o imposibilidad ante el embarazo. Indagar por el sometimiento o la imposibilidad ante la situación del embarazo con las adolescentes permite entrever las principales dificultades, limitaciones o restricciones que sufren estas jóvenes por la afectación transitoria de aspectos como la autonomía, la toma de decisiones, la imagen, las relaciones con los otros, etcétera. Sobre lo anterior, en la entrevista semiestructurada se indagó: “¿Te sentiste sometida o imposibilitada por el embarazo en algún momento?” Las diferentes tendencias en las respuestas fueron:

Un número importante de adolescentes opinaron que no se sintieron sometidas o imposibilitadas durante el embarazo; creen que es un evento por el cual no se deben autolimitarse y por el contrario contribuyó al hecho de “salir adelante”, así lo evidencia esta narrativa:

No, yo no me eche a la pena, sino por el contrario tenía un motivo, sentía un impulso, más fuerza para salir adelante. (Entrevista II, Párrafo 59)

Otra parte importante de las jóvenes respondieron afirmativamente a la pregunta y para ellas se hizo relevante el que hayan visto cuestionadas en aspectos como su autonomía, toma de decisiones, relaciones interpersonales, de familia e incluso la movilidad. A continuación se comentan los hallazgos encontrados al respecto.

- Sometimiento en el colegio.

Algunas adolescentes mencionaron que el colegio es un escenario en el cual en ocasiones se llegaron a sentir sometidas o imposibilitadas. Las razones principales de este sentimiento fueron: a) Se disminuyó la buena imagen que tenían ellas frente a sus compañeros(as). b) Su rendimiento académico y el riesgo de desescolarización aumentan y c) La continuación de los estudios pasa a un segundo plano.

Si, sentía que todos me miraban por eso me salí del colegio y es que una niña en el colegio había quedado embarazada y a mí no me gustó verla. Yo me retiré faltando 2 meses para terminar noveno grado por eso me toca validar. (Entrevista XII, Párrafo 38)

- Imposibilidad Física y de movilidad.

En algunos casos, las adolescentes señalan que se sintieron con imposibilidades para la realización de actividades deportivas, físicas e incluso de movilidad en trayectos largos, debido a su condición de embarazada, lo que también coadyuvó a que su imagen como adolescente se afectara, tal como lo evidencia el relato siguiente:

DM: ¿Te sentiste sometida o imposibilitada por el embarazo en algún momento?": RTA: un poquito, porque ya no salgo igual, mi papá me cuida más y mi mamá. Pero ya no es como antes. **Ya me siento viejita, como una adulta, son muchas responsabilidades.** (Entrevista XXV, Párrafo 26)

Es claro en el relato como para esta adolescente el embarazo llevó a que cambiara su condición de joven asociada con el movimiento, la libertad, la no responsabilidad a asumir toma de decisiones y sentirse más viejita; es decir, restringida físicamente y emocionalmente.

- Sometimiento familiar.

En una menor proporción ciertas jóvenes señalan sentirse o que se sintieron sometidas dentro del ámbito familiar debido al embarazo. Así, la familia en ocasiones se tornó como factor de maltrato emocional o de subordinación en el área económica. Las adolescentes manifiestan al respecto:

A veces sobre todo por parte de la familia materna, en especial mi abuela apenas se enteró me trató mal. (Entrevista XIV, Párrafo 42)

Pues la familia de mi papá me dijo que abortara, pero yo tomé la decisión de tener el bebé (Entrevista XVII, Párrafo 42)

Sí, porque sin poder trabajar atendida a mi mamá para que me diera para todo, me daba pesar con ella aunque mi pareja también me ayudaba, pero con un mínimo pues no alcanza mucho. (Entrevista XXVIII, Párrafo 27)

1.3.6 Reacción del Novio o Padre del niño frente al embarazo. El relato que tienen las adolescentes respecto a la reacción del novio o padre del hijo en el momento del embarazo son variadas, principalmente se encuentran de dos tipos:

- Se hace evidente que la mayor parte de los sentimientos y reacciones de las parejas o los padres de los(as) hijos(as) se caracterizan por ser de alegría y aceptación ante la situación del embarazo.

Buena parte de las adolescentes señalan que sus parejas se sintieron felices y aceptaron el embarazo como una situación positiva. Diferente a la reacción que tuvieron las jóvenes, que por el contrario fueron en su mayoría de miedo, zozobra y ansiedad. Se resaltan estos comentarios de los relatos al respecto:

¿Cómo reaccionó tu pareja en el momento del embarazo?: Alegre, se puso contento y me apoyo, me acompaño al primer control que me lo hice a los 7 meses. (Entrevista VII, Párrafo 54)

- Las reacciones de algunas parejas fueron de negación de su paternidad ante el embarazo de las adolescentes.

Me trató mal, me dijo que no era de él, que mirara que hacía, cuando hicimos la prueba de ADN se desapareció y volvió aparecer a finales de marzo. (Entrevista I, Párrafo 101)

- Algunas parejas de las jóvenes manifiestan reacciones de construcción de independencia frente al embarazo de ellas.

En ciertos casos las jóvenes entrevistadas manifiestan que sus parejas al conocer de su embarazo, abrieron la posibilidad para construir proyectos de vida independiente, tal como lo ejemplifica el relato siguiente:

Él me dijo que él lo presentía y se puso pálido, pero que si mi mamá no me apoyaba él si me apoyaba que nos fuéramos a vivir, él no quiere que yo trabaje pero si me apoya para que estudie enfermería. (Entrevista XXII, Párrafo 32)

1.3.7 Personas que asumen los costos del embarazo. Este aspecto permite analizar las principales formas como la familia ayuda a las adolescentes a solventar los gastos del embarazo, pero en el mismo sentido es un factor de dependencia, sometimiento y compromiso frente a las personas que asumen los costos. Según las adolescentes la mayoría de personas que asumen los costos del embarazo son en su orden: la pareja, los padres (en la mayor parte de las ocasiones es la madre) y los suegros.

1.3.8 Proyecciones futuras. Al indagar por las proyecciones de vida que tienen las adolescentes la mayor parte de las respuestas tienden darse similitudes como las siguientes:

La mayor parte de las adolescentes debido a que están estudiando su proyecto de vida más cercano es terminar de estudiar, por medio de la validación. Otras jóvenes tienen proyectos a más largo plazo y piensan en estudiar oficios técnicos como estética y sistemas. Algunas pocas adolescentes mencionan su interés de trabajar y estudiar carreras universitarias y solo 2 jóvenes señalaron no tener ningún tipo de proyección. Respecto a otras proyecciones futuras es importante resaltar que la mayor parte de las jóvenes hacen énfasis en el cuidado y la atención de sus hijos e hijas y de ellas mismas y en otros casos por las madres o las suegras de ellas.

1.3.9 Espacio de mayor afectación. Al analizar el espacio social de mayor afectación de las adolescentes se busca identificar desde la subjetividad de las adolescentes las principales áreas en la que las adolescentes vieron afectadas sus vidas en el momento del embarazo. En este sentido las jóvenes señalaron al respecto y se condensan como puede verse en el Cuadro 6.

El Cuadro 6 refleja según los mismos relatos de las adolescentes, los espacios de vida en que las adolescentes encontraron mayores afectaciones, dentro de los cuales se encuadraron cuatro principales tipos: Subjetivo, Familiar, Educativo y Titularidad de sus derechos. Transversalmente estos espacios se contrastan con tres planos vitales en la constitución de la vida de un adolescente: la identidad, las relaciones con los otros y la autonomía.

Cuadro 6. Espacios de mayor afectación para las madres adolescentes

Espacio de mayor afectación	Identidad	Relaciones con Otros	Autonomía
Subjetivo	- Se aminoran los “autos”: autonomía, autoreconocimiento, autoimagen, autogobierno, autodeterminación, etc. - Se presentan cambios de comportamientos, les toca asumir otros roles (maternos).	- La relación con la pareja genera crisis, se deteriora por el evento (la pareja se aleja) - No se es partícipe de las actividades normales que realizan los adolescente	- Libertad de la toma de decisiones como persona sola, libre e independiente, en esta etapa de ciclo vital.
Familiar	Se diluye en una dinámica colectiva conjunta del mundo de los adultos y generan dependencia emocional, económica y física especialmente al final del embarazo	-Desmejora la comunicación y la comprensión con padre y madre. - Se incrementan los gastos no previstos en el hogar por la manutención del bebé	- Durante el embarazo se depende de las decisiones colectivas de la familia para las labores cotidianas. -Están permanentemente cuestionadas la autonomía y la toma de decisiones por la familia extensa.

Fuente: autoría propia.

Cuadro 6. (Continuación)

Espacio de mayor afectación	Identidad	Relaciones con Otros	Autonomía
Educativo	- Se cuestiona las representaciones de identidad de las jóvenes, como una tarea desfasada para su edad donde la prioridad es su formación educativa. - Se rechaza el embarazo y se cuestiona a “la niña buena” o que “metió las patas”	- Se pierden los espacios que se comparten cotidianamente con los compañeros de clase y pares del vecindario. Se separan los intereses que da el ocio recreativo fuera de las aulas.	-El rendimiento académico se ve afectado tanto si está escolarizada o desescolarizada, depende de los demás para cumplir sus metas - El embarazo dificulta la realización de actividades físicas iguales a las exigidas en el deporte y clases de educación física, la cual se vuelve teórica y de investigación y presentación de trabajos.
Titularidad de derechos	Desconoce el derecho a tener una sexualidad placentera y a planificar el número de hijos que desea. Lo deja al azar del momento o de la intuición con relación asesoría en planificación que haya recibido	Desescolarización concertada por el hecho derecho a la educación que tiene todo menor de edad. El derecho a no ser discriminada por su condición de embarazo. El derecho a la salud perinatal de ella y del hijo	El derecho a elegir como titular de su cuerpo y de su hijo. A la no obligación de interrupción voluntaria del embarazo, a tomar las decisiones de salud de ella y de su hijo. El derecho a prescindir de la subordinación de su pareja. Ella ejerce la patria potestad de su hijo sola si así lo desea.

Fuente: autoría propia.

El primer espacio de mayor afectación es aquel que tiene que ver con la adolescente misma, es decir, el **subjetivo**. La afectación subjetiva de las adolescentes está marcada principalmente la disminución de los autos (autoestima, autoreconocimiento, autoprotección, etc.), los múltiples cuestionamientos y replanteamiento en los proyectos de vida y las dificultades en la convivencia y las relaciones con los pares, la pareja y la familia.

El segundo mayor espacio de afectación de las adolescentes es el **escolar**, debido a que en este se generan mayores cuestionamientos en la identidad de las jóvenes, especialmente en el proyecto de vida escolar y en la vida social que ocupa gran parte del día en esta época. Por ello en ocasiones las jóvenes toman la decisión de desescolarizarse y perder los espacios que continuamente eran compartidos con los pares amigos y pasan a un segundo plano por la prioridad que tiene su hijo o hija.

El tercer lugar de mayor afectación señalado por las adolescentes es la **familia**. En esta principalmente se deterioran la comunicación con los otros, se incrementan los gastos del hogar y por tanto, la economía del hogar refleja un “sobrecarga”. Además, el embarazo hace que la participación de la adolescente en las labores cotidianas implique la escasa participación en actividades extrafamiliares. Finalmente, en la toma de decisiones también se ve cuestionada en la medida en que la autonomía de la adolescente se ve afectada por el suceso y en la mayoría de las ocasiones los padres pasan a determinar “que se hace o no” en el hogar.

Por último, se señala que el sentimiento del espacio menos afectado, corresponde a la **titularidad de sus derechos**, por su desconocimiento, los cuales empiezan a ser legítimos en la cotidianeidad de su nueva condición. Este tópico se indagó con la pregunta, “¿Conoces algo de la ley para adolescentes embarazadas?” Las respuestas a esta pregunta evidencian dos tendencias principales: aquellas que

tienen nociones sobre la ley. Por el otro lado, otras adolescentes que no tienen ningún conocimiento respecto a la titularidad de sus derechos.

De las 30 adolescentes 14 de ellas tienen algunas nociones sobre sus derechos como adolescentes que fueron o están embarazadas y señalan principalmente el derecho a continuar estudiando y no ser discriminada, salvaguardar la vida de la madre y el bebé, además de señalar apoyos sociales y económicos. Las 16 adolescentes restantes dicen no tener conocimiento alguno sobre la Ley.

1.3.10 Repercusión en la vida escolar. Los cambios que se evidenciaron en la vida escolar son considerados importantes por ser potenciadores de recuperar su independencia y autonomía y así poder renunciar al relevo de la autonomía durante el embarazo. Tiene varios matices:

- Para la mayor parte de las jóvenes se vio reflejado un apoyo del cuerpo de docentes y directivos, estudiantes y amigos frente al evento del embarazo:

Pues en el colegio quedaron sorprendidos, pero todos los profesores me dieron el apoyo porque yo quedé en embarazo en febrero empezando año y ellos me ayudaron a terminar mi 11 y a presentar mis trabajos antes de tener la niña. Yo fui todo el año hasta finales de octubre y si tenía controles prenatales ellos me daban permiso. (Entrevista III, Párrafo 50)

- Algunas adolescentes advierten que fueron discriminadas en el colegio por estar en embarazo

¿Cómo fue recibido tu embarazo en tu colegio por los profesores?: discriminatorio porque empezaron a decirle a los estudiantes que ojo para que no le pasaran como a fulanita de tal con nombre completo y no sólo en mi curso sino a todo el colegio y al final todo el colegio se enteró. (Entrevista XXI, Párrafo 47)

- Pocas adolescentes mencionan que tomaron la decisión de descolarizarse para que nadie se enterara en el Colegio de su embarazo.

No supieron hasta después que volví al colegio y me preguntaron por qué había faltado un trimestre, pero normal. (Entrevista VII, Párrafo 76)

Un aspecto transversal a la mayor parte de los relatos en relación con la vida escolar tiene que ver con los rumores y chismes que se mueven alrededor del embarazo de las jóvenes. Varias jóvenes hacen énfasis en que estos rumores se mueven con mucha rapidez en los salones de clase y entre compañeros, docentes y directivos lo que les genera pérdida de su intimidad y las evidencia de manera negativa ante sus pares.

Se presentaron chismes en el primer semestre, solamente mis amigas sabían y nadie más. Deje de ir un trimestre y cuando volví no tenía nada, cuando volví al colegio me adelanté, el colegio si sabía que yo estaba embarazada. (Entrevista VII, Párrafo 47).

A este nivel de análisis el contexto demarcado por estas diez categorías permite avanzar en delimitar los objetivos específicos que conducen al relevo de autonomía; por lo tanto, se subcategoriza en tres aspectos que constituyen la unidad de análisis.

1.4 SUBCATEGORÍAS BASE DEL “RELEVO DE AUTONOMÍA”

Tres subcategorizaciones de análisis se tuvieron en cuenta para establecer la dinámica de la autonomía que permite conocer el cómo y el significado de “relevo de la autonomía” y son:

- Invulnerabilidad - vulnerabilidad
- Dependencia
- Redes de Apoyo (Familias, Pares, Instituciones)

1.4.1 Invulnerabilidad – Vulnerabilidad. La invulnerabilidad como característica propia del ciclo de vida de las adolescentes es visible en ambos grupos focales con ciertas características que pueden enmarcarse en las tendencias siguientes:

- Rebeldía
- Salidas hasta altas horas de la noche
- Sobreprotección por parte de los padres

Las respuestas de las adolescentes asociadas a la invulnerabilidad en su mayoría están relacionadas con las conductas propias de este ciclo vital, tienen comportamientos de rebeldía tendientes a la desobediencia de las normas familiares, como las salidas hasta altas horas de la noche (4 adolescentes) y los comportamientos rebeldes propios de la edad (2 adolescentes). Ejemplo de lo anterior son aquellas adolescentes que señalan su interés por salir a fiestas, encontrarse con amigos, amigas o novio como se aprecia a continuación:

Todo cambia porque yo era una persona que me la pasaba de fiesta en fiesta, salía a toda hora, me la pasaba con mi novio hasta las 11:00 de la noche y pues de una u otra forma yo tenía mucha libertad y uno es despegado de las cosas o por lo menos a mí me daba igual las cosas. (GF II Párrafo 7)

Otra adolescente señala:

Yo era rebelde con mis papás; yo salía mucho, mucho (...) mis papás me daban libertad como ellos salían a trabajar, yo salía y ellos casi no se enteraban. Entonces tuve muchos problemas con muchas muchachas porque les quitaba el novio. (GF I Párrafo 13)

Existe otra invulnerabilidad asociada con la sobreprotección que ejercen los padres y madres sobre las hijas adolescentes y la cual tiende a sobreponer una imagen de la hija “Juiciosa”, “Virtuosa”, “De la casa”, así lo ejemplifican relatos como:

...sí, muchas cosas cambian y las cosas- o el quedar en embarazo no depende si a uno le dan mucha libertad, porque a mí por ejemplo si me dejaban salir era por mucho 2 horas, yo era una niña juiciosa, de la casa, con buenas notas en el colegio, eran muy estrictos y cuando quedé embarazada no lo podían creer porque yo era la niña juiciosa que siempre ocupaba el primer puesto en el colegio y entonces mi mami no lo podía creer y yo en estos momentos no estoy viviendo con mi mami, sino con el papá de mi bebé. Yo no salía. Yo no supe que era fiestas. (GF II Párrafo 8)

Otra adolescente señala al respecto:

Yo también vivo con mi pareja hace un mes y al comienzo a uno le cambia todo ya uno le toca hacer cosas que en la casa se lo hacía la mamá a uno. (GF II Párrafo 30)

Yo creo que entre lo cuiden más a uno es peor, porque uno quiere hacer las cosas rápido y todas a la vez, tienen que darle confianza también a uno y eso a uno le ayuda. (GF II Párrafo 9)

1.4.2 Dependencia. A partir de los relatos de los dos grupos focales se pueden evidenciar por lo menos tres tipos de dependencias en la situación del embarazo en las adolescentes, estas son: dependencia afectiva, dependencia económica y dependencia física. Lo encontrado en los grupos demarca la existencia de estas dependencias distribuidas de la forma siguiente:

- Dependencias afectivas
 - Dependencia económica
 - Dependencia física
-
- Dependencia Afectiva.

Este tipo de dependencia denota la necesidad de sentimientos y seguridades con su pareja, familia o amigos y se ejemplifica en las narrativas siguientes:

Él tenía 17 años y yo tenía 15 años (...) al principio él me apoyo porque yo me sentía muy sola, porque también mi mamá estaba un poquito regular (...) después él se fue para el ejército. Después, cuando las cosas con mi papá mejoraron él ya no me llamaba y cuando venía de visita no se la pasaba conmigo (...) siempre fue alejado, a mí me tocó llorarle para que se quedara conmigo. (GF I Párrafo 35)

Entrevistadora: ¿Cómo fue el apoyo, permanente o por tiempos? Rta.: permanente por parte de mi hermana, amigas y mi amigo, actual pareja, y por tiempos de mis padres. (Entrevista I, Párrafo 123)

- Dependencia económica.

Se puede inferir la dependencia económica en todas las participantes (10 adolescentes); sin embargo, algunas de ellas expresan más fácilmente en sus relatos los apoyos económicos recibidos por parte de la familia y/o la pareja, como se puede ilustrar en los apartes siguientes:

Dependencia económica con la pareja:

...por lo menos a mi pareja yo lo admiro muchísimo porque estudia, me da para mi estudio y me ayuda cuando yo tengo algo que hacer, está pendiente y él ha sido también de apoyo y fuente económica al igual que mis suegros, y mi familia como la que menos me ha ayudado. (GF II Párrafo 36)

Otras personas que brindan ayuda económica:

Pues mi mamá y mi abuelita me ayudan económicamente, pero con mi papá desde que se enteró no he vuelto a hablar, cuando nos vemos no me mira, con mi hermana tenemos poca relación. (GF I Párrafo 48)

Respecto a las personas que costean el parto de las jóvenes:

Pues mi mamá es cotizante y yo soy beneficiaria y nos tocó pagar como 150 mil... (GF I Párrafo 52)

A mí al principio me tocó pagar particular, después me enteré que si podía hacerlo por la EPS. (GF I Párrafo 53)

Es claro que para la mayor parte de las adolescentes la dependencia que se tiene hacia otra persona, sea esta familia nuclear, familia extensa, pareja o una tercera persona respecto al evento de costear los gastos que implica el embarazo, se da desde una lectura preponderante del “apoyo económico”.

- Dependencia física:

Se puede percibir otra dependencia asociada al estado de fragilidad física de la mujer en embarazo. Relatos como los siguientes lo ejemplifican:

En el colegio andaba casi siempre con el grupo de amigas, con ellas molestábamos, corríamos y hacíamos cosas, pero igual muy normal. Después de que quedé embarazada no podía correr igual, ni hacer las cosas que uno hace físicamente. (GF I Párrafo 18)

Otra adolescente señala al respecto lo siguiente:

Antes de quedar embarazada no salía mucho, después salía pero con mis primas, pero no mucho porque a uno se le hinchan los pies, y mi mamá me decía, pues aproveche mientras tenga barriga porque después no va a poder. (GF I Párrafo 32)

Los relatos respecto a este tipo de dependencia sugieren que el embarazo genera nivel de vulnerabilidad del cuerpo de la joven madre, que le impiden realizar actividades, movimientos, rutinas y desplazamientos que le impliquen grande esfuerzo físicos y la obligan necesariamente a distanciarse de sus pares. En este sentido, cabe señalar que este tipo de asociaciones refuerzan el imaginario socialmente construido respecto a la “indefensión” de la mujer embarazada.

1.4.3 Redes de apoyo. Las redes de apoyo se constituyen principalmente como las fuentes de soporte, anímico, social, y económico de las madres adolescentes. Allí se encuentran apoyos asociados a la familia, la pareja, los(as) amigos(as) y las instituciones. Los tipos de apoyos que se encuentran con mayor frecuencia en los grupos focales son los siguientes: Apoyo familiar, Apoyo de pareja, Apoyo de amigos(as) y Apoyos institucionales.

- Apoyo familiar.

La familia se constituye como el principal espacio social en el cual las adolescentes encuentran apoyo durante y posterior al embarazo. La mayor parte de las adolescentes aluden sus familias como el primero de los referentes de apoyo ante una situación difícil. Es así por ejemplo, como ante el hecho del rechazo inicial del padre o la madre, algunas adolescentes buscaron apoyo en su familia extensa:

...mis papás me dejaron de hablar y me echaron de la casa (luego de enterarse del embarazo) y como no tenía a donde ir, pues me acogieron mis abuelitos, que viven en la misma casa, pero en el piso de arriba. Mi hermana menor que es incondicional y mis abuelitos me apoyaron. (GF I Párrafo 25)

En otras ocasiones para la familia el evento suele ser un choque y la familia de la pareja puede jugar un rol importante a la hora de apoyar el evento del embarazo:

Pues mi familia...mi papá duro un mes bravo...mi mamá siempre me apoyó, mis primos se sorprendieron porque yo tan joven...en mi familia somos los que mejor estamos...entonces en la familia si fue como un golpe (...) mis suegros, mi suegra me trató muy bien, ella me cuidaba los antojos, yo me la pasaba allá, porque mis papás trabajando, ella me trataba mejor que el papá de la niña...y yo por eso a ella la quiero mucho" (G.F.I, Párrafo 45)

- Apoyo de Pareja.

El apoyo de la pareja se constituye en factor determinante para las adolescentes entrevistadas, debido a que se constituye en soporte emocional y económico durante el periodo del embarazo. Sin embargo, en otros casos, la pareja distante o ausente genera a la larga un reto y motivación para fortalecer la confianza en sí mismas. Algunas adolescentes señalan como es el apoyo dado por sus parejas en los relatos siguientes:

Por lo menos a mi pareja yo lo admiro muchísimo porque estudia, me da para mi estudio y me ayuda cuando yo tengo algo que hacer, está pendiente

y él ha sido también de apoyo y fuente económica al igual que mis suegros, y mi familia como la que menos me ha ayudado. (GF II Párrafo 36)

Otra adolescente señala al respecto.

El apoyo de mi novio... él está muy pendiente, él tiene 19 años y está trabajando con el papá, ellos le ayudan así le queda fácil para acompañarme a las citas y así también trabaja y estudia. A nosotros nos apoyan” (GF II Párrafo 23)

- Apoyo de amigos(as)

El apoyo que ofrecen los amigos o “pares” en los casos de adolescentes que han estado o están embarazadas, se caracteriza por ser un tipo de apoyo de referencia significativo. De esta forma, por lo menos para casi la mitad de las adolescentes sus pares formaron parte de esa “Red” de soporte durante el periodo del embarazo e incluso posterior a él. Una adolescente menciona al respecto:

Todos me apoyaban que la mamita, que la mamá, muy bien me trataron (...) en la parte académica me ayudaban mucho, igual me iba muy bien, igual uno se vuelve más centrado en lo que hace. (GF I Párrafo 75)

- Apoyos Institucionales.

El último tipo de apoyo, no por ello menos importante, es el encontrado a lo largo de la realización de los grupos con las adolescentes es el que hace referencia al apoyo de las instituciones y de profesionales que intervinieron en el periodo del embarazo. Mediante las narrativas se evidencia que instituciones como las IPS- Instituciones Prestadoras de Salud, Profamilia, los Hospitales de la zona, Famis- Hogares comunitarios orientados a familias, Centros Operativos Locales - COL, y los colegios y la Iglesia en algunos casos hacen parte de las instituciones que prestan el principal apoyo a las adolescentes en embarazo:

Yo estuve en los programas de bienestar en el COL y los FAMIS todo eso”
(...) “Pues instituciones como el colegio que nos daban mucha colaboración
y demasiadas charlas. (GF I Párrafos 58 y 60)

Hecho el análisis cualitativo de los hechos encontrados la búsqueda empírica de esta investigación es importante llegar al objetivo principal, mediante la discusión en el capítulo siguiente.

2. DISCUSIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO

En este estudio se quiso dar respuesta a la pregunta: ¿Cómo es y qué significa el “relevo de la autonomía” en el embarazo en la adolescente, su pareja, el mundo de los adultos y la institución que la atiende, dada la dependencia y vulnerabilidad en la joven madre?

La inquietud que generó este planteamiento es producto de la práctica de Medicina en adolescentes, la experiencia diaria, la observación y la intuición de que constituía un fenómeno particular e interesante. De esta forma se permitió configurar la metáfora de “relevo de autonomía” en madres jóvenes que transitaban por su adolescencia media.

Para encontrar el cómo y el significado de esta figura se exploró en primera instancia el escenario donde se desenvuelven las adolescentes y los espacios de mayor transformación. Se encontraron respuestas en las 10 categorías seleccionadas para tal fin:

- Vida antes de embarazo.
- Expectativas antes del embarazo.
- Vida sexual y factores de protección.
- Primera impresión del embarazo.
- Sometimiento o imposibilidad ante el embarazo.
- Reacción del novio o padre del niño frente al embarazo.
- Personas que asumen el costo del embarazo.
- Proyecciones futuras.
- Espacio de mayor afectación.
- Repercusión en la vida escolar.

Es de destacar que el análisis de los diferentes relatos y de las diez categorías permiten identificar un escenario de pocas posibilidades económicas y de acceso

a la educación, de patrones culturales que destacan relaciones de poder del género masculino, especialmente de la pareja y de condiciones demográficas y de salud pública poco favorables a la realización individual. Este ambiente se constituye en un terreno abonado para el fortalecimiento de los relevos de autonomía, en azar del embarazo en las adolescentes y en la contingencia de este, mediante la expansión horizontal en torno a ella, de las redes sociales como se encontró en esta investigación.

Para dar respuesta a los objetivos específicos propuestos y llegar a construir los elementos explicativos del objetivo general, “el relevo de la autonomía” se ampliaron tres subcategorías que dan cuenta de los planteamientos que cimentan finalmente el contenido del “relevo de la autonomía”.

Cuadro 8. Subcategorías analizadas en relación con los objetivos específicos

Subcategorías	Objetivos específicos
Invulnerabilidad Vulnerabilidad	Describir los momentos de “relevo de la autonomía” que se da en la adolescente que vive un embarazo hasta volver a retomarla y la relación con su pareja.
Dependencia	Describir la concepción y las prácticas de “relevo de autonomía” y dependencia con los adultos que desarrollan y negocian durante el embarazo en la adolescencia.
Redes de apoyo (Familias, pares, Instituciones)	Describir las estrategias y prácticas de “relevo de autonomía” y apoyo desarrolladas por las instituciones, en cabeza de IPS Cafam, en el embarazo en la adolescencia.

Fuente: autoría propia.

El “relevo de la autonomía” propuesto en primera instancia, como una intuición vivida de la experiencia en la Medicina de adolescentes, se configura con el soporte empírico de los hechos recopilados en los relatos que fueron la fuente para ilustrar esta figura, mediante genogramas dinámicos antes y después del embarazo, de tendencias en los diferentes escenarios y de cuadros comparativos de semejanzas y similitudes del ejercicio de la autonomía.

“El relevo de la autonomía” se consolida como la categoría central que se planteó en esta investigación, en la forma como se había enunciado, dando no solo respuesta al cómo, sino al significado en el transcurrir de la gestación de las adolescentes medias. Se resalta como un factor de ganancia social en eventos críticos que despliegan toda una red social solidaria y cooperativa que nunca dejan flotando la vida de la adolescente y su hijo.

Es de destacar desde el punto de vista bioético como la autonomía como principio o capacidad de tomar decisiones individuales o muy personales, se dinamiza y se comparte con los “otros” haciendo un viraje hacia el principio de justicia social distributiva, pero nacida desde el interior del tejido social donde se presenta este acontecimiento. En este micromundo se despliega el capital social y las capacidades, para la resolución de dilemas relacionados con diferentes etapas de la vida como al inicio de la vida, representado en el hijo y en la etapa adolescencial, puntualizado en la mujeres que atraviesan su adolescencia media.

Para afianzar la pertinencia de esta figura, en realidades particulares como la estudiada en esta investigación, es importante subrayar que el embarazo en la adolescencia no es una tarea de este ciclo vital, pero dadas las altas posibilidades de que este evento ocurra siempre y más en las adolescentes medias, se considera oportuno siempre tener y hacer visible estos relevos como factor de ganancia y de trampolín de una autonomía fortalecida en las jóvenes madres.

3. CONCLUSIONES

La búsqueda de los hechos y datos empíricos de la investigación propuesta se fundamentó en uno de los principios de la autonomía, interrelacionada con una realidad, como es el embarazo en la adolescencia, lo cual permitió demostrar y darle significado a “relevos de la autonomía”. Las conclusiones son las siguientes:

1. La pregunta planteada: ¿Cómo es y qué significa el “relevo de la autonomía” en el embarazo en la adolescente, su pareja, el mundo de los adultos y la institución que la atiende, dada la dependencia y vulnerabilidad en la joven madre? tuvo la respuesta siguiente: la gestación en las adolescentes medias es el punto de partida para iniciar los diferentes “relevos de su autonomía” ya sea por la vulnerabilidad permanente a la que queda expuesta y/o por la dependencia afectiva, física y económica con la que se subordina para permitirle una calidad de vida propia de la gestante. Esta contingencia del entorno y la entrega “parcial” de su autonomía asegura doblemente la vida de ella y de su hijo(a).

El “relevo de la autonomía” durante el embarazo en la adolescente media significa la supervivencia que le garantiza una gestación acompañada afectivamente, subsidiada económicamente y con la esperanza de recuperar su autonomía menoscabada que le facilite reestructurar su proyecto de vida personal, intelectual y afectivo, asumiendo valientemente y en paralelo su nuevo rol materno.

2. Se ilustró con relatos de estas jóvenes madres la vulnerabilidad y la dependencia, tópicos relacionados con los objetivos específicos, exponiendo como se entreteje el apoyo en red flexible y dinámica, establecido por la interacción de los actores del tejido social. Esta movilización solidaria y cooperativa permite transitar por un “colchón” sobre el que ocurren los diferentes relevos posibles que se generan según las estructuras personales, de pareja, familiares y sociales que la rodean.

3. Emergieron narraciones de las adolescentes que cuentan aspectos importantes ligados a la fenomenología del embarazo y se observa como este suceso se repite en línea directa de abuelas a madres a hijas y primas, lo que confirma que esta situación siempre tendrá vigencia.

4. Llama la atención como estas adolescentes gestantes a pesar de aislarse socialmente se conectan al mundo de los amigos, mediante las redes sociales. En particular y de manera anecdótica alguna de ellas dio a conocer la noticia del embarazo y sintió manifestaciones de apoyo en redes sociales como *Facebook*.

5. El “relevo de la autonomía” fue estudiado y soportado empíricamente para una realidad en particular en la adolescencia; sin embargo, el propósito adicional y también importante de configurarlo es que no solo sea posible vislumbrarlo en estos espacios de vida, sino en cualquier otro que requiera “oxígeno”, apoyo, corresponsabilidad y solidaridad. Aún más, este relevo puede no ser parcial como en el caso que nos ocupa, sino definitivo y requerirá en tales situaciones despliegue mayor del principio de Justicia y de las capacidades de la sociedad en que se desencadenan estas situaciones de crisis.

6. Es posible hablar de niveles simétricos y no jerárquicos de los principios de No Maleficencia-Justicia-Autonomía (“Relevos de autonomía”) y Beneficencia, todos al mismo nivel, inmersos en el tejido social de sociedades inequitativas como las nuestras.

BIBLIOGRAFÍA

ALVARADO, Ricardo *et al.* Problemática en torno al embarazo en Adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). [En línea] En: Revista Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. Vol. 5. No. 001 (2007). [Citado 21 febrero 2011]. Disponible en Internet: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56250105>>

ALVERDI, Jokin y PÉREZ DE ARMIÑO, Karloa. Concepto de Capital Social. [En línea] En: Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. [Citado 23 noviembre 2008]. Disponible en Internet: <<http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/29>>

AMAR, José J. y HERNÁNDEZ, Jiménez Bertha, Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras. Barranquilla: Universidad del Norte, 2005.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (4 de Octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. República de Colombia. Art. 2. [En línea] [Citado 12 octubre 2009]. Disponible en Internet: <<http://sussmann.sussmann.googlepages.com/Resolucion8430de1993.pdf>>

COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 (25 de Febrero de 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El Ministerio de Salud. 2000.

CAMBIO, A Calzón Quitao. Abril 12 de 2004. Edición N°. 563.

CORBIN, Juliet y STRAUSS, Anselm, Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y Procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de Enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.

CORTÉS, María Enriqueta; VALENCIA, Susana y VÁSQUEZ, María Lucía. Mi mente decía no.... Mi cuerpo decía sí...: embarazo en adolescentes escolarizadas. [En línea] En: Avances en enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Vol. 27. No. 2 (2009). [Citado 16 marzo. 2011]. Disponible en Internet: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12968/13563>>

DE LA CUESTA Benjumea, Carmen, Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia, Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería, 2002.

DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. Tomarse el Amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería, 2002.

DE LA CUESTA, Carmen. Significado del embarazo en la adolescencia: la dimensión sentimental. [En línea]. Vol. 10 N° 5, 2000. En: Revista de Enfermería Clínica. Universidad de Antioquia. [Citado 16 marzo 2011] Disponible en Internet: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2895992>>

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, octubre de 2008. [En línea] [Citado 12 octubre 2009]. Disponible en Internet: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf>

DICCIONARIO MANUAL DE LA LENGUA ESPAÑOLA VOX. [En línea]. S.l.: Larousse, 2007. [Citado 15 mayo 2011]. Disponible en Internet: <<http://es.thefreedictionary.com/exhortada>.>

EL TIEMPO, Embarazo adolescente, alimento de la pobreza. Bogotá D.C. 24 de julio de 2011. Sección Debe Saber.

ETXEBERRIA, Xabier. "Virtudes: una necesidad en cuidados paliativos". En: Couceiro Azucena. Ética en cuidados paliativos. Madrid: Tricastella, 2004.

FEITO, Lydya, Vulnerabilidad, en: Rev. Anales. Sist. Sanit. Navar. Vol. 30. (Suplemento 3) Madrid: Universidad Juan Carlos Tercero, 2007.

FERRER, Jorge José y ÁLVAREZ, Juan Carlos. 2 ed. Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Henao: Desclee de Brower. Universidad de Comillas, 2003.

FLÓREZ, Carmen Elisa. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. En: Rev. Panam. Salud Pública, vol. 6, Bogotá, 2005.

FOUCAULT, Michel. "Nacimiento de la Biopolítica". En: Revista archipiélago, Cuadernos de crítica de la cultura, N° 30 Barcelona, 1982.

GILLIGAN, Carol. La Moral y la Teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.

GUTIÉRREZ, Maggui *et al.* La atmósfera Psíquica y los vínculos significativos de madres adolescentes gestantes y lactantes de bajo estrato económico.

Implicaciones sobre el desarrollo Psíquico. [En línea]. En: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Vol. 5. No. 001 (2007). Universidad de Manizales. [Citado 21 febrero 2011]. Disponible en Internet: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77350105>>

GUTIÉRREZ, Myriam. “Embarazo en la adolescencia”. En: Seminario taller: El adolescente, un reto para el siglo XXI. Boletín Médico Cafam, N. 23, Bogotá, 1993.

HABERMAS, Jürgen, Teoría de la acción comunicativa II. Taurus: Madrid, 1998.

HART, H.L.A. Are There Any Natural Rights?, The Philosophical Review. University College Oxford. Núm, 64, 1955.

HENAO, Juanita; GONZÁLEZ, Constanza y VARGAS Trujillo Elvia. Fecundidad adolescente, género y desarrollo. N° 16-17. [En Línea] En: Revista Territorios. Centro Interdisciplinario de Estudios Regionales –CIDER. Universidad de los Andes. – Universidad del Rosario. 2007 [Citado 21 marzo 2011] Disponible en Internet: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2924356>>

INGERSOLL, G, Robert. “Desarrollo psicológico y social”. En: Kreipe R. E, McAnarney E, Orr D, Comerci G, (Editores). Medicina del adolescente. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1994.

JOCOPY, Liva; SIMONOFF, Laura. *Empirical Methods for Bioethics: A primer*. Elsevier: JAI Press. Advances in Bioethics, Vol. II, 2008.

KAIDBEY, Mona. Estrategia contra embarazo adolescente. En: El Tiempo. Bogotá D. C. 12, junio, 2004. Sección dominical.

KANO FLORIÁN, María Esther, El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia: Ajustando la identidad. Medellín: Universidad de Antioquia, 1998.

KOTTOW, M. Participación informada en clínica e investigación en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. Bogotá: UNESCO, 2007.

KROGER, Jane. Identity adolescence. New York, Editorial. Routledge ,2004.

LEVINAS, Emmanuel, Entre nosotros: Ensayos para pensar en otro. Ciudad de México: Editorial Pre-textos, 1993.

LINARES GÓMEZ, Andrea. Miedo y embarazo ´rajan´ a los escolares. En: El Tiempo. Bogotá D.C. 5, septiembre, 2011. Sección. Debe Saber.

LUGO, Nelvia Victoria. El mundo afectivo de la adolescente embarazada. Medellín: Universidad de Antioquia, 2000. [En línea]. Disponible en: www.avanza.org.co/archivos/.../vickyfesco.pdf.

MACINTYRE, Alasdair. Animales racionales y dependientes. Barcelona: Paidós, 2001.

MARCOS, Alfredo. Envejecimiento y antropología de la dependencia. Universidad de Valladolid. Bogotá: Doctorado de Bioética, Universidad El Bosque, 2008.

MELO, Marcos. Embarazo adolescente en Colombia. Entrevista. [En línea]. [Citado 20 agosto 2009]. Disponible en Internet: <<http://www.agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3¬a=4319>>

MELO, Marcos. Embarazo adolescente en Colombia. Entrevista. [En línea] En: Agenda de las mujeres. [Citado 20 agosto 2009]. Disponible en Internet: <<http://www.agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3¬a=4319>>

NAIK, Aanand D., et al. *Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions: A Two-Component Re-Conceptualization*, *The American Journal of Bioethics*, 2009.

NUSSBAUM, Martha, Capacidades como titulaciones fundamentales: Sen y la Justicia Social. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2005.

O' NEILL, Onora, *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge: University Press, 2007.

O'NEILL, Onora, "Justicia, Sexo y Fronteras Internacionales". En: NUSSBAUM, Martha y SEN, Amartya. (Comp.). *Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.

O'NEILL. Citado por STIRRAT, G. M. and GILL, R. *Autonomy in medical ethics after O'Neill* *J. Med. Ethics*. Vol 31. 2005.

PÉREZ GIRALDO, Beatriz. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes: Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Bogotá: Universidad de La Sabana. Facultad de Enfermería, 2003.

PRÍAS VANEGAS, Hilda y MIRANDA MELLADO, Clarybel. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. [En línea]. Vol. 9. No. 1 (2009). En: Aquichan. Universidad de la Sabana. [Citado 21 febrero 2011]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74111465009>.

PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Editado por Profamilia. Febrero de 2011 p. 114.

PROFAMILIA, Encuesta Distrital de Demografía y Salud, 2011. Octubre de 2011. [En línea] [Citado 12 octubre 2009]. Disponible en Internet: <http://www.demografiaysaludbogota.co/>

RAYMUNDO, M M, y GOLDIM, J R. *Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent. J Med Ethics*, 2008.

RENDTORFF, Jacob & KEMP, Peter, *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw*. Vol. 1. Barcelona: Center For Ethics and Law and Institut Borja de Bioètica, 2000.

SÁENZ, Mirtha. Una experiencia colombiana. Adolescencia, punto de encuentro de dos paradigmas. En: Ensayos de Bioética. Bogotá. Colección *Bios y Ethos* N.11, Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2004.

SALAZAR, Andrés; RODRÍGUEZ, Luisa y DAZA, Rodrigo. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños. Consecuencias, en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida. [En línea]. Vol. 11. No. 029 (2007). En: *Persona y Bioética*. Universidad de la Sabana. [Citado 21 febrero 2011]. Disponible en Internet: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83202907>>

SEN, Amartya, "Capacidad y Bienestar". En: *Calidad de Vida*. NUSSBAUM, Martha y SEN, Amartya (Comp.), México: Fondo de Cultura Económica, 1996.

SEN, Amartya. *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Planeta, 2000.

SEN, Gita. "El empoderamiento como un enfoque de pobreza". En *Género y Pobreza*. Nuevas Dimensiones. Arraigada y Torres (editoras) Edición de las mujeres, ISIS Internacional, Santiago de Chile, 1998

SEMANA. Madres Prematuras. Abril de 2005.

SOTO, Virginia Inés y DURÁN, María Mercedes. Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social. [En línea]. Vol. 26. No. 2 (2008). En: *Avances en enfermería*, Universidad Nacional de Colombia. [Citado 16 marzo 2011]. Disponible en Internet: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12944/13540>>

STEPHEN, G. *Encyclopedia of Bioethics*. 3 ed. Nueva York: Post, 2005.

STIRRAT, G. M. and GILL, R. *Autonomy in medical ethics after O'Neill J. Med. Ethics*. Vol. 31. 2005.

TENORIO, María Cristina, Las mujeres no nacen, se hacen: modelos culturales de mujer entre adolescentes de sectores populares. Cali: Universidad del Valle, Colciencias, 2002.

TORO, Olga Lucía. "Maternidad y embarazo indeseado en la adolescente". En: Memorias de Sexualidad en la adolescencia. Primer seminario Colombiano, Bogotá, 1988.

UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Paris. 2006.

WARTENBERG, Lucy Embarazo precoz y aborto en adolescentes en Colombia. Bogotá: Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de Naciones Unidas

ANEXO A. Estado de la cuestión. Las más importantes investigaciones de los últimos 10 años.

Nº	Universidad	Metodología	Tesis central	Aproximación al problema en cuestión
1	Universidad Nacional de Colombia 2007 "Embarazo adolescente en Colombia" Antropólogo Marcos Melo	Cualitativa hermenéutica	Representación del embarazo en a adolescente y la construcción como problema social en Colombia	Entrevista concedida a CLAM. Centro Latinoamericano en sexualidad y derechos humanos
2	Universidad de los Andes 2004 "Fecundidad adolescente en Colombia" Trabajadora social Carmen E. Flórez y otras	Cuantitativa-cualitativa Descriptivo-analítico Enfoque de una historia de vida retrospectiva	Tendencias por regiones: Cali, Bogotá. Actitudes, creencias y cogniciones del embarazo	Conocimiento del problema y factores determinantes para orientar programas de salud sexual y reproductiva
3	Universidad Externado de Colombia 1999 "Embarazo precoz y aborto en adolescentes en Colombia" Economista Lucy Wartenberg	Cuantitativa-cualitativa Descriptivo-analítico Entrevistas semiestructuradas	Identificar los factores de riesgo que se asocian con el embarazo temprano y el aborto en Bogotá, Cali y 5 ciudades intermedias	Profundiza en condiciones y circunstancias personales. Percepción de la maternidad y el control reproductivo
4	Universidad de Antioquia, 1998 "El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia" Enfermera María Esther Cano	Cualitativa Enfoque de la Teoría fundamentada Entrevista semiestructurada	Resalta como el embarazo en la adolescencia se produce en un ambiente desaprobación, como una conducta desviada y rechazada	Devela el proceso de ajuste de identidad durante el embarazo y la forma como se prepara afectivamente para ser adulta
5	Universidad de Antioquia 2002 "Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia" Enfermera Carmen de la Cuesta	Cualitativa Enfoque de la Teoría fundamentada Entrevista semiestructurada	Describe las características del contexto y el significado del embarazo y la anticoncepción en ese contexto de Medellín	Examen del contexto donde se producen los embarazos analizándolo como un hecho sentimental y biográfico que significa un punto de inflexión en su vida

Fuente: autoría propia.

ANEXO A. (Continuación)

Nº	Universidad	Metodología	Tesis central	Aproximación al problema en cuestión
6	Universidad de Antioquia 2000 “El mundo afectivo de la adolescente embarazada” Sicóloga Nelvia Victoria Lugo	Cualitativa Entrevista abierta	La experiencia central que viven las jóvenes es el sufrimiento, profundamente ligado a su identidad	Se describe el fenómeno por estar : abrumada, descontrolada, desilusionada del amor y resignación
7	Universidad de la Sabana 2003 “Caracterización de las Familias con adolescentes gestantes” Enfermera Beatriz Pérez Giraldo	Cualitativo Descriptivo analítico	Tipología familiar de las familias en el área rural y urbana de Chía y Cajicá, Cundinamarca y la relación con la joven gestante	Describen los riesgos en salud en el área rural, por el deterioro del medio ambiente y el desconocimiento de la Ley 1000, afecto indirectamente a la adolescente
8	Universidad	Metodología	Tesis central	Aproximación al problema en cuestión
9	Universidad del Valle 2002 “Las mujeres no nacen, se hacen” Sicología cultural María Cristina Tenorio <i>et al.</i>	Cualitativo Hermenéutica fenomenológica Historias de vida y entrevistas profundidad	Reflexión de los modelos culturales en sectores populares con adolescentes de Popayán, Cali, pasto y Buenaventura	Abordaje de las carencias culturales, dependencia temporal del varón o la familia, asumir maternidad y crecimiento simultáneamente
10	Universidad del Norte 2005 “Partos vaginales y cesáreas en adolescentes” Médico Álvaro Monterrosa <i>et al.</i>	Cuantitativo Estudio de corte transversal por periodos anuales	Determina el aumento en la frecuencia del embarazo en adolescentes desde el año 1993 hasta 2005	Detecta el aumento de la incidencia del embarazo en jóvenes menores de 15 años y la relación directa con el aumento de partos por cesárea

Fuente: autoría propia.

ANEXO A. (Continuación)

Nº	Universidad	Metodología	Tesis central	Aproximación al problema en cuestión
11	Universidad Nacional de Colombia, 2008 “Efectividad en la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes atendidas en el centro de salud del barrio Girardot de Bucaramanga en el periodo 2008” Delia Moya. Trabajadora Social	Cuantitativa – Estadística Sociodemográfica	Modificación de la Funcionalidad del sistema familiar en el momento de tener una adolescente gestante en el núcleo familiar	Se realiza aproximación mediante la evaluación de efectividad de la funcionalidad familiar, además de una caracterización sociodemográfica de las familias participantes.
12	Universidad Nacional de Colombia 2009 “Experiencias de las adolescentes embarazadas en la localidad de Kennedy en la ciudad de Bogotá: las adolescentes desean ser madres pero...” Virginia Inés Soto Lesmes Enfermera.	Estudio Cualitativo descriptivo	Caracterización de la situación del embarazo en la adolescencia a partir de la ambivalencia como secuencia de acciones/interacciones.	Se proyectó la investigación partir de siete categorías: Embarazo inesperado, asumiendo el embarazo, experimentando formas de cuidarse, padeciendo pérdidas, culpándose por el embarazo, resistiéndose al aborto y reedificando redes de apoyo.
13	Universidad Nacional de Colombia 2006 “Atención a la deserción escolar en las madres adolescentes vinculadas al Centro Educativo Distrital Campestre Monte Verde Ubicado en la Unidad de Planeación Zonal (UPZ) 89 San Isidro patios de la localidad 2 Chapinero en Bogotá” Mónica Andrea Vélez	Estudio Cualitativo – Descriptivo.	Busca comprender la problemática de la deserción escolar en las madres adolescentes, las cuales se ven afectadas por el cambio en su situación de discriminación y reproducción de condiciones de vida y roles asumidos al género	Se abordó desde el estudio de las condiciones sociales, enfocadas principalmente en la marginalidad, la pobreza y los imaginarios respecto al género.

Fuente: autoría propia.

ANEXO A. (Continuación)

Nº	Universidad	Metodología	Tesis central	Aproximación al problema en cuestión
14	Universidad Nacional de Colombia 2009 "Embarazo Prematuro" Betuel Cano	Estudio Teórico Analítico	Motivar el diálogo y la discusión frente al problema de embarazo en la adolescencia en América Latina	Se resaltan los planteamientos respecto a las investigaciones en Latinoamérica que demuestran los altos índices de relaciones sexuales en adolescentes entre los 15 – 18 años de edad (60%), lo que señala una importante tendencia a convertirse en padres y madres adolescentes.
15	Universidad del Rosario 2007 "Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años en Nocaima (Cundinamarca)" Ricardo Alvarado, Oscar Andrés Martínez y Otros.	Estudio observacional de descriptivo de corte cuantitativo.	Buscar estudiar el embarazo en la adolescencia en la población de Nocaima, Cundinamarca, desde un marco de sexualidad libre y responsable con miras a disminuir la ocurrencia de estos casos en dicha población.	Se analiza el problema desde una visión de salud pública que puede ser prevenible y enfatiza en los problemas asociados, tales como: las escasas redes de apoyo a nivel familiar y social con las que cuenta las adolescentes y la carencia en la toma de decisiones a nivel individual.
16	Universidad de Manizales 2007 "La atmósfera psíquica y los vínculos significativos de madres adolescentes gestantes y lactantes de bajo económico. Implicaciones sobre el desarrollo psíquico" Maggui Gutiérrez	Estudio de investigación – Intervención. Perspectiva psicoanalítica	Se buscó caracterizar el estado psíquico y vínculos significativos que se entrelazan en las adolescentes y las características en la relaciones madres-hijos.	Ejercicio teórico-práctico se fundamentó en un acompañamiento psicoterapéutico grupal de corte psicoanalítico.

Fuente: autoría propia.

ANEXO A. (Continuación)

Nº	Universidad	Metodología	Tesis central	Aproximación al problema en cuestión
17	Universidad de la Sabana 2007 “Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y Municipios aledaños. Consecuencias, en el estudio, estructura civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida” Andrés Salazar, Luis Rodríguez y Rodrigo Daza.	Estudio Retrospectivo – Transversal de Corte Cualitativo.	El objetivo es analizar las principales repercusiones en las dimensiones de la vida de la mujer: consecuencias sociales y económicas encontradas en el embarazo en la adolescencia.	Estudio que particularizó mediante entrevistas aspectos de la estructura familiar, ocupación, estudio y proyecto de vida entre otros factores asociados.
18	Universidad de la Sabana 2009 “Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal” Hilda Evelia Prías, Clarybel Miranda. Enfermeras.	Estudio Cualitativo – Descriptivo.	Interpretar y describir las experiencias con los sentimientos e ideas experimentados por las adolescentes al conocer el estado de su embarazo.	El análisis apunta a comprender los sentimientos de miedo, displacer, dolor, sufrimiento, culpa, vergüenza, desilusión que acompaña la situación del embarazo. De igual forma se pone de manifiesto la importancia de que las adolescentes cuenten con apoyos sociales, emocionales, físicos y psíquicos.
19	Universidad de la Sabana 2008 “Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la joven madre: estudio piloto en Bogotá, Colombia” Andrés Salazar, María Acosta y Otros.	Estudio retrospectivo descriptivo de corte cualitativo.	Se buscó información del estado civil de la adolescente antes, durante, después del embarazo de su primer hijo y el estado actual.	El artículo presenta la relación embarazo madre adolescente y su estado civil, muestra las tendencias que se dan como el matrimonio, la unión libre o el madresolterismo

Fuente: autoría propia.

ANEXO A. (Continuación)

Nº	Universidad	Metodología	Tesis central	Aproximación al problema en cuestión
20	Universidad Pontificia Bolivariana 2008 "Factores de riesgo para el embarazo adolescente" María de los Ángeles Rodríguez	Estudio Descriptivo Cuantitativo.	Se analiza los principales factores de riesgo y tasas de fecundidad en adolescentes, entre los cuales se catalogan los de tipo estructural, individual, institucional entre otros.	Se realiza un comparativo sobre los factores de riesgos en varios países tales como: Canadá, Argentina, México, España.
21	Universidad Nacional de Colombia 2008 "Experiencias y Vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social" Virginia Inés Soto y María Mercedes Durán. Enfermeras.	Estudio Cualitativo	Se busca comprender desde una visión sociológica y desde la práctica de la enfermería la promoción de la salud y las condiciones de vida en el marco del acompañamiento individual, familiar y comunitario de las adolescentes.	Se reflexiona sobre las experiencias y vivencias de las madres adolescentes desde un marco referencia social y de esta forma entrever las posibles condiciones que ponen el peligro la salud de las adolescentes.
22	Universidad Nacional de Colombia 2009 "Mi mente me decía que no...mi cuerpo decía sí...embarazo en adolescentes escolarizadas" María Enriqueta Cortés, Susana, Valencia y María Lucia, Vásquez.	Estudio Cualitativo. Etnográfico Focalizado.	- Busca describir desde la perspectiva de los roles de género, los proceso de construcción de decisiones frente al embarazo de las adolescentes escolarizadas	Se abordó cinco (5) dominios de estudio a saber: el significado de ser mujer en la adolescencia, el establecimiento de relaciones de género, la planificación familiar, decepción de los padres y proyecto de vida.
23	Fundación INDEX 2010 "Vivencia del embarazo en Adolescentes en una institución de protección en Colombia" Dalia Rojas, María Helena Alarcón y Bertha Patricia Calderón	Estudio de Tipo Cualitativo – Descriptivo	Se analiza las consecuencias biológicas y sociales que tiene el embarazo en adolescentes. Se menciona que en Colombia la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años es del 20.5%. Preocupantemente se advierte además que el 44.5% de las menores de 19 años han abortado.	Se señalan los principales elementos sociodemográficos y psicosociales de la situación del embarazo, además de comprender la implementación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Fuente: autoría propia.

ANEXO A. (Continuación)

Nº	Universidad	Metodología	Tesis central	Aproximación al problema en cuestión
24	Centro Interdisciplinario de Estudios Regionales –CIDER. Universidad de los Andes. – Universidad del Rosario 2007 “Fecundidad adolescente, género y desarrollo” Juanita Henao Escobar, Constanza González y Elvia Vargas Trujillo. Psicólogas.	Estudio Sociodemográfico, Descriptivo.	Se sintetiza algunos hallazgos de investigación que permiten dilucidar las relaciones que existen entre la fecundidad adolescente, el género y el desarrollo.	Se abordan cuatro principales análisis: uno primero sobre las tendencias generales del embarazo adolescente, uno segundo sobre la incidencia y tendencias de la fecundidad adolescente, uno tercero que relaciona el proceso de socialización sexual y las relaciones de género y de pareja y un cuarto que plantea recomendaciones generales sobre estrategias de la fecundidad adolescente.
25	Universidad del Norte 2005 “Autoconcepto y Adolescentes embarazadas primigestas solteras” José Juan Amar Amar y Bertha Hernández Jiménez	Estudio Descriptivo de Corte Cuantitativo.	Se analiza como el fenómeno del embarazo en la adolescencia puede llevar a situaciones de riesgo para la joven y para su hijo, ya que ésta debe enfrentarlo cuando quizás aún no ha podido elaborar las pérdidas del mundo infantil.	Los resultados de este estudio llevó a identificar las características del autoconcepto de las adolescentes embarazadas primigestas solteras, a través de sus dimensiones internas (identidad, autosatisfacción y conducta) y externas (ser físico, ético - moral, personal, familiar y social) desde la teoría multidimensional.

Fuente: autoría propia.

ANEXO A. (Continuación)

Nº	Universidad	Metodología	Tesis central	Aproximación al problema en cuestión
26	Pontificia Universidad Javeriana 2007 “Una Aproximación a la caracterización de la atmósfera psíquica en cuanto factor de desarrollo psíquico en adolescentes gestantes” Nubia Torres, Andrés Santacoloma, Maggui Gutiérrez y Juanita Henao.	Estudio de Caso con enfoque cualitativo, sustentado en método clínico de enfoque psicoanalítico.	Se presenta una investigación de busca caracterizar la atmósfera psíquica en cuanto factor de desarrollo psíquico en adolescentes gestantes.	Se encontró por medio de este estudio que la atmósfera psíquica de las adolescentes gestantes ha contribuido al deterioro del desarrollo psíquico en cinco de los casos, y a su deterioro en uno de ellos.
27	Universidad de Antioquia 2010. “La Función del Embarazo en Adolescente sobre la resignificación de la sexualidad” Sandra Castillón	Estudio de tipo Cualitativo – Psicoanalítico.	Busca analizar la función que cumple un hijo para una mujer adolescente en la resignificación de la sexualidad infantil y el rol que esta tiene.	Las adolescentes quedaron embarazadas a partir de su deseo, no por la ignorancia en cuanto a métodos anticonceptivos o a factores externos a ellas. Estos hallazgos se presentan como novedosos porque aquí se muestra una explicación desde la elección del sujeto, desde su responsabilidad subjetiva.
28	Enfermería Clínica 2000. “Significado del Embarazo en la adolescencia: la dimensión sentimental” Carmen de la Cuesta Benjumea	Estudio Cualitativo Descriptivo.	Se busca un análisis cualitativo que revele dentro de las jóvenes el significado que tiene dentro de una relación amorosa. Además permite ver para los profesionales de la salud las necesidades, situaciones de vulnerabilidad y posibles apoyos que las adolescentes requieren.	El análisis revela que para la mayoría de las jóvenes el embarazo se genera dentro de una relación amorosa. Así, mientras que hay embarazos que se planifican dentro del noviazgo y se busca la maternidad, otros surgen de manera inoportuna para la relación, pues no se planificaron.

Fuente: autoría propia.

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DOCTORADO EN BIOÉTICA

Investigadora: Mirtha Sáenz Cortés, Médica Cirujana Universidad Nacional, Médica de Adolescentes IPS CAFAM. Candidata a Doctora en Bioética.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENTREVISTAS

Esta investigación es para jóvenes adolescentes que están o han estado embarazadas. Soy médica de adolescentes y estoy interesada, mediante estas entrevistas en saber las condiciones personales, de pareja, de la familia, en el colegio y en las instituciones de salud que rodearon esta situación.

El objetivo es saber qué papel jugaron tus decisiones y que grado de dependencia económica, emocional y familiar tuviste. Además, poder conocer cómo te rodearon tus cercanos y las instituciones durante y después del embarazo.

La información que proporciones será confidencial y anónima, tu nombre no aparecerá en ningún documento escrito o visual, solo se identificará con un código de letras. Para mayor facilidad de toma de los datos, se grabará la conversación, la cual no tendrá sino el contenido de la charla, nunca la identificación. Puedes terminar la entrevista en el

momento que quieras, puedes reservarte información si lo deseas o ampliarla si lo consideras necesario.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, he sido informada de que la meta de este estudio es: _____

_____. También se me ha informado que los datos que proporcione no serán revelados y que no hay necesidad de dar a conocer mi nombre y que no recibiré retribución económica por este hecho. Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme, cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mí. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Comité institucional de Ética en Investigación Salud Cafam al teléfono 3105111 Extensión 4275

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Sección de Gestión de Calidad al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del participante

Firma del participante

Ciudad y fecha _____

ANEXO C

ENTREVISTA A MADRES ADOLESCENTES

La entrevista tiene como propósito encontrar y describir los significados, mediante los relatos y narraciones de las adolescentes. Se reconstruye los eventos de su historia de vida una vez iniciada su vida sexual, cuando queda en embarazo y hasta cuando asume su rol materno. Se hace énfasis en rastrear el proceso de toma de decisiones con respecto a ella, su pareja, adultos e instituciones escolares y de salud. Igualmente, se indagan aspectos que tiene que ver con la vulnerabilidad y dependencia personal y contextual en que ocurre este evento vital.

Código de identificación _____

Edad _____

Régimen de afiliación: Contributivo Subsidiado Régimen Especial

Nivel educativo: Primaria Secundaria Técnico

1. ¿A qué edad y por que tuviste tu primer novio?

2. ¿Cuántos años tenías cuando quedaste embarazada?

3. ¿Cómo te diste cuenta de que estabas embarazada?

4. ¿Cuéntame que pensaste cuando te confirmaron el embarazo?

5. ¿Habías planeado quedar embarazada?

6. ¿Deseabas tener este hijo en ese momento?

7. ¿Cómo era tu vida antes del embarazo a nivel personal, social, familiar y escolar?

8. ¿En qué espacio (Familia, Colegio, Barrio, Pareja) sientes que se afectó más?

9. ¿Te sientes sometida o imposibilitada por el embarazo?

10. ¿A quién pensaste acudir cuando confirmaste el embarazo?

11. ¿Cómo reaccionó tu pareja en ese momento?

12. ¿Fue diferente el trato posteriormente cuando quedaste en embarazo con tu pareja?

13. ¿Qué tan acompañada y apoyada te sentiste desde el embarazo hasta el parto por tu pareja?

14. ¿Cuál es el trato que se le da a una adolescente en embarazo en tu familia, en tu colegio y en tu barrio?

15. ¿Sientes desigualdad dentro del trato familiar?

16. ¿De tu familia cercana quien te apoyo en primera instancia?

17. ¿Durante el embarazo quienes más te apoyaron?

18. ¿El apoyo fue permanente o por tiempos?

19. ¿Quién ha corrido con los gastos que ocasiona estar en embarazo?
-
20. ¿Cómo fue recibido tu embarazo en el colegio por los profesores?
-
21. ¿Cómo ha sido el trato en el colegio?
-
22. ¿Recibiste algún apoyo en el colegio?
-
23. ¿Tus amigas o amigos te ayudaron o fueron indiferentes?
-
24. ¿Te discriminaron tus amigos y amigas por estar en embarazo?
-
25. ¿Cómo fue el trato con los diferentes profesionales de la salud que intervinieron en el cuidado de tu embarazo?
-
26. ¿La persona que asistía contigo a los controles prenatales estuvo pendiente, es decir, entraba a la consulta o te esperaba fuera del consultorio?
-
27. ¿Conoces algo de la ley para la adolescente embarazada?
-
28. ¿Qué instituciones fuera de la IPS Cafam estuvo pendiente o te apoyo durante el embarazo?

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRUPOS FOCALES



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DOCTORADO EN BIOÉTICA

Investigador: Mirtha Sáenz Cortés, Médica Cirujana Universidad Nacional, Médica de Adolescentes IPS Cafam. Candidata a Doctora en Bioética.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

GRUPOS FOCALES

Esta investigación es para jóvenes adolescentes que están o han estado embarazadas. Soy médica de adolescentes y estoy interesada, mediante esta reunión de grupo y compartida en saber las condiciones personales, de pareja, de la familia, en el colegio y en las instituciones de salud que rodearon esta situación.

1. El objetivo es saber qué papel jugaron tus decisiones y que grado de dependencia económica, emocional y familiar tuviste. Además, poder conocer cómo te rodearon tus cercanos y las instituciones durante y después del embarazo.

La información que proporcionen será confidencial y anónima, no aparecerá identificación en ningún documento escrito o visual. Para mayor facilidad de toma de los datos, se grabará la conversación y se hará un video de lo cual se obtendrá solo la información de los aspectos relevantes de la charla para cumplir con el objetivo propuesto.

2. Identificación del moderador

Nombre moderadora: Mirtha Sáenz

3. Punto de encuentro

¿Desde el momento en que confirmaste el embarazo hasta el primer año de vida de tu hijo que nos puedes narrar y compartir con jóvenes que como tú, tuvieron experiencias similares?

4. Participantes

Lista de asistentes al Grupo focal. (Códigos de identificación)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, he sido informada de que la meta de este estudio es: _____

_____. También se me ha informado que los datos que proporcione no serán revelados y que no hay necesidad de dar a conocer mi nombre y que no recibiré retribución económica por este hecho.

Me han indicado también haré parte de un grupo de discusión del tema lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mí. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Comité institucional de Ética en Investigación Salud Cafam al teléfono 3105111 Extensión 4275.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Sección de Gestión de Calidad al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del participante

Firma del participante

Ciudad y fecha_____