

Capítulo 4. Historias de maternidad temprana en Suaita, Santander*

Jaime Iván Osorio Pereira

El presente trabajo busca develar los determinantes, percepciones y consecuencias que caracterizan a la maternidad temprana de las adolescentes del colegio rural Luis Carlos Galán Sarmiento del municipio de Suaita, Santander (Colombia). Esto, para dar recomendaciones para el programa de educación sexual de la institución. Como metodología se opta por los lineamientos del enfoque cualitativo, específicamente en el diseño de la investigación biográfica cuya técnica principal es la historia de vida. Los resultados muestran que los principales factores que caracterizan la maternidad temprana en esa institución educativa son la falta de educación sexual integral —en la escuela y la familia— basada en derechos sexuales y reproductivos (DSR), las barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva, la violencia intrafamiliar y su precariedad económica, así como la baja escolaridad de los padres. Revelan, también, que el enojo y la dualidad emocional, la presión social y la frustración en el proyecto de vida son las principales percepciones que las adolescentes del Colgalán tienen acerca de la maternidad. En conclusión, se demuestra que el embarazo en las jóvenes del entorno estudiado trae consecuencias psicosociales a causa del sentimiento de frustración y angustia que les produce el hecho de constituir una familia no planeada, consecuencias físicas debido a partos realizados por cesáreas, y consecuencias económicas en cuanto se repite el ciclo de pobreza.

Como estrategia para prevenir la maternidad temprana, se recomienda un programa de educación sexual mediado por un currículo integral e intersectorial que integre a las familias, aborde los DSR e incluya a los varones, con el fin de evitar que la responsabilidad de la prevención recaiga exclusivamente en las mujeres.

* Para citar este capítulo: <https://doi.org/>

Introducción

En la actualidad, la maternidad temprana es una de las situaciones que más afecta a los jóvenes en el país. En el contexto nacional, según el Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia (2015) la fecundidad en la población adolescente de 15 a 19 años alcanza el 17,4 %, situación que ha afectado, principalmente, a la juventud de zonas rurales con menor nivel educativo y que se ubica en el quintil bajo y más bajo de riqueza, lo cual genera enormes obstáculos para la movilidad social y es una causal importante para explicar la prevalencia de las brechas socioeconómicas entre el campo y la ciudad.

En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, la misma fuente señala que en el grupo de mujeres entre los 13 y 19 años, el 17 % tuvo su inicio sexual antes de los 14 años, y el 20 % manifestó haber tenido su primera relación sexual con una pareja entre 6 y 9 años mayor (Profamilia y Fundación PLAN, 2018). En ese sentido, el Departamento Nacional de Estadística (DANE, 2022) explica que los partos en niñas de 10 a 14 años tuvieron un incremento del 80,4 % en centros poblados (concentración mínima de viviendas en áreas rurales) y zonas rurales dispersas. Esto supone no solamente un aumento en el riesgo de la maternidad y la paternidad adolescentes, sino que es un claro indicador de la vulnerabilidad frente al abuso y la violencia tanto física como sexual que sucede en esta etapa de desarrollo.

La adolescencia es una etapa de la vida contextualizada en el desarrollo biopsicosocial (Mansilla, 2000). Está definida como un estadio de maduración comprendida entre los 10 y 19 años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006, citado en Mendoza Tascón *et al.*, 2016). En sus inicios se presentan cambios físicos y biológicos muy acelerados que repercuten en todos los sistemas, en especial en el reproductor y el endocrino. Por ende, se presenta la exploración activa de la sexualidad y, en algunos casos, se despiertan el enamoramiento y la búsqueda de una pareja. En estas circunstancias, el adolescente puede tener relaciones sexuales no consentidas ni bien informadas y sin protección, lo que lleva a la concepción no planeada.

Lo anterior se constituye en uno de los principales riesgos de las adolescentes en general, puesto que no están preparadas ni han alcanzado la edad para adquirir independencia económica y psicosocial, lo cual es fundamental para el

cuidado de una familia. Por esto, se habla de maternidad y paternidad tempranas que, según Fajardo *et al.* (2018), “[...] es aquella situación donde mujeres y hombres de 10 a 19 años presentan un embarazo y asumen el rol de ser padres” (p. 14). Sin embargo, el presente trabajo tratará exclusivamente de la maternidad temprana debido a que son las mujeres la población objeto del estudio.

Al respecto, diversas organizaciones han demostrado que la maternidad temprana es una situación de órdenes social, cultural y político que contribuye a extender las líneas de pobreza en el mundo. Esto es aún más preocupante, puesto que, para la OMS (2022), aproximadamente 1 000 000 de niñas menores de 15 años y 16 000 000 entre los 15 y 19 años dan a luz en el mundo, especialmente en países de niveles socioeconómicos medio y bajo.

Con estas cifras, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2018) establece que Latinoamérica y el Caribe constituyen la segunda región del mundo con la tasa más alta de embarazos en adolescentes, después de África subsahariana. Del mismo modo, el Ministerio de Salud y de Protección Social de Colombia (2019) determinó que 13,8 % de las mujeres del país, entre 13 y 19 años, han estado embarazadas, con predominancia en la zona rural, que es la más empobrecida del país. Estas estadísticas demuestran la gravedad de la situación, la importancia de estudiarla y la necesidad de establecer medidas conjuntas para contrarrestarla, especialmente en la ruralidad, debido a las brechas existentes en estas comunidades.

Por otra parte, la maternidad temprana está determinada por factores culturales, sociales, ambientales, económicos o políticos. Según Gómez Mercado y Mejía Sandoval (2017), las relaciones sexuales tempranas sin anticonceptivos, el bajo nivel educativo de los padres, la falta de orientación de padres a hijos en materia de sexualidad, el bajo nivel socioeconómico y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) son factores que generan situaciones de riesgo para un embarazo no planeado.

Del mismo modo, Mendoza Tascón *et al.* (2016) establecen determinantes de órdenes individual, familiar y sociocultural. En lo individual, afectan factores como la actividad sexual temprana, la falta de expectativas en el proyecto de vida y el consumo de SPA; en lo familiar influyen la baja escolaridad de padres, la familia desnuclearizada, la nula educación sexual y la falta de acceso a los métodos de regulación de la fertilidad; en lo socioeconómico inciden la pobreza,

la etnicidad, la ruralidad, la carencia de oportunidades e inadecuada educación sexual (familia-escuela-salud) y en lo sociopolítico intervienen el matrimonio infantil, el abuso sexual, el embarazo subsecuente, la carencia de programas de salud sexual y reproductiva (SSR), el desconocimiento de los derechos sexuales reproductivos y la erotización en la televisión y los medios.

Con respecto al matrimonio infantil, Psaky (2016) asegura que este es un determinante de la maternidad anticipada y consecuencia del deterioro de la igualdad de género en educación. En este tema, la Organización de la Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (Unesco, 2019) declaró la flagrante violación de derechos humanos a la que son sometidas las adolescentes. Esto es importante tenerlo en cuenta, debido a que en Colombia una de cada cinco jóvenes entre 15 y 19 años se casó o se unió durante el 2020 y una de cada 50 lo hizo con menos de 14 años, fenómeno social que se presenta, principalmente, en los departamentos con mayor presencia rural y con mayoritarias poblaciones indígena y afrodescendiente (Mahtani, 2022). De ahí se entiende lo expuestas que pueden estar las jóvenes a un embarazo en ambientes rurales con niveles socioeconómicos bajos y familias con indicadores de violencia.

Además, la maternidad temprana produce emociones individuales y sociales como los sentimientos de culpa, impotencia, enojo, incertidumbre (continuar o abortar) y abandono (Sierra Macías *et al.*, 2018); aumenta la presión social en los ámbitos comunitario, familiar y cultural, especialmente en el religioso (Castañeda Camey *et al.*, 2019) y genera procesos de estigmatización de las adolescentes en la escuela (Bermea *et al.*, 2018). Autores como Atienzo *et al.* (2017) señalan los efectos de esta situación en la permanencia en el sistema educativo y la inserción laboral, y destacan como causal de la maternidad temprana la presión por la primera relación sexual sin uso de anticonceptivos. De otro lado, la presión social por unirse, conformar un hogar o mantenerse separados, la eventual acogida de la madre gestante por parte de sus padres o los de su compañero, continuar con los estudios paralelos a la gestación o abandonar la escuela son situaciones que producen en las adolescentes sentimientos de miedo e incertidumbre por las responsabilidades que implica la maternidad.

En ese orden de ideas, la maternidad temprana trae consecuencias que afectan de manera directa a las jóvenes estudiantes que pasan por estas circunstancias, puesto que aumenta el riesgo de abandono escolar (Bermea *et al.*, 2018) y

causa afecciones en su salud física y mental (Salazar Cedeño, 2019). De acuerdo con la OMS (2022), la segunda causa de muerte en mujeres la constituyen los riesgos del embarazo y el parto entre los 15 y 19 años. En cuanto a la salud, Triviño Ibarra *et al.* (2019) encontraron relación entre la maternidad anticipada y las enfermedades como la eclampsia, la preeclampsia, el aborto, las hemorragias, las infecciones urinarias, la depresión e, incluso, la muerte materna.

En el caso de las maternas menores a 15 años, las complicaciones se acen-túan en el embarazo, parto y puerperio debido a la inmadurez ginecológica y anatómica de la pelvis (Parada *et al.*, 2016, citados en Mendoza Tascón *et al.*, 2016). Sin embargo, las consecuencias recaen también en el recién nacido. Se-gún la OMS (2022), los bebés de madres menores a 20 años tienen un 50 % más posibilidades de morir que los hijos de mujeres entre 20 y 29 años.

Para la OMS (2022) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2017), el embarazo temprano, en lo social, afecta la calidad de vida de las niñas y adolescentes, sus familias y comunidades por el abandono educa-tivo. En lo económico, se pierde la fuerza laboral de una región; en este sentido, son varias las consecuencias que trae la maternidad temprana, pues afecta a la gestante, a su bebé y al entorno socioeconómico de una región o país. En lo in-dividual, afecta su educación, su salud física y mental y propicia el desarrollo de enfermedades. Para el recién nacido supone una alta posibilidad de morir. Y, en el ámbito socioeconómico, las jóvenes madres ven reducidas sus posibilidades de alcanzar bienestar, desarrollo y una vida digna.

Desde otro ámbito, algunos trabajos investigativos detallan programas de prevención del embarazo adolescente. La perspectiva axiológica se centra en la apropiación de los valores en torno a la sexualidad (Triviño Ibarra *et al.*, 2019). Así, los programas, a partir de necesidades reales y prioritarias, buscan esta-blecer estrategias que parten de lo cotidiano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). De hecho, las acciones educativas son un conjunto de actividades en las que se involucran los jóvenes como actores principales del proceso (Gómez Suárez *et al.*, 2017).

Además, el programa Long Live Love (LLL), desarrollado en Países Bajos, contiene paquetes que involucran a niños y jóvenes hasta la edad universita-ria (Mevisen *et al.*, 2018). En Colombia, el programa de salud sexual y repro-ductiva con énfasis en servicios amigables de salud para jóvenes les brinda

orientaciones en sexualidad desde el sistema de salud (Castillo Riascos, 2016). En definitiva, estas perspectivas son experiencias replicadas en varios países cuyas estrategias contribuyen a la consolidación de una propuesta integradora, con el objeto de que a futuro pueda ser llevada a la acción en el contexto rural.

Así, la maternidad temprana es un factor social que afecta a las madres, su familia y su comunidad. Estos patrones culturales tienden a repetirse de generación en generación mientras no se aúnen esfuerzos para contrarrestarlos. Específicamente, esta situación se constituyó en el eje central del presente trabajo. El estudio partió de la observación de casos de embarazo registrados anualmente, durante la última década, en la institución educativa Colegio Luis Carlos Galán Sarmiento ubicado en el municipio de Suaita, Santander. Entonces, surge el interrogante: ¿Cuáles son los determinantes, percepciones y consecuencias de la maternidad temprana que caracterizan a jóvenes madres en la institución educativa rural Colgalán Suaita? A este respecto, se analizaron los testimonios de madres que han quedado en embarazo durante su etapa escolar.

Para el logro de este propósito se optó por la construcción de historias de vida que son el cimiento para la elaboración de una propuesta pertinente, futura y conducente a prevenir este fenómeno escolar que hoy afecta a muchas jóvenes e impide su proyecto de vida. La investigación sobre esta cuestión es de suma importancia debido a que brinda aportes valiosos a los sectores de educación y salud. Sirve de guía al sector educativo, a las instituciones educativas y, de modo especial, al ámbito rural. También, aporta al Gobierno en el área de la salud pública para construir políticas, estrategias y campañas más efectivas de educación sexual y de SSR.

Metodología

El estudio se basó en los lineamientos de la investigación cualitativa, específicamente en el diseño de la investigación biográfica, cuya técnica principal es la historia de vida aplicada a estudiantes o exalumnas en estado de embarazo, en un contexto escolar rural del sur del departamento de Santander.

Se optó por las historias de vida porque se rescata el uso de la palabra y la importancia de la narración para dar sentido y significado a los hechos vividos por las protagonistas de esta realidad. Como lo afirma Bertaux (2011), los relatos de

vida, sin contar algunas dificultades metodológicas en la recolección y análisis, son una riqueza y fuente inagotable de contenido por lo vivido subjetivamente. En su construcción se previó una entrevista semiestructurada como punto de partida o como pretexto para realizar el proceso de indagación. Sin embargo, al momento del diálogo surgieron preguntas muy particulares en cada caso. Por lo tanto, la búsqueda de información culminó con una entrevista en profundidad, debido a la naturalidad con que las participantes contestaron y la necesidad de ahondar en la problemática. Como eje central de la investigación se propusieron cinco categorías de análisis para triangular la información: desarrollo y adolescencia, determinantes, percepciones, consecuencias y prevención.

Las participantes aportaron documentos, registros, fotos, diarios y otros elementos como material complementario. Estos sirvieron para aclarar, explicar, ampliar o profundizar el testimonio de los sujetos principales. Para el estudio se contó con la participación de cinco estudiantes que estuvieron en estado de embarazo, entre los 13 y 17 años. Dos de ellas culminaron con esfuerzo su bachillerato, una optó por el retiro y dos estaban estudiando. Para ampliar la información, se vincularon también personas cercanas a las adolescentes: familiares (cinco madres), docentes (cuatro mujeres y un hombre) y una enfermera del centro de salud.

Para el procesamiento de la información se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas: se trató con respeto a las participantes, se consideró su decisión de no dar respuesta a alguna pregunta que consideraron parte de su intimidad. Así mismo, no se ejerció presión para reportar información no deseada y se hizo el compromiso de proteger los datos personales mediante la firma de un consentimiento informado. Para guardar su identidad, intimidad y confidencialidad en los apartados donde se requiere mencionar sus nombres, se utilizó un seudónimo. El proceso de recolección de información pasó por tres etapas.

Recolección de información

Identificación, ubicación de las participantes y aceptación

Como paso inicial, se recogió información con coordinadores, docentes, docentes orientadores y personal administrativo de la institución para determinar casos de estudiantes que durante los últimos años estuvieron en embarazo. Obtenida la

información, se procedió a buscar los números de contacto para tener un primer encuentro, poderles sensibilizar sobre el proyecto, socializar los objetivos de este y obtener su aceptación mediante la firma del consentimiento escrito.

Selección del método para recoger los testimonios

Una vez confirmados los casos de adolescentes maternas que participarían en la investigación, se procedió a explorar los medios posibles para llevar a cabo las entrevistas. Al principio se pensó en hacerlas presenciales, pero, dadas las circunstancias sanitarias y medidas de cuarentena que los Gobiernos adoptaron para prevenir el contagio por COVID-19, no fue posible efectuarlas en vivo; se buscaron medios tecnológicos y se prefirió la aplicación Zoom para las adolescentes, grabación en audio y video para los docentes y la enfermera. Para la entrevista a las madres, se optó por llamadas telefónicas con grabación mediante la aplicación CallApp.

Realización de las entrevistas

Teniendo definida la estrategia de recolección de información se procedió a realizar los diferentes encuentros personales virtuales de manera sincrónica con cada participante principal. De este encuentro surgen datos de nuevos contactos sobre familiares, educadores y agentes de salud para programar este mismo proceso con esas personas y ampliar la indagación. De la recolección se pasó al análisis de información; para esto, se tuvo en cuenta el siguiente proceso.

Análisis de información

Reducción de datos

Esta fase consistió en determinar en detalle la cantidad de información recolectada, la cual se muestra en la tabla 4.1. En ella se relacionan los sujetos principales, otros testimonios, número de entrevistas y material documental.

Transcripción de las entrevistas

Consistió en pasar los audios de las entrevistas a texto escrito, lo que facilitó la triangulación de información entre sujetos, encontrando así unidades de significado. Este proceso se efectuó manualmente, debido a que varios programas probados realizaban una transcripción muy apartada de la realidad y se presentaba distorsión de la información.

Tabla 4.1. Relación del tipo de información aportada por la participante principal

Participante principal	Número de entrevistas/Número de transcripciones	Número de unidades material complementario
Lucía	Una principal, una madre, una docente, una enfermera Total: 4	Una foto
Valentina	Una principal, una madre, una docente Total: 3	3 fotos
Yuly	Una principal, una madre, una docente Total: 3	Una foto, 3 ecografías, 3 resultados ecográficos
Yuana	Una principal, una madre, una docente Total: 3	2 fotos, 2 resultados ultrasonografía, 2 registros, 6 imágenes ecográficas, un carné crecimiento y desarrollo
Camila	Una principal, una madre, una docente Total: 3	2 fotos, un resultado ecográfico

Nota: los nombres registrados son seudónimos de las participantes principales.

Fuente: elaboración propia.

Categorización de la información

La información recogida se categorizó por participante. Luego, sus testimonios y material complementario relacionado se triangularon con las diversas fuentes primarias que permitieran construir, de forma fidedigna, cada historia. Estas se elaboraron de manera descriptiva, narrando cronológicamente los acontecimientos. Como paso siguiente, se realizó un análisis por categorías que surgieron de lo teórico, las cuales se contrastaron con la información contenida en las historias de vida: desarrollo humano y adolescencia, factores de su embarazo, percepciones y vivencias, consecuencias y prevención.

Resultados

Las cinco historias de vida constituyen el resultado más valioso de la investigación. En estas se narra la historia de cada participante desde su nacimiento, su infancia, crianza y familia, su educación, las relaciones de amistad, el noviazgo y los hechos más destacados antes, durante y después del embarazo. A

continuación, se presenta el análisis de resultados según las cinco *categorías* propuestas en la metodología.

Desarrollo y maternidad temprana

Las estadísticas sobre maternidad temprana dejan entrever que la realidad del Colgalán no escapa a estas cifras, y menos tratándose de una comunidad educativa ubicada en un entorno rural donde prevalece esta situación más que en el urbano. Los casos de Lucía, Valentina, Yuly, Yuana y Camila hacen parte de esta experiencia.

Desde luego, la crianza y la familia establecen un patrón común que incide en su maternidad. Lucía tuvo una infancia difícil, fue criada por su abuela, su madre no estuvo constantemente y no hubo acompañamiento paterno. En su adolescencia fue influida de manera negativa por su grupo de amigos, mantuvo dos experiencias de noviazgo y se embarazó a los 16 años; el padre de su bebé tiene edad similar a la de ella.

[...] me crié hasta una cierta edad con mi abuela y mis hermanos y mis primos, de mi papá no sé nada, nunca ha convivido conmigo, comparto más con mi mamá, [...] sí, tenía amigos compinches, pues, tenía malos amigos, que me metían en malas cosas, [...] en mi vida he tenido dos relaciones de noviazgo, pues mi primer novio fue una cosa de niños, y pues mi otro novio es el papá del bebé. (Lucía)

El caso de Valentina es similar; también tuvo una infancia difícil, fue criada al cuidado de una vecina mientras su madre, cabeza de hogar, trabajaba; su padre falleció cuando era bebé y se le presentaron dificultades en el aprendizaje. En su adolescencia mantuvo buenas relaciones de amistad. Solo tuvo un novio de 14 años, quien la embarazó a esta misma edad.

[...] mi mamá trabajaba mucho; ella trabajaba día y noche para criarnos a nosotros y había una muchacha de al lado que nos cuidaba a nosotros, [...] de mi papá lo que yo sé únicamente que está muerto nada más no sé nada más de él, [...] después conocí el papá de la niña y pues como dicen por ahí mi primer novio, mi primer marido. (Valentina)

Yuly tuvo una infancia tranquila, con la presencia de ambos padres, y fue muy constante en sus estudios pese a que presentó dificultad en algunos procesos. En su adolescencia dice no tener amigos pues no cree en la amistad. Solo registró un novio de quien quedó en embarazo a los 17 años. El padre del bebé tiene edad similar a la de ella.

[...] mi papá y mi mamá que siempre han estado conmigo desde pequeña, desde cuando nací, [...] pues dicen que uno nunca tiene amigos porque algunas veces hablan de uno con otras personas y así. Entonces, yo no creo en los amigos, solo compañeros, [...] solo he tenido una sola pareja, el papá de mi hijo. (Yuli)

Yuana manifiesta haber tenido una infancia feliz con el apoyo de ambos padres, pero se sintió afectada por la separación de ellos. Mantuvo excelente desempeño escolar infantil, se aferraba a sus amigos y le afectó la muerte temprana de su papá. Da cuenta de dos novios y, a los 15 años, se embarazó de un señor que duplicaba su edad.

[...] la verdad me crié con mi abuela, después de los cuatro años nos fuimos con mis padres para Bucaramanga, [...] se presentaron un mundo de problema con mi papá y mi mamá por infidelidades de parte de él, entonces decidieron separarse, [...] mi papá, el ya falleció, sufrí mucho, [...] creo en los amigos, además del padre de mi hija, de quien me enamoré perdidamente, uno es bobo, tuve otro novio, aunque duramos dos años, no se dieron las cosas. (Yuana)

Por último, Camila dice haber tenido una infancia normal que se afectó por el conflicto armado, pues tuvo que salir de una región violenta y regresar a su tierra natal. Siempre tuvo el apoyo de sus padres, le gustó el fútbol y se considera de carácter rebelde. Su padre fue maltratador en su adolescencia. Tuvo muchos amigos, lo que se traduce en cinco noviazgos, y quedó en embarazo a los 17 años. El padre de su bebé es mucho mayor a ella.

[...] me crié en el campo, nos fuimos a vivir a los Llanos Orientales, en San José del Guaviare, una zona muy violenta, sin embargo, era feliz con mis padres, [...] nos vinimos porque la guerrilla me iba a llevar, [...] desde pequeña siempre he

tenido el gusto por el fútbol, hasta que quedé embarazada ahí paró todo, [...] yo no podía tener novio porque mi papá me recriminaba, entonces pues me tocaba a las escondidas, así fueron varios, no me cuidé y me embaracé. (Camila)

De lo anterior cabe anotar que cada una de las jóvenes tuvo una infancia diferente marcada por su entorno familiar difícil, pero, independientemente de esto existen dos características comunes: primero, esta etapa estuvo marcada por el apoyo en la crianza de la línea materna; es decir, son las madres quienes asumen esa responsabilidad; segundo, los padres casi siempre han estado ausentes de sus vidas y, aunque algunos hayan estado presentes físicamente, no se han constituido en fuente de afectividad y formación en valores.

Lo anterior denota que la crianza y la familia, en este contexto particular, están caracterizadas por concepciones machistas, hogares maltratadores, sin oportunidades ni expectativas y por la precariedad económica, motivos que se constituyen en caldo de cultivo para la maternidad temprana.

Factores que inciden en la maternidad temprana

Las relaciones sexuales a temprana edad y la falta de orientación de los padres hacia los hijos en temas de sexo seguro y SSR son dos factores determinantes que conllevan aumento de los embarazos. Con relación al primer factor, no existe rastreo de información ni se indagó puntualmente al respecto; pero, acerca de la orientación de los hijos en temas de SSR por parte de los padres, ya se determinó en las consideraciones anteriores que ninguno de los padres está comprometido con esa responsabilidad; las madres sí lo asumen, a su manera, quizás dejando un mensaje no tan claro en las adolescentes:

[...] el embarazo se dio por falta de información; yo siempre quise tocar el tema y ella siempre evadió, y me dijo yo nunca voy a tener hijos, yo soy estéril, imposible. Entonces yo dije: eso en el colegio les hablan de esos temas, se lo dicen clarito porque ese colegio es muy bueno. (mamá de Yuana)

Las demás madres dieron opiniones similares; incluso, les dicen que se cuiden, sin mayor explicación, cuando se enteran de su primer noviazgo.

De lo anterior se interpreta que existe una buena intención por parte de las progenitoras de dar la mejor orientación a sus hijas, pero no son pertinentes, no son lo suficientemente claras, confían en la educación que ofrece el colegio, obviando su responsabilidad. Por su parte, quienes realizan charlas sobre sexualidad se quedan únicamente en el plano de la anticoncepción: “[...] mi madre me decía que si en algún momento deseaba estar con un hombre le informara para ponerme a planificar” (Lucía). Entre otras cosas, les están dando mensajes equivocados; no se puede convertir la educación sexual en orientaciones solamente sobre el acto sexual. Es importante que la familia aporte factores protectores en la formación de la SSR orientada a la maternidad, no solo como proyecto de vida, sino para crear otras expectativas.

También se corroboró el bajo nivel de escolaridad de los padres y el bajo nivel socioeconómico como factores que influyen en la maternidad temprana. En cuanto al bajo nivel escolar de los padres, este se hace evidente al indagarles a las madres aspectos educativos; con excepción de los padres de Yuana, quienes hicieron una carrera tecnológica, los demás no terminaron el bachillerato y la mayoría no hizo la primaria completa. El aspecto socioeconómico bajo es evidente en las actividades de las cuales se derivan sus ingresos para su sostenimiento.

La familia de Valentina vive del trabajo de su compañero y del compañero de su madre, quienes trabajan al jornal en el sector agropecuario; el trabajo es inconstante. La familia de Yuly no es la excepción: su sustento se logra gracias al trabajo informal de su padre, quien se dedica a labores de carne en el matadero, y su madre, cuando hay trabajo, labora dos días a la semana en los restaurantes. En síntesis, ninguna de las familias de las adolescentes estudiadas tiene ingresos fijos mensuales y dependen de la informalidad.

De otro lado, la falta de una educación sexual integral es un aspecto determinante, puesto que las estudiantes manifiestan desconocimiento en el uso adecuado de los métodos de regulación de la fertilidad. Por ejemplo, los cinco casos estudiados son embarazos no planeados, ya que no tuvieron en cuenta métodos de anticoncepción o, si los aplicaron, hubo fallas en estos: “[...] me tomaba la pastilla del día antes, tomé una pastilla que no era” (Yuly), “[...] por supuesto el embarazo no fue planeado, ese uno por ciento que dice que no hay probabilidad

me cayó a mí, estaba planificando con inyecciones” (Yuana), “[...] me daba cosa preguntarle a mi mamá, yo la verdad no planificaba” (Camila).

Así mismo, se estudiaron otros factores determinantes que repercuten en la maternidad temprana: la falta de expectativas de vida, el poco conocimiento y diálogo en la familia sobre anticonceptivos, la situación familiar y el patrón intergeneracional de embarazo temprano. En cuanto a la falta de expectativas, se observa que obedece al bajo nivel socioeconómico y a las aspiraciones de las familias que consisten, a lo sumo, en que las jóvenes estudien hasta el bachillerato, a pesar de que todas tienen sueños por cumplir, como se verá más adelante. Sobre el conocimiento acerca de los métodos de regulación de la fertilidad, se encontraron fuertes barreras de acceso a causa de los bajos ingresos de la familia, y, en dos de los cinco casos, las adolescentes rechazaron asistir a servicios de SSR que tenían disponibles (Lucía y Valentina).

De igual forma, se observa que el rompimiento de la estructura familiar tradicional es común en todos los casos: la madre de Lucía tiene seis hijos, cada dos de ellos son de padres diferentes y es cabeza de hogar; la mamá de Valentina no es la excepción con cinco hijos de tres padres distintos; y Yuana, cuya familia se desintegró por infidelidad del padre, quien tenía una hija con otra mujer, y su madre concibió un hijo con su padrastro. Existe un caso en el que se presenta un patrón intergeneracional de embarazo temprano; es el de Lucía: “[...] yo también quedé embarazada muy joven, faltaban quince días para cumplir quince años cuando nació mi bebé” (madre de Lucía). En definitiva, la desinformación sobre los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes (DSRA) es un aspecto que influyó notablemente, dado que ninguno de los participantes (adolescente, madre, docente, enfermera) lo menciona; es decir, existe total desconocimiento.

En contraste con lo anterior, existen tres factores determinantes que no se registran en este contexto o, por lo menos, en el grupo estudiado: consumo de sustancias psicoactivas, etnicidad y matrimonio infantil. Del mismo modo, hay otras variables muy significativas que, difícilmente, se puede sostener que influyeron en los embarazos; es decir, los relatos no son evidencia suficiente para confirmarlo, se trata de factores como: el inicio de actividad sexual temprana, las insuficientes oportunidades para las adolescentes, las deficiencias en una

adecuada política de salud sexual para adolescentes, la erotización de la televisión y los medios.

Percepciones de las maternas

Sin lugar a duda, uno de los períodos más complicados del embarazo adolescente lo constituye el momento en que las jóvenes descubren su estado de concepción, encontrándose tres hechos destacables. En primer lugar, se presentan *enojo y dualidad emocional* (aborto o abandono de metas). Este momento lo vive la futura madre entrando en shock: “[...] uno piensa que se arruinó la vida, ahora qué voy a hacer, yo pensaba muchas cosas, ahora qué voy a hacer con mi estudio, yo quiero estudiar, yo quiero salir adelante, quiero ser alguien en la vida” (Valentina), “[...] pues, en ese momento yo pensaba abortar, abortar a la niña porque yo no sabía qué hacer” (Yuly). Se observan tensiones de todo tipo en un solo instante como sentimientos de culpa e impotencia.

En segundo lugar, otro aspecto de mucha tensión que vive la adolescente lo constituye la *presión social*. En este caso, la presión más alta la reciben de sus propias familias. Las cinco adolescentes entrevistadas afirman que se generan disgustos en el hogar, se buscan culpables, se presentan regaños, recriminaciones, enojo y dejan de hablarles por cierto tiempo; en el caso de Camila, su padre fue más allá y la despidió de su casa por largo tiempo. Por el lado de la religión, no se observa ningún tipo de presión, como sí puede ocurrir en otras culturas en las que la adolescente es obligada a casarse con su pareja. En el ámbito educativo, que a menudo estigmatiza este tipo de situaciones, se encuentra que en el Colgalán no es el caso, pues las cinco adolescentes entrevistadas manifiestan apoyo de parte de las directivas, docentes y personal administrativo; destacan su comprensión al otorgar permisos para asistir a todas las citas médicas y controles; reciben apoyo pedagógico en tiempos de atención prenatal, parto y lactancia, y son beneficiadas con orientación psicológica complementada con el acompañamiento de maestros, lo cual impide la discriminación por parte de compañeros.

En tercer lugar, se presenta *la frustración de su proyecto de vida*, hallazgo que se concreta en cinco consideraciones. La primera está relacionada con el contexto socioeconómico; se presenta el caso de Valentina, quien abandona la

escuela para colaborar en las labores del hogar mientras su madre trabaja. Vale ratificar que el nivel socioeconómico de las adolescentes es precario, en unas más limitado que otras, pero todas dependen del trabajo informal de sus padres. En la segunda, la vivienda y el contexto familiar son aspectos que influyen en la vivencia de las adolescentes en la experiencia de la maternidad temprana. Se observa este aspecto en Lucía, quien no se siente bien estando en la casa de sus suegros; Valentina se ve obligada a conformar un nuevo hogar, asumir el rol de ama de casa y extraña su casa materna. Quienes no se ven enfrentadas a formar un hogar o vivir con la familia de su compañero sí deben asumir su rol de madres cabeza de familia en casas de sus familiares, con toda la responsabilidad que esto implica; es el caso de Yuli, Yuana y Camila.

En esta tercera consideración, la escuela y los estudios se ven afectados; Valentina se ve obligada a dejar el colegio para conformar una nueva familia, Yuly debe redoblar sus esfuerzos para atender a su hija y estudiar, y tanto Yuana como Camila, como ya terminaron sus estudios de bachillerato, deben trabajar para criar a sus hijos, dedicarse a las labores de la casa y estudiar al mismo tiempo. En la cuarta, las expectativas se ven afectadas para cuatro de las cinco adolescentes; como se ha dicho en el punto anterior, el hecho de tener la responsabilidad en la crianza, el cuidado y la protección de sus hijos limita sus aspiraciones. Esto, acompañado de su situación económica difícil anula posibilidades que serían de mayor éxito si no tuviesen ese compromiso. En la quinta, la actitud sexual inadecuada influye en la vida reproductiva; en párrafos precedentes se afirma que el embarazo se explica, en los cinco casos, por desconocimiento del tema, ambientes familiares maltratadores y relaciones sexuales sin protección.

En contraste con la frustración por el embarazo, todo adolescente añora ser alguien en la vida. En nuestro caso, ellas han formulado una visión de aquello que les gustaría ser, lo que comúnmente se conoce como sueño o proyecto de vida: Lucía desea terminar su bachillerato, aprovechando un allegado a su familia, irse para Australia, estudiar idiomas, ser médica. Valentina dice que espera que su hija esté un poco más grande y retomar sus estudios. Yuly desea terminar pronto su bachillerato y estudiar docencia. Yuana, aunque realmente ha querido ser modelo, hizo un año de derecho que lo reprueba, ahora a mediano plazo desea estudiar contabilidad y Camila ya cursa estudios tecnológicos en contabilidad y finanzas.

Consecuencias

Las secuelas derivadas de la maternidad temprana afectan su salud y el aspecto socioeconómico. En cuanto a la salud, las consecuencias se ven reflejadas en lo psicológico y lo físico.

En lo psicológico, cada una ha vivido su propio proceso, acompañado de sentimientos de frustración: “Me puse a llorar porque primero no sabía cómo decirle a mi mamá, o sea, yo soy la niña de los ojos de mi mamá” (Lucía), “[...] por unos días uno se siente como triste sin el apoyo de nadie” (Valentina), “[...] yo creo que casi muero del estrés, yo no dormía” (Yuana), “[...] realmente no sabía cómo asimilar eso, después como de unas cuatro, cinco, ocho horas reaccioné” (Camila). Es evidente la inestabilidad generada que se muestra en cada caso, con estados de ansiedad diferenciados que terminan, por lo general, en depresión.

En lo físico, se manifiesta en los cambios naturales del embarazo. También, está asociado a una serie de patologías que desarrolla la madre joven afectando su salud. Para el grupo en estudio no hay evidencia ni testimonio de que algunas de las embarazadas hayan desarrollado ninguno de estos síntomas o enfermedades; sin embargo, en cuatro de cinco casos el momento del parto fue traumático: “[...] fue terrible, dos días sufriendo, no hubo dilatación pese a la aplicación de oxitocina, al fin tocó por cesárea” (Yuana), “[...] en mi caso mi hijo nació sietemesino, duré mes y medio en la clínica, fui mamá canguro por un mes y quince días” (Camila).

Además de las consecuencias individuales que afectan directamente a la materna, no pueden dejarse de lado las implicaciones sociopolíticas. Este es otro aspecto cuyo estudio necesita mucho más tiempo para evaluar su impacto, por ejemplo, la prolongación de líneas de pobreza. Sin embargo, el caso de Lucía manifiesta esta característica debido a que su madre también pasó por esta experiencia de embarazo precoz y ahora se repite en ella. Desde luego, lo que sí se observa es el hecho de ver reducidas sus posibilidades de alcanzar bienestar, desarrollo y vida digna.

Prevención

La prevención, en el caso de la familia, se realiza mediante charlas improvisadas por parte de las madres, previas al inicio de un noviazgo. Se caracterizan por ser superfluas, repetitivas con expresiones como “*cuídese, cuídese*”, momentáneas, centradas en evitar el embarazo e insuficientes.

En lo educativo, las acciones se traducen en charlas informativas a los jóvenes y padres, centradas en aspectos como sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y métodos de anticoncepción, con acciones de atención personalizada, en algunos casos. A estas reuniones informativas se vinculan el hospital local y la policía de infancia y adolescencia.

[...] se tiene un proyecto de educación sexual, a partir de ahí siempre se trabaja con la psicóloga, se desarrolla desde las escuelas de padres, también hay articulación con el hospital Caicedo y Flórez de Suaita, vienen los funcionarios de allá y explican muy bien a los muchachos. (Docente de Lucía)

De igual forma, el sector salud desarrolla programas en acuerdo con la institución educativa:

[...] con respecto a la atención a las adolescentes, que ofrece el hospital, se realiza el programa de planificación y prevención, derivado del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Ahora nos corresponde darles charlas sobre prevención a las niñas de once años hacia arriba dado que el hospital observa un incremento de embarazos a partir de esa edad, es decir, están iniciando sus relaciones sexuales más temprano que antes. Hay que prevenirlas, hablarles con sinceridad, explicarles, decirles las cosas como son, lo que puede pasar, lo que no puede pasar y, tristemente, con las mismas historias de muchas de sus compañeras. (Enfermera Centro de Salud de Vado Real, adscrito a la ESE Hospital Caicedo y Flórez de Suaita)

Es destacable que, pese a que el hospital local tiene el programa de servicios amigables, ninguna de las adolescentes estudiadas acudió a este plan de SSR.

Puede inferirse que, pese a las buenas intenciones de las madres y acciones desarrolladas por los sectores de educación y salud, no existe un programa de prevención bien estructurado y algunas actividades que se ejecutan están desarticuladas; las que se efectúan se centran en planificación familiar, no tienen en cuenta el curso de vida, son esporádicas e insuficientes. En conclusión, se observa que en el ámbito local no existe un programa de prevención de la maternidad temprana efectivo en el que las informantes hayan participado y les

impactase tanto que hubiesen cambiado su destino. Lo que se encuentran son unas acciones pequeñas, desarticuladas y descontextualizadas.

Discusión

Los resultados descritos especifican la situación de la maternidad temprana en el contexto estudiado y luego se presenta un contraste entre estos y otras investigaciones. Por una parte, el ambiente familiar es clave y predispone a las niñas hacia un embarazo temprano; este es uno de los principales hallazgos, que resulta significativo; se encontró que las familias de las cinco adolescentes indagadas se caracterizan, principalmente, porque son las madres (en algunos casos las abuelas) quienes asumen la responsabilidad por la crianza y educación de sus hijos; en particular, los padres están ausentes del hogar por razones como irresponsabilidad paterna, fallecimiento, distancia por trabajo o presencia-ausencia, es decir, así vivan en la misma casa no se apropian de la formación de sus hijos.

Por otra parte, los bajos ingresos familiares inciden en el problema; se encontró que la informalidad caracteriza a las familias del contexto debido a la carencia de educación, formación para el trabajo y falta de oportunidades laborales. En su mayoría se dedican a trabajos del comercio local (paradores entre los más destacados) y trabajos como jornaleros en actividades agrícolas y pecuarias (café, caña de azúcar y ganadería). Lo anterior concuerda con los planteamientos de Gómez Mercado y Mejía Sandoval (2017), quienes establecen variables familiares que influyen en la maternidad temprana: bajo nivel de escolaridad de los padres y nivel socioeconómico bajo.

Al realizar un contraste entre los testimonios estudiados y autores como Mendoza Tascón *et al.* (2016), quienes formulan una serie de factores determinantes individuales, familiares, socioculturales y políticos, se puede asegurar que los factores subsiguientes repercutieron de manera significativa: inadecuada orientación en SSR por parte de los progenitores, bajo nivel de escolaridad de los padres, bajo nivel socioeconómico de las familias, no planificación del embarazo caracterizada por el desconocimiento de métodos de anticoncepción o el uso inadecuado de estos, y un entorno familiar no protector. Por el contrario, otras variables formuladas por los autores no fueron evidentes:

inicio de relaciones sexuales tempranas, negación del deseo sexual, ausencia de una política de SSR dirigida a adolescentes y la erotización de la televisión y los medios. En este rastreo de factores, se encontró que el matrimonio infantil, el consumo de sustancias psicoactivas y la etnicidad no aplican para el contexto estudiado o no se vieron en el estudio para catalogarlos como algo significativo. Lo anterior, en contraste con los planeamientos de Psaki (2016) sobre etnicidad y matrimonio precoz, Hernández Cordero *et al.* (2020) respecto al matrimonio infantil en culturas rurales, y Gómez Mercado y Mejía Sandoval (2017) sobre consumo de SPA.

Dentro de las percepciones de las adolescentes, las vivencias o el impacto que genera la maternidad temprana queda absolutamente claro que se presenta un embarazo no deseado; todas estuvieron de acuerdo en estas tres ideas: nunca se imaginaron que eso ocurriría, jamás lo pensaron y nunca se prepararon para eso. Esto se ajusta perfectamente en las tipologías de embarazos, el planificado y el indeseado, expuestas por Sierra Macías *et al.* (2018). El primero se relaciona con el uso de anticonceptivos de manera consciente y, el segundo, con la decisión de interrumpirlo o continuarlo. Además, queda demostrado que existen dos escenarios difíciles por los que atraviesa la adolescente: el personal y el social. En lo personal, una mujer que planifica su embarazo siente alegría cuando se entera de que sale positivo, mientras que en la maternidad temprana ocurre todo lo contrario, les generó sorpresa, sentimientos de impotencia, desesperanza, abandono, tristeza y, por consiguiente, afectación psicológica traducida, en algunos casos, en depresión. En lo social, repercutió en el ámbito familiar porque ocasionó divisiones, tensiones y confusiones convertidas en regaños, reclamos, disgustos, incomprensiones y sentimientos de culpa, coincidiendo con lo expresado por Castañeda Camey *et al.* (2019), quienes afirman que las jóvenes se ven envueltas en una situación de *presión social*. Con respecto a esta presión, ocasionada por la escuela, las adolescentes estudiadas manifestaron no sentirse coaccionadas por integrantes de su comunidad educativa, y reconocen que siempre recibieron apoyo, en oposición a lo expresado por Bermea *et al.* (2018), quienes aseguran, en un estudio similar, que ellas se sintieron estigmatizadas por el personal de la escuela y por sus compañeros no progenitores.

Igualmente, se demostró que las adolescentes indagadas tuvieron que afrontar cambios en su estilo de vida. Por una parte, se irrumpió en el normal

desarrollo de su vida, pues su preocupación fue doble porque debieron satisfacer sus necesidades vitales, pero también sentir las penurias de la vida en formación. También, tuvieron más cuidado con su alimentación, actividad física y, por supuesto, debieron asistir a los controles prenatales. Por otra parte, las mismas circunstancias que vivieron en el interior de las familias, producto del impacto ocasionado por su embarazo inesperado, las llevaron a tomar decisiones sobre el cambio de vivienda, algunas abandonaron su hogar materno para irse a vivir con sus suegros o, incluso, constituir un nuevo hogar. Desde luego, también están las vivencias generadas por su relación con la escuela: una se vio abocada a abandonar sus estudios y otras redoblaron esfuerzos para rendir en su hogar y en sus deberes como estudiantes. Esto coincide con el estudio de Atienzo *et al.* (2017), quienes afirman que las experiencias de las madres con embarazo temprano son variadas.

Con respecto a las consecuencias que trae la maternidad temprana, puede decirse con total seguridad que se ve un impacto negativo en las maternas con respecto a lo físico, psicológico, social y económico. En lo físico, se observaron cambios muy naturales en sus cuerpos, que son reflejo de la maduración acelerada de su organismo por engendrar una vida, y por las dificultades de salud presentadas; en lo social, el efecto se percibió en el deterioro de las relaciones familiares y en leves tensiones escolares; en lo psicológico, la afectación se manifestó en las emociones que experimentaron (tristeza, dolor, rabia, aceptación, negativismo) y que, por consiguiente, generaron estados depresivos; y en lo económico, se afectó considerablemente la familia por los gastos extra que ocasionó su cuidado; así, el sector salud tuvo un reflejo negativo debido al incremento del costo para la atención prenatal, del parto y posnatal.

Coincide lo anterior con los planteamientos de Salazar Cedeño (2019), quien ha estudiado la afectación del estado de salud física y mental, y el efecto socioeconómico. También, es importante considerar las consecuencias de salud para las maternas jóvenes por los riesgos que corren. En el caso estudiado, algunas adolescentes manifestaron la afectación de su salud por infecciones urinarias leves; un hecho muy común es que el parto fue por cesárea en cuatro de las cinco jóvenes. Es claro que no hubo mayores complicaciones en su salud, contrario a lo expuesto por Triviño Ibarra *et al.* (2019), quienes aseguran que la eclampsia, preeclampsia, bajo peso del bebé al nacer, muerte materna, el

aborto, culpabilidad, riesgos biológicos, psíquicos y sociales, hemorragias, infecciones y depresión son las complicaciones y enfermedades más comunes a las que está expuesta una madre joven.

Son varios los programas y experiencias de prevención desarrollados en diversos países, como se muestra en la introducción. Ninguna de estas propuestas ha beneficiado a las adolescentes en cuanto a estudio, ni siquiera el programa de servicios amigables que se ofrece en las instituciones de salud en Colombia, dado que dos de las cinco jóvenes rehusaron asistir cuando sus madres les insinuaron hacerlo y las demás no lo hicieron por desconocimiento.

Conclusiones

Este estudio, realizado mediante cinco historias de vida, da cuenta de que el corregimiento de Vado Real (Suaita), ubicado en un contexto rural colombiano, caracterizado en lo social por la falta de empleo, el maltrato y la desintegración familiar, el bajo perfil educativo de sus habitantes, el consumo de alcohol (guarapo) y la influencia de transeúntes por ser lugar de paso donde confluyen varios municipios, no es ajeno a hechos análogos que actualmente afectan a la humanidad. En síntesis, se puntualizan los siguientes hallazgos, derivados del análisis deductivo, que determinan la maternidad temprana en el entorno escolar del que nos ocupamos.

Primero: se encuentra que la infancia se caracteriza por ser difícil, marcada por la precariedad de recursos para satisfacer necesidades que contribuyan al crecimiento armónico e integral; el compromiso de la crianza recae en las madres y abuelas con tendencia irresponsable de los padres, originada en actitudes machistas como autoridad excesiva e insensatez en la crianza de los hijos, lo que genera un entorno familiar maltratador.

Segundo: se descubre que los factores determinantes con mayor incidencia en la maternidad anticipada son la familia generadora de acciones violentas, marcada por el bajo nivel educativo y socioeconómico, el desconocimiento sobre el adecuado manejo de la SSR, el nulo acceso a anticonceptivos y el desconocimiento de los DSR. Todo esto, consecuencia de la ausencia de un programa integral de educación sexual.

Tercero: se observa que las adolescentes viven el momento inicial de embarazo, en lo personal, entrando en conmoción y con afectación emocional que deriva en bajos estados de ánimo. En lo social, lo hacen en medio de confusión y tensión familiar; sin embargo, en la escuela es más llevadero debido al apoyo institucional.

Cuarto: queda en evidencia que la maternidad adolescente trae consecuencias que impactan la salud, pues se presentan infecciones urinarias, riesgo por cesárea y alteraciones psicológicas como la depresión; se resaltan mayores complicaciones en la salud mental que en la física; también, en el aspecto económico afecta la canasta familiar y el presupuesto destinado al cuidado de la salud. Por último, en prevención del embarazo, se concluye que las estrategias de las instituciones a cargo son casi inexistentes y desarticuladas de las políticas sobre SSR y los DSR.

Sobre este último hallazgo puede afirmarse que, aunque existen variados programas de prevención del embarazo temprano, se constata que ninguna de las adolescentes en estudio participó en estos, ni siquiera en los servicios amigables que ofrece el sector salud en Colombia; solamente recibieron charlas informales de las madres y algunas estrategias brindadas por la institución educativa fundamentadas en talleres sobre sexualidad, anatomía, ETS y métodos de planificación. De lo anterior surge, como recomendación, la importancia de abordar esta problemática en las instituciones rurales, generando una propuesta caracterizada por los siguientes elementos:

- Desarrollar un currículo integral de educación sexual y reproductiva que debe darse desde el grado cero hasta once. Su proceso de enseñanza enfatizará sobre aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad que produzcan resultados positivos hacia la prevención de la maternidad y la paternidad tempranas, la adquisición de infecciones de transmisión sexual, el aborto y otras consecuencias (Unesco, 2019). Es importante tener en cuenta que la edad es determinante en la formación sexual y debe hacerse por grupo etario (Unesco *et al.*, 2019). De igual modo, se debe involucrar con mayor énfasis a los varones en la propuesta de formación integral; con este hecho se da responsabilidad a los hombres, pues esta situación no solamente vincula a las mujeres.

- Articular a diferentes sectores: lo político (política pública de educación sexual), el sector salud (salud sexual y reproductiva) y la educación (estrategias), dirigidos a las familias y a los estudiantes, con la participación de expertos en sexualidad.
- Hacer énfasis en los DSR: se debe conducir al joven a la toma de decisiones autónomas, informadas, protegidas y seguras.
- Conducir a que los niños y adolescentes ejerzan sus derechos en el respeto y bienestar propios y de los demás.
- Garantizar el enfoque de derechos humanos y de igualdad de género, adecuado a la cultura y el contexto, transformador y capaz de potenciar aptitudes necesarias para realizar elecciones saludables (Peláez Mendoza, 2008).
- Preparar e involucrar a todo el equipo docente institucional, especialmente en la toma de conciencia del compromiso de asumir una postura constructiva frente a la educación sexual. Se ha demostrado que la visión del maestro en relación con este tema es determinante en el éxito de cualquier programa (Nchia *et al.*, 2017).

A modo de reflexión final, esta situación debe abordarse desde las concepciones de la maternidad y la paternidad tempranas: primero, para no seguir señalando a la adolescente en su condición natural por ser madre; segundo, porque el joven también se ve comprometido en situaciones de fecundidad temprana sin el menor conocimiento sobre cómo manejar sus relaciones sexuales. De acuerdo con Profamilia y Fundación PLAN (2018), se confiere especial relevancia a la búsqueda de argumentos que mayormente determinen el embarazo, la maternidad y la paternidad en adolescentes, encontrando que el inicio de relaciones sexuales tardías y la permanencia en el sistema educativo son los principales factores protectores, mientras que los estereotipos y la violencia de género explican en gran medida el riesgo del embarazo.

Referencias

Albornoz Arias, N., Arenas, V. V., Martínez Santana, M. C., Carreño Paredes, M. T., y Sepúlveda Aravena, J. (2019). Factores socioecológicos para la intervención en embarazo de adolescentes en el Estado Táchira, Venezuela. *Archivos Venezolanos de*

- Farmacología y Terapéutica*, 38(5), 524-532. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/17405
- Atienzo, E. E., Campero, L., Marín, E., & González, G. (2017). Adolescent Students and Their Experiences of Dealing with Pregnancy: A Mixed-Method Study in Public Schools from Central Mexico. *International Journal of Evaluation and Research in Education*, 6(2), 88-99. <http://doi.org/10.11591/ijere.v6i2.7586>
- Bermea, A. M., Toews, M. L., & Wood, L. G. (2018). “Students Getting Pregnant Are Not Gonna Go Nowhere”: Manifestations of Stigma in Adolescent Mothers’ Educational Environment. *Youth & Society*, 50(3), 423-436. <https://doi.org/10.1177/0044118X16661734>
- Bertaux, D., (2011). El enfoque biográfico: Su validez metodológica, sus potencialidades. *Acta Sociológica*, 1(56), 61-93. <https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.29458>
- Castañeda Camey, N., de León Siantz, M. L., y Brazil Cruz, L. (2019). Embarazo y maternidad: percepciones de las jóvenes en un contexto binacional México-Estados Unidos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(1), 327-342. <https://doi.org/10.11600/1692715x.17120>
- Castillo Riascos, L. L. (2016). Desaciertos en la prevención del embarazo en adolescentes. *Salud Uninorte*, 32(3), 543-551. <https://doi.org/10.14482/sun.32.3.9752>
- Departamento Nacional de Estadística [DANE]. (2022). *Nacimientos en niños y adolescentes en Colombia. Nota estadística*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ene-2022-nota-estadistica-embarazo.pdf>
- Fajardo, D. C., Beltrán, C. P., Colorado, A. L., Rodríguez, M. A., Bermúdez, C., Barbosa, S., Mateus, J. A., Santofimio, C., Bejarano, D., Aguillón, J. C., Fernández, C. A., y Chitiva, F. A. (2018). *Informe Sala Situacional Embarazo en adolescentes Subred Sur Occidente ESE*. Junio 2018. <https://webhistorico.subredsureoccidente.gov.co/transparencia/informacion-interes/publicacion/accvsye/informe-sala-situacional-salud-subred-sur>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2018, 28 de febrero). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. *UNFPA América Latina y el Caribe*. <https://shre.ink/azA1>
- Gómez Mercado, C. A., y Mejía Sandoval, G. (2017). Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares, económicas de las adolescentes, Carepa, Colombia. *Revista CES Salud Pública*, 8(1), 25-33. https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/4419
- Gómez Suárez, R. T., Rodríguez Hernández, L. M., Gómez Sarduy, A., y Torres Pestana, E. (2017). Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo

- del embarazo en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 180 - 190. <https://scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/180-190/>
- Hernández Cordero, A. L., Gentile, A., y Luminita Tanase, E. (2020). Perfil sociodemográfico de madres adolescentes en España. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (40), 109-133. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2019404199
- Mahtani, N. (2022, 11 de octubre). Mas 400.000 niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años se casaron en Colombia en 2020. *El País*. <https://shre.ink/cjRb>
- Mansilla, A., M. E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 105-116. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf
- Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., y Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), 243-253. <https://revistaschilenas.uchile.cl/handle/2250/68589>
- Mevissen, F., Empelen, P., Watzeels, A., Duin, G., Meijer, S., Van Lieshout, S., & Kok, G. (2018). Development of *Long Live Love+*, a School-based Online Sexual Health Programme for Young Adults. An Intervention Mapping Approach. *Sex Education*, 18(1), 47-73. <https://doi.org/10.1080/14681811.2017.1389717>
- Ministerio de Salud y Protección Social, y Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Tomo I. Componente demográfico*. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Prevención del embarazo en adolescentes: una prioridad nacional*. <https://shre.ink/azfd>
- Nchia, L. N., Joseph. T. L., Fonkeng, G. E., & Ngeh, G. N. (2017). Effects of Teachers' Epistemological, Health View and Pedagogical Beliefs on the Didactic Strategy to Teach Adolescent Reproductive Health: A Cameroonian Perspective. *Acta Didactica Napocensia*, 10(2), 57- 66. http://padi.psiedu.ubbcluj.ro/adn/article_10_2_5.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Embarazo en la adolescencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Peláez Mendoza, J., (2008). Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 34(2), 455-460. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000200005&script=sci_abstract

- Profamilia, y Fundación PLAN. (2018). Determinantes del embarazo adolescente en Colombia. Explicando las causas de las causas. <https://shre.ink/azaZ>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2017). *Embarazo adolescente: un desafío multidimensional para generar oportunidades en el ciclo de vida*. <https://shre.ink/azNF>
- Psaki, S., (2016). Addressing Child Marriage and Adolescent Pregnancy as Barriers to Gender Parity and Equality in Education. *Prospects*, 46(1), 109-129. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11125-016-9379-0>
- Salazar Cedeño, G. D. (2019). *Consecuencias del embarazo precoz en el desarrollo social de los adolescentes de 14 a 17 años que residen en el sector de la Flor de Bastión* [tesis de maestría, Universidad Internacional de la Rioja]. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/9527>
- Sierra Macías, A., Covarrubias Bermúdez, M. de A., González Pérez, G. J., y Alfaro Alfaro, N. (2018). Embarazos adolescentes y representaciones sociales (León, Guanajuato, México, 2016-2017). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(1), 315-325. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.11600/1692715x.17119>
- Triviño Ibarra, C. P., Acosta Castro, F. E., y Veintimilla Cedeño, J. B. (2019). Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y prevención. *Dominio de las Ciencias*, 5(2), 554-571. <https://doi.org/10.23857/dc.v5i2.1107>
- UNESCO. (2019). *Matrimonios y embarazos precoces y no planeados*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000370593_spa