

Sáenz Cortés, Mirtha

Relevo de autonomía, para agenciar doblemente la vida, en el embarazo en la adolescencia

Revista Colombiana de Bioética, vol. 9, noviembre, 2014, pp. 138-192

Universidad El Bosque

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189232734004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Relevo de autonomía, para agenciar doblemente la vida, en el embarazo en la adolescencia*

*Relay of autonomy, to negotiate doubly the life,
during adolescence pregnancy*

*Relé de autonomia, para negociar a vida duplamente,
gravidez na adolescência*

Mirtha Sáenz Cortés**

Resumen

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 de la joven madre. El marco conceptual está dado por el desarrollo moral y 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 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 tomó 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 Cafam, 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 estableció la figura del «relevo de autonomía» como compensación positiva del ejercicio de la autonomía de las madres adolescentes.

Palabras clave: Autonomía, desarrollo moral, madres adolescentes, vulnerabilidad, agenciamiento, dignidad, integridad, principios de la bioética.

Abstract

The research looks into the elements needed to configure a “relay of autonomy” with a partner in an adult world and the institutions that serve it, due to the dependency and vulnerability of the young mother. The

* Este artículo de investigación es original, producto de la tesis para optar al título de doctora en Bioética de la Universidad El Bosque. Área de Bioética y salud, Línea Dilemas y problemas en las prácticas clínicas, del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Director Álvaro Cadena Monroy, Ph.D, profesor investigador del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Documento entregado el 9 de octubre de 2013 y aprobado el 24 de octubre de 2014. La tesis doctoral completa puede ser consultada en la Universidad El Bosque y la institución patrocinadora IPS Cafam.

** Médica Cirujana, Universidad Nacional de Colombia, Adolescent Medicin Fellowship Cleveland Clinic Foundation, EE. UU., especialista en Bioética, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia; magíster en Bioética, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia; doctora en Bioética, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia; profesora de Bioética en Universidad El Bosque. Actualmente se desempeña como Médico de adolescentes IPS Cafam; investigadora asesora de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. Correo: mirthasaenz@yahoo.com

¹ IPS Cafam: Institución Prestadora de Salud, Cafam, Famisanar, Bogotá, Colombia.

conceptual framework is given by the moral development and autonomy, from Piaget and Kohlberg's theories and bioethics' inter-relation of autonomy in the XX and XXI centuries taking into account the vulnerability and dependence throughout pregnancy. The purpose is to describe the "relays of autonomy" expressed on subordination, conflict and tension relations with the partner, the adult world and institutions before and throughout the pregnancy. Adolescent population of 14-16 years old, strata 3 and 4 in Bogota, who attended the adolescent clinic at Cafam IPS, between 2008 and 2011 were part of the study. This is qualitative research; information was obtained by semi-structured interviews and focus groups, a descriptive-interpretative analysis was performed, and the code results established the "relay of autonomy" figure as a positive compensation of the autonomy exercised by the adolescent's mothers.

Key words: Autonomy, moral development, adolescent mothers. vulnerability, dignity, integrity, bioethics principles.

Resumo

Esta pesquisa tem como objetivo a definir 'autonomia relé' usando os elementos com o seu parceiro, o mundo dos adultos e as instituições que se servem, dada a dependência e vulnerabilidade da jovem mãe. O quadro é dado pelo desenvolvimento moral e autonomia em relação às teorias de Piaget e Kohlberg, e interação da autonomia para a bioética no século XX e XXI, dada a vulnerabilidade e dependência que ocorre com gravidez. O objetivo é descrever o "Relé de autonomia" expressa em relações hierárquicas, os conflitos e as tensões antes e durante a gravidez, em relação ao seu parceiro, o mundo dos adultos e instituições. Para esta população de adolescentes de 14 a 16 anos, teve 3 e 4 de Bogotá, com a presença do serviço de medicina adolescente no IPS Cafam entre 2008 a 2011. A pesquisa é qualitativa, com as principais fontes de informação são as entrevistas semiestruturadas e grupos focais; uma análise descritiva-interpretativa foi realizada, e os resultados codificados a figura de "Relé de autonomia" como um exercício de compensação positiva da autonomia das mães adolescentes foi estabelecida.

Palavras-chave: autonomia, desenvolvimento moral, mães adolescentes, de vulnerabilidade, de agência, dignidade, integridade, os princípios da bioética.

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 siste-

ma de valores personales y la preparación para roles adulto².

Como acontecimiento biológico el embarazo adquiere diferentes significados, según el contexto social, sicológico, 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

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, p.125.

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.

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, 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.

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.

⁴ DE 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»

La maternidad precoz en las adolescentes es una situación de gran multiplicidad que necesita ser estudiada 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. Este acontecimiento es transversal a todos los espacios; por consiguiente, es tema de diálogo desde varias disciplinas, incluida la bioética, que lo trata 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.

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 en la bioética. 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 el equipo interdisciplinario⁹ que trabaja con adolescentes en la IPS Cafam, son los médicos quienes, en principio, hacen el diagnóstico y

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.

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». Según 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 que presta servicios desde hace 35 años. Consta de médicos de adolescentes, trabajadora social, psiquiatras, sicólogos, nutricionistas, y otras especialidades de apoyo, según se requiera.

tratan la crisis inicial de la adolescente ante la noticia del embarazo. Posteriormente, se dirige la adolescente a la trabajadora social para el manejo de la crisis social, comúnmente denominada en la Institución como «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.

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 logra consolidar la autonomía creciente de la joven madre y el bienestar 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 solo es un problema estructural ajeno 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 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, a manera de inventario, las ganancias y las pérdidas que se viven en estos relevos que se desencadenan al ser madre adolescente.

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 dar nuevo significado a procesos, que no solo tienen que ver con las condiciones humanas enunciadas, sino que se interrelacionan con contenidos históricos y contemporáneos de la autonomía, la justicia y la beneficencia, que son 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 del 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

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, mediante acuerdos con sus parientes cercanos que estén implicados en el soporte social.

¹² FOUCAULT, Michel. «Nacimiento de la biopolítica». En *Revista archipiélago, Cuadernos de crítica de la cultura*, N.º 30 Barcelona: 1982, pp. 119-124.

¹³ MELO, Marcos. «Embarazo adolescente en Colombia». Entrevista. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de agosto de 2009]. Disponible en http://www.agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3&no_ta=4319

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

potencie decisiones libres en el trasfondo de la gestión de la vida.

En el mismo sentido, es importante señalar la relación que existe entre las autonomías que se relevan y transmutan, la autonomía de la joven que da 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, prominente en cualquier adolescente, debe ser reelaborada al mismo tiempo y 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 la testigo —la adolescente gestante— y ese «otro» que establece relaciones con nuestros equipos interdisciplinarios y la red, con fin de lograr el *surplus* en el binomio madre-hijo.

El proyecto contribuye de forma especial a que se adopten formas de comunicación en la interacción médico, equipo de trabajo y redes de apoyo, mediante el manejo de la figura de «relevo de la autonomía» en cierto grupo de adolescentes embarazadas y 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.

El objetivo general es 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.

Los objetivos específicos son:

- Describir los momentos de «relevo de la autonomía», que se dan en la adolescente que vive un embarazo, hasta que vuelve a retomar la autonomía. Igualmente, describir 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.

1. METODOLOGÍA

La estrategia de esta investigación es de corte cualitativo. Se inscribe en la teoría fundamentada de Corbin y Strauss¹⁵, enraizada en el interaccionismo simbólico, lo que permite interpretaciones sobre lo que las jóvenes ven como su realidad social. Se captura el fenómeno de manera integral; se enfatiza en la compresión 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, está en los principios y conceptos «universales», en el marco teórico de la adolescencia, del desarrollo de la autonomía y de la moralidad en la adolescencia.

Se planteó el problema de manera inductiva y producto de la experiencia en el área médica especializada con adolescentes. La búsqueda de la información se hizo en fuentes primarias, y el muestreo teórico se orientó a la inclusión de adolescentes en embarazo, específicamente en

¹⁵ CORBIN, Juliet y STRAUSS, Anselm. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y Procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería, 2002, pp. 11-13.

edades entre 14 a 16 años. El estudio de este hecho permitió pasar, retrospectivamente, de la autonomía e invulnerabilidad, a la vulnerabilidad y la dependencia, en circunstancias que no solo movilizan a la joven, sino a toda su red social.

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

Las fases dentro del marco metodológico de la investigación fueron: 1) muestreo teórico: producto de la búsqueda en la consulta médica prenatal con los criterios de inclusión definidos; 2) codificación: abierta, axial y selectiva; 3) comparación: diagramas, cuadros comparativos y relación con datos cuantitativos; 4) teorización: resultado al planteamiento del problema.

Los instrumentos de recolección de información fueron: 1) entrevistas semiestructuradas, para un total de 30 entrevistas mínimo, considerado aceptable, por Jocoby y Simonoff¹⁶, en la investigación cualitativa en bioética; 2) grupos focales escogidos al azar de 10 adolescentes: 7 de las ya entrevistadas, y 3 de la consulta diaria, las cuales se dividieron en dos grupos de 5 jóvenes, con el fin de socializar y percibir, mediante charlas 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

generadas internamente permitieron el cumplimiento del objetivo general.

El universo poblacional estuvo constituido por 50 Adolescentes en embarazo, o que a la fecha ya eran madres, con edades que oscilaban entre 14 y 16 años, atendidas por la IPS Cafam de Bogotá, estudiantes, pertenecientes a estratos socioeconómicos medios, cuyo motivo de consulta siempre fue la situación de su embarazo. Una vez hecho el diagnóstico y manejada la urgencia social que genera el embarazo, se orientó hacia el manejo interdisciplinario de la institución, con los lineamientos especificados en guías de atención prenatal del Ministerio de Protección Social, y del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). El trabajo de campo desarrolló entre junio de 2010 y mayo de 2011.

Para cada entrevista¹⁷ 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, con una duración promedio de entre 30 y 40 minutos. Siempre se dejó el tiempo para pensar o repensar la pregunta, o para devolverse sobre los hechos ya relatados. Al final, siempre se agradecía la colaboración y se dejaba abierta la invitación para el grupo focal.

La escogencia dependía de la posibilidad o no de asistir a la sesión, la que tenía una duración promedio de 2 horas. El consentimiento informado para los grupos focales fue colectivo, el formato fue socializado para todas las adolescentes, fueron concertadas y definidas las condiciones de confidencialidad y uso de la información, al final se procedió a la firma de autorización:

¹⁶ JOCOBY, Liva y SIMONOFF, Laura. *Empirical Methods for Bioethics: A primer*. Elsevier/JAI Press. Advances in Bioethics. Vol. 2. 2008, p.127.

¹⁷ Las entrevistas siempre se realizaron en un consultorio médico, para proteger la privacidad y confidencialidad de los relatos de las jóvenes.

Para la formación de cada grupo focal, se concetró la cita entre uno y cinco días antes. Para hacer la cita, se prefirió el día domingo en horas de la noche, debido a que ese día se les facilitaba conocer la disponibilidad de tiempo en la semana, y de esta forma podían asegurar el cuidado del bebé a una familiar o amiga. El día anterior se confirmaba telefónicamente la cita¹⁸.

La sistematización de la información recopilada en 30 entrevistas, más la de 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 se convirtieron en los documentos primarios que alimentaron el software¹⁹ utilizado para la sistematización de la información cualitativa. Se señalaron con números romanos las entrevistas del I al XXX, 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.

El software ATLAS.ti permitió realizar una lectura detallada de cada una de las narraciones de las adolescentes entrevistadas, al igual que las discusiones de los grupos focales, de tal manera que se lograron realizar las primeras codificaciones (categorizaciones). Así se aplicó una perspectiva netamente inductiva, es decir, proveniente de las mismas participantes de la investigación.

Con posterioridad al trabajo de codificación primaria, se hizo una agrupación por familias o categorías de análisis, las cuales posibilitaron la tarea de organizar, encuadrar y entrecruzar la información inicial. Como producto de este proceso, se encuentran: a) el levantamiento de información

¹⁸ En la mayoría de los casos se presentaron menos adolescentes que las citadas (un promedio de 2 o 3)

¹⁹ El software utilizado para este proceso fue ATLAS.ti 5.0

con la cual se construyeron los «genogramas» de las adolescentes y b) las conceptualizaciones referidas en las entrevistas de las jóvenes.

El desarrollo de este proyecto de investigación se ajustó a las normas internacionales de la Declaración de Helsinki 2008²⁰, en relación con la investigación médica en seres humanos, el bienestar del participante, el respeto y la protección a todos los seres humanos y la protección a sus derechos individuales, particularmente a esta población doblemente vulnerable. Todas las participantes, antes de la firma del consentimiento informado, recibieron la información sobre objetivos, riesgos, beneficios, fuentes de financiamiento y posibles conflictos de intereses. Este proyecto de «investigación sin riesgo», involucró seres humanos y fue aprobado el Comité de Ética de Investigación institucional de la IPS Cafam; se garantizó la privacidad y la protección de la identidad de los participantes, así como la intimidad y la confidencialidad de la información personal.

2. RESULTADOS

Los resultados serán mostrados de dos formas: primera, se presenta en cifras la evolución del embarazo de las adolescentes entre 14 y 16 años, comparado con la realidad nacional y local; segunda, análisis de los hallazgos cualitativos objeto de esta investigación, que permiten contribuir a darle significado al relevo de autonomía en las madres adolescentes estudiadas.

2.1 LA AUTONOMÍA Y SU DINÁMICA EN LA ADOLESCENCIA

El marco teórico de esta investigación tiene como categoría principal la autonomía y las

²⁰ DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. «Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos». [En línea]. [Fecha de consulta 12 de octubre de 2009]. Disponible en http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

relaciones que se demarcen 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 medianas.

2.1.1 Autonomía: La palabra 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. La autonomía, para esta investigación, se enfocará como ha sido entendida en la bioética médica y, posteriormente, según las circunstancias puntuales, se irán develando las transformaciones que, para nuestro contexto, se dan en la condición del embarazo en la adolescencia.

En la bioética médica toma un sesgo individual, y la autonomía personal, según Ferrer y Álvarez²¹, 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 escoger una genuina opción. Hay tres aspectos relevantes de la autonomía planteados por Stephen²² en relación con la autonomía individual y la condición sicológica tan importante en el adolescente medio, como son la agencia, la independencia y la racionalidad, que determinan esta capacidad.

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 Unesco²³ 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, según Beauchamp y Childress²⁴, 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 personales.
- Las decisiones autónomas, según Etxeberria²⁵, son tomadas voluntariamente y libres de presiones externas, coacción o manipulación; cuando el sujeto moral es capaz y competente, comprende y evalúa la información de forma suficiente.

Desde la perspectiva europea de Rendtorff y Kemp²⁶ 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;

²³ UNESCO. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París, 2006, art. 5.

²⁴ BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 2009, 4 ed., pp.103-105.

²⁵ ETXEBERRIA, Xabier. «Virtudes: una necesidad en cuidados paliativos». En COUCEIRO, Azucena. *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Tricastella, 2004, p. 50.

²⁶ RENDTORFF, Jacob y KEMP, Peter, *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw*. Barcelona: Editorial Barnola, 2000. Vol. 1. p. 25.

²¹ FERRER, Jorge José y ÁLVAREZ, Juan Carlos. *Para fundamentar la Bioética. Teorías y paradigmas en la bioética contemporánea*. 2.^a ed. Madrid: Desclée de Brouwer-Universidad de Comillas, 2005, p.126.

²² STEPHEN, G. *Encyclopedia of Bioethics*. Nueva York: Post, 3.^a ed. 2005, pp. 309-314.

- la capacidad de decisiones racionales y las acciones sin presiones;
- la capacidad de desarrollo político y de responsabilidad personal;
- la capacidad de consentir, previa información, en la experimentación y procedimientos biomédicos.

El enfoque principalista norteamericano frente al de la virtud europeo permiten 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 principalista resalta la toma de decisiones, y el europeo prioriza actitudes vitales virtuosas. Por último, dice Etxeberria²⁷, para el primero es importante la dimensión de la racionalidad argumentativa, mientras que para el segundo es fundamental el mundo de los sentimientos morales. 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 Kohlberg²⁸, la autonomía es entendida como la capacidad que se forma por niveles 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 aso-

ciadas 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 Piaget²⁹, 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 Goldim³⁰ aducen que 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 Kohlberg³¹ en el desarrollo moral, discriminadas en tres niveles: preconvencional o premoral, convencional o de la heteronomía y posconvencional o de la autonomía. Estos seis estadios describen la 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).

²⁹ CAMPS, Victoria. *Historia de la ética*. Barcelona: Crítica.1989. Tomo III, pp. 481-2.

³⁰ RAYMUNDO, M, y GOLDIM, J. R. «Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent». *Journal of Medical Ethics*, 2008, p. 602.

³¹ KROGER ROUTLEDGE, Jane. *Identity adolescence*. New York: Routledge, 2004, p. 15.

²⁷ ETXEBERRÍA. Op. cit., p. 50.

²⁸ KOHLBERG, Laurence. *El Sentido de lo humano. Valores, sicología y educación*. 2.^a ed. Bogotá: Gazeta, 1989, pp. 20-22.

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 preadolescente, 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. Posconvencional 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, sicología y educación.* 2.^a ed. Bogotá: Gazeta, 1989.

Gilligan³², 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.

Gilligan³³ 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'Neill³⁴ al referirse al trabajo de Gilligan y la Justicia, resalta 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.

A partir de estas teorías de Piaget y de Kohlberg, se considera a los niños y a los adolescentes

³² FERRER y ÁLVAREZ. *Op. cit.*, pp. 267-9.

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

³⁴ O'NEILL, Onora, Justicia, Sexo y Fronteras Internacionales. En NUSSBAUM, Martha y SEN, Amartya. (Compiladoras). *Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996. pp. 397-8.

como sujetos morales con facultad para tomar decisiones, según su capacidad cognitiva, y de considerar el trato diferencial para las mujeres propuesto por Gilligan. Con esta figura conceptual, según Sáenz³⁵, se inicia el debate del paradigma autonomista norteamericano, sobre la capacidad de los menores para tomar decisiones maduras en diferentes escenarios, y en tres momentos históricos: 1) como consecuencia lógica de la psicología evolutiva de las capacidades cognitivas y morales de los niños y adolescentes; 2) en el desarrollo de la teoría legal norteamericana marcada por la aceptación mayoritaria del «menor maduro» y 3) 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, según los factores socioculturales 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 medianas, población de estudio de esta investigación. (Véase cuadro 2).

Las adolescentes en la etapa media, en ejercicio de su autonomía y su sexualidad, se exponen a riesgos que no proyectan para el futuro, incitadas por el sentimiento de invulnerabilidad propio de esa etapa. Algunas terminan con una gestación no esperada abierta a una gama de posibilidades que pueden ir desde la aceptación de la maternidad como una opción de vida, o el de continuarla, a pesar de no deseárla (porque estropea su proyecto de vida), hasta la opción de interrupción del embarazo. Todas estas situaciones de elección en la adolescente impli-

³⁵ SÁENZ, Mirtha. *Una experiencia colombiana. Adolescencia, punto de encuentro de dos paradigmas*. Colección Bios y Ethos N.º 11, Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 2004, p.135.

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 íntimas 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.

can 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.

En esta etapa del ciclo vital de la adolescente (una vez ocurrido su embarazo), la negociación o autopresentación comunicativa 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 condens-

sado entre la realidad institucional y el mundo interno de la vivencias espontaneas»³⁶.

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 tiempo reciente quien enfatiza en la confianza como parte fundamental en propiciar autonomía según Stirrat y Gill³⁷ es O'Neill,

³⁶ HABERMAS, Jürgen, *Teoría de la acción comunicativa II*. Madrid: Taurus, 1998, p. 64.

³⁷ STIRRAT, G. M. y GILL, R. «Autonomy in medical ethics after O'Neill». En *Journal of Medical Ethics*. Vol. 31, 2005, p. 128.

ve el respeto pleno de la autonomía, basado en un pacto tácito y de confianza bilateral entre médico y paciente, y considera que las concepciones de la autonomía individual, no pueden proporcionar un punto de partida suficiente y convincente para la ética médica, sería una ilusión insostenible el supuesto triunfo de la autonomía individual frente a otros principios.

O'Neill³⁸, plantea la autonomía como una cuestión de confianza, sin la cual nada es posible. Esto se aplica a todos 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»³⁹. La confianza es necesaria, precisamente, porque no hay certeza sobre el futuro. Por lo tanto, hay un elemento inevitable de riesgo en la confianza puesta 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»⁴⁰.

Este no significa que la confianza debe ser colocada a ciegas, por el contrario, la confianza solo se debe colocar en una persona, objeto, u organización, a la luz de la mejor evidencia disponible de que estos sean dignos de confianza. En la cotidianidad de la consulta, diagnosticar el 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,

³⁸ O' NEILL, Onora. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: University Press, 2002, p. 7.

³⁹ *Ibid.*, p. 16.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 21.

con el fin de establecer una red de apoyo para estas jóvenes madres.

La tendencia actual es a preconceptualizar o particularizar la autonomía, según las circunstancias en que ocurren los juicios, como bien lo dice Naik⁴¹, en el caso de pacientes con enfermedades crónicas, cuando 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, Kottow⁴² ve la autonomía con un sentido estratégico, y la identifica con la capacidad de tomar decisiones, de gestionar el propio cuerpo, la vida y la muerte, sin coerción, y de preservar 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 «beneficiantes», que puedan soportar una medicina más humanizada, que intente, a la vez, restaurar o mantener la capacidad para vivir de manera significativa.

En Latinoamérica, la autonomía no es suficiente con estar libre de coerciones, impedimentos o limitaciones, si no hay la contraparte de empoderamiento social y político; es decir, como afirma Sen⁴³, la habilidad de la gente para trabajar junta, organizarse y movilizar recursos para solucionar problemas de interés común, que potencien decisiones libres. El enfoque

⁴¹ 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.

⁴² KOTTOW, Miguel. «Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado». Bogotá: Unesco, 2007, p. 28.

⁴³ SEN, Amartya. *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Planeta, 2000, p. 233.

Sen⁴⁴, 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, y afirma 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»⁴⁵:

1. Vida: Toda persona debe ser capaz de llevar una vida de duración normal.
2. Salud corporal: Adecuadas condiciones de salud, alimentación y vivienda.
3. Integridad corporal: 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: Capacidad de formular una concepción del bien, y un plan de vida.

7. Afiliación: Capacidad de vivir con otros, de establecer relaciones sociales, de ser respetado y no discriminado.
8. Otras especies: Capacidad de respetar a los animales, las plantas y demás especies del mundo natural;
9. Juego: capacidad 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 Pérez⁴⁶ son acciones conjuntas de redes y organizaciones construidas sobre relaciones de confianza y reciprocidad que contribuyen 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, 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

⁴⁴ SEN, Amartya, «Capacidad y Bienestar». En NUSSBAUM, Martha y SEN, Amartya (Comps.). *Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996, p. 55.

⁴⁵ NUSSBAUM, Martha. *Capacidades como titulaciones fundamentales: Sen y la Justicia Social*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2005, p. 31.

⁴⁶ ALVERDI, Jokin y PÉREZ DE ARMIÑO, Karloa. «Concepto de Capital Social». En *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. [En línea]. [Fecha de consulta 23 de noviembre de 2008]. Disponible en <http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mosstrar/29>

desconocer el soporte de lo psicológico y social estratégico en el bienestar del individuo.

En resumen, la autonomía es un concepto que se dio en la *polis* griega, de manera colectiva; se privilegió, posteriormente, en lo individual, con las tendencias liberales y morales anglosajonas se toma como eje para uno de sus principios, apoyada, además, en la sociología evolutiva y el derecho, se orienta a 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.

Con los aportes de Sen, Nussbaum, Coleman y Putnam, sobre 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. Reconceptualizar la autonomía en las adolescentes gestantes, mediante la objetivación de la metáfora del «relevo de la autonomía», a través del conocimiento empírico y vivencial, es el fin de esta investigación.

2.1.2 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 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 tan importante como la base de las nociones éticas de cuidado, responsabilidad y empatía con el otro.

Rendtorff y Kemp⁴⁷, hacen una revisión del tema desde la perspectiva de Lévinas, Habermas y Hart, de la cual se retoman apartes que amplían el concepto.

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

Lévinas⁴⁸ ha definido la vulnerabilidad como la base para comprender la condición humana. La moral es una compensación por la vulnerabilidad del hombre y esta 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 sitúa a la vulnerabilidad en el centro de la preocupación ética. Esta es la apertura hacia los otros seres vulnerables que participan en un diálogo.

El filósofo inglés de la ley y la jurisprudencia, Hart⁴⁹, dice que la vulnerabilidad de los seres humanos es la base para la regulación de sus

⁴⁷ 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 Bioética, 2000, pp. 50-52.

⁴⁸ LÉVINAS, Emmanuel. *Entre nosotros: Ensayos para pensar en otro*. México: Pre-textos, 1993, p. 80.

⁴⁹ HART, H. L. A. «Are There Any Natural Rights?». *The Philosophical Review*. N.º 64, pp. 187-8. Oxford: University College, 1955.

actividades en las normas 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.

Otra aproximación conceptual de la vulnerabilidad, que abarca diferentes aristas del tema, la hace Feito⁵⁰, que 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, la vulnerabilidad 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, la considera 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. En cuarto lugar, la vulnerabilidad asociada cada vez más con las condiciones del medio (ambientales, sociales o de otro tipo), da lugar a la necesidad de incorporar los aspectos socioculturales.

Marcos⁵¹, en el análisis que hace sobre 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, no son necesariamente defectos de lo humano, sino partes de lo propiamente humano.

MacIntyre⁵², 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 momento de su vida. La forma como cada uno se enfrenta la dolencia, 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 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 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 extendido a las generaciones futuras, mediante el imperativo de «actuar de una manera tal, que asegure que existirá la verdadera vida humana en la tierra en el futuro»⁵³. 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 las especies en la naturaleza, para que los seres humanos den futuro en las mejores condiciones posibles de existencia.

Nussbaum⁵⁴, sostiene que cualquier sociedad da y recibe cuidado, por lo cual debe descubrir formas para enfrentar el hecho de la necesidad

⁵⁰ FEITO, Lydia, «Vulnerabilidad». En *Revista Anales. Del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 30, pp.7-22. (Suplemento 3). Madrid: Universidad Juan Carlos Tercero, 2007.

⁵¹ MARCOS, Alfredo. *Envejecimiento y antropología de la dependencia*. Doctorado de Bioética. Bogotá: Universidad El Bosque. 2008, p. 2.

⁵² MACINTYRE, Alasdair. *Animales racionales y dependientes*. Barcelona: Paidós, 2001, pp.15-24.

⁵³ RENDTORFF y KEMP. *Op. cit.*, p. 59.

⁵⁴ NUSSBAUM. *Op. cit.*, pp. 50-51.

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 períodos de extrema dependencia, en los cuales nuestro funcionamiento es bastante similar a los limitados físicos o mentales.

Para esta investigación, la vulnerabilidad y la dependencia se refieren a la acentuada incapacidad de la adolescente para proteger sus propios intereses, debido a su poca posibilidad para tomar decisiones autónomas, para administrar su vida y la que se está gestando, o para 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. Esto 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 garanticen el cuidado prenatal, su manutención y la recuperación de su autonomía e independencia.

2.2 EL ESTUDIO DEL EMBARAZO DE ADOLESCENTES EN COLOMBIA

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 estudiada 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, esto con el objetivo de evidenciar las

múltiples aproximaciones que dicha situación tiene en nuestra sociedad actual.

La ampliación del fenómeno más allá de los riesgos que asumen los adolescentes, lo presenta Melo⁵⁵ con dos ejes de análisis que giran en torno a las formas de predicar sobre y hacia los adolescentes, y la construcción como problema social en Colombia. Enfatiza en que el embarazo en la adolescente forma parte de los problemas ligados al desarrollo social y económico, y también es una metáfora de ese desarrollo que no necesariamente debe ser construido como problema, 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 comprender que de fondo hay deficiencias desde el punto de vista económico y social, especialmente relacionadas con el cuidado de los niños, lo cual no es asunto privado, ni únicamente problema de las madres jóvenes, ni de género (dado lo que poco se habla de las paternidades juveniles). Es un problema del gobierno de las poblaciones y de los cuerpos, lo que Foucault ha denominado como «biopolítica».

Otro aspecto interesante que resalta Melo es el papel que juegan los medios de comunicación en el planteamiento del problema, y la forma cómo la prensa se constituye en órgano que sintetiza las formas discursivas dominantes para hablar públicamente de esta cuestión, defendiendo un orden social que para corregir riesgos se enfoca en el particular perfil del adolescente y su impulsividad, y ubica así 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.

⁵⁵ MELO, Marcos. «Embarazo adolescente en Colombia» Entrevista. Agenda de las mujeres. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de agosto de 2009]. Disponible en <http://www.agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3¬a=4319>

Como ejemplo de lo que Melo plantea, Mona Kaidbey⁵⁶ resalta que 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.

Al mismo tiempo, la revista *Cambio*⁵⁷ informó sobre el control de la fecundidad en este grupo, mediante la campaña en la que, por primera vez en Colombia, el Gobierno promoverá de forma masiva 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, la revista *Semana*⁵⁸ describió el problema en términos numéricos, e informó cómo los más de 160.000 partos de las adolescentes del 2004, generaban toda una cadena de miseria y empobrecimiento que debía ser atendido lo antes posible para frenar la bomba social que allí se gestaba.

Posteriormente, el diario *El Tiempo*⁵⁹ señaló que esta situación generaba un impacto negativo en el desarrollo social del país. Advirtió, además, que el fenómeno en Colombia era mucho mayor que el promedio latinoamericano, pues 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 %. Señaló,

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 pone en condiciones de desventaja social y económica para proveer calidad de vida a sus familias.

Linares⁶⁰, advirtió que el embarazo en las adolescentes conduce a mayores índices de malos resultados académicos. De igual manera, resaltó que según ENDS Colombia del año 2010, el 19.5 % de adolescentes quedan embarazadas entre 15 y 19 años.

Wartenberg⁶¹, al analizar el significado del embarazo y su cambio según el estrato socioeconómico, afirmó que los riesgos por estrato son diferentes, debido a 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 da a la educación y a la maternidad en cada sector social.

Según lo anterior, los estratos socioeconómicos más bajos son los que enfrentan el embarazo precoz y la responsabilidad de iniciar uniones tempranas. En contraste, los estratos medios y altos, al priorizar la educación, logran prolongar la niñez y retrasar los encuentros sexuales. Y aun cuando se presentan los embarazos a temprana edad, en lugar de asumirlo, lo niegan 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, solo pueden ser identificadas como tendencias variadas y relacionadas con

56 KAIDBEY, Mona. «Estrategia contra Embarazado adolescente». En *El Tiempo*. Bogotá, D. C. 27, junio, 2004, Páginas Dominicales, p. 2.

57 CAMBIO. «A Calzón Quitao». Abril 12 de 2004. Edición N.º 563, p. 40.

58 SEMANA. «Madres Prematuras». Abril de 2005, p. 116.

59 LINARES GÓMEZ, Andrea «Embarazo adolescente, alimento de la pobreza». En *El Tiempo*. Bogotá, D. C. 24, julio, 2011, Sección Debes Saber, p. 11. Cols. 1-2.

60 EL TIEMPO. «Miedo y embarazo “rajan” a los escolares». Bogotá D. C. 5, septiembre, 2011, Sección Debes Saber, p. 2, col. 4.

61 WARTENBERG. *Op. cit.*, pp. 35-36.

situaciones personales, sociales y culturales, que dan lugar a diferentes maneras de asumir el embarazo.

Flórez⁶², analizó cómo los patrones de actividad sexual, unión y maternidad, diferían considerablemente entre los diferentes estratos en dos ciudades como Bogotá y 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 un entorno sociocultural de mayor o menor riesgo de fecundidad.

De la Cuesta⁶³, reveló que el embarazo en la adolescencia no es un hecho biológico, sino un hecho social y afectivo, y previsto 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, tipificó tres formas, el repentino, el prematuro y el residual. Esta construcción subjetiva que plantea la autora permite que los profesionales detecten las necesidades y las situaciones de vulnerabilidad que faciliten dar mayor apoyo a las jóvenes que los precisen.

⁶² FLÓREZ, Carmen Elisa. «Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia». En *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 6, p.18. Bogotá, 2005.

⁶³ DE LA CUESTA, Carmen. «Significado del embarazo en la adolescencia: la dimensión sentimental» En *Revista de Enfermería Clínica. Universidad de Antioquia*. Vol 10. N.º 5. Medellín: 2000. [En línea]. [Fecha de consulta 16 de marzo de 2011]. Disponible en [http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2895992>](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2895992)

Es claro que De la Cuesta⁶⁴ 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, describió la realidad del contexto en que tiene lugar esta situación, y planteó cómo entender el significado que las adolescentes atribuyen a su embarazo en los estratos socioeconómicos bajos, especialmente cuando encuentra que la maternidad y el amor lo toman ellas en serio, y es una expectativa de vida futura, real y deseada. Las adolescentes medias, sea cual sea su procedencia geográfica, encuentran formas de idealizar el amor y el embarazo, a pesar de sus consecuencias personales, y, por lo general, toman la decisión de continuar la gestación.

Desde el punto de vista de Salazar, Rodríguez y Daza,⁶⁵ el embarazo adolescente constituye un evento vital de importantes repercusiones en distintas dimensiones de la mujer: estructura familiar, ocupación, proyecto de vida y estado civil. También determinó el carácter repetitivo de la maternidad adolescente, y cómo la gestación no perjudica las necesidades futuras de la mujer.

Pérez⁶⁶ concluyó, por su parte, que las familias y adolescentes gestantes tienen mayores riesgos por la falta de conocimiento y de acceso a los servicios de salud, debido a las carencias propias del área rural donde se desarrolla el

⁶⁴ _____. «Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia». Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. Medellín: 2002, pp. 100-1.

⁶⁵ 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 *Persona y bioética*. Vol. 11. N.º 029. Universidad de La Sabana. Bogotá: 2007. [En línea]. [Fecha de consulta 21 de febrero de 2011]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83202907>

⁶⁶ PÉREZ GIRALDO, Beatriz. «Caracterización de las familias con adolescentes gestantes: Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar». Universidad de La Sabana. Facultad de Enfermería. Bogotá: 2003, p. 10.

estudio, y por tanto, surge la necesidad del cuidado del entorno que rodea estas familias con adolescentes gestantes, para garantizar el 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 urbanas, especialmente por el poco acceso a redes de apoyo y solidaridad, como lo denota la investigación.

Cárdenas⁶⁷, hace evidentes las problemáticas de género, familia, sexualidad y relaciones de pareja en estratos socioeconómicos 1 y 2. La mayoría de las mujeres gestantes tienen una estructura jerárquica que limita su autonomía, lo que constituye un factor de vulnerabilidad para la conformación de redes sociales. Encuentran que las adolescentes gestantes padecen pobreza, 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 en estos estratos hay poca facilidad para conformar redes sociales que apoyen la gestación, y los primeros años de vida de los hijos de estas adolescentes.

Alvarado⁶⁸, revisó las temáticas asociadas al embarazo y los factores inherentes a la actividad sexual, y observó que dicho problema de salud pública es prevenible. Resaltó la relación de este problema con el déficit de redes de apoyo social y familiar, así como con la carencia de toma de decisiones individuales asertivas.

Desde una perspectiva de la psicología cultural, Tenorio⁶⁹, en su investigación en las ciudades de Pasto, Popayán, Buenaventura y Cali, tipificó los modelos culturales de la mujer, la tendencia de las relaciones de pareja y sexualidad entre adolescentes. Observó, desde una perspectiva cultural, como en los diferentes sectores sociales las oportunidades para «hacerse» no son las mismas. Encontró 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. Resaltó, además, cómo la escolaridad es una condición necesaria, pero no suficiente, para que se asuman actitudes autónomas.

Cortés, Valencia y Vásquez⁷⁰ describieron 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 del distrito de Aguablanca, en Cali, Colombia. Concluyeron que existe una fuerte cohesión de un modelo cultural en el cual las madres adolescentes repiten la historia familiar de las abuelas y madres, y reflejan la sumisión asignada históricamente a las mujeres. La maternidad de las adolescentes aparece como el resul-

⁶⁷ 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.

⁶⁸ ALVARADO, Ricardo *et al.* «Problemática en torno al embarazo en Adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca)». En *Revista Ciencias de la Salud*. Universidad del Rosario. Vol. 5. N.º 1. 2007. [En línea]. [Fecha de consulta 21 de febrero de 2011]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56250105>

⁶⁹ 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.

⁷⁰ CORTÉS, María Enriqueta; VALENCIA, Susana y VÁSQUEZ, María Lucía. «Mi mente decía no... Mi cuerpo decía sí...: embarazo en adolescentes escolarizadas». En *Avances en enfermería*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Vol. 27. N.º 2. 2009. [En línea]. [Fecha de consulta 16 de marzo de 2011]. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12968/13563>

tado de la presión que ejercen los antecedentes sobre ellas que identifica códigos de poder y dominación masculina en la relación de pareja.

Con la perspectiva de género, Henao, González y Vargas⁷¹ plantean la fecundidad de la adolescente en Colombia como un obstáculo para las mujeres. Para ello ponen en evidencia que para nuestra sociedad, desde el nacimiento el sexo marca el trato diferencial entre hombres y mujeres. Destacan, 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. Sugieren reducir las diferencias de género mediante acciones que habiliten a las mujeres para pensar, sentir y actuar de manera independiente, para tener el control de su propia vida y de su fecundidad.

Soto y Durán⁷², en su investigación «Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social», describen y explican cómo 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, y reconocer que no puede ser modificado por un simple decreto de la voluntad, sino que exige un esfuerzo laborioso que

⁷¹ HENAO, Juanita; GONZÁLEZ, Constanza y VARGAS Elvia. «Fecundidad adolescente, género y desarrollo». En *Revista Territorios*. No. 16-17. Centro Interdisciplinario de Estudios Regionales-CIDER-Universidad de los Andes-Universidad del Rosario. 2007. [En Línea]. [Fecha de consulta 21 de marzo de 2011]. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2924356>.

⁷² SOTO, Virginia Inés y DURÁN, María Mercedes. «Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social». En *Avances en enfermería*. Vol. 26. No. 2. Universidad Nacional de Colombia. [En línea]. [Fecha de consulta 16 de marzo de 2011]. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12944/13540>

considere las experiencias desde los ámbitos internos y externos.

Lugo⁷³, al estudiar en el mundo interior y afectivo de las adolescentes, concluyó 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 en 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 Miranda⁷⁴, 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 placer 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 sus padres o amigos, y más bien se siente plena y feliz al lado de su compañero, y con sentimientos de bienvenida para su hijo.

Kano⁷⁵, en una línea sicológica similar a la anterior, deja ver la faceta y muestra el modo

⁷³ LUGO, Nelia Victoria. «El mundo afectivo de la adolescente embarazada». Medellín: Universidad de Antioquia, 2000, p.1. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de marzo de 2011]. Disponible en www.avanza.org.co/archivos/.../Vickyfesco.pdf.

⁷⁴ PRÍAS VANEGAS, Hilda y MIRANDA MELLADO, Clarybel. «Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal». En *Aquichan*. Bogotá: Universidad de la Sabana. Vol. 9, N.º 1 (2009). [En línea]. [Fecha de consulta 21 de febrero de 2011]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74111465009>.

⁷⁵ KANO FLORIÁN, María Esther. «El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia: Ajustando la identidad». Medellín: Universidad de Antioquia, 1998, p. 35.

como se modifica la idea del *yo* durante la gestación, como un proceso secuencial de ajuste de su identidad. La autora señala que 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.

Soto y Durán⁷⁶, en la misma línea anterior, plantean un acercamiento desde una perspectiva sociológica al fenómeno del embarazo en la adolescencia, resaltan los contextos sociales en los cuales estas jóvenes se encuentran, y cómo este fenómeno ejerce, 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 el fenómeno.

Amar y Hernández⁷⁷, desde otro ángulo sociológico, en una población de muy escasos recursos en Barranquilla, describen 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 ambivalente; aunque haya deseado el embarazo, de alguna manera lo rechaza y al mismo tiempo lo acepta, lo cual refleja su bajo autoconcepto.

Gutiérrez y otros⁷⁸, en un estudio de intervención con perspectiva psicoanalítica, buscan identificar el estado psíquico y vínculos significativos que se entrelazan en las adolescentes, así como las características en la relaciones entre madres e hijos. De esta forma, caracterizan la atmósfera psíquica de las adolescentes gestantes, las que en condiciones socioeconómicas difíciles, tienen la sensación de un presente siempre estancado, en el que no existen ni proyectos, ni esperanzas, ni sueños. Aún a pesar de las condiciones precarias, es posible una atmósfera de esfuerzo para dar sentido a las experiencias vividas.

Castrillón⁷⁹, enfoca su análisis sobre la «resignificación» de la sexualidad infantil de la adolescente embarazada y la función que cumple un hijo. Es durante el embarazo, y posteriormente con la presencia del hijo que se tramita 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 del sujeto, y desde su responsabilidad subjetiva.

2.3 ENTORNO DE LAS MADRES ADOLESCENTES ENTREVISTADAS

Las condiciones previas al embarazo están enmarcadas no solo en características individuales, como son la edad y las particularidades intrínsecas de impulsividad e invulnerabilidad,

⁷⁶ GUTIÉRREZ, Maggi 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 *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 5. N.º 001 (2007). Manizales: Universidad de Manizales. [En línea]. [Fecha de consulta 21 febrero de 2011]. En <http://redalyc.uamex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77350105>

⁷⁷ AMAR, José J. y HERNÁNDEZ, Jiménez Bertha. *Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras*. Barranquilla: Universidad del Norte, 2005, pp. 1-3.

⁷⁸ CASTRILLÓN C, Sandra. «La función del embarazo en adolescentes sobre la resignificación de la sexualidad». *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol.28. N.o 1. Medellín: Universidad de Antioquia. 2010. [En línea]. [Fecha de consulta 22 de marzo de 2011] En http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2010000100006&lng=es&nrm=iso.

sino además en aspectos culturales los de género y cuidado de los hijos, y en aspectos sociales como las oportunidades de realización personal y el ejercicio de los derechos fundamentales, sin olvidar la salud sexual y reproductiva.

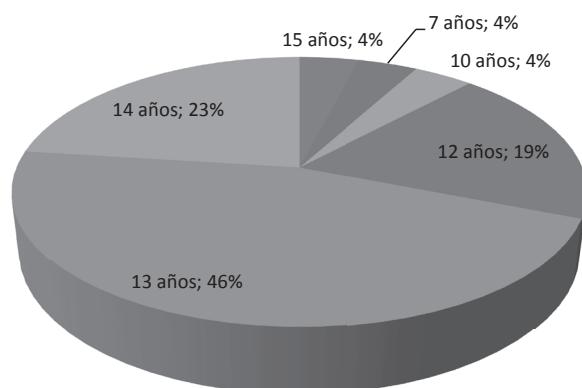
Los costos son registrados, especialmente en los medios de comunicación, en contra de los y las adolescentes, cuyas vidas toman un giro inesperado. Sin embargo, en el trasfondo hay falta de oportunidades para acceder a los servicios de salud, a una educación óptima y a condiciones de vida que les den proyecciones para el futuro, las que les obligarían a aplazar la maternidad para no generar costos económicos, demográficos y políticos.

Este contexto, en que las y los adolescentes están inmersos en sus vivencias, marca los diferentes factores que contribuyen a orientar las expectativas de vida. Por esta razón, estos factores se presentan en primer lugar, para comprender posteriormente por qué la autonomía sufre relevos en esta circunstancia tan particular.

2.3.1 Respecto a la edad: Es interesante destacar estos aspectos de la joven y su pareja, que facilitan 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 (19 %) y, con distribuciones de un 4 % las adolescentes que tuvieron noviazgos a los 10 años, 15 años, y la sorprendente edad de menos 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

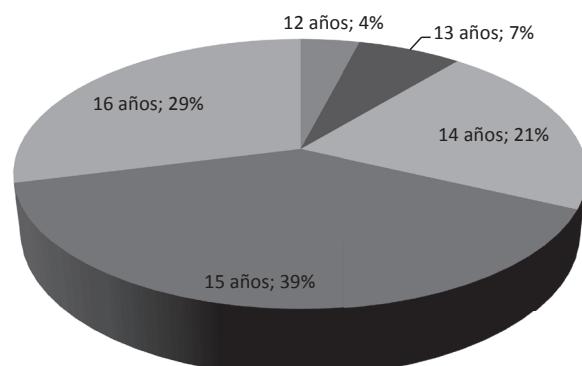


Fuente: Autoría propia

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

- 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 fue 14,8 años. (Véase figura 2).

Figura 2. Edad del embarazo

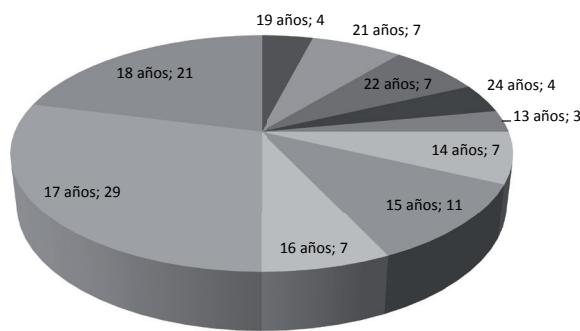


Fuente: Autoría propia

En relación con la edad del novio o padre del hijo(a), se evidenció una distribución mucho más heterogénea (entre los 13 y los 24 años), de tal forma que se determinó lo siguiente:

- La mitad de los novios de las adolescentes entrevistadas estaban en el rango de edad entre 17 años (un 29 %) y 18 años (21 %).
- El resto de ellos se ubicaron en rangos de edad de 15 años (11 %) y 16, 14, 21 y 22 años, con 7 % respectivamente. En menor proporción estuvieron aquellos con edades de 19 y 24 años (4%), y 13 años (3%).
- Se evidenció claramente es que la mayor parte de los novios o padres de los hijos, con los que las adolescentes se han relacionado, tenían edades similares a las de ellas. De esta forma, se vio que el promedio de edad en que estaban también correspondía con un hombre adolescente: 17,5 años. (Véase figura 3).

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



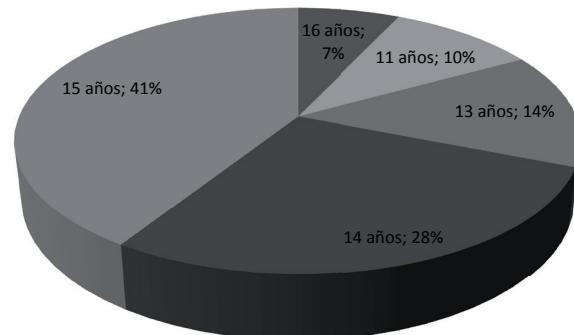
Fuente: Autoría propia

2.3.2 Respecto al ejercicio de la sexualidad:

En cuanto a 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 %).
- 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.
- El promedio de edad en que las adolescentes tuvieron su primera relación fue 14,2 años. (Véase figura 4).

Figura 4. Edad de Inicio de la vida sexual



Fuente: Autoría propia

En cuanto a los promedios de 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 fue 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, lo que se constituye 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 evi- dencian las entrevistas con las adolescentes, tiene que ver con los métodos de planificación utilizados (en otros casos, las razones para no usarlos), en el inicio de la vida sexual de las adolescentes. La relación entre el embarazo y los métodos de planificación 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, relaciona los métodos de planificación que actualmente utilizan las adolescentes.

Según la ENDS⁸⁰, en el 2010, el inicio de la vida sexual de las adolescentes de 15 a 19 años fue de 13,5 %, y para la EDDS⁸¹, en el 2011, el 11 % de las encuestadas comenzó su vida sexual antes de los 15 años, mientras que este porcentaje aumentó a un 57 % antes de los 18 años. Adicionalmente, según El Ministerio de Salud⁸² la norma técnica para la detección tem-

⁸⁰ PROFAMILIA. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, 2010, p. 114.

⁸¹ PROFAMILIA. *Encuesta Distrital de Demografía y Salud*, 2011. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de octubre de 2009]. Disponible en <http://www.demografiaysaludbogota.co/>

⁸² 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 aten-

prana de las alteraciones del joven de 10 a 19 años, 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 en las adolescentes para el no uso de métodos de planificación, lo que a la postre causa el embarazo, fue que «nunca se protegió». En dicha explicación está implícito en algunos casos y explícito en otros la «inviabilidad» que sienten las y los adolescentes respecto a que el embarazo «no les va a pasar».

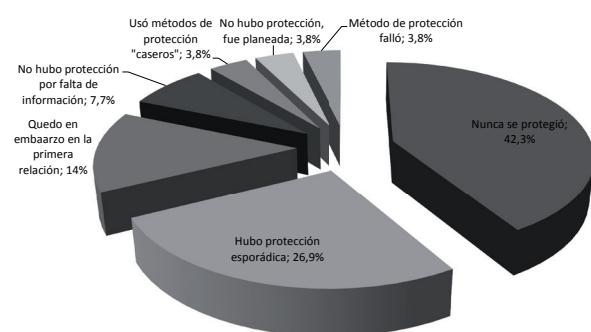
- En una proporción menor, pero no por ello menos significativa (26,9 % de los casos), está la justificación de la «protección esporádica», es decir, las adolescentes tienen conocimiento de métodos de planificación, los han utilizado, pero que en ciertos momentos los «dejaron de utilizar» o «ese día no nos protegimos», lo que causa un factor más de vulnerabilidad en ellas.
- La tercera razón (11,5 % de los casos) con las que las jóvenes asocian el evento del embarazo es que «quedaron embarazadas en la primera relación». Implícitamente, 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

ción para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá, D. C.: El Ministerio.

toma del 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 caseros⁸³ de protección que no funcionaron (3,8 %); la falla del método de protección⁸⁴ (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



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 protegía, el 30,8 % planificaba con Yadel, un método muy popular y que garantiza protección a largo plazo (5

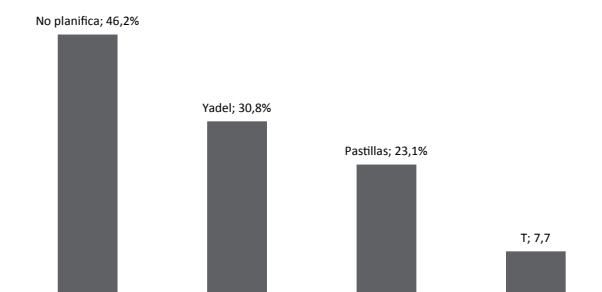
⁸³ Dijo una de las adolescentes: «Pues yo seguí las recomendaciones de una amiga a quién yo le contaba y me dijo que tomara Pony Malta con Canela hervida para no quedar embarazada y que me la tomara después de que estuviera con él». (LFJ, 25 febrero 2011).

⁸⁴ Según la adolescente, falló el método de barrera que utilizaban: «... Nosotros nos protegíamos con condón, sino que se rompió...». (MMS, 10 diciembre 2010).

años). El 23,1 % utilizaba como método de planificación las pastillas anticonceptivas. En menor proporción, 7,7 %, utilizaba el dispositivo intrauterino como método de planificación.

- El 46,2 % restante de las adolescentes no planificaba ni ejercía la titularidad del derecho a la salud sexual y reproductiva, lo que propicia mayor vulnerabilidad y exposición a quedar, por segunda vez, en embarazo. (Véase figura 6).

Figura 6. Método de planificación Fuente: Autoría



propia

Según la Profamilia⁸⁵, en 2010, el 45 % de las adolescentes unidas y no unidas sexualmente utilizaban métodos anticonceptivos inyectables; seguía la utilización del condón, con un 42 %, mientras que aquellas que usaban píldoras e implantes representaban un 23 %. Finalmente, el 5 % utilizaba DIU. La EDS⁸⁶, en 2011, encuentra que el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes unidas es de 68,4 %, mientras que en las adolescentes sexuales activas no unidas, es de 82,4 %.

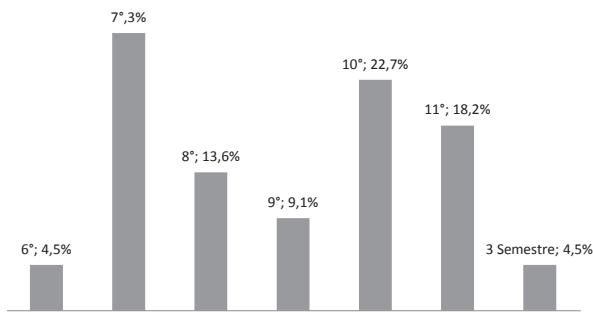
2.3.3 Respecto a la escolaridad: Es importante destacar la escolaridad como un factor de vulnerabilidad o de protección para ser madre, que

⁸⁵ PROFAMILIA. *Op cit.*, pp. 114-5.

⁸⁶ *Ibid.*, pp. 114-5.

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

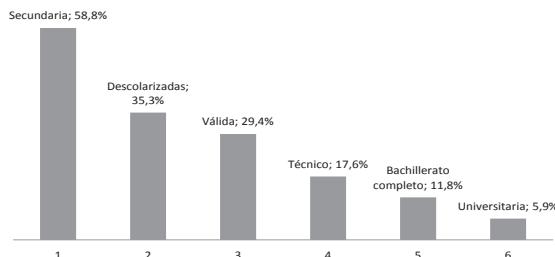


Fuente: Autoría propia

La figura 7 señala, en términos porcentuales, el estado de escolaridad antes del embarazo. 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 esta razón, los indicadores estudiados en las diferentes encuestas nacionales y locales lo toman en cuenta. Según un consolidado de movimiento académico, la variación que tuvieron las adolescentes entrevistadas, presenta las tendencias siguientes:

- El 58,8 % de las adolescentes estaban terminando su bachillerato en el momento de la entrevista, lo que indica que lograron afrontar el embarazo, y dieron continuidad a su proyecto académico y personal. (Véase figura 8).
- Por otra parte, se evidencia que un 35,3 % de ellas afrontaron situaciones de desescolarización debido al evento del embarazo, por causas de salud, psicosociales o motivaciones personales.

Figura 8. Grado de escolaridad actual

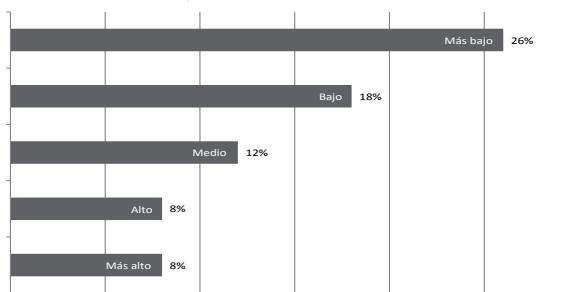


Fuente: Autoría propia

- 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 continuaron ningún tipo de estudio técnico o superior. En mucha menor proporción están las adolescentes que, pese a las dificultades, logran hacer estudios técnicos (17,4 %), y un grupo muchísimo menor (5,9 %), que ingresa a la educación superior.

Según la EDDS⁸⁷, en el 2011, a mayor nivel educativo e índice de riqueza, el porcentaje de adolescentes embarazadas fue menor.

Figura 9. Embarazo en adolescentes por índice de riqueza



Fuente: EDDS, 2011.

2.4 ANÁLISIS CUALITATIVO

2.4.1 Significado del relevo de autonomía en las madres adolescentes, mediante entrevis-

⁸⁷ *Ibid.*, p. 116.

tas semiestructuradas: La autonomía en proceso de las adolescentes durante el embarazo va modulándose con tensiones, pactos y negociaciones, dando lugar a lo que se ha llamado el proceso de «relevo de la autonomía», con la recopilación de las experiencias de vida tan particulares que se presentan a lo largo de esta investigación y que dan cuerpo a esta figura.

El «relevo de autonomía» permite tomar decisiones de vida 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, cuando se sienten los rigores de las presiones externas que la obligan a relevar sus decisiones, para poder equilibrar su cotidaneidad, sus intereses y su supervivencia.

Se presentan tres vivencias interesantes en las 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 quebrantada su autonomía por la presentación de un embarazo, en los que unos y «otros» exhortan 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»⁸⁸ (véase figura 10).

Caso LTB antes del embarazo

- **Estructura familiar:** La adolescente entrevistada, antes de su embarazo, vivía con su familia nuclear: sus padres, de 42 y 39 años respectivamente y una hermana de 13 años; su hermano mayor, de 17 años,

no vivía con ellos. En el mismo espacio habitacional convive la familia extensa, compuesta por los abuelos de 72 y 62 años, y tíos paternos de 40 y 35 años.

- **Ciclo vital familiar:** El grupo familiar al estar compuesto por varias generaciones, permite ubicar dos etapas del ciclo vital familiar: a) una generación que se aproxima a la vejez y b) segunda generación que está entre los 35 y 40 años de edad. Es una familia muy joven y en un estadio de vida comprometido con el 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 de 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.

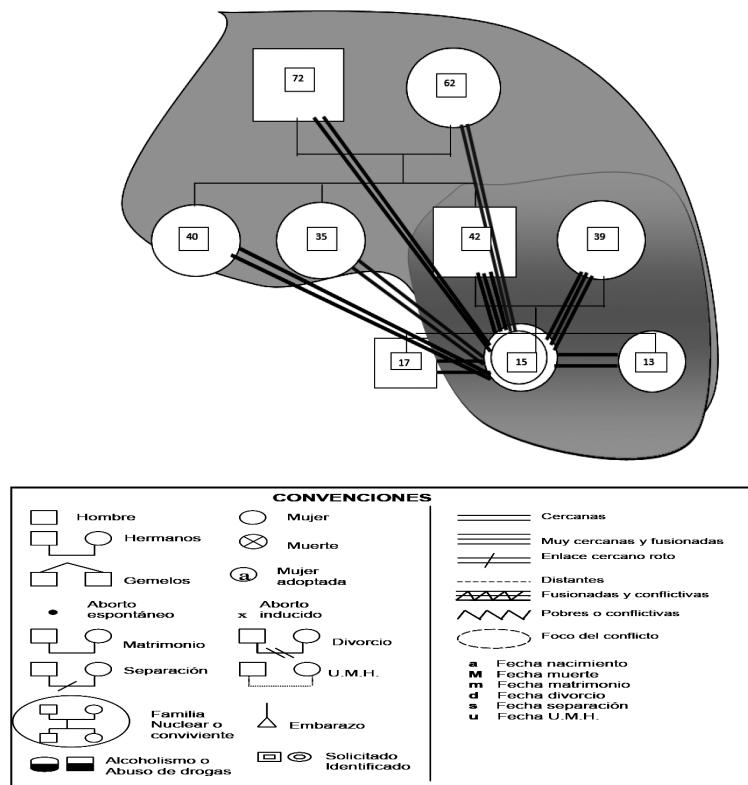
En el caso de este grupo familiar se vislumbran relaciones armónicas entre la familia nuclear y la familia extensa, se establecen vínculos afectivos entre los distintos miembros de la familia, así como relaciones de apoyo afectivo y material (véase figura 11).

Caso LBT después del embarazo

- **Estructura familiar:** El nuevo genograma permite evidenciar una movilidad de las estructuras familiares: una referida a la familia nuclear de la adolescente, la familia extensa que vive en la misma casa, las cuales fueron descritas anteriormente, y

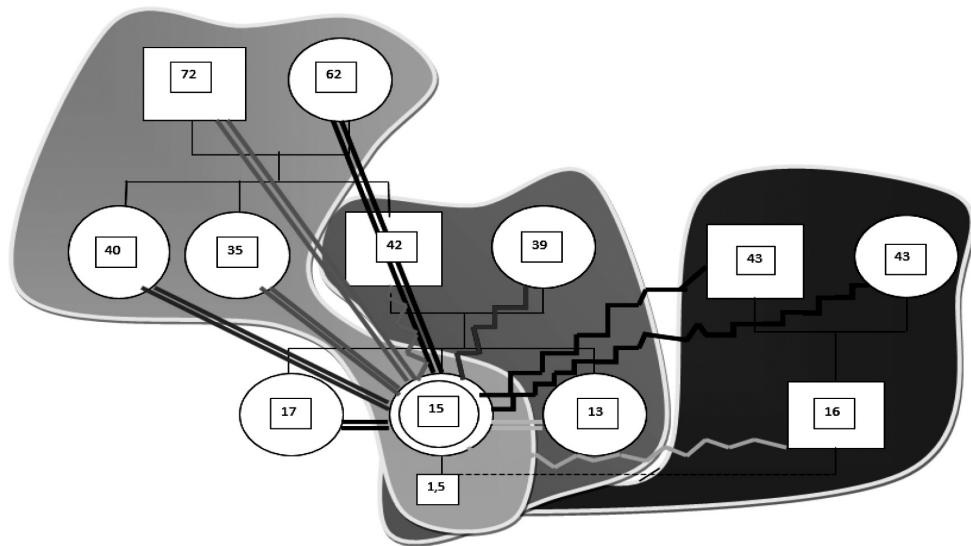
⁸⁸ DICCIONARIO MANUAL DE LA LENGUA ESPAÑOLA VOX. [En línea]. [Fecha de consulta 15 mayo 2011]. Disponible en <http://es.thefreedictionary.com/exhortada>.

Figura 10. Caso LTB antes del embarazo



Fuente: Autoría propia

Figura 11. Caso LTB después del embarazo



Fuente: Autoría propia

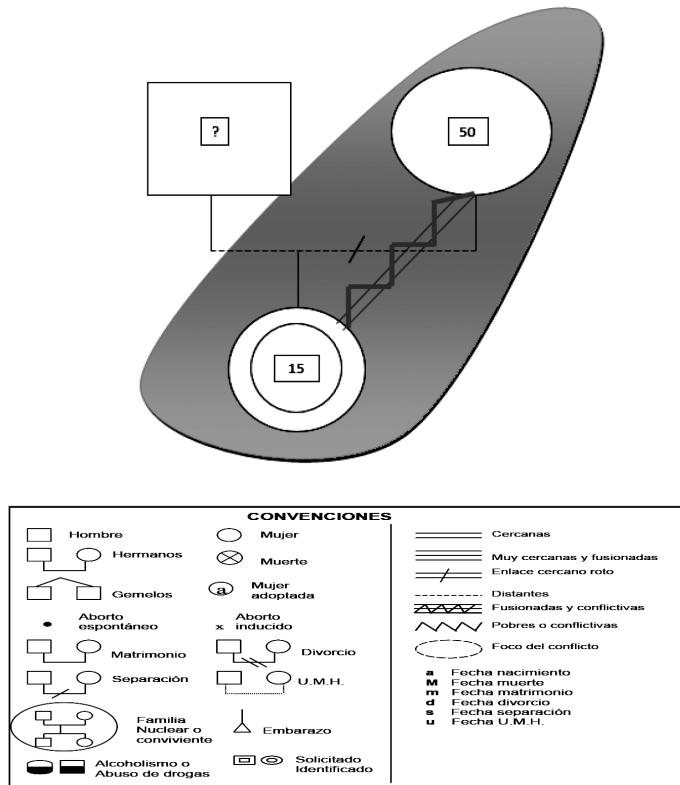
otra estructura familiar de tipología nuclear compuesta por los padres del novio de la adolescente.

- **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 la estabilidad relacional que origina cambios estructurales y funcionales en el grupo familiar entre padres e hija. El grupo familiar entra en una etapa de crisis en la cual no se sienten con la capacidad de movilizar los recursos internos que poseen, ni de ajustarse a los cambios evolutivos que han llegado.
- **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 este. Esta relación se torna en un lazo estrecho y conflictivo, con relaciones de tensión. Se devela así, una pérdida en la cohesión emocional interna de la adolescente con el padre, madre y hermana menor. Se acentúan y se fortalecen los lazos de apoyo y de solidaridad por parte de la familia extensa hacia la adolescente.
- **Relevo de autonomía:** Con la noticia del embarazo se desencadena una crisis familiar, que no solo afecta la armonía del hogar, sino que produce una inestabilidad emocional y habitacional en la adolescen-

te. Los padres retiran el apoyo material que la adolescente necesita. El genograma ilustra como la adolescente ha presentando muchas dificultades en sus relaciones familiares, 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:** Como consecuencia, se presenta un debilitamiento de las relaciones de la adolescente con sus padres, porque estos le quitan su apoyo. Se señala que la familia de la pareja le prestó un buen trato durante el embarazo. Aquí se presenta un primer relevo en el campo económico: el 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 pasa por su tercer relevo, hasta la actualidad (véase figura 12).

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 desconocido para ella.
- 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.

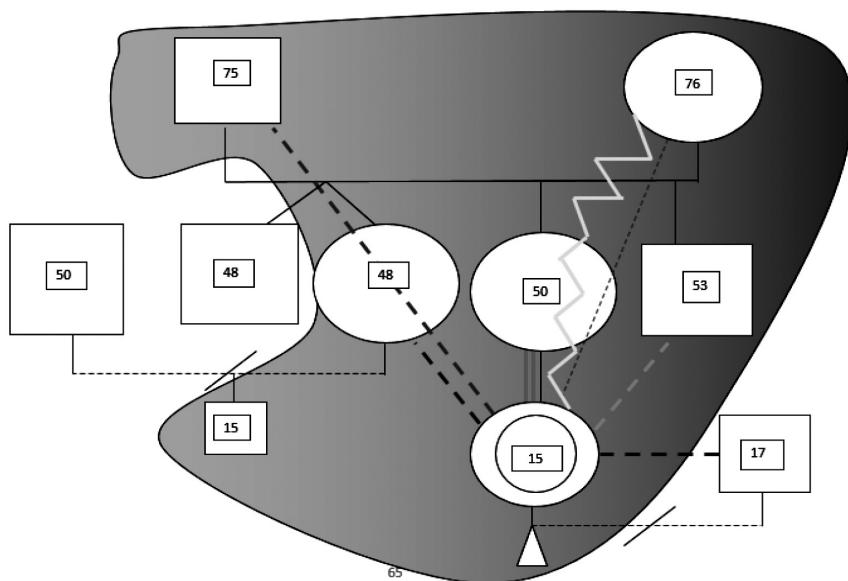
La madre está comprometida con la maduración de su hija, que está en una edad sensible, cambiante y compleja. No relaciona la intención de tener otra pareja.

- Relaciones familiares:** Entre madre e hija existe una relación estrecha, pero que frecuentemente se torna conflictiva por las diversas actitudes, creencias e intereses, que se suscitan entre madre e hija en la interacción cotidiana (véase figura 13).

Caso SER después del embarazo:

- Estructura familiar:** Luego de presentarse el embarazo, madre e hija deciden irse a vivir con la familia extensa, conformada por los abuelos, las tíos y los tíos maternos, con edades que oscilan entre los 48 y 53 años.
- Ciclo vital familiar:** El grupo familiar, al estar compuesto por varias generaciones,

Figura 13. Caso SER después del embarazo



Fuente: Autoría propia

- 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. 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 vislumbran unas relaciones distantes y conflictivas entre la adolescente, sus tíos y abuelos. Esta dificultad familiar refuerza la cohesión y el vínculo emocional entre madre

e hija, y disminuye los niveles de conflictividad que existían 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 retornar a la adolescente con su madre y con ella acudieran a la familia extensa.

- **Relevo de la autonomía:** El relevo 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, fue 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 evidenció un relevo 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.

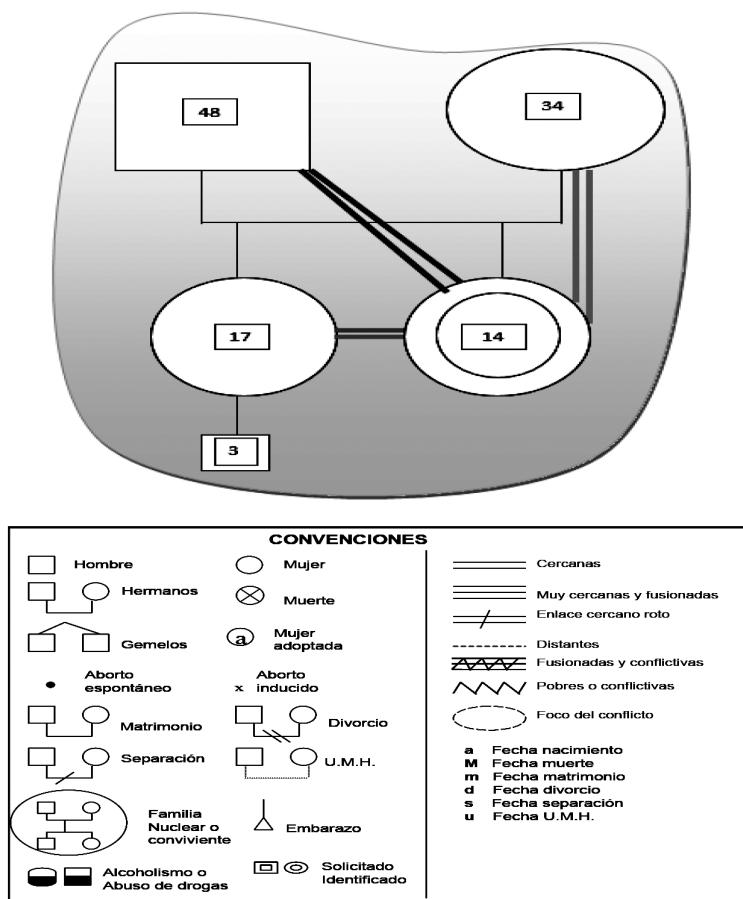
Un factor clave en el genograma es la ausencia del padre de la adolescente, y también la del padre del bebé. Dicha ausencia genera en la joven un grado de vulnerabilidad mayor, y en esa medida la dependencia aumenta. Otro factor clave, que en mayor o menor medida genera grados de dependencia hacia la nueva familia extensa a la que se acerca

la adolescente, tiene que ver con la ausencia del padre del bebé. Dicha ausencia comenzó en el mismo momento en que la adolescente conoció su estado de embarazo y causó el alejamiento del joven (véase figura 14).

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 enmarcado por la presencia

Figura 14. Caso BAC antes del embarazo



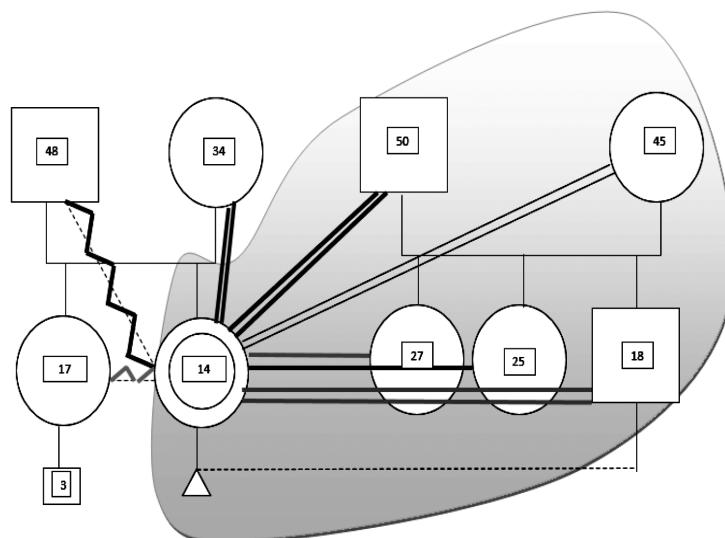
Fuente: Autoría propia

de 2 hijas en edad adolescente: Una de ellas, la hermana mayor, que ya es madre adolescente de 17 años, está en una etapa de transición y recuadre de su ciclo vital individual, debido a que ha trastornado la etapa de tránsito entre la juventud y la adultez, por los roles y responsabilidades que ha debido asumir, a partir de las de-

mandas internas de la familia y del contexto sociocultural donde se vive.

- **Relaciones familiares:** 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 (véase figura 15).

Figura 15. Caso BAC después del embarazo



Fuente: Autoría propia

Caso BAC después del embarazo:

- **Estructura familiar:** Después del embarazo son dos familias nucleares, una por parte de la adolescente entrevistada, conformada por sus padres, su hermana mayor de 17 años que 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 «paranormativos»⁸⁹.

⁸⁹ Se habla de cambios «paranormativos» cuando un sistema familiar en su proceso evolutivo enfrenta eventos imprevistos para los cuales no estaban preparados, como es el caso que nos ocupa. «Las madres adolescentes», las cuales por la etapa de vida en que están (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 traen consigo el nacimiento y la crianza de un hijo, trayendo como consecuencia conflictos en sus roles y en su ciclo vital, en razón de su transición entre el ser adolescente y las responsabilidades que implica el ser madre, esperado en otra etapa evolutiva de vida (cambio normativo). Esto, por consiguiente, afecta también al grupo familiar.

El contexto de crisis de esta familia muestra como los recursos normales los movilizan continuamente para asegurar la integridad de los miembros, y ahora están momentáneamente agotados. 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, en esta nueva situación no contaban con recursos suficientes. Es interesante plantearse 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 estabilizar el sistema familiar.

- **Relaciones familiares:** Al presentase 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 distante y conflictiva; lo mismo ocurre con su hermana mayor, con quien las relaciones se fracturan por el embarazo. No obstante, la relación con la madre se mantiene estrecha, cercana y cohesionada, en un vínculo de solidaridad, 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.

- **Relevo de la autonomía:** Inicialmente el padre de la adolescente le retira el apoyo económico y material; la mamá la apoya en esta nueva etapa de vida, en un ámbito emocional y económico. Este contexto coadyuva a que la adolescente, con el apoyo de la pareja, tome 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 casa del novio.

Una vez se presenta el parto y puerperio, mediante seguimiento telefónico, se encuentra que en la situación actual la adolescente ha regresado con su familia nuclear y, según señala la misma adolescente, mejoraron las relaciones con su padre y su hermana. Se vislumbran nuevas configuraciones del relevo de autonomía para gestionar la calidad de vida de la joven madre y su hijo.

La ilustración y análisis de 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.

2.4.2 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 con el software para investigación cualitativo ATLAS.ti. Se establecieron categorías de análisis que facilitaron plantear similitudes y diferencias entre cada uno de los grupos focales en varios aspectos:

- **Planes futuros:** 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 (3), SENA hotelería y turismo (1). En otras ocasiones no mencionan explícitamente el tipo de estudio que desean continuar (2), diseñadora (1), medicina (1) y licenciatura (1). (Entre paréntesis el número de adolescentes que desean esa carrera).
- **Relevo de autonomía:** Todas las adolescentes en mayor o menor medida, sufrieron relevo de autonomía durante o después del embarazo de los padres, madres, pareja e incluso tíos. 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), y se pregunte: ¿quién me puede apoyar –entiéndase relevar– de mejor forma en este momento de mi vida?
- **Vulnerabilidad:** El embarazo pone en evidencia grados de desprotección y vulnerabilidad de algunas de las adolescentes frente a la relación con otras personas. 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 de la responsabilidad de asumir su vida.
- **Dependencia:** Una de las tendencias más claras de las jóvenes madres tiene que ver con los grados de dependencia de varios tipos que tienen: **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 la manutención del hogar y los gastos de la nueva vida. Resaltan la 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, y el añorar su versatilidad en actividades corrientes.
- **Fenomenología histórica familiar del embarazo:** Hace referencia a aquel ciclo repetitivo de las mujeres en la cual son madres adolescentes a temprana edad. Este fenómeno ha caracterizado principalmente la repetición de los círculos de pobreza, miseria y atraso social en poblaciones marginadas. Fue frecuente encontrar casos de adolescentes que tuvieron personas de la familia nuclear (hermana y hermano), con la misma historia de maternidad y paternidad a temprana edad.
- **Costos del embarazo:** Mientras que en el primer grupo se puso de presente, en el segundo este tema no se particularizó; sin embargo, en los relatos alguien relevó el gasto económico que brinda el Estado, además de la atención médica en este particular grupo de adolescentes.
- **Codependencia al bebé:** Uno de los factores que más resaltaron en uno de los grupos tuvo que ver con el estado de codependencia que tienen la mayoría 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 resaltan los «sacrificios» que tiene que hacer la joven respecto al transcurrir normal de su vida adolescente (salidas, fiestas, ocio, amigos, etc.).

- **Socialización del embarazo virtual:** Uno de los relatos señala de forma anecdótica, como una de las jóvenes decide dar a conocer la noticia de su embarazo al resto de su familia extensa, mediante el nuevo contexto tecnológico y de redes sociales actuales, ejemplo de ello es darlo a conocer por *Facebook*.
- **Confrontación con los pares:** Se hizo plausible la soledad y dedicación a sus hijos, olvidando que otros «pares» como ellas viven similares circunstancias. En este sentido, el encuentro tuvo de positivo que esta confrontación las hizo sentir menos culpables y las motivo para seguir sus metas.

Para terminar el análisis es importante tener en cuenta la teorización de las diferentes circunstancias del embarazo que a menudo se presentan en este grupo etáreo, de lo cual De la Cuesta⁹⁰ resalta:

- 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.
- Los **embarazos prematuros** 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.

Ejemplos de similitudes, diferencias y tipo de embarazos en grupos focales con madres adolescentes son ilustrados en el Anexo A.

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

El comportamiento transversal de la autonomía colectiva y solidaria, permite afirmar que esta es 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 ocurren 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

⁹⁰ 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.

para el futuro; 9) espacio de mayor afectación y 10) repercusión en la vida escolar.

2.5.1 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 apreció que la mayoría de las adolescentes tenían un tipo de vida normal para el momento del ciclo vital en el que estaban, esto quiere decir, que se sentían altamente identificadas con sus pares, no les prestaban atención a sus padres, poseían sentimientos de invulnerabilidad y comenzaban a experimentar su sexualidad. Algunos relatos pusieron de manifiesto las vivencias de este período 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 mostraron un 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 aprecian 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).

2.5.2 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 estableció en los discursos de la mayor parte de las adolescentes, que pensaban tener un hijo en algún momento de su vida. Así lo señalaron algunas: «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 respecto al deseo de tener un hijo en algún momento de la vida. 28 de las 32 adolescentes entrevistadas, manifestaron este tipo de opinión. Solamente 2, nunca pensaron en tener un 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, la edad promedio adecuada para tener un hijo es de 24 años. En el imaginario de las adolescentes, este período de vida tiene por lo menos las 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 la capacidad económica, social y psíquica adecuada para brindarle lo mejor 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 que fueron las que generan mayores expectativas en las adolescentes a la hora de escoger una profesión. En menor proporción hay otras, como ingeniería de sistemas, criminalística, actuación, la milicia, hotelería y turismo y diseño gráfico.

2.5.3 Vida sexual y factores de protección: En la indagación respecto a ciertos aspectos de la vida sexual de las adolescentes, se sitúan 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 le falló el método de protección. «Nosotros nos protegíamos con condón, sino 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 tampoco hacen responsables a sus parejas para utilizar protección. Un elemento importante que se destaca, es que los adolescentes comienzan a usar protección, pero no continúan utilizándola en las siguientes relaciones, esto debido a la invulnerabilidad natural en ellos.

2.5.4 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 a 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, en medio de la situación, algunas adolescentes tuvieron sentimientos ambivalentes de felicidad y temor. 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).

- A la mayor parte de las jóvenes les preocupaba lo que pensaran 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 señaló sentimientos de negación amparados por el temor hacia sus padres, fenómeno común en la etapa adolescente, lo que 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, párrafo 15).

2.5.5 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 autolimitar y, por el contrario, contribuyó al hecho de «salir adelante». Así lo evidencia esta narración: «No, yo no me eché 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 respondió afirmativamente a la pregunta, y para ellas se hizo relevante el que se hayan visto cuestionadas en aspectos como su autonomía, toma de decisiones, relaciones interpersonales, de familia e incluso de su 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: 1. se disminuyó la buena imagen que tenías ellas frente a sus compañeros(as); 2. su rendimiento académico y el riesgo de desescolarización, aumentan y, 3. 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 con libertad de movimiento y la no responsabilidad, a asumir la toma de decisiones y sentirse con más edad y restringida física 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. «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, atenida 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).

2.5.6 Reacción del novio o padre del niño frente al embarazo: Son variados los relatos que tienen las adolescentes respecto a la reac-

ción del novio o padre del hijo en el momento del embarazo. Principalmente, se encontraron dos tipos:

- La mayor parte de los sentimientos y reacciones de las parejas o los padres de los hijos, se caracterizan por ser de alegría y aceptación ante la situación del embarazo. Buena parte de las adolescentes señalaron que sus parejas se sintieron felices y aceptaron el embarazo como una situación positiva. Reacción distinta a la que tuvieron las jóvenes que, por el contrario, fueron en su mayoría de miedo, zozobra y ansiedad. Al respecto se resaltan estos comentarios: «¿Cómo reaccionó tu pareja en el momento del embarazo?: Alegre, se puso contento y me apoyó, me acompañó 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).
- Otras parejas de las jóvenes manifestaron reacciones de obtención de independencia frente al embarazo de ellas. En ciertos casos, las jóvenes entrevistadas manifestaron 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).

2.5.7 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.

2.5.8 Proyecciones: Al indagar por las proyecciones de vida que tienen las adolescentes, las respuestas tienden a darse similitudes como las siguientes:

La mayor parte de las adolescentes, debido a que están estudiando, tenían como proyecto de vida más cercano 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 mencionaron 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, de ellas mismas, y, en otros casos, de las madres o las suegras de ellas.

2.5.9 Espacio de mayor afectación: Al analizar el espacio social afectado, se busca identificar desde la subjetividad de ellas las principales áreas en la que ellas vieron afectadas sus vidas en el momento del embarazo. En este sentido, lo que las jóvenes señalaron se condensa en el Cuadro 6.

Se encontraron cuatro tipos principales: subjetivo, familiar, educativo y titularidad de sus derechos. Transversalmente, estos espacios se

contrastan con tres planos vitales en la constitución de la vida de una adolescente: identidad, relaciones con otros y autonomía.

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, por la disminución de los autos (autoestima, autorreconocimiento, autoprotección, etc.), los múltiples cuestionamientos y el replanteamiento de los proyectos de vida; las dificultades en la convivencia y las relaciones con los pares, la pareja y la familia.

El segundo más afectado 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, y pasan a un segundo plano por la prioridad que tiene su hijo.

El tercer lugar de mayor afectación es la **familia**. En esta, principalmente, se deteriora la comunicación con los otros, se incrementan los gastos del hogar y, por tanto, la economía del hogar refleja una «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,

Cuadro 6. Espacios de mayor afectación para las madres adolescentes

Espacio de mayor afectación	Identidad	Relaciones con otros	Autonomía
Subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Se aminoran los «autos»: autonomía, autorreconocimiento, autoimagen, autogobierno, autodeterminación, etc. - Se presentan cambios de comportamientos; deben asumir otros roles (maternos). 	<ul style="list-style-type: none"> - La relación con la pareja genera crisis, se deteriora por el evento (la pareja se aleja). - No sé es partípice de las actividades normales que realizan los adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Libertad de la toma de decisiones como persona sola, libre e independiente, en esta etapa de ciclo vital.
Familiar	<p>Se diluye en una dinámica colectiva conjunta del mundo de los adultos, y generan dependencia emocional, económica y física, especialmente al final del embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desmejora la comunicación y la comprensión con padre y madre. - Se incrementan los gastos no previstos en el hogar por la manutención del bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
Educativo	<ul style="list-style-type: none"> - Se cuestionan 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». 	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>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 con la asesoría que haya recibido en planificación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desescolarización concertada por el 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. 	<ul style="list-style-type: none"> 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

los cuales empiezan a ser legítimos en la cotidianidad de su nueva condición. Este tópico se indagó con la pregunta, «¿Conoces algo de la ley para adolescentes embarazadas?». Las respuestas a esta pregunta resaltan dos tendencias principales: aquellas que tienen nociones sobre la ley, y las 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, principalmente el derecho a continuar estudiando y no ser discriminadas; el derecho a 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.

2.5.10 Repercusión en la vida escolar: Los cambios reflejados en la vida escolar son importantes porque potencian el deseo de recuperar la independencia y autonomía, y poder renunciar al relevo de la autonomía durante el embarazo. Se advierten varios matices:

- Para la mayor parte de las jóvenes, hubo apoyo por parte 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 desescolarizarse 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, al colegio me adelanté... pero el colegio sí 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.

2.6 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». Estas fueron:

- invulnerabilidad – vulnerabilidad;
- dependencia
- redes de apoyo (familias, pares, instituciones)

2.6.1 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 señaló: «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 exemplifican relatos como:

...si, 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 hacia 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).

2.6.2 Dependencias: A partir de los relatos de los dos grupos focales, identificaron por lo menos tres tipos de dependencias en la situación del embarazo en las adolescentes, estas fueron: 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.

2.6.2.1 Dependencia afectiva: Este tipo de dependencia denota la necesidad de sentimientos y seguridades con su pareja, familia o amigos y se exemplificó en las narraciones 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)

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

2.6.2.2 Dependencia económica: Se puede inferir la dependencia económica en todas las participantes; sin embargo, algunas de ellas expresaron más fácilmente en sus relatos los apoyos económicos recibidos por parte de la familia y/o la pareja, como ve 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».

2.6.2.3 Dependencia física: Se puede percibir otra dependencia asociada al estado de fragilidad física de la mujer en embarazo. Relatos como los siguientes lo exemplifican: «En el colegio andaba casi siempre con el grupo de amigas, con ellas molestábamos, corriamos 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 señaló 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 grandes esfuerzos 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.

2.6.2.4 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 amigos y las instituciones. Los tipos de apoyo que se encuentran con mayor frecuencia en los grupos focales son los siguientes: apoyo familiar, de pareja, de amigos y apoyos institucionales.

- **Apoyo familiar:** La familia se constituye como el principal espacio social en el cual las adolescentes encuentran apoyo durante y después del embarazo. La mayor parte de las adolescentes aluden a 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». (GF I, párrafo 45).

- **Apoyo de pareja:** El apoyo de la pareja se constituyó en factor determinante para las adolescentes entrevistadas, por el soporte emocional y económico durante el embarazo. Sin embargo, en otros casos, la pareja distante o ausente generó, a la larga, un reto y motivación para fortalecer la confianza en sí mismas. Algunas adolescentes señalaron como fue el apoyo de 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, al respecto, dijo: «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:** El apoyo que ofrecen los amigos o «pares» en los casos de adolescentes que han estado o están embarazadas, se caracterizó 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 después de él. Una

adolescente mencionó al respecto: «Todos me apoyaban que la mamita, que la mamá, muy bien me trajeron [...] 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, que fue encontrado a lo largo de las entrevistas con los grupos, se refiere al soporte de instituciones y de profesionales que intervienen en el periodo de embarazo. Mediante las narrativas, se puso en evidencia que instituciones como las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud), Profamilia, los Hospitales de la zona, Famihogares comunitarios orientados a familias, COL (Centros Operativos Locales), 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 Fami todo eso... Pues instituciones como el colegio nos daban mucha colaboración y demasiadas charlas». (GF I, párrafos 58 y 60).

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Efectuado el análisis cualitativo de los hechos encontrados mediante la búsqueda empírica de esta investigación, es importante llegar al objetivo principal, y hacer la discusión de los resultados.

3.1 DISCUSIÓN

Dada la dependencia y vulnerabilidad de la joven madre, en este trabajo se buscó dar respuesta a la pregunta: ¿Cómo es y qué significa el «relevo de la autonomía» en el embarazo de

la adolescente, su pareja, el mundo de los adultos y la institución que la atiende?

La inquietud que generó este planteamiento es producto de la práctica de la medicina en adolescentes, pues desde la experiencia diaria, se pudo observar que constituía un fenómeno interesante. De esta forma se configuró la metáfora del «relevo de autonomía» en madres jóvenes que transitan 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.

Del análisis de los diferentes relatos y de las diez categorías, se identificó un escenario de pocas posibilidades económicas y de acceso a la educación; de patrones culturales que desta-

can relaciones de poder del género masculino, especialmente en la pareja, y de condiciones demográficas y de salud pública poco favorables a la realización individual. Este ambiente es un terreno abonado para el fortalecimiento de los relevos de autonomía en el 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» (véase cuadro 8).

El «relevo de la autonomía» propuesto en primera instancia como una intuición experimentada en la práctica de medicina de adolescentes, se configuró 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, 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 dinamizó y se compartió con los «otros», se dio un viraje hacia el principio de justicia social distributiva, pero nacida desde el interior del tejido social donde se presentó este acontecimiento. En este micromundo se desplegó 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 de la adolescencia, puntualizado en la mujeres que atravesaban su adolescencia media.

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 cuando vuelve a retomar la autonomía, 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 la IPS Cafam, en el embarazo de adolescentes.

Fuente: Autoría propia

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 natural en este ciclo vital, pero dadas las altas posibilidades de que este evento ocurra en las adolescentes medias, se considera oportuno siempre tener y hacer visibles estos relevos como factor de ganancia, y de trampolín de una autonomía fortalecida en las jóvenes madres.

3.2 CONCLUSIONES

La búsqueda de los hechos y datos empíricos de la investigación propuesta, se fundamentaron en el principio de autonomía, la que interrelacionada con una realidad como el embarazo en la adolescencia, permitió demostrar y dar significado a los «relevos de la autonomía».

La pregunta planteada: «¿Cómo es y qué significa el “relevo de la autonomía” en el embarazo de la adolescente, su pareja, el mundo de los adultos y la institución que la atiende?», 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.

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, para que le facilite reestructurar su proyecto de vida personal, intelectual y afectivo, y asumir valientemente y en paralelo su nuevo rol materno.

- Se ilustró con relatos de estas jóvenes madres la vulnerabilidad y la dependencia, tópicos relacionados con los objetivos específicos. Se expuso como se entrelaza 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.
- 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 a primas, lo que confirma que esta situación siempre tendrá vigencia.
- Llama la atención como algunas 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.
- 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.

- 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

1. ALVARADO, Ricardo et al. «Problemática en torno al embarazo en Adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca)». En *Revista Ciencias de la Salud*. Universidad del Rosario. Vol. 5. N.º 1. 2007. [En línea]. [Fecha de consulta 21 de febrero de 2011]. Disponible en <http://redalyc.Uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.js?p?iCve=56250105>
2. ALVERDI, Jokin y PÉREZ DE ARMIÑO, Karloa. «Concepto de Capital Social». En *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. [En línea]. [Fecha de consulta 23 de noviembre de 2008]. Disponible en <http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/29>
3. AMAR, José J. y HERNÁNDEZ, Jiménez Bertha. *Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras*. Barranquilla: Universidad del Norte, 2005.
4. BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 4.^a ed. New York: Oxford University Press, 2009.
5. CAMBIO. «A Calzón Quitao». Abril 12 de 2004. Edición N.º 563.
6. CAMPS, Victoria. *Historia de la ética*. Barcelona: Crítica.1989. Tomo III.
7. 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.
8. CASTRILLÓN C, Sandra. «La función del embarazo en adolescentes sobre la resignificación de la sexualidad». *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol.28. N.º 1. Medellín: Universidad de Antioquia. 2010. [En línea]. [Fecha de consulta 22 de marzo de 2011]. En http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2010000100006&lng=es&nrm=iso.
9. 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, D. C.: El Ministerio.
10. CORBIN, Juliet y STRAUSS, Anselm. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y Procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería, 2002.
11. CORTÉS, María Enriqueta; VALENCIA, Susana y VÁSQUEZ, María Lucía. «Mi mente decía no.... Mi cuerpo decía sí...: embarazo en adolescentes escolarizadas». En *Avances en enfermería*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Vol. 27. N.º 2. 2009. [En línea]. [Fecha de consulta 16 de marzo de 2011]. Disponible en http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/aven_ferm/article/viewFile/12968/13563
12. DE GUTIÉRREZ, Myriam. «Embarazo en la adolescencia». En *Seminario taller: El adolescente, un reto para el siglo XXI*. Boletín Médico Cafam, N.º 23, Bogotá, 1993.
13. DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. *Tomarse el Amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería, 2002.
14. DE LA CUESTA, Carmen. «Significado del embarazo en la adolescencia: la dimensión sentimental». En *Revista de Enfermería Clínica. Universidad de Antioquia*. Vol 10. N.º 5. Medellín: 2000. [En línea]. [Fecha de consulta 16 de marzo de 2011]. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codi go=2895992>
15. _____. «Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia». Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. Medellín: 2002.
16. DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. «Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos». [En línea]. [Fecha de consulta 12 de octubre de 2009]. Disponible en http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
17. DICCIONARIO MANUAL DE LA LENGUA ESPAÑOLA VOX. [En línea]. [Fecha de consulta 15 mayo 2011]. Disponible en <http://es.thefreedictionary.com/exhortada>.

18. *EL TIEMPO*. «Miedo y embarazo “rajan” a los escolares». Bogotá D. C., 5, septiembre, 2011, Sección Debes Saber, p. 2, col. 4.
19. ETXEBERRIA, Xabier. «Virtudes: una necesidad en cuidados paliativos». En COUCERO, Azucena. Ética en cuidados paliativos. Madrid: Tricastella, 2004.
20. FEITO, Lydia, «Vulnerabilidad». En *Revista Anales. Del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 30, pp.7-22. (Suplemento 3). Madrid: Universidad Juan Carlos Tercero, 2007.
21. FERRER, Jorge José y ÁLVAREZ, Juan Carlos. *Para fundamentar la Bioética. Teorías y paradigmas en la bioética contemporánea*. 2.^a ed. Madrid: Desclée de Brouwer-Universidad de Comillas, 2005.
22. FLÓREZ, Carmen Elisa. «Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia». En *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 6, p.18. Bogotá, 2005.
23. FOUCAULT, Michel. «Nacimiento de la Biopolítica». En *Revista archipiélago, Cuadernos de crítica de la cultura*, N.^o 30 Barcelona: 1982.
24. GILLIGAN, Carol. *La Moral y la Teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
25. GUTIÉRREZ, Maggi 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 *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 5. N.^o 001 (2007). Manizales: Universidad de Manizales. [En línea]. [Fecha de consulta 21 febrero de 2011]. En http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?I_Cve=77350105
26. HABERMAS, Jürgen. *Teoría de la acción comunicativa II*. Madrid: Taurus, 1998.
27. HART, H. L. A. «Are There Any Natural Rights?». *The Philosophical Review*. N.^o 64, pp. 187-8. Oxford: University College, 1955.
28. HENAO, Juanita; GONZÁLEZ, Constanza y VARGAS Elvia. «Fecundidad adolescente, género y desarrollo». En *Revista Territorios*. No. 16-17. Centro Interdisciplinario de Estudios Regionales-CIDER-Universidad de los Andes-Universidad del Rosario. 2007. [En Línea]. [Fecha de consulta 21 de marzo de 2011]. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2924356>.
29. 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, p.125.
30. JOCOBY, Liva y SIMONOFF, Laura. *Empirical Methods for Bioethics: A primer*. Elsevier/JAI Press. *Advances in Bioethics*. Vol. 2. 2008.
31. KAIDBEY, Mona. «Estrategia contra Embarazado adolescente». En *El Tiempo*. Bogotá, D. C. 27, junio, 2004, Páginas Dominicanas.
32. KANO FLORIÁN, María Esther. «El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia: Ajustando la identidad». Medellín: Universidad de Antioquia, 1998.
33. KOHLBERG, Laurence. *El Sentido de lo humano. Valores, sociología y educación*. 2.^a ed. Bogotá: Gazeta, 1989.
34. KOTTOW, Miguel. «Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado». Bogotá: Unesco, 2007.
35. KROGER ROUTLEDGE, Jane. *Identity adolescence*. New York: Routledge, 2004.
36. LÉVINAS, Emmanuel. *Entre nosotros: Ensayos para pensar en otro*. México: Pre-textos, 1993.
37. LINARES GÓMEZ, Andrea «Embarazo adolescente, alimento de la pobreza». En *El Tiempo*. Bogotá, D. C. 24, julio, 2011, Sección Debes Saber, p. 11. Cols. 1-2.
38. LUGO, Nelvia Victoria. «El mundo afectivo de la adolescente embarazada». Medellín: Universidad de Antioquia, 2000, p.1. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de marzo de 2011]. Disponible en www.avanza.org.co/archivos/.../Vicky fesco.pdf.
39. MACINTYRE, Alasdair. *Animales racionales y dependientes*. Barcelona: Paidós, 2001.
40. MARCOS, Alfredo. *Envejecimiento y antropología de la dependencia*. Doctorado de Bioética. Bogotá: Universidad El Bosque. 2008.
41. MELO, Marcos. «Embarazo adolescente en Colombia» Entrevista. Agenda de las mujeres. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de agosto de 2009]. Disponible en <http://www.agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3&no ta=4319>
42. _____. «Embarazo adolescente en Colombia». Entrevista. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de agosto de 2009]. Disponible en <http://www.agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3&no ta=4319>

43. NAIK, Aanand D. *et al.* «Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions: A Two-Component Re-Conceptualization». *The American Journal of Bioethics*, 2009.
44. NUSSBAUM, Martha. *Capacidades como titulaciones fundamentales: Ser y la Justicia Social*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2005, p. 31.
45. O' NEILL, Onora. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: University Press, 2002.
46. _____. Justicia, Sexo y Fronteras Internacionales. En NUSSBAUM, Martha y SEN, Amartya. (Compiladoras). *Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
47. PÉREZ GIRALDO, Beatriz. «Caracterización de las familias con adolescentes gestantes: Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar». Universidad de La Sabana. Facultad de Enfermería. Bogotá: 2003.
48. PRÍAS VANEGAS, Hilda y MIRANDA MELLADO, Clarybel. «Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal». En *Aquichan*. Boogotá: Universidad de la Sabana. Vol. 9. N.º 1 (2009). [En línea]. [Fecha de consulta 21 de febrero de 2011]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74111465009>.
49. PROFAMILIA. *Encuesta Distrital de Demografía y Salud*, 2011. [En línea]. [Fecha de consulta 12 de octubre de 2009]. Disponible en <http://www.demografiaysaludbogota.co/>
50. _____. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, 2010.
51. RAYMUNDO, M. y GOLDIM, J. R. «Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent». *Journal of Medical Ethics*, 2008.
52. RENDTORFF, Jacob y KEMP, Peter. *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw*. Barcelona: Editorial Barnola, 2000. Vol. 1.
53. 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 Bioética, 2000.
54. SÁENZ, Mirtha. *Una experiencia colombiana. Adolescencia, punto de encuentro de dos paradigmas*. Colección Bios y Ethos N.º 11, Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 2004.
55. 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 *Persona y bioética*. Vol. 11. N.º 029. Universidad de la Sabana. Bogotá: 2007. [En línea]. [Fecha de consulta 21 de febrero de 2011]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83202907>
56. SEMANA. «Madres Prematuras». Abril de 2005, p. 116.
57. SEN, Amartya. «Capacidad y Bienestar». En NUSSBAUM, Martha y SEN, Amartya (Comps.). *Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
58. _____. Amartya. *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Planeta, 2000.
59. SEN, Gita. «El empoderamiento como un enfoque de pobreza». En *Género y Pobreza. Nuevas Dimensiones*. Santiago de Chile: Arraigada y Torres (editoras). Edición de las mujeres, ISIS Internacional, 1998.
60. SOTO, Virginia Inés y DURÁN, María Mercedes. «Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social». En *Avances en enfermería*. Vol. 26. No. 2. Universidad Nacional de Colombia. [En línea]. [Fecha de consulta 16 de marzo de 2011]. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12944/13540>
61. STEPHEN, G. *Encyclopedia of Bioethics*. Nueva York: Post, 3.ª ed. 2005.
62. STIRRAT, G. M. y GILL, R. «Autonomy in medical ethics after O'Neill». En *Journal of Medical Ethics*. Vol. 31, 2005.
63. TENORIO, María Cristina. «Las mujeres no nacen, se hacen: modelos culturales de mujer entre adolescentes de sectores populares». Cali: Universidad del Valle, Colciencias, 2002.
64. TORO, Olga Lucía. «Maternidad y embarazo indecido en la adolescente». En *Memorias de Sexualidad en la adolescencia*. Primer seminario Colombiano, Bogotá, 1988.
65. UNESCO. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París, 2006, art. 5.
66. WARTENBERG, Lucy. *Embarazo precoz y aborto en adolescentes en Colombia*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de Naciones Unidas, 1999.

Anexo A. Similitudes, diferencias y tipo de embarazos en grupos focales con madres adolescentes

Similitudes	
GRUPO 1	GRUPO 2
Planes futuros similares: «Para el futuro, pues ya me inscribí en un instituto en el Restrepo para estudiar auxiliar de enfermería». (GF 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).	«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).
Relevo de autonomía: «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).	«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).
Vulnerabilidad: «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) «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).	«...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).
Dependencia: «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).	«Yo siento dependencia con mi pareja, si uno sale, si uno va a salir a 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 tome, en cambio la mamá de él es como a ofenderme a buscar pelea y no me han colaborado con la ropa del bebé». (GF II, párrafo 38).
Fenomenología del embarazo: «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». (GF I, párrafo 47).	«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).

Anexo A. (Continuación)

Diferencias	
GRUPO 1	GRUPO 2
Costos del embarazo: «Pues mi mamá es cotizante y yo soy beneficiaria y nos tocó pagar como 150 mil, pero me tocó pasar harto tiempo porque... a mí al principio me tocó pagar particular, después me enteré que sí podía hacerlo por la EPS». (GF I, párrafos 52 y 53).	Codependencia al bebé: «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 mí 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).
Socialización del embarazo virtual: «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).	Confrontación con los pares: «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).
Tipos de embarazo	
<p>Embarazo repentino: Algunas adolescentes señalan que el embarazo vino en forma repentina, desde el inicio de la vida sexual, incluso, algunas pensaron en comenzar a planificar, pero ya era tarde: «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). En otros relatos se hace evidente que la posibilidad de quedar en embarazo no la tienen presente y por ello les causa mayor asombro: «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).</p> <p>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, presenta caso de accidente con el método de planificación: «Nosotros nos protegíamos con condón, sino que se rompió». (Entrevista XVIII, párrafo 9).</p> <p>Embarazos residuales: Sobre este tipo de embarazo, las adolescentes entrevistadas señalan que aunque sabían del riesgo de no utilizar protección, no tomaban ninguna decisión 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).</p>	

Fuente: Elaboración propia