

El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa

Pregnancy in adolescents: a quantitative scale social reading

Mauricio Rojas Betancur¹, Raquel Méndez Villamizar¹

Forma de citar: Rojas-Betancur M, Méndez-Villamizar R. El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(1): 81-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n1-2016009> 

RESUMEN

El embarazo en adolescentes es construido hoy como un problema de salud pública y un fenómeno social crítico por las implicaciones individuales y colectivas en el significado otorgado al embarazo a temprana edad. La frontera biológica de edad que define contemporáneamente la adolescencia como etapa del ciclo vital y al adolescente como un ser humano en un estado específico de crecimiento y desarrollo, también representa un reto permanente para su distinción como tal. En este artículo se realiza un análisis de las tasas de embarazo en adolescentes tomando datos internacionales, nacionales y regionales para contextualizar una investigación específica para el Área Metropolitana de Bucaramanga. El análisis realizado permite establecer la disparidad de mediciones entre diferentes fuentes de consulta y la escasa información disponible en la ciudad. Se constata que dichos indicadores poco informan sobre esta realidad (puesto que el embarazo tiende a normalizarse como interacción social en un entramado de situaciones que viven los adolescentes), alrededor de la educación, la salud, la situación económica, familiar y afectiva.

Palabras clave: Adolescentes, embarazo, salud sexual.

ABSTRACT

Nowadays, pregnancy in teenagers is considered as a critical public health issue due to its individual and collective implications related to pregnancy at early age meaning. Biological age borderlines of adolescence and the comprehensive growth stage represent a challenge for social and health assessments. This article aims to analyze pregnancy rates in adolescents taking international, national and regional data about this event in the Metropolitan Area of Bucaramanga. The analysis shows the disparity between measurements from different sources and the scarce information available in the city. It is noted that these indicators report little about this reality (which has become a normal consequence of social interactions), specially in the fields of education, health, economical status, family functionality and emotional situation.

Keywords: Adolescents, pregnancy, reproductive health.

¹. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia

Correspondencia: Mauricio Rojas B. Dirección: Carrera 27, Calle 9, Bucaramanga, Facultad de Ciencias Humanas. Correo electrónico: hrojassb@uis.edu.co. Teléfono: +57 7 634 4000, Ext. 1179.

INTRODUCCIÓN

La distinción del adolescente y de la adolescencia como etapa específica incorporada al ciclo vital¹, se ha centrado en un conjunto de cambios biológicos y psicológicos que encarnan la cualidad del *ser adolescente* como estado de transición, de superación de la etapa de la niñez y momento problemático de ingreso a la juventud², con toda la carga simbólica que implica el paso hacia momentos como el inicio de la etapa reproductiva.

Los atributos otorgados social e históricamente a los adolescentes se expresan en términos de diferentes discursos. Desde la medicina y la salud pública, por ejemplo, se ha establecido como etapa de transición entre un estado de inmadurez física y mental hacia el desarrollo de las condiciones físicas óptimas para el inicio del ciclo reproductivo. Este discurso implica que el embarazo es considerado como un problema de salud que debe ser tratado de manera especial en el conjunto de adolescentes embarazadas³.

Este planteamiento es ampliamente aceptado y extendido al formular el tipo específico de riesgos de salud que implican un embarazo precoz, es decir, una franja de edad que hoy se considera como etapa de transición que implica riesgos para el proceso de reproducción. Se entiende hoy que además de la inmadurez biológica, también existe inmadurez emocional, incapacidad económica, problemas familiares y de orden público puesto que el Estado entra a regular lo normal y lo no normal en la esfera de las características otorgadas a la población adolescente, apoyado en la legitimidad del discurso higiénico².

Tanto en el discurso biológico, de fronteras de edad del ciclo vital, como en el médico y de la salud pública, como etapa de maduración, de preparación, el común denominador es definir la adolescencia como una etapa de transición, de indefinición. De hecho se asimila la adolescencia como una etapa inicial de la juventud caracterizada por el conflicto, el ruido en los procesos de crecimiento y en los procesos del comportamiento. Otras miradas como la educativa son permeadas por este principio, la adolescencia aunque carece de medida pedagógica, es valorada como etapa de dificultades en el ámbito de la conducta y del aprendizaje, especialmente relacionada con la indisciplina, la rebeldía injustificada y la equivocación acelerada. Al mismo tiempo, es considerada etapa de concesiones al individuo, como etapa de moratoria.

Si bien existe un dominio del discurso médico y salubrista sobre la adolescencia, existen condiciones sociales y culturales que definen aspectos centrales como el desarrollo del sujeto: construcción del proyecto de vida, conflicto generacional por la diferencia de aspiraciones, símbolos y contextos de socialización, estrés emocional, incluso como simple palabra de distinción entre ser niño y ser adulto en una sociedad en particular.

Sin embargo, los propios cambios sociales y su impacto en la estructura del ciclo vital, ponen de manifiesto un conflicto sobre la manera en que se construye la adolescencia como una etapa problemática y que requiere de mecanismos de regulación e intervención directa que involucran tanto al Estado como a diversas organizaciones sociales. No obstante, es importante considerar que la adolescencia puede ser trascendida como una etapa de tránsito en el ciclo vital y ser entendida más como una etapa plena y necesaria del desarrollo humano que no necesariamente guarda coherencia con las fronteras de edad señaladas para su distinción.

El conflicto sobre la mirada a la adolescencia como etapa problemática, tiene relación directa con los mecanismos de significación y de intervención que se han establecido sobre aspectos tan importantes como el embarazo a temprana edad. Es un lugar común hoy, una mirada sesgada en la valoración de embarazo como un problema de salud pública que debe prevenirse por las consecuencias médicas individuales y su extensión como problema en las esferas familiares⁴, económicas y sociales que conlleva la idea de homogeneizar a todas adolescentes madres y a sus hijos, ignorando la particularidad de sus procesos biográficos.

Se requiere de una mirada mucho más abierta del tema del embarazo en adolescentes como fenómeno de interés contemporáneo que debe ser abordado desde la mirada funcional como ruido en el ciclo vital, pero también desde una mirada más comprensiva que involucre el significado social del embarazo⁵, considerando las diferencias culturales e históricas que posibiliten un diálogo académico y político más adecuados a la complejidad del problema social y unas acciones más eficaces en el tratamiento específico del embarazo en adolescentes como problema.

Precisamente uno de los puntos de partida sensibles en esta comprensión, es restringir la medición del

embarazo en adolescentes a una lectura como fuente de naturalización o de ideologización de los niveles de reproducción como indicador de desviaciones sociales. Efectivamente, la contabilidad del embarazo en adolescentes es un tema reciente en las mediciones sociales, como el propio tema de la maternidad en la adolescencia, pero claramente se utiliza como medida de contraste para evaluar dinámicas de población entre países y regiones sobre el falso argumento de que a menor tasa de fecundidad en adolescentes mejor nivel de salud sexual y reproductiva de una población en particular⁶.

Si bien es muy importante contar con mediciones periódicas y específicas, es necesario contextualizar esas mediciones en el contexto de la cultura a que hacen referencia. Por ello el propósito central de este artículo es analizar indicadores disponibles sobre embarazo en adolescentes, de manera general pero centrando la atención en la ciudad de Bucaramanga como insumo para una comprensión social de un tema de especial sensibilidad social bajo la premisa particular de que existen condiciones diferentes a la mirada del embarazo como anormalidad social.

Embarazo en adolescentes y tasas de fecundidad

El tema del embarazo en adolescentes se ha normalizado internacionalmente en medidas que dan cuenta del tamaño y la variación geográfica e histórica a través de la *tasa de fecundidad en adolescentes* establecida como número de mujeres entre los 14 y 19 años de edad que han tenido al menos un hijo nacido vivo o que al momento de la medición están en embarazo, tasa representada por cada 1000 mujeres en ese rango etéreo, para poder ser contrastada en el tiempo y el espacio. Este proceso de normalización debe ser considerado en un ámbito restrictivo respecto a su alcance: son medidas aún incompletas, aproximaciones y representaciones de la realidad social, no la realidad misma.

La tasa de embarazo en adolescentes ofrece un panorama respecto al peso social que implica el arraigo de la idea de la edad como problema socialmente construido, pero no es suficiente para entender las dinámicas sociodemográficas, mucho menos los procesos intrínsecos alrededor del suceso del embarazo en población muy joven. Se entiende que hace parte de un complejo de problemas de morbi-mortalidad específica de los adolescentes en relación con la tradición cultural de la población, su situación de riesgos psicosociales, la estructura familiar y económica del entorno del

adolescente, las condiciones de salubridad y acceso a la educación⁷, la información y la comunicación.

Lo anterior implica que la tasa de embarazo en adolescente requiere una lectura contextual. Por sí misma no lograría explicar los distintos procesos que constituyen el contexto social y las trayectorias biográficas de las adolescentes, ya sea como situación de riesgo o como factor protector de una situación que socialmente se expresa como un problema que debe prevenirse y atenderse de manera prioritaria y global; generando políticas públicas que impacten en la reducción sostenida de la tasa de embarazo en adolescentes, considerada un indicador de carga de enfermedad que tiene graves consecuencias en el individuo, la familia y la sociedad².

En el mundo, alrededor del 18.0% de la población está representada por individuos en este rango de edad, subrayando que cada subregión tiene procesos de transición demográfica diferenciados: algunas consideradas más desarrolladas presentan una menor dinámica de reproducción y de participación de los grupos más jóvenes en la población total, paradójicamente se ha establecido una menor tasa de reproducción en la población más joven como indicador de alto desarrollo.

En los países de América Latina y el Caribe, este grupo de población representa alrededor de 109 millones de personas con una transición demográfica moderada a intermedia en el presente siglo⁶. En la región subandina, a la que pertenece Colombia, la población es predominantemente joven con participación mayoritaria de los niños (20.4%) y adolescentes (19.6%), es decir alrededor del 40.0% de la población total¹.

Específicamente en el grupo etéreo de mujeres entre 15 y 19 años de edad, la tasa de fecundidad, según diferentes fuentes de datos, para los países de la subregión andina, presenta dos características estadísticas importantes: son tasas muy diferentes entre países a pesar de su afinidad histórica, niveles de desarrollo y cercanía geográfica y, por otro lado, las series de datos muestran variaciones estadísticamente inconsistentes entre periodos de tiempo.

Para el periodo 1970-2005, como se muestra en el siguiente gráfico, Venezuela presenta la más alta tasa en el cierre del periodo (92.1 x 1000 mujeres entre los 15 y 19 años) y Chile la más baja (61.6 x 1000 mujeres entre los 15 y 19 años). Países como Ecuador que al inicio de la década de los 70's tenía una tasa de 120.0, desciende

significativamente a 84.5 para el año 2005, mientras que Colombia muestra un comportamiento muy atípico respecto al resto de países del área.

La variación asimétrica de Colombia en este indicador, muestra una tendencia decreciente en la década de los 70's, de 89.9 a 68.3 y una tendencia creciente de manera acelerada en entre 1980 a 1990 llegando a 96.8 por cada mil adolescentes para luego empezar a descender hasta 74.98.

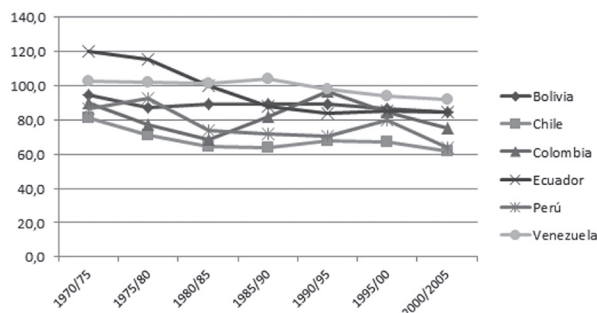


Gráfico 1. Tasa Global de Fecundidad en Adolescentes 1970/75 - 2000/05 (Hijos por cada mil mujeres de 15 a 19 años). **Fuente:** ORAS-CONHU, 2009 (ORAS-CONHU, 2009).

En términos más puntuales, la tasa de embarazo en adolescentes (tasa de fecundidad), estadísticamente no se comporta de manera consistente –disminución sostenida–, en los países de América Latina y el Caribe respecto a la tasa global de fecundidad⁹, Colombia y Brasil especialmente mantuvieron un crecimiento cuantitativo por año, tendencia contraria al resto de países de la región. La heterogeneidad matemática de esta tasa para Latinoamérica indica, por una parte, que el problema tiene profundas raíces culturales sobre el significado del embarazo, la maternidad y la misma adolescencia. Por otra parte, que la normalización de las mediciones no es un proceso técnicamente confiable y políticamente manipulable.

En el caso Colombiano en particular, comparado con la tasa global de fecundidad, solo hasta el año 2005, se podría hablar con mayor certeza estadística de que se viene presentando una disminución, aunque pequeña, de la cantidad de embarazos de este grupo etáreo¹⁰. En 1990 se calculó en 70 por mil, cinco años después, en el año 1995, subió a 89 por mil, para el año 2005 alcanzaba 90 y para el año 2010 se reduce a 84 por cada mil mujeres adolescentes. Comparado con el gráfico anterior, los datos son sumamente variables de acuerdo a las fuentes de consulta.

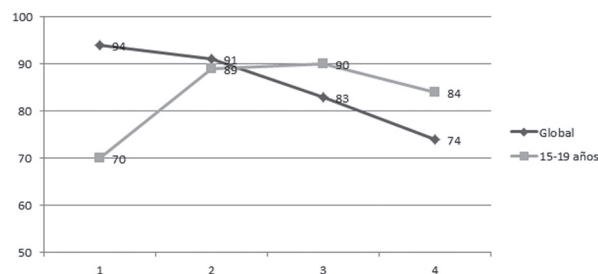


Gráfico 2. Tasa general de fecundidad Colombia y Global en mujeres de 15 a 19 años (tasa por 1000). **Fuente:** Profamilia, ENDS, 2011.

Un hecho estadístico importante es entender que el rango de edad para el embarazo en adolescentes empieza a los 15 años de edad. Socialmente se espera que ninguna mujer (niña) menor de 15 años presente embarazos. Sin embargo es una realidad y debe analizarse a la luz de los datos correspondientes. Según la metodología empleada se trata de mujeres que hasta los 19 años de edad tengan hijos o embarazos en el momento de la medición, como se informó, ello incluye a aquellas mujeres que en cualquier edad anterior (incluso antes de los 15 años) reporten hijos nacidos vivos, el lenguaje utilizado, en este sentido, es un mecanismo de ocultamiento de las cifras reales de niñas menores de 15 años de edad con hijos o en embarazo.

Para Colombia, no obstante se han presentado algunas cifras, la tasa de embarazo en mujeres entre los 10 y los 14 años en Colombia es alrededor de 2.7 por cada 1000 mujeres en el rango, presentando un leve aumento sostenido en el periodo 1998 a 2011¹⁰, sin embargo en el país se considera hoy un asunto penal desde el Código de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 de 2006 que lo penaliza tipificándolo como violencia sexual, moralmente inadmisibles.

Comparando además los rangos de edad entre la población femenina en edad fértil (15 a 49 años de edad), en tres años de comparación (2000, 2005 y 2010) se observa una leve disminución sostenida en todos los rangos. Los grupos que más alta tasa presentan son mujeres entre los 20 y 24 años (tasa de 122 en el año 2010) y las mujeres entre los 25 a 29 años de edad (tasa de 100 en el año 2010). Como es lógico y esperado en términos estadísticos a mayor edad de la mujer, menor tasa de fecundidad, tal como se aprecia en el siguiente gráfico exceptuando el grupo de mujeres adolescentes.

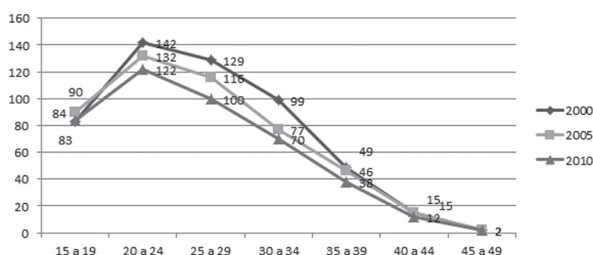


Gráfico 3. Tasa general de fecundidad Colombia por grupos de edad, años de comparación 2000, 2005 y 2010 (tasa por 1000). **Fuente:** Profamilia, ENDS, 2011

Entre el grupo de adolescentes, el porcentaje de embarazos aumenta significativamente en cada año de edad, mientras que el porcentaje de embarazos totales en este rango es de 5.2% en las mujeres de 15 años, las mujeres de 19 años representan el 38.4% del total.

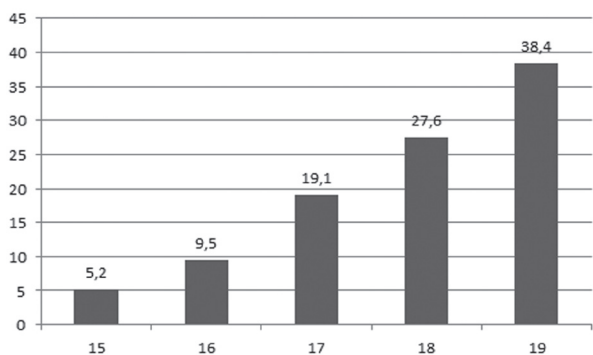


Gráfico 4. Porcentaje de mujeres Colombia por edad en años que conforman la tasa de embarazo en adolescentes. **Fuente:** Profamilia, ENDS, 2011.

Otros datos importantes muestran que el problema del embarazo en las adolescentes debe ser matizado y contextualizado. Sorprende, de acuerdo a los datos de La Asociación Probienestar de la Familia Colombiana¹⁰, que más de la mitad de las adolescentes, 55.0%, entrevistadas en la Encuesta Nacional de Salud 2010, no tienen ningún nivel educativo formal, la mayoría tampoco alcanza el nivel medio.

Situación que está directamente relacionada con el bajo nivel económico de las adolescentes¹¹, alrededor del 60.0% pertenecen a los niveles bajo y más bajo en términos económicos. Sin embargo no existe certeza estadística de que la pobreza o el bajo nivel educativo expliquen el mayor riesgo del embarazo en adolescentes quizá por en estratos socioeconómicos altos el problema tenga un tratamiento social y público diferente, situación por investigar en los países de la región.

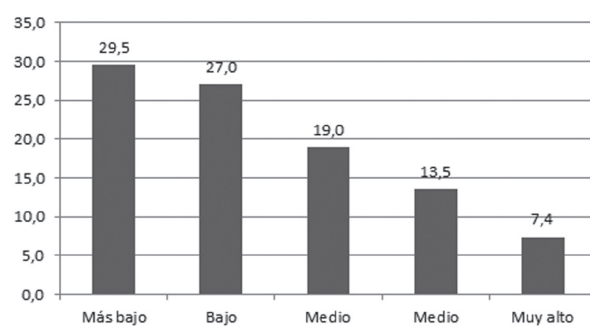


Gráfico 5. Distribución porcentual de la población adolescente según nivel económico. **Fuente:** Profamilia, ENDS, 2011

Al igual que el nivel educativo, otra variable importante que se asocia al tema del embarazo a temprana edad, es la zona geográfica en que viven las madres adolescentes. La tasa general de fecundidad es más alta en zonas rurales que urbanas, mientras que en el campo, zona rural, el promedio de hijos por mujer en edad fértil es de 3.7, mientras que en la ciudad, zona urbana, baja a 2.1 hijos por mujer en edad fértil¹². Esta diferencia en la fertilidad también se expresa en el grupo de mujeres adolescentes, mientras que en la zona rural se presenta una tasa de 122 por cada mil mujeres entre los 15 y 19 años de edad, en las zonas urbanas dicha tasa baja a 73.

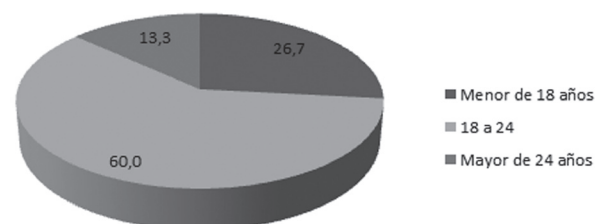


Gráfico 6. Distribución tasa de embarazo de la población adolescente según zona geográfica. **Fuente:** Profamilia, ENDS, 2011

Situación del embarazo en adolescentes en el departamento de Santander, Colombia

El departamento de Santander se encuentra ubicado en la zona nororiental del país, Bucaramanga, su capital y el área metropolitana conformada además por los municipios de Floridablanca, Girón y Piedecuesta es la quinta aglomeración en población de Colombia. Para los años 2012 y 2013, el departamento mostró una dinámica económica muy importante que lo ubica entre los mejores del país en crecimiento económico, competitividad, menor tasa de desempleo, una buena dinámica exportadora y de construcción inmobiliaria, entre otros¹³.

El Área Metropolitana de Bucaramanga, AMB, concentra más de la mitad de la población del departamento, alrededor del 54.3%, con una distribución básicamente equilibrada entre hombres y mujeres. La tasa de fecundidad en adolescentes para el año 2013 fue de 67,7 por mil en el AMB, un poco más baja que en el país que reportó 70.2. Existen

diferencias altas entre los municipios que conforman el Área Metropolitana, mientras en el municipio de Bucaramanga sobrepasa el promedio nacional, 76.6, en los municipios de Piedecuesta, Floridablanca y Girón estuvo por debajo del promedio nacional con 56.8, 61.1 y 61.3 adolescentes embarazadas por cada 100 mujeres entre los 15 y 19 años respectivamente¹⁴.

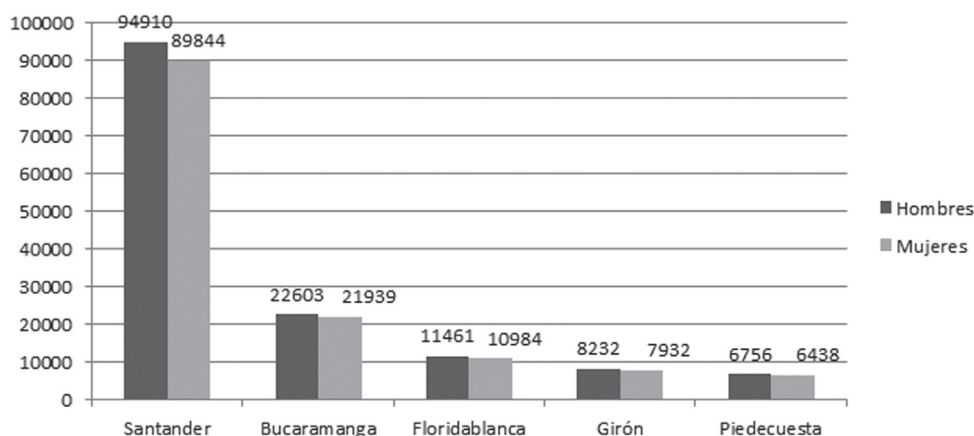


Gráfico 7. Población adolescente total en Santander y municipios del Área Metropolitana de Bucaramanga por sexo. **Fuente:** DANE, Colombistad, 2014.

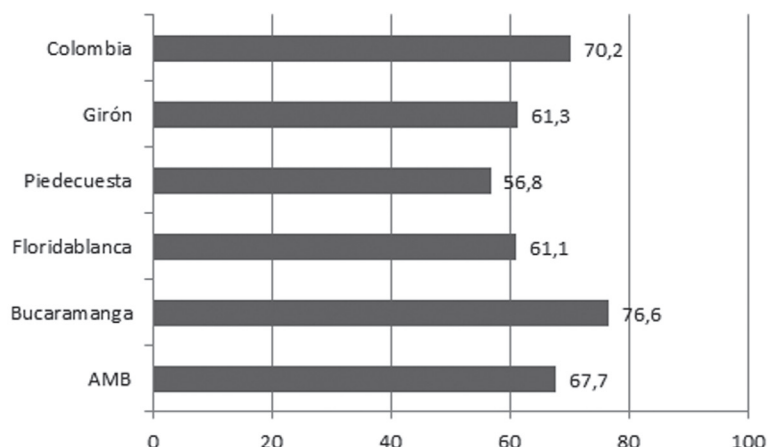


Gráfico 8. Tasa de fecundidad en adolescentes, Área Metropolitana de Bucaramanga –AMB–, Municipios y Colombia (adolescentes entre 15 y 19 años * 1000). **Fuentes:** Secretarías de Salud Municipales, estadísticas vitales y proyecciones poblacionales DANE, Bucaramanga cómo vamos, 2013.

En una encuesta realizada por la Secretaría de Salud de Bucaramanga entre 1200 jóvenes en gestación en cinco de colegios de educación media¹⁵, se destacó la relación embarazo y deserción escolar, el 66.7% no logró terminar sus estudios de secundaria, así como la mayor dependencia económica de la joven respecto a su familia pues solo el 26.7% de las adolescentes constituyó su propia familia y la gran mayoría vive con subdivisiones familiares, concluyendo que el embarazo a temprana edad causa mayor dependencia económica

o promueve más el trabajo informal entre las nuevas madres.

Estas conclusiones se compaginan con otros estudios internacionales^{16,6}, que han establecido una asociación directa entre el embarazo a temprana edad, los conflictos de pareja, familiares, escolares y económicos que afectan de manera significativa a las adolescentes e incrementa los riesgos de morbi-mortalidad para este grupo en particular.

Situación social del grupo de participantes en el estudio

Para el presente aparte, se hace una reseña social de las adolescentes que participaron como analizadoras del tema a través de una entrevista estructurada. Además se expresan algunas de las tendencias generales observadas en dichos procesos de entrevista. Se trata de un grupo de 15 adolescentes en embarazo o que han estado embarazadas y tienen hijos menores de un año de edad. De este grupo, 9 pertenecen al Programa Familia, Mujer, Infancia (FAMI)¹⁷, que desarrolla el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), programa que directamente involucra los temas de embarazo, fecundidad y salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

El ICBF es el organismo oficial que en Colombia desarrolla las políticas de infancia y adolescencia, tanto en protección y restitución de derechos como en los temas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, aunque es importante señalar que el Instituto atiende a una pequeña parte de las adolescentes del AMB embarazadas o lactantes. La edad promedio de las adolescentes entrevistadas es de 16,2 años y la edad promedio del primer embarazo estuvo en 14,6 años.

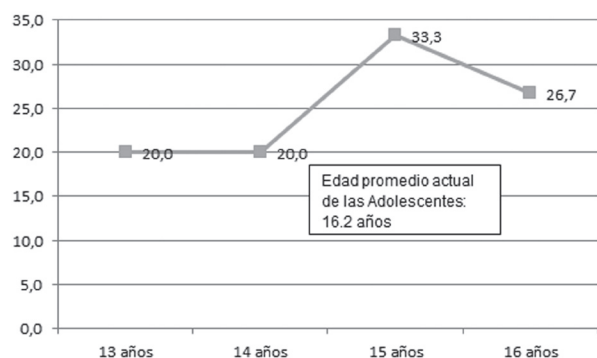


Gráfico 9. Adolescentes embarazadas según edad del primer embarazo (n=15). **Fuente:** Investigación propia, 2014

Por otra parte, la prevalencia de estratos bajos y la dificultad para encontrar casos de adolescentes gestantes en estratificación social alta corresponden con el diagnóstico publicado por ORAS-CONHU⁸, al poner de manifiesto la mayor afección del fenómeno a mujeres adolescentes en situación de pobreza como una de las desigualdades sociales asociadas al mismo, todas las adolescentes, tanto las que atiende el ICBF como aquellas que no pertenecen al programa, presentan una baja estratificación socioeconómica medida por la calidad de la vivienda donde viven las adolescentes, además porque la mayoría de ellas están afiliadas al

régimen subsidiado de salud, 80.0% que corresponde a las personas con muy bajos ingresos económicos.

Otro aspecto importante del perfil social de las adolescentes es la composición familia actual. La mayoría de las jóvenes conviven actualmente con su pareja, grupo que señalaría la conformación de una familia propia, incluyendo uno o más hijos en el momento de la entrevista. También se presenta un alto porcentaje de adolescentes que viven actualmente con sus padres quienes usualmente asumen los nuevos deberes de cuidado y de crianza, seguidos de las mujeres que viven con otras personas, especialmente aquellas que necesitan protección especial del ICBF.

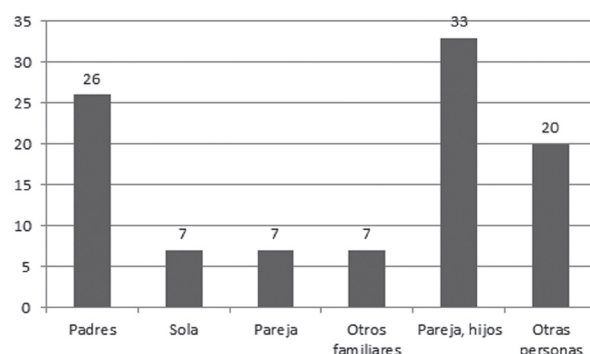


Gráfico 10. Composición actual de la familia de domicilio de las adolescentes (%). **Fuente:** Investigación propia, 2014.

Una variable importante en este perfil es precisamente la situación de los padres de las adolescentes bajo la hipótesis de la transmisión generacional de las desigualdades y de las oportunidades^{18,19}. Para este grupo de adolescentes en particular el nivel económico y educativo de sus padres es significativamente bajo; la gran mayoría de estos, solo alcanza niveles de primaria y primaria incompleta, sumado a la situación de deserción escolar entre las adolescentes embarazadas y su bajo perfil económico, se refuerza la tendencia.

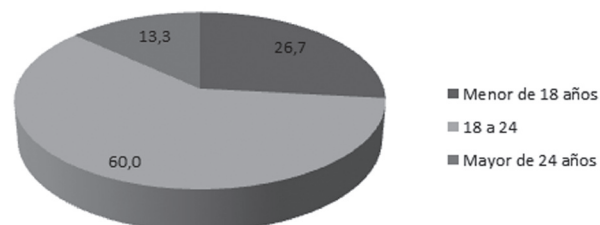


Gráfico 11. Edad del padre del bebé (%). **Fuente:** Investigación propia, 2014.

Por otra parte, la edad media del padre del bebé es de 20,21 años; el 73,3% de estos hombres ya es mayor de edad, mientras que el 26,7% hace parte de la categoría

padre adolescente; estos resultados guardan relación con lo afirmado en diferentes estudios^{1,20}, con tendencia a encontrar adolescentes en embarazo cuya pareja, estable o casual, resultan ser, en su gran mayoría mucho mayores que las adolescentes en embarazo. De hecho en este pequeño grupo, el 13.3% de los nuevos padres supera los 24 años de edad. Cualitativamente esto puede significar que las adolescentes buscan estabilidad, aunque no lo logren, con hombres mayores de edad, también puede significar parte de una tradición cultural en que los hombres buscan relaciones con parejas muy jóvenes o, además, la reafirmación del mito de la virginidad sesgada en la mujer para el inicio de las relaciones sexuales.

“Él si quería que quedara embarazada, pero él quería también que yo terminara de estudiar (...), a veces uno siente que los niños son tan bonitos, pero él sabía que yo tenía menos años que él, me decía que a los veinte quería tener un hijo, que él quería mucho, yo pensaba pero en el fondo no quería” (E4, P21)

Estos datos sirven además de contexto para señalar la diversidad de situaciones sociales extraídas del contexto de las producciones biográficas de las adolescentes. También para señalar algunos elementos más o menos comunes desde los relatos. En primera instancia, las justificaciones del embarazo no se asocian generalmente a desconocimiento sobre la sexualidad o a equivocaciones en las prácticas sexuales, las adolescentes crecen en medio de las incertidumbres, la trasmisión de pautas de crianza y crecimiento que reproducen ciertos modelos culturales, la pésima calidad de la educación que reciben y la ausencia de un capital cultural acorde a las exigencias de los jóvenes en la actualidad²⁴, constituyen las coordenadas del conflicto que viven las nuevas generaciones en nuestra sociedad.

Paradójicamente, el embarazo aparece como una opción para algunas adolescentes constituyéndose, al contrario de lo que se promueve institucionalmente, en una opción para enfrentar los graves problemas de convivencia con sus grupos familiares de pertenencia, también para enfrentar sus problemas económicos y educativos que constituyen ese equipaje vital de los adolescentes.

“Yo creo que el embarazo es una opción porque hay gente que dice que un hijo lo amarra mucho a uno, porque a mí me lo han dicho: usted ahorita se amarra!, yo les digo mi hija no es un amarre para mí y no lo va a ser, de pronto

usted es un amarre para su mamá o sus hijos fueron un amarre para usted, pero para mí no, yo no creo eso, es bueno tener un hijo, es una compañía, uno se siente más contento con ellos estando ahí en la casa” (E1, P8).

Si los datos permiten comunicar el peso del problema en términos sociales, una mirada más profunda permite aseverar que las adolescentes embarazadas, aún con la ausencia o presencia de un responsable de la paternidad, no ven su situación como una tragedia existencial o como trasgresión a las normas sociales establecidas sobre la sexualidad y la reproducción de los adolescentes. Representación compartida, en la mayoría de los casos, por los grupos familiares cercanos a las adolescentes, en una situación incómoda por el efecto adverso en las interacciones sociales, pero es una situación específica que debe ser reciclada para restituirse en la normalidad.

“Mi mamá si lo ha aceptado normal, a mi papá si le dio duro, mi papá en el embarazo a mí no me hablaba, pero ya después de que nació, entonces ya como que cambie y ya iba y lo visitaba y ahorita dice que el nieto y esas cosas” (E2, P10)

“Ya quiero que ella nazca y tenerla y aprender nuevas cosas y empezar a experimentar nuevas cosas con ella, tener más cuidado, estar pendiente de ella, de saber que ella va a estar conmigo, de que yo la tengo pero no sé cómo vaya a ser quiero ya tenerla y cuidarla y eso” (E8, P6)

CONCLUSIONES

En general el tema del embarazo en adolescentes tiene dos particularidades técnicas: la baja validez de los datos y la escasa disposición de bases estadísticas sólidas y específicas que permitan una lectura con mayor posibilidad de inferencia y de generalización en poblaciones como las adolescentes del AMB.

Como puede observarse, al tomar informaciones internacionales, nacionales y regionales, los datos varían considerablemente y a pesar de la normalización mundial de los rangos y variables de medición de los temas biológicos, sociales, de salud y económicos asociados al embarazo en adolescentes como problema social y como fenómeno atípico, se encuentran diversidad de rangos, medidas y poblaciones que difícilmente permiten una mirada más cercana al fenómeno como tal.

Si bien el rango de frontera biológica de la adolescencia (14 a 19 años de edad) y de la fecundidad en adolescentes (15 a 20 años), incluyen las mujeres que antes de estos rangos estuvieron en embarazo o tuvieron hijos, son muy pocos los estudios que realizan mediciones sobre el embarazo en menores de 14 años de edad. Esto puede ser mirado bajo dos ópticas, de un lado, se supone que políticamente no debería existir ningún registro de embarazo en menores de esta edad, por ser niñas que en la realidad y en el ideal público no debería estar en embarazo por las consecuencias dañinas de todo tipo señaladas en diferentes estudios para la madre, el padre las familias, las instituciones. De otro lado, esta situación puede significar un gran subregistro del embarazo precoz porque ello produce un ocultamiento de casos, especialmente en sectores de mejor posición económica.

Es fácil constatar las inconsistencias estadísticas entre países y periodos^{6,1,21}, también el limitado alcance estadístico puesto que las mediciones se hacen sobre la base de encuestas o proyecciones de población¹². Se constata el nivel de las conclusiones que estos estudios pueden generar, como adolescentes visibles que en situación de embarazo más o menos comportan las mismas situaciones: bajo nivel económico, baja escolaridad asociada a procesos de deserción antes del embarazo, reconstitución familiar, padres de las adolescentes también de bajos recursos y bajo perfil educativo, informalidad laboral de las nuevas madres, desprotección en los sistemas de seguridad social e incluso el síndrome de fracaso social^{9,26}.

Para el caso particular de las adolescentes del AMB, se mantienen estos argumentos por el perfil social que puede ser reconstruido de las adolescentes visibles en situación de embarazo, sumado a la edad de los padres de estos nuevos hijos que superan ampliamente a las adolescentes madres pero tampoco son sujeto de análisis en las diferentes mediciones.

Del estudio en particular se desprende que los embarazos en adolescentes, socialmente son considerados como anormales y no deseables. En la población de referencia hacen parte de las situaciones que acontecen en la vida adolescente. No se trata de un simple efecto de factores de riesgo médico; los adolescentes, en general, viven situaciones sociales muy difíciles desde la infancia como disfuncionalidad familiar, falta de recursos económicos básicos de subsistencia, situaciones de violencia doméstica y ausencia de oportunidades educativas, entre otras.

Cuando se presenta el embarazo a temprana edad, la adolescente y su grupo familiar de referencia, buscan normalizar la situación y reconstituir sus relaciones sociales. No necesariamente se asocia el embarazo con una crisis y ruptura del grupo familiar puesto que inmediatamente se despliegan dispositivos sociales de normalización de las nuevas situaciones. Sin desconocer que el nuevo centro ordenador de la vida de la adolescente madre en el cuidado de su hijo.

REFERENCIAS

1. UNFPA. Prevención del embarazo adolescente. Bogotá: UNFPA-AECID, 2012.
2. OIJ, NACIONES UNIDAS, CEPAL. Juventud y bono demográfico en Iberoamérica. Madrid: CEPAL, Naciones Unidas; 2012.
3. Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. El concepto de adolescencia. En: MINSAP, editor. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. Ciudad de la Habana: Ministerio de Salud Pública; 2002, p. 15-23.
4. Sunkel G. El papel de la familia en la protección social en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL, 2006. Serie Políticas Sociales No.120.
5. Aponte Hernández E. Desigualdad, inclusión y equidad en la educación superior en América Latina y el Caribe: tendencias y escenario alternativo en el horizonte 2021. En: IESALC-UNESCO. Tendencias de la Educación Superior en América Latina y el Caribe. Chile : IESALC-UNESCO: 2005, p. 113-154.
6. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: una época de oportunidades. Nueva York : UNICEF, 2011.
7. Niño Bautista L, Hakspiel Plata MC, Rincón Méndez AY, Aragón Borré D, Roa Díaz ZM, Galvis Padilla DC, et al. Cambios persistentes en conocimientos actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander – Colombia; Rev Univ Ind Santander Salud. 2012; 44(2): 21-33.
8. ORAS-CONHU. Situación del embarazo en la adolescencia en la Subregión Andina. Lima: ORAS-CONHU, 2009.
9. Flórez CE. Fecundidad adolescente: diferencias sociales y geográficas 2005. Revista de la información, DANE. 2010, 4(2): 1-19
10. PROFAMILIA. Encuesta nacional de demografía y salud. Bogotá: Profamilia-Minprotección-ICBF-USAID; 2011.
11. Gómez Sotelo A, Gutiérrez Malaver ME, Izzedin Bouquet R, Sánchez Martínez LM, Herrera Medina

- NE, Ballesteros Cabrera M. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2012; 14(2): 189-199.
12. DANE. Colombia. Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Bogotá D.C: S.N, 2011.
13. Cáceres-Tristancho H. Indicadores Económicos de Santander 2013. Cámara de Comercio de Bucaramana; 2014.
14. BCV. Bucaramanga, cómo vamos. Bucaramanga metropolitana. Cómo vamos. Informe de calidad de vida 2012. Bucaramanga: BCV; 2012.
15. Martínez EJ. Cuatro jóvenes se embarazan cada día en Bucaramanga. *Vanguardia Liberal*. 20 de Mayo de 2013.
16. Climer GI. Colombia. Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales-Universidad Nacional de Jujuy. 2009, 37: 221-242.
17. Durán L. Embarazo y maternidad adolescente en Bucaramanga: escuchando a sus protagonistas. Bucaramanga: Escuela de Trabajo Social (Trabajo de Grado); 2013.
18. Pereyra A. La transmisión intergeneracional de las desigualdades educativas. Buenos Aires: SITEAL; 2002.
19. Aparicio PC. Educación y jóvenes en contextos de desigualdad socioeconómica. Tendencias y perspectivas en América Latina. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*. 2009, 17(12): 2-37.
20. Barreto E, Saenz ML, Velandia F, Gomez J. El embarazo en adolescentes bogotanas: significado relacional en el sistema familiar. *Rev Salud pública*. 2013; 15(6): 837-849.
21. Universidad Autónoma de Barcelona. Programa semipresencial Colombia. Bogotá D.C: S.N, 2012. Tesina de investigación.
22. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia, Ministerio de la Protección Social, ICBF, USAID; 2011.
23. UNFPA, Equipo de apoyo técnico de América Latina y El Caribe. Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos. México: UNFA; 2005.
24. ORAS-CONHU. El embarazo en adolescentes en la sub-región andina. ORAS, 2008.
25. Bordieu P. Capital cultural, escuela y espacio social. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2001.
26. Williamson N. Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. New York: UNFPA; 2013.
27. Quintero A, Rojas M. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual FUCN*, 2015, 44: 222-237.