

**CONFIGURACIONES SOBRE EL EMBARAZO Y EL LUGAR DE LA FAMILIA
EN LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES
GESTANTES DE LA CIUDAD DE MONTERÍA, CÓRDOBA. 2022.**



JOHN EDINSON ARRIETA LOZANO

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
DIVISIÓN DE POSTGRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
MONTERÍA
2023**

**CONFIGURACIONES SOBRE EL EMBARAZO Y EL LUGAR DE LA FAMILIA
EN LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES
GESTANTES DE LA CIUDAD DE MONTERÍA, CÓRDOBA. 2022.**

JOHN EDINSON ARRIETA LOZANO

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Magíster
en Salud Pública.**

Directora

Magíster. NYDIA NINA VALENCIA JIMÉNEZ

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
DIVISIÓN DE POSTGRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
MONTERÍA
2023**

Nota de aceptación

**Firma del presidente
del jurado**

Firma del jurado

Firma del jurado

Montería, enero de 2023

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por darme vida y salud para desarrollar todas mis habilidades, luchar por cumplir mis sueños y disfrutar en el proceso.

A mi maravillosa familia. Quienes son mi mayor tesoro y quienes alegran cada momento de mi existir. Mi madre Lula Lucia Lozano Licono, quien sin lugar a dudas es la persona que más me ama y disfruta verme triunfar, mi abuela Celinda Rosa Licono González, un ser lleno de virtudes y alegría, que hizo de mi infancia una experiencia inolvidable llena de amor y sonrisas, hoy desde el cielo sé que está orgullosa y festejando junto a mi tía hermosa Obelisa Lozano, quien me enseñó a ser quien soy. A mi padre Jhony Arrieta, mi hermano, mis tías, tíos, primos y primas, quienes no desaprovechan un segundo para animarme a seguir adelante y hacerme creer en mi potencial, decirme lo mucho que me aman y lo afortunado que soy.

A mis amigos y pareja, quienes me apoyaron cuando las cosas no fueron tan fáciles, sé que de corazón están felices de alcanzar este triunfo conmigo, y a todas las personas que estuvieron en este camino, dándome un consejo una palabra o simplemente observando mi paso a paso, sin ustedes nada sería igual.

AGRADECIMIENTOS

La gratitud es una cualidad que nos hace seres humildes y dignos de continuar recibiendo lo mejor del universo.

Quiero agradecer a Dios por darme la sabiduría y los medios para encontrar siempre el lado positivo de cada situación, siendo mi guía en las decisiones, haciendo que sea un proceso continuo de aprendizaje y felicidad.

A mi asesora Nydia Ninna Jorja Valencia Jiménez, Por su incansable dedicación y paciencia. Su gran vocación hacia la enseñanza son sin duda mi mayor ejemplo en mi vida profesional. A quienes me ayudaron en la organización de este bello trabajo: Aury y Juan, son unas personas con una dedicación envidiable y sin duda les espera una carrera llena de éxitos.

A la Universidad de Córdoba, una institución comprometida con el desarrollo de la región, que nos garantizó las herramientas necesarias para el aprendizaje y hoy poder decir que somos egresados de esta gloriosa institución, aun con adversidades como lo fue la pandemia del COVID 19. A mis docentes, todos profesionales íntegros y dispuestos a brindarnos su invaluable experiencia con toda la comprensión y el amor posible.

A la ESE VIDA SINÚ, mi empresa, quienes confiaron en mí y me permitieron desarrollar mi propuesta de investigación junto a ellos, a cada una de las participantes en este estudio, por abrirme sus corazones, contándome sus experiencias, sueños, dudas y miedos, espero haber aportado algo positivo a sus vidas y hacer que el mundo sea un mejor lugar para todas ustedes.

A mis jefes y compañeros de trabajo, quienes me acompañaron en las aventuras que trajo consigo este sueño que hoy es una realidad, me quedo con esos maravillosos momentos vividos con ustedes.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	9
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	13
1.OBJETIVO GENERAL	17
2.MARCO REFERENCIAL	18
2.1 MARCO HISTÓRICO Y ANTECEDENTES POLÍTICOS	19
2.1.1 Marco histórico	19
2.1.2 Antecedentes políticos en el marco del embarazo adolescente	22
2.2 MARCO TEÓRICO	23
2.2.1 El lugar de la familia como entorno educativo y promotor de estilos de vida saludables	23
2.2.2 La educación familiar como enfoque para comprender los problemas de salud	30
2.2.3 Las configuraciones sobre la gestación en la adolescencia	35
2.2.4 Cuidados del embarazo adolescente	37
2.3 MARCO CONCEPTUAL	42
2.3.1 Familia	42
2.3.2 Prácticas Educativas Familiares	44
2.3.3 Embarazo	45
2.3.4 Adolescencia	46
2.4 MARCO LEGAL	47
2.5 ANTECEDENTES	51
3. METODOLOGÍA	63
3.1 TIPO DE ESTUDIO	63
3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS	65
3.3 SUJETOS DE ESTUDIO	65
3.3.1 Criterios de Inclusión	66
3.3.2 Criterios de Exclusión	66

3.4 DISEÑO, EJECUCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	67
3.5 PRESENTACIÓN DE LOS HALLAZGOS	73
3.6 CRITERIOS DE RIGOR METODOLÓGICO	74
3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	76
3.8 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR	77
3.9 SOCIALIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS	78
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	79
4.1 EMBARAZO Y ADOLESCENCIA: UNA REALIDAD AMBIVALENTE DONDE LA FAMILIA CUMPLE UN LUGAR PRIMORDIAL	80
4.1.1 La mirada ambivalente del embarazo adolescente: unas veces conflictos, negación e impotencia y otras negociación, apoyo familiar y aceptación	80
4.1.2 El lugar de la familia en el cuidado de la salud y la vida de las adolescentes embarazadas	87
4.2 EL EMBARAZO ADOLESCENTE. UN LIBRO DE LA VIDA DONDE SE APRENDE Y SE ENSEÑA	95
4.2.1 Las lecciones sobre el cuidado del embarazo recibidas de las madres y abuelas	95
4.2.2 Me cepillo y ya... no sé qué importancia tiene eso para mi embarazo	99
4.3 EL EMBARAZO ADOLESCENTE UNA ETAPA DE CARENCIAS EDUCATIVAS, TRUNCAMIENTO DE PROYECTOS DE VIDA Y SENSACIONES POSITIVAS	102
4.3.1 Implicación de las pautas y modelos educativos en la educación sexual de las adolescentes	103
4.3.2 El embarazo adolescente una barrera para el desarrollo pleno de la mujer	107
4.3.3 Cuando ya sientes que tú bebé se mueve es una sensación bonita	113
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	117
6. CONCLUSIONES	120
7. RECOMENDACIONES	122
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Cuidado de la salud de adolescentes embarazadas	41
Figura 2.	Tendencias investigativas sobre prácticas educativas familiares y embarazo adolescente	62
Figura 3.	Diseño, ejecución y análisis de los datos	73
Figura 4.	Categorías de análisis	79
Figura 5.	Sentimientos de contrapeso experimentados por las adolescentes participantes ante la noticia del embarazo	81
Figura 6.	Factores y prácticas que influyen en la aparición de un embarazo adolescente	88
Figura 7.	Prácticas de cuidado; lo que debe y no debe hacer la adolescente durante su embarazo	96
Figura 8.	Autocuidado y salud oral durante el embarazo	100
Figura 9.	Ejes analíticos de la subcategoría	103
Figura 10.	El peso de un embarazo durante la adolescencia	108
Figura 11.	Sentimientos y deseos de un futuro mejor	114

RESUMEN

Introducción: El embarazo adolescente como un problema de salud pública mundial con afecciones importantes en el ámbito físico, psicológico y social que obedece entre múltiples aspectos a conciliar con los estereotipos sobre el lugar de la mujer en la sociedad, ser pobre y no acceder a información confiable sobre salud sexual y reproductivo. Uno de los aspectos que no puede desvincularse de la problemática abordada en este estudio es el lugar de la familia en la formación de valores, actitudes y prácticas que apoyan la toma de decisiones en la vida sexual y reproductiva de los más jóvenes. Los factores familiares son un elemento vital para comprender la problemática de cara al desarrollo de la salud, con este estudio nos sumergimos en la perspectiva de las adolescentes intentando entender su actuar y sus diversas situaciones, para así lograr dar respuestas a sus necesidades desde nuestro rol como prestadores de salud en la ciudad de Montería. **Objetivo:** Interpretar las configuraciones de las adolescentes gestantes sobre el embarazo y el lugar de la familia en la enseñanza aprendizaje acerca del cuidado que permita orientar el primer nivel de atención en los servicios de salud en Montería, Córdoba. **Metodología:** La investigación se enmarcó en un enfoque cualitativo, por interesarse en comprender las configuraciones sobre el embarazo y el lugar de la familia en las prácticas de cuidado de un grupo de adolescentes gestantes de Montería, Córdoba, a través del sentido que estas otorgan a sus acciones cotidianas orientadas a la exploración profunda de este fenómeno de estudio. **Resultados:** El estudio sobre las configuraciones del embarazo y el lugar de la familia sobre las prácticas de cuidado de adolescentes embarazadas de Montería, trazó tres categorías analíticas: i) Embarazo y adolescencia: una realidad ambivalente donde la familia cumple un lugar primordial; ii) el embarazo adolescente, un libro de la vida donde se aprende y se enseña en familia y iii) el embarazo adolescente una etapa de carencias, conflictos y truncamientos de proyectos de vida. **Conclusiones:** Durante la investigación se permitió conocer que durante el embarazo adolescente gestantes tienen diversas concepciones que les permiten percibir el embarazo como

una experiencia que afecta negativamente su proyecto de vida en donde el apoyo familiar cumple un rol importante al momento de desdeñar aquello considerado negativo durante una gestación en la adolescencia, la percepción del embarazo adolescente desde un inicio como una experiencia positiva y única que permitirá la obtención de un gran logro en sus vidas como lo es ser madres. El conocimiento acerca de educación sexual y de los derechos sexuales y reproductivos en la muestra permite evidenciar un déficit educativo bastante elevado acerca de estos temas esto debido a que, desde la familia los temas sexuales no son abordados por parte de los progenitores y las adolescentes no propician estos espacios de diálogo con sus familiares esto porque son temas considerados tabú y tampoco exponer que son personas con una vida sexual activa.

Palabras clave: Embarazo, adolescente, familia, prácticas de cuidado.

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy as a global public health problem with important conditions in the physical, psychological and social spheres that obey, among multiple aspects, to reconcile with stereotypes about the place of women in society, being poor and not having access to information. reliable source on sexual and reproductive health. One of the aspects that cannot be separated from the problems addressed in this study is the place of the family in the formation of values, attitudes and practices that support decision-making in the sexual and reproductive life of the youngest. Family factors are a vital element to understand the problem facing the development of health, with this study we immerse ourselves in the perspective of adolescents trying to understand their actions and their various situations, in order to respond to their needs from our role. as health providers in the city of Montería. **Objective:** To interpret the configurations of pregnant adolescents about pregnancy and the place of the family in teaching-learning about care that allows guiding the first level of care in health services in Montería, Córdoba. **Methodology:** The research was framed within a qualitative approach, as it was interested in understanding the configurations of pregnancy and the place of the family in the care practices of a group of pregnant adolescents from Montería, Córdoba, through the meaning that they give to their daily actions oriented to the deep exploration of this phenomenon of study. **Results:** The study on the configurations of pregnancy and the place of the family on the care practices of pregnant adolescents in Montería, traced three analytical categories: i) Pregnancy and adolescence: an ambivalent reality where the family has a fundamental place; ii) adolescent pregnancy, a book of life where one learns and teaches as a family, and iii) adolescent pregnancy, a stage of deprivation, conflicts, and truncation of life projects. **Conclusions:** During the investigation, it was revealed that pregnant adolescents have different conceptions during pregnancy that allow them to perceive pregnancy as an experience that negatively affects their life project, where family support plays an important role when disregarding what is considered negative

during a pregnancy in adolescence, the perception of adolescent pregnancy from the beginning as a positive and unique experience that will allow them to obtain a great achievement in their lives, such as being mothers. Knowledge about sexual education and sexual and reproductive rights in the sample shows a fairly high educational deficit on these issues, this is because, from the family, sexual issues are not addressed by parents and adolescents do not. They promote these spaces for dialogue with their relatives because they are topics considered taboo and they do not expose that they are people with an active sexual life.

Keywords: Pregnancy, adolescent, family, care practices.

INTRODUCCIÓN

En el mundo cerca de 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años quedan embarazadas con una tasa de 46 nacimientos por cada 1.000 adolescentes. Además, se estima que de los 252 millones de menores que viven en países en desarrollo, 38 millones son sexualmente activas y no planean tener hijos en los próximos dos años, de las cuales solo 15 millones utilizan métodos anticonceptivos y 23 millones se encuentran en riesgo de quedar embarazadas por no tener acceso a ellos o a una educación sexual pertinente (1).

Por su parte, América Latina y el Caribe presentan la segunda tasa de fecundidad adolescente más alta del mundo con 66.5 embarazos por cada 1.000. A pesar que la fecundidad total en la región ha disminuido, aún se presenta una tendencia ascendente en la tasa de embarazo en menores de 15 años y el 15% de los embarazos de la región se registran en edades inferiores a los 20 años (1). Asimismo, el embarazo adolescente se presenta principalmente en poblaciones vulnerables, con una relación negativa e inversa entre la tasa de fecundidad adolescente y las condiciones socioeconómicas (2).

Colombia se caracteriza por tener altas tasas de fecundidad adolescente registrando 77.7 embarazos por cada 1.000, cifra superior al promedio de los países de América del Sur. En 2019, el país contabilizó 117.633 nacimientos por embarazos entre los 15 y 19 años; datos que, aunque confirman la tendencia decreciente de la tasa de adolescentes embarazadas, continúa siendo elevada y evidencia la necesidad de seguir implementado mejores estrategias para la prevención de los embarazos a temprana edad (2).

El Departamento de Córdoba integró uno de los 10 departamentos de Colombia con mayor número de embarazos adolescentes en 2018, con el 5.5% del total de casos en el país. En 2019, se registraron 7.068 embarazos en este curso de vida,

principalmente en los municipios de Montería, Sahagún, Tierralta, Cereté y Montelíbano (3). Específicamente en Montería, se registraron tasas de fecundidad adolescente de 79.37 por cada 1.000 menores entre 15 y 19 años, por lo que la Alcaldía en su Plan de Desarrollo 2020-2023, planteó la necesidad de garantizar los programas de planificación familiar y eliminar las barreras de atención a la población joven (3).

En consecuencia, se ratifica el embarazo adolescente como un problema de salud pública mundial con afecciones importantes en el ámbito físico, psicológico y social que acorde a los planteamientos de Profamilia (4) obedece entre múltiples aspectos a conciliar con los estereotipos sobre el lugar de la mujer en la sociedad, ser pobre y no acceder a información confiable sobre salud sexual y reproductivo; así como también, Quezada, et al (5), consideraron que tener pareja, planificar solo cuando se tiene relaciones, el tipo de educación, el nivel socio económico o trabajar se registran como las principales causas de este fenómeno. Para Martínez, et al (6), las principales razones responden a factores socio culturales y económicos.

Uno de los aspectos que no puede desvincularse de la problemática abordada en este estudio es el lugar de la familia en la formación de valores, actitudes y prácticas que apoyan la toma de decisiones en la vida sexual y reproductiva de los más jóvenes. Los factores familiares son un elemento vital para comprender la problemática de cara al desarrollo de la salud, encontrándose explicaciones con los tipos de familia, la separación de los padres, el tipo de relación con el padre o de la madre (7) y los antecedentes de embarazos precoces en otros miembros del grupo familiar.

La escasa o inadecuada educación familiar en temas de alta complejidad como son la sexualidad y la reproducción humana se convierte en otro de los factores que predisponen a la mujer al embarazo adolescente (8). Asimismo, Dueñas, et al (9), evidenciaron en su estudio que la mala comunicación y el deterioro de las relaciones

entre los miembros de la familia se constituyen en uno de los aspectos relacionados con el aumento del riesgo para perpetuar el ciclo de la maternidad temprana.

Todo lo anterior, presenta una panorámica reflexiva con respecto a las consecuencias para la salud de los embarazos a temprana edad por concentrar mayores riesgos biológicos como el parto prematuro, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, infecciones, bajo peso al nacer, endometritis puerperal y condiciones neonatales que colocan en riesgo la vida del bebé. Además, se relacionan con factores socioculturales que contribuyen a mantener el ciclo de la pobreza, tales como la deserción escolar, el aislamiento social, la falta de oportunidades laborales y la interrupción del proyecto de vida de las adolescentes, disminuyendo las posibilidades de cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente los relacionados con la erradicación de la pobreza, la salud materna, la mortalidad infantil, la equidad de género y la educación (10).

Así las cosas, cuando se excluyen los factores familiares del análisis del embarazo adolescente se limita la comprensión del fenómeno de estudio al subvalorar la importancia del entorno familiar en la construcción de configuraciones no solo sobre la gestación sino de los cuidados de la salud y la vida. Por ello, este estudio se trazó como interrogante: ¿cuáles son las configuraciones sobre el embarazo y el lugar de la familia en las prácticas de cuidado de un grupo de adolescentes gestantes de Montería, Córdoba?

Ante lo expuesto, es oportuno reconocer que en el Departamento de Córdoba se han desarrollado investigaciones sobre esta temática centradas en la relación entre los factores sociales y el embarazo en adolescentes en situación de desplazamiento (11); los determinantes sociales de la salud que inciden en la gestación precoz (12); los aspectos biopsicosociales asociados al embarazo precoz (13), que, a pesar de realizar un aporte significativo a la comprensión integral de este problema, también

evidencian la necesidad de rotar la mirada a la familia como entorno protector de los cuidados y la vida.

Con este estudio, se profundiza en el análisis del vínculo adolescente/cuidados del embarazo/ familia ofreciendo elementos conceptuales, metodológicos y teóricos que orienten la atención integral de las mujeres embarazadas. Asimismo, se espera contribuir con la línea de investigación Salud en el contexto social de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba, al entregar insumos para la formación pertinente de los salubristas en la región e impactar positivamente en la salud materno infantil.

1. OBJETIVO

Interpretar las configuraciones de las adolescentes gestantes sobre el embarazo y el lugar de la familia en la enseñanza aprendizaje sobre el cuidado que permita orientar el primer nivel de atención en los servicios de salud en Montería, Córdoba

2. MARCO REFERENCIAL

El marco referencial del estudio comprende la exploración histórica del concepto embarazo, las bases teóricas, los antecedentes investigativos, las normas expedidas en Colombia y el marco conceptual. En lo que respecta al marco histórico, se traza una línea de tiempo discursiva para señalar los momentos en la historia donde se abordó el tema de la concepción humana y sus mecanismos para prevenirla, haciendo énfasis en la construcción socio histórica del concepto familia desde la reproducción, entre otros aspectos de interés.

El marco teórico se presenta a partir de la disertación de las categorías principales del estudio: familia, educación familiar, embarazo adolescente y salud, mediante las cuales se enfatiza en el enfoque teórico de prácticas educativas de las familias desde una perspectiva constructivista social acuñada por Kenneth Gergen (14), para quien el aprendizaje se construye con la interacción de las personas. Por tanto, se parte del supuesto teórico que aprender prácticas de cuidado del embarazo en el núcleo familiar es una estrategia que contribuiría con las acciones de salud pública.

Los antecedentes investigativos se fundamentaron en la revisión de estudios internacionales y nacionales con objetivos similares a los propuestos en esta investigación como son prácticas educativas familiares y embarazo; madres adolescentes y prácticas educativas familiares; estilos de crianza vinculados a comportamientos problemáticos en niños y adolescentes, entre otros. El vínculo crianza y embarazo en adolescente no es muy nutrido en el campo de la salud pública porque el énfasis se produce en el ámbito de la educación.

En el marco legal se incluyeron normas, programas y políticas vigentes en la atención del embarazo adolescente en Colombia, para consolidar una perspectiva normativa de cómo viene evolucionado la atención del embarazo en el territorio

colombiano. Finalmente, se presenta el marco conceptual donde se abordan las principales categorías conceptuales del estudio, cuya precisión semántica amplía la comprensión de las mismas.

2.1 MARCO HISTÓRICO Y ANTECEDENTES POLÍTICOS

2.1.1 Marco Histórico. El desarrollo histórico del embarazo adolescente presenta diversas expresiones por todo el mundo, en razón que cada cultura realiza abordajes diferentes según las condiciones históricas, políticas y sociales, donde la construcción social de ser joven se deriva del modelo adoptado en la visión de adolescencia. Las familias, por su parte, representan un papel importante como grupo primario para la procreación de las nuevas generaciones, pero más aún, en la función de guardianes de las normas establecidas por la sociedad en diferentes ámbitos; de ahí, surge la necesidad de considerar a las familias como una realidad compleja al mezclar elementos naturales y culturales en todo el sentido de la palabra (15).

La historia señala un vínculo estrecho entre las familias y el embarazo, porque la existencia de las primeras se deriva en gran medida de la efectividad del segundo, al punto de considerarse la reproducción humana como eje trascendental en el estudio de las familias, que si bien hoy en día tener o no tener hijos propios no es determinante en la conformación de una familia, si es claro la importancia histórica y jurídica de atender el asunto de la procreación como parte central del desarrollo de la familia y la humanidad (15).

La familia es la institución histórica con más arraigo en nuestra civilización, debido a los instintos básicos de conservación y reproducción que han llevado al ser humano a convivir para satisfacer estas necesidades. En el Mundo Antiguo, el principal objetivo de la familia era la procreación; así como en la India, donde la mujer era considerada una máquina para producir hijos, y en Roma, donde el

emperador Augusto promulgó la Ley *Lex Julia de Maritandis Ordinibus*, para reestablecer el concepto donde las uniones eran destinadas exclusivamente a la procreación. De igual forma en Asiria y Persia, las leyes buscaban incrementar el número de nacimientos para garantizar el aumento de la especie y la perpetuación (16).

Por su parte, la fecundidad conyugal en la Francia feudal era el soporte clave para la instauración del orden social, religioso y económico en la Edad Media, que, con la entrada del cristianismo en el siglo IV y su capacidad expansiva dio inicio a un proceso lento hacia la imposición de una configuración familiar desde la reproducción a partir de la centralidad de la pareja y los hijos; por ello, se considera que la concepción de familia, tal y como se conoce hoy día, tiene sus orígenes en esta época de la humanidad (17).

En este sentido, la idea de la procreación como fin único de las uniones maritales en el Mundo Antiguo, estuvo acompañada por el deseo de la anticoncepción (18) y el uso de diversos métodos que evitaban el embarazo. El registro más antiguo data del 1900-1100 a.C., en un papiro egipcio donde se identificaban la miel, la cola de acacia, los tampones con sustancias ácidas y el excremento de los cocodrilos como los principales métodos anticonceptivos de la época. En la antigüedad, los anticonceptivos eran fáciles de adquirir, constituyéndose en un bien de interés para el comercio progresivo internacional (19).

Hacia el año 1800 a.C, finalizando la Dinastía XII del Imperio Medio, se recopilaron papiros conocidos en el mundo médico como papiro de Luhan o de Kahun, que contienen observaciones médicas y tratamientos específicos, empleados por los egipcios para tratar problemas ginecológicos y obstétricos, como “el tratamiento de las enfermedades de la vagina y del útero, diagnóstico del embarazo, la determinación del sexo del feto y métodos anticonceptivos” (20).

El embarazo a temprana edad era frecuente en la civilización egipcia, porque las adolescentes que presentaban la primera menstruación e iniciaban su periodo fértil eran dadas en matrimonio a hombres mayores, siendo normal emparentarlas con familiares para evitar la desaparición del patrimonio. Por esta razón, era común encontrar jóvenes de 12, 13 y 14 años en estado de gestación, destacándose que al momento del parto los índices de mortalidad eran altos a causa de la falta de desarrollo del cuerpo de las futuras madres (20).

Por otro lado, los babilonios alrededor del año 700 a.C, examinaron cómo la esencia de algunas plantas medicinales cambiaba de coloración con el PH de la orina de la mujer, motivándolos a realizar experimentos para determinar si existía embarazo o no, lo que a juicio del autor se podría comparar con las pruebas tradicionales que se encuentran en las farmacias hoy día (19).

En este orden de ideas, la evolución de la familia también trajo consigo la transformación del concepto de maternidad a partir de los cambios sociales, políticos y culturales que se presentaron en cada etapa histórica de la humanidad. En la Edad Media, la familia era ese hogar donde el hombre, como figura pública, obedecía un orden sagrado que establecía los tipos de libertades y los límites entre lo natural y lo que se asumía como normal, se aceptaba el poder del padre y se afianzaba la figura de familia nuclear. Durante este periodo, el valor de la mujer dependía de su capacidad de procrear y de satisfacer al hombre, por lo que la maternidad se concebía desde el punto de vista fisiológico de “procreación, gestación, parto y amamantamiento” (21).

Antes del Renacimiento, la maternidad no se consideraba como un compromiso de cuidado y afecto hacia los hijos, ya que los niños solo adquirirían valor social cuando eran adultos, por lo que no fue sino hasta los siglos XVII Y XVIII que se empezó a considerar la importancia del cuidado de los hijos y a entender la maternidad como el objetivo principal de la vida de las mujeres. Durante la Revolución Industrial, la

mujer queda a cargo de los cuidados de la salud y la crianza de los hijos. En este periodo se genera además la apertura laboral femenina y las mujeres asumen una maternidad menos protectora (21).

La modernidad trae consigo cambios en el rol de las mujeres como cuidadoras de la salud de la familia, gracias al desarrollo científico y el avance de la medicina. En el siglo XIX, la maternidad se relacionaba con la educación y crianza de los hijos, por lo que las mujeres empezaron a sentir la necesidad de formarse para poder desempeñar mejor este papel. Durante la primera mitad del siglo XX, la concepción de maternidad se contraponen a los ideales personales de las mujeres, lo que obliga a proponer la disminución del número de hijos y el aumento de las oportunidades laborales (22).

Por lo anterior, como todo proceso, la maternidad se moldea, cambia y se modifica con el tiempo, la cultura, la sociedad y otros factores que, no necesariamente, se limitan a las explicaciones biológicas que durante años se encargaron de liderar y promover la procreación de los seres humanos, la división sexual del trabajo y la manera en la que los individuos debían aceptar sus roles. En este sentido las madres se aceptan bajo un contexto social e histórico, y, por lo tanto, la maternidad no puede ser comprendida como un hecho natural, atemporal y universal, sino como una parte de la cultura en continuo cambio (23).

2.1.2 Antecedentes Políticos en el marco del embarazo adolescente. La conceptualización de la salud sexual y reproductiva se ha venido desarrollando desde finales del siglo pasado, por la necesidad de precisar las principales problemáticas en torno a la planificación familiar, la sexualidad de los adolescentes, las infecciones de transmisión sexual, la maternidad segura y la violencia sexual y doméstica, que han motivado a los países a proponer estrategias que ayuden a prevenir la mortalidad materna, la pobreza, la deserción escolar, las enfermedades y demás problemas derivados de las malas prácticas sexuales. En relación a ello,

se realizó en 1994, la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, para abordar los problemas derivados de la relación entre la población y el crecimiento económico en el marco del desarrollo sostenible, donde se situaron los derechos humanos, incluyendo el derecho a la planificación familiar, en el centro del desarrollo (23).

Un año más tarde, se llevó a cabo en Beijín la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, donde se mencionó por primera vez el concepto de género y se ratificó que los derechos de la mujer son derechos humanos. Adicionalmente, en la declaración y plataforma de acción de esta conferencia, se mencionó la importancia de la participación de las mujeres en todas las esferas de la sociedad como condicionante para alcanzar la igualdad y se hizo un reconocimiento del derecho de todas las mujeres a controlar su vida, dotándolas de una plena capacidad de tomar decisiones en torno a su fecundidad (24).

En el año 2000, durante la Cumbre del Milenio realizada en Nueva York, se firmó la Declaración que plantea 8 objetivos referentes a los grandes problemas de la humanidad relacionados a la educación, el hambre, la pobreza, el medio ambiente, las enfermedades, la mortalidad materna, los recursos naturales y el desarrollo sostenible, mejor conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, durante esta primera versión, se omitió la meta relacionada con la salud sexual y reproductiva, sin la cual se dificultaría el cumplimiento de la mayoría de las metas de estos objetivos. Es por ello que, para 2005, se incluye la meta de lograr el acceso universal a la salud reproductiva, con el fin de reducir la mortalidad materna e infantil, erradicar la pobreza, mejorar la salud materna, luchar contra las infecciones de transmisión sexual y promover la igualdad de género (25).

Por su parte, el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, propuso conocer el impacto en la salud de esta problemática e identificar los determinantes sociales de la misma, teniendo en cuenta que se constituye en un

problema de salud pública en la región de las Américas. Por esta razón, es necesario abordar todos los factores que influyen en este tema y proponer programas de atención integral y prevención, como una respuesta intersectorial capaz de reducir la tasa de embarazo en adolescentes (26).

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 El lugar de la familia como entorno educativo y promotor de estilos de vida saludables. Como preámbulo de los avances científicos en el campo de la salud, es válido anotar que el pensamiento sanitario se consolidó a partir de las experiencias de la familia frente al manejo de las enfermedades. El simple hecho de enfrentar la vida y la muerte desplegó en los humanos un conjunto de habilidades y destrezas propias del cuidado de la salud (27). Asimismo, los aportes de Risquez (28), dan cuenta de cómo las comunidades prehistóricas generaron una serie de respuestas al control de enfermedades mediante la configuración de actuaciones curativas a partir del uso de hierbas, plantas y rituales para obtener el equilibrio entre los elementos internos y externos del proceso salud y enfermedad.

Por ello, gran parte del desarrollo en el pensamiento sanitario se debe a la familia, particularmente a las mujeres por su capacidad de observación, potencial para enfrentar las adversidades, y, ante todo, al instinto de conservación de la vida (29). Pensar en la familia como entorno de aprendizaje para la protección de la salud, a partir de la valoración de sus capacidades, no es frecuente, porque la salud familiar se suele abordar específicamente como salud infantil, materna, pública; de ahí que la propuesta de abordaje ha de incluir, la visión de estas como unidades básicas productoras de la salud individual y social (28).

En esta tendencia, Schiavone (27), asume a la familia como unidades de salud y atención médica porque paralelo de la prestación de los cuidados primarios a sus miembros estas son las encargadas de tomar decisiones con respecto al proceso

de salud y enfermedad, particularmente con los procedimientos iniciales para la búsqueda de ayudas, el dónde acudir y si acatar o no las recomendaciones del personal de salud. A partir de estas consideraciones, este autor, establece cuatro funciones de las familias y su impacto en la salud: i) educación y promoción de la salud, ii) proporcionar la salud, iii) mediación con las ayudas médicas, iv) cuidado de los enfermos.

La educación y la promoción de la salud se enunció como una función familiar a partir del Informe Lalonde publicado en 1974, mediante el cual se estipuló que los estilos de vida de las personas son causantes por lo menos del 43% de las enfermedades. Esta anotación involucró a la familia como primer entorno educativo en la formación de hábitos saludables en la prevención de comportamientos perjudiciales para la salud. Con respecto a la segunda función, Schiavone (27), considera que una de las responsabilidades de los grupos familiares es proporcionar salud a sus miembros, de ahí la necesidad de considerar la salud familiar como un proceso genuino, multidimensional y dinámico con capacidad de mantener el equilibrio entre los elementos internos y externos presentes en la configuración de formas de estar saludable.

La mediación entre la persona enferma y la ayuda profesional se constituye en otra de las funciones conectada a la familia en las últimas décadas, tras considerarse que gran parte de los conflictos familiares tienen sus orígenes en los temas sanitarios. Así, pues, el entorno de aprendizaje familiar ayuda a construir experiencias en la toma de decisiones respecto a los tratamientos, conductas médicas, y promueve la participación de todos los miembros tendientes a establecer equilibrios con el personal sanitario tratante durante el abordaje terapéutico. La cuarta y última función de la familia se refiere el cuidado de los enfermos, en este punto entra en consideración todas las representaciones del proceso salud y enfermedad construidas por los sujetos, las cuales generan posibilidades para

abordar las crisis producidas por las enfermedades y la toma de conciencia frente al trabajo en equipo y la potenciación de valores familiares (27)

Con respecto a los estudios que guían la discusión acerca de pensar en la familia como entorno vital para la protección de la salud, se destacan aquellos que encuentran conexión entre esta y la práctica de salud pública, cuando consideran la necesidad de profundizar en la ciencia familiar como soporte para el fomento de las políticas y las intervenciones en el ámbito sanitario (30). En esta línea, para Hanson, et al (31), la salud inicia en el hogar y está permeada por las formas de vivir y actuar de las personas, por ello los principios establecidos en la atención de salud se han de encaminar al apoyo y fortalecimiento de la familia como sustento del éxito de los programas de salud pública.

Bajo estas tendencias, el sistema de salud colombiano asumió el compromiso de reorientar sus políticas públicas hacia el cuidado integral de las familias, instalándose en el ámbito de la prevención, por lo que propone acciones de atención desde las etapas tempranas de la enfermedad para evitar tratamientos de mayor complejidad. Por ello, el modelo integral de atención en salud, propone dotar de herramientas a las personas, familias y comunidades para el auto cuidado, gestión y promoción de su salud. Siendo así, se visibiliza la necesidad de promover estilos de vida saludables, fortalecer la gestión multisectorial e incentivar la responsabilidad familiar y colectiva tendiente al mejoramiento continuo de la salud (32).

Este enfoque se sustenta en algunos elementos fundamentales donde se destaca que el proceso de atención debe estar centrado en las personas, sus familias y las comunidades de un territorio, a quienes se les reconoce como parte esencial de un sistema sociocultural diverso y complejo, con capacidades de participar activamente en la organización de las actividades dirigidas a satisfacer sus necesidades facilitar el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud, en función permanente de generar un estado de bienestar equilibrado producto de la atención de salud integral,

oportuna, resolutive y de calidad en todos y cada uno de los agentes que integran la red de prestadores (33).

El segundo aspecto del enfoque es el énfasis en el campo promocional y preventivo, porque como se mencionó anteriormente, es necesario que el sistema de salud fortalezca sus habilidades y destrezas en la atención de las personas, familias y comunidades desde mucho antes que surjan las enfermedades, porque de esta manera se contará con escenarios saludables aptos para el desarrollo de la vida y garante del mantenimiento de la salud. Asimismo, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades se convierten en oportunidades para la interacción con las familias y el develamiento de capacidades humanas para enfrentar las problemáticas de salud y encontrar caminos conjuntos para superarlas (34).

El enfoque familiar de los cuidados es otro de los fundamentos del modelo integral de atención en salud, que visibiliza la importancia de pensar en la familia como el entorno primario para la protección de la salud y la vida. La familia históricamente ha contribuido con sus formas particulares de cuidar, aprender en la práctica y transmitir sus conocimientos de generación en generación haciéndose necesario pensar en los mecanismos para revitalizar las funciones de la familia frente al cuidado y perfeccionar sus habilidades como cuidadores por excelencia (34).

En este aspecto se aborda la integralidad en dos vías, la primera la propone como alternativa para comprender los fenómenos de salud desde diferentes perspectivas; y la segunda postula la necesidad de crear formas de cómo afrontar estas problemáticas de salud. Lo cual se traduce en requerimientos para el sector salud, porque se enuncian formas variadas de abordar todos aquellos factores que intervienen en la salud o la enfermedad; asimismo, desde este modelo se ha de garantizar la continuidad, pertinencia, oportunidad, accesibilidad en la atención en los componentes primario y complementarios trabajando en red entre el sector salud y lo social para garantizar la complementariedad de las acciones (34).

En este orden de ideas, plantear modelos de atención integral en salud con énfasis en la familia y la comunidad implica fortalecer el concepto de Atención Primaria en Salud (APS), que no se trata de un término nuevo, porque la revisión de sus orígenes remite a los planteos de la Declaración de Alma Ata en 1978. Desde esta estrategia se persigue un propósito mundial de promocionar la salud velando por el cuidado y la rehabilitación de las personas, familias y comunidades, particularmente con la incorporación de miradas interdisciplinarias y con el involucramiento de enfoques sistémicos con soporte en la evidencia. De ahí, que las interpretaciones realizadas por el sector salud giran en torno a la integralidad de los esfuerzos individuales y colectivos con miras a consolidar respuestas institucionales robustas que generen ambientes justos, responsables y co-participativos (35).

Desde la APS se establece contacto primario con las familias y comunidades, lográndose activar acciones dinamizadoras de la atención sanitaria en función de la salud familiar y colectiva. Por ello, se plantean esfuerzos para interconectar los enfoques con las acciones de cuidado que se generan al interior de las familias se convierte en una oportunidad para contextualizar los saberes, pero también, se activan opciones para incluir a las familias en los procesos de salud enfermedad, porque si bien el cuidado surge a partir de los procesos de subjetivación, este se consolida y legitima mediante la alteridad. El cuidado no es asunto de una sola persona aislada del sistema, porque el acto de cuidar involucra al otro, integra la familia con sus tradiciones y formas de enfrentar las enfermedades, y, por otro lado, el acto de cuidar involucra al sistema de salud (36).

El punto a discutir es que todo en el universo está interconectado. De una manera u otra la especie humana posee relación con la naturaleza, con el cosmos, con otras especies, en fin, los seres humanos pertenecen a una red compleja de conexiones que en algún momento activan condiciones que generan cuidados, ya sea que se analicen estos como acciones de control y prevención frente a determinada

enfermedad o que se abarque el cuidado como dimensión integral de todas las esferas que integran los sujetos.

La pausa que se ha realizado al punto de APS, permite explicar que este enfoque aislado o escrito en normativas extensas no cobra sentido si el sistema de salud, pero en especial las familias, no lo asumen como el conjunto de esfuerzos que llevan al mejoramiento de la salud de las personas. Por otra parte, la perspectiva de salud que asume la APS, es holística dado que supera la visión del modelo biomédico al proponer abordajes integrales que incluyan equipos de salud participativos, sistemas de información integrados, accesibilidad al sistema y vida saludable (34).

La crisis del sector salud responde entre otras a la adopción de un modelo de desarrollo que sectorizó y privatizó la atención de la salud, pero que quizás lo más grave que hizo fue el proceso de mercantilización de la salud, que impuso un lenguaje de clientes, servicios, empresas que contribuyeron con deshumanizar el sistema. Las personas son cifras en un sistema informativo, estadísticas o imágenes sin rostros que desemboca en una situación compleja, porque el proceso interactivo que ofrece el rostro es vital para la comunicación entre las personas que potencian la prestación de un servicio humanizado (36).

En Colombia al igual que otros países latinoamericanos abren el debate frente a la necesidad de retomar los postulados de la APS para construir respuestas normativas que reorganizaran el sistema de salud; pero este proceso no excluyen los avances de la estrategia de finales de siglo XX, sino que proponen renovar el enfoque mediante actuaciones diferentes y contundentes que transformen la visión de un sector salud poseedor del conocimiento, que excluye a las comunidades y con trabajos aislados para empoderar un sistema propositivo que con apoyo de las familias generen condiciones óptimas de salud para todos (34).

En este sentido, el Gobierno Nacional a partir del CONPES 2012, ha trazado los lineamientos para el desarrollo de una estrategia que promueva los proyectos de vida de niños, niñas y adolescentes y prevenga el embarazo a temprana edad (37). Entre estos lineamientos se menciona la importancia de la formación de los agentes educadores de la sociedad, como lo son las familias, padres, cuidadores, comunidad educativa, personal de salud, entre otros, teniendo en cuenta el enfoque diferencial para educar sobre la multifactorialidad del embarazo en la adolescencia, el desarrollo humano, la importancia de la promoción y protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y la transmisión de conocimientos relacionados a la salud sexual y reproductiva, para incidir en el ejercicio de una conducta sexual responsable de los adolescentes.

Para las familias con hijos escolarizados, el Ministerio de Educación Nacional, asume el compromiso de garantizar la capacitación de los padres en temas relacionados con las pautas de crianza, DSR, sexualidad responsable, entre otros temas que se consideren pertinentes para consolidar familias más funcionales, lo que demuestra la importancia del lugar de las familias como educadores y promotores de estilos de vida saludables, para la prevención del embarazo o el mejoramiento de la calidad de vida de las madres adolescentes.

2.2.2 La educación familiar como enfoque para comprender los problemas de salud. La familia, como entorno para el aprendizaje del cuidado de la salud y la vida, se consideran agentes importantes en la formación de estilos de vida saludables cuando gran parte de las personas consolidan sus prácticas de cuidado paralelo con la influencia de padres, adultos, hermanos y círculo social más próximo. En este escenario, plantear retos en materia de la promoción de la salud de madres adolescentes, es ubicar a los grupos familiares como el escenario formativo por excelencia, donde se aprende y se educa al mismo tiempo, también como entorno enriquecedor en la construcción colectiva de rutas de acción, pero, además, como

el escenario donde los niños, niñas, adolescentes y adultos aprenden herramientas para el autocuidado de la salud.

Desde esta perspectiva, la familia se considera un entorno socializador que facilita la comprensión del espacio a través de las configuraciones de la dinámica social, por esto, las normas sociales y culturales impuestas por la sociedad a la familia no pueden asumirse pasiva o mecánicamente, ni transmitirse funcionalmente de generación en generación. Es decir, la familia introduce su huella genética o sociocultural a las nuevas generaciones tomando en cuenta sus experiencias, lógicas relacionales, actitudes, valores y formas de ser o estar. A partir de aquí, el ser humano interioriza la realidad simbólica con sentido, forma de expresión o con imaginación. A pesar de esta doble dimensión, la familia sigue ocupando un lugar muy importante en el proceso de socialización y formación de la identidad (18).

En este orden de ideas, la revisión del concepto de prácticas educativas familiares, es de gran importancia para los estudios de salud familiar y salud pública, porque estas adoptan diversas conceptualizaciones según la escuela de pensamiento que las expone, no es de interés explorar en este apartado todas las existentes sino marcar unas rutas reflexivas de interés para el presente trabajo.

Según Coll, Onrubia y Sole (38), las prácticas educativas familiares se conciben como procesos de formación en diversos escenarios potencializadores del desarrollo humano donde las personas, familias y comunidades puede apropiarse de herramientas para la reconstrucción del conocimiento y transformar los potenciales escenarios de aprendizaje. Desde otra perspectiva, Misitu, Román y Gracia (39), afirman que las prácticas educativas familiares comprenden el conjunto de mecanismos facilitadores de los padres o adultos para controlar la conducta y promover los procesos de socialización de los menores.

Por su parte, Rodríguez (40) afirma que las prácticas familiares se transforman en educativas cuando asumen un carácter social y socializador para las personas, particularmente, cuando se construyen en el marco de las relaciones sociales organizadas, pero que, a su vez se reconocen como parte del acervo cultural de los miembros de una comunidad. Las prácticas familiares educativas se asumen como mecanismos donde las personas aprende involucrándose los unos con otros, y cuando estos están en la capacidad de realizar lecturas críticas a las realidades sociales y logran desarrollar habilidades para aportar nuevas rutas integrativas a la reconstrucción de los entornos.

Otro constructo de interés para este análisis es el conocimiento, porque de cierta manera, las prácticas y los discursos de los sujetos se entrelazan para construir los saberes que requiere cada comunidad. Definir conocimiento es una tarea igual de compleja, pero la perspectiva que nutre esta reflexión es la que se desprende de la óptica del constructivismo social, enfoque que lo define como la construcción colectiva que implica la interacción entre la persona que enseña, el que aprende y las herramientas que posibilitan el aprendizaje; el conocimiento se construye en el marco de las relaciones sociales (41).

Al respecto, el construccionismo social refiere cómo la visión socio construccionista del conocimiento realiza una apertura al diálogo entre disciplinas que facilite centrar los mecanismos de enseñanza aprendizaje en las relaciones humanas, porque tradicionalmente se ha hecho énfasis en el conocimiento o en los sujetos, pero desde esta perspectiva, se busca rescatar las prácticas educativas como construcciones colectivas que poseen atributos de ambos enfoques (14). La incorporación del constructivismo social en las ciencias de la salud, permite articular los procesos del aprendizaje familiar, como herramientas pedagógicas y conocimientos que nutren las prácticas educativas para el cuidado de la salud; por ello, la recuperación de las prácticas, discursos y saberes familiares frente al cuidado de la salud de la madre adolescente, se deben contextualizar en los

entornos socioculturales donde se construyen para contribuir con el análisis de dicha problemática.

Por otro lado, en el marco de la pedagogía crítica, se busca anclar las prácticas educativas familiares en el entramado de intercambio de saberes y los significados socialmente atribuidos por los sujetos, lo que se reconoce en los escenarios prácticos, porque solo cuando se asume este tipo de educación en las personas y comunidades se estará en condiciones de mejorar las condiciones de riesgo, porque se le otorga voz a aquellas familias o comunidades que históricamente han sido excluidas con el fin de incluir sus discursos y modos de existencia a la comunidad donde se halla inmersa (42).

En el campo de la salud, la comprensión acerca de la importancia del establecimiento de normas en la familia, permite comprender mejor el impacto de los estilos de crianza en la regulación emocional, la promoción de la calidad de vida y el mantenimiento de la salud. No obstante, las prácticas educativas familiares no siempre responden a lo que se espera de ellas, porque pueden tornarse desarticuladas, debido en parte a la tradición cultural y el modelo de mundo que históricamente se ha transmitido a los sujetos, con apoyo de las teorías de aprendizaje sustentada en la visión tradicional y hegemónica en educación que se enmarca en dos vertientes: visión lógico-cognitiva y práctico-asimilativa; donde la primera, entiende el aprendizaje como un proceso cognitivo que se desarrolla en el mente de un sujeto en particular, y la segunda, conceptualiza el aprendizaje como procesos de participación en diferentes prácticas que el sujeto realiza en la sociedad (42).

Por consiguiente, las prácticas educativas familiares no pueden considerarse como un componente aislado de los discursos, simbologías y apropiaciones que realizan las familias sobre un tema en particular, dado que en estas se incorporan relaciones de poder, significados, lenguajes y un tipo de mundo que se vive en la cotidianidad

y que provee de significado y sentido a lo que se hace; por ello, las prácticas, particularmente las discursivas y sociales, tienen sentido cuando poseen significados sociales que promueven o limitan su puesta en escena, porque estas circulan a manera de actos desprovistos del orden universal o como actos impredecibles, que si bien se hallan dotadas de sentido y materialidades que pueden reconocerse, no siempre actúan bajo las prescripciones que se esperan de ellas (43).

En esta línea, los procesos claves para el funcionamiento familiar como la comunicación entre padres e hijos, reflejan la relación que existe entre las prácticas educativas y los procesos significativos donde las familias generan factores protectores para la salud del adolescente, definiendo su importancia como bases en la promoción de hábitos saludables. Los estilos educativos familiares son el conjunto de representaciones prácticas que sintetizan la multiplicidad de experiencias educativas que desarrollan los padres en el marco de sus funciones de socialización, los cuales asumen diversas tipologías, dentro de las que se destaca el autoritarismo, equilibrado y permisivo (44).

En definitiva, los estilos parentales adecuados fomentan el desarrollo psicosocial de los niños, niñas y adolescentes y los hábitos saludables en todos los miembros de la familia, pero si bien, la relación no se produce de forma automática, la buena comunicación entre padres e hijos y la satisfacción de las necesidades básicas y emocionales de los niños, niñas y adolescentes, son definitivos en el establecimiento de comportamientos saludables y vínculos afectivos satisfactorios (45).

Así las cosas, las prácticas educativas familiares son procesos vitales para el fomento de las habilidades sociales, contribuyen a la regulación emocional y el cuidado de la salud familiar, porque los padres son referentes de gran valor para los hijos, de tal manera que cuando estos asumen prácticas frente al autocuidado, que

incluye la mejora de hábitos alimentarios, la práctica regular de ejercicios, entre otros, activan la capacidad de los niños, niñas y adolescentes de asumir comportamientos saludables o transformar aquellos que no favorecen la salud.

2.2.3 Las configuraciones sobre la gestación en la adolescencia. El embarazo a temprana edad es un problema de salud pública y sus efectos se convierten para los grupos familiares en una responsabilidad difícil de asumir por factores, sociales, económicos, culturales y especialmente por su impacto en la salud de la madre adolescente, agudizado por los bajos niveles educativos presente en los sectores populares, marginales y dispersos donde se presentan los mayores casos de embarazo precoz.

Es importante tener presente que la maternidad cumple un rol fundamental en la determinación propia de la etapa reproductiva y aunque las recomendaciones por parte de los profesionales de la salud plantean que las condiciones adecuadas para tener un hijo como nivel socioeconómico, seguridad, planificación, entre otros, se encuentran en la edad adulta, la realidad del país es otra, lo que evidencia la necesidad de conocer las prácticas de cuidado de la salud de las adolescentes embarazadas para proponer orientaciones pertinentes al primer nivel de atención en salud y contribuir con la reducción de la mortalidad materna.

En Colombia, según el Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente (46), la situación de embarazos a temprana edad es determinada por diversos factores y actores, ya sean psicosociales, culturales, familiares, entre otros, que de una manera u otra se encuentran conectados e inciden en mantener el alza de dicha estadística. Por ejemplo, en el promedio de nacimientos en la línea temporal entre el año 2012 y el 2019 en el país, se puede evidenciar que se trata de una tasa anual por encima de 100.000 nacimientos, por lo que las políticas implementadas por el Estado a nivel territorial acusan mayor contundencia dado que el gobierno viene implementado el Conpes 147 de 2012 para el desarrollo de

una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años (47), la cual amerita repensarse en aquellos aspectos que continúan siendo una problemática de salud colectiva.

Ante estas consideraciones, el llamado es al robustecimiento de las políticas para la prevención y el autocuidado en los adolescentes; en especial, la inclusión de enfoques reveladores de la subjetividad percibida por los sujetos de la problemática en aquellos entornos donde el nivel educativo es más bajo, teniendo en cuenta las consideraciones tradicionales enmarcadas en el lugar de la familia y la determinación cultural donde la mujer sigue sujeta a los esquemas conservadores y continúa siendo dependiente del hombre.

Lo anterior da a comprender que, aunque se lucha contra tendencias que conducen al alza, el embarazo en adolescente aun es tipificado como un problema de salud pública por el aumento desmedido y por las consecuencias que afecta a los sectores populares y con mayores niveles de vulnerabilidad. Con ello, el embarazo en la adolescencia no solo deja de ser un flagelo de un solo sector porque también representa un indicador de desarrollo, debido a los alcances que tiene en el contexto social, económico, político, cultural y psicológico (4).

Entre los aspectos a considerar es el mundo simbólico donde se produce el estar, el ser o hacer de un adolescente. Por ejemplo, algo poco explorado es la capacidad de apropiación sobre los conocimientos en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos o sobre el embarazo mismo, situación que lleva a plantearse interrogantes acerca de cómo la mujer en este curso de vida configura sentirse embarazada o cómo percibe las estigmatizaciones o el truncamiento de su proyecto educativo; por otro lado, la Unesco acompaña estas reflexiones cuando invita al desarrollo de competencias para que los conocimientos adquiridos se adapten a las circunstancias de la vida y sirvan para que las personas enfrenten sus

problemas sociales; o, para que los jóvenes se transformen en ciudadanos activos haciendo uso de sus habilidades para la vida.

Sin embargo, es necesario preguntarse: ¿será posible garantizar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad, desde los enfoques de derechos, de género y diferencial en el país?, la respuesta es que, si es posible. Para ello, se requiere del trabajo articulado de diversos actores que actúan en la dinámica de la adolescente, desde los padres hasta los docentes de las instituciones educativas; y por supuesto, del personal de salud. Comprender y dar a entender a los adolescentes que las relaciones sexuales son temas que pueden dialogarse y que no representan un problema, pero, en este curso de vida pueden representar riesgos que son difíciles de asumir para dicha etapa.

Las reflexiones sobre el embarazo en adolescentes o a temprana edad apuntan a un tema de preocupación constante en diferentes sectores de la sociedad; en la familia, en la escuela, la salud y los entes gubernamentales por tratarse de una problemática que afecta no solo la dinámica biológica de la mujer y su hijo por nacer, debido a que la madre adolescente y su bebé han de enfrentar dificultades en el ámbito de la social, educativo, psicológico y económico que ameritan estrategias de apoyo bien configuradas por la sociedad para tender puentes entre ellas y las oportunidades del entorno.

2.2.4 Cuidados del embarazo adolescente. El embarazo adolescente puede llegar a representar un alto riesgo para la salud del bebé y de su madre porque la edad es un factor que puede influir en la aparición de ciertos síntomas o afecciones durante el embarazo, como el síndrome hipertensivo, el parto pretérmino y el parto por cesárea, que afectan principalmente a las adolescentes de 13 a 15 años (49, 50). De igual forma, la anemia es una de las complicaciones más comunes en embarazos de mujeres menores de 20 años, quienes mantienen una dieta

inadecuada por malos hábitos alimentarios característicos de la edad (51). Por otro lado, la falta de desarrollo de la pelvis de la adolescente condiciona la incidencia de la desproporción cefalopélvica que genera partos prolongados, lesiones durante el parto y hemorragias que ponen en peligro la vida las madres e influyen en la salud del recién nacido (49).

Otro factor importante a tener en cuenta durante el embarazo adolescente son las alteraciones emocionales producto de las nuevas responsabilidades y roles que deben asumir las madres, quienes no se encuentran preparadas ni psicológica, afectiva o económicamente para la maternidad. Por esta razón, la adolescente puede presentar trastornos emocionales como la depresión, los deseos de suicidarse, el síndrome del fracaso de la madre, entre otros, que disminuyen su calidad de vida y pueden desencadenar otro tipo de enfermedades (49).

Las consecuencias de un embarazo adolescente van más allá de las afecciones físicas y psicológicas mencionadas anteriormente, dado que existen otros factores sociales como la deserción escolar, la poca formación y preparación para ser madres y tener una buena relación con su hijo, el matrimonio forzado o en su defecto, una relación monoparental desarraigada acompañada de una situación de abandono social, afectivo y económico (52).

El embarazo adolescente además de representar un riesgo para la salud y proyecto de vida de la madre, también puede afectar al hijo; en especial, porque muchos embarazos en esta etapa están relacionados con la mortalidad y morbilidad de los bebés debido al bajo peso al nacer, los partos prematuros, desnutrición, síndrome de muerte súbita, lactancia materna inadecuada, negligencia en lo relacionado a temas de salud como las vacunas, el cuidado de enfermedades infecciosas agudas, intoxicación o abuso físico, que afectan el crecimiento y desarrollo de los niños. (53) Los hijos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar malformaciones y se encuentran en alto riesgo de padecer retardo en su desarrollo

físico, además, están más expuestos al abuso físico y el abandono, que puede generar, al igual que en el caso de la madre, deserción escolar y altos niveles de pobreza.

En este sentido, cuidar se refiere en términos de salud a ocuparse de una persona que necesita de asistencia o atención, ofreciéndole la ayuda necesaria para que esté bien (54) Por consiguiente, las adolescentes embarazadas requieren de cuidados específicos para suplir los requerimientos nutricionales, que aseguren el buen crecimiento y desarrollo del bebé y que no afecte su propio estado de salud. Es por ello que, la alimentación durante la etapa de gestación debe ser variada y balanceada, al menos 5 comidas al día que sean ricas en hierro y ácido fólico (55). De igual forma, es necesario que las futuras madres duerman al menos 8 horas durante la noche y realicen ejercicio moderado para mejorar la circulación, el tono muscular y el sueño (56).

Para el cuidado apropiado de las adolescentes en estado de embarazo existen dos tipos de redes de apoyo donde interactúan diversos actores en los distintos escenarios donde se desenvuelve la adolescente. En primer lugar, se encuentran las redes de apoyo informales que corresponden a las interacciones con la familia, la pareja y las amistades, y, en segundo lugar, están las redes de apoyo formales a las que pertenecen los centros de salud, centros sociales y demás organizaciones y grupos (55).

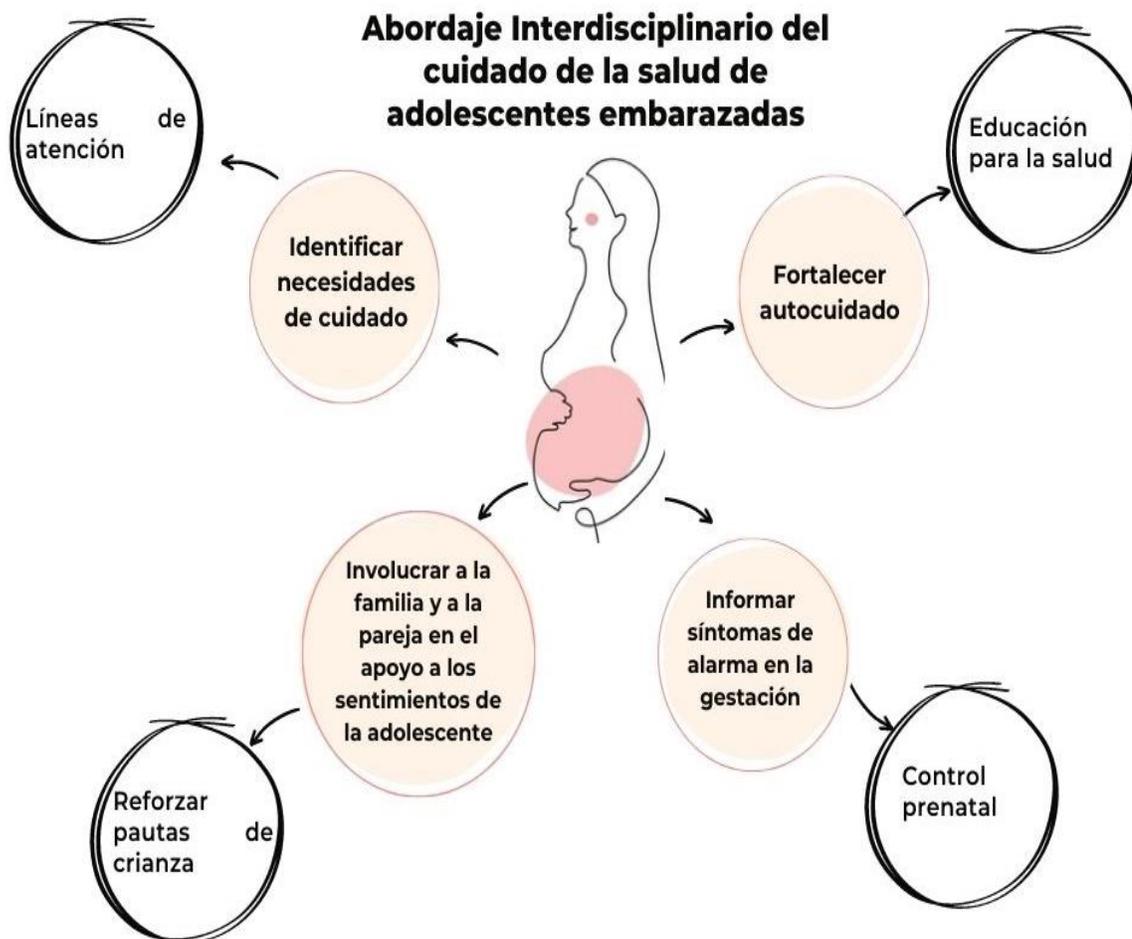
Gracias a estas redes de apoyo, las madres gestantes pueden informarse mejor sobre su proceso de embarazo, lo que reduce los problemas de salud, permitiendo que adopten mejores conductas y hábitos más saludables. Es por esta razón, que el conocimiento adquirido a través del contexto social, se constituye en la herramienta fundamental para afrontar esta nueva etapa.

Los saberes sobre los cuidados durante el embarazo son transmitidos por las familias de generación en generación, especialmente por la madre o las figuras femeninas del grupo familiar, quienes son las encargadas de compartir todo lo que saben y lo que aprendieron durante su propia experiencia. En este aspecto es notable la influencia del entorno familiar y cultural, las costumbres propias de cada región y el sentido común, que juegan un papel importante en la consolidación de las prácticas de cuidado de la salud de la adolescente embarazada (56).

El lugar de la familia en este sentido es fundamental porque no solo comparten información, sino que pueden brindar acompañamiento, apoyo emocional y económico, consejos y ayuda durante y después del embarazo, por lo que se considera un factor de protección para la nueva madre y su recién nacido. El buen estado de salud de la adolescente dependerá entre otras cosas del compromiso y apoyo de la familia, es por ello que, la función de los padres debe consistir en ayudar a su hija a considerar todas las opciones antes de tomar una decisión y finalmente apoyarla en la decisión que tome. Este ambiente de seguridad, le permite a la adolescente acostumbrarse a su nuevo rol como mamá (56).

El abordaje interdisciplinario del cuidado de la salud de la adolescente embarazada, propone que se involucre no solo la familia sino además las instituciones de salud, para brindar una atención integral que logre identificar de manera oportuna los factores de riesgo a los que está expuesta la mujer y de esta forma orientarla hacia los programas de salud necesario para prevenir las complicaciones durante la gestación. En relación a lo anterior, algunas de las intervenciones que deben realizar los profesionales y entes de salud para el cuidado de la madre adolescente se muestran en el siguiente gráfico (51):

Figura 1. Cuidado de la salud de adolescentes embarazadas



Fuente: elaboración propia

Conforme a lo anterior, el documento sobre la atención integral e intersectorial para el restablecimiento de derechos en niñas y adolescentes embarazadas del Ministerio de Salud y de la Protección Social, plantea la necesidad de construir rutas intersectoriales para la atención integral de las menores en estado de embarazo, con el propósito de identificar sus necesidades y las de su red de apoyo, reconocer las instituciones que puedan atenderlas, brindar información sobre los derechos de

la adolescente para facilitar la toma de decisiones sobre su embarazo, y finalmente, garantizar el acceso a los servicios de salud, protección, educación y justicia (46).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Familia. La familia tiene muchas definiciones según el campo teórico que la aborde. Uno de los significados mayormente aceptados en el mundo académico es aquel que la define como el conjunto de miembros que están relacionados entre sí en cierta medida, determinados por factores como la descendencia, adopción y matrimonio (4). En la política pública colombiana, la familia se asume desde una mirada diversa e incluyente a partir de las consideraciones sociohistóricas del territorio, involucrando aspectos jurídicos, éticos y normativos, al ser asumida como un colectivo de derechos mediante el cual sus miembros no solo se unen por vínculos de sangre sino por el afecto que las configuran como espacios vivos y de cuidado de la salud (57).

Definir el concepto de familia no es una tarea sencilla, porque a lo largo de la historia esta se ha configurado y evolucionado de manera distinta como una institución que ha hecho parte de todas las sociedades de la humanidad, pero que a la vez ha adoptado diversas formas con el transcurrir del tiempo (58). Es por esta razón, que la familia, como fundamento de la vida social, es la encargada de transmitir la cultura de una generación a otra, dado que la historia de la humanidad es la historia de la familia. En este contexto, la familia como entorno educativo, desempeña un papel muy importante en la formación integral de los individuos y en el desarrollo de su personalidad como seres sociales, definiéndose como la unidad básica de la vida social donde se construyen las bases del comportamiento humano (64).

En cuanto al concepto etimológico de la familia, algunos científicos concuerdan en afirmar que la palabra familia proviene del latín *familiae* que significa “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”; mientras que otros afirman que

proviene del término *famŭlus* que significa “esclavo” o de *fames*, que significa “hambre”, refiriéndose a un grupo de personas que se alimentan en la misma casa (59). Desde una concepción más genérica, la familia es un grupo de personas con un parentesco de consanguineidad (61) donde se comparten los riesgos sociales de sus miembros (57).

La familia es un elemento activo que se transforma a medida que la sociedad evoluciona y aunque en la actualidad aún se presenta unida a la institución del matrimonio, su concepto debe ajustarse a las dinámicas del mundo y no negar el hecho que siempre han existido familias, aunque no estén constituidas por el matrimonio (57). Entre las formas familiares distintas a la nuclear, pueden mencionarse la familia monoparental como aquella realidad donde los hijos viven con un solo padre y las familias donde el núcleo está integrado por los abuelos, los tíos y otros familiares, así como las familias sin hijos, entre otras tipologías (57).

El concepto de familia debe definirse desde una perspectiva integradora que ayude a entenderla a partir de una comprensión fenomenológica holística, incluyendo todas las características estudiadas por las diferentes disciplinas en forma separada. De acuerdo a lo anterior, algunos de los conceptos de familia más relevantes se presentan por ejemplo en el campo de la biología, donde se define como la vida en común de dos personas de diferente sexo, que se unen con el fin de reproducirse y conservar la raza humana (57).

Por otro lado, la psicología define la familia como un grupo de personas que comparten un proyecto de vida en común, donde se generan fuertes sentimientos de pertenencia. La economía por su parte, la define como una pequeña fábrica que se basa en la previsión de gastos, costos e ingresos, para dar a todos sus miembros seguridad económica. Y, desde el punto de vista legal, la familia se considera a partir de la pareja, sus descendientes y ascendientes, incluyendo parientes hasta el cuarto grado, a quienes se les impone deberes y derechos jurídicos (62).

A partir de lo anterior, puede decirse que no existe un solo tipo de familia y que cada una tiene su propia dinámica, cultura, economía y reglas, por lo que su concepción debe ser flexible y analizar cada uno de sus elementos integradores, lo que evitará la exclusión de las personas y permitirá una mejor comprensión de los procesos relacionados con la salud familiar (65).

2.3.2 Prácticas Educativas Familiares. Las prácticas educativas familiares son los hábitos de educación en el hogar, relacionada con las estrategias educativas que están dirigidas hacia los hijos, las cuales son de naturaleza bidireccional entre la relación padre-hijo, teniendo en cuenta que el comportamiento de los padres genera consecuencias para los hijos y el comportamiento de los hijos afecta a los padres. De esta forma, pensar en la práctica educativa es reflexionar acerca de múltiples dimensiones cuyos principales actores son: los docentes facilitadores, padres, profesionales del sector salud, participantes de la comunidad, entre otras personas que hacen parte de este proceso, por esto, estos agentes deben pensar en los contenidos a intercambiar o compartir, y en promover la práctica educativa familiar (66).

El objetivo de la educación familiar es preparar a las personas para que afronten la vida a partir del desarrollo de sus capacidades y habilidades que les permitan integrarse en la dinámica de las instituciones sociales y valerse por sí mismos en un mundo cambiante. Para ello, es necesario que se delimite el modelo de educación a seguir y el rol de autoridad sobre los hijos, logrando así que la educación sea acertada. Es en este sentido donde las prácticas educativas cumplen un papel fundamental y determinante en el desarrollo individual de las personas, las cuales hacen referencia al trato, las pautas y los patrones de crianza que representan la calidad del cuidado, las orientaciones priorizadas por los padres en relación a la formación de los hijos y las costumbres que se transmiten de generación en generación.

Las prácticas educativas, basadas en la supervisión, el apoyo, la comunicación y el acompañamiento son estrategias que apoyan el aprendizaje y son indispensables para la transmisión de los buenos valores (65). En relación a los estilos comportamentales, las prácticas educativas familiares se clasificaron en tres estilos educativos diferentes: i) el estilo autoritario que se centra en el control y el respeto a la autoridad, caracterizándose por la falta de comunicación y un manejo inadecuado de los sentimientos; ii). el estilo equilibrado se caracteriza por tener un alto grado de comunicación, apoyo, participación y altos niveles de afecto y control de la conducta; iii). el estilo permisivo tiene una alta carga afectiva pero no tiene reglas claras por lo que existe un control conductual laxo (67).

2.3.3 Embarazo. El embarazo se define como el momento cuando *“termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (5 o 6 días después de la fecundación), entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo, lo que ocurre entre los días 12 a 16 después de la fecundación”* (68). Según la OMS, el embarazo corresponde a los 9 meses que el feto se desarrolla en el útero de una mujer. (69)

Se denomina embarazo, gestación o gravidez al *“período que transcurre desde la implantación en el útero del óvulo fecundado al momento del parto. Se denomina embarazo normal cuando no existen factores adversos (biología, psicología, sociodemográficos) durante el embarazo y/o patología materna pasada o adquirida durante el embarazo que interfiera en su evolución normal”*(52).

El embarazo adolescente por su parte, se define como el periodo de gestación en mujeres con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años de edad. El embarazo se constituye como un hecho biopsicosocial muy importante a cualquier edad, sin embargo, el nivel de riesgo durante la adolescencia es mayor, al presentar altas

tasas de mortalidad y morbilidad neonatal, materna y perinatal, además del fuerte impacto psicológico, social, cultural y económico, que trae consigo consecuencias graves como la frustración del proyecto de vida de las jóvenes, la pobreza, la deserción escolar, entre otros (1).

2.3.4 Adolescencia. Según la OMS se define como la etapa de crecimiento y desarrollo que inicia luego de la niñez y finaliza antes de la edad adulta, la cual se presenta entre los 10 y los 19 años (70). Es un periodo de transición caracterizado por cambios constantes y un ritmo acelerado de crecimiento, acompañado de varios procesos biológicos diversos procesos biológicos como la presencia de vello púbico, el desarrollo de las mamas y la laringe, entre otros.

El término adolescencia deriva del latín *adolescere* que significa “crecer” y de *adolescens* que significa “joven”, en algunos casos también se relaciona con la palabra *adolecer* que significa padecer o sufrir alguna aflicción (1). Un adolescente en muchos casos no es capaz de comprender conceptos complejos, ni determinar la relación que existe entre sus actos y las consecuencias de los mismos, lo que los hace vulnerables a la asunción de conductas de riesgo que pueden afectar su calidad de vida y su salud (1).

La adolescencia es el período de preparación para la edad adulta, durante el cual ocurren algunas experiencias que aportan al desarrollo. Además de la madurez física y sexual, estas experiencias también incluyen la transición a la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las habilidades necesarias para establecer relaciones adultas y asumir funciones adultas, y la capacidad de razonamiento abstracto. Si bien la adolescencia es sinónimo de extraordinario crecimiento y gran potencial, también es una etapa de gran riesgo en la que el entorno social puede tener una influencia decisiva (72).

La pubertad o adolescencia se define como estar entre Infancia y adultez. Se cree que comienza alrededor de los 12 o 13 años, termina alrededor de los 19 o 20 años. Sin embargo, los cambios físicos, comienzan mucho antes, las consecuencias psicológicas pueden durar mucho tiempo, los cambios biológicos que marcaron el final de la infancia se transformaron en crecimiento y aumento de peso rápido, cambios en las proporciones y la forma del cuerpo y grado de madurez sexual. Sin embargo, la adolescencia también abarca procesos sociales y emocionales (71).

2.4 MARCO LEGAL

El embarazo adolescente, considerado un problema de salud pública, ha sido analizado desde la perspectiva de los Derechos Humanos, afirmando que los Derechos Sexuales y Reproductivos son inalienables, indivisibles e inherentes al Ser Humano, por lo que, para asegurar su pleno cumplimiento, se han aprobado leyes y normativas que buscan garantizar la salud de las personas y su calidad de vida.

A nivel general en Colombia, la Constitución Política de 1991 (72) resalta la importancia de los derechos de los niños, los cuales prevalecen sobre los demás derechos. Así mismo, enfatiza en el derecho a la protección y a la formación integral de los adolescentes, garantizando su participación activa en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud. En este sentido, debido a la importancia de garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos de los jóvenes, la Corte Constitucional emitió la sentencia T-440 de 1992 (73), donde estableció la importancia de tratar temas relacionado a la sexualidad en el país, por lo que el Ministerio de Educación Nacional, a través de la Resolución 3353 de 1993, estableció el desarrollo de programas y proyectos institucionales de educación sexual en la educación básica del país (74).

Por su parte, la Política “Salud para las mujeres, mujeres para la salud” de 1992, surge como respuesta a la desigualdad que existe entre hombres y mujeres, para responder integralmente a problemáticas como la muerte materna, la violencia de género, el embarazo adolescente, entre otras, con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres, fortaleciendo su participación en las decisiones que competen en su cuerpo, su salud y sexualidad, teniendo en cuenta su rol en el sector educativo y laboral. A su vez, la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, decreta garantizar el acceso a los servicios de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva e incluir la planificación familiar como un servicio básico para quienes se encuentren en edad reproductiva (75).

En este mismo orden de ideas, en 1994 el Congreso de Colombia decretó la ley 115 (76), que tiene por objeto la educación como un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y sus deberes. Esta ley confirma la obligatoriedad de la educación sexual, reconociendo a la familia como responsable primario de los hijos. Varios años después, se adoptaron las normas técnicas y guías de atención que definen los procedimientos y actividades de protección específica dispuestas en la Resolución 412 de 2000 (77), para la atención y recuperación de las enfermedades de interés en salud pública, como las alteraciones del embarazo, el bajo peso al nacer, así como la atención en planificación familiar.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 – 2007, surge entonces para fijar los lineamientos de intervención del Estado en áreas como la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva en adolescentes, la maternidad segura, el cáncer de cuello uterino, la violencia y las ITS (78) En 2006, La Corte Constitucional, a través de la Sentencia C-355/06, declaró exequible el artículo 122 del Código Penal, en cuanto a que no se incurre en delito de aborto cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, cuando exista grave

malformación del feto que haga inviable su vida o cuando el embarazo sea resultado de un acto sexual sin consentimiento (79).

También en 2006 se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia a través de la Ley 1098 de 2006, que tiene como propósito garantizar el pleno y armonioso desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, prevaleciendo el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna (80).

En cuanto a la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, se expide en 2007 la Ley 1147 por medio de la cual el Congreso de la República define los integrantes del Comité Interinstitucional Consultivo y sus funciones en torno a la prevención de este tipo de violencia, así como los lineamientos para la atención integral de las víctimas, el papel del sector educativo y la participación ciudadana para evitar el abuso de niños, niñas y adolescentes (81). En el 2007 además, se declara el 26 de septiembre como el día Nacional de la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Por otro lado a través del Decreto 2968 de 2010, por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, se establecen los espacios de participación y los actores involucrados en la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas, estrategias y acciones que sean orientadas al logro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos y el Desarrollo Integral de la población colombiana (82).

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, plantea objetivos como mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud, avanzar hacia la garantía del goce del derecho de salud y mantener cero tolerancias frente a la

mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable, en busca de reducir la inequidad en salud en el país (84).

Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social, asumiendo el compromiso de desarrollar programas y planes que fomenten los derechos sexuales y reproductivos de todos los colombianos, presentó la Política de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, reconociendo la necesidad de abordar estos derechos teniendo en cuenta las vivencias de la sexualidad durante todas las etapas de la vida (83). Por su parte, en 2016 surge la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), con el propósito de garantizar el acceso al servicio de salud a todos los colombianos, fundamentada en la atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, la gestión integral del riesgo, el enfoque diferencial y el cuidado (86).

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), establece un modelo operacional que pone a disposición de las personas una serie de herramientas que guían la respuesta del sistema de salud y su regulación, garantizando la oportunidad, integralidad, continuidad, calidad y aceptabilidad en la atención en salud de la población. Este Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (84), se basa en componentes como la caracterización de la población, la implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, la delimitación territorial, la redefinición del rol de asegurador y del esquema de incentivos, los requerimientos de información, el fortalecimiento del recurso humano y la investigación, y la regulación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), las cuales integran las intervenciones individuales y colectivas para asegurar la calidad de la atención y el bienestar del individuo, mediante la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, las rutas de grupo de riesgo y las rutas de eventos específicos de atención (85).

Finalmente, en la Declaración de la XV Conferencia iberoamericana de ministras y ministros de salud llevada a cabo en Colombia en septiembre de 2016, tenía como objetivo ratificar la importancia de fortalecer las acciones encaminadas a reducir las inequidades en salud y establecer políticas públicas que permitan mejorar las condiciones de vida de los jóvenes quienes son actores fundamentales en el desarrollo de un país. Entre los objetivos de la conferencia se encontraba incluir el diseño e implementación de un programa de prevención del embarazo en adolescentes en el “Pacto Iberoamericano de Juventud” (86).

2.5 ANTECEDENTES

Las investigaciones que se referencian a continuación corresponden a estudios realizados a nivel internacional, nacional y local sobre el lugar de la familia, la educación familiar y el embarazo adolescente, señalando las perspectivas analíticas de las causas y consecuencias del embarazo en adolescentes desde una postura social, que promueve especialmente la participación de la familia como el entorno educativo encargado de la formación de los hijos.

Las familias se encuentran dotadas de herramientas psicosociales para el cumplimiento de sus funciones educativas y socio culturales que contribuyen con la conservación de la salud individual, familiar y comunitaria, constituyéndose en el pilar trascendental para la potenciación de los procesos de socialización que se tornan significativos para los sujetos, porque les permite estabilizarse emocionalmente, lograr el desarrollo de las habilidades para el aprendizaje, y la construcción colectiva de prácticas preventivas contra enfermedades que afectan la salud humana.

La conexión familia y salud es amplia y diversa, porque son dos categorías sólidas que se nutren de forma recíproca generando una serie de intersecciones significativas que son el tema de interés de estudiosos de diferentes disciplinas. Uno

de los campos que surge en el marco integrativo de este binomio, corresponde a la función educativa de las familias que involucran las prácticas educativas que se construyen y refuerzan en el ambiente familiar, pero que, además, están mediadas por los discursos que construyen y reconstruyen de forma permanente el accionar de las personas, familias y comunidades frente a posibles eventos que afecten su salud.

Las prácticas educativas familiares abarcan varios aspectos; en una primera línea se aborda la relación de las prácticas educativas de los padres en función del proceso socializador de los hijos, que según Gutiérrez, et al (87), se determinan por el nivel de exigencia de las demandas que realizan los padres a sus hijos, y, por el grado en que los padres logran responder a las demandas de los hijos, condición que genera multiplicidad de interconexiones que alimentan las prácticas, estilos y pautas de crianza. Además, con la exploración de estos trabajos investigativos se trató de establecer la relación entre las praxis familiares con el desarrollo de los niños, con miras a mostrar la importancia que estas tienen en el establecimiento de hábitos y comportamientos saludables.

La investigación de Isaza (88), centró su objetivo en el análisis de las relaciones presentes, las prácticas educativas familiares y el desempeño en habilidades sociales de niños y niñas entre 2 y 5 años en Medellín, mostrando que, las prácticas educativas familiares autoritarias afectan las habilidades sociales de los niños, resultados que convergen con el estudio de Zavala (89), el cual concluyó que, frente a las prácticas autoritarias empleadas por los padres de familia, los niños y niñas no logran desarrollar adecuadamente sus habilidades sociales.

El estudio de Carrillo, Estévez y Gómez 2018 (90), obtuvo como resultado que las prácticas educativas que se caracterizan por estilos disciplinarios inconsistentes y severos se correlacionan de forma negativa con las habilidades que tienen los niños para relacionarse con otras personas y afectan su desarrollo emocional; al igual que

en la investigación de Pérez (91), quienes buscaron establecer la relación entre prácticas parentales, conducta prosocial y conducta agresiva en niños y adolescentes, e identificaron que cuando una familia adopta el estilo de crianza negligente, se logra percibir la ausencia de prosociabilidad en los niños y niñas.

Como puede observarse, las prácticas educativas familiares que guían estilos de crianza distintos al autoritario y negligente, producen efectos positivos en la consolidación de las habilidades sociales de los miembros de una familia, aspecto de interés para este estudio, porque desde hace décadas la Organización Mundial de la Salud (92), consideró pertinente incluir el desarrollo de habilidades psicosociales en programas de educación para la salud que se desarrollan en escuelas, comunidades, instituciones y familias, tras reconocer que cuando la persona posee este tipo de competencias estará en capacidad de prevenir problemas sociales y de salud.

En consecuencia, frente a la adopción de conductas saludables es necesario considerar que estas pasan por un proceso educativo que se inicia en las familias como ambientes socializadores primarios, en las que se construyen una serie de actividades educativas que buscan la adopción de hábitos alimentarios adecuados, la práctica regular de actividad física, la prevención frente al uso de sustancias psicoactivas o de embarazos no deseados entre otros; más aún, cuando se ha establecido que este tipo de comportamientos predice las habilidades sociales requeridas por el individuo, para implementar los cambios requeridos en el ámbito de la salud y lograr su transformación a estilos de vida saludables (93).

En este orden de ideas, los estudios que soportan la línea entre las prácticas educativas familiares y el desarrollo de sus miembros en los entornos educativos ofrecen una mirada amplia al fenómeno, de la cual solo se extraerán aquellas investigaciones que se integran con el ámbito de del embarazo adolescente como insumo al análisis del fenómeno que se pretende abordar en este estudio.

A nivel internacional, el estudio realizado por Bendezú (94) en 2017, titulado *Estilos de crianza parental y ocurrencia de embarazos en adolescentes atendidas en el puesto de salud de Tucsipampa y Buena vista del distrito de Lircay, Huancavelica*, tenía por objetivo conocer la relación existente entre los estilos de crianza y el embarazo adolescente, a partir de un diseño descriptivo correlacional que empleó el método deductivo con una muestra de 28 gestantes y 164 no gestantes.

Entre los resultados más relevantes arrojados por la investigación, se destaca que aproximadamente 32, 2% de las adolescentes gestantes atendidas en los puestos de salud durante el periodo de la investigación, tuvieron una crianza parental autocrática, es decir, no recibieron información sobre anticoncepción de sus padres, ya que estos no estaban de acuerdo con el inicio de la vida sexual de las jóvenes a temprana edad. Por otro lado, 17, 9% de las participantes recibieron una crianza democrática, donde los padres utilizaron la inducción y el diálogo para controlar a sus hijas, sin embargo, los padres desconocían que estas mantenían relaciones sexuales antes del embarazo.

En cuanto al estilo de crianza permisivo, 32,14% de las adolescentes gestantes manifestaron que sus padres eran menos estrictos en los permisos de salida y los horarios de llegada, que les concedían todo o que pedían y no les exigían apoyo en las tareas domésticas. Asimismo, 17,86% de las adolescentes respondieron que han recibido una crianza negligente, donde los padres optan por castigos corporales o por no imponer ningún castigo en absoluto. Bendezú concluyó que, aunque el estilo de crianza con mayor ocurrencia de embarazo fue el autocrático, también se presentaron embarazos con el resto de patrones familiares, confirmando que una crianza parental inadecuada influye en el aumento de la posibilidad de embarazo en adolescentes y que ningún estilo de crianza los evita en su totalidad.

En esta línea, la investigación de Grant (95) realizada en Panamá en 2017, se centró en conocer la dinámica familiar y los modelos de crianza de las familias de las

adolescentes embarazadas de un colegio de la Provincia de Colón, mediante un estudio exploratorio descriptivo con una muestra de 50 madres gestantes, cuyos datos se recogieron con ayuda de una encuesta semiestructurada. El estudio analizó el perfil socio-económico de las participantes, sus relaciones familiares y sus actitudes frente a la crianza de los hijos.

Con respecto a la relación con los padres, los resultados arrojaron que a pesar que muchos se decepcionaron de sus hijas por el embarazo, 60% de las participantes afirmaron tener una buena relación con ellos, 30% una relación regular, mientras que solo 10% de las encuestadas respondieron que tenían una mala relación con sus padres. Por su parte, el sentimiento más frecuente que expresan las madres adolescentes hacia sus hijos es el amor, seguido por el cariño y la alegría, en ninguno de los casos las participantes mencionaron que sentían rabia o frustración por el embarazo. De igual forma sucede con el ambiente en el hogar, donde un 74% de las adolescentes afirma que luego del embarazo se vive un ambiente de mucha armonía en sus casas.

En este orden de ideas, la autora concluyó que los modelos de crianza delimitan en gran medida la forma de ser de los hijos y que la tendencia encontrada en los adolescentes de 17 años fue que sus madres también quedaron embarazadas a temprana edad. Adicionalmente, Grant determinó que la mayoría de las participantes iniciaban su vida sexual sin la debida orientación de sus padres, que puede deberse a la desinformación y a la propia crianza recibida.

Por otro lado, la investigación titulada *Influencia socio familiar en adolescentes embarazadas*, realizada por Urgilés, et al (96) en 2018 en Ecuador tiene por objetivo proponer una alternativa para mejorar la calidad de vida de las adolescentes en estado de embarazo. Los autores realizaron un estudio cuantitativo empleando el método inductivo, la observación directa, la encuesta, la entrevista y la consulta a

especialistas, para realizar un estudio transversal con una muestra de 80 adolescentes embarazadas.

Los principales resultados encontrados fueron que el 70% de las adolescentes no presentó dificultades para mantener un buen rendimiento académico, 76% recibieron afecto por parte de sus parejas y 69% expresó que fue difícil enfrentar a los padres por su rigidez. Por su parte, 66% aceptan el embarazo y 76% no se avergüenzan por estar embarazadas. El estudio además demostró que la familia es la encargada de transmitir valores que apoyen a las jóvenes a superar sus miedos, ayudándolas en sus momentos de tristeza.

Los autores concluyeron que la disfunción familiar puede ser un factor de riesgo tanto para la ocurrencia del embarazo como para morbilidad materna y perinatal. En cuanto a la influencia socio familiar en el embarazo de adolescentes, el estudio comprobó que el amor expresado por los padres hacia sus hijas embarazadas, se relaciona significativamente con la forma como estas afrontan el embarazo.

A nivel nacional, se desarrolló la investigación titulada *Prácticas educativas familiares de un grupo de madres adolescentes del Distrito de Buenaventura (97)*, cuyo objetivo fue analizar las prácticas educativas familiares de un grupo de madres adolescentes afrocolombianas, mediante un estudio cualitativo descriptivo donde participaron siete adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 17 años, quienes respondieron una entrevista semiestructurada para la recolección de la información.

Con relación a los resultados obtenidos por los investigadores, la práctica educativa más utilizada fue la autoritaria, aunque las prácticas permisivas y democráticas también se emplearon en menor medida, lo que demuestra que no existe un estilo único de crianza ya que intervienen factores como el contexto familiar, la experiencia, el estado de ánimo, entre otros. Las adolescentes afirmaron que

utilizan el estilo autoritario, el cual incluye castigo físico, por temor a que sus hijos al crecer se comporten de una manera inadecuada en la sociedad. Sin embargo, aunque este estilo de crianza se caracteriza por no mostrar afecto o interés hacia los hijos, las madres si se interesan por el bienestar de sus niños. Adicionalmente, las adolescentes emplean ocasionalmente la práctica educativa democrática con el fin de establecer responsabilidades y crear límites, así como la práctica educativa permisiva que se evidencia en la falta de firmeza en las normas y la sobreprotección.

Sobre este particular, Moreno, et al (197), lograron concluir que a pesar que las madres adolescentes desean que sus hijos sean exitosos en la vida, no cuentan con las herramientas necesarias para lograrlo, lo que se ve reflejado en las prácticas educativas familiares que utilizan. Además, existen reglas de crianza en el interior de sus familias que se han empleado por generaciones, las cuales son difíciles de modificar por causa de la inexperiencia y la poca información con la que cuentan estas madres (98).

Por otro lado, en cuanto a los factores asociados al embarazo adolescente, se realizó también en Buenaventura un estudio analítico prospectivo con una muestra de 316 adolescentes con edades entre 13 y 19 años, con el propósito de identificar los principales factores protectores y de riesgo relacionados con el embarazo a temprana edad, para lo cual se aplicó un cuestionario a las participantes seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión.

Luego de aplicado el cuestionario, Carvajal, et al (98) determinaron que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes fue de 14.5 años. Por su parte, 82.7% de las participantes manifestaron tener pareja, 67.7% respondieron no haber utilizado ningún método anticonceptivo durante su primera relación sexual, mientras que 52% afirmaron no haberlo utilizado en su última relación sexual. En relación a los factores protectores del embarazo, los autores

encontraron que las adolescentes que podían decidir sus responsabilidades domésticas tenían menos riesgo de quedar embarazadas.

A partir de estos resultados los autores concluyeron que los factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente dependen no solo de la persona sino de su familia y los servicios de salud; por lo que, en términos de salud pública, cualquier esfuerzo que se adelante para prevenir los embarazos a temprana edad, debe estar dirigido tanto a los adolescentes, como a sus familias y a las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud, quienes deben garantizar el acceso a la información y a los métodos de planificación familiar (97).

En este orden de ideas, también se llevó a cabo en el Departamento de Santander una investigación dirigida a analizar la percepción del embarazo adolescente, para lo cual se realizó un estudio descriptivo de corte transversal aplicando una encuesta estructurada de 80 preguntas a 306 madres adolescentes de 10 a 19 años, que habitan en las 6 subregiones del departamento, para determinar características económicas, aspectos culturales y familiares, educación e imaginarios sobre el embarazo, así como variables individuales que buscaban conocer la postura de la adolescente en relación a la maternidad.

Entre los principales resultados del estudio se destacan que 69% de las participantes afirmó que la falta de educación sexual es un factor importante que influye en el embarazo no planificado, por otro lado, 32% sostiene que los pocos espacios para la recreación y el mal uso del tiempo libre son responsables de esta problemática, mientras que 35% mencionó que se debe a la situación económica y 11% a la presión social. Adicionalmente, las jóvenes mencionaron la educación sexual como la principal estrategia para evitar el embarazo en adolescentes y que la principal consecuencia de este es la deserción escolar.

En este sentido, las autoras concluyeron que una estrategia importante para prevenir el embarazo adolescente es la comunicación entre padres e hijos, por lo que se debe promover la participación activa de la familia en la educación sexual, evitando caer en creencias culturales basadas en la prohibición y el temor. Por su parte, la falta de reconocimiento de las madres adolescentes como sujetos de derecho, limita el uso de programas relacionados a la salud, la lactancia, la educación, entre otros, por lo que es necesario garantizar el acceso a estos programas sin importar la edad o condición social, defendiendo los derechos de los adolescentes y disminuyendo así las causas y consecuencias de un embarazo no planificado (99).

En el ámbito local se han desarrollado investigaciones relacionadas con los determinantes sociales del embarazo en adolescentes y el comportamiento del embarazo en población desplazada, tal es el caso del estudio de López (99) quien en 2019 buscó establecer cuáles eran los determinantes sociales de la salud que influían en el embarazo de las adolescentes de San Antero, Córdoba, a partir de una investigación cuantitativa de tipo descriptiva transversal con una muestra de 155 madres y gestantes adolescentes a quienes se les aplicó una encuesta estructurada.

A partir de los resultados obtenidos la autora descartó la zona de residencia y la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como un determinante social del embarazo adolescente, pero afirmó que el ingreso o estrato socioeconómico si se considera un determinante estructural, porque de cada tres adolescentes de estrato 1, una queda en embarazo. Por otro lado, López encontró que 61% de las adolescentes tienen poco acceso a los servicios de educación en salud relacionados a programas y actividades preventivas, en su mayoría por falta de información. Otro determinante estructural con influencia probable en los embarazos adolescentes es el sociocultural, ya que esta condición ha sido socialmente aceptada por generaciones.

La autora concluyó que el estrato socioeconómico es el principal determinante estructural que influye en sobre una serie de condicionantes que se encuentran asociados a la pobreza y a patrones socioculturales que se ven reflejados en estilos de crianza más permisivos. En cuanto al acceso a los servicios de salud, se evidenció que el municipio no cumple totalmente con lo establecido en el Plan Nacional de Salud Pública, por encontrarse deficiencias en los programas de educación en salud.

En esta misma línea investigativa, Castro (101) realizó el estudio titulado *Determinantes sociales de salud del embarazo en adolescentes atendidas en la IPS Bienestar Activa del departamento de Córdoba*, que tenía por objetivo identificar los determinantes sociales de salud que influyen en el embarazo adolescente con el fin de proponer alternativas que contribuyan al fortalecimiento de la salud reproductiva en el departamento. El estudio adelantado fue de tipo descriptivo retrospectivo con enfoque cuantitativo.

Los principales resultados arrojados por la investigación muestran que la mayoría de las participantes residen en zona urbana, tienen solo estudios de primaria y algunas alcanzaron el grado noveno, viven con sus parejas o con su familia, quienes devengan menos de un salario mínimo, con limitaciones de saneamiento básico y condiciones de vivienda poco saludables, La mayoría inició su vida sexual a temprana edad y no planificaron el embarazo, algunas contaron con el apoyo moral y económica de sus padres y sus parejas, mientras que en su totalidad desertaron escolarmente.

Castro concluyó que la mayoría de las adolescentes no tienen conocimientos claros sobre métodos de planificación familiar porque el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes en los centros de salud, los colegios y los medios de comunicación es deficiente. En el caso de las IPS, estas no se centran en los determinantes sociales del embarazo adolescente, además no existen

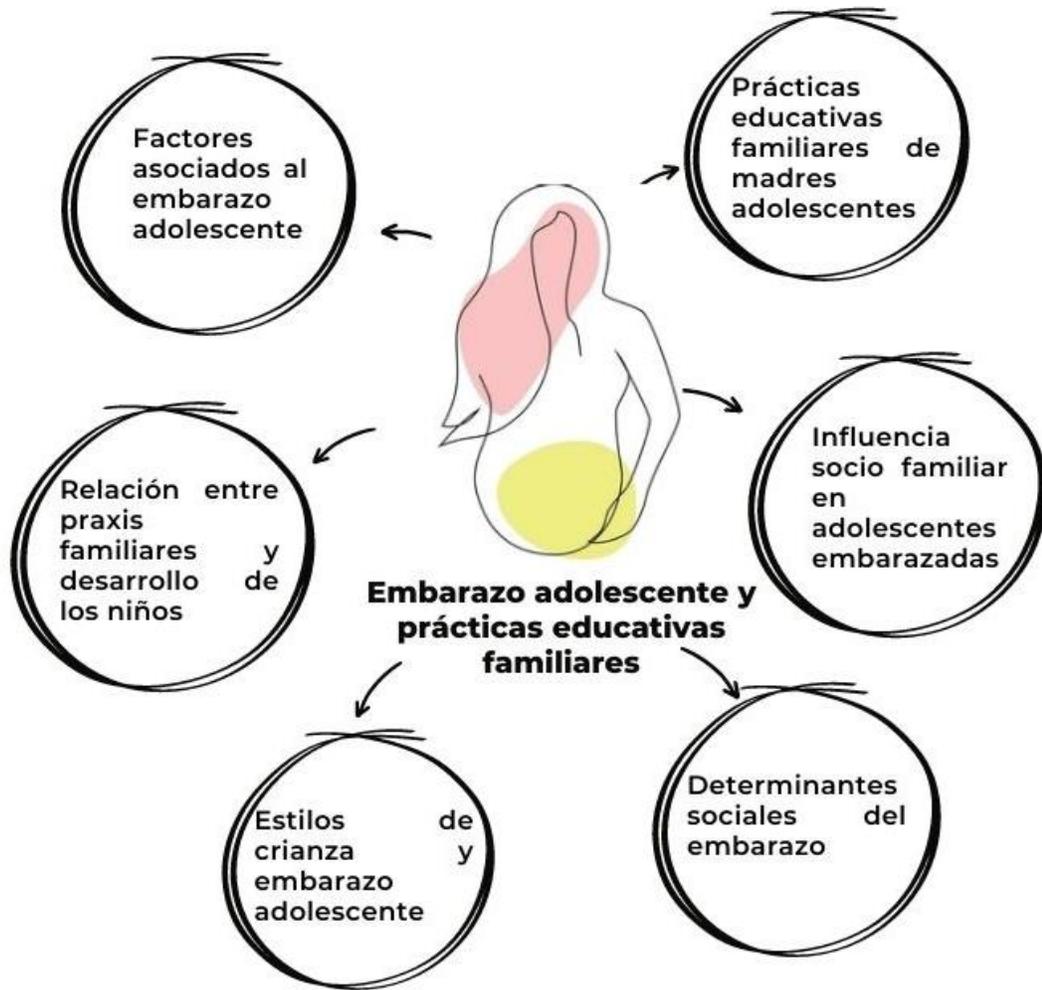
suficientes alianzas entre estas instituciones y los colegios, lo que dificulta el acceso a la información y a los servicios de salud.

Otro estudio en Montería fue el desarrollado por Ruíz (101), para analizar el comportamiento del embarazo en adolescentes desplazadas que viven en un barrio de la ciudad, a partir de una investigación descriptiva transversal retrospectiva con una muestra de 30 adolescentes en situación de desplazamiento, a quienes se entrevistaron con el fin de conocer su comportamiento frente a esta situación.

La autora encontró que las adolescentes pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, la mayoría inició su vida sexual a temprana edad, casi el 70% no utilizó métodos anticonceptivos y dos de cada tres adolescentes quedaron embarazadas. Además, el 96.7% provienen de familias disfuncionales, presentan un nivel de escolaridad bajo y la mayoría cambió su rol de estudiante por el de ama de casa.

Así las cosas, Ruíz, logra concluir que el bajo nivel educativo está relacionado a la baja percepción del riesgo, el poco uso de los métodos anticonceptivos y la dependencia económica. Por otra parte, se evidenciaron la mala comunicación entre padres e hijos, la falta de confianza y la carencia de afecto como factores determinantes para la ocurrencia del embarazo adolescente.

Figura 2. Tendencias investigativas sobre prácticas educativas familiares y embarazo adolescente



Fuente: Elaboración propia

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación se enmarcó en un enfoque cualitativo, por interesarse en comprender las configuraciones sobre el embarazo y el lugar de la familia en las prácticas de cuidado de un grupo de adolescentes gestantes de Montería, Córdoba, a través del sentido que estas otorgan a sus acciones cotidianas orientadas a la exploración profunda de este fenómeno de estudio (102). Asimismo, este tipo de enfoque tiene un interés en interpretar los procesos sociales a partir de cada uno de los sujetos que participan en estos en sus situaciones naturales, entendidas estas como las acciones, procesos, interacciones espontáneas que son observadas o analizadas por el investigador lo más completa como sea posible, procurando captar los datos en su complejidad sin intentar controlar o influir sobre estos (103).

Los estudios cualitativos son importantes cuando se pretende estudiar las relaciones sociales o familiares, por la diversidad y pluralidad de estilos de vida que se convierten en retos para los investigadores al explorar sentimientos, percepciones, sentido o actuaciones familiares. Este tipo de desafíos muestran diferentes caminos para construir las realidades sociales alejadas de las grandes teorías, hipótesis o explicaciones causales, cuando se logra constatar que el mundo social de los humanos no puede interpretarse en su totalidad con métodos rígidos, porque cada persona puede aportar a la construcción de esas realidades desde sus experiencias o formas de ver la vida (103).

Una de la perspectiva que implica una ruptura radical con los planteamientos de las teorías explicativas positivistas es la etnometodología, la cual trata sobre todas aquellas actividades, circunstancias y tipos de razonamiento sociológico práctico que enuncian las actividades de la vida familiar o cotidiana en el mismo plano de interés de aquel que se concede a los acontecimientos extraordinarios. Garfinkel,

su principal exponente, afirma que el interés principal de este enfoque son las actividades prácticas, particularmente se apuesta a la búsqueda de los mecanismos empleados por las personas para darle sentido a sus acciones de la vida cotidiana; de ahí que, el sentido común es un referente fundamental en el proceso de la conducta socialmente organizada (104).

En este sentido, la concepción de una realidad social específica es creada de forma permanente por los actores sociales, a través del lenguaje; cabe destacar que, el lenguaje referenciado en la etnometodología no se refiere únicamente a la gramática, sino que involucra todo lo concerniente a la vida cotidiana de las personas, por ello, los actores sociales entran a configurar el sentido de lo expresado por los otros en el marco de un contexto cotidiano. Los planteamientos de Garfinkel y Sacks, amplían este concepto cuando entienden que al dialogar con un lenguaje natural las personas se comprometen en la producción y presentación de ese saber enmarcado en sus asuntos cotidianos como fenómeno sujeto a observar (104).

Por otro lado, la etnometodología defiende la postura que los fenómenos sociales no poseen en sí mismos la propiedad de imponerse como referentes conceptuales de los sujetos; por el contrario, son las personas y sus capacidades las encargadas de producir los eventos sociales en el marco de sus prácticas y vida cotidiana. Es visible entonces que, las personas actúan conforme a lo que van construyendo en su vida y no por imposiciones normativas externas a lo que estas consideran propio; con ello, la etnometodología propone como supuesto teórico que son los sujetos los que poseen el sentido práctico mediante el cual adecuan las normas sociales haciendo uso de la racionalidad práctica empleada en su mundo cotidiano (105).

De acuerdo con las características y finalidad del estudio se asumió la etnometodología como presupuesto metodológico, al considerar que configuraciones adolescentes en torno a las prácticas de cuidado son una

construcción permanente que inicia en el entorno familiar cuya interpretación es posible si se recupera el sentido asignado por los sujetos de estudios; en especial de cómo la configuración sobre el embarazo mismo es un insumo para fortalecer las prácticas educativas de los grupos familiar sobre el cuidado de la salud y la vida de la menor y de su hijo.

3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis comprendió las configuraciones del embarazo y del lugar de la familia en las prácticas de cuidado que construye un grupo de gestantes adolescentes en Montería, Córdoba, durante 2022.

3.3 SUJETOS DE ESTUDIO

Las decisiones metodológicas acerca de quién o quiénes suministran los datos en una investigación cualitativa se fundamentan en que casi siempre se opta por muestra pequeñas no aleatorias, lo cual no implica que carezcan de calidad, sino que el investigador aplica diferentes criterios para seleccionar a los sujetos de estudios (106). En este sentido, las 25 participantes de esta investigación fueron adolescentes embarazadas asistentes al programa de control prenatal de una E.S.E de primer nivel en la ciudad de Montería (Córdoba), seleccionadas a partir de las dimensiones de tiempo, persona y contexto, y por criterios de saturación teórica.

- **El tiempo.** Es una dimensión importante cuando se trata de estudios acerca de la vida social o familiar; por ello, en este estudio se asume la dimensión como la trayectoria de vida de la adolescente específicamente aquella que en el momento de la entrevista se encuentre en estado de gestación, con quienes se entabló procesos de diálogos durante lapsos temporales en el marco del control prenatal.

- **Personas.** Se planteó la selección de adolescentes embarazadas que presentaran diversidad sociocultural, con el fin de crear ambientes de diálogo sobre las diferentes configuraciones sobre la gestación y el lugar de la familia, tendientes a contrastar las respuestas para interpretar la influencia de los grupos familiares en la toma de decisiones del ejercicio responsable de su salud y sexualidad.
- **Lugar y Contexto.** Las participantes se eligieron a partir del espacio social donde se desarrollan, buscando diversidad en sus prácticas culturales. De ahí, que el Programa de control prenatal se asumió como un referente para encontrar a los sujetos de estudio, pero la selección adoptó criterios de diversidad e inclusión social mediante análisis de las historias clínicas disponibles en la E.S.E de estudio.

3.3.1 Criterios de inclusión. A partir de las dimensiones establecidas en el estudio, se seleccionaron los siguientes criterios de inclusión:

- Adolescente en estado de gestación.
- Contar con edades entre 16 y 18 años.
- Residentes en Montería.
- Estar inscrita en el Programa de servicios de control prenatal de una E.S.E de Montería entre julio de 2021 y junio de 2022.
- Sin limitaciones físicas y mentales que le impida participar en el estudio.

3.3.2 Criterios de exclusión. El estudio se planteó los siguientes criterios de exclusión:

- Embarazada mayor de 19 años y menor de 16 años.
- Adolescentes embarazadas con residencia temporal o de visita en la ciudad de Montería.
- No pertenecer al Programa de servicios de control prenatal en la E.S.E seleccionada.

3.4 DISEÑO, EJECUCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La investigación contempló cuatro acciones enmarcadas en el diseño, ejecución y análisis de los datos, que según Quintana (107) se producen de forma consecutiva, a saber: el acceso o entrada a la recolección de datos, el registro de datos, organización y reducción de datos, y la construcción y análisis de categorías.

3.4.1 Acceso o entrada a la recolección de datos. El acceso o inmersión al campo para la recolección de los datos inició con la aprobación del estudio ante el Comité de investigaciones del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba y la solicitud formal de consentimiento de la institución donde se realizó el estudio. Una vez se recibió el permiso formal, se procedió a definir los pasos o secuencias para acceder a los sujetos de estudio, diseño y refinamiento de los instrumentos por parte de expertos, entre otras acciones que conciernen al trabajo de campo.

Asimismo, el lugar del investigador en esta fase de la investigación cualitativa, se entendió como el principal instrumento para la recolección, organización y análisis de los datos; de ahí que, es vital reconocer la experiencia de este en el proceso investigativo, porque en gran medida el éxito de esta etapa se vinculó con la empatía o afinad que este logre con los sujetos de estudio.

A partir de lo anterior, el investigador asociado a este estudio es médico con experiencia en el área de salud sexual y reproductiva, amplia trayectoria en programas de servicios de salud amigables y miembro activo de la organización en donde se encuentran inscritas las adolescentes embarazadas. El acceso o entrada al mundo social, personal y cultural de las entrevistadas, se produjo en un ambiente natural de empatía, reconocimiento y sinceridad, particularmente por el trabajo previo que el investigador ha realizado con la población; sin embargo, se previó

mantener una actitud de escucha, diálogo y respeto permanente con el fin de lograr la sostenibilidad del diálogo interactivo a lo largo de todo el estudio.

3.4.1.1 Criterios orientadores del muestreo y selección de participantes. El estudio planteó el diseño del plan de recolección de datos mediante el cual se estableció el tipo de muestreo y los criterios orientadores para la selección de los participantes.

Para la selección de los participantes se consideró el tipo de muestreo por conveniencia, por tratarse de un estudio que buscó obtener información confiable en el menor tiempo posible a partir de las circunstancias concretas presentes en la vida del investigador y el grupo de embarazadas adolescentes seleccionadas. La muestra o número total de participantes se obtuvo mediante la saturación teórica, la cual se asume en el momento preciso cuando las respuestas de los sujetos de estudio no aportaron nada nuevo a la investigación haciéndose repetitiva.

Con respecto a los criterios orientadores para la selección de los participantes, se tuvo en cuenta:

- **Pertinencia.** Referido a la identificación de aquellas participantes que estén en capacidad de aportar la mayor y mejor información al estudio conforme a los parámetros establecidos.

- **Adecuación.** Consiste en disponer de la mayor cantidad de datos suficientes para desarrollar una completa y exhaustiva abordaje de la categoría, particularmente cuando el investigador comprueba que alcanzó el momento de saturación

Al respecto del muestreo de situaciones clave para la observación, el estudio adoptó además de los antes mencionados, los siguientes principios:

- **Conveniencia.** Este se refiere a la elección idónea del lugar o la situación que se desee registrar. Para alcanzar este principio se previó emplear un consultorio cómodo y privado para garantizar que no existan interferencias.
- **Oportunidad.** Consiste en estar en el momento preciso en el que se produce el dato. Por ello, el investigador creó varios escenarios con las participantes para procurar estar en el momento adecuado donde se produce el dato.
- **Disponibilidad.** Está referido al acceso libre y sostenido de los lugares o situaciones. A partir de este principio, el investigador concertó agendas flexibles con las participantes asegurando estar disponible y contar de forma permanente con los lugares que demanda la investigación.

3.4.1.2 Instrumentos y técnicas para la generación y recolección de datos. Otro aspecto de interés en este ítem es la selección de técnicas para la generación y recolección de datos, estipulándose que acorde al propósito de esta investigación se emplearía la observación participante, por considera que esta técnica ejecuta su función desde adentro de las realidades familiares; por esto es considerada una de las principales técnicas de la investigación cualitativa y sus registros se realizan en un diario de campo.

Los registros al diario de campo se realizaron de forma continua, garantizando que todo lo ocurrido durante el proceso quede consignado para apoyar el proceso de análisis. La observación participante se empleó inicialmente para ganar el acceso o entrada al escenario de estudio, por ello se debió decidir qué aspectos de la realidad ameritaban ser abordados.

El estudio contempló la elaboración de una entrevista individual semiestructurada mediante el uso de un cuestionario, la cual ha ser garante de abordar las dimensiones de las categorías del estudio y dar respuesta al propósito planteado. Asimismo, se diseñó un asentimiento informado por tratarse de adolescentes con edades entre 16 y 18 años.

Estos instrumentos fueron elaborados por el investigador y refinados con el apoyo de un panel de expertos, quienes orientaron la formulación de preguntas acordes con el ámbito teórico. Luego se seleccionaron algunas adolescentes embarazadas para completar el proceso de refinamiento.

Las entrevistas semiestructuradas fueron aplicadas a las adolescentes embarazadas previa la firma del asentimiento informado, ofreciendo garantías para la confidencialidad de sus respuestas y motivando la libre expresión de las participantes, sin censurar ni estigmatizar su condición de embarazo. De igual manera, se contempló la grabación con consentimiento previo de las participantes en formato mp4.

3.4.2 Registro de los datos. Este punto buscó emplear diversas técnicas para procesar los datos recolectados, frente al cual se planteó que una vez finalizado el proceso de recolección de datos se transcribieran los audios de forma textual, sin omitir ningún detalle o expresión de las participantes. Estas transcripciones se registraron en un documento Word, empleando columnas y filas numeradas para garantizar la búsqueda efectiva de la información. Cada entrevista se marcó con un código alfanumérico para garantizar la confidencialidad de la participante.

3.4.3 Organización y reducción de los datos. En este ítem se contempló tres fases para su desarrollo:

- **Descriptiva.** Esta fase se planteó como objetivo registrar toda la información recopilada en el trabajo de campo, con la particularidad de conservar en la medida de lo posible los rasgos textuales que quisieron manifestar las adolescentes embarazadas participantes del estudio.

- **Segmentación:** El conjunto inicial de los datos recopilados se segmentó a partir de las categorías descriptivas que surgieron de los datos primarios y que facilitan su reagrupación para hacer una lectura distinta.
- **Estructuración:** En este momento el objetivo de esta fase se orientó a estructurar la presentación sintética y conceptual de los datos recopilados, mediante el proceso de integración de las categorías descriptivas y la construcción de categorías conocidas como de segundo orden o axial. Las técnicas que se emplearon para la configuración de las categorías axiales fueron las de identificación de patrones y temas, agrupación, establecimiento de metáforas y conteo.

3.4.4 Construcción y análisis de categorías. El proceso de construcción y análisis de categorías se constituyó en el primer paso que conduce a estructurar un análisis cuando el investigador concluye de forma parcial o total el trabajo de recolección de datos, a partir de tres niveles:

- **Primer nivel de categorización o codificación descriptiva.** Hace referencia al momento en el que emergen las categorías descriptivas, cuando el investigador entró en contacto con los datos recopilados tratando de comprender la forma lógica y coherente de las unidades que análisis. En esta fase, surgieron códigos de dos tipos: vivos o sustantivos; en los primeros, se emplearon expresiones textuales de las embarazadas participantes del estudio, y en los códigos sustantivos se acudió a las enunciaciones creadas por el propio investigador con soporte en los rasgos esenciales de los datos recolectados y agrupados.
- **Segundo nivel de categorización o codificación axial o relacional.** La naturaleza de estas categorías es la relación; de ahí que, se constituyó a partir del proceso de vincular las categorías descriptivas entre sí, las cuales unieron dos o

más observaciones de los datos crudos que dan origen a las categorías relacionales.

- **Tercer nivel de categorización o codificación selectiva.** La entrada a este nivel implicó que la investigación haya depurado los datos empíricos y conceptuales. Esta fase incluyó el análisis triangular y la contrastación con los sujetos del estudio, a partir de identificar uno o varios núcleos categoriales desde donde se articuló el sistema de categorías.

Para facilitar el manejo categorial se construyó matrices de análisis articulando las categorías identificadas durante el estudio con el proceso de retroalimentación de las participantes, con miras a generar diálogo e interacción entre estas.

El proceso de diseño, ejecución y análisis de los datos de esta investigación, se describió de manera sintetizada en el siguiente gráfico:

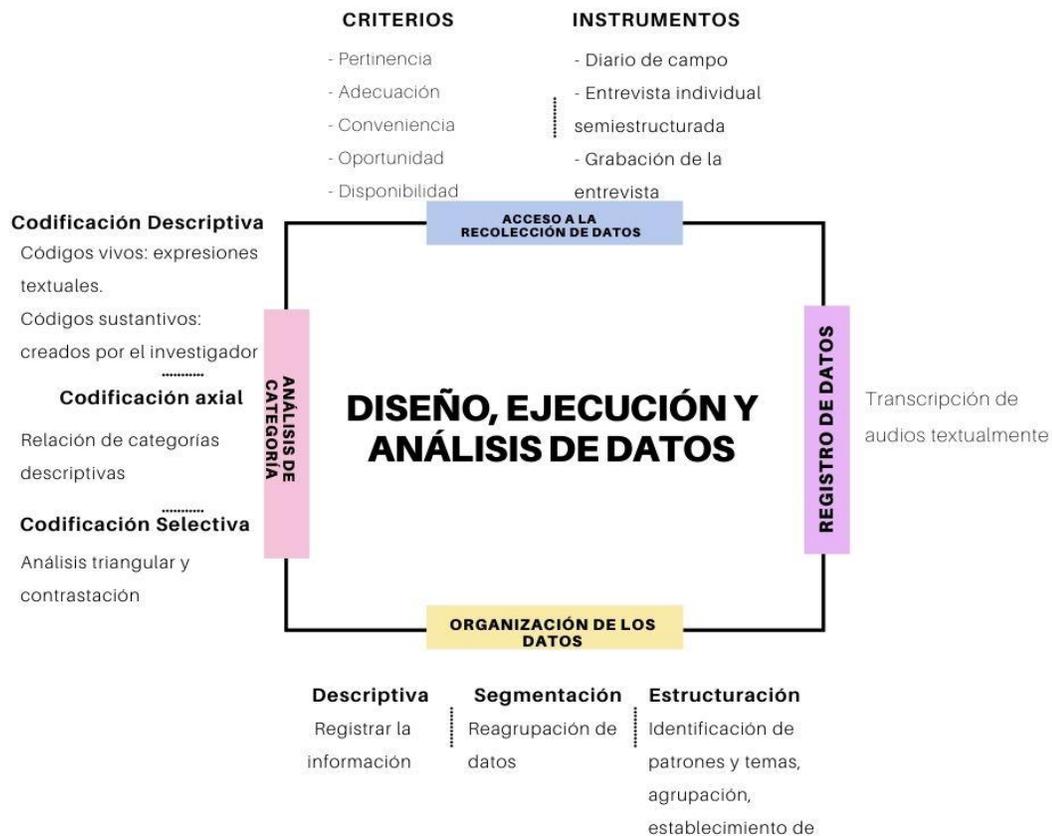


Figura 3. Diseño, ejecución y análisis de los datos

Fuente: elaboración propia

3.5 PRESENTACIÓN DE LOS HALLAZGOS

La forma de presentar los resultados pertinentes a la investigación se hizo por medio de elementos relacionados entre sí encontrados en los discursos de las participantes. Se acudió a diferentes modelos y estrategias de presentación de información para garantizar su entendimiento y lectura de forma armónica, dichos elementos pueden ser gráficos, figuras, esquemas. Estas herramientas de visualización de información se realizarán a través del software MAXQDA 2020, que brinda fiabilidad en su estructura de códigos. Todos los elementos de presentación se basaron en la consistencia de la información obtenida a través de los sujetos de estudios.

El criterio central para determinar la importancia de lo encontrado en la investigación fue la información brindada por las mujeres mediante sus voces, las cuales llevaron a las conclusiones finales, que una vez sean contrastadas con lo que conoce sobre la temática estudiada servirán de sustento para nuevos estudios en el área.

3.6 CRITERIOS DE RIGOR METODOLÓGICO

Los criterios de rigor metodológicos (107) que se tuvieron en cuenta en la investigación son los siguientes:

- **Fiabilidad o consistencia:** Se basó en repetir un modelo de estudio ya estructurado, con la finalidad de contrastar resultados y verificar que haya un patrón de comportamiento similar con el estudio posterior, para asegurar que los datos encontrados se puedan mostrar como válidos. Para constatar la fiabilidad del modelo metodológico en esta investigación, se acudió a la revisión de los modelos de investigadores externos que permitieron determinar la consistencia de la investigación y que esta se encuentre en un marco legal.

Para el proceso de análisis de datos en la investigación, se recurrió a la transcripción exacta de las entrevistas donde las participantes brindaron la información necesaria, dicha información fue verificada por investigadores competentes en el área, quienes se encargaron de certificar los datos recolectados, siempre respetando el anonimato de las personas que colaboraron con el estudio.

- **Validez:** Relacionado con la interpretación de los datos, por medio de este criterio se pudo constatar que se hayan obtenidos las conclusiones correctas y pertinentes según la información recopilada de interés para la investigación. Su aplicabilidad garantizó un grado de confianza que mostró las dinámicas del estudio, basándose en diferentes formas para sacar conclusiones, como lo son la triangulación, la saturación y el contraste con otras investigaciones. Por ello, fue necesario la transcripción clara, precisa y sin modificaciones de las entrevistas

brindadas con las personas que participaron en el estudio para ser estudiadas por las autoridades académicas competentes.

- **Credibilidad o valor de la verdad:** En este criterio recayó la responsabilidad de determinar que la investigación contenga cada elemento necesario para establecer el conjunto sistemático de información, que cada uno de ellos cumpla los criterios de rigor y veracidad pertinentes, con el fin de verificar que lo plasmado por el investigador y la información brindada por las personas participantes en el estudio presenten una estructura congruente entre ellos. Este punto se puede clasificar como auténtico, debido a como se presenta la evidencia del estudio, las experiencias de las personas que hacen parte de la investigación se muestran de forma inalterables. Para asegurar que la interpretación de los datos encontrados tenga relación entre sí, se analizó de forma detallada la información brindada por las personas que colaboraron con la investigación.

- **Conformabilidad o reflexividad:** Dictaminó la fiabilidad de los aportes realizados por las gestantes, con ello permitió determinar la condición del investigador en labores de campo con el fin de conocer su área de trabajo y cómo esta se encuentra delimitada, de tal forma que se puedan evitar supuestas causalidades del fenómeno. Con la reflexividad se logró determinar que lo encontrado en la investigación no se ha dejado pasar detalles producto de perspectivas o de algún interés del investigador.

Con este criterio se dejó entrever que el investigador comprendió que su formación profesional puede influir en el estudio, creando comportamientos autocríticos que ayuden a comprender mejor el fenómeno de interés, o por el contrario que se conviertan en una barrera para la develación de las configuraciones genuinas de las menores. Ante ello, se contó con la supervisión de la directora del trabajo de grado quien actuó con objetividad en la aprobación del contenido analítico, siendo garante

de que los hallazgos se presentaran de clara, sin modificaciones, y sin verse influenciada por alguna conveniencia del investigador.

- **Transferibilidad o aplicabilidad:** Ayudó a trasladar los resultados obtenidos a otros medios, teniendo en cuenta que los discursos a contrastar tengan criterios de estudios similares en las situaciones de interés. Para cumplir con este criterio el investigador creó descripciones detalladas del entorno donde se establece la investigación. Es de importancia tener conocimiento sobre los criterios de transferibilidad en investigaciones cualitativas, debido a que son los lectores que deben determinar si existe relación concreta que permita hacer una extrapolación de los datos al contexto del estudio que se investiga.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a que esta investigación presenta estudio con seres humanos, se acoge a los lineamientos éticos para estudios de este tipo establecidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, como también los fundamentos necesarios para estudiar los aspectos éticos en el marco de la investigación en el área de la salud, declarándose como una investigación con riesgo mínimo.

Para garantizar el principio de confidencialidad de información, protección de datos de las personas se seguirán los lineamientos establecidos en la ley 1581 de 2012. El estudiante de la maestría quien es el investigador principal evitará cualquier indicio de violación al anonimato de las personas que colaboraron con la investigación, para ello se establecieron códigos alfa numéricos para el manejo de los datos de las participantes.

Ante las problemáticas ambientales presente en la actualidad, esta investigación asumió compromisos éticos con el medio ambiente, para ello limitó el uso de papel

u otros recursos que no sean indispensable y así ayudar de alguna manera en su conservación. Se utilizaron herramientas digitales para la creación de los archivos y textos necesarios para la investigación. El programa de Maestría de Salud pública fue garante y dio el soporte necesario en este proceso investigativo.

El investigador principal, para este caso el estudiante de Maestría, fue el encargado de mantener a resguardo las entrevistas y demás material obtenido durante la investigación y dará uso de estas solo para fines académicos, por ninguna circunstancia puede darse a conocer el contenido de estas a personas que no hagan parte del estudio.

La información se mantendrá por 5 años luego de su presentación y finalizado este periodo se eliminarán los soportes físicos empleados. El investigador principal se encargará de mantenerla bajo su custodia toda la data obtenida en el proceso investigativo. Antes de la presentación de los hallazgos todos los datos recolectados fueron devueltos a su fuente, primero se socializó con las participantes la transcripción de las entrevistas cuando ellas autorizaron se procedió a la categorización. Al finalizar el estudio se divulgarán los datos con presentaciones verbales en reuniones o videos conferencias según lo reglamentario.

Con este estudio no se pretendió generar beneficio para ninguno de los participantes en la investigación, como tampoco para las autoridades académicas y organizaciones del área de la salud que participaron de la misma.

3.8 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR

La responsabilidad de los derechos de autor y la propiedad intelectual recae en el estudiante de Maestría en Salud Pública autor de este informe. El documento podrá ser consultado siempre que no se violen los derechos de autor del investigador principal.

3.9 SOCIALIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS

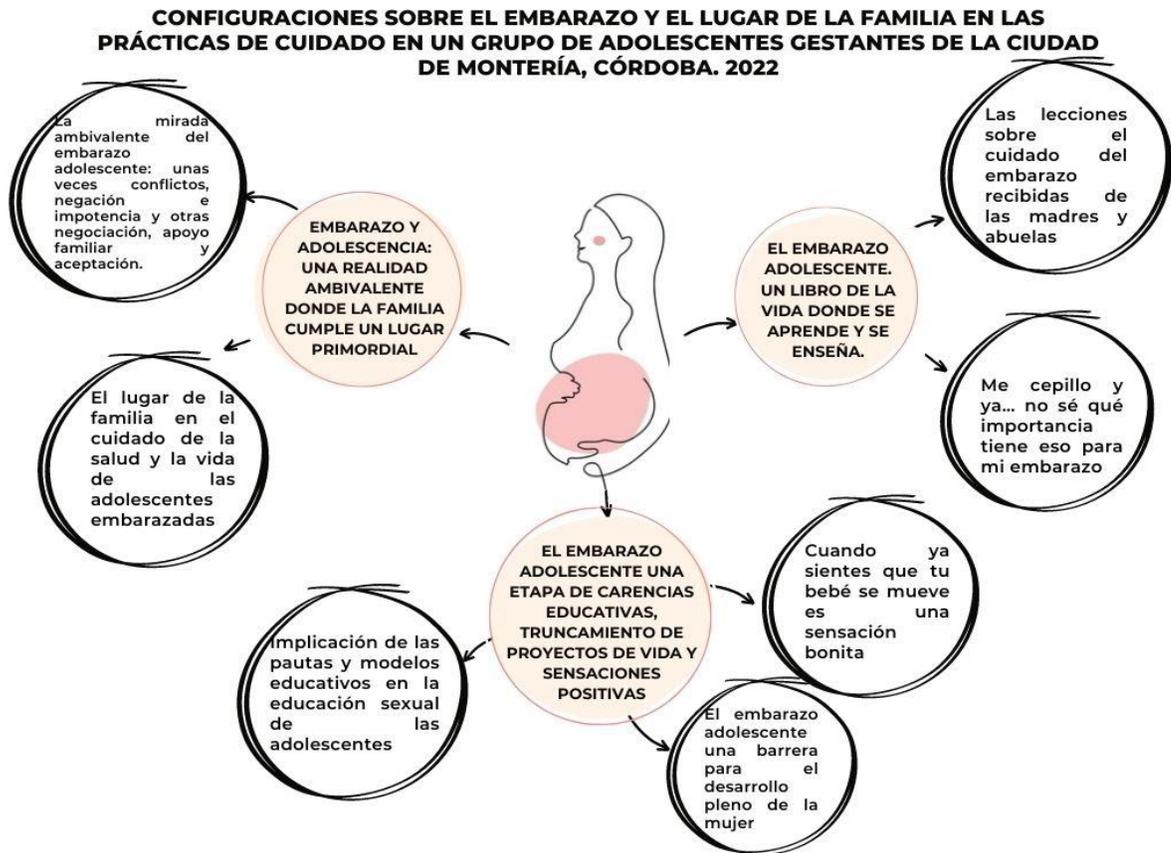
Los resultados obtenidos durante este estudio, se socializaron en un documento ante la Maestría en Salud Pública de acuerdo a los lineamientos de esta. De igual forma, se divulgaron en eventos académicos y se aspira publicar varios artículos en revistas científicas nacionales e internacionales.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El estudio sobre las configuraciones del embarazo y el lugar de la familia sobre las prácticas de cuidado de adolescentes embarazadas de Montería, trazó tres categorías analíticas: i) Embarazo y adolescencia: una realidad ambivalente donde la familia cumple un lugar primordial; ii) el embarazo adolescente, un libro de la vida donde se aprende y se enseña en familia y iii) el embarazo adolescente una etapa de carencias, conflictos y truncamientos de proyectos de vida.

Cada categoría se expandió a partir de subcategorías o líneas reflexivas de análisis como son la mirada ambivalente del embarazo, el lugar de la familia en las prácticas de cuidado, las lecciones sobre el cuidado del embarazo, me cepillo y ya, implicaciones de las pautas y modelos educativos, el embarazo adolescente una barrera para el desarrollo y cuando ya sientes que tú bebé se mueve es una sensación bonita (Figura 4)

Figura 4. Categorías de análisis



Fuente: Elaboración propia

4.1 EMBARAZO Y ADOLESCENCIA: UNA REALIDAD AMBIVALENTE DONDE LA FAMILIA CUMPLE UN LUGAR PRIMORDIAL

Las configuraciones sobre el embarazo adolescente transitan entre los sentimientos, actitudes y prácticas de las gestantes que le permiten responder de forma positiva o negativa ante su condición, evidenciándose la ambivalencia psicológica en gran parte de sus expresiones. Por un lado, se encontró la prevalencia de aquellas concepciones en donde el embarazo se considera como un “error” con efectos importantes en el proyecto de vida de las menores, siendo la

familia un agente importante para mitigar dichos impactos; y por otro, se detectó que las entrevistadas generan vínculos positivos por su condición al percibirlo como válvula de escape, o en el caso de contar con el apoyo de familiares, pareja o amigos se asume como catalizador de mejores estrategias de afrontamiento.

4.1.1 La mirada ambivalente del embarazo adolescente: unas veces conflictos, negación e impotencia y otras negociación, apoyo familiar y aceptación. En el embarazo adolescente la menor experimenta diversos sentimientos que emergen por diversas situaciones que generan conflictos, negación e impotencia pero que en paralelo transitan por fases de negociación cuando reciben el apoyo familiar que suele conducir a la aceptación. Es decir, con las narrativas de las entrevistadas se pudo trazar una ruta que parte de una situación inicial conflictuada generadora de sentimientos encontrados (Figura 4). Vale la pena anotar, que esta trayectoria no es una realidad homogénea porque dependerá en gran medida del tipo de apoyo recibido por la menor y las particularidades biológicas, psicológicas y culturales presentes en el análisis.

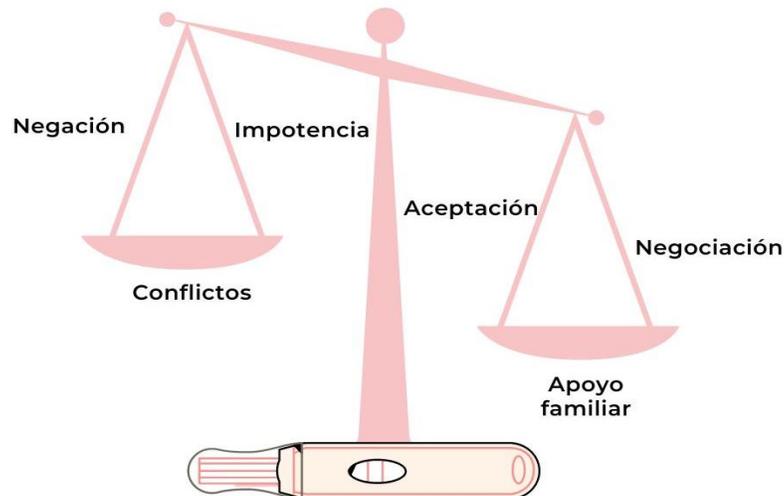
Otro aspecto importante que emerge, corresponde al desconocimiento de las opciones que se tienen frente a un embarazo no planeado, no deseado y en ocasiones no aceptado. Temas como la adopción e interrupción voluntaria del embarazo, siguen siendo aspectos que son considerados tabú o prohibidos en su familia y comunidad, como muchos otros factores, que sin duda toman gran importancia en la realidad de estas gestantes adolescentes.

En el entorno sociocultural donde se desarrollan estas adolescentes se suelen crear estigmas frente a las opciones que existen, es así como estas mujeres transitan por un camino lleno de innumerables dudas que por lo general son resueltas con información poco verídica haciéndose necesario la intensificación de los programas de salud sexual y reproductiva donde se divulguen los derechos que poseen; y de esta manera puedan desarrollar una mayor autonomía sexual sustentada en el

conocimiento de buenas prácticas, evitando así que se presenten situaciones como la encontrada en el siguiente comentario.

“(...) Los riesgos... los riesgos que pueda tener... los riesgos, así como las ventajas que pueda tener para la embarazada son cosas que me hubiera gustado que me aclararan no que no salga embarazada por tu edad son cosas que dan como impotencia.” A11

Figura 5. Sentimientos de contrapeso experimentados por las adolescentes participantes ante la noticia del embarazo



Fuente: Elaboración propia

Los sentimientos de la adolescente en gestación reflejan una fase compleja a nivel físico y mental, que es difícil de explicar al sumergirse en un mundo desconocido lleno de sorpresas, resentimientos, vergüenza y rabia consigo mismas. Ellas temen enfrentar los cambios suscitados con el embarazo; en especial, por el comportamiento o actitud que sus padres puedan asumir, su pareja y todo el círculo social que les rodea, siendo el retraso del control prenatal uno de los aspectos más preocupantes dado que al intentar mantener en secreto su condición suelen exponer su salud y la del bebé como es expuesto en los siguientes comentarios (108).

“ (...) Ah sí en el principio del embarazo yo vivía con el muchacho ehhh tuvimos una discusión porque me enteré de lo que estaba pasando y pues no me llegó bien eso, entonces discutimos y empecé a sangrar yo y me llevaron de una para un hospital, no me tocó ni nada eso si no si porque tenía mucha rabia por eso pues me hicieron un tacto la doctora me examinó la vagina para ver si seguía sangrando y me dijo que solo era unas manchas pero yo estaba botando mucha sangre, entonces me hicieron una ecografía, me mandaron a meterme a controles prenatales porque todavía no me había metido entonces ya eh... me hicieron prueba de embarazo y me sacaron sangre y me detectaron anemia y todo eso tenía apenas estaba empezando tenía como dos o tres meses.” A3

“ (...) No sé por qué mi historia es como tan..., pero no sé, depende si veo que está en una situación igualita a la mía como tal vez, por ejemplo, con este embarazo yo no estaba viviendo con mi hijo, yo pasaba en la calle o sea festeando cosas así, todavía no sabía que estaba en embarazo, cuando me enteré que estaba en embarazo tenía 4 meses y tomaba alcohol.” A13

Sobre este particular, los sentimientos y emociones también se ven afectados por el estado ambivalente que sufre la menor durante las primeras semanas de gestación. La decisión de continuar o deshacerse del bebé las persigue durante un buen tiempo, así como también, pensar qué será de su vida, quién aportará económicamente a la manutención del niño o si su pareja se quedará con ellas son fuente de preocupación constante que genera tristeza, culpa, baja autoestima, y frustración (108).

“Aja que miren bien la pareja que van a escoger y cuidarse porque con la pareja que van a estar, no le importa si uno queda embarazado.” A17

“(...) Para ella (se refiere a la madre) la noticia de mi embarazo, pues yo digo que feliz, pero no me regañó, pero si se puso a llorar, se decepcionó un poco de mí unos días, por una semana no fue, después si se le pasó yo me sentía mal porque ella me había dado la confianza y todo pues le fallé y me hacía sentir mal verla así, mi novio si me dijo que él me iba a apoyar en todo y que él iba a estar ahí, él es soldado está pagando el servicio, pues ahora toca seguir adelante.” A19.

“(...) Desde que yo me vine para acá en septiembre del año pasado, me vine para acá para Montería, mi mama se enojó conmigo, pero sin embargo ahora en Semana Santa que fuimos a la casa ella se portó bien y pues las cosas estaban avanzando, estaban mejorando las cosas, pero desde que se enteró del embarazo retrocedió y como que ya se puso a la distancia, ante vivía con mi familia en Tierralta, mi papá aún no se entera de la noticia.” A10

Los planteamientos de Flores, Nava y Arenas (109) permitieron reflexionar sobre cómo la dimensión psicológica de las menores se ve afectada cuando a raíz de un embarazo estas experimentan depresión, culpa, negación, fracaso e incluso resentimientos llegándose a la conclusión que durante la adolescencia las mujeres no se encuentran preparadas para la maternidad. En esta misma vía, Reyes, et al (110), advierten que entre las reacciones adversas experimentadas por las adolescentes se destacan los sentimientos de tristeza y angustia cuando reciben la noticia de estar a la espera de un bebé, siendo la familia un pilar importante para la generación de otro tipo de sentimientos y actitudes más favorables para la diada mujer/niño.

En muchos casos estos embarazos son reflejos de sus propias madres, quienes vivieron un embarazo adolescente y no se encontraban preparadas para la maternidad, criándose y criando a un bebe en un ambiente desfavorable, al no tener las herramientas económicas, físicas y psicológicas; así mismo, como producto de su inexperiencia tienden a adoptar pautas educativas inadecuadas que en

ocasiones contribuyen con la toma de decisiones inadecuadas por parte de sus hijos. En este orden de ideas, Molina, et al (111), confirman que en estos casos se está ante la reproducción de patrones familiares y culturales que refuerzan el círculo de la pobreza; frente a lo cual se requieren medidas que refuercen la educación familiar, la comunicación y la sana convivencia.

Chamorro (112), en su estudio titulado: *“Experiencia de adaptación psicosocial al embarazo en adolescentes gestantes de un hospital de Lima Metropolitana”* ratifican que el embarazo adolescente en la mayoría de veces no es planificado, pero aseguran que muchas de las menores al entender las conductas poco cuidadosas al entablar relaciones sexuales, saben que existe la posibilidad de quedar en embarazo y sacan a relucir la importancia del rol que cumplen los padres, la pareja y los miembros del equipo de salud cuando se presenta un embarazo adolescente.

Por su parte, Figueroa, et al (113), resaltan en la recopilación de diferentes investigaciones que el común denominador en adolescentes que viven la experiencia de un embarazo es la sensación de sentimientos opuestos, donde por un lado sienten la frustración de llevar consigo un ser que les trunca la vida y, por otro, surge la aceptación e incluso satisfacción.

Cabe resaltar que en los casos donde la adolescente se muestra conforme ante la decisión de continuar con el embarazo prevalece el apoyo de la familia, observándose que la estabilidad emocional depende del tipo de relación con su pareja y su familia de origen. Con ello, estar ante este fenómeno es transitar por un mundo ambivalente que no responde a una sola teoría o visión, dado que cada familia maneja sus propios códigos de apoyo o rechazo según sus propias experiencias de vida.

Otras narrativas dan cuenta de cómo la mujer concibe este proceso como una bendición cuando expresan que sienten felicidad y agradecimiento por el hecho de estar embarazadas.

“(...) pues no fue algo planeado mi embarazo. Estaba en una relación, empezando una relación de pareja y pues se dio en el momento, pero si estamos hoy contentos con la llegada del bebe.” A1

En el anterior comentario, se puede observar que la gestación no es planeada, pero si aceptada, lo cual lleva a la adolescente a vivir en una resiliencia psicoafectiva que será positiva tanto para ella como para su hijo. Esta postura, que recoge las percepciones minoritarias entre las entrevistadas es similar a otro estudio del contexto local que muestra las contradicciones entre la negación y la aceptación, incluso hasta el deseo de concebir sin importar la edad, lo cual muestra nuevas configuraciones que se están gestando en torno al embarazo (114).

Hallar este tipo de configuraciones en la menor resulta inquietante, porque los adolescentes constituyen uno de los grupos de mayores riesgos para la salud materno infantil. En este grupo poblacional son comunes problemáticas asociadas a las afecciones placentarias, rotura, parto prematuro y desproporción cefalopélvica; así mismo, en el recién nacido es frecuente la desnutrición, prematuridad, trastornos metabólicos entre otros; de ahí que, Oliveros, et al (115), convoquen a unir esfuerzos para crear estrategias que intensifiquen la educación sexual sana y responsable que se traduzca en la reducción de las tasas de embarazo en menores de edad.

Otro aspecto a considerar en esta tendencia es que los sentimientos de aceptación o deseos de quedar embarazada se produce en adolescentes mayores que se encuentran por fuera del sistema escolar o que ya son madres como puede evidenciarse en la siguiente observación:

“No, todavía no, porque tengo mi hija muy joven. Tiene dos años, me descuidé. Yo me estaba cuidando con pastillas todos los días me las tomaba, pero un día me fui pa allá y que pa’ una finca y se me olvido llevarme la pastilla y me descuide uno desde que empieza a fallar la pastilla...” A6

En este comentario se hace evidente un comportamiento común en la adolescencia, donde el ser humano tiende a ponerse en situaciones riesgosas, sin medir consecuencias, a pesar que esta adolescente ya vivió la experiencia de un embarazo no deseado, continúa recayendo en conductas de riesgo, que en un descuido como ella misma lo plantea la llevan a enfrentarse nuevamente a una situación problemática, tanto para ella como, para su familia (116).

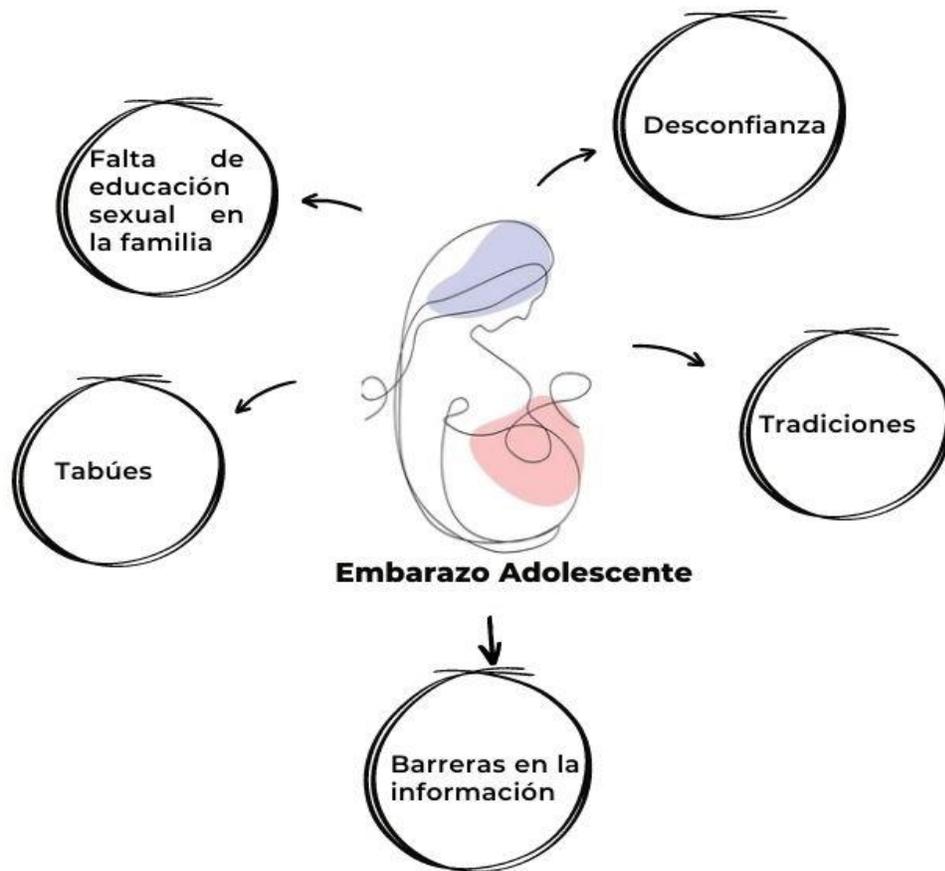
Asimismo, es importante resaltar que las mujeres que tienen periodos intergenésicos cortos pueden tener condiciones desfavorables en su siguiente embarazo, como es el caso de la participante, que con una menor de dos años ya se encontraba en embarazo. Sumado a todo esto, es importante considerar que el cuerpo de una adolescente aún no está preparado para asumir todo lo que conlleva el estar embarazada, aunado esto no solo está el riesgo de quedar embarazada, también puede haber infecciones de transmisión sexual, que en muchos casos conocen, pero prefieren ignorar y sufrir las consecuencias.

Estos hallazgos son corroborados por Gogna y Binstock (117), quienes afirman que después del nacimiento del primer hijo suele disminuir el uso del preservativo y se da inicio a la anticoncepción hormonal que no siempre se convierte en una opción para la adolescente; por ello, es recomendable maximizar la efectividad en la consejería anticonceptiva y la accesibilidad en los métodos de anticoncepción para que las adolescentes cuenten con herramientas para alcanzar una conducta sostenida, eficaz y auto protectora.

Ante estos resultados es necesario que en la consulta médica no descuide la formación de aquellas adolescentes que ya son madres. La evidencia señaló que estas descuidan la anticoncepción y se ven expuestas a una segunda maternidad requiriéndose apoyo para desarrollar su capacidad de prevención, cuidados y compromiso frente al embarazo, lo cual significa según Hernández, et al (108), la necesidad de crear redes de apoyo segura para crear conciencia sobre sus derechos como adolescentes y mejorar sus condiciones de vida.

4.1.2 El lugar de la familia en el cuidado de la salud y la vida de las adolescentes embarazadas. El lugar de la familia en el cuidado de la salud y la vida se enuncia desde la promoción de la educación sexual en adolescente, que según se muestra en la Figura 6, se ve marcado por tabúes, desconfianza, tradiciones, barreras en la información y la falta de educación sexual, aspectos que limitan el desarrollo de la salud sexual y reproductiva en este curso de vida; en especial cuando los padres excluyen de sus análisis la combinación entre los cambios a nivel biológico, físico, social y psicológico en el que en la mayoría de casos ocurre un despertar sexual que se verá influenciado por las experiencias que el adolescente tenga dentro de su escuela, comunidad y su familia, por lo que los grupos familiares deben mediar en cuanto a la interacción que su hijo tiene con su contexto y cómo se está moldeando su personalidad.

Figura 6. Factores y prácticas que influyen en la aparición de un embarazo adolescente



Fuente: Elaboración propia

La educación familiar orientada a la sexualidad se realiza de forma permanente aun sin que se pretenda educar. Se educa a los hijos con las expresiones de afectos, las palabras, los comportamientos hacia ellos y las maneras mediante las cuales se les enseña a valorarse, cuidar de su cuerpo y disfrutar de las relaciones con los otros. Por ello, detectar en las familias de las gestantes la prevalencia de factores limitantes para el sano desarrollo de la sexualidad permite inferir déficit en la consolidación de los estilos o prácticas educativas familiares que promuevan el desarrollo pleno y seguro de la sexualidad.

Un ejemplo de ello, es las falencias en la comunicación familiar detectadas en algunas de las familias de las participantes como se puede inferir en el siguiente comentario:

“(...) había mucho tabú sobre eso, siempre fueron como que las mayores juntas y a mí como que me sacaban, aprendí fue con mis compañeras del colegio.” A4

Sumado a lo anterior, la ausencia del padre y la adopción del rol proveedor de la madre que la obliga a permanecer muchas horas fuera del hogar, generan sentimientos de añoranza al momento de recibir la noticia del embarazo:

“(...) me hacía falta como mi papa, ahí si sentí, y mi mama trabajaba o sea ella era todo el día, o sea yo nunca la juzgué por eso, al principio sí, porque no sé, pero como aja ella lo hacía por nosotros.” A13

La educación sexual ofrecida por la familia ha de ser suficiente e idónea para que los padres puedan contribuir con los requerimientos exigidos en la adolescencia, por lo cual se hace necesario conocer qué tanto los hijos saben los pro y contras de situaciones como tener una pareja sentimental, no usar métodos anticonceptivos o mantener conductas riesgo en cuanto a lo sexual y reproductivo. Porque permanecer en silencio o no dedicar tiempo de calidad con los hijos puede generar consecuencias adversas, como lo es un embarazo precoz.

En ocasiones, los progenitores se llenan de expectativas ante un futuro promisorio, pero dejan de lado la función de educar o socializar prácticas familiares acordes con las necesidades de aprendizaje de los menores, siendo el ámbito sexual uno de los campos más descuidados en la familia obligando a los hijos a enfrentar el mundo sin las herramientas necesarias o correctas, así como también se le delega la función a las mujeres en su figura de madres o de abuelas, como puede observarse en los siguientes comentarios:

“(...) bueno al principio mi mama... no a mi mama le cayó súper mal no lo podía creer, porque yo le había prometido muchas cosas, ella quería que yo siguiera adelante y no me estancara allí como ella, entonces pues ya con el tiempo ya lo aceptó, ella pues hasta ahora quiere mucho al bebe le ha comprado muchas cosas y mi papá también la quiere mucho y me tratan bien. Él siempre me ha tratado bien, a pesar que no es mi papá, sino que mi papa cogió a mi mama de tres meses de embarazo mío cuando tenía como mi edad y me han criado, pues tampoco se esperaba un embarazo.” A1

“(...) mi papá que siempre tenía sobrinas menores que yo, como de trece que ya estaban embarazadas, mi papá siempre lo escuchaba diciendo que tenían que cuidarse, siempre decía eso, pero no decía como, sin embargo, mi papá mientras yo estuve acá él me mandó un mensaje por medio de mi abuela diciéndome que me tenía que cuidar, nunca me habló de eso, sólo dijo dile a ella que se cuide... fue todo lo que dijo.” A10

Por otra parte, es importante resaltar que la adolescente no se embarazó sola y que también es un embarazo no deseado para el hombre que se encuentra a su lado, este probablemente también se encuentra en la etapa de la adolescencia, sin poder evitar los conflictos que una situación como esta puede acarrear; sin embargo, en una sociedad patriarcal, donde por naturaleza las personas del sexo masculino buscan dominar a la mujer este trata de evadir su compromiso a como dé lugar, como se pudo evidenciar en gran parte de los relatos narrados por las participantes.

Para Sánchez (118), históricamente se ha creído que la maternidad es algo que concierne solo a las mujeres, por ello en la educación familiar se han de implementar abordajes diferentes donde la educación sexual y reproductiva sea equilibrada, y prime la igualdad, así tanto hombres como mujeres reciban las orientaciones necesarias para entender los riesgos derivados del embarazo, para evitar

propuestas riesgosas hacia su pareja, como la encontrada en el siguiente comentario:

“(...) mi pareja no se lo esperaba, varias veces se echó para atrás, noo... que lo botes... yo le decía que no iba a hacer eso, ya después lo aceptó bien, pero como consiguió otra mujer, ya ella como que no le dice que no, que no me pregunte nada, que no me hable y ya.” A2

“(...) Pues de mi pareja no recibo apoyo, porque no tenemos un trabajo, así como hijo, pero mis padres si me apoyan.” A16

Por otra parte, se pueden encontrar casos, donde los padres tratan de guiar a los adolescentes, mientras que estos hacen caso omiso a sus recomendaciones, como consecuencia se enfrentan a uno o más embarazos durante la adolescencia, lo que es traído a colación en el siguiente comentario:

“(...) pues mi mamá que me decía que me cuidara con protección preservativo, la pastilla y la inyección y con el implante, pero con la primera me dijo que me lo pusiera, pero yo no quise, por eso fue que salí otra vez en embarazo, ahora quiero ver si el doctor puede operarme y me desconecto de una vez.” A15

En casos como estos, es preciso crear herramientas para fortalecer la educación familiar con miras a que los progenitores desarrollen capacidades para orientar a la adolescente de forma más eficaz y le muestre un panorama más amplio de lo que es la educación sexual y reproductiva.

Otro aspecto identificado en los resultados es la adherencia de algunas de las entrevistadas a ciertos patrones culturales que pueden generar temor por el uso a métodos anticonceptivos o sentir vergüenza al pretender acceder a estos. Algunas gestantes concentraron su atención en las repercusiones de la anticoncepción como

es el caso que alguien de su familia o específicamente sus padres se enteraran de que ya tiene una vida sexual activa, temor que es manifestado en el siguiente comentario:

“(...) ya había recibido información que existían métodos anticonceptivos para cuidarse, pero nada, no los utilizaba, si, si sabía, pero nunca busqué porque me daba pena ir a una farmacia o que mis padres se dieran cuenta.” A17

Es necesario la toma de conciencia de los grupos familiares de manera que se conviertan en espacios para la educación sexual, dado que al generarse barreras por parte de los progenitores se excluyen comportamientos aptos para el desarrollo de la sexualidad en adolescentes. Este curso de vida es complejo y exige el trabajo en equipo de todos los agentes que rodean a los menores; por ello, crear estrategias educativas idóneas permitirá el abordaje integral de este fenómeno; y, de esta manera, se puede contribuir con la disminución de los riesgos vinculados con el embarazo adolescente.

El embarazo adolescente es una problemática mundial, donde convergen diversos factores entre los que se destaca las implicaciones que tiene la familia en la toma de decisiones a nivel sexual y reproductivo de las adolescentes, siendo las pautas de crianza, la confianza, la comunicación y las normas dentro del hogar los aspectos favorables que promoverán mejores prácticas en la menor, logrando que se enfrente de forma más amena el desarrollo físico y psicosocial de esta etapa (119).

La falta de comunicación y la incorrecta demarcación de límites dentro del hogar, son otros aspectos resaltados por Venegas y Nayta (120), quienes identificaron su conexión con las conductas sexuales de riesgo, así como también, señalan que cuando la familia, la escuela y los profesionales de la salud no hacen un correcto seguimiento para que la adolescente pueda escoger un método anticonceptivo

conveniente favorecen la aparición de efectos adversos que ponen en riesgo la salud de la menor.

Por otro lado, las experiencias de adolescentes embarazadas que enfrentan la maternidad por segunda vez se deben en ocasiones al descuido en la anticoncepción o la falta de orientación idónea por parte del personal de salud. Así las cosas, la educación sexual debe ser impartida de forma sencilla y entendible, sobre todo cuando ya la adolescente vivió un evento obstétrico previo, el profesional de la salud debe dejar de lado los tecnicismos, los prejuicios, regaños o cualquier otra objeción que pueda llevar a que la educación no sea clara u objetiva, buscando con esto disminuir cualquier temor que la adolescente pueda sentir y las lleve a tomar buenas decisiones a futuro en cuanto a su sexualidad y reproducción.

En el estudio de Campero, et al (121), se recomienda a los profesionales disminuir las barreras en cuanto a las intervenciones de educación sexual y reproductiva durante la adolescencia y realizar un adecuado acompañamiento y sensibilización en cuanto a prevención y las consecuencias de un embarazo ya sea por primera vez o subsecuente durante la adolescencia.

Algunos de los comentarios citados en esta subcategoría muestran como los adolescentes encuentran limitantes a la hora de acceder a métodos anticonceptivos, aun es común detectar en grupos familiares, personal de la salud y la sociedad en general percepciones vinculadas a la estigmatización y señalamientos por su corta edad o no contar con una pareja permanente. En ocasiones las adolescentes reciben información superficial o extremadamente técnica que impide la apropiación del conocimiento requerido para protegerse de un embarazo no deseado; asimismo, se detecta en muchos escenarios que la información es ofrecida de forma rápida y sin ninguna evaluación de conocimientos por parte del personal de salud, lo cual visibiliza la necesidad de cambiar la perspectiva de los servicios de salud en torno a mejorar la actitud y abrir la mente a la época actual procurando en todo momento

ofrecer un trato digno e íntegro al adolescente que requiere estos servicios (122), para que las adolescentes en estado de gestación no pasen por momentos como el encontrado en el siguiente comentario:

“(...) Bueno pues me mandaron unas medicinas, ahora que fui a control ahora el once pero las tengo que reclamar hoy y justamente voy para reclamarlas, la verdad me siento un poco desorientada porque el doctor solo me escribió en su hoja me dijo que fuera a recepción que me iban a dar, ni siquiera sabía que me había mandado medicinas yo le pregunte muchas cosas y me dijo que después de la consulta y solamente me mandó para afuera y pues no sabía ni que me había mandado cita con el psicólogo ni tampoco sabía que me había mandado medicina, fue porque me puse a leer los papeles porque ni en recepción me habían dicho.”

A10

El tema de educación sexual y uso de anticonceptivos dentro de las familias aún sigue siendo abordado de forma deficiente ante la incomodidad experimentada por muchos padres cuando se trata de orientar a sus hijos sobre temas relacionados con la sexualidad y la reproducción. Educar a los hijos en estos temas los pueden llevar a concretar un proyecto vida responsable que garantice su desarrollo integral, razones que motivan a generar reflexiones constantes para fomentar el diálogo familiar y la adopción de buenas praxis.

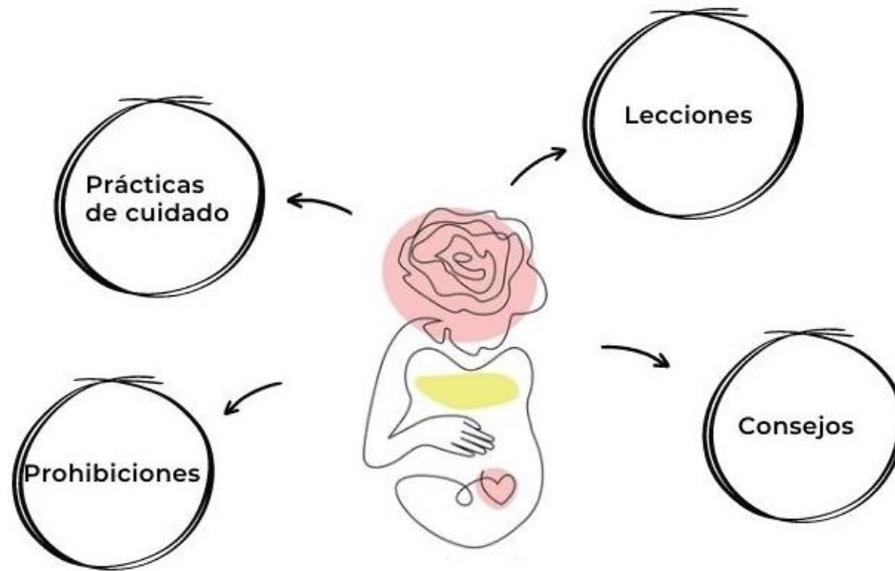
Asimismo, el tema no se desarrolla a plenitud entre otros agentes sociales que acompañan la labor de la familia, por lo que cada vez es más urgente la concientización de todos los adultos que permita proveer un mejor ambiente para que los adolescentes puedan generar los conocimientos y las prácticas idóneas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

4.2 EL EMBARAZO ADOLESCENTE. UN LIBRO DE LA VIDA DONDE SE APRENDE Y SE ENSEÑA

El embarazo durante la adolescencia suele ser una experiencia llena de momentos desbordantes, en los que se llegan a experimentar sentimientos angustiantes por lo cual es de vital importancia tener un soporte que emocionalmente brinde estabilidad y seguridad a la embarazada, es así que las enseñanzas y las experiencias contadas por las mujeres que ya transitaron por este camino cumplen un papel muy importante en la vida de una mujer embarazada, sobre todo si es cursado durante la adolescencia.

4.2.1 Las lecciones sobre el cuidado del embarazo recibidas de las madres y abuelas. Esta subcategoría hace referencia a los conocimientos que la gestante adolescente ha adquirido acerca de los cuidados de su embarazo en su núcleo familiar, especialmente aquellos conocimientos transmitidos de su generación antecesora o de los familiares con experiencias de embarazo. Sobre este particular, las respuestas de las gestantes entrevistadas muestran que las sugerencias de cuidado emitidas por las personas que conforman su entorno familiar son conocimientos informales, pero que aplicándolos ayudarían a llevar a buen término la gestación porque comprenden un catálogo de prohibiciones, consejos y lecciones de vida, como se observa en el siguiente gráfico:

Figura 7. Prácticas de cuidado; lo que debe y no debe hacer la adolescente durante su embarazo



Fuente: Elaboración propia

Los siguientes comentarios dan a conocer los principales aprendizajes familiares de algunas de las adolescentes:

“(...) Mi mama a mi pues que me da orientaciones... mi mama me dice que me cuide que no haga tantas cosas que tengan peso, que no haga tanta fuerza, que tenga todo limpiecito, que intente limpiar las cosas bien, que no preste ropa, que no barra con el sol caliente, o sea esas cosas...” A3

“(...) no bañarme tan tarde y no hacer fuerza porque se llena de frío y ya cuando ya vaya a nacer la niña da más difícil porque está con frío.” A4

“(...) montar moto y no tomar alcohol, mi abuela me dice que me cuide de resbalarme o caerme.” A6

“(...) que no ande levantando cosas pesadas, porque eso puede causar daño al embarazo.” A7

“(...) siempre me están diciendo que si voy a hacer un oficio pesado que tenga que levantar un balde pida ayuda... ehhh porque eso puede causar sangrado.” A5

“(...) no puedo ponerme ropa apretada, no puedo comer carne cruda, no puedo estar comiendo demasiado, ni tampoco estar comiendo poquito si no como se debe, y así en la moto solo me debo subir a medio lado, no ir duro, y esas cosas como hacer fuerza.” A8

“(...) mi mamá me ha dicho lo mismo que no puede estar... lo que pasa es que yo antes andaba con un brinquillo loco, pero ya no hago eso no puedo estar corriendo, me han dicho yo no puedo montar en moto “espatillada”, no puedo también me han dicho comer piña sobre la comida porque después me sale la niña con espinillas, no sé... yo no sé cómo es eso me han dicho un poco de cosas.” A16

Gran parte de la educación familiar hace referencia a las precauciones concernientes al sobreesfuerzo físico relacionado con el levantamiento de objetos pesados, la ropa ajustada y la higiene inadecuada en la zona íntima que pueden causar complicaciones.

Mucha de esta información se transmite a lo largo de generaciones, sin embargo, no todas cuentan con sustento médico o se toman de manera literal sin individualizar cada paciente. Por ejemplo, el uso de ropa ajustada durante la gestación suele vincularse con el aumento del riesgo de infecciones vaginales y edema en miembros, por consiguiente, podría acarrear complicaciones a diferentes escalas. Lo único claro y demostrado es que cada gestante y cada situación requiere cuidados individualizados, teniendo como único fin el bienestar de la paciente.

En este sentido, los principales autocuidados practicados por parte de las adolescentes embarazadas están relacionados con la actividad física, uso de vestimenta apropiada y consumo de bebidas alcohólicas (123); así como también, es común las precauciones frente a la higiene inadecuada y su relación con posibles riesgos para la salud de la diada madre/hijo (124), por ello, la información brindada a la gestante se vincula usualmente con el lenguaje, los juicios y las experiencias de una cultura en particular y la influencia del sentido común practicado por cada familia es significativa en el desarrollo de prácticas dirigidas al cuidado de la salud (124).

En esta dirección, Rodríguez y Duarte (125) precisan que las embarazadas suelen dirigir sus cuidados a la alimentación y la actividad física, existiendo prohibiciones para evitar esfuerzos físicos por parte de la embarazada, destacándose que gran parte de los conocimientos y prácticas de cuidado están ligadas a conocimientos transmitidos de manera matrilineal; es decir, la figura femenina en la familia se realza porque históricamente los cuidados prenatales y después del parto son asumidos por la mujer.

Cabe destacar que también se encuentran culturas donde la información sobre el autocuidado durante la gestación en adolescente no es un tema de interés haciéndose necesario la intervención de los profesionales de la salud a fin de que los grupos familiares brinden toda la información relevante para que las menores puedan movilizar prácticas para un autocuidado adecuado durante el embarazo con menos complicaciones (126).

La familia es un entorno propicio para el desarrollo de la salud. Esta acompaña durante y después del embarazo, por ello, la falta de apoyo familiar produce mayor tensión y culpa en la gestante; asimismo, es común detectar el alejamiento del medio social y una mayor vulnerabilidad de los jóvenes. Sin embargo, cuando el apoyo familiar es alto, ocurre lo contrario, dado que puede ser un recurso

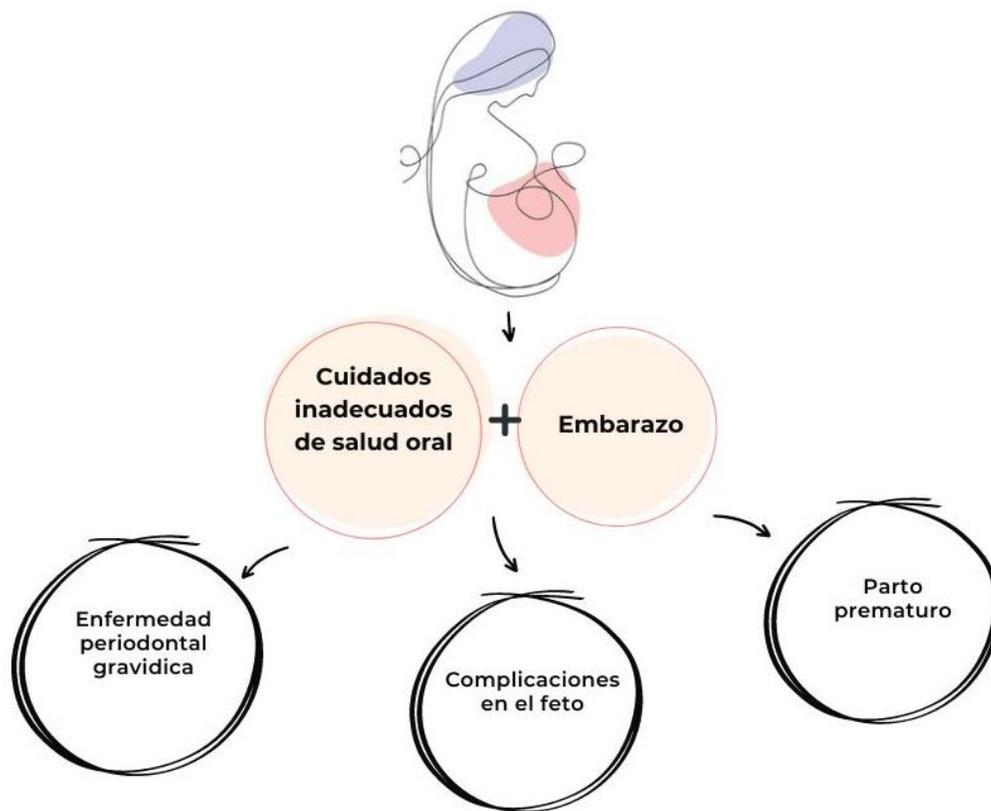
potencialmente valioso para mitigar los efectos nocivos de los estresores causados por el conflicto psicológico en las mujeres embarazadas. Esto puede ayudar a las adolescentes gestantes a desarrollar mejores hábitos de cuidado personal.

4.2.2 Me cepillo y ya... no sé qué importancia tiene eso para mí embarazo. Los cuidados de la salud oral integran una subcategoría emergente donde se evidenció un déficit de conocimientos sobre este aspecto; en especial, se detectó que la menor no vincula la importancia de esta práctica con el embarazo, estos hallazgos resaltaron entre otros aspectos la ausencia de una educación familiar óptima que permita el sano desarrollo de la salud de la diada madre/hijo.

Este aspecto se priorizó como un ámbito de interés, por cuanto las menores expresaron en diferentes momentos de la entrevista que entre los cuidados de su salud estaba el cepillado de dientes, pero con la observación directa se pudo establecer el grado de desinterés hacia la temática al evadir el tema en profundidad o intentar apresurar la entrevista.

La enfermedad periodontal está relacionada con el bajo peso al nacer y partos prematuros, sin mencionar los múltiples ingresos a urgencias que se pueden generar por caries avanzadas y dolor durante la gestación; por ello, cuando se desconoce esta causa importante de complicaciones se está favoreciendo un desenlace negativo para la madre y el recién nacido (127), lo cual puede se muestra gráficamente en la figura 8.

Figura 8. Autocuidado y salud oral durante el embarazo



Fuente: Elaboración propia

Las adolescentes en gestación participantes de la investigación que asisten a sus controles prenatales en una E.S.E de primer nivel de la ciudad de Montería no tienen conocimientos claros acerca de la importancia del cuidado de la salud oral durante su embarazo; y mucho menos de las complicaciones que podrían afectar al feto en formación. Al revisar sus comentarios se encontró:

"(...) me cepillo dos veces, en la mañana y en la noche, pero porque es importante en el embarazo no sé, solo lo hago por mi salud dental y ya." **A1**

“(...) eso casi no lo sé, pero sí me cepillo diario mis dientes, en la mañana después de cada comida prácticamente después de la comida y antes de descansar regularmente, digo que es importante porque por un dolor la muela no se puede arrancar las caries esto y eso evita muchas infecciones.” A5

“(...) bueno yo aquí me cepillo dos veces al día me cepillo en la mañana y en la noche antes de acostarme. Tengo que pasar por odontología, pero aún no he pasao, la verdad no sé por qué, pero sí sé que es algo que tengo que pasar por odontología sí o sí.” A15

“(...) me cepillo los dientes tres veces al día y es muy bueno porque también a uno lo mandan a citas de odontología, y eso, pero no sé cómo afectaría a tu bebé si no te lavas los dientes.” A16

“(...) dos veces, pero no tengo idea en el embarazo.” A16

Encontrar actitudes de desinterés frente a la salud oral llama la atención por cuanto las gestantes se encuentran asistiendo a un programa de atención prenatal el cual supone un sistema de educación y apoyo en todos los aspectos de la salud, incluyendo el control de las enfermedades bucodentales. Para Alfaro, et al (128), el embarazo es un periodo de cambios fisiológicos importantes en la mujer, por ello estas han de seguir una serie de controles médicos y odontológicos para evitar las consecuencias adversas en la salud de la mujer y la del recién nacido. En consecuencia, el profesional de la salud ha de esforzarse por aumentar sus conocimientos sobre este aspecto para educar adecuadamente a la gestante.

Sobre este particular, Valencia y De Arco (129), reafirman la obligatoriedad del trabajo y comunicación en equipo de todos los agentes presentes en el control prenatal porque a partir del tipo de relación establecida entre estos se promueve el desarrollo integral no solo de la madre sino del niño por nacer. Asimismo, la atención

prenatal en la ciudad de Montería requiere de mayores esfuerzos de los programas de promoción y mantenimiento de la salud porque aún se encuentran casos de desinterés frente al control prenatal vinculado con la desinformación o creencias que han naturalizado las enfermedades bucodentales durante el embarazo (130).

Aunque desde edades tempranas se brinda educación en cuanto a un adecuado cepillado de dientes, las personas tienden a tomar este acto diario con inercia y sin detenerse en el proceso, el no verificar este tipo de cosas durante el embarazo puede traer consigo múltiples consecuencias a nivel patológico tanto para la madre como para el feto, por lo cual es importante que en los servicios de salud el médico eduque a las gestantes sobre un correcto cepillado de dientes y las posibles consecuencias de no hacerlo adecuadamente.

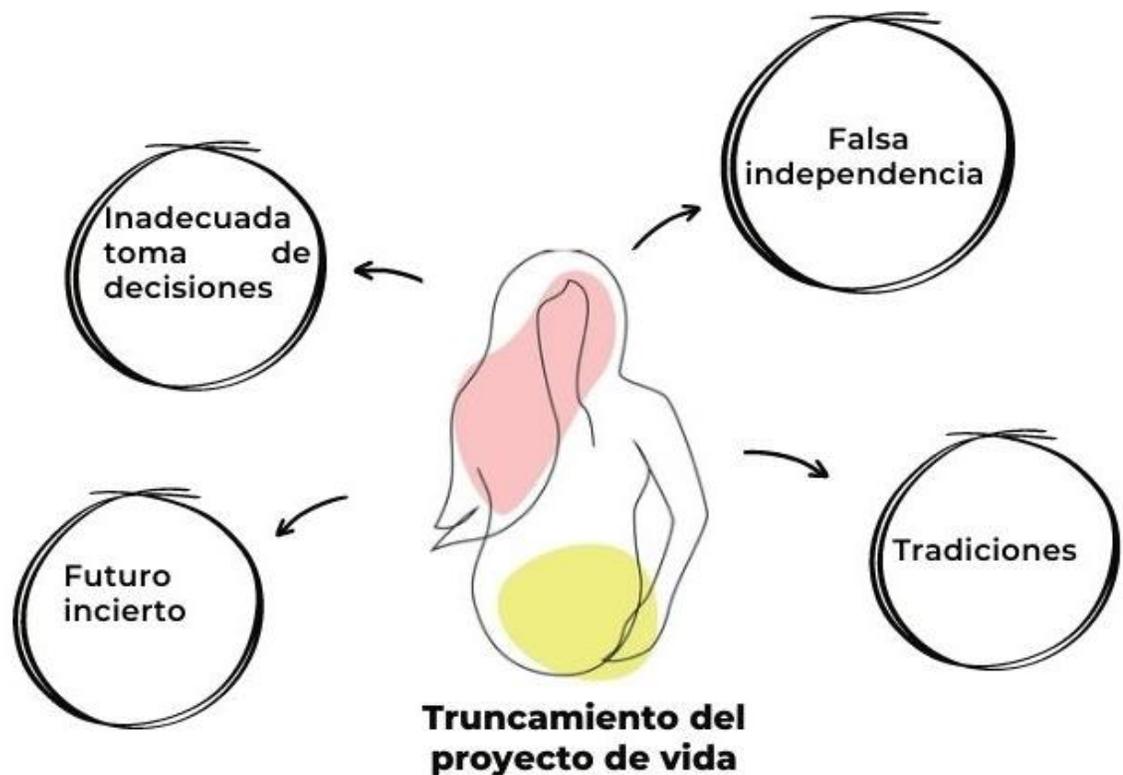
Otro aspecto que llama la atención es la ausencia de la voz familiar, dado que en ningún comentario se halló el vínculo con los progenitores. Esto permite inferir que el cuidado del embarazo continúa centrado en algunas prácticas de cuidado esbozadas anteriormente, pero se deja de lado el compromiso bucal y con seguridad otras áreas de la salud que no se visibilizaron en el estudio.

4.3 EL EMBARAZO ADOLESCENTE UNA ETAPA DE CARENCIAS EDUCATIVAS, TRUNCAMIENTO DE PROYECTOS DE VIDA Y SENSACIONES POSITIVAS

La tercera categoría abordada en este estudio se centró en las configuraciones realizadas por las adolescentes en torno al embarazo adolescentes mostrando la conexión entre este y las carencias educativas, el truncamiento de proyectos de vida y las sensaciones positivas experimentadas en este curso vital.

4.3.1 Implicación de las pautas y modelos educativos en la educación sexual de las adolescentes. Esta subcategoría aborda las aspiraciones de aprendizaje de la adolescente antes de salir en embarazo y la reflexión acerca de cómo los tabúes familiares, y, ante todo, el déficit de información acarrea situaciones difíciles que pudieron haberse prevenido con un tipo de orientación más certera y pertinente. La Figura 9, refleja los ejes analíticos que se expandieron a partir de la subcategoría:

Figura 9. Ejes analíticos de la subcategoría



Fuente: Elaboración propia

La importancia del diálogo entre progenitores y adolescentes es fundamental para el cuidado de la salud, el manejo en la toma de decisiones y la construcción de proyectos de vida, ante todo en lo concerniente a la sexualidad y la reproducción. En este tipo de ambientes de aprendizaje, los padres han de orientar sobre la

prevención de embarazos, manejo de la sexualidad y fomento de la autonomía para la adopción de prácticas saludables. Sin embargo, fue común detectar entre las participantes la falta de orientación en temas específicos como se puede observar en el siguiente comentario:

“(...) me hubiera gustado que mi mamá se sentara conmigo en el cuarto a hablar, hija que esto lo otro que tienes que hacer, esto lo otro, como explicarme todo el proceso sexual que uno tiene que pasar en la vida, como cosas de cuidarse del bebé y muchas cosas más.” A3

A partir de las narrativas adolescentes se pudo entrever que a los padres de familias les cuesta educar al adolescente sobre la sexualidad, dado que es frecuente que se oculte información importante para la formación integral de los menores o también es común que esta solo se ofrezca cuando se produce el embarazo. Si bien, no se señala con claridad las prácticas educativas familiares para poder tipificarlas como autoritarias, democráticas o permisivas si fue evidente el deseo de aprender de la menor, lo cual abre un camino para repensar la educación familiar como eje del desarrollo de la salud.

Las entrevistas reflejaron la añoranza de la adolescente de ser educada en temas relativos a la sexualidad por sus progenitores:

“(...) a cuidarme, ayudarme a prevenir un embarazo, eso me hubiera gustado porque si hubiese tenido más confianza con ella le hubiese dicho más cosas. No me diera pena hablar con ella de eso, había mucho tabú sobre eso, siempre fueron como que las mayores juntas y a mí como que me sacaban... aprendí fue con mis compañeras del colegio y con mi tía.” A4

“(...) Lo que pasa es que yo vivía con mi mamá en Santa Marta, eh hh allá ella tenía unas muchachas que ayudaban en eso, este daba consejos para prevenir el embarazo, me dijeron que usara anticonceptivos pues que tomara pastillas y me

pusiera la T que dicen, pero yo no sé, o sea me daba miedo cuidarme con eso, pero aja con los... con condones pues si si lo usaba, pero no sé, o sea yo siento que fue un descuido salir embarazada, fue como un descuido mío y pues bueno...”

A1

El embarazo no planificado en la población adolescente es un problema con efectos visibles en todas las esferas de la vida, pero más aún lo es, cuando la menor repite su condición sin haber alcanzado la mayoría de edad. La maternidad adolescente ocurre generalmente en contextos de pobreza y en aquellas familias cuyos progenitores poseen bajos niveles educativos (131), es por esto que el profesional de la salud debe aprovechar el evento del primer parto u evento obstétrico, para indagar sobre el contexto de la adolescente y tratar de proveerle herramientas que la ayuden a tener claridad sobre los métodos de anticoncepción existentes.

Otro aspecto a considerar es que muchos adolescentes desconocen que acceder a una asesoría de planificación familiar adecuada para su edad es uno de sus derechos; asimismo, es obligación de los centros proveedores de salud ayudar con la resolución de dudas concernientes al uso de métodos anticonceptivos para que la adolescente pueda disponer y planear adecuadamente su futuro sobre la base de conocimientos y enseñanzas bien fundamentados. No obstante, la falta de conocimientos sobre este particular prevalece en las narrativas de las entrevistadas:

“(...) pues muchas cosas... por el ejemplo como yo en el primer embarazo tampoco lo planeé fue una cosa que se dio, así como por entonces me hubiera gustado como aprender más como en una edad por allá como a los veinticinco... ahí sí tener mi primer bebé porque o sea un embarazo es de cuidado.” **A7**

Cuando existen periodos intergenésicos cortos asociados a la edad de la madre, se podrían presentar complicaciones para el bebé o para la madre. Esta situación, abre una ventana analítica frente a qué estrategias implementar para evitar los

embarazos en el curso de vida de la adolescencia, un ejemplo claro es el que vemos plasmado en el siguiente comentario:

“(...) Pues mi mamá que me decía que me cuidara con protección preservativo, la pastilla y la inyección y con el implante, pero con la primera me dijo que me lo pusiera, pero yo no quise por eso fue que salí otra vez en embarazo, ahora quiero ver si el doctor puede operarme y me desconecto de una vez.” A4

A partir de lo anterior, es evidente el deseo de acceder a un procedimiento como podría ser la ligadura de trompas a una edad muy temprana, lo cual puede traer consigo problemas a futuro. Es importante considerar que este tipo de procedimiento quirúrgico puede generar sangrados, dolor intenso, flujo vaginal (132), por lo cual es necesario que después del parto la adolescente tenga acceso a servicios de consulta médica y por psicología, donde se pueda valorar adecuadamente el caso y tomar la decisión más acertada posible.

En esta misma línea, emergen algunos tabúes familiares y del contexto estudiantil en el que se encuentran las adolescentes, estas de alguna u otra forma, aunque conocen los métodos anticonceptivos, en muchos casos rechazan el uso de estos, en muchos casos por vergüenza y miedo a las murmuraciones que pueda traer el hecho de estar planificando, así como lo deja en manifiesto la siguiente participante:

“(...) ya había recibido información que existían métodos anticonceptivos para cuidarse, pero nada, no los utilizaba, si, si sabía, pero nunca busqué porque me daba pena ir a una farmacia.” A1

Estas barreras informativas durante la adolescencia, que se derivan en un embarazo adolescente, generan consecuencias dentro de las familias y afecta las esferas psicosociales, traen a colación los traumas físicos, psicológicos y exponen el truncamiento que se da en el proyecto de vida de estas adolescentes. Con ello,

la adopción de un estilo de crianza y de prácticas educativas acorde con las necesidades de la familia se convierte en una oportunidad para el desarrollo integral de la menor.

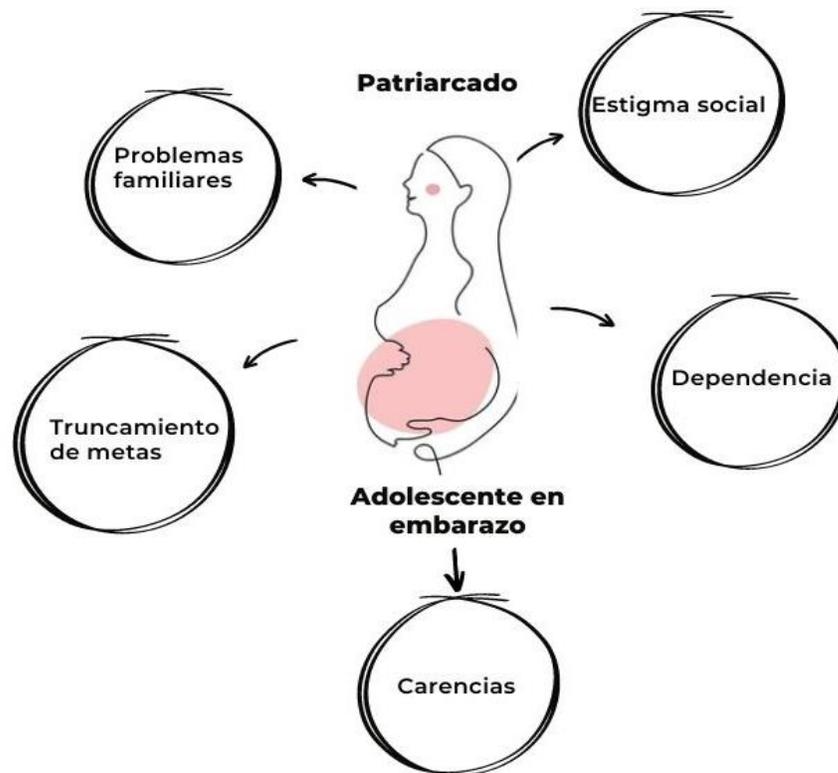
Al intentar explorar las vivencias de las adolescentes es factible observar cómo las relaciones interpersonales y los problemas al interior de su núcleo familiar genera una toma de decisiones inadecuadas con respecto a la salud y proyecto de vida de la gestante; por cuanto es vital que los grupos familiares y los entes de salud adopten una mayor responsabilidad en cuanto a la educación sexual y reproductiva de las menores para lograr sociedades más saludables (133).

Otras de las consecuencias negativas y los riesgos que trae un embarazo adolescente se vincula con diferentes pautas de crianza y problemas del contexto en el que viven las adolescentes. Por ello, entre las consecuencias para el niño y la madre serán evidentes a nivel económico, académico, psicológico, físico y social (111).

4.3.2 El embarazo adolescente una barrera para el desarrollo pleno de la mujer.

La configuración socio histórica de la familia ha establecido que la carga del hogar siempre será llevada por la mujer y esta dependerá social, emocional y económicamente del hombre. Esta percepción se arraiga aún más cuando el embarazo ocurre en una mujer que no cuenta con ningún tipo de profesión, ni forma de sustentarse a sí misma y a su hijo; en especial, durante la adolescencia, como puede ser observado en la figura 10.

Figura 10. El peso de un embarazo durante la adolescencia



Fuente: Elaboración propia

Por ello, cuando la menor se embaraza percibe una sensación de fracaso por los estereotipos y la estigmatización a la mujer fundamentados en la visión moralista y sancionadora de la sociedad. Entre sus discursos, es común identificar el truncamiento de sus sueños profesionales como consecuencia del embarazo:

“(...) no, no, lo esperaba como te dije estaba estudiando cuando salí embarazada pues yo tenía quería ser doctora médica y cuando terminara el estudio pues hacer una carrera en la universidad, pero pues no me esperaba mi embarazo y dejé todo.” A2

“(...) no, yo quería seguir estudiando, quería ser profesora de artística.” A1

Estos hallazgos ratifican la conexión entre el embarazo y las opciones para culminar los estudios; de manera que, entre las configuraciones develadas, si la mujer enfrenta la maternidad a temprana edad se disminuyen sus posibilidades de graduarse de la secundaria o de la educación terciaria, narrativa que no constituye un fenómeno reciente, por cuanto se viene abordando desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo en 1994 (134).

En dicha Conferencia, el embarazo a edad temprana se consideró una barrera para el mejoramiento del nivel educativo, económico y social en todas las regiones del mundo; asimismo, se vinculó con efectos negativos para la calidad de vida, no solo de la gestante sino de su hijo por nacer. Algunas de las gestantes coinciden con estos pronunciamientos:

“Pues principalmente el estudio, pues la verdad si me marcó mucho no haber terminado mis estudios porque me gustaba mucho estudiar, no fue porque no quisiese, si no fue por problemas en economía, en muchas cosas. Por eso, a mis hijos si le enseñaría eso principalmente, que el estudio es bueno para uno llegar a ser más adelante un buen empresario, cosas así y también muchos valores a respetar a los demás, todo, así como también que existe mucha denigración ahora en la sociedad.” A1

La concepción que liga la maternidad a edad temprana con barreras para el desarrollo integral de la mujer sigue vigente. La OPS (135), enfatiza en los efectos profundos del embarazo en la trayectoria de vida del adolescente, afectando el desarrollo psicosocial, la salud y las oportunidades educativas y laborales perpetuando los ciclos intergeneracionales de salud deficiente y de pobreza; en especial, en regiones como América Latina y el Caribe donde la tasa de fecundidad se mantiene en alza en familias con un quintil inferior de riqueza, menor grado de escolaridad y minorías étnicas.

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y en la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) se viene promoviendo la implementación de los mecanismos necesarios para el reconocimiento de los derechos de la salud, en las oportunidades educativas y la participación plena en la sociedad (135). Ante esto, se vienen gestando voces por diversos rincones del mundo que exigen un cambio de paradigma fundamentado en el reconocimiento de los derechos del adolescente haciéndose necesario el de intervenciones donde se proteja a los menores de edad en cualquier momento o situación en la que se encuentre (136).

Dentro de esta negación están enmarcados diferentes detalles que pueden llevar a un embarazo no deseado, uno de estos es la deficiente educación sexual recibida por las adolescentes, muchas veces por vivir en entornos llenos de tabúes sumado a esto se puede encontrar que existen contextos donde es difícil acceder a métodos anticonceptivos; es así que se pueden encontrar casos donde el adolescente adopta cierta actitud de conformidad que la impulsa a continuar con la gestación, aun sin tener cierta estabilidad y madurez a nivel emocional, físico, económico y mental, lo cual puede ser evidenciado en el siguiente comentario.

“(...) pues ahorita no, porque ya tuve uno y no estaba preparada para ahora enfrentar este nuevo embarazo, si me estaba cuidando, pero fallaron las inyecciones no llegaron en el puesto de salud donde yo las iba a reclamar y fue un descuido el embarazo, usaba la trimestral.” A8

Es importante que tanto en la escuela como en sus hogares las mujeres desde temprana edad conozcan todo lo referente a una educación sexual y reproductiva responsable, donde no existan relaciones débiles o de desconfianza con sus padres, familia o amigos que lleven a la adolescente a vivir este evento, que ayuden al adolescente a aprovechar las oportunidades que tienen y los desafíos a los que

se enfrentan cuando optan por tomar otro camino, así como lo manifiesta la participante en su corto comentario lleno de resignación:

“(...) Aprender a aprovechar las oportunidades que me dio mi mamá para estudiar.” A4

Es importante destacar que en este curso de vida es significativo el aprovechamiento de oportunidades u obtener información pertinente para el logro de su desarrollo integral. Si bien, en el sector salud se desarrollan estrategias para contribuir con esta aspiración se requiere que sea un proceso continuo donde el receptor debe concadenarse de manera que busque aplicar la información recibida, porque de nada sirve que la mayoría tenga los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, pero tomen a la ligera la movilización de dichos saberes a la práctica.

Al respecto, Morales, et al (137), agregan que esta problemática se arraiga en la población adolescente debido a que en algunas zonas existen dilemas en cuanto a la vida sexual activa a esta edad, lo que genera una falta aceptación y equidad a la hora de brindar el tipo de educación que este grupo etario requiere. Estos autores, expresan que la responsabilidad de educar en los aspectos antes mencionados no es asumida de manera responsable, ni por los padres, profesores y mucho menos por el personal de salud, dejando en evidencia la falta de compromiso que existe para disminuir esta problemática; asimismo, subrayan que la descoordinación entre los establecimientos de salud durante la distribución de medicamentos anticonceptivos, suele ser poco equitativa y desordenada, llevando a vivir situaciones de atraso en la administración de medicamentos anticonceptivos, lo que en muchos casos afectan el proceso de planificación de la adolescente en cuestión (137).

Es así que estos constructos sociales y falta de educación sexual y reproductiva, empobrecen las expectativas de las adolescentes, mujeres que no cuentan con la seguridad necesaria y el apoyo de su familia para vivir experiencias normales como lo es el tener una pareja, si estas contaran con una guía adecuada de lo que deben o no deben hacer al decidir tener una pareja sentimental durante la adolescencia, lo más probable será es que estos vínculos de confianza con su familia la ayuden a entender que existen ciertos límites que pueden ser sobrepasados cuando se tiene la información necesaria, en este caso las jóvenes deberían saber que incluso en su primera relación sexual pueden quedar en embarazo; sin embargo el escarmiento público como es evidente en el siguiente comentario, tiende a ser más fuerte, lo que las obliga a tomar decisiones que terminan traicionando lo que ellas solían ser:

“(...) Pues esta... (Embarazo) porque hace dos años fue que empezó todo esto y hace dos años fue que todos pusieron los ojos en mí... vigilándome todo a cada tiempo, que hablara por teléfono, esto lo otro. Así que me parece que ha sido esta la experiencia la que más me ha marcado, antes yo era toda tranquila y todo bien en el colegio, pero desde que todos supieron que yo tenía un novio de ahí en adelante ha sido como muy malo, mucho estrés.” A10

Asimismo, la falta de estrategias educativas y de persuasión por parte del personal de salud pueden llevar al adolescente a tener ideas erróneas sobre el uso de anticonceptivos, dejándose llevar por fuentes poco creíbles. Por lo tanto, se requiere que durante los procesos de enseñanza aprendizaje se evalúe no solo lo que estos saben sino el grado de apropiación de dichos conocimientos, para evitar casos como el expuesto a continuación:

“(...) pues que se cuiden con un método que sea más seguro, que no tenga que gastar tanta plata, por ejemplo, yo me quería poner lo que es el implante, pero yo no sabía cómo me iba a iba afectar si me iba a poner flaca gorda o iba a tener

algún problema y tampoco tenía a alguien que me guiara por eso, sin embargo, no lo hice y pensé que tomando esas pastillas...” A10

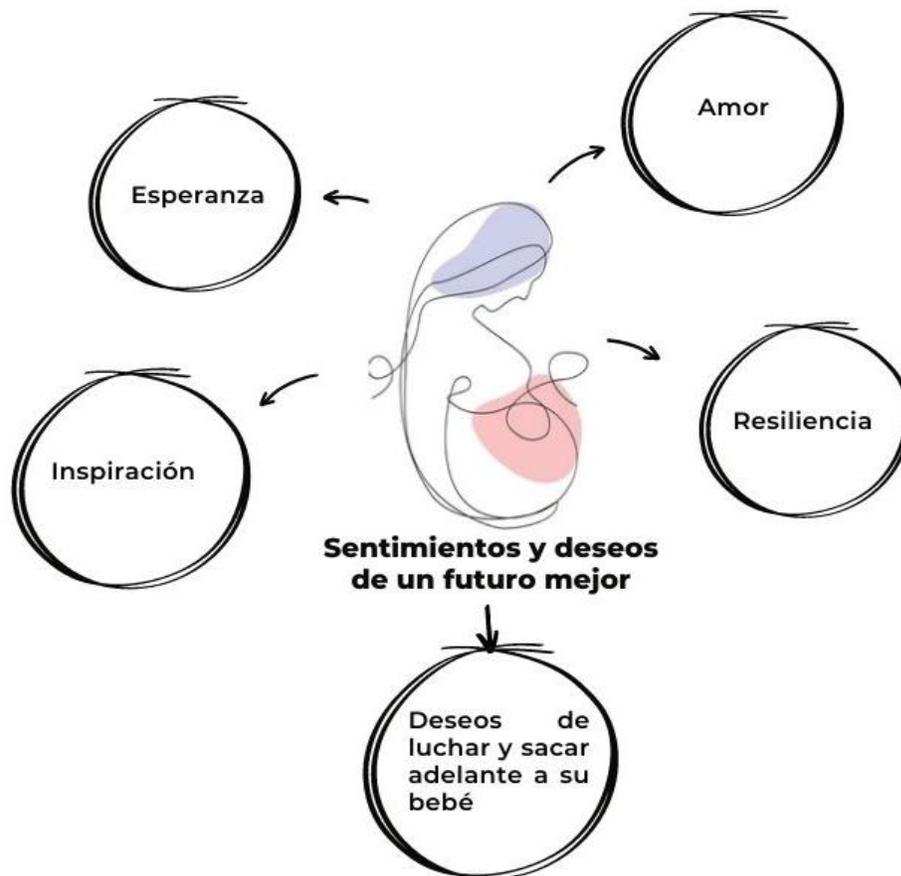
Durante la realización de las entrevistas se hizo evidente la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes, es importante que el profesional de salud especifique y deje claro a la menor las ventajas y desventajas que estos pueden tener. Aunque existan protocolos de manejo, la educación no debe tomarse como un acto de costumbre e inercia, el médico debe individualizar a cada paciente y de esta forma conocer y comprender las necesidades de la mujer.

Es claro que buscar información sobre salud sexual y reproductiva en una etapa de la vida como es la adolescencia suele ser difícil, por esto no se debe relegar solo al sujeto en cuestión, sino trazar una práctica vinculativa de padres e hijos donde poco a poco se logren vencer tabúes que cada día empoderen más a las mujeres y les permita transitar cada etapa de su vida de forma tranquila y digna.

4.3.3 Cuando ya sientes que tú bebé se mueve es una sensación bonita. En esta subcategoría se aborda la capacidad de resiliencia que tienen las gestantes adolescentes y su capacidad de ver el embarazo como un episodio positivo y un motor en sus vidas para esforzarse e inspirar a sus hijos o hijas a ser personas productivas a la sociedad.

Los comentarios ofrecidos por las adolescentes son los siguientes que demuestran una actitud positiva hacia el futuro, lo cual es representado en la figura 11.

Figura 11. Sentimientos y deseos de un futuro mejor



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en las respuestas esta subcategoría presentó respuestas bastantes significativas en las que se destacan frases como:

"(...) pues que no es tan malo al parecer estar embarazada porque cuando ya sientes que tú bebe se mueve o los ves en las ecografías o sea se siente una sensación bonita, o sea algo lindo como que te dan más ganas como de seguir y este te da como ese empujoncito que uno necesita, cuando se siente como solo se siente deprimió siento como que me cambió la vida pue." **A3**

Cabe resaltar que la mujer durante el embarazo no solo se encuentra experimentando cambios a nivel físico, también se enfrenta a un cúmulo de sentimientos y emociones, que necesitan de ciertos soportes para ser gestionadas de manera adecuada, en el caso de las adolescentes embarazadas la mayoría se encuentra en una encrucijada donde no solo están enfrentado estos cambios internos físicos y emocionales, sino que también se encuentran batallando con problemas de tipo social y familiar, debido al tan inesperado suceso, por esto se vuelve importante que el profesional de la salud durante la consulta asuma una posición humanística y empática que ayude a la adolescente a afrontar esta situación de vulnerabilidad.

El embarazo adolescente no siempre es una experiencia negativa, como se ha reiterado en este estudio es muy común encontrar sentimientos ambivalentes, por ello, encontrarse ante sentimientos positivos y esperanzadores no es extraño, algunos estudiosos del temas han detectado que en más de un 64.9% las adolescentes expresan deseos de proseguir con sus planes para el futuro como es estudiar, ser profesional y casarse una vez graduada; el 49.1% manifiesta que una de sus fortalezas es ser estudiosa; y, 78.9% piensa superar sus obstáculos trabajando. Las adolescentes gestantes son mujeres valientes y el nacimiento de sus bebés no se convierte en un inconveniente para seguir con sus estudios, por el contrario, a partir de este se sienten más fuertes para esforzarse cada día más por cumplir sus metas profesionales, mejorar a si su calidad de vida y de sus bebés (138).

Algunas de sus narrativas expresan sentimientos positivos vinculados con el apoyo de la pareja y la familia:

“(...) Si, para bien porque me tratan con más amor y eso o sea ellos están contentos por el embarazo y no quieren que haga nada.” A4

En este sentido, se puede ver que existen muchas adolescentes que viven en contextos de pobreza que construyen una visión diferente sobre la maternidad. A partir de esta, adquieren un lugar nuevo entre sus pares y el embarazo les da un nuevo sentido de identidad en función a la experiencia de embarazarse. Con la llegada de un bebé las menores adquieren una nueva trayectoria de vida con otras metas a alcanzar, dinamizando sus vidas y dándoles un sentido positivo (139).

Estos hallazgos permiten inferir que al hablar de embarazo adolescente no es posible generalizar porque cada época o tiempo supone configuraciones distintas, así como también la intencionalidad de quedar embarazada es diferente según el contexto social. Muchas de las gestantes aceptan su situación, logran con madurez reestructurar sus planes a futuro, gracias a que a partir de este episodio se logra despertar en sus vidas cierta responsabilidad, que al final se torna como un resultado maravilloso, lleno de amor y de sanación que ayudará a afrontar cualquier reto que pueda presentarse en el futuro. En paralelo también, es evidente el truncamiento de proyectos de vida en muchas de las participantes.

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como fue expuesto en los resultados del presente estudio, el embarazo adolescente es un acontecimiento lleno de ambigüedad y distintos sentimientos en los que la mujer se ve envuelta en una toma de decisiones realmente críticas, donde la familia juega un papel muy importante, brindado ese contrapeso necesario para equilibrar el momento por el que pasa la gestante, hallazgos muy similares son encontrados en el estudio de Weisbrot, et al (139), donde analizaron las percepciones sobre el embarazo en la adolescencia, encontrando que el embarazo adolescente es un evento de mucho impacto en la familia, amigos y en la consecución de logros a nivel académicos y personales, los resultados arrojan que este evento es mediado por una red compleja de causas donde de tajo ocurre una interrupción del desarrollo en el curso de vida de la adolescente, lo cual es el inicio de una etapa llena de miedos, conflictos internos, estigmatización y en muchos casos soledad (139).

En esta misma línea, la investigación muestra por medio de los relatos de las adolescentes los problemas mentales que atraviesan, un cumulo de sentimientos que van desde la ira, el odio, el miedo a ser socialmente juzgadas y sobre todo el temor de revelar a sus padres el estado en el que se encuentran, son cargas psicológicas, que no se deberían enfrentar en este momento de la vida, este hallazgo es similar al encontrado por Buitrago, et al (140), quienes realizaron un estudio que como tema central trataba la salud mental de adolescentes en embarazo, encontrando repercusiones muy graves a nivel psicológico, el estudio muestra como las adolescentes realizan un proceso de pseudoaceptación, marcado por la ambigüedad de desear o no desear la continuidad de su embarazo, algo encontrado en diversos testimonios de este estudio, donde las adolescentes en un inicio manifestaban no querer estar en embarazo, sin embargo llega un punto en que con la madurez que un adolescente puede llegar a tener y con el apoyo de sus padres asumen su situación, lo cual las termina llevando a un estado de aceptación.

Por otra parte, este estudio también toca la eficacia que está teniendo la educación sexual y reproductiva dentro en la comunidad adolescente, encontrando que, si bien en algún momento de sus vidas han tenido conocimientos sobre métodos de planificación, también es evidente que en muchas de las participantes han tenido diferentes barreras para acceder a estos, algo que también es expuesto en el estudio de Sanz, et al (141), quienes en su revisión sistemática de la literatura encontraron que es evidente la poca claridad que hay en cuanto a la efectividad al momento de impartir educación sexual y reproductiva, señalan resultados contradictorios por una parte en algunas bibliografías encuentran que la medidas de educación son efectivas, sin embargo otras muestran que no lo es, el estudio invita a los interesados en esta temática a realizar estudios de tipo longitudinal, también invitan a probar diferentes tipos de intervenciones teniendo en cuenta el contexto de las adolescentes, hasta que la más efectiva se traduzca en la disminución del embarazo adolescente.

Otro hallazgo importante en este estudio son los cambios que sufren los proyectos de vida de las adolescentes embarazadas, la maternidad precoz afecta todas las dimensiones biopsicosociales de la adolescente, lo que se traduce en un abandono de sus sueños y metas, lo cual se puede observar aún más en los testimonios de adolescentes que han vivido dos procesos de gestación, estas mujeres dependen solo de sus padres y las que viven con su pareja, cuentan con oportunidades muy reducidas y en muchos casos terminan siendo abandonadas por su conyugue, así mismo Hernández y Giraldo (142), señalan que el propósito de vida de una adolescente cambia de forma trascendental al encontrarse en estado de gestación, sin embargo, también muestra que las transformaciones generan un cambio de actitud en la adolescente, que después de encontrarse en total negación terminan aceptando su estado de embarazo y ajustando su proyecto de vida.

También es importante mencionar que el presente estudio deja ver que para la sociedad el embarazo adolescente sigue siendo responsabilidad de la mujer, la

educación debe ser impartida por igual y la responsabilidad debe ser compartida tanto por el hombre como por la mujer, es decir los paradigmas educativos que se han ceñido en las familias, escuelas y sociedad en general, deben ser reestructurados.

Este estudio también presenta las prácticas de cuidado enseñadas de madres a hijas, como es observado son en su mayoría muy objetivas y basadas en lo que los médicos aconsejan, desligándose de saberes ancestrales y tradiciones, que antes eran muy comunes, cuando se trataba de cuidados durante el embarazo, esto podría ser producto de la era moderna en la que se encuentran donde esos saberes tradicionales, pueden ser desmentidos mediante un clip en sus aparatos tecnológicos.

Por ultimo un hallazgo muy importante es el desconocimiento que existe frente al cuidado de salud oral durante el embarazo en adolescentes, la entrevistadas manifiestan no tener muy claro que consecuencias trae para su embarazo el desenlace desfavorable que podría representar para la diada madre e hijo, así mismo el estudio de Burbano y Pantoja, quienes encontraron índices bajos de conocimiento en esta misma población, las adolescentes desconocen los riesgos que implica no realizar un buen cepillado dental y visitas periódicas al odontólogo e invita a los padres y gremio de la salud a intensificar las intervenciones educativas para evitar estas complicaciones durante el embarazo producto de una mala salud oral (143).

6. CONCLUSIONES

Durante la investigación se permitió conocer que durante el embarazo adolescente gestantes tienen diversas concepciones que les permiten percibir la gestación como una experiencia que afecta negativamente su proyecto de vida en donde el apoyo familiar cumple un rol importante al momento de desdeñar aquello considerado negativo durante el proceso. En menor medida hay hallazgos de percepción del embarazo adolescente desde un inicio como una experiencia positiva y única que permitirá la obtención de un gran logro en sus vidas como lo es ser madres. Sin embargo, en ambas concepciones las redes de apoyo familiares, conyugales y sanitarias permiten unas mejores expectativas a futuro y a llevar un embarazo con menos riesgos debido al apoyo educativo y emocional ofrecido por las redes de apoyo mencionadas.

El conocimiento acerca de educación sexual y de los derechos sexuales y reproductivos en la muestra permite evidenciar un déficit educativo bastante elevado acerca de estos temas esto debido a que, desde la familia los temas sexuales no son abordados por parte de los progenitores y las adolescentes no propician estos espacios de diálogo con sus familiares debido a diversos factores como la inseguridad de hablar estos temas sensibles con sus familiares, esto porque son temas considerados tabú y tampoco exponer que son personas con una vida sexual activa.

Es necesario que las entidades de salud gubernamentales propicien de nuevos modelos educativos en las comunidades adolescentes debido a que la una gran mayoría está descontenta con el tipo de charlas expositivas a nivel general donde no hay una buena adherencia del conocimiento brindado. El mal uso de los anticonceptivos es un tema que está presente en esta población, todo esto más los factores antes mencionados permiten que en la población adolescente se presenten casos de embarazos adolescentes no deseados con tanta regularidad.

Con respecto al cuidado durante el embarazo, las familias tienen unos conocimientos que han sido adquiridos por medio de la experiencia o de manera matrilineal, esto aunque no sean conocimientos científicos si ayudan a que la menor movilice a su vida cotidiana algunas prácticas de autocuidado que ayudarán a que la gestante adolescente se cuide acerca de cómo deben realizar las actividades de la vida diaria y que no hacer, aclarando que estas enseñanzas van encaminadas a los cuidados de la higiene de la zona genital y el esfuerzo físico relacionado con la realización de las actividades del día a día. Se concluye resaltando que las jóvenes adolescentes tienen muchas falencias en cómo cuidarse durante la gestación los temas que causan mucha incertidumbre están las relaciones sexuales durante el embarazo, también el desconocimiento acerca del cuidado de la salud oral durante la gestación, el cuidado del recién nacido.

7. RECOMENDACIONES

Universidad de Córdoba

Seguir con investigaciones enfocadas al embarazo adolescente e incrementar las intervenciones en la población adolescente, en las familias y comunidades con el fin de mejorar el conocimiento acerca de la salud sexual y reproductiva de los distintos grupos etarios de esta manera se estimular espacios en la comunidad, familia y decisiones personales que permitan un desarrollo de la sexualidad responsable.

Organizaciones gubernamentales

A velar por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos que son, conociendo que Colombia presenta cifras elevadas de embarazos adolescentes e inclusive en adolescentes de 14 años, a mejorar las acciones de salud pública que tienen como objetivo la salud sexual y los derechos reproductivos de los menores de edad. La creación de planes de acción efectivos que tengan por objeto minimizar los embarazos adolescentes en el territorio nacional los cuales son un problema claro de salud pública en nuestro país.

ESE de primer nivel de atención de la ciudad de Montería

Es importante que las instituciones de salud promuevan una sana y libre sexualidad, que se brinde una educación clara y continua a los adolescentes sobre su salud sexual. Una entrega de anticonceptivos rigurosa y de fácil acceso, brindar una información clara y amigable a la población adolescente donde comprendan que la vida sexual se debe llevar llena de buenas prácticas que por consiguiente dé como resultado buenas experiencias. Que exista una red de apoyo entre escuelas, familia

y entidades promotoras de salud basadas en la comprensión en caso de que existan consecuencias negativas de una relación sexual sin protección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Organización Panamericana para la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo [Internet]. Ciudad de Panamá: OPS; 2018 [Consultado 2021 Mar 16]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- [2] Fondo de Población de las Naciones Unidas. Consecuencias socio económicas del embarazo y la maternidad en la adolescencia en Colombia [Internet]. UNFPA; 2020 [Consultado 2021 Mar 16]. Disponible en: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_milena_colombia-v9.pdf
- [3] Gobernación de Córdoba. Primera Infancia, infancia, adolescencia y familia [Internet]. Montería; 2020. [Consultado 2021 Mar 18]. Disponible en: https://gobcordoba.micolombiadigital.gov.co/sites/gobcordoba/content/files/000042/2083_1368_anexopdd20202023primerainfanciainfanciayadolescenciainfinal.pdf
- [4] Profamilia. Determinantes del embarazo en Colombia [Internet]. Bogotá; 2018 [Consultado 2021 Mar 18]. Disponible en: https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/INTERACTIVO_Informe-determinantes-sociales-embarazo-adolescente_27-junio.pdf
- [5] Quezada M, Tobón-Rivera A, Castrillón-Gómez O. Minería de datos: una aplicación para determinar cuáles factores socio-económicos influyen en el embarazo adolescente. *Inf. tecnol* [internet] 2020 [consultado 2023 Ene 28]; 31 (6): 53-60. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642020000600053&lng=es&nrm=iso

[6] Martínez E, Montero G, Zambrano R. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Rev Esp* [internet] 2020 [consultado 2023 Ene 28]; 41(47): 1-10. Disponible en: <http://w.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf>

[7] Chogas-Picon S. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo en adolescentes atendidas en los consultorios externos del servicio de obstetricia del Hospital II 1 tocaché, enero – junio 2018 [Tesis de postgrado]. Huánuco-Perú; Universidad de Huánuco; 2021. Disponible en: <http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/3169/Chogas%20Picon,%20Shirley%20Vaneza.pdf?sequence=3>

[8] Ochoa-Camac K, Cuba-Sancho J. Factores familiares que predisponen el embarazo adolescente en América Latina y El Caribe 2009-2019: revisión sistemática. *Inv Enf* [internet] 2021 [Consultado 2023 Ene 27]; 23. Disponible en: <http://www.ciberindex.com/index.php/id/article/view/2316id>

[9] Dueñas-Lucas W, Muñoz-Ureta M, Parrales-Pincay I. Factores desencadenantes de embarazo precoz en adolescentes de Latinoamérica. *MQRInvestigar* [internet] 2023 [Consultado 2023 Ene 27]; 7 (1): 390-410. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/173>

[10] Álvarez-Nieto C, Grande-Gascón ML, Linares-Abad M, Ojeda AC. Análisis del embarazo adolescente: miradas cualitativas a los casos de Bucaramanga y Jaén. *Matronas Prof* [Internet].2017 [Consultado 2021 Mar 20]; 18(2): 51-59. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-embarazo-adolescente.pdf>

[11] Ruíz-Díaz M, Puello-Alcocer E, Amador-Ahumada C. Factores sociales y embarazo adolescente en una población desplazada de Montería, Córdoba,

Colombia. En: Valencia-Jiménez N, Ortega-Montes J, compiladores. La salud de la mujer en condiciones de vulnerabilidad, pobreza y desigualdad social en Córdoba, Colombia. Montería: Universidad de Córdoba; 2022. p. 25-56. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/xmlui/bitstream/handle/ucordoba/5204/La%20salud%20de%20la%20mujer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[12] López-Laudeth L, Puello-Alcocer E, Amador-Ahumada C. Embarazo en la adolescencia: efecto de los determinantes sociales de la salud. En: Valencia-Jiménez N, Ortega-Montes J, compiladores. La salud de la mujer en condiciones de vulnerabilidad, pobreza y desigualdad social en Córdoba, Colombia. Montería: Universidad de Córdoba; 2022. p. 63-104. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/xmlui/bitstream/handle/ucordoba/5204/La%20salud%20de%20la%20mujer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[13] Cogollo-Jiménez R. Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescentes. Rev Cuid [Internet]. 2012 [Consultado 2021 Abr 4]; 3(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732012000100019 DOI <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v3i1.37>

[14] Gergen K, Estrada A, Diazgranados S. Construccinismo social-aportes para el debate y la práctica [Internet]. Bogotá: Ediciones Universidad de los Andes; 2007 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible: https://www.taosinstitute.net/images/PublicationsFreeBooks/Gergen_construccinismo_social.pdf

[15] Morales Gómez SM. La familia y su evolución. Per de las cien soc [Internet]. 2015 [Consultado 2021 Abr 14]; 3(5): 127-55. Disponible en: <http://ri.ujat.mx/bitstream/20.500.12107/2557/1/1038-907-A.pdf>

[16] Bello-Pacheco G. Caracterización del embarazo adolescente en una IE del barrio canta claro Montería, 2017 [Tesis de postgrado]. Montería-Córdoba; Universidad de Córdoba. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/797/CARACTERIZACION%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESCENTES%20EN%20UNA%20IE%20DEL%20BARRIO%20CANTA%20CLARO%20MONTERIA%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[17] Melich JC, Duch, L. Ambigüedades del amor: antropología de la vida cotidiana [Internet]. Madrid: Trotta Editorial; 2012 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.torrossa.com/en/resources/an/2525811>

[18] Lugones M, Ramírez M. Curioso origen y significado de la palabra embarazada. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet] 2015 [Consultado 2023 Ene 27]; 41(1): 90-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000100011&lng=es.

[19] Da Costa Leiva M. El problema del aborto y el infanticidio en los filósofos griegos. Rev Lat de Bio [Internet]. 2011. [Consultado 2023 Ene 27]; 11(1): 90-101. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v11n1/v11n1a09.pdf>

[20] Bello M, Rodríguez L, Rodríguez A. Matronas en la antigüedad: Antiguo Egipto. Rev de Hist de los cuid prof de las cien de la sal [Internet]. 2018. [Consultado 2021 Abr 14]; 5(11): 39-47. Disponible en: <http://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/article/view/80/103>

[21] Molina ME. Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. Psykhe [Internet]. 2006. [Consultado 2023 Ene 27]; 15(2): 93-103. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071822282006000200009&script=sci_artt_ext&tlng=e

[22] Sánchez Rivera M. Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. Opción [Internet]. 2016. [Consultado 2023 Ene 27]; 32(13): 921-953. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/310/31048483044.pdf>

[23] Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. New York; 1994 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

[24] Organización de las Naciones Unidas Mujeres. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer [Internet]. Beijín; 1995. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

[25] Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. New York; 2015. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: https://www1.undp.org/content/undp/es/home/sdoverview/mdg_goals.html

[26] Fondo de Población de las Naciones Unidas. Política andina sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo [Internet]. América; 2021. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.orasconhu.org/sites/default/files/Politica%20Andina%20SSR%20Adolescentes%2021Nov12%20Bog.pdf>

[27] Schiavone M. Familia y salud. Valores [Internet] 2019 [Consultado 2023 Ene 27], 4. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9127>

[28] Riquez-Cuenca C. Cuidadoras, gestoras y productoras: trabajo de mujeres en el registro arqueológico de las sociedades iberas. Dialnet [Internet] 2016

[Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5994717>

[29] Bisquert-Martínez, M. Diseño y validación de un instrumento para evaluar los Estilos Educativos Familiares, 2017 [Tesis de doctorado]. Valencia. Disponible en:

<https://core.ac.uk/download/pdf/84748337.pdf>

[30] Mauri T, Onrubia J, Coll C, Colomina R. La calidad de los contenidos educativos reutilizables: diseño, usabilidad y prácticas de uso. Rev de Edu a Dist [Internet]

[Consultado 2023 Ene 27] (50), 1-9. Disponible en:

https://www.um.es/ead/red/50/mauri_et_al.pdf

[31] Hanson C, Crandall A, Barnes M, Magnusson B, Novilla L. y King J. Family focused public Health: Supporting Homes and Families in policy and Practice [Internet]. Front. Public Health [Internet]. 7(59). [Consultado 2023 Ene 27].

Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00059>

[32] Ministerio de Salud de Colombia. Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud Grupo de Formación [Internet]. Bogotá. 2015 [Consultado 2021 Ene 27]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf>

[33] Ministerio de Salud de Chile. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud [Internet].

Santiago de Chile. 2008 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en:

<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>

[34] Ministerio de Salud de Colombia. Política de Atención Integral en Salud [Internet]. Bogotá; 2016 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

[35] Astudillo-García I, Vizcaino-Cevallos H, Bedoya-Romo M, Delgado-López D, Evelyn E, Calderón-López E, Saltos-Montes P. Importancia de la atención integral con enfoque en salud familiar. Científica Dominio de las Ciencias [Internet] 2019 [Consultado 2023 Ene 27]; 5(2). Disponible en: <https://repositorio.itb.edu.ec/bitstream/123456789/1106/1/Importancia%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20con%20enfoque%20en%20salud%20familiar.pdf>

[36] Vélez-Álvarez C, Vanegas-García JH. El cuidado en enfermería perspectiva fenomenológica [Internet]. Hacia la Prom de la Sal [Internet] 2011. [Consultado 2023 Ene 27]; 16(2). Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a13.pdf>

[37] Concejo Nacional de Política Económica y Social. Lineamiento para el desarrollo de unas estrategias para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años [Internet]. Bogotá. 2011. [Consultado 2023 en Ene 27]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_0147_2012.htm

[38] Coll C, Martín E, Onrubia J. El constructivismo en el aula. Grao [Internet]. 1999 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <http://www.terras.edu.ar/biblioteca/3/3Disponibilidad-del-aprendizaje.pdf>

[39] Misuti G, Román J, Gracia E. La familia y educación: Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos: Labor [Internet] 1988. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=239930>

[40] Rodríguez-Triana X. Qué y cómo se enseña y aprende en la familia. Un asunto de interés para la escuela [Internet]. Rev Lat de est edu [Internet]. 2015. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1341/134157078007/134157078007.pdf>

[41] Ramos-Rodríguez JM. Constructivismo en ciencias de la salud. Área de Biblioteca, Archivo y Publicaciones de la Universidad de Cádiz [Internet]. 2018. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://rodin.uca.es/handle/10498/19944>

[42] Piedrahita J, Giraldo Y, Guzmán C, Pino Y, Castaño A, Salazar M, Holliday O. Pedagogía crítica y educación popular: polifonía de voces desde la periferia colombiana. En: Salazar M, Guelman A, Cabaluz F. Educación popular y pedagogías críticas en América Latina y el Caribe: Corrientes emancipatorias para la educación pública del Siglo XXI. Argentina: CLACSO; 2018. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/j.ctvt6rk9v>

[43] Torres J, Contreras S, Lippi L, Huaiquimilla M, Leal R. Hábitos de vida saludable como indicador de desarrollo personal y social: discursos y prácticas en escuelas. Calidad en la educación. Calidad de vida [Internet]. 2019 [Consultado 2023 Ene 27] 50(1): 357-392. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.31619/caledu.n50.728>

[44] Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. Child development [Internet]. 1966 [Consultado 2023 Ene 27] Disponible en: <https://www.calidadenlaeducacion.cl/index.php/rce/article/view/728>

[45] Duarte L, García N, Rodríguez E, y Bermúdez M. Las prácticas de crianza y su relación con el vínculo afectivo [Internet]. Rev Iberoamericana de Psicología. 2016. 9(2): 113-124. [Consultado 2023 Ene 27] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6124351>

[46] Ministerio de salud y de Protección social. Observatorio Nacional e Intersectorial de embarazo en adolescente ONIEA [Internet]. 2020. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oniea/Paginas/Inicio.aspx>

[47] Consejo Nacional de política económica y social-CONPE-. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años [Internet]. 2020. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/documento_c00onpes_147_de_2012.pdf

[48] Unesco. Educación Integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias [Internet]. 2014. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232800>

[49] Ministerio de Salud y Protección Social. CONPES Social 147/2012: Rutas de atención para la prevención del embarazo en la adolescencia. Atención integral e intersectorial para el restablecimiento de derechos en niñas y adolescentes embarazadas." [internet]. Bogotá; 2014 [consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Ruta-Atencion-Integral-EA.pdf>

[50] Domínguez A, Herazo Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Rev Colombiana de Ginecología y

Obstetricia [Internet]. 2009 [Consultado 2023 Ene 27];6 (2): 141-147. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n2/v62n2a04.pdf>

[51] León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev ped ele [Internet]. 2008 [consultado 2023 Ene 27]; 5 (1). Disponible en: http://conductitlan.org.mx/09_jovenesyadolescentes/Materiales/A_Embarazo%20adolescente.pdf

[52] Barbón O. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. Rev Ciencia y Enfermería [Internet]. 2011 [Consultado 2021 Abr 9]; 17 (1): 19-25. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532011000100003&lng=es&nrm=iso

[53] Noguera O, Alvarado H. Embarazo en adolescentes una mirada desde el cuidado de enfermería. Rev Col de Enf [Internet]. 2012 [Consultado 2023 Ene 27]; 7(1):151-160. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069201>

[54] Oxford Languages. Definición de Cuidar [Internet]. 2021 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>

[55] Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. Consejos útiles sobre la alimentación y nutrición de la embarazada: Manual para los profesionales de la Salud [Internet]. 2013 [Consultado 2023 Ene 27] Disponible en: https://www.unicef.org/lac/consejos_nutricion_full.pdf

[56] Ruiz J, Jiménez A. Alimentación del adolescente en situaciones especiales: embarazo, lactancia y deporte. Rev Form Cont Soc Esp Med [Internet]. 2016 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible

en:https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num3-2016/31_alimentacion_en_el_adolescente.pdf

[57] Aranda C, Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Rev de Inv en Psic [Internet]. 2013 [Consultado 2023 Ene 27];16(1). Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153>

[58] Comunidad de Madrid. Consejería de Políticas Sociales y Familia. La familia ante momentos difíciles [Internet]. Madrid: Dirección General de la Familia y el Menor; 2016. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007021.pdf>

[59] Oliva E, Villa V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Just juris [Internet] 2014 [Consultado 2023 Ene 27]; 10(1): p. 11-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>

[60] Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Nacional Para Las Familias Colombianas 2012-2022 [internet]. Bogotá; 2012 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/CBA649DA5EBF221205257BF1007B8494/\\$FILE/APolitica_Publica_Familias_Colombianas_2012_2022_\(1\).pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/CBA649DA5EBF221205257BF1007B8494/$FILE/APolitica_Publica_Familias_Colombianas_2012_2022_(1).pdf)

[61] Benítez-Pérez M. La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. Rev Nov en Pob [Internet] 2017 [Consultado 2023 Ene 27]; 13(26): p. 58-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200005&lng=es&tIng=es

[62] Ramos Y, González M. Un acercamiento a la función educativa de la familia. Rev Cub de Med Gen Int [Internet]. 2017 [Consultado 2023 Ene 27]; 33(1): p. 100-114. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2017/cmi171i.pdf>

[63] De Pina-Vara R. Diccionario de Derecho. Editorial Porrúa. México; 2005. En Carbonell J, Carbonell M y González-Martín N. Las Familias en el siglo XXI: Una mirada desde el Derecho. México: Editorial Elvia Lucía Flores Ávalos. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: https://books.google.com.mx/books/about/Diccionario_de_derecho.html?id=yUVNAQAAIAAJ

[64] De la Cuesta C. Familia y salud. Rev Rol enf. [Internet]. 1995 [Consultado 2023 Ene 27] p. 203-204. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18356/1/Familia%20y%20salud.pdf>

[65] Valdivieso-León L., Román J, Flórez L y Aken M. Prácticas educativas familiares: ¿cómo las perciben los padres? ¿cómo las perciben los hijos? ¿qué grado de acuerdo hay? Per Edu [Internet]. 2016 [Consultado 2023 Ene 27]; 55(1): p. 129-151. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3333/333343664009.pdf>

[66] Moreno-Acero ID, Patiño-catalán CM, Sánchez-Ortega M, Fortiche-Romero S & González-Peña, I. Prácticas educativas familiares (PEF) de familias en condición de extrema pobreza en Cartagena de Indias. El Ágo USB [Internet]. 2018 [Consultado 2023 Ene 27]; 18(1): p. 187-201. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165780312018000100187&script=sci_abstract&lng=en

[67] Menéndez-Guerrero G, Navas-Cabrera I, Hidalgo-Rodríguez Y, Espert-Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev

Cub de Obs y Gine [Internet]. 2012 [Consultado 2023 Ene 27]; 38(3): p. 333-342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es&tlng=es.

[68] Organización Mundial de la salud. Embarazo [Internet]. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible: <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

[69] Clínica Barcelona. Embarazo y parto [Internet]. 2018 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/cuida-tu-salud/embarazo-y-parto/embarazo>

[70] Hernández-Moreno L. Adolescencia: ¿Adolecer es padecer? Salud [Internet] 2011 [Consultado 2023 Ene 27]; 15(2): p. 5-6. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131671382011000200003&lng=es&tlng=es.

[71] Profamilia. Adolescencia y Pubertad [Internet]. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible: <https://profamilia.org.co/aprende/cuerpo-sexualidad/adolescencia-y-pubertad/>

[72] Constitución Política de Colombia de 1991 [Internet]. Bogotá; 1991 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

[73] Corte Constitucional Sentencia. No. T-440 de 1992, sobre proceso de tutela T-1152 [Internet]. 1992 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-440-92.htm>

[74] Ministerio de Educación. Resolución 3353 del 02 de Julio de 1993, Por la cual se establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de Educación

Sexual en la Educación básica del país [Internet]. 1993 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <http://intranet.bello.gov.co:8081/intranet/start/sig/Normograma/resoluciones/Resoluciones%20Nacionales/1993/resolucion%203353%20de%201993.pdf>

[75] Ley 100 de 1993. Sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1993 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

[76] Ley 115 de 1994, Por la cual se expide la Ley general de educación [Internet]. 1994 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=292>

[77] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 412 de 2000, 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 [Internet]. 2000 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200412%20DE%202000.pdf

[78] Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos [Internet]. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

[80] Sentencia C-355 de 2006. Derecho a la vida y vida como bien protegido por la Constitución [Internet]. 2006 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=20046872>

[81] Ministerio de Protección Social e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Código de la infancia y la adolescencia [Internet]. 2018 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>

[82] Ley 1146 de 2007. Prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente [Internet]. 2007 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/ley-infancia-adolescencia>

[83] Decreto 2968 de 2010. Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos [Internet]. 2010 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40126>

[84] Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. 2013 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

[85] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 3280 de 2018. Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. [Internet]. 2018 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30039995>

[86] XV Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Cartagena; [Internet]. 2018 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/internacional/Paginas/XV-conferencia-iberoamericana-de-ministros-de-salud.aspx>

[87] Gutiérrez M, Santos A, Sancho P y Galiana L. Relaciones familiares, prácticas educativas de los padres y valores de los adolescentes angoleños. *Psy, Soc, & Edu* [Internet]. 2017 [Consultado 2023 Ene 27]; 5(1): p. 59-75. Disponible en: <https://doi.org/10.25115/psye.v5i1.496>

[88] Isaza-Valencia L. Las prácticas educativas familiares en el desarrollo de habilidades sociales de niños y niñas entre dos y cinco años de edad en la ciudad de Medellín. *Rev Enc* [Internet]. 2018 [Consultado 2023 Ene 27]; 16(1): p. 78-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15665/v16i01.635>

[89] Zavala D. Tipos de estilos de crianza y las habilidades sociales de los niños y niñas de 3 a 5 años de la Institución Educativa Particular “Los Robles”, UGEL 03, Cercado de Lima –2017. [Tesis de postgrado]. Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12735/Zavala_SDG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[90] Carrillo-García A, Estévez-Casellas C, y Gómez-Medina MD. ¿Influyen las prácticas educativas en el desarrollo de la inteligencia emocional de sus hijos? *Rev INFAD de Psi* [Internet]. 2018 [Consultado 2023 Ene 27]; 1(1): p. 203-212. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3498/349855553023/html/index.html>

[91] Pérez KL, Romero KR y Flórez M. Prácticas parentales y su relación con conductas prosociales y agresivas en niños, niñas y adolescentes de instituciones educativas. *Rev ESP*. [Internet]. 2019 [Consultado 2023 Ene 27]; 16(1) Disponible: <https://www.revistaespacios.com/a19v40n31/a19v40n31p08.pdf>

[92] Organización Mundial de la Salud. Partners in Life Skills Education. Conclusions from a United Nations InterAgency Meeting [Internet]. Ginebra; 1999 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <http://www.who.int/mental health/media/en/30.pdf>

[93] Otáñez J. Efectos de los estudios de vida saludables en las habilidades sociales en jóvenes. Vert. [Internet]. 2017 [Consultado 2021 Abr 4]; 20(2): p. 5-11. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/67161>

[94] Bendezú K. Estilos de crianza parental y ocurrencia de embarazos en adolescentes atendidas en el puesto de salud de Tucsipampa y Buena vista del distrito de Lirca y Huancavelica 2015. [tesis de postgrado]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1442>

[95] Grant J. Dinámica Familiar y los modelos de crianza adoptados por 50 madres adolescentes del Colegio José Guardia Vega de la provincia de Colón [Tesis de postgrado]. Universidad de Panamá; 2017. Disponible en: <http://up-rid.up.ac.pa/29/>

[96] Urgilés S, Fernández N y Durán J. Influencia socio familiar en adolescentes embarazadas. Kill soc: Rev de Inv Cie [Internet] 2018 [Consultado 2023 Ene 27]; 2(1): p. 49-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6353054>

[97] Moreno-Acero I. Prácticas educativas familiares de un grupo de madres adolescentes del Distrito de Buenaventura, Colombia. Inv & Des [internet] 2019 [Consultado 2023 Ene 27]; 27 (1): p. 50-86. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-32612019000100050

[98] Carvajal-Barona R, Valencia-Oliveros H y Rodríguez-Amaya R. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de

Buenaventura, Colombia. Rev de la Uni Ind de Sant. [Internet] 2017; 49 (2): p. 290-300. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012108072017000200290

[99] López L. Determinantes sociales del embarazo en adolescentes. San Antero, 2019 [tesis posgradual]. Universidad de Córdoba; 2019. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/3078/L%C3%B3pezLadeuthLadysLuc%C3%ADa.pdf>

[100] Castro A. Determinantes sociales de salud del embarazo en adolescentes atendidas en la IPS Bienestar Activa del departamento de Córdoba año 2015 [tesis posgradual]. Universidad de Córdoba; Disponible en 2016. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/3078?show=full>

[101] Ruiz M. Comportamiento del embarazo en adolescentes desplazadas que habitan en el barrio Villa Melisa Montería. 2015 [tesis de maestría]. Universidad de Córdoba; 2016.

[102] Sánchez-Flores F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Rev Dig de Inv en Doc Uni [Internet] 2019 [Consultado 2023 Ene 27]; 13(1): p. 102-122. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.19083/ridu.2019.644>

[103] Vasilachis I. Estrategias de investigación cualitativa [Internet]. 2 ed. España: Editorial Gedisa; 2019 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wpcontent/uploads/sites/103/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin-cualitativa-1.pdf>

[104] Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO. Investigación Educativa [internet]. Uruguay: Editorial Contexto; 2015 [consultado 2023 Ene 27]. Disponible en : <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20150610045455/InvestigacionEducativa.pdf>

[105] Sánchez J. Un recurso de integración social para niños/as adolescentes y familias en situación de riesgo: Los Centros de día de atención a menores [tesis posgradual]. Universidad de Granada; 2011. Disponible en: <https://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/SanchezJuanManuel.pdf>

[106] Martín M y Salamanca A. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure inv. [Internet]. 2018 [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/plwlumuj/ebalECTS/praktikak/muestreo>

[107] Quintana A. Metodología de Investigación [Internet]. 2006 Disponible en: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/2724/1/Metodologia%20de%20investigaci%20cient%20adica%20cualitativa.pdf>

[108] Henández-Cordero A, Gentile A, Santos-Díaz E. Perspectivas teóricas para el análisis de la maternidad adolescente. Rev Castel-Manch [Internet]. 2019 [Consultado 2023 Ene 12]; 1 (26): 135-154. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3221/322161687008/html/>

[109] Flores-Valencia M, Nava- Chapa G, Arena-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Rev. Salud pública [Internet]. 2017 [Consultado 2023 Ene 23]; 19 (3): 374-378. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.43903>

[110] Reyes-López S, et al. Experiencias de las adolescentes que cursan un embarazo, desde un enfoque cualitativo. SANUS [Internet]. 2020 [Consultado 2023 Ene 23]; 5: 1. Disponible en: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi15.179>

[111] Molina-Gómez A, et al. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [Consultado 2023 Ene 23]; 2 (45): 1-21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2019/cog192q.pdf>

[112] Chamorro-Mendoza SV. Adaptación psicosocial al embarazo en adolescentes gestantes atendidas en un hospital de Lima metropolitana [Tesis de grado]. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola; 2019. Disponible en: <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/46c2169a-97f7-497a-a3e1-32792e393166/content>

[113] Figueroa-Peñañiel M, et al. Percepción de las adolescentes frente al embarazo: revisión sistemática. Arch. de Medicina [Internet]. 2019 [Consultado 2023 Nov 28]; 20 (1): 164-180. Disponible en Internet: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3284>

[114] Vélez-Carvajal JD, Pérez-Berrocal MC, Ruíz-González EP. Embarazo adolescente, eduentretenimiento y semiótica Caso Mocarí, en la ciudad de Montería, Córdoba [Internet]. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana ; 2022 [Consultado 2023 Ene 11]. Disponible en : <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9951/Embarazo%20a%20adolescente.pdf?sequence=1>

[115] Oliveros-Catá YC. Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. Revista Información Científica (RIC) [Internet]. 2017 [Consultado

2023 Ene 11]; 96 (3) : 5219-521. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2017/ric173r.pdf>

[116] Zapata D, et al. Factores Socioemocionales que Intervienen en la Toma de Decisiones en los Adolescentes. En: Revista Innovación y Desarrollo Sostenible (IDS) [Internet]. 2021 [Consultado 2023 Ene 1] ; 2 (1) : 72-84. Disponible en:

<https://doi.org/10.47185/27113760.v2n1.46>

[117] Gogna M, Binstock G. Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. Salud colect [Internet]. 2017 [Consultado 2023 Ene 13] ; 13 (1) : 63. Disponible en:

<https://doi.org/10.18294/sc.2017.990>

[118] Sánchez-Rivera M. Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. Redalyc [Internet]. 2016 [Consultado 2023 Ene 23]; 32 (13): 926-953. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/310/31048483044.pdf>

[119] Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Colombia, et al. Descubriendo la sexualidad en familia. Bogotá : UNFPA ; 2021 [Consultado 2023 Ene 2]. Disponible en :

https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cartilla_descubriendo_la_sexualidad_en_familia_.pdf

[120] Venegas M, Nayta-Valles B. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 [Consultado 2023 Ene 21] ; 21 (83) : 11. Disponible en :

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006

[121] Campero L, et al. Anticoncepción posevento obstétrico y embarazo subsecuente en adolescentes: perspectivas del personal de salud en México. Salud Publ Mex [Internet]. 2022 [Consultado 2022 Dic 22] ; 64 (4) : 385-396. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/13515>

[122] De Castro F, et al. Perceptions of adolescent 'simulated clients' on barriers to seeking contraceptive services in health centers and pharmacies in Mexico. En: Sex Reprod Healthc [Internet]. 2018 [Consultado 2022 Dic 29] ;16 : 118-123. Disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.003>

[123] Alvarado-Alfaro, LD. Factores socioculturales y práctica de autocuidado en adolescentes gestantes que acuden al centro de salud aranjuez, trujillo, 2017 [Tesis de maestría]. Trujillo: Universidad Católica Los Angeles Chimbo ; 2017. Disponible en :

[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/5822/FACTORES
_AUTOCUIDADO_ALVARADO_ALFARO_LORENZA_DORITA.pdf?sequence=1&
amp;isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/5822/FACTORES_AUTOCUIDADO_ALVARADO_ALFARO_LORENZA_DORITA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[124] Amaya-González YY, Anastacio-Avalos DD. Saberes y prácticas del cuidado de la gestante adolescente [Tesis de grado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo ; 2018. Disponible en:

[https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13561/1808.pdf?sequence=
1&isAllowed=y](https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13561/1808.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[125] Rodríguez-Venegas V, Duarte-Hidalgo C. Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: embarazo, parto y puerperio en mujeres colla de la región de atacama. Diálogo Andin [Internet]. 2020 [Consultado 2023 Ene 6] ; 63 : 113-122. Disponible en : <https://doi.org/10.4067/s0719-26812020000300113>

[126] Chávez-Campos RR, Cuba-Tirado L. Acciones de autocuidado durante el embarazo en adolescentes y peso del recién nacido del hospital belén de trujillo-2011 [Tesis de grado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo ; 2011. Disponible en :

<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13967/1365.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[127] Concha-Sánchez SC. La salud oral de las mujeres gestantes, sus repercusiones y los aspectos que influyen en su atención. UstaSalud [Internet]. 2011 [Consultado 2023 Ene 23]; 10 (2): 110. Disponible:

<https://doi.org/10.15332/us.v10i2.1142>

[128] Alfaro-Alfaro A. Embarazo y salud oral. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2019 [Consultado 2023 Ene 21]; 11 (3). Disponible en :

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144

[129] Valencia-Jiménez NN, De Arco-Montiel SL. Creencias frente al embarazo y enfermedades bucodentales percibidas por gestantes en Montería, Colombia. Revista Ciencia y Cuidado [Internet]. 2021 [Consultado 2023 Ene 24]; 18 (1): 20-29. Disponible en: <https://doi.org/10.22463/17949831.2320>

[130] Valencia-Jiménez NN, De Arco-Montiel SL. Creencias en salud oral de un grupo de gestantes de Montería, departamento de Córdoba, Colombia. En: Valencia-Jiménez N, Ortega-Montes J, compiladores. La salud de la mujer en condiciones de vulnerabilidad, pobreza y desigualdad social en Córdoba, Colombia. Montería: Universidad de Córdoba; 2022. p. 112-147. [Consultado 2023 Ene 27]. Disponible en:

<https://repositorio.unicordoba.edu.co/xmlui/bitstream/handle/ucordoba/5204/La%20salud%20de%20la%20mujer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[131] Marroquín-Mejía, TD. La situación de embarazo en adolescentes como una forma de menoscabo al desarrollo humano. estudio sobre dificultades en el desarrollo humano de adolescentes en etapa de embarazo o maternidad en edades que oscilan entre los doce a los diecisiete años de edad en el departamento de Cuscatlán en los años 2014 a 2018. [Tesis de maestría]. Buenos Aires: FLACSO; 2021. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/18640/2/TFLACSO-2021%20TCPMM.pdf>

[132]. Planned Parenthood. ¿Qué tan segura es la ligadura de trompas? [Internet]. Planned Parenthood; 2023 [Consultado 2023 Ene 26]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/esterilizacion-ligadura-de-trompas/que-tan-segura-es-la-ligadura-de-trompas>

[133] Hernández U, Gómez M. Vivencias sobre el embarazo a temprana edad en las adolescentes gestantes usuarias de la IPSI CIDSALUD del Distrito de Riohacha – La Guajira [Tesis de grado]. Rioacha-Guajira: Universidad Antonio Nariño; 2020. Disponible en: <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/2768>

[134] Organización de la Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 1995 [consultado 2023 Ene 11]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

[135] Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. OPS y UNFPA; 2020 [Consultado 2023 Ene 11]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/informe-consecuencias->

[socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-seis-pa%C3%ADses-de#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el,19%20a%C3%B1os%20dan%20a%20luz.](#)

[136] Organización de Estados Americanos. Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas Nacionales de Protección [Internet]. World Vision; 2017 [consultado 2023 Ene 11] Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/nna-garantiaderechos.pdf>

[137] Morales-Álvarez CT, et al. Embarazo subsecuente en la adolescencia: causas, consecuencias y posibles soluciones. Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc [Internet]. 2022 [Consultado 2022 Dic 21]; 30 (1): 14-20. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1271/1175

[138] Monasterio-Carranza JE. Contexto sociodemográfico y proyecto de vida en adolescentes embarazadas, puesto de salud Miraflores Alto, Chimbote, 2021 [Tesis de grado]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2021 [Consultado 2022 Dic 21]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/27218/CONOCIMIENTOS_EMBARAZO_ADOLESCENTE_MONASTERIO_CARRANZA_JUDY_ELIZABETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[139] Saavedra-Guajardo E. Embarazo adolescente y resiliencia: reflexiones a través de una revisión. Revista Peruana de Psic y Trab Soc [Internet]. 2021 [Consultado 2022 Dic 25]; 9 (1): 12-20. Disponible en: <http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/739>

[140] Weisbrot M, et al. Perceptions of adolescents from Bajo Boulogne, Buenos Aires, Argentina, on teenage pregnancy: A qualitative study. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2019 [Consultado 2022 Ene 25]; 117 (5). Disponible en: <https://doi.org/10.5546/aap.2019.eng.314>

[141] Buitrago-Ramírez F, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental. Embarazo en la adolescencia. Aten Primaria [Internet]. 2022 [Consultado 2023 Ene 23]; 54: 102-494. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102494>

[142] Sanz-Martos S, et al. Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia. Aten Primaria [Internet]. 2019 [Consultado 2023 Ene 23]; 51 (7): 424-434. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.003>

[143] Hernández-Bustamante OL, Giraldo AF. Propósito de vida en el embarazo adolescente y factores asociados. Arch. Venez. de Farmacol. y Ter. [Internet]. 2021 [Consultado 2023 Ene 23]; 40 (7). Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5752311>

[144] Burbano-Pijal DC, Pantoja-Burbano MJ, Molina-Gutiérrez TJ. Importancia de una buena salud oral en embarazos adolescentes. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores [Internet]. 2022 [Consultado 2023 Ene 25]; 1 (69): 1-10. Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3442/3404>