



## Tema Central

### Embarazo en adolescentes: ¿Quién mete las patas?¹

Por: Catalina Hernández Cabal

#### INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es un fenómeno de creciente importancia en los últimos años, tanto por la magnitud del fenómeno como por el protagonismo que ha adquirido en esferas de discusión pública y política.

Es importante considerar, en primera instancia, que el embarazo de mujeres menores de 20 años no siempre ha sido considerado problemático, mucho menos un *problema público* objeto de intervención colectiva, bien sea mediante el Estado u otro tipo de entidades de acción pública. Una vez incluido como un tema de discusión, es definido como ‘el problema del embarazo adolescente’.

El embarazo en adolescentes es un problema para... ¿quién? ¿Para el futuro de la joven? ¿Para el honor familiar? ¿Para el crecimiento poblacional? ¿Para el Estado social de derecho? ¿Para la garantía de los derechos humanos en la salud y la sexualidad? En efecto, este ha sido un fenómeno cuya interpretación y reacción ha cambiado en el tiempo moviéndose entre problemáticas como las enunciadas en las anteriores preguntas.

Así las cosas, este texto desarrolla cómo se caracteriza el embarazo en adolescentes y cómo su interpretación, en tanto fenómeno social, se articula con los enfoques de desarrollo y su variación. Para comprender su reciente crecimiento, este trabajo propone que se trata de una responsabilidad colectiva que, más allá de las dificultades particulares de una adolescente, involucra formas compartidas de pensar la

---

<sup>1</sup> Este trabajo parte de las fuentes recogidas y los hallazgos obtenidos en dos investigaciones adelantadas por la autora del presente texto, como trabajos de grado de las carreras de Ciencia Política y Sociología en la Pontificia Universidad Javeriana. El primero de ellos, del programa de Ciencia Política, se desarrolló a lo largo del 2010 y fue titulado *Entre hechos paradigmas y política: la fecundidad en la agenda de gobierno colombiana entre 1960 y 2010*. El segundo se tituló *Maternidad: ideas colectivas, vivencias de mujeres. Continuidades y discontinuidades en la configuración de las experiencias de maternidad* y fue realizado en el año 2011.



maternidad, la paternidad, la sexualidad, las relaciones de pareja, así como la participación del Estado en la garantía de servicios y derechos definidos como prioritarios.

Para comenzar se expone en qué consiste el embarazo adolescente, esto es, cómo se caracteriza y cuándo se considera que existe. Más adelante el texto presenta cómo este tipo de fecundidad se da como una tendencia de magnitud importante en las estadísticas de población. Así mismo, expone cómo se articula con los cambios en los enfoques de desarrollo y los procesos de transformación social relativos al lugar del hombre y la mujer en la sociedad y, con ello, la sexualidad y la reproducción.

### **El embarazo adolescente**

Cuando mujeres entre los 10 y los 20 años entran en estado de gestación se considera como casos de embarazo adolescente. Aunque la edad de la adolescencia no está objetivamente demarcada, dado “el prolongado tutelaje parental a las hijas mujeres y de una edad media de ingreso a la unión de 22,5 años, los 20 años pueden ser una adecuada edad-umbral hacia las primeras fases de la vida adulta” (Rico, 1986, p. 26)<sup>2</sup>.

Siguiendo a Ana Rico (1986), la adolescencia se asume como un periodo de la vida con grandes cambios que en lo biológico se caracterizan por una estrecha relación entre la maduración del sistema reproductivo y la necesidad de experimentación sexual (p. 30), y psicológicamente por la inestabilidad y perturbaciones necesarias para que el adolescente adquiera su identidad adulta (p. 32).

Para esta investigadora, la maternidad adolescente se caracteriza porque en la mayoría de los casos no se presentan vínculos matrimoniales ni antes ni después del embarazo o del parto, alimentando el fenómeno del ‘madre-solterismo’. Esto concentra la responsabilidad del embarazo y la crianza en la mujer, dificultando sus posibilidades de desarrollo educativo, profesional y personal, especialmente cuando la adolescente tampoco es apoyada por sus redes familiares.

---

<sup>2</sup> La OMS define la adolescencia como “un periodo de la vida y también como una serie de transformaciones amplias, rápidas y variadas que se registran entre los 10 y los 20 años” (Rico, 1986, p. 32).



Precisamente un agravante del abandono de la pareja a la adolescente consiste en que estos embarazos generan fuertes sanciones sociales que pueden conducir a reacciones radicales por parte de las familias, como la expulsión de las adolescentes de sus hogares. En general se afectan las relaciones con las redes sociales, incluidos el trabajo y la escuela, dejándolas en una situación de alta vulnerabilidad (Rico, 1986). A esto se suman las dificultades de salud, tanto para las madres como para los hijos, asociadas con los embarazos tempranos, lo cual comprende también las complicaciones derivadas de abortos inducidos realizados en condiciones inadecuadas.

En suma, el embarazo en adolescentes generalmente plantea un escenario desventajoso para las madres y para sus hijos (Rico, 1986; ENDS, 2010; Mejía, Pacheco y Muñoz (Eds.), 2011, entre otros):

Las madres solteras adolescentes son el grupo que mayor vulnerabilidad presenta porque además de los riesgos de salud a que se ven expuestas por su edad, la condición de soltera agrava las posibilidades de vida futura en razón del rechazo socio-familiar que tiene que enfrentar por su embarazo fuera de la normatividad y la legitimidad sociales. (Rico, 1986, p. 31)

Adicionalmente, es un fenómeno relacionado también con problemáticas como la deserción escolar y la reproducción de los círculos de pobreza de madres adolescentes e hijos con dificultades, que pueden repetir la experiencia de maternidad temprana.

Ahora bien, la inclusión de la adolescencia en las discusiones públicas sobre la salud sexual y reproductiva (SSR) se da después de la conferencia de población y desarrollo de El Cairo (ONU, 1994). Allí, “la adolescencia irrumpe como categoría de análisis y como grupo de acción de políticas mundiales en el ámbito de la SSR” (Mejía, 2011, p. 37).

Desde la perspectiva de los derechos humanos que mantienen organismos multilaterales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas y que han adoptado los gobiernos nacionales y municipales -como es el caso de Bogotá- (Mejía, 2011; Arbeláez, 2010), el problema del embarazo adolescente radica en que es consecuencia de una situación de vida en la cual los adolescentes no pueden ejercer libremente los derechos sobre su sexualidad ni tomar decisiones informadas sobre ella<sup>3</sup>. Esto implica

---

<sup>3</sup> Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) se definen como la interpretación de los derechos humanos (DDHH) desde la sexualidad.



que los adolescentes viven su sexualidad en un medio que no les ofrece información suficiente y adecuada sobre cómo cuidarse física y emocionalmente y donde con frecuencia se presentan dificultades para acceder a la anticoncepción.

Siendo esta la forma en que se caracteriza el embarazo adolescente y que actualmente se define como problema, a continuación se presenta cómo han sido las tendencias de fecundidad en Colombia, específicamente la fecundidad adolescente, y cómo se relaciona esto con las discusiones mundiales sobre el desarrollo.

### **Tendencias de fecundidad y los enfoques de desarrollo**

En las tendencias poblacionales, la fecundidad, es decir el número de hijos por mujer en un periodo de tiempo determinado<sup>4</sup>, ha tendido a la reducción alrededor del mundo a lo largo del siglo XX, especialmente durante la segunda mitad.

Esta baja en los nacimientos se asocia con procesos de transformación social que emergen desde los siglos XVIII y XIX, vinculados con la denominada tendencia de *modernización*<sup>5</sup>. Los cambios derivados de tales procesos van desde la reducción en la mortalidad que permite la supervivencia de más hijos –haciendo necesarios menos embarazos–, hasta procesos de urbanización relacionados con mayor educación y diferentes formas de trabajo que imprimen características diferentes a la vida.

La reducción más drástica de la mortalidad infantil y de la mortalidad en general se da hacia la tercera década del siglo pasado e inicialmente no se correspondió con una reducción comparable en la fecundidad. Tal cosa condujo que hacia los años 50 se presentara un alto aumento poblacional conocido como ‘explosión demográfica’. En ese escenario, emerge una preocupación pública a nivel global por el crecimiento demográfico.

---

<sup>4</sup> La Tasa de Fecundidad Total (TFT) o Tasa Global de Fecundidad combina las tasas de fecundidad de todos los grupos de edad durante un período determinado y puede ser interpretada como el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva con los niveles actuales de fecundidad, es decir, si las tasas de fecundidad obtenidas del estudio se mantuviesen invariables en el tiempo y las mujeres sobrevivieran todo su período reproductivo (ENDS, 2010, p. 1).

<sup>5</sup> La palabra *modernización* se utiliza para hacer referencia a momentos intensos de transformación del entorno natural relacionado con cambios acelerados en la técnica y en la economía (Archila, 1995, p. 32) que se orientan hacia tipos de sistemas sociales, económicos y políticos que se establecieron en la Europa occidental y en la América del Norte desde el siglo XVIII hasta el siglo XIX (Eisenstadt, 2001, p. 11).



En Colombia, para 1993 se habían triplicado los 12 millones de habitantes que el país tenía en 1951. En los últimos 50 años los niveles de natalidad y mortalidad descendieron drásticamente. Colombia es catalogado como uno de los países que más rápido ha cambiado su patrón de fecundidad, al reducirla en cerca de 60% en menos de medio siglo: descendió de 7 hijos por mujer entre el comienzo de la década del 60 a 3 hijos por mujer para el periodo de 1990–1995 (Flórez, 2000, p. 35). Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010, la Tasa Global de Fecundidad en Colombia es de 2.1, siendo 2 en zona urbana y 2.8 en zona rural. Bogotá presenta actualmente una tasa de 1.9 hijos por mujer.

Al analizar los factores con mayor incidencia sobre la reducción de la fecundidad en medio de ese proceso de cambio, se encuentran varias explicaciones. De acuerdo con la perspectiva de los determinantes próximos de la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción son dos de los principales factores que inciden sobre su reducción. En Colombia, sin embargo, ni la edad en que las mujeres entran en unión de pareja ni la cantidad de uniones han incidido significativamente en la reducción del número de hijos por mujer; aún para mujeres urbanas de estratos altos, la edad de la primera unión es temprana, siendo de 26.5 años para el mayor nivel de riqueza y 23.2 años para Bogotá que es la ciudad con edad de unión más tardía (ENDS, 2010). Así mismo, la cantidad de mujeres unidas (incluso unidas formalmente) es alta (Flórez, 2000; Medina, 2005).

Así las cosas, la reducción de la fecundidad en Colombia ha estado marcada principalmente por el uso y generalización de la anticoncepción en todos los grupos de edad, tendencia que abarca la población adolescente. .

Ahora bien, el uso generalizado de la anticoncepción en el país se da a partir de la segunda mitad de la década del 60, con la creación de la Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). Su emergencia respondía a una tendencia favorable a la planificación familiar alrededor del planeta, como consecuencia de la preocupación mundial por el ritmo del crecimiento poblacional a raíz del fenómeno de explosión demográfica.

De acuerdo con el enfoque de desarrollo establecido en ese momento –la escuela neo-clásica (Uribe, 2008) –, el problema de la fecundidad radicaba en que mantenía niveles muy elevados mientras que la mortalidad disminuía, generando un ritmo muy



acelerado de crecimiento poblacional. Esto iba en detrimento de la acumulación de riqueza, entre otras razones, porque dificultaba el ahorro privado y público.

En este momento era preocupante el alto número de nacimientos por mujer en toda la población, sin tomar en consideración los rangos de edad o los niveles de embarazo adolescente. Bajo esa perspectiva, la fecundidad o ‘el problema de la población’ llamó la atención pública y política, jalonando la intervención pública (estatal y no estatal) directamente sobre el control de la natalidad por diferentes medios<sup>6</sup>. En Colombia no se presentaron acciones de gobierno directas, sino la permisividad para que instituciones privadas participaran en la oferta de programas de planificación familiar, contexto en el que surge Profamilia, entidad más influyente en la generalización de la anticoncepción en el país.

Más tarde, en la década de los 70, surgen debates sobre los límites de pensar el desarrollo reducido al crecimiento económico, a favor de debates sobre la equidad en las oportunidades. En cuanto a la reproducción, los programas se apoyaban en un discurso mixto: por un lado reivindicaba la equidad en el acceso a ciertos servicios de salud y derechos de planificación familiar para todos los ciudadanos; por el otro, expresaba la necesidad del control de la natalidad entre los grupos más pobres para ‘detener el círculo de pobreza’ que se reproduce con altos índices de crecimiento poblacional en los sectores menos favorecidos de las sociedades (Echeverry, 1991). Los adolescentes aún eran irrelevantes en la discusión.

---

<sup>6</sup> El incentivo al control de la natalidad se realizó tanto a través de programas y políticas de planificación familiar, como sobre sus dinámicas mediante la intervención sobre salud, educación, ingreso, urbanización, etc. (Echeverry, 1991; Szreter, 1993; Ascofame 1968, 2008; Montenegro y Rivas, 2005).

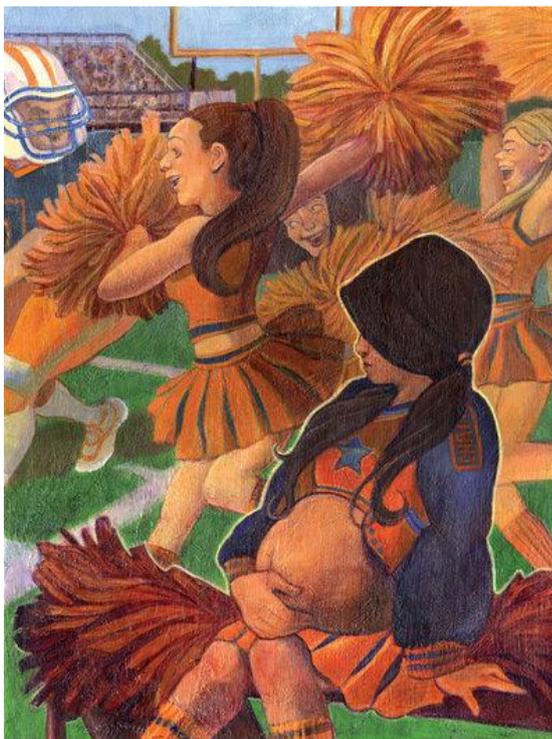


Imagen retomada de: <http://browse.deviantart.com/?qh=&section=&q=teen+pregnancy#/d1ncv1z>.

Todos los derechos reservados para los autores de la imagen.

Hacia el final del siglo XX, las críticas a la idea de desarrollo como crecimiento en la riqueza se habían popularizado y, con ello, cambia la aproximación a la reproducción y la sexualidad. Entre ellas se desatacan los llamados de atención de Amartya Sen sobre la necesidad de considerar las condiciones inmateriales satisfactorias subjetivamente para las personas y las condiciones materiales que les garantizaran su realización, para poder hablar de desarrollo<sup>7</sup>. Por eventos políticos y coyuntura social, este enfoque termina por imponerse como el nuevo paradigma de desarrollo (Lays, 1996; Uribe, 2008).

Así, con la difusión de la perspectiva sobre el desarrollo humano, también se transforma el discurso en cuanto a la reproducción. Bajo esa nueva mirada del desarrollo, lo más importante es la salud sexual y además, los derechos. Con las conferencias de El Cairo sobre Población y Desarrollo (1994) y la Conferencia

---

<sup>7</sup> La importancia del factor inmaterial y subjetivo del desarrollo en términos de libertades y capacidades, es que la no libertad implica ‘carecer de algo que las personas tienen razones para valorar’, y eso ya es, para Sen, indicativo de no desarrollo. Esto hace referencia a las oportunidades, capacidades y funcionamientos, todo esto apoyado sobre el principio de Libertad, ‘medio y fin último del desarrollo’. (Sen, 2002, p. 27)



Internacional de la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, el problema de la población y la fecundidad pasa de definirse como ‘control de la natalidad’ en función del crecimiento económico y la reducción del círculo vicioso de la pobreza, a definirse en relación con la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). En el plano nacional, la Constitución de 1991<sup>8</sup> juega un papel importante para instaurar una lectura de la reproducción a través de los derechos asociados a ella.

Bajo esa perspectiva resultan centrales temas como la equidad entre géneros, la violencia intrafamiliar y sexual, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH, la información adecuada y oportuna sobre la SSR, los DSR y la sexualidad en general, la libertad de decisión, el acceso a métodos anticonceptivos y por primera vez, muy especialmente, el embarazo adolescente.

En ese marco, la planificación familiar ha sido fundamental para promover la legitimidad de la sexualidad en hombres y mujeres en edad adulta, al igual que en jóvenes y adolescentes de ambos sexos. Esto en la medida en que el proceso mediante el cual se ha extendido el conocimiento, uso y aceptación de la planificación familiar ha exigido debates acerca de la posibilidad de que la mujer decida sobre su propio cuerpo, sobre la legitimidad del placer sexual independientemente de la procreación y del matrimonio y, en esa medida, el reconocimiento de la sexualidad en adolescentes.

En efecto, la generalización de la anticoncepción ha sido parte de lo que se ha conocido como ‘revolución sexual’ y ‘liberación femenina’, en tanto permitió separar la sexualidad de la reproducción (Perrot, 2008; Mejía, 2011):

...todo lo que la historia llamó liberación femenina...fue la anticoncepción la que medió la liberación femenina...porque se puede separar la maternidad del ejercicio sexual solo gracias a la anticoncepción...ahí tú separas el curso de la identidad de la mujer que tiene relaciones sexuales, de la maternidad de la mujer madre, de la Santa María, de Eva, qué es lo que pasa, rompe el ícono de la identidad femenina<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> La Constitución de 1991 establece una pauta para ampliar los derechos de los ciudadanos en campos de educación, salud y otros derechos sociales, así como los mecanismos para su garantía

<sup>9</sup> Tomado de: Entrevista realizada a Mary Luz Mejía, Asesora en Derechos Sexuales y Reproductivos y Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de Naciones Unidas (Unfpa).



Su uso aumenta en todos los grupos de edad, aún en mujeres entre los 15 y los 18 años, pese a que es un grupo poblacional con niveles bajos de anticoncepción respecto de las mujeres mayores de 20 años que están en unión. En adición, progresivamente es más aceptado el inicio de la actividad sexual antes de los 18 años<sup>10</sup>, que generalmente se da sin unión estable y sin necesidad de que la relación tenga implicaciones de compromiso conyugal (Ramírez y Bacca, 2003).

Pese a esto, se presentan fenómenos que cuestionan el impacto de la anticoncepción sobre la autonomía de la población adolescente.

#### **Tendencias del embarazo adolescente**

Para comenzar, si bien el aumento de la anticoncepción es uno de los principales factores de la reducción de los nacimientos en Colombia, la fecundidad adolescente ha presentado tendencias crecientes desde la década de los 90 (ENDS, 2010), al tiempo que aumenta desde la década del 80 el número de madres solteras adolescentes (Rico, 1986). Asimismo, aunque la legitimidad de la sexualidad en adolescentes aumenta tímidamente, el uso de la anticoncepción continúa siendo reducido y con frecuencia inadecuado (Nieto, Rincón, Ávila *et al.*, 2011).

En la ENDS de 2010 se encuentra que las adolescentes constituyen uno de los grupos poblacionales que conserva más altos niveles de fecundidad (p. 1). Las mujeres de 15 a 19 años presentan una Tasa General de Fecundidad de 84 nacimientos por mil mujeres, lo cual es cercano a la tasa en el grupo de 25 a 29 años, que es de 100 nacimientos por mil mujeres (p. 2). En comparación con la reducción de la fecundidad en los grupos de mujeres de mayor edad, generada en gran parte por el uso de métodos de planificación familiar, “las reducciones en la fecundidad de adolescentes son principalmente obtenidas mediante la postergación de la primera unión” (ENDS, p. 14).

A pesar de que las adolescentes son el único grupo en el que la fecundidad aumenta durante los últimos años en lugar de reducirse, recientemente ha presentado tendencia a la baja (Pacheco, 2011), especialmente en Bogotá y en la región central (ENDS, 2010, p. 16). En 2010, la fecundidad adolescente en la zona urbana disminuyó

---

<sup>10</sup> Que progresivamente sea más aceptada la iniciación sexual temprana, no implica que la actividad sexual en menores de 18 años fuera inexistente antes de la emergencia de los debates aquí reseñados sobre los derechos en la sexualidad. Por el contrario, estos debates hacen referencia a una realidad ya existente y traen a colación la importancia de hablar de derechos y responsabilidades a ese respecto.



73 nacimientos por mil frente a los 79 por mil de 2005. En la zona rural también decrece de 128 a 122 nacimientos por mil mujeres (p. 16). Sin embargo, en la población adolescente 27% de las mujeres rurales menores de 20 años han estado embarazadas alguna vez en comparación con 17% de las urbanas<sup>11</sup>.

Eso podría estar relacionado con que durante los últimos años el embarazo adolescente ha ganado importancia en tanto problemática pública y se han incrementado las intervenciones relacionadas con el manejo responsable de la sexualidad. Sin embargo, haría falta un estudio más riguroso de la relación de causalidad entre la intervención pública y la reducción de los embarazos en menores de 20 años para identificar otros factores relacionados con esta tendencia reciente.

También se presentan diferenciales por región, por nivel educativo y por índice de riqueza, según lo cual el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se encuentra entre aquellas de regiones como la Orinoquía y Amazonía (28.1%), las de niveles educativos bajos (sin educación 56% y solo primaria 47%) y de los niveles de riqueza más bajos (más bajo 29.5% y bajo 27%) (ENDS, 2010, p. 17).

Entre adolescentes con niveles educativos de secundaria y estudios superiores, el porcentaje de embarazo llega a 18% y a 11% respectivamente. Y según niveles de riqueza, en el nivel medio 19% de las adolescentes han estado embarazadas, 14% en nivel alto y 8 % en el nivel más alto.

Si bien estos diferenciales evidencian que las posibilidades materiales condicionan en parte el ‘riesgo’ de embarazo en adolescentes, es equivocado juzgarlo como un problema exclusivo de la población en situación de pobreza. Aún más, por encima del embarazo no deseado, cabe afirmar que la problemática radica en que la generalización de la sexualidad en la población adolescente no necesariamente ha implicado una ampliación correspondiente en las relaciones de equidad y respeto hacia el otro, en la orientación adecuada sobre los cuidados físicos y psicológicos de sí mismo, o incluso, en su legitimidad.

---

<sup>11</sup> Cabe señalar que aunque en la zona rural también se han presentado reducciones en la fecundidad, su nivel es significativamente mayor que en la zona urbana para todos los grupos de edad (ENDS, 2010, p. 14).



Precisamente, a continuación se presentan algunas lecturas sobre el fenómeno del embarazo en adolescentes que pueden contribuir para su comprensión.

#### **La comprensión del fenómeno**

En las secciones anteriores se expuso cómo el embarazo adolescente cobra importancia en la agenda de discusión y acción pública, cuáles han sido sus tendencias en los últimos años y cómo se caracteriza actualmente. Ahora bien, ¿cómo comprender el fenómeno? ¿Por qué al tiempo que se populariza el uso de anticonceptivos aumenta el número de embarazos en la población menor de 20 años?

Al analizar el fenómeno concentrándose en adolescentes en situación de pobreza, los principales factores explicativos de los embarazos no deseados en mujeres menores de 20 años son la falta de conocimiento adecuado sobre el funcionamiento de la reproducción humana, sobre la existencia y uso apropiado de los métodos anticonceptivos y las limitadas oportunidades de proyecto de vida para los adolescentes. Ahí, la carencia de educación suficiente y el limitado acceso a la anticoncepción por la escasez de recursos juegan papeles centrales.

En efecto, en entornos de pobreza, el embarazo adquiere sentido para muchos adolescentes en la medida en que depende de fuerzas mayores como ‘Dios’ o ‘el destino’ y no tanto de la voluntad individual. De otra parte, los embarazos, pese al conocimiento de la anticoncepción, se vinculan con formas de pensamiento y relacionamiento tradicionales: muchos compañeros no permiten el uso de anticoncepción, evidenciando así la persistencia del carácter jerárquico de las relaciones entre hombres y mujeres. Asimismo, son populares las ideas acerca de que es responsabilidad de la mujer poner límite al insaciable apetito sexual masculino (Nieto, Rincón, Ávila *et al.*, 2011).

Aún más, también se presentan casos de embarazos en menores de 20 años que son deseados o aún más, planeados. Los embarazos no solo se deben a desconocimiento sobre anticoncepción o educación inadecuada, sino que también responden a la voluntad o el deseo. Para algunas adolescentes la maternidad es un proyecto inmediato por diferentes motivos: porque es pensada como un hecho que vuelve a las personas más responsables y maduras, porque las menores de 20 años buscan en sus hijos afecto



incondicional y compañía, o bien porque a través de la alta valoración de la maternidad buscan escapar de dificultades familiares o emocionales (Nieto, Rincón, Ávila *et al.*, 2011). A esto, Mary Luz Mejía, Asesora nacional del Fondo de Población de Naciones Unidas en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) para Colombia, lo denomina ‘embarazos falsamente deseados’<sup>12</sup>.

Ahora bien, es verdad que las diferencias materiales inciden sobre el fenómeno del embarazo adolescente, pues los entornos de pobreza marcan un contexto de dificultades en su formación que puede limitar su capacidad de decisión. Padres sin educación formal y con posiciones tradicionales fuertes sobre los roles de género que ponen en desventaja a las mujeres, el trabajo infantil, o la prostitución infantil como un recurso para acceder a ingresos económicos, son algunas de estas problemáticas (Rico, 1986; Nieto, Rincón, Ávila *et al.*, 2011). Además, un contexto de pobreza imprime mayores obstáculos, tanto al cuidado del embarazo, como al cuidado de los hijos. Incluso, cuando la interrupción del embarazo se asume como una posibilidad ante un embarazo no deseado, la escasez de recursos económicos limita las posibilidades de llevarlo a cabo en condiciones de sanidad mínimas y con profesionales suficientemente capacitados.

No obstante, es necesario reconocer que no solo *los pobres* se embarazan sin desearlo, o deseándolo falsamente.

Es cierto que en entornos de pobreza prevalecen con mayor contundencia ideas sobre el lugar del hombre y la mujer en la sociedad, en las que son aceptadas actitudes autoritarias y hasta violentas en los hombres y en las que la mujer deber ser sumisa y pura (Herrera, 1995; Barreto, 1995).

Sin embargo, en la sociedad en general se observa que junto a procesos conocidos como de ‘liberación sexual’ permanecen formas de pensar la maternidad, la paternidad, la sexualidad y las relaciones de pareja que siguen ubicando a la mujer como la principal responsable del proceso de reproducción y crianza y permitiendo que el hombre se desentienda de ello.

---

<sup>12</sup> Entrevista realizada a Mary Luz Mejía Asesora nacional del Fondo de Población de Naciones Unidas en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) para Colombia ,en noviembre 2 de 2011.



Adicionalmente, la maternidad es altamente valorada en la sociedad colombiana y para algunos, sigue siendo considerada como factor de realización de la femineidad (Mejía, 2011). Sin embargo, se le asigna un momento ‘ideal’ que debe ser una vez se han terminado los estudios y ha comenzado el trabajo independiente. Cuando no sucede así, genera un fuerte rechazo social (Pacheco, 2011). Todo esto hace parte de ideas y sentimientos sobre la maternidad y la sexualidad que rebasan la estratificación social, pues forman parte del modo en que en nuestro entorno cultural se construyen las valoraciones que dan orden y sentido a la vida cotidiana (Alexander, 2000).

En la investigación a partir de la cual se elabora este documento, se ha observado que aún entre grupos urbanos de niveles socioeconómicos medios y altos prevalece un silenciamiento generalizado de la sexualidad en los procesos de socialización primaria y en algunos procesos de socialización secundaria, que corresponde a formas tradicionales de concebir la sexualidad (Ramírez y Bacca, 2003). Esto implica que pese a la popularización de la oferta y el uso de métodos de planificación familiar, la sexualidad sigue siendo un tema tabú, especialmente ante los menores de edad, y continúa teniendo una valoración negativa. Tal cosa se expresa entre padres de familia, docentes e incluso, profesionales de la salud.

En cuanto a la socialización en la familia, se da una clara diferenciación en los roles de género, con una marcada división sexual sobre las conductas permitidas. Al hombre se le asigna la función productiva y a la mujer la reproductiva, esta última dentro de un contexto de castidad prenupcial y una excesiva valoración de la virginidad. Con frecuencia al hombre se le enseñan roles en función de sí mismo y a la mujer, en función de los demás. El control moral sobre la sexualidad se particulariza para la población femenina, dando al hombre no solo libertad sexual, sino también la posibilidad de hacer las veces de juez de la moral femenina (Rico, 1986, p. 34).

De ahí que en los casos de embarazo adolescente usualmente se hace un juicio *social* a la mujer como la *culpable* por haber *buscado* el contacto sexual cuando ella no debe hacerlo, es decir, por haber ‘metido las patas’. El embarazo adolescente evidencia “actividad sexual temprana, quizá placentera y quizá autogestionada de esa mujer joven...En ese sentido, el embarazo trae responsabilidades y se piensa como la culpa de la mujer” (Pacheco, 2011, p. 70).



En este contexto, es común que la preocupación de los padres por el embarazo adolescente se enfoque en la sanción social que también recae sobre ellos cuando sus hijas quedan en embarazo. En contraste, ‘meter las patas’ no es una referencia frecuente hacia los hombres en casos de embarazos adolescentes. Según algunos investigadores para los hombres, cuando no abandonan a sus parejas, ser padres resulta motivo de orgullo: “La paternidad atraviesa la trayectoria de ‘hacerse hombre’: sostener, alimentar, comprender como visiones de un futuro de difícil asunción... Así, responder por la familia obedece más al orgullo personal que al compromiso con la familia” (Nieto, Rincón, Ávila *et al.*, 2011, p. 57).

De otra parte, se ha observado que los profesionales de la salud, al igual que los padres de familia, tienen alta incidencia sobre el modo en que los adolescentes manejan su sexualidad. En particular, investigaciones recientes señalan que su actuación contribuye a mantener vigentes las creencias sociales sobre el lugar de hombres y mujeres en el manejo de la sexualidad y la crianza, concentrando mayor responsabilidad en estas últimas (Nieto, Pavajeau *et al.*, 2011, p. 39).

Más precisamente, “los discursos y prácticas profesionales reproducen identidades femeninas y masculinas, etiquetas y prejuicios, mediadas por la moral dominante y el orden genérico prevaleciente que controla y supervisa la conducta sexual y reproductiva” (Nieto, Pavajeau *et al.*, 2011, p. 39). Investigaciones realizadas en América Latina demuestran que “los hombres piensan que son las mujeres las que deben utilizar los métodos y ellas piensan que son ellos los que deben ‘saber’ y orientar en estos elementos” (Pacheco, 2011), miradas que también son compartidas y difundidas por los profesionales de la salud.

Adicionalmente, algunos investigadores han señalado que los profesionales, antes de ejercer como asesores y educadores de los adolescentes en el manejo de su sexualidad, ejercen como agentes morales que emiten juicios y tutelaje sobre ellos, desincentivando que accedan a ‘expertos’ para resolver inquietudes o dificultades sobre su sexualidad (Nieto, Pavajeau *et al.*, 2011).

En esa medida, el modo en que los adolescentes aprenden y viven la reproducción se caracteriza por la negación de la sexualidad y la prevalencia de ideas tradicionales de género por parte de diversos actores institucionales y no institucionales. Esta posición de sanción a la sexualidad, de modo contraproducente, termina por alimentar las



problemáticas de las cuales se desencadena el embarazo no deseado –o ‘falsamente deseado’– en menores de 20 años. Es decir, relaciones inequitativas entre hombres y mujeres, conocimiento insuficiente o inadecuado sobre las alternativas de planificación familiar en el momento oportuno, entre otras.

Este escenario persiste aún después de la Conferencia de Población y Desarrollo que en 1994 establece la adolescencia como una problemática prioritaria de acción pública y, también, pese a que desde los últimos años del siglo XX se han establecido acciones de política pública en Colombia para intervenir el embarazo adolescente mediante la promoción de la educación sexual y el ejercicio de derechos<sup>13</sup>.

Así las cosas, ¿es el embarazo el principal problema de la sexualidad en adolescentes?

En efecto, la principal preocupación de padres y maestros sobre la sexualidad de los jóvenes y adolescentes se centra en la prevención de embarazos no deseados y enfermedades. Esto excluye la formación sobre el cuidado de la autoestima y la ética, es decir, asuntos como el respeto de sí y de los otros, la autonomía sobre cuándo iniciar la actividad sexual y la capacidad de decisión informada y libre sobre cómo hacerlo<sup>14</sup>.

Al pasar por alto estas cuestiones se ignoran problemáticas como relaciones sexuales presionadas –generalmente por el hombre –, la contradicción entre crecientes libertades sexuales sin la revaluación de los roles de género desiguales, los embarazos ‘falsamente deseados’ buscando escapar a dificultades emocionales o buscando protegerse de situaciones familiares conflictivas, entre otras cosas.

Lo anterior demuestra que abordar la sexualidad desde una perspectiva que se agota en la anticoncepción, dista mucho de ser suficiente a la hora de hacer frente al estudio e intervención del embarazo en adolescentes como problemática socialmente relevante.

---

<sup>13</sup> Tomado de la entrevista realizada el 28 de septiembre de 2010 a Johanna Blanco, psicóloga de la Universidad Industrial de Santander, ex integrante del equipo técnico de investigación del programa del Ministerio de Educación Nacional “Educación para la sexualidad y la formación de ciudadanía” en su fase piloto y actualmente es miembro del equipo técnico nacional, realizando sistematización, evaluación y monitoreo y acompañando la implementación del programa en la zona norte del país.

<sup>14</sup> Tomado de la entrevista realizada el 31 de octubre a una docente del área de SSR de la Universidad del Bosque en Bogotá.



Precisamente, según psicólogas del Centro para Jóvenes de Profamilia<sup>15</sup>, cada vez hay más adolescentes que acuden a pedir asesoría frente a métodos de anticoncepción, incluso en pareja. Esto constituye una ganancia en cuanto al modo en que el hombre asume la responsabilidad de la sexualidad. Sin embargo, con frecuencia los padres son quienes controlan gran parte de esas consultas en contradicción con el reconocimiento de la autonomía de los adolescentes y el libre ejercicio de sus DSR.

Las mujeres que comenzaron a ser madres a final de los 90, y hoy tienen hijas de 16 años ya tienen la claridad de que la sexualidad es legítima, pero todavía no tienen la claridad de la autonomía, del derecho, y entonces, por eso aparece la frase ‘planifíquemela’, planifíquemela porque para mí que ella tenga relaciones sexuales es absolutamente lícito...pero el elemento de autoridad materna aún está ahí... (Entrevista a Mary Luz Mejía, noviembre 2 de 2011)

Para Mary Luz Mejía, educar y orientar a un adolescente para que se informe adecuadamente, use anticoncepción moderna y lo haga de modo adecuado, difiere del control sexual y moral autoritario de los padres.

De otra parte, además de los padres, familiares, maestros y profesionales de la salud, otro actor involucrado en el proceso de socialización en el que los adolescentes configuran sus aprendizajes sobre la sexualidad y que resalta por representar un pacto colectivo en cuanto al manejo de la sexualidad, es el Estado social de derecho.

Precisamente, Mejía formula una pregunta que invita al análisis crítico del modo en que se juzga el embarazo adolescente en el sentido común: si el embarazo adolescente es un problema, ¿es un problema para quién?

A este cuestionamiento responde afirmando que no se trata –o no solamente– del fracaso de los proyectos individuales de vida, sino que se trata de “la incapacidad colectiva de garantizar los derechos sexuales y reproductivos, de vivir dignamente, decidir en libertad, autónomamente, sobre su cuerpo, su sexualidad y reproducción” (Mejía, 2011, p. 12). De ahí que el Estado social de derecho queda en deuda ante la posibilidad de garantizar el ejercicio de esos derechos, entre otras cosas, cuando falla al custodiar unas condiciones materiales de existencia de un nivel mínimo para que los ciudadanos puedan acceder a bienes y servicios que les permiten tomar decisiones informadas (Mejía, 2011).

---

<sup>15</sup> Entrevista realizada el 12 de octubre de 2012 en el Centro de Jóvenes de Profamilia.



En tanto los valores socialmente significativos inciden sobre la vida cotidiana, no mediante los discursos, sino mediante las *acciones* de individuos, colectivos e instituciones, la escasa intervención pública sobre la educación sexual integral, sobre el acceso adecuado a servicios y la persistencia del silenciamiento de la sexualidad en adolescentes, especialmente en mujeres, evidencia que, a pesar de la generalización y fomento de la anticoncepción, existe un acercamiento incompleto al embarazo en menores de 20 años.

Si bien su tendencia creciente ha sido considerada como una prioridad pública y se ha difundido la educación sexual en planificación familiar, los factores socioculturales relacionados con el embarazo en adolescentes que hacen que este emerja y crezca como fenómeno social, hasta ahora comienzan a ser identificados como elementos relevantes de discusión. Esto ha sido posible por medio de abordajes desde la perspectiva de derechos como el que manejan actualmente los ministerios de Protección Social y Educación en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas<sup>16</sup>. Hasta la década del año 2000 cuando aparecen la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), y posteriormente los diferentes convenios con dicho organismo internacional<sup>17</sup>, para el Estado colombiano había sido relevante la anticoncepción, pero no la revaluación de los roles de género y la formación sobre prevención del maltrato y no solo el embarazo, entre otras cosas. Aun cuando desde 1994 estos temas centrales habían sido definidos como prioritarios en la Conferencia de

---

<sup>16</sup> Esto incluye una serie de acciones públicas incluidas en los planes de desarrollo luego de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo. Resalta especialmente la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que da una prioridad a la formación de los adolescentes en SSR y el Convenio 620 de 2009, entre el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos y de la Salud Sexual y Reproductiva de la población colombiana. Este último ha incluido una gran variedad de intervenciones en educación, comunicación e información sobre el ejercicio de derechos en la sexualidad y la superación de creencias tradicionales fuertemente arraigadas sobre los géneros y la sexualidad.

<sup>17</sup> Como el Convenio 620 de 2009 entre el Ministerio de la Protección Social y el Unfpa para la promoción de los DSR, el Convenio 698 de 2008 entre la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y el Unfpa para el conocimiento de circunstancias que rodean el embarazo adolescente en Bogotá y el Programa de Educación para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía que emerge en 2008.



### Séptimo Boletín del Observatorio Javeriano de Juventud

población y Desarrollo de El Cairo<sup>18</sup>, iniciativa a la que el Estado colombiano se adhiere, las acciones públicas en ese sentido habían sido limitadas.

De esa forma los adolescentes en Colombia, en todos los niveles socioeconómicos, han vivido en un contexto hostil a que puedan aproximarse a la sexualidad mediante su comprensión y experimentación. Esto está enraizado, en parte, en una serie de perspectivas culturales donde la sexualidad tiene connotaciones perniciosas, especialmente en relación con las mujeres. De otra parte, las dificultades para ofrecerles oportunidades y alternativas para que conozcan sobre su sexualidad y lleven un manejo adecuado de ella se relacionan con posibilidades económicas del colectivo social.



<sup>18</sup> “Capítulo IV: Igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer”. Disponible en: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>.



Imagen retomada de: <http://browse.deviantart.com/?qh=&section=&q=teen+pregnancy#/d1crqgc>

Todos los derechos reservados para los autores de la imagen.

#### **Comentarios finales**

Como se señaló, el embarazo en adolescentes es una problemática que actualmente ha adquirido una gran significación social.

Su relevancia radica, entre otras, en que está relacionada con los procesos de desarrollo, en tanto entorpece el desarrollo humano, y con ello, la formación de capital humano. Asimismo, la ampliación de las expectativas sociales de la mujer que inicialmente conducen a la reducción de la fecundidad y al cambio en su vida cotidiana, hacen que sus prioridades ahora comprendan el desarrollo académico y profesional. Por tanto, el momento ‘adecuado’ de la maternidad se define cuando esas metas han sido alcanzadas.

Sin embargo, esto coexiste con una elevada valoración colectiva de la maternidad como máxima realización femenina que se articula también con factores que fomentan el embarazo adolescente como ‘riesgo’ y como ‘oportunidad’ de resignificar la vida: dificultades en las posibilidades futuras de algunas adolescentes, ideas tradicionales sobre la sexualidad y los roles de género, poca información adecuada sobre sexualidad y métodos de anticoncepción en los entornos de socialización primarios y secundarios.

Es en esa medida cuando el embarazo adolescente se constituye como una responsabilidad colectiva: cuando a través de la preservación de creencias de género sobre el lugar de hombres y mujeres en la sexualidad en diferentes espacios sociales, la formación inadecuada a los adolescentes y el escaso compromiso estatal, los adolescentes viven su sexualidad sin conocimiento suficiente, verdadera autonomía ni responsabilidad.

Así, el ‘problema’ del embarazo adolescente más allá del libertinaje, la pobreza, la ignorancia y la ‘metida de patas’, radica en la aceptación colectiva de la sexualidad sin reparar en elementos fundamentales para vivirla en condiciones de autonomía y responsabilidad, como la superación de creencias perniciosas sobre la misma – especialmente en las mujeres–, la equidad y compromiso de pareja en la relación sexual, el cuidado de la autoestima, el respeto por el otro y por sí mismo.



#### Referencias bibliográficas

Alexander, J. (2000). *Sociología cultural, formas de clasificación en las sociedades complejas*. Barcelona: Anthropos, pp. 31 -52.

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) (1968). *Estudios de planificación familiar*. División de Estudios de Población, Bogotá: Tercer Mundo.

Barreto, J “Estereotipos sobre la femineidad”, en: Consejería Presidencial para la Política Social (1995). *Las mujeres en la historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia, Editorial Norma. p. 362

Archila, M, “La búsqueda de la modernización”, en: Consejería Presidencial para la Política Social (1995). *Las mujeres en la historia de Colombia*. Tomo II. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia, Editorial Norma. p. 322

Herrera, MC, “Las mujeres en la historia de la educación”, en: Consejería Presidencial para la Política Social (1995). *Las mujeres en la historia de Colombia*. Tomo III. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia, Editorial Norma. p. 330

Dáguer, C. y M. Riccardi (2005). *Al derecho y al revés. La revolución de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia*. Bogotá: Profamilia.

Echeverry, G. (1991). *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia*. Bogotá: Profamilia.

Eisenstadt, S. (1970). *Ensayos sobre el cambio social y la modernización*. Madrid: Tecnos, pp. 324 -340.

Flórez, C. E. (1990). *La transición demográfica en Colombia. Efectos en la formación de la familia*. Bogotá: Universidad de Los Andes, ONU.

Flórez, C. E. y V. E. Soto (2007). *La fecundidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva en el contexto de la movilidad social en América Latina y el Caribe*. Documento CEDE 2007-16, Agosto. Bogotá: Universidad de Los Andes.

Germani, G. (2006). “Análisis de la transición”, en: Gino Germani. *La renovación intelectual de la sociología*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, pp. 167-200.



### Séptimo Boletín del Observatorio Javeriano de Juventud

Medina, M. (2005). *Historias reproductivas en el contexto de la transición de la fecundidad. Estudio de la trayectoria conyugal y anticonceptiva de mujeres colombianas*. Tesis doctoral en Demografía. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Mejía, M., C. Pacheco y L. Muñoz (eds.) (2011). *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos*. Bogotá: Unfpa, Alcaldía Mayor de Bogotá, pp. 11-54.

Montenegro, A. y R. Rivas (2005). *Las piezas del rompecabezas desigualdad, pobreza y crecimiento*. Bogotá: Taurus.

Nieto J., L. Rincón, G. Ávila *et al.* (2011), “Aproximación a los significados de paternidad, maternidad y embarazo adolescente en contextos de desplazamiento”, pp 57-106.

Vargas C., C. Pavajeau, M. Riaño *et al.* (2011). “Significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud de Bogotá sobre la sexualidad adolescente”, en: Mejía, M., C. Pacheco y L. Muñoz (eds.) (2011). *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos*. Bogotá: Unfpa, Alcaldía Mayor de Bogotá, pp. 109-149.

Puyana, Y. “El descenso de la fecundidad por estratos sociales”, en: Bonilla, E. (comp.) (1985). *Mujer y familia en Colombia*. Bogotá: Asociación Colombiana de Sociología, DNP, Unicef, Plaza & Janes, p. 177.

Ramírez, J. y A. Bacca (2005). “Representaciones y prácticas en el campo de las relaciones de pareja en Bogotá en el siglo XX -tránsito entre la tradición y la modernidad”, en: *Revista Colombiana de Sociología*, (24): 69-91.

Rico, A. (1986). *Madres solteras adolescentes*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Plaza & Janes.

### **Documentos en la web**

Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, en:



[http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public\\_htmlfile/%20politicassr.pdf](http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf)

(fecha de consulta: julio de 2010)

Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2009).

*Convenio 620 de 2009*, en:

<http://www.metrosalud.gov.co/comunicaciones/Foro/UNA%20SEXUALIDAD%20CON%20SENTIDO,%20Luis%20Alberto%20Torrado.pdf> (fecha de consulta: agosto 2010)

Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Conferencias de Población y Desarrollo 1954, 1965, 1974, 1984, 1994, 1999*, en:

<http://secint50.un.org/spanish/esa/devagenda/population.html> (fecha de consulta: febrero de 2010).

Profamilia (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, en:

[http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9) (fecha de consulta: julio 2011)

*Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía*, en:

[http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172204\\_recurso\\_1.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172204_recurso_1.pdf), (fecha de consulta: octubre de 2010).

Sistema Operacional de las Naciones Unidas en Colombia (2006). *Evaluación conjunta de país*, en:

<http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=i1-----&c=1&s=b&x=7111>, (fecha de consulta: febrero de 2010).

*Conferencia Internacional de Derechos Humanos* (Teherán, Irán), 13 de mayo de 1968, en:

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2016.pdf>

(fecha de consulta: julio 2010).

*Declaración sobre Crecimiento Demográfico y Desarrollo Económico*, 17 de diciembre de 1966, en:

<http://www.un.org/spanish/documents/ga/res/21/ares21.htm#top> (fecha de consulta: julio 2010).

*Documentos Unidad de Población y Desarrollo*, en:

<http://www.un.org/spanish/esa/population/unpop.htm>.



#### Entrevistas a expertos

**Ana Rico de Alonso.** Socióloga con MA en Estudios de población. Entrevista realizada el 14 de octubre de 2011.

**Carlos Parra Hincapié.** Médico general, Cirujano, Pediatra, Gineco-obstetra. Entrevista realizada el 5 de octubre de 2011.

**Diego Arbeláez.** Director del Programa “Educación para la sexualidad y el ejercicio de la ciudadanía” del Ministerio de Educación Nacional. Entrevista realizada el 4 de octubre de 2010.

**Elsa Mariño.** Directora Área Sociohumanística de la Facultad de Enfermería, Universidad del Bosque. Docente de 4 asignaturas en Salud mental y Psiquiatría, una de las cuales es Salud mental y Psiquiatría en Salud Sexual y Reproductiva. Entrevista realizada el 31 de octubre de 2011.

**Johanna Blanco.** Psicóloga de la Universidad Industrial de Santander, ex integrante del Equipo técnico de investigación del programa del Ministerio de Educación Nacional: “Educación para la sexualidad y la formación de ciudadanía” en su fase piloto y actualmente es miembro del equipo técnico nacional, realizando sistematización, evaluación y monitoreo y acompañando la implementación del programa en la zona norte del país. Entrevista realizada el 28 de septiembre de 2010.

**Mary Luz Mejía.** Asesora en Derechos Sexuales y Reproductivos y Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa). Entrevista realizada el 2 de noviembre de 2011.

**Mildred Guarín.** Docente de Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Enfermería, Universidad del Bosque. Entrevista realizada el 31 de octubre de 2011.

**Pio Iván Gómez Sánchez.** Director de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad del Bosque. Docente de varias asignaturas de Medicina en la Universidad Nacional de Colombia sobre Ginecología, Obstetricia y Salud sexual, ha realizado varias investigaciones sobre el tema. Entrevista realizada el 28 de octubre de 2011.

**Psicólogas del Centro de Jóvenes de Profamilia.** Entrevista realizada el 12 de octubre de 2011.