

**EMBARAZOS NO DESEADOS EN ADOLESCENTES EN EL BARRIO  
LA MARÍA OCCIDENTE**

**MARÍA CAMILA JIMENEZ CAMPO**



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE POPAYÁN  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL  
POPAYÁN - CAUCA  
2022**

**EMBARAZOS NO DESEADOS EN ADOLESCENTES EN EL BARRIO  
LA MARÍA OCCIDENTE**

**MARÍA CAMILA JIMENEZ CAMPO**

**Proyecto de grado presentado como requisito para obtener el título de  
Trabajadora Social**

**Asesora:  
PAOLA ANDREA TOVAR**



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE POPAYÁN  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL  
POPAYÁN - CAUCA  
2022**

## CONTENIDO

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GENERAL .....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3. JUSTIFICACION</b> .....	<b>15</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
4.1 ENFOQUE TEÓRICO .....	17
4.1.1 Teoría de la comunicación .....	17
4.1.2 Conceptos básicos de la comunicación .....	17
4.1.3 Axiomas de la comunicación. ....	18
4.1.4 Modelo sistémico de la comunicación. ....	20
4.1.5 La comunicación y sus niveles. ....	21
<b>5. ANTECEDENTES</b> .....	<b>27</b>
5.1 INTERNACIONALES .....	27
5.2 NACIONALES .....	31
5.3 LOCAL .....	33
<b>6. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>34</b>
<b>7. MARCO LEGAL</b> .....	<b>35</b>
<b>8. METODOLOGÍA</b> .....	<b>37</b>
8.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	37
8.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	40
8.3 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	40
8.3.1 Historias de vida. ....	40
8.3.2 Mapa de redes .....	43
8.3.3 Cronograma familiar. ....	45
8.4 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	47
8.4.1 Población. En el barrio la María conviven 150 familias .....	47
8.4.2 Muestra. Se toma como referente a dos familias del barrio la María Occidente de la ciudad de Popayán. ....	47
8.4.3 Tipo de muestreo .....	47
8.5 FASES .....	48

<b>9.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>49</b>
9.1	CATEGORÍAS.....	49
9.2	ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	54
<b>10.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>83</b>
10.1	CONCLUSIONES.....	83
10.2	RECOMENDACIONES .....	95
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>96</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>104</b>

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones en las esferas biológica, psicológica y social. Dichos cambios no acontecen de manera simultánea, siendo la capacidad reproductiva el primer evento que se produce. Son funciones de la edad adulta, la maternidad y la paternidad, independientemente de cuánto dure o cuáles sean las características de la adolescencia en una cultura determinada. Como resultado de esta asincronía en la maduración de las diferentes esferas (biológica, psíquica y social), una adolescente tiene la posibilidad de quedar embarazada sin haber cumplido todavía las tareas del adolescente para llegar a la adultez.

El ser humano experimenta diversas situaciones en la vida de las cuáles aprende cómo comportarse a través de su propio raciocinio o de un legado cultural permanente y que modifica sus acciones e interpretación frente a las mismas; es así como dentro de estas situaciones se ubica el embarazo como parte de una etapa de la mujer, donde la mente y el cuerpo se preparan para alojar a otro ser, y es ahí donde diferentes factores personales, familiares y de la comunidad influyen en el desarrollo beneficioso o no, para la diada madre-hijo (Villamizar Monroy, 2011).

Hablando de las diversas consecuencias propias de la gestación, y aquellas en que el entorno y la situación de la madre influyen, es decir, cuando se presenta en una etapa como la adolescencia, donde confluyen una serie de pensamientos de descubrimiento de un nuevo mundo en la independencia, en el reconocimiento y curiosidad por lo sexual y la sexualidad, como parte clave del paso de la infancia a la adolescencia y la adultez (Villamizar Monroy, 2011).

Los individuos adolescentes aprenden de sexualidad a través de diferentes medios, pero la familia es uno de los primeros agentes socializadores y es la encargada, a través de la comunicación, de transmitir información sobre ésta. Este estudio tiene como objetivo, conocer los niveles de comunicación entre padres e hijos en relación a la orientación sexual y los conocimientos de los adolescentes de los métodos de planificación siendo los procesos de comunicación que se establecen entre padres y madres con sus hijos e hijas adolescentes factor de riesgo que ha generado este problema de salud pública que va descendiendo cada vez más por lo tanto, entablar diálogos sobre sexualidad y su relación con la toma de decisiones, en dos familias nucleares del barrio la María Occidente de Popayán a través de esta investigación cualitativa encontramos que los procesos de comunicación, los temas abordados y los recursos empleados, están influidos por los conocimientos y percepciones de los ascendientes, en quienes la sexualidad es basada únicamente en el uso de los métodos anticonceptivos dejando a un lado los riesgos biológicos que cada uno de los insumos del mercado contiene para el organismo propio.

El trabajo de grado se realizó en el barrio La María Occidente el cual queda ubicado hacia el occidente de la ciudad de Popayán, hace parte de la comuna 9, con un número de habitantes aproximado a 2.000, según el registro del Dane en el 2015.

La casa de la familia Rojas Urrea goza de un jardín con zona verde, reja de color azul en buen estado, piso antiguo de varios colores (rojo, amarillo, blanco y negro) en forma de cuadros pintado de un tono opaco, paredes en bareque color blanco pero un poco desgastado por la humedad, baño antiguo color azul claro en buen estado y un poco manchado por la humedad del baño, cortina aseada, sesta de los papeles higiénicos aseado, la entrada de las habitaciones tienen cortinas, camas en buen estado, cobijas físicamente limpias, almohadas adecuadas para un buen descanso, el mesón de la cocina es de madera de dos módulos, en la parte de arriba está el mesón junto con el lavaplatos y platero, en la parte de abajo guardan las ollas, en las que se encuentran un poco deterioradas y guardadas una encima la otra, las tapas guardadas dentro de una olla grande, el techo es de hojas de zinc y se encuentran en buen estado.

La señora Claudia, demostró ser una persona abierta al hablar, fácil de expresar lo que piensa en relación a la planificación a temprana edad, se evidencia que es una persona autónoma en sus propias decisiones, en relación a la interacción con los tres hijos se puede decir que es abierta y clara al hablar con un buen sentido de humor, se presta para que los hijos puedan confiar en ella, mientras que la figura paterna es todo lo contrario en cuanto al expresar sus ideas, es decir con relación a la planificación a temprana edad, tiende a ser una persona retrograda que evade por completo el tema de la orientación sexual pero teniendo una buena relación con los hijos y con su conyugue. Valentina es una joven de poca expresividad para hablar con los demás, es muy tímida y callada, le gusta hablar estrictamente lo necesario y tiene buena relación con sus padres, hermanos, conyugue e hija. Por lo tanto, se puede decir que es una familia funcional.

En esta familia Rojas Urrea, los dos aportan a la economía, la figura materna es manicurista y la figura paterna trabaja en un taller de carros y motos.

### **Casa de la familia Solis Tobar.**

La casa de la familia Solis Tobar, cuenta con una puerta de metal color verde en buen estado, paredes blancas, limpias, cocina en un estado inadecuado en cuestión de aseo, comedor limpio, sillas en mediano estado puesto que cuenta con un buen cojín al sentarse pero el espaldar un poco debilitado, piso blanco un poco descuidado en el aseo, baño limpio, cuatro habitaciones organizadas y juegos de cama en buen estado, mesa de noche y televisor un poco empolvado y juego de sala en buen estado, con juego de cortinas de manera acorde a la decoración de la sala y medallas de patinaje colgadas en la pared de la sala de Laura Solís Tobar, hija del medio. Cuenta con un techo de tejas en buen estado.

Es una familia un poco disfuncional, porque el factor que prima en los conflictos internos familiares es la figura paterna, puesto que es de una ideología machista donde el hombre es el que tiene la última palabra y se debe hacer lo que opina dentro de la familia, los deberes son muy estandarizados, debido a que los roles y funciones dentro de este sistema son muy marcados, donde la figura materna es la responsable de las cosas del hogar en cuanto a la crianza de las hijas, orden de la casa y obligación para atender a su marido.

La señora Mónica Tobar es una mujer dedicada a los deberes de los hijos pero con unas normas rígidas que impide abrir un poco la confianza hacia sus hijas, dado a que todo lo que sucede le da a conocer al conyugue y se deja influenciar sobre las decisiones de la pareja en torno a cómo deben ser las normas dentro del hogar; la señora Mónica es una mujer que apoya a las hijas en el deporte, cumple con las horas y días de entreno y también cuida de su nieta mientras Carolina estudia y trabaja para poder tener un futuro mejor. La figura paterna es quien aporta a la economía en la familia y da la seguridad social.

Carolina demostró ser muy abierta al momento de expresar y dar a conocer lo que sentía con relación a las preguntas, es una persona muy abierta y fácil de indagar.

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El embarazo en adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas.

En un estudio de las Naciones Unidas una adolescente de nombre Ayana (nombre ficticio) se casó a la edad de 11 años. En Etiopía, la mayoría de las parejas recién casadas empiezan a tratar de concebir al poco tiempo de casarse. Tres años más tarde, gracias a la campaña Stop Early Marriage (Alto al matrimonio precoz), Ayana y su marido (cinco años mayor que ella) todavía asisten a la escuela y han retrasado el momento de tener hijos, según informa Helen Amdemikael, representante adjunta del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Etiopía. El proyecto se está llevando a cabo bajo los auspicios del Ministerio de Juventud y Deportes del distrito y recibe asistencia del UNFPA y del Consejo de Población, una organización no gubernamental, así como orientación normativa y técnica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Trabaja con las familias, los jefes de las comunidades y los adolescentes en la región rural de Amhara en Etiopía, donde la mitad de todas las adolescentes se casan antes de los 15 años de edad, lo que es contrario a la legislación etíope, que sólo autoriza el matrimonio a partir de los 18 años. El proyecto alienta a retrasar el matrimonio y la maternidad, y también presta apoyo a las adolescentes casadas mediante cursos de alfabetización y de aptitudes para la vida, proporcionando información sobre la salud reproductiva.

Amdemikael y otros expertos en salud tienen la esperanza de que historias como la de Ayana no se repitan. Ya se trate de niñas novias en la India o en el Sudán, o de alumnas de enseñanza secundaria solteras en los países industrializados, el embarazo en adolescentes es uno de los principales factores que contribuyen a los problemas de salud y la mortalidad de la madre y el niño.

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior, según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, que está a cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS. Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina



y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.

La Dra. Valentina Baltag, funcionaria médica de la OMS que trabaja en el tema de la salud de los adolescentes, dice que se necesita más información para orientar a este grupo de edad con programas adecuados: "No sabemos en qué grado los adolescentes buscan atención sanitaria y no tenemos datos desglosados por edad". Según el Dr. Monir Islam, director del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo, los programas de salud para madres y recién nacidos deben atender mejor las necesidades de las madres jóvenes. "Reducir los riesgos del embarazo para las adolescentes debe ser una prioridad clara para los países que se están esforzando por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio", dice. Aunque las circunstancias de los embarazos en adolescentes varían mucho, destacan algunos rasgos comunes: los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas. Las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de parto obstruido que las mujeres de veinte y tantos años. Sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, esto puede conducir a la ruptura del útero, que conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé. Para aquellas que sobreviven, el trabajo prolongado de parto puede causar una fístula obstétrica, que es un desgarramiento entre la vagina y la vejiga o el recto, que provoca fuga de orina o heces. En Etiopía y Nigeria, más del 25% de las pacientes con fístula habían quedado embarazadas antes de los 15 años y más del 50% antes de los 18 años. Aunque el problema puede corregirse con cirugía, el tratamiento no está ampliamente disponible en la mayoría de los países donde se produce esta lesión y millones de mujeres deben resignarse a sufrir una afección que provoca incontinencia, malos olores y otros efectos secundarios como problemas psicológicos y aislamiento social.

"Una gran cantidad de mujeres embarazadas muy jóvenes no tienen acceso a servicios que les permitan ponerse en manos de profesionales capaces de atenderlas en caso de parto obstruido", dice el Dr. Luc De Bernis, asesor principal de salud materna en el UNFPA, destinado en Etiopía. Dado que en muchos países las niñas se casan muy pronto, incluso antes de empezar a menstruar, "podrá imaginarse que cuando se quedan embarazadas son muy jóvenes, no tienen más de 13 o 14 años", dice De Bernis. "Si va al hospital de la fístula en Addis Abeba, verá que las chicas son muy jóvenes y pequeñas, y enseguida entenderá la magnitud del problema. Es un desastre".

La pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas y si es así entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico. El embarazo en la adolescencia "puede perturbar el acceso a la educación y a otras oportunidades de vida", dice Leo Bryant, gerente de promoción en Marie Stopes International (MSI), un grupo británico de defensa de los derechos reproductivos

que posee clínicas en todo el mundo. "En el Reino Unido nos preocupa en particular... porque tenemos la tasa más alta de embarazos en adolescentes de Europa occidental". Hoy en día esa tasa es de 26 partos en adolescentes por cada 1000 mujeres, de acuerdo con las estadísticas sanitarias mundiales de 2009.

Por lo cual es fundamental conocer aquellos aspectos que interviene en la falta de orientación sexual empezando a educar a esos sistemas familiares para poder conocer la ideología de ese sistema con relación a la problemática planteada.

La relación sobre educación sexual y la comunicación es esencial porque al tener en cuenta la formación que se da a temprana edad, sobre la necesidad de conocer a profundidad lo que significa tener una relación sexual, lo que iría conectado con el vínculo de educación sexual, donde se propicie el conocimiento de los métodos de planificación influyentes en el cuidado de la salud, pues esto contribuiría en primera instancia a la responsabilidad de hacer las cosas bien; a través de esto, pensarse la relación entre comunicación y salud, es algo que debe ir conjuntamente porque la comunicación ayuda a la construcción de significados y la manera como estos deben ser transmitidos a los jóvenes por medio de una plataforma de salud, poniendo en correlación recursos tanto personales, psicológicos y sociales que se pueden utilizar para crear una buena comunicación atribuida de aspectos no solo afectivos, sino también sensibilizándolos para contribuir con un crecimiento pleno en su vida personal, que sea efectivamente un proceso de construcción de significados en donde la comunicación y salud surjan libremente dentro de un clima de aprendizaje y de progreso (Bou, 2010).

El embarazo de la adolescente puede significar una experiencia ambivalente para la familia. Por un lado, enfrenta el embarazo como un accidente en la vida, ayudando a la adolescente a superarlo para que pueda proseguir el curso de desarrollo delineado para su vida. Por otro lado, es percibido como un fracaso de la adolescente y de ellos mismos como padres. Por esto, pueden darse situaciones en las que los padres presenten más dificultades para ofrecer el apoyo adecuado a las jóvenes y a sus hijos (Carvalho, Merighi y Jesús, 2009 citado en Barceló Martínez, 2016, p.8).

Este apoyo es muy importante en la vida de las jóvenes madres, pues reduce el riesgo de los periodos de depresión que pueden acompañar esta etapa de la vida (Davis, 2002), así como el riesgo de presentar conductas maternas problemáticas (Lesser, Koniak-Griffin y Anderson, 1999). El apoyo social percibido y el estado de salud mental de las mujeres embarazadas se han encontrado asociados en más estudios, incluyendo la depresión y la ansiedad (Baptista, et al., 2005 citado en Barceló Martínez, 2016).

Otros países de Europa tienen menos embarazos de adolescentes porque adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la

planificación familiar, dice Bryant. En los Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria. Actualmente en el Reino Unido la educación sexual no es obligatoria en las escuelas, y algunas escuelas de inspiración religiosa ni siquiera imparten esa educación, por lo que la cobertura es irregular, dice Bryant. Se supone que esto cambiará después de que el Gobierno anunciará a finales de abril sus planes de hacer obligatoria la educación sobre el sexo y las relaciones en la enseñanza primaria y secundaria.

Con relación a lo anterior se puede inferir que la comunicación y educación sexual familiar es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerá con los demás. Este punto se puede considerar una de las causas del embarazo adolescente, debido a la debilidad en la comunicación dentro del entorno familiar.

En ocasiones, los jóvenes no mantienen una buena relación familiar y cuando se presenta alguna situación no toman las decisiones adecuadas o no tienen la confianza para dialogar y de poder enfrentar esa situación con claridad.

La comunicación familiar es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerá con los demás. Este punto se puede considerar una de las causas del embarazo adolescente. Es que las niñas presentan una carencia de afecto familiar o problemas familiares, buscan identidad propia, muestran interés hacia lo prohibido y se rebelan contra lo establecido, deseando sentirse adultos y una representación de ella es ser madres para demostrar que es una mujer “madura” cuando el desarrollo biológico, psicológico y social no está enfocado para preparar a entrar a una nueva etapa de la vida.

Por eso se considera importante no sólo que existan en las escuelas, asignaturas relacionadas a la sexualidad sino que es importante que cada día se relacione a los padres de familia en la educación con sus hijos.

Si los padres se relacionaran un poco más con sus hijos, se podría disminuir esta problemática y sobre todo, se accedería a otro nivel académico y a una mejor comunicación familiar.

Cuando se presenta el embarazo de adolescentes se abandonan los estudios y esto ocasiona implicaciones económicas como las de contar con menos oportunidades de empleo y un nivel económico más bajo para la familia y su entorno social, lo que afecta directamente a cada sistema familiar.

Desde un enfoque social, los padres adolescentes tienden a contraer matrimonios tempranos o forzados, alcanzan menores niveles de educación, sin mencionar las

consecuencias de tener hijos no deseados. Las consecuencias que implica en que nace el menor bajo un seno disfuncional son el modelo en que va a seguir por la figura paterna o materna para después de pasar por diversas etapas del ciclo vital es transmitir esa mala formación a otra persona y esto ocasiona en el futuro problemas interpersonales que se verán reflejadas en las interacciones sociales con sus pares y demás entornos donde se vaya a contextualizar el individuo.

De acuerdo con Profamilia (2018) en Colombia los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, configurando así el problema social de madresolterismo.

Las condiciones actuales de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de los jóvenes. No obstante, la escuela y la familia hacen muy poco por la educación sexual de los niños y adolescentes. La tónica general es el silencio o el disimulo. Ni padres ni maestros hablan sobre el tema. Los jóvenes buscan en otras fuentes, sobre todo entre los amigos. Existen millones de mujeres en el mundo expuestas a riesgos que las pueden llevar a embarazos no deseados. Adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad, con tragedia frente al escándalo de la institución educativa a la cual acuden, el rechazo de sus padres y el desprecio o la indiferencia de los demás, lo que las orilla a modificar su proyecto de vida y todas estas falencias nace de la falta de educación sexual y vincular una comunicación asertiva con los padres de familia.

El embarazo adolescente es un reto al desarrollo integral de los y las adolescentes del barrio la maría occidente de Popayán siendo que el embarazo adolescente sea más frecuente que lo que la sociedad quisiera aceptar. Entre sus posibles causas se encuentra el inicio temprano de la vida sexual de estos adolescentes teniendo en cuenta el uso inadecuado o el no uso de métodos anticonceptivos, así como la falta de insuficiente información sobre sexualidad dentro del núcleo familiar quizás lo hagan por situación que pone en vergüenza a los padres o no saber orientar con claridad el tema de la sexualidad precoz.

Se puede deducir que, en el interior de los sistemas familiares, la juventud desempeña un papel, dentro de los cuales interactúa y es protagonista de las dinámicas familiares que a su vez es receptora de información y de las practicas que están presentes en ella siendo la familia un ente de responsabilidad en la formación sexual del adolescente. Esto quiere decir, que la familia no ha desarrollado los recursos necesarios para nutrir esta fuente de información que es de vital importancia en el desarrollo del menor.

En el Departamento del Cauca encabeza año a año el ranking de los departamentos que en Colombia presentan mayor número de muertes maternas. En los últimos tres años 58 mujeres han muerto en el embarazo, parto o puerperio; y 16, hasta

septiembre de 2010 (Ortega y Tabares, 2011). En el año 2020 se han notificado en Cauca 7,9 casos de morbilidad materna extrema por cada 1.000 nacidos vivos (Instituto Nacional de Salud, 2020, p.4).

El factor que prima en la debilidad de información de los adolescentes del sector, es la falta de comunicación con sus acudientes en torno a la orientación sexual, puesto que dentro del mismo sistema hay conjugaciones contradictorias en relación a la educación y orientación con los menores, debido a que son seres humanos que fueron criados de diferentes maneras y vienen con ideologías diferentes.

Otro factor que pone en riesgo a esta población es el nivel de confianza existente entre padre e hija, debido a que las madres a su nivel van desarrollando abiertamente esta problemática, debido a que los padres son muy restringidos al momento de dialogar u orientar a los menores hacia una orientación sexual sana. Cabe destacar que la influencia de sus pares hace parte de la toma de decisión, puesto que sienten “un clima de confianza”, que hace de esta problemática se convierta en un tema de mayor interés para debatir a nivel grupal y de esta manera poder compartir información que “nutra”, las dudas que giran en torno a los cuidados de la orientación sexual.

Por lo tanto, se puede deducir que la comunicación ha sido el eje central que ha desencadenado la falta de información por parte de sus padres y la debilidad de información en las instituciones educativas donde solo se centraban en los métodos anticonceptivos y las clases de enfermedades de transmisión sexual, dejando a un lado el valor que tiene en la toma de decisiones al momento de realizar el acto sexual.

Es así que la problemática conlleva a plantear esta pregunta.

¿Cuál es la barrera que impide establecer un nivel de comunicación de padres e hijos y la relación que conlleva al proceso de orientación sexual en los adolescentes?.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar cuál es la barrera que impide establecer un nivel de comunicación de padres e hijos y la relación que conlleva al proceso de orientación sexual en los adolescentes.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los roles y funciones dentro de la familia en relación con la afectividad, comunicación sobre sexualidad y relaciones interpersonales.
- Describir el grado de conocimiento sobre planificación y métodos anticonceptivos.

### 3. JUSTIFICACION

La comunicación es la base esencial en el formación y acompañamiento familiar dentro del contexto sobre la educación sexual en la adolescencia dando a conocer los diversos métodos de planificación familiar que existen en Profamilia o entidades de salud siendo lugares que acuden a puestos de salud para brindar el apoyo en el proceso de formación de una orientación de planificación familiar.

La comunicación y educación en este proceso van tomadas de la mano, puesto que es un factor que prima en el proceso de formación hacia una claridad sobre cómo se debe llevar a cabo esta etapa que el adolescente adelante en su proceso del ciclo vital.

En esta etapa el adolescente empieza acoger comportamientos de personas adultas encaminadas en lo que implica la actividad sexual en una relación de pareja, sin tener en cuenta las dimensiones que esto implica, una de ellas es el uso de los métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados en los adolescentes que no han iniciado con claridad un proyecto de vida.

Puesto que la conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de gran importancia, en particular, el embarazo precoz, ya que existen numerosas consecuencias que son producto de su aparición, entre las que se encuentran efectos biológicos, psicológicos, emocionales, económicos y sociales, secundario a los cambios que enfrenta la joven madre (Mercer, Cypriano y Azambuja, 2004).

Las entidades públicas se han preocupado por implementar estrategias en las comunidades vulnerables con el objetivo de disminuir el índice de embarazo en adolescentes. Pese a sus esfuerzos la situación parece no mejorar, las tasas de fecundidad son cada vez más alarmantes, no sólo debido a la naturaleza del problema sino también por la situación de la reincidencia, la cual tiene mayor repercusión fisiológica, emocional y económica para la madre.

Revisando la literatura científica en Colombia, la información del embarazo en adolescentes es escasa y aún más respecto a la reincidencia, por lo tanto, se hace evidente la necesidad de investigar sobre su prevalencia y los factores de riesgo, y a partir de su difusión, diseñar políticas que permitan mejorar el panorama de las madres adolescentes implementando programas de prevención basados en la evidencia.

En el campo del Trabajo Social es de vital importancia seguir reforzando esta problemática que ha ido trascendiendo desde muchos años atrás, debido a la evidencia de la falta de comunicación y orientación sexual del adolescente en el proceso de este desarrollo donde el cuerpo va evolucionando y adquiriendo nuevos cambios hormonales, biológicos, psicológicos y sociales.

Por ende, el acompañamiento en este proceso de educación sexual fortalece los niveles de la comunicación dentro de los sistemas familiares del barrio la María Occidente de la ciudad de Popayán para evitar el aumento de embarazos no deseados dentro de ese núcleo familiar. Siendo que el embarazo adolescente es un tema que merece ser tratado puesto que la maternidad, por sí sola, ya supone una adaptación a una nueva realidad que es ambigua y requiere una serie de estrategias que van a estar influidas, entre otros aspectos, por las condiciones personales de las mujeres, sus creencias y actitudes hacia la maternidad, o el contexto y las condiciones sociales que las rodean (Mercer, Cypriano y Azambuja, 2004).

El proceso de adquisición del rol de madre puede verse afectado por los conflictos particulares de la mujer que entran en juego en dicho proceso. Es una etapa de grandes cambios que, si la unimos a los también muy drásticos cambios de la adolescencia, puede desencadenar un proceso de importantes dificultades, pues la etapa del desarrollo y las situaciones que la rodean son diferentes a las de la maternidad adulta (Vidal et al., 1995 citado en Barceló Martínez, 2016).

Dicho proceso en que un adolescente dentro de su proyecto de vida no tiene presente formar un hogar, ellos a esta edad están en un proceso de socialización con sus pares mirando otras perspectivas sociales que le permita desarrollar más la integridad y es ahí donde un Trabajador Social entraría a generar estrategias que permita implementar herramientas para que comprendan la importancia de contar con un apoyo de orientación sexual desde casa, grupos de amigos y el acceso de campañas de promoción y prevención.



## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 ENFOQUE TEÓRICO

#### 4.1.1 Teoría de la comunicación.

La teoría de la comunicación se desarrolla al mismo tiempo que la teoría de los sistemas, sin lugar a duda el autor más relevante dentro de esta teoría es Paul Watzlawick, puesto que, según dicho autor refiere que la comunicación es un proceso interactivo y fundamental en la vida social que da significación a las relaciones sociales personales, sirviendo como aporte desde sus inicios en la intervención social en la modificación de comportamientos y de relaciones humanas (Viscarret Garro, 2007, p.267-268).

En referencia a Trabajo Social, lo más conocido es la teoría de la comunicación de Virginia Satir, sobre las complejidades de la interacción a través del lenguaje y en los intentos para modificar la conducta del ser humano. Al mismo tiempo no se quedan atrás los aportes de programación neurolingüísticas de McLean, 1986; Bandler y Grinder, 1988, y finalmente los aportes relevantes de Nelson, 1980 en la aplicación de la teoría de la comunicación al Trabajo Social "*Communication Theory and Social Work Practice*".

La comunicación es otra de las teorías que tiene mucha significación dentro de la sistémica. El estudio de la comunicación es entendida como intercambio de significados y símbolos entre individuos, este ha sido un elemento de preocupación desde hace muchos siglos, pero es también a partir de la segunda guerra mundial cuando muchos investigadores de diferentes disciplinas se dedican al estudio de los variados procesos y modos de comunicación. Finalmente, esta teoría está interesada en explicar cómo el ser vivo controla su entorno mediante el recurso a la información (Eguiluz R. et al, 2003, p.35-36).

#### 4.1.2 Conceptos básicos de la comunicación

Según el diccionario del Trabajo Social de Ander-Egg, define a la comunicación como: "Relación entre individuos encaminada a la transmisión de significados mediante el empleo del lenguaje, la mímica, los gestos, las actitudes, etc." (Ander-Egg, 1974, p. 60).

José Rosales en su artículo "Comunicación y Familia", establece también conceptos importantes. Dice que la comunicación es un proceso mediante el cual entendemos a los otros y buscamos ser entendidos por ellos, dejando en claro antes que la comunicación en sí es uno de los procesos definitorios para el ser humano, entendido como una necesidad (Eguiluz R. et al, 2003, p.35 – 36).

El proceso comunicacional en el ser humano, tiene entonces como finalidad atender la necesidad de compartir pensamientos, opiniones, lo que se vive, lo que es. Todo esto, entendido también como partes de un sistema cultural que establece aspectos relevantes para la comunicación, como las creencias, los tabúes, y así, por el orden. (Eguiluz R. et al, 2003, p. 38 – 39).

Según Virginia Satir describe que desde que el ser humano llega a este mundo, la comunicación es el factor más importante que determina el tipo de relaciones que vaya a tener con los demás y lo que suceda en el mundo que lo rodea todo dependerá de la habilidad que adquiera para comunicarse. Anota también que la comunicación es la norma para que dos personas puedan interrelacionarse e intercambiar información tanto en aportar como en recibir acerca de todo lo que acontece entre ellas (Satir, 1980, p.30).

Virginia Satir aporta que desde el nacimiento del ser humano toda comunicación se aprende de las personas que nos tienen a su cargo, que por lo general es nuestra familia, es un laboratorio donde se funden las primeras experiencias de la vida. Se ha identificado cinco patrones que pueden ser identificados en las formas de comunicación de las familias (Satir, 1980, p.63).

#### **4.1.3 Axiomas de la comunicación.**

Según Paul Watzlawi, concreta que la comunicación tiene una serie de propiedades de carácter axiomático que son importantes para la práctica del Trabajador Social que a continuación se expone (Viscarret Garro, 2007, p.270 a 273).

##### **❖ Imposible de no comunicarse.**

A través de la comunicación, todos pueden expresar nuestra forma de ser y nuestra relación con el otro, lo cual implicaría un compromiso tanto para el que manda un mensaje como para el que lo recibe, con una mayor o menor cantidad de elementos de aceptación o descalificación. Al momento que sea imposible comunicar, sería imposible definir una relación. En un proceso relacional ambas partes reconocerán su descalificación o su aceptación. Por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicarse. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones, y por ende, también comunican (Pesántez Rivera, 2015).

##### **❖ Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación.**

Ahora hay que tener presente que toda comunicación tiene un contenido, que viene a ser lo que decimos, para ello utilizamos el lenguaje digital, y Relación (cómo y a quién se lo decimos) que usaría como soporte lo analógico. Por lo tanto, al igual que los terapeutas pueden transmitir, y de hecho lo hacen, mensajes inconscientes a sus pacientes, también lo harían los profesores con sus alumnos. Por lo tanto se estaría comunicando mucho más de lo que conscientemente se pretendería. No solo se transmitirían contenidos o disciplinas, sino valores, creencias, formas de ver la vida, etc. (Pesántez, 2015).

La falta de acuerdo, con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. Por ejemplo, tal es el caso de una pareja que tiene un problema conyugal, sus discusiones son: "me retraigo porque me regañas" y "te regaño porque te retraes". El marido dice que su retraimiento es una defensa contra los constantes regaños de su mujer, mientras que ella dirá que lo critica debido a su pasividad (Pesántez, 2015).

El problema radica en su incapacidad para metacomunicarse acerca de su respectiva manera de pautar su interacción, entendiendo a la metacomunicación como; señales o proposiciones intercambiados en el acto de la comunicación es decir se refiere a la retroalimentación entre dos o más personas (Pesántez, 2015).

#### ❖ **La puntualización de las secuencias de hechos.**

La naturaleza de una relación depende de la forma de puntuar o pautar las secuencias de comunicación que cada participante establece.

La comunicación puede ser entendida como una serie ininterrumpida de intercambio de mensajes sin embargo los participantes en este proceso siempre introducen lo que se denomina por los teóricos de la comunicación humana "puntuación de secuencia de hechos". Tratemos de aclarar lo planteado, por ejemplo, en un intercambio o interacción alguien tiene la iniciativa, el predominio, la dependencia, etc. Una persona con determinado comportamiento es un líder, otra persona es considerado adepto, y resulta difícil esclarecer cuál surge primero o que sería del uno sin el otro (Viscarret Garro, 2007, p.271).

Una fuente importante de conflictos es la falta de acuerdos al puntuar las secuencias de hechos. Supongamos un problema entre dos compañeros de trabajo al que uno de ambos responde con marcado retraimiento y el otro con críticas constantes. Al explicar ambos comportamientos el del retraimiento plantea que esto no es más que la defensa ante las constantes críticas del otro y este último refiere que lo critica por su pasividad. Es decir, existe el intercambio de los siguientes mensajes: me retraigo porque me críticas y te critico porque te retraes; existen formas muy diferentes de pautar la relación, lo que sin dudas trae aparejado, acusaciones mutuas (Pesántez, 2015).

El problema de las discrepancias, es en múltiples ocasiones debido a que uno de los participantes no cuenta con la misma información que el otro pero no lo sabe y se crea un círculo vicioso difícil de romper, excepto que la comunicación misma se convierta en el centro de atención (la meta comunicación). Otro claro ejemplo es cuando envío un correo electrónico al responsable de un determinado departamento de mi empresa para aclarar algunas cuestiones laborales, este segundo responde, pero la respuesta no llega por problemas en el servidor (Pesántez, 2015).

El que envió sus preguntas inicialmente considera que no le respondieron, que lo evaden, que no les interesa su problema y se ofende, abandonando la situación. El

malestar silencioso puede durar eternamente, a los memos que decidan averiguar qué sucedió, pues en este caso fue un hecho externo casual quien interfirió en la puntuación de los hechos (Pesántez, 2015).

#### ❖ **Comunicación digital y analógica.**

Al interior de la comunicación hay que destacar otros tipos de lenguaje. En toda comunicación humana es posible referirse a los objetos de dos maneras totalmente distintas. Estos dos tipos de comunicaciones se llaman analógicas y digitales.

- a) Digital, que se transmitiría a través de símbolos lingüísticos o escritos y sería el vehículo del contenido de la comunicación.
- b) Analógico que vendría determinado por la conducta no verbal (Tono de voz, gestos) y sería el vehículo de la relación en la comunicación. Si se piensa que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y uno relacional, el aspecto relativo al contenido se transmite de forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación, se transmite de forma analógica.

#### ❖ **Interacción Simétrica y Complementaria**

La relación simétrica y complementaria son relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia.

- a) En la Simetría: los participantes tienden a igualar su conducta recíproca y así su interacción puede considerarse simétrica (una relación entre hermanos).
- b) En la Complementaria: la conducta de uno de los participantes complementa la del otro (padre – hijo).

La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad, mientras que la interacción complementaria está basada en las diferencias. En la relación complementaria ninguno de los participantes impone al otro este tipo de relación, sino que cada uno se comporta de una manera que acepta la conducta del otro.

#### **4.1.4 Modelo sistémico de la comunicación.**

El modelo sistémico comprende al individuo en su contexto y expresa que la relación entre las personas y su entorno está sujeta a una dinámica circular de influencias recíprocas (Bernal, Pereira y Rodríguez, 2018), el presente autor se infiere que las influencias del entorno familiar y social influyen gran parte de la forma de pensar, actuar y de tomar decisiones puesto que somos seres humanos que estamos sujetos a una sociedad que incluye de manera negativo o positiva en una toma de decisiones para generar cambios en nuestras vidas.

El modelo sistémico al comprender al ser humano y mirarlo como una persona integral, se encarga detalladamente de describir cada una de sus características que posee el ser humano, están son propias de la persona y se ven reflejadas de

manera intra-individual (funciones de la persona), interpersonal (fenómeno tú y yo) y social inmerso en el contexto donde es evidenciada la participación, estas tres dimensiones construyen a la persona en un todo (Bernal, Pereira y Rodríguez, 2018). Lo que quiere deducir el presente autor es la familia el primer sistema que tiene el individuo con quien interactúa y que cualidades de ser humano el entorno que gira en ese individuo logran conocer, comprender y dar un apoyo emocional que oriente ese desnivel de sentimientos reprimidos que impulsa al ser actuar de una manera determinada según sea su situación.

Esta visión de hombre en el Modelo Sistémico justifica las dimensiones constitutivas que se deben explorar en todo análisis comunicativo. Es decir, que hombre y comunicación son una unidad indisoluble, el hombre está reflejado en su comunicación y la comunicación identifica al hombre en todos sus elementos constitutivos. El hombre como ser social nunca podrá prescindir de la comunicación, siendo necesario para el fonoaudiólogo transcender la visión individual del comunicador para su completitud (Bernal, Pereira y Rodríguez, 2018). El autor expresa que según como se trasmite la comunicación entre miembros de una sociedad es la forma como escuchamos, entendemos e interpretamos el mensaje transmitido dado por otro ser humano.

Aportes de los diferentes enfoques al Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (Bernal, Pereira y Rodríguez, 2018).

#### **4.1.5 La comunicación y sus niveles.**

Bateson concibió la comunicación en dos niveles lógicos distintos, la clase y sus miembros. Todo mensaje aporta información acerca de cada uno de estos niveles. En el nivel de la clase, indica que tipo de mensaje se trata. El nivel de los miembros, lógicamente inferior, lo constituye el contenido del propio mensaje. Al mismo tiempo, este nivel lógico superior, que indica la clase de mensaje de que se trata, supone una definición de la relación, una propuesta sobre el tipo de relación, que requiere respuesta por parte del otro. Así, la comunicación, vista como intercambio de mensajes, supone una continua negociación acerca de la posición de cada uno (Watzlawick, 1985).

Si las paradojas se redujeran a meros rompecabezas conceptuales no tendrían mayor interés para la comunicación humana y la psicoterapia, pero no es así. Además de estas paradojas lógicas, existen las pragmáticas. Se basan en la distinción anterior entre el nivel de contenido y el relacional, y consideran al segundo como un orden lógico superior al primero. Así, cualquier contenido digital incongruente con la definición de la relación que transmite el nivel analógico/contextual constituye una paradoja pragmática. Por ejemplo, si una madre dice "te quiero" a un niño, pero lo abraza con rudeza y frialdad, el mensaje transmitido contiene un ingrediente paradójico por la incongruencia entre el contenido verbal (digital) y el no-verbal (analógico). Como tipos de relación la complementaria y la simétrica, y sus variantes.

El nivel de definición de la relación se transmite habitualmente de forma analógica, en lo no-verbal (expresión facial, postura, gesto), lo para-verbal (tono de voz), y sobre todo el contexto o situación. Es distinto pedir un vaso de agua cuando uno no se encuentra bien (lo cual también se expresa en lo no-verbal y para-verbal), o si el que lo pide es un anciano con dificultades de movilidad, o bien si se hace "por capricho". También es distinto si se pide a alguien de la familia o bien se trata de un pasajero a la azafata del avión. Y a la vez, es distinto si cuando lo pide las azafatas están visiblemente ocupadas atendiendo una situación de emergencia. Además, el tono (amable o despectivo) y la postura corporal y gestualidad con que se dice, todo ello, nos informa de qué tipo de mensaje se trata, y de la propuesta relacional que hace (Watzlawick, 1985).

En ocasiones, la definición de la relación se hace también verbalmente (p.ej., cuando alguien dice "te cuento un chiste, ..." para indicar que el mensaje siguiente no va en serio). Se considera que la capacidad para metacomunicarse de forma adecuada, es decir, la capacidad de hablar acerca de la relación, constituye una condición *sine qua non* de la comunicación eficaz y está íntimamente relacionada con el problema de la percepción de sí mismo y del otro (Watzlawick, 1985).

Darse cuenta de que, en el nivel relacional, los participantes no comunican nada acerca de hechos externos a su relación, sino que proponen mutuamente definiciones de esa relación. Por implicación, toda definición de una relación lleva consigo una definición de sí mismo, porque es como si la persona estuviera diciendo "así es como me veo en relación con usted". Por tanto, la comunicación, en virtud de su carácter analógico definitorio de la relación, nos sitúa siempre en una posición. Y cuando respondemos confirmamos o no esa propuesta (Watzlawick, 1985).

Eso supone, que nosotros estamos implicados en nuestra comunicación. Cada mensaje dice algo de nosotros mismos (además de lo que diga el propio contenido), y por tanto, compromete potencialmente el sentido de identidad de los participantes. No es posible escapar a ello puesto que cualquier intento en este sentido, comunica también algo y, por tanto, nos define. Por el hecho de distinguir dos niveles en la comunicación, se plantea la cuestión de si son, o no, coherentes entre sí. Lo que estipula la Teoría de los Tipos Lógicos es que cuando hay una incongruencia entre estos niveles, es decir un miembro de una clase que contradice o niega la clase, se da una paradoja (Watzlawick, 1985).

Ciertamente, si no se dan estas dos condiciones sus efectos suelen ser menos desfavorables. De hecho, la ironía y el humor utilizan mucho el mensaje paradójico, pero los contextos relacionales son muy distintos. Incluso entre padres e hijos pueden darse estos mensajes sin que nadie se perturbe mucho, el peligro radica cuando la comunicación paradójica se instala de forma predominante afectando el desarrollo de un sentido de identidad (Watzlawick, 1985).

La comunicación paradójica también se da entre pacientes y terapeutas, y de hecho éstos pueden utilizar técnicas paradójicas para promover el cambio en determinadas situaciones. Algunos autores como Haley en la terapia estratégica que desarrolló, y la escuela de Milán en sus comienzos, se caracterizaron por el uso terapéutico de este tipo de comunicación (Watzlawick, 1985).

Para terminar esta sección sobre comunicación, queremos destacar el papel que ha tenido el libro de Watzlawick, P.; Beavin, J.; Jackson, D. (1967) "Teoría de la comunicación humana", en la divulgación de visión comunicacional y del modelo sistémico en general. Durante muchos años ha sido la obra "iniciática" para introducirse a este modelo. Su título original es "*Pragmatics of Human Communication*" (Pragmática de la comunicación humana) lo que supone un énfasis en los aspectos pragmáticos de la comunicación. Viene a ser una síntesis de las principales aportaciones del equipo de Palo Alto, con la destreza divulgativa de Paul Watzlawick.

El modelo sistémico llevado al Trabajo Social con familias, incluye para su tratamiento una óptica totalizadora de las relaciones, que permite a los profesionales enfrentarse, gracias a los supuestos teóricos del modelo, a una serie de contradicciones familiares que es preciso conocer para poder ayudar a la familia y que pasarían inadvertidas si no es a través de la metodología sistémica. Dichas contradicciones inciden profundamente en el núcleo familiar y están presentes durante todo el proceso de ayuda, condicionando en todo momento en la relación Trabajador Social/familia (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

La metodología sistémica incluye todos estos elementos en su explicación de la familia ayudando a los trabajadores sociales a descubrir la dinámica familiar y el juego interno de la familia que acude a pedir ayuda (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

Los supuestos teóricos que están a la base del modelo sistémico y que permiten mediante el uso de técnicas concretas, un entendimiento más profundo de la dinámica de las interrelaciones familiares, se relacionan, de diversas formas, con los conceptos y esquemas operativos desarrollados por la Cibernética, la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

En la medida en que se estudia las formas de comportamiento como una totalidad funcional al sistema familiar, y la regularidad de su aparición, el método de observación es cibernético. Cuando aludimos aquí a la cibernética, nos referimos únicamente al estudio y aplicación posterior de los mecanismos de autorregulación de los sistemas, en cuanto que, como ya observó Wiener, si resulta posible un tratamiento «unitario» de los mismos, nos enfrentamos a un nuevo campo en el que se inscriben varias de las disciplinas tradicionales (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

Piénsese, por ejemplo, en la biología, que estudia el fenómeno de la autorregulación en los organismos, o bien en la sociología, cuando el problema de la estabilidad o el cambio en la sociedad en general, o en un ámbito particular de ella como es la familia. Lo particularmente nuevo de este método, aplicado a la familia (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

Es que no analiza las formas o características del comportamiento cuando aparece, ni sus manifestaciones individuales, sino que observa las interacciones de los componentes cuando estas conductas aparecen, y qué funciones tienen estas últimas en la composición o estructura total familiar (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

Desde la observación cibernética, lo más importante es la observación total de la familia como una unidad inseparable, y la explicación será sobre qué sucede, no de por qué sucede. Si observamos a la familia y entendemos los comportamientos de forma recíproca y como totalidad, el análisis también es sistémico y es mucho más complejo y cuantitativamente diferente al análisis de la suma de las partes (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

En esta exposición se da por supuestas las bases en que se asienta la llamada «Teoría de los Sistemas», en su aplicación a la comunicación interhumana (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

En particular se tiene presente las características propias de un sistema abierto, como son: la totalidad, la interrelación de todas las partes y la realimentación, que está a la base de todo proceso que tiene lugar en él, y que influyen tanto en su estabilidad como en su transformación (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

Lógicamente, una de las propiedades del sistema que se tienen presente es la llamada Equifinalidad, es decir, el hecho de que las transformaciones del sistema no son provocadas tanto por las condiciones iniciales, como por la naturaleza misma del proceso, lo cual constituye la característica fundamental de un sistema abierto, como es la familia (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

Con este procedimiento de análisis, se perfila una diferencia fundamental entre el método tradicional de trabajo familiar y el sistémico. En aquél, ante una situación problema preguntábamos el porqué de una conducta; en éste preguntamos: ¿qué sucede aquí y ahora? Partiendo de estos supuestos, para analizar la relación existente entre una perturbación manifiesta en un individuo y su grupo familiar en un único acto de observación, es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, es decir, como un sistema relacional total.

Siguiendo a Andolfy, desde el modelo sistémico se conceptualiza a la familia como «un conjunto constituido por varias unidades vinculadas entre sí por medio de una



estructura de relaciones formalizadas. La familia tiene historia propia, se han ligado en el tiempo diferenciándose de su entorno a la vez que participan en él y con él (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

El cambio de estado de una unidad del sistema va seguido por el cambio de las demás unidades; y éste va seguido por un cambio de estado de la unidad primitiva y así sucesivamente. Por tanto, “el modelo sistémico en el Trabajo Social familiar es una totalidad, no una suma de partes, que funciona en el tiempo por la interdependencia de las partes entre sí y los demás sistemas que la rodean” (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

Todo este proceso intersistémico, se produce gracias a la comunicación. La comunicación dentro del sistema familiar actúa como proceso organizador, encargada del reparto de funciones, roles, tareas, reglas, normas, etc., conformando así la estructura que mantiene al sistema familiar en sí. En dicha estructura se ubican todos los patrones de conducta familiar, incluido el patrón de conducta perturbado. Partiendo de estos supuestos científicos, se considera sólidamente fundada la tesis de Watzlawick (1985) en la que se afirma la existencia de relaciones perturbadas en las familias, pero no de individuos perturbados; o dicho más exactamente, que los trastornos del comportamiento son una función de las relaciones humanas, pero nunca de individuos inadaptados o enfermos (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

La familia, pues, vista como un sistema abierto y relacional, supera y articula entre sí los diversos componentes individuales, formando un todo orgánico, al cual hay que observar en su totalidad y en interrelación, si queremos comprender cualquier manifestación individual, incluida, por supuesto, la patológica. (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

La meta terapéutica de este tipo de observación y atendiendo a los supuestos teóricos del modelo, sería el cambio: cambio de estructura disfuncional, cambio de canales patológicos de comunicación, cambio de interacciones, etc. (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

La danza familiar no es casual. Como en cualquier otra organización, está sujeta a una serie de reglamentos internos, que normalmente están encubiertos, sin articular, no se han expresado verbalmente, y a menudo se realizan inconscientemente; sin embargo, son potentísimos en las relaciones e interacciones familiares (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

En las familias que llamamos «sanas» estos reglamentos sirven de directrices y de guías, a la vez que están al servicio del sistema. Cambian con el tiempo reestructurándose de acuerdo con las exigencias individuales y sociales. De este modo se posibilita y se potencia un desarrollo evolutivo e integral en las personas,

que adquieren así un alto grado de autonomía dentro y fuera del núcleo familiar, a la vez que refuerzan su sentido de pertenencia (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

En las familias perturbadas, las reglas se utilizan para restringir el cambio y mantener el *status quo*. En vez de estar éstas al servicio del sistema y de las personas que a él pertenecen, son estas últimas las que están al servicio de las reglas. Los individuos que crecen en estos sistemas familiares, son dependientes, inmaduros, y llenos de miedo ante las responsabilidades sociales (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

Descubrir las reglas ocultas es importantísimo para el desarrollo de la ayuda y para la familia. Hacerlas patentes va a ayudar a ésta a comprenderse mejor, a tener una nueva visión de sí misma, y una percepción más ajustada a los términos reales del conflicto. El descubrimiento de la estructura familiar y la comunicación del sistema se realizan con la técnica más importante de este modelo, la entrevista (Palomar Villena y Suárez Soto, s.f.).

## 5. ANTECEDENTES

### 5.1 INTERNACIONALES

En América Latina y el Caribe los jóvenes de 10 a 24 años representan 30% de la población total y los adolescentes de 10 a 19 años corresponden al 20%, de todos los embarazos en el mundo, 10% ocurren en mujeres adolescentes y cada año 13 millones de adolescentes dan a luz en los países en desarrollo. El embarazo temprano está asociado a efectos adversos, a corto y a mediano plazo, en el binomio madre-niño.

Aunque existe controversia acerca de la relación entre un embarazo a temprana edad y la presencia de problemas de salud, referidos estrictamente a condiciones biomédicas, en la madre y en el niño si hay consenso que un embarazo en la adolescencia, puede traer consecuencias psico-sociales negativas a la joven y al bebé principalmente cuando este evento se presenta en poblaciones con desventaja socioeconómica. Pese a las intervenciones realizadas, el embarazo en la adolescencia presenta resistencia histórica a la disminución lo cual ha convocado la atención de las autoridades y de la comunidad nacional e internacional.

Adicionalmente, se reconoce que existen diferencias en los resultados y en el proceso del embarazo según los grupos de edad, indicándose que hay mayores riesgos en las adolescentes menores de 15 años. El enfoque crono-biomédico coloca a la edad materna, por sí sola, como un determinante de los resultados adversos del embarazo temprano. Sin embargo, otros enfoques reconocen que el embarazo temprano debe entenderse como un problema de salud pública, en el que interactúan múltiples factores biológicos y sociales.

Aunque hace falta evidencia para identificar cómo dichos factores interactúan y su relación con los resultados finales del embarazo en la adolescencia, no se puede desconocer que en el caso Colombiano, especialmente en aquellas regiones donde interactúan deficientes condiciones socio-económicas con el aumento de embarazos tempranos, son necesarias intervenciones que proporcionen mejores condiciones de vida a las jóvenes embarazadas y a prevenir nuevos embarazos en esta población, bajo el supuesto de las consecuencias negativas (psicológicas, económicas y sociales) a corto y largo plazo que dicho evento conlleva.

En el ámbito internacional y nacional se han realizado intervenciones sobre la salud sexual y procreativa con adolescentes, enfocadas a promover el acceso y el uso de métodos de planificación, a aumentar los conocimientos sobre las conductas protectoras y de riesgo y a mejorar el uso de los servicios de salud reproductiva.

Adicionalmente, se ha sugerido que dichas intervenciones deberían estar basadas en información sobre las demandas y necesidades de los de los-las jóvenes en

contextos específicos, que permitan diseños más adecuados de los procesos a implementar.

Pese a los esfuerzos realizados en el mundo, se reconoce que no ha habido aún el impacto esperado sobre la maternidad temprana. Además, para el caso de América Latina se indica que “las estrategias propuestas en relación con los jóvenes están basadas en impresiones subjetivas, con escasa información detallada o con un análisis superficial y poco riguroso.

Adicionalmente, siendo que la vida sexual de los jóvenes está atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos, los datos con que se diseñan intervenciones desde el nivel nacional pueden no estar dando cuenta de las particularidades locales, e incluso no recoger las diversidades entre las regiones de Colombia. Por ello, gana relevancia la realización de estudios de carácter local que contribuyan a contrastar o validar lo que el nivel nacional expone y sobre todo a orientar las intervenciones en salud con base en evidencia local, sin perder la perspectiva nacional.

También, cabe señalar que existe muy poca información sobre el nivel municipal, cayéndose, a veces, en el diseño de propuestas educativas o informativas dirigidas hacia las jóvenes basadas únicamente en la escasa información descriptiva recolectada en los servicios de salud. Por estas razones, se justifica adelantar estudios de tipo analítico para obtener elementos que permitan avanzar en la comprensión de este fenómeno y, en consecuencia, diseñar intervenciones mejor fundamentadas que contribuyan a impactar positivamente contextos con particularidades culturales.

La adolescencia, caracterizada por cambios sustanciales en todos los ámbitos (biológicos, síquicos, sociales y educativos), ha llamado la atención de casi todas las áreas del conocimiento, porque se considera que en esta etapa se adquieren hábitos que van a repercutir en el futuro. Especialmente, los aspectos relacionados con la salud sexual y procreativa en este período de la vida, son de importancia para prevenir comportamientos de riesgo<sup>19-20</sup>. Se ha calculado que en la Región de las Américas casi 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos.

La tendencia a la disminución de la edad de inicio de relaciones sexuales en los jóvenes, conlleva a aumento en el tiempo de exposición a embarazos tempranos, infecciones de transmisión sexual/VIH-SIDA y abortos.

Embarazo temprano ha sido considerado un problema de salud pública por su asociación con resultados adversos para el binomio madre-niño. Sin embargo, cabe resaltar que dichos efectos no son sólo consecuencia de la edad materna, sino de la interacción compleja de distintos factores biológicos y sociales.

América Latina presenta la segunda tasa más alta de aborto inducido en el mundo (37 por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años de edad) y en los países en desarrollo entre 38% y 68% de las hospitalizaciones asociadas a complicaciones debido al aborto, son de mujeres menores de 20 años de edad.

Salazar Arango (2003) citando a Flórez y Núñez (s.f.), indica que, al analizar las tasas de fecundidad por grupos de edad, la contribución de las mujeres adolescentes a la fecundidad total ha aumentado en casi todos los países. Sin embargo, existen diferencias regionales, entre países y al interior de los mismos.

Aunque en los Estados Unidos en los años 70, se consideró el embarazo en adolescentes como un problema epidémico en este país se ha venido presentando un descenso de los embarazos entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad, debido al aumento de la abstinencia y a cambios en el uso de los métodos de planificación familiar. En la actualidad casi 750.000 adolescentes están embarazadas; la proporción de embarazos adolescentes que terminan en aborto es de 34% y; además, en este grupo de mujeres la tasa más alta de fecundidad está en la población afro americana, seguida por las hispanas y, finalmente, por mujeres blancas americanas.

En el Reino Unido se presentan las tasas más altas de embarazo en adolescentes del Occidente Europeo y dicha tasa ha venido aumentando en las últimas cuatro décadas. A su vez, se han reportado tasas moderadas de embarazo en adolescentes (40-69 por 1000) en Australia, Canadá y Nueva Zelanda y tasas bajas en Japón (menos de 40 por 1000).

Un estudio realizado en Río de Janeiro mostró un aumento de la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años entre los años 1980-1995 y una disminución en los grupos etéreos superiores, lo cual parece ser la constante en todo el país entre las jóvenes de menores recursos económicos.

Una investigación reciente llevada a cabo en Bogotá y Cali, mostró que, aunque aproximadamente 7% de las adolescentes han estado embarazadas alguna vez, dicha fecundidad difiere por estrato, siendo las jóvenes de menores estratos quienes inician la maternidad más temprano. De manera similar en el Brasil, Duarte, Nascimento y Akerman (2006), a partir de un estudio ecológico encontraron que, en las áreas urbanas con mayor exclusión social, de adolescentes y era en esa área donde, además, se concentraban las adolescentes con menor nivel de escolaridad y con niños con bajo peso al nacer.

Por otro lado, las investigaciones muestran que los factores asociados al embarazo temprano, están relacionados con el deseo de ser madre, la baja percepción de riesgo y la búsqueda de un cambio de estatus; es decir, la maternidad es considerada por la joven como una posibilidad para ganar autonomía y, algunas veces, como “palanca” para lograr un matrimonio deseado un municipio de São

Paulo, había un mayor número de nacidos vivos de madres adolescentes y era en esa área donde, además, se concentraban las adolescentes con menor nivel de escolaridad y con niños con bajo peso al nacer. Por otro lado, las investigaciones muestran que los factores asociados al embarazo temprano, están relacionados con el deseo de ser madre, la baja percepción de riesgo y la búsqueda de un cambio de estatus; es decir, la maternidad es considerada por la joven como una posibilidad para ganar autonomía y, algunas veces, como “palanca” para lograr un matrimonio deseado.

Adicionalmente, se ha encontrado que la comunicación entre madre e hija acerca de las consecuencias negativas del embarazo temprano y la calidad de la relación entre madre-hija repercuten sobre la actitud de la joven respecto al embarazo temprano.

También, entre los aspectos contextuales correlacionados con el embarazo entre adolescentes, Kirby D, Coyle K, y Gould (2001) reportaron que manifestaciones de pobreza, pobreza en sí misma, bajos niveles de educación y empleo, así como altos niveles de desempleo pueden tener impacto sobre las tasas de nacimiento entre adolescentes.

Por otro lado, De la Cuesta (2002) expone que el embarazo en adolescentes ocurre en el contexto de un romance auténtico, en el cual las ideas de amor romántico y normas de género orientan el comportamiento de las adolescentes y que, pese a que no todos los embarazos en la adolescencia son planeados, éstos sí son aceptados.

En un estudio de casos y controles en Taiwán, al comparar adolescentes embarazadas con no embarazadas, se encontró que los factores que incrementan la probabilidad de un embarazo temprano fueron: el estatus socio-económico (OR 3.153); la frecuencia de relaciones sexuales (OR 2.178) y; la edad (OR 2.213). A su vez los factores que reducen la probabilidad de un embarazo fueron: el conocimiento (OR 0.886) y el uso efectivo de contraceptivos (OR 0.904), y la autoeficacia en el uso de los métodos de planificación familiar (OR 0.904).

Por otro lado, el estudio de Crosby (2001), sugiere la necesidad de evaluar la presión de los hombres respecto a la maternidad temprana, puesto que aquellas adolescentes que perciben que sus parejas desean un hijo, tuvieron más probabilidad de estar preocupadas respecto a llegar a quedar embarazadas. DiClemente, et al. (2001), en un estudio de cohorte prospectiva sobre el papel de la ansiedad como predictor de comportamientos de riesgos sexuales, mostró que entre las adolescentes afro-descendientes con vida sexual activa que tuvieron marcadores de ansiedad en la línea de base, seis meses después presentaron mayor probabilidad de tener un prueba positiva de embarazo, así como mayor posibilidad de haber incurrido en conductas sexuales de riesgo y mantener actitudes y percepciones que las podían llevar a asumir conductas sexuales de riesgo.

Por otro lado, la comunicación entre las adolescentes con su padre y madre sobre asuntos relacionados con el sexo, se presentó como un factor asociado a la confianza de la joven en su capacidad de negociar el uso del condón o de otro medio para tener sexo con la pareja. Otros estudios han reportado que las adolescentes no evitan quedar embarazadas, porque se sienten ambivalentes frente a la maternidad. Al respecto, se ha encontrado que cuando las adolescentes muestran intenciones inconsistentes frente al embarazo, como por ejemplo no estar planeando un embarazo pero considerar que puede ocurrir, reportan mayores cifras de haber sospechado estar embarazadas y prevalencias más altas de tener pruebas positivas de embarazo, cuando se comparan con aquellas que tienen una clara intención de evitar la maternidad (no planean un embarazo y están seguras que no va a ocurrir).

Un estudio sobre factores predictores del embarazo en adolescentes afroamericanas de bajos ingresos socio-económicos, encontró que la percepción del deseo de tener un hijo por parte del novio de la joven, es un factor predictor significativo del embarazo temprano, indicando, por tanto, la necesidad de profundizar en este hallazgo teniendo en cuenta modelos teóricos sobre género y poder. En algunos países europeos y en Estado Unidos se ha venido estudiando el papel que la variable etnia-raza juega en los asuntos de salud, especialmente en la comprensión de las iniquidades. Los pocos estudios que se han preocupado por explorar las relaciones entre cultura e identidad y actitudes y conductas sexuales y afectivas en el marco del constructo étnico-racial, han señalado diferencias en las tasas de embarazos entre mujeres negras, hispanas y blancas, así como especificidades en percepciones y conductas protectoras y de riesgo en salud.

## **5.2 NACIONALES**

En Colombia la población entre 10 y 29 años, según la proyección de población para el año 2005 del DANE, está constituida por 18.4 millones personas; es decir, corresponden al 43.7% de la población total del país, la cual ascendía a 42.090.502 habitantes. El grupo de adolescentes por su tamaño y por las acciones de carácter promocional y preventivo que se pueden impulsar en este período de la vida, constituyen un grupo poblacional que requiere atención específica.

La tasa de fecundidad de las adolescentes entre 15-19 años de edad se estimó en 90 por mil para el 2005, mostrando un aumento con los años anteriores. Al comparar las tasas de fecundidad por grupo de edad se muestra que todas han disminuido, excepto en el grupo de las adolescentes entre 15-19 años, en el cual se ha presentado un ligero aumento: de 17% en 1995, 19% en el 2000 y 20% en el 2005; es decir, 16% de estas adolescentes ya han sido madres y 4% están embarazadas de su primer hijo. Pese a que no son las adolescentes las de más aporte a la mortalidad materna en ninguna de sus causas (toxemia, aborto y hemorragia), se observa, sin embargo, que a partir de los 10 años empieza a aparecer la mortalidad

materna, es decir, el grupo de adolescentes más jóvenes sí está aportando a la cifra de la mortalidad materna general en el país. Por tanto, el aporte de las madres adolescentes a la tasa general de mortalidad infantil sigue siendo alta: ocurren defunciones por cada mil nacimientos en madres menores de 20 años. Además, casi 40% de las adolescentes embarazadas presentan bajo peso durante la gestación.

De otro lado, el número de embarazos no “deseados” (15%) refleja que los jóvenes no están haciendo uso de la información que poseen sobre los métodos de planificación familiar -MPF-, o sea que un aumento en el acceso a información sobre los MPFY no se refleja en su uso. En ese sentido, un estudio cualitativo sobre el contexto del embarazo en adolescentes realizado en Medellín, muestra la necesidad de modificar la forma como los MPF son presentados a los jóvenes.

Adicionalmente, una investigación sobre aborto inducido, mostró que 14.8% de los abortos se realizan entre los 15 y los 17 años y antes de los 20 años se han realizado una tercera parte de los abortos. Es decir, que entre los 15-19 años se produce en Colombia 29.4% de los abortos. Considerándose este grupo como el de mayor riesgo para aborto inducido, porque 26.5% de mujeres antes de los 20 años se han embarazado y de éstas 44.5% ya se han practicado un aborto.

A nivel regional, el Pacífico en fecundidad adolescente ocupó en 1990 el segundo lugar (primero estaba la Región Atlántica), en 1995 pasó al primer lugar con 18,1% (0,6 puntos por encima del promedio nacional) y en el año 2005 en esta Región, la fecundidad adolescente alcanzó la cifra de 23.5%, sólo siendo superada por Orinoquía y Amazonía (23.7%).

Buenaventura es el principal puerto marítimo del país y la ciudad más grande de la Región Pacífica, su población está principalmente constituida por afro-descendientes, posee unas necesidades básicas insatisfechas -NBI- del 36% y un índice de miseria de 11.4%<sup>50</sup>. En dicho municipio viven alrededor de 65.160 jóvenes entre los 10 y 19 años.

Datos de Salud de la Empresa Social del Estado (ESE) del municipio muestran que la tercera causa de consulta es la atención del parto y se reporta que la tercera causa de egreso hospitalario es por abortos no-especificados<sup>51</sup>. Además, debido a las irregularidades en el acceso temprano al control prenatal<sup>52</sup> y a la oferta de servicios de atención del parto por agentes informales de salud, se presenta sub-registro en las cifras de embarazadas adolescentes.

Los aspectos relacionados con el embarazo temprano no han sido estudiados en este municipio. Dadas las características que rodean el embarazo en la adolescencia, reportadas por la literatura, este estudio tuvo como propósito profundizar en el conocimiento de los factores asociados al embarazo en jóvenes afro-descendientes de 13 a 19 años. En este estudio se buscó recuperar las



particularidades donde los eventos ocurren; por tanto, inicialmente se realizó una exploración cualitativa para identificar las variables individuales e interpersonales (familiares, pares, pareja y proveedores de servicios de salud) relacionados con el embarazo en la adolescencia y, posteriormente, se realizó un estudio de cohorte prospectiva con mujeres escolarizadas de la zona urbana.

Los resultados del estudio son un insumo para el diseño de intervenciones locales planteadas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la cual ha propuesto como una de sus metas la disminución de embarazos en adolescentes.

### **5.3 LOCAL**

En el Departamento del Cauca según el DANE (2020) tan solo en la cabecera municipal es decir Popayán hay 8.850 madres adolescentes. Cabe resaltar que en el Plan de Desarrollo Municipal 2016 a 2019 arroja las estadísticas en adolescentes entre 15 a 19 años de 77,1% por 100.000 Mujeres.

Es decir, en el Municipio de Popayán existe un grave problema social y cultural sobre los embarazos a temprana edad, las estadísticas arrojan que la situación para los adolescentes es grave (Tovar, Durán, Ocampo y Gutiérrez, s.f.).

En la Comuna 2 de la ciudad de Popayán, que se encuentra ubicada al Norte de la Ciudad, se evidencia una alta tasa de población étnica desplazada por el conflicto armado. La comunidad que habita la comuna dos, es multiétnica y sus Municipios de origen son: Balboa, Páez, Miranda, Suarez, Timbío, el Bordo, La Sierra, la Bota Caucana, entre otros. El 79 % de la población existente en la Comuna 2 pertenece a los estratos 1, 2 y 3 de los cuales el 50% corresponde a estratos 1 y 2. La población juvenil en edad fértil es de 16.000 jóvenes, de las cuales un 30% son madres a temprana edad. Por ello nuestra investigación aborda a identificar en la comuna 2 de la ciudad de Popayán las causas socio-culturales que influyen en los altos índices de embarazos no deseados a temprana edad. Para ello nos propusimos a concientizar a los y las jóvenes sobre la prevención y manejo del embarazo en adolescente en la comuna 2 de la ciudad de Popayán, tomando como muestra dos colegios que albergan la población juvenil de la comuna dos, ellos son el Colegio Técnico del Norte y el Mega Colegio de la Paz (Tovar, *et al*, s.f.).

Tovar y Cardona (2009), desde una perspectiva etnomédica y de la salud pública estudian la planificación familiar en población mestiza en varios municipios del Cauca (Silvia, Jambaló, Caldono, Páez e Inzá), en este estudio se identifican las diversas problemáticas en la salud sexual y reproductiva que viven los jóvenes de los grupos étnicos y sus relaciones en sus perfiles de morbilidad (Tovar *et al*, s.f.).

## 6. MARCO CONCEPTUAL

**Adolescencia.** La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (UNICEF, 2021).

**La familia y la comunidad.** Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas (OMS/OPS, 2022).

**Educación sexual:** La educación sexual es una herramienta que permite brindar una orientación más amplia en la información de métodos anticonceptivos que se deben llevar a cabo para evitar embarazos no deseados en adolescentes (Rivero González, 2020)

**Comunicación:** El proceso comunicativo es esencial para la vida en sociedad: permite que los seres humanos se expresen y compartan información entre sí, establezcan relaciones, lleguen a acuerdos y sean capaces de organizarse. (Delgado, 2022).

**Embarazos no deseados en la adolescencia:** es aquel que se produce cuando una mujer se encuentra en su etapa de pubertad (entre los 10 y los 19 años, según la OMS). Este término también se utiliza para denominar aquellos embarazos de mujeres que no han alcanzado la mayoría de edad legal en el país en el que residen (CuidatePlus, 2022).

**Planificación familiar:** La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. (OMS/OPS, 2022).

**Métodos anticonceptivos:** Un anticonceptivo (anticoncepción) es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo (Profamilia, 2018).

## 7. MARCO LEGAL

Según las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001 (diciembre 21, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales. Específicamente en el tema de observatorios, en el año 2014 se emitió la Resolución número 01281 (abril 11), la cual tiene por objeto establecer los lineamientos que permiten la integración de la información en salud generada por los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS) al ONIEA, articulándolos al Sistema de Información en Salud y Protección Social (SISPRO). El artículo 4 de esta resolución define las siguientes responsabilidades para el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Coordinar y administrar la información proveniente de los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS).
- Formular, dirigir y adoptar las políticas en materia de información para el desarrollo del Observatorio Nacional de Salud.
- Integrar las diferentes fuentes de información al SISPRO.
- Definir los estándares de flujos de información, oportunidad, cobertura, calidad y estructura de los reportes al SISPRO.
- Promover la ejecución de las investigaciones que hacen parte de la agenda programática del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales que permitan generar conocimiento que complemente la información disponible en los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS)
- Observatorio Nacional Intersectorial de Embarazo en la adolescencia.

**1. Ley 75 de 1.968.** Los niños, niñas y adolescentes, por primera vez se ven diferenciados como grupo y para el cual se confía el cuidado y salvaguardia de la integridad física, la salud y la educación ya sea por intermedio de sus cuidadores directos o por instituciones dedicadas a tal fin y se crea oficialmente el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) cuyo fin esencial es proveer protección al menor.

**2. Constitución Nacional de Colombia de 1991.** Establece en sus artículos 44 y 45 el papel preponderante de los niños y adolescentes en nuestro país

**Artículo 44:** Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los

demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

**Artículo 45.** El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

**CONPES 091 de 2005:** Metas y estrategias de Colombia para el logro de los ODM - 2015. Objetivo: Mejorar la salud sexual y reproductiva. Estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Define el diseño e implementación de herramientas para identificar, orientar y facilitar la adhesión a las intervenciones de detección temprana de alteraciones del embarazo, de atención del parto y de atención del puerperio. Adicional enfatiza sobre el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública en salud sexual y reproductiva, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de vigilancia sobre los eventos de interés y sobre el acceso y calidad.

**CONPES 140 de 2011:** Ratificación metas a nivel nacional ODM. Objetivo: Mejorar la salud materna. Establece las estrategias para la reducción de la mortalidad materna y la promoción de la salud sexual y reproductiva. Objetivo: Sobre el logro del acceso universal a la salud reproductiva, el porcentaje de mujeres entre los 15 y 19 años de edad que han sido madres o están en embarazo y cuya meta para el año 2015 es de menor de 15%.

**Ley 1098 de 2006:** Código de Infancia y Adolescencia. Después de discusiones de varios años es promulgado este código considerándose como uno de los hitos más importantes en materia de reconocimiento de los derechos de la infancia y juventud en el país. En esta ley se tiene en cuenta todo aquello que se relaciona en ser humanos con beneficios de salud, educación, protección familiar, apoyo psicológico, vivienda digna y trabajo digno.

**CONPES 147 de 2012:** Lineamientos para el desarrollo de una línea estratégica para la prevención del embarazo en la adolescencia (edades entre 6 y 19 años). Establece un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación a este evento en Colombia, a través del Observatorio Nacional Insectorial de Embarazo en la Adolescencia: Define el desarrollo de una estrategia conjunta para monitorear el embarazo adolescente articulada con otros actores responsables a nivel nacional, con el fin de generar información útil en la orientación de una política pública para su prevención y reducción.

## 8. METODOLOGÍA

### 8.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Se desarrolla la presente investigación bajo el enfoque cualitativo, en lo cual busca otorgar una metodología de la investigación que permita poder comprender factores externos e internos de complejidad social conllevándolas a entender y comprender las ideologías de contextos socioculturales logrando conocer las ideologías de un grupo de individuos y comunidad, como bien lo explican los autores Lincoln y Denzin (1994) “la investigación cualitativa es un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en muchas ocasiones contra disciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas. La investigación cualitativa es muchas cosas al mismo tiempo. Es multiparadigmática en su enfoque” (p.576).

Los que la practican son sensibles al valor del enfoque multimetódico. Están sometidos a la perspectiva naturalista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana. Al mismo tiempo, el campo es inherentemente político y construido por múltiples posiciones éticas y políticas.

El enfoque cualitativo de investigación se enmarca en el paradigma científico naturalista, el cual, como señala Barrantes (2014), también es denominado naturalista-humanista o interpretativo, y cuyo interés “se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social”.

La investigación cualitativa asume una realidad subjetiva, dinámica y compuesta por multiplicidad de contextos. El enfoque cualitativo de investigación privilegia el análisis profundo y reflexivo de los significados subjetivos e intersubjetivos que forman parte de las realidades estudiadas.

Es importante aclarar lo siguiente:

Aunque el enfoque cualitativo se orienta hacia la interpretación de realidades subjetivas, la investigación cualitativa no deja de ser científica, y lo es tanto como la investigación basada en el enfoque cuantitativo; dicha interpretación tampoco se reduce a un asunto de opiniones de quien investiga (Abarca, Alpízar, Sibaja y Rojas, 2013, p.10).

Los mismos investigadores son parte importante del proceso de investigación, bien desde el punto de vista de su propia experiencia personal como investigadores, bien desde el de sus experiencias en el campo y con la reflexividad que aportan al rol que desempeñan, pues son miembros del campo que es objeto de estudio (Abarca, *et al*, 2013).

Como bien lo expone Baptista (1992), la investigación en Trabajo Social, nos hace enfrentar un desafío en realizar una lectura y análisis de la coyuntura social y política de la realidad en la cual intervenimos, al mismo tiempo que esta constituye su particularidad, puesto que nos confronta con la producción de nuevas prácticas profesionales, nuevos conocimientos sobre esta realidad que nos permitan superar en nuestra intervención los límites que nos marcan las instituciones. La investigación cualitativa nos permite un modo singular de aproximarnos a nuestro objeto de estudio, y es esta particularidad, la cual tiene múltiples relaciones con la particularidad del Trabajo Social. Entendiendo que el trabajador social realiza su práctica en el espacio de la vida cotidiana de los sujetos, y que dicha práctica no constituye una acción “aislada”, “abstracta” o “independiente” de las múltiples determinaciones que constituyen la realidad, la investigación cualitativa se presenta como el camino fecundo para aproximarnos al descubrimiento, conocimiento y valorización de los sujetos histórico sociales con los cuales construimos nuestra práctica profesional.

Respecto a lo anterior, se puede decir que en este campo social es de vital importancia desarrollar la capacidad de observación, análisis y sobre los contextos socioculturales que está presente en medio de nuestra sociedad, es decir es conocer la esencia sobre la importancia que tiene el impacto social en una comunidad aplicando la ética profesional sin prejuicios sino fortaleciendo principios y valores que más destaquen o se hallan disminuido en el entorno. Es poder lograr obtener un diagnóstico social como herramienta que permita la construcción de un nuevo saber sobre sociedad y poder aplicar estrategias que facilite el desenlace que ata a la comunidad en la redes sociales o comunicación cerrada entre los mismos.

La investigación cualitativa prioriza la indagación del modo de vida de los sujetos con los cuales trabajamos, es decir, es la búsqueda de la experiencia que dichos sujetos construyen; es salir al encuentro de los significados, las interpretaciones, las historias de vida de los sujetos. La investigación cualitativa nos enfrenta al desafío de conocer sujetos, de conocer personas y sus historias, nos enfrenta a escuchar al otro; sin conocer a los sujetos con los cuales desarrollamos nuestra intervención. “Si tenemos una práctica que transita entre demandas, carencias y necesidades, sólo podremos conocerlas, identificarlas, en la medida que estemos realmente escuchando lo que el otro tiene para decirnos y no apenas trabajando con indicadores, con tablas, con índices” (Martinelli, 1994, p.7).

Como bien lo expone Sampieri (2006), el enfoque cualitativo lo que nos modela es un proceso inductivo contextualizado en un ambiente natural, esto se debe a que en la recolección de datos se establece una estrecha relación entre los participantes de la investigación sustrayendo sus experiencias e ideologías en detrimento del empleo de un instrumento de medición predeterminado. En este enfoque las variables no se definen con la finalidad de manipularse experimentalmente, y esto nos indica que se analiza una realidad subjetiva además de tener una investigación sin potencial de réplica y sin fundamentos estadísticos. Este enfoque se caracteriza

también por la no completa conceptualización de las preguntas de investigación y por la no reducción a números de las conclusiones sustraídas de los datos, además busca sobre todo la dispersión de la información en contraste con el enfoque cuantitativo que busca delimitarla. Con el enfoque cualitativo se tiene una gran amplitud de ideas e interpretaciones que enriquecen el fin de la investigación. El alcance final del estudio cualitativo consiste en comprender un fenómeno social complejo, más allá de medir las variables involucradas, se busca entenderlo.

El enfoque cualitativo, a veces referido como investigación naturalista, fenomenológica, interpretativa o etnográfica, es una especie de "paraguas" en el cual se incluye una variedad de concepciones, visiones, técnicas y estudios no cuantitativos (Grinnell, 1997 citado en Sampieri, Collado y Lucio, 2006).

Sus características más relevantes son:

- ❖ El investigador plantea un problema, pero no sigue un proceso claramente definido. Sus planteamientos no son tan específicos como en el enfoque cuantitativo.
- ❖ Enfoque cualitativo Utiliza la recolección de datos sin medición numérica Para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación.
- ❖ Se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación (Grinnell, 1997 citado en Sampieri, Collado y Lucio, 2006).
- ❖ Bajo la búsqueda cualitativa, en lugar de iniciar con una teoría particular y luego "voltear" al mundo empírico para confirmar si esta es apoyada por los hechos, el investigador comienza examinando el mundo social y en este proceso desarrolla una teoría coherente con lo que observa que ocurre -con frecuencia denominada teoría fundamentada (Esterberg, 2002).

Dicho de otra forma, las investigaciones cualitativas se fundamentan más en un proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general. Por ejemplo, en un típico estudio cualitativo, el investigador entrevista a una persona, analiza los datos que obtuvo y saca algunas conclusiones; posteriormente, entrevista a otra persona, analiza esta nueva información y revisa sus resultados y conclusiones; del mismo modo, efectúa y analiza más entrevistas para comprender lo que busca. Es decir, procede caso por caso, dato por dato, hasta llegar a una perspectiva más general.

- ❖ En la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, estas se generan durante el proceso y van refinándose conforme se recaban más datos o son un resultado del estudio.

- ❖ El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados. Una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos). También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades. El investigador pregunta cuestiones generales y abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe y analiza y los convierte en temas, esto es, conduce la indagación de una manera subjetiva y reconoce sus tendencias personales (Todd, Nerlich y McKeown, 2004). Debido a ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas (Sherman y Webb, 1988). Patton (1980, 1990) define los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones.

## **8.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Este proceso de investigación se desarrollará en el marco del diseño descriptivo el cual permite como su nombre lo indica describir, registrar para analizar e interpretar el fenómeno que ha causado los embarazos no deseados en los adolescentes del sector. De este modo, su noción responde a unas preguntas puntuales donde se evidencie el nivel de comunicación que se establecen de padres e hijos y como es la vinculación afectiva con su pareja o expareja sentimental. Durante su proceso de desarrollo es importante recurrir a la observación permitiendo involucrarse con el contexto y lograr sentir, mirar y reflexionar acerca de lo que ve. Sin embargo, el eje principal del problema radica en la educación de la orientación sexual y las comunicaciones que se vincula en los padres e hijos.

Siguiendo la búsqueda conceptual de este diseño tiene como finalidad conocer las relaciones interpersonales que se vincula en el proceso de interacción de la comunicación entre hijos y padre, padres e hijos y el proceso de formación de su orientación de educación sexual, con lo presente permite analizar todos los aspectos que se relacionan al proceso investigativos de las causas que se dan en este fenómeno.

## **8.3 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

### **8.3.1 Historias de vida.**

Las Historias de Vida es una técnica de investigación cualitativa, ubicada en el marco del denominado método biográfico (Rodríguez, Gil y García, 1996), cuyo objeto principal es el análisis y transcripción que el investigador realiza a raíz de los relatos de una persona sobre su vida o momentos concretos de la misma (Martín García, 1995) y también sobre los relatos y documentos extraídos de terceras



personas, es decir, relatos y aportaciones realizadas por otras personas sobre el sujeto de la Historia de Vida (Perelló, 2009).

Su principal finalidad la podemos localizar en el relato que se extraen de las mismas contextualizadas en un lugar y tiempo determinado, que permiten revivir, analizar e incluso situarse ante tales circunstancias y razonar su comportamiento en ese determinado momento. El análisis de los datos obtenidos supone un proceso de indagación basándose en técnicas de recogida de datos de índole cualitativa (Martín, 1995). Las principales son las entrevistas y los largos diálogos entre el investigador y el autor del relato donde éste último expone lo más íntimo de él como sentimientos, pensamientos, valores, principios que enmarcan a una cultura para que el investigador pueda contextualizar el relato lo más veraz posible a esa persona y sin interferir la subjetividad a la hora de transcribir la Historia por parte del mismo. Según Perelló (2009), “el investigador es sólo el inductor de la narración, su transcriptor y también el encargado de “retocar” el texto para ordenar la información del relato obtenido en las diferentes sesiones de entrevistas” (Perelló, 2009, p.192)

A menudo, el término Historias de Vida con su carácter multifacético del método biográfico y la multiplicidad de enfoques que éste puede tener (Rodríguez, Gil y García, 1996), nos suele llevar a confusión conceptual entre los conceptos Relato de Vida e Historia de Vida, haciendo referencia el primero a la historia de una persona contada por ella misma y la segunda, a la historia de una persona contada desde ella misma y con cualquier otro tipo de informantes y/o documentación como es el caso de los biogramas (Pujadas, 2002).

En las Historias de Vida “la voz del informante tiene un papel fundamental no sólo como informante, sino como punto de contraste de los diferentes momentos y formas de decir” (Goodson, 2004, p.23). A lo largo de los años 90, la investigación basada en Historias de Vida se incrementada su utilización ya que nos permite la obtención de unos datos e informaciones que a través de la metodología cuantitativa no podríamos recoger.

En palabras de Korblint (2004) y de Leite (2011) las Historias de Vida se basan en experiencias concretas de la persona en cuestión, a través de las cuales se pretenden recuperar el sentido de la misma vinculándola a experiencias vividas de la personas (dentro de la subjetividad de la misma) y que nos permiten poner de manifiesto y revelar las técnicas de investigación cualitativa, por lo que, como investigadores, deberemos tener una posición de “escucha activa y metodológica” (Bourdieu et al. 1999). Vela (2001) o De Garay (1997) nos indica que las investigaciones cualitativas enmarcadas dentro del área de las ciencias sociales, va a tener su foco de atención en la persona y en el contexto que lo rodea (Goodson, 2004). Cortés (2011), indica que las Historias de Vidas nos permiten visualizar, entender e interpretar las voces que siempre han estado pero los discursos dominantes de nuestra sociedad nos han imposibilitado ver.

Para el Trabajo Social la historia de vida es un recurso metodológico que permite reconstruir y reflexionar a partir de la “memoria viva” de los sujetos, el cúmulo de experiencias de la vida de la sociedad” (Aceves, 1999, p.5), siendo una técnica que puede ser usada en el campo de la intervención social para conseguir el empoderamiento de mujeres y otros grupos sociales (Villen, 2008).

En la línea de investigación en el estudio sobre zonas deprimidas de la conurbación de Sevilla, recurrieron a la historia de vida que les permitió “ver la evolución de los hechos acaecidos en la zona objeto de estudio y en este tema era un hándicap para los jóvenes investigadores por existir poca bibliografía en castellano” sobre la historia de vida (Hornillo y Sarasola, 2003).

Una historia de vida o biografía de vida es una técnica narrativa que consiste en la elaboración de un relato autobiográfico con finalidad terapéutica o de investigación. Es utilizada en diferentes contextos y disciplinas, como en la terapia ocupacional y la psicoterapia, o en las investigaciones de tipo sociológico, psicológico o antropológico.

El procedimiento básico consiste en evocar y estructurar los recuerdos de la vida de una persona, pero desde un punto de vista subjetivo, es decir, a través de su propia mirada. En la historia de vida deben quedar reflejados no sólo datos objetivos como fechas y lugares, sino sobre todo información relativa a la perspectiva subjetiva, como valores, ideas, proyectos, planteamientos vitales, relaciones sociales, etc.

Habitualmente, la historia de vida se construye entre dos, el sujeto protagonista del relato biográfico y un terapeuta o investigador, que recoge la información a través de una entrevista oral, y ayuda a estructurarla y darle su forma escrita.

Es posible afirmar que el diseño y ejecución de encuestas es frecuente en el ámbito investigativo debido a que permite obtener, elaborar e interpretar datos de modo rápido y eficaz. “La encuesta, además de ser una técnica de recogida de datos, se ha convertido en un método muy usual de investigación social, dada su gran versatilidad, la variedad de campos de aplicación, así como su capacidad de describir las características sociales de los colectivos estudiados e inferir conclusiones extensivas a la totalidad de dichos colectivos”. Dado que se abordó población campesina y se indago sobre aspectos sociales y familiares surge la aplicación de la encuesta como un mecanismo satisfactorio de obtención de información referente al tema de investigación (Muñoz, 2014).

Una historia de vida o biografía de vida es una herramienta que mediante la narración sobre los aspectos bibliográficos más importante que marcan su vida y esta narración es un medio de ayuda para el fortalecimiento personal que es de apoyo terapéutico o instrumento de investigación. Es utilizada en diferentes contextos del campo social relacionadas con psicología, antropología, sociología y trabaja social que son de ayuda como terapia ocupacional y la psicoterapia.

### **8.3.2 Mapa de redes.**

Es una traficación tipo radio para medir mediante gradientes la intensidad o lejanía que el usuario tiene con diversas esferas sociales tales como familia externa, trabajo, comunidad etc. Sirve para identificar potencialidades de la red de apoyo mediante un análisis biopsicosocial puede ser utilizado en el Trabajo Social de caso, es un instrumento de gran importancia para el análisis familiar.

El apoyo social ha sido conceptualizado en varias formas, y es importante establecer desde el inicio un lenguaje conceptual y una definición común. El apoyo social se refiere aquí a las distintas formas en las que las personas brindan ayuda entre sí: apoyo emocional, consejo, información, guía, ayuda tangible o asistencia concreta (Barrera & Ainley, 1983; Gottlieb, 1983; House & Kahn, 1985; Wood, 1984).

El apoyo social pueden brindarlo espontáneamente las redes naturales de ayuda de la familia y amigos, o pueden movilizarse mediante la intervención profesional. El apoyo social que se brinda mediante una red de apoyo informal está típicamente caracterizado por una mutualidad, reciprocidad e informalidad que a menudo no es evidente en las relaciones profesionales de ayuda.

El término red social se refiere a la estructura y cantidad de un conjunto de relaciones interconectadas (Mitchell y Trickett, 1980). Por lo general, se considera que los análisis de Barne (1954) de las relaciones en una aldea de Noruega dedicada a la pesca y el estudio de Bott (1957) sobre los patrones conyugales entre las familias londinenses son el inicio de lo que ahora se denomina análisis de red social. Una red de apoyo social se refiere a un conjunto de relaciones que proporcionan sustento y refuerzo al hacer frente a la vida diaria (Whittaker y Garbarino, 1983), aunque no todas las redes son socialmente sustentadoras, ni tienen comportamientos sociales positivos de refuerzo.

Por lo tanto, es importante distinguir los vínculos estructurales de la red social de los recursos “apoyos” intercambiados dentro de la red. Una mayor cantidad de recursos de red social no necesariamente implican mayor apoyo social. Tampoco es el caso que todos los intercambios se respalden. Por esta razón, algunos autores han observado apoyo social dentro de la teoría de intercambio social (Wellman, 1981; Specht, 1986). Además, la percepción de que otros estarían disponibles para prestar ayuda puede ser un factor clave en la mediación del estrés (Cohen y McKay, 1984; Wethington y Kessler, 1986). Debido a estas complejidades, el apoyo social es visto cada vez más como una construcción multidimensional, consistente de recursos de red social, tipos de intercambios de apoyo, percepciones de disponibilidad de apoyo y destrezas en el acceso y mantenimiento de relaciones de apoyo (Heller y Swindle, 1983).

En años recientes, los investigadores han desarrollado varias medidas para analizar el apoyo social (Tardy, 1985). Las medidas estructurales describen la existencia o

calidad de las relaciones sociales, como, por ejemplo, el estado civil, los contactos con amigos y la afiliación religiosa. Las medidas funcionales analizan varios tipos de intercambios de apoyo. Las funciones de apoyo de las redes sociales también se analizan de diferentes formas. La frecuencia de eventos de apoyo específicos puede determinarse; además, la disponibilidad percibida o la adecuación del apoyo pueden evaluarse. La dificultad con muchas herramientas de medida de apoyo social es su extensión, complejidad y relación débil hacia las necesidades prácticas directas. Muchos instrumentos se diseñaron para propósitos que no eran la planeación del tratamiento; por ejemplo, para identificar los componentes del apoyo o la función mediadora del apoyo social en estrés y al hacer frente a situaciones. No sólo se desarrollaron para diferentes propósitos, sino que a menudo eran difíciles de administrar y requerían de mucho tiempo. El dilema para los médicos es la forma de evaluar el apoyo social de forma clínicamente significativa.

El ecomapa es un método extremadamente útil que refleja las relaciones cliente-ambiente (Hartman, 1978; Hartman & Laird, 1983). Aunque el ecomapa fue diseñado para ayudar a que los trabajadores públicos de bienestar infantil examinaran las necesidades de la familia, esta herramienta ahora se utiliza en una amplia variedad de contextos de práctica. Aunque puede utilizarse para ilustrar las conexiones de un individuo, se utiliza con más frecuencia para representar la relación total del sistema familiar con el mundo exterior. Las ventajas del ecomapa son su simulación visual de las conexiones entre una familia y el medio ambiente, su capacidad de demostrar el flujo de energía hacia y desde la familia y su representación de relaciones sustentadoras y conflictivas. Una desventaja del ecomapa es sus términos imprecisos, que dificultan determinar la naturaleza exacta de las relaciones representadas. Por ejemplo, se pueden definir de diferentes formas las relaciones firmes frente a las tenues. En efecto, el eco mapa proporciona una representación mucho más completa de estructura que de función.

De forma análoga al eco mapa, las técnicas de mapeo de red social inician identificando y mostrando visualmente la composición de la red y sus miembros. Mapeo de red social presta atención tanto a la estructura como a la función de forma más detallada que el eco mapa. En general, las redes sociales se construyen para un solo individuo una red egocéntrica y enumeran a cada persona que dicho individuo conoce. Los datos de la red social recolectados de esta forma se han utilizado para determinar una cantidad de variables, incluyendo el tamaño, composición y densidad. Las técnicas de mapeo de red social son completamente compatibles con los procedimientos del ecomapa, pero proporcionan respuestas más detalladas y fijas con respecto a la calidad y funcionamiento de las conexiones sociales.

El mapa de red social recolecta información sobre el tamaño total y composición de la red, el grado en el que los miembros de la red proporcionan varios tipos de apoyo y la naturaleza de las relaciones dentro de la red, conforme los percibe la persona

que completa el mapa. La administración del mapa involucra enumerar a los miembros de la red en cada una de las siete.

El Mapa de la Red Social: Evaluación del Apoyo Social en la Práctica Clínica 4 áreas: (1) Hogar (personas con quienes vive la persona); (2) familiares; (3) amigos; (4) personas del trabajo o la escuela; (5) personas de clubes, organizaciones o grupos religiosos; (6) vecinos y (7) agencias u otros proveedores de servicios formales. Los nombres o iniciales de los miembros de la red se colocan visualmente en el “mapa” en forma de círculo. Después de que la composición de la red se ha identificado, se hacen una serie de preguntas con respecto a la naturaleza de las relaciones de la red. Estas preguntas cubren los tipos de apoyo disponibles (emocional, informativo y concreto), el grado en el que los miembros de la red son críticos del individuo, la dirección de ayuda, la cercanía de las relaciones, la frecuencia del contacto y la duración de las relaciones. Las respuestas a estas interrogantes se registran en una cuadrícula de la red.

El mapa de red social proporciona, particularmente, información sobre los siguientes aspectos del funcionamiento de la red social. Para cada aspecto se pueden calcular tanto las cifras absolutas como las proporciones; el uso de proporciones permite comparaciones entre las redes sociales de diferentes tamaños.

### **8.3.3 Cronograma familiar.**

Este instrumento conecta el tiempo con sucesos importantes, marchantes y relevantes para el sistema familiar, ayuda a organizar cronológicamente las adversidades de la familia Este instrumento se utiliza para el análisis familiar acompañado del familiograma y ecomapa, es más utilizado.

Con la finalidad de poder tener información con relación a las perspectivas de orientación familiar que se dan dentro del núcleo de cada contexto familiar. Esta herramienta ayuda a nutrir y a fortalecer los conocimientos que se tiene con relación a los métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados en los adolescentes.

Teniendo en cuenta que por medio de los familiogramas se puede conocer las relaciones de cada miembro de la familia con relación a los adolescentes acerca de cómo es la relación de los padres con los hijos y como es el nivel de comunicación.

El genograma como “la representación gráfica del desarrollo familiar a lo largo del tiempo o como la herramienta capaz de incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas” (De la Revilla, 2006, p. 559). Dicha herramienta nos proporciona un excelente sistema de registro, donde no sólo encontramos información referida a aspectos demográficos, momentos del ciclo vital, acontecimientos vitales, etc. Sino que también nos proporciona informaciones muy valiosas sobre los miembros de la familia de los usuarios, permitiéndonos relacionar al usuario con su familia (De la Revilla, 2006).

El genograma puede ayudar a los miembros de la familia a acceder a la percepción de sí mismos y de los otros, para que se vean como parte de un todo (Du Ranquet, 1991) y a reconocer que la familia en su conjunto participa de forma activa en el proceso de funcionalidad/disfuncionalidad de cada uno de sus miembros. Pero el genograma adquiere su máxima importancia cuando se utiliza como herramienta para detectar problemas ocultos que de otra manera podrían pasar desapercibidos (De la Revilla, 2006).

Bowen (1991 citado en Arellano y Díaz, 1985), por medio de sus investigaciones, estableció que en el interior de una familia existen patrones que determinan que el funcionamiento de uno de sus miembros no puede comprenderse adecuadamente si no se considera el funcionamiento del resto de miembros del sistema familiar, ya que cada uno de ellos funcionan recíproca y complementariamente, por lo que un cambio en una parte del sistema puede generar modificaciones compensatorias o disfunciones en otra. Y, todo ello, puede ser representado y visualizado en la estructura del genograma.

Si bien es cierto que Haley (1976), Madanes (1981) y Minuchin (1974) fueron pilares importantes para el desarrollo del enfoque sistémico y la terapia familiar, no contaron con el genograma como uno de los elementos esenciales para sus enfoques, pues estaban más interesados en las relaciones emocionales que en su estructura explicativa (McGoldrick y Gerson, 1993).

McGoldrick y Gerson (1993) citado en Arellano y Díaz (2010) consideran el genograma, “visto como un árbol ramificado que permite conocer detalladamente una constelación familiar multigeneracional, se convierte en una herramienta (...) que refuerza el sentido original de los modelos psicoterapéuticos desde los cuales ha emergido” (p. 7).

Para su elaboración recurrimos a los símbolos que, según la definición griega, son un signo de reconocimiento. Las imágenes o palabras “se convierten en símbolos cuando van más allá de su sentido literal, evidente, inmediato, para significar alguna cosa más que su propia apariencia, para expresar su sentido más profundo” (Del Castillo, 2013, p. 22). Entrar en la simbología del genograma es poder interpretar lo escondido y rescatarlo del olvido, ya que el símbolo tiene una función liberadora, siendo capaz de hablar donde una situación está bloqueada o abrir la puerta a los secretos de la familia, haciendo visible lo invisible (Del Castillo, 2013).

Es a través de este simbolismo que podemos representar la estructura familiar con su historia, límites, jerarquías y alianzas; valorar los cambios producidos a lo largo del tiempo en la organización familiar; la forma que tiene la familia de movilizar sus recursos o resistencias; conocer y analizar la cohesión intrafamiliar o el grado y calidad de su comunicación; la percepción que tiene cada miembro de la familia sobre los roles, mitos, creencias, etc. Pero además nos brinda también información

sobre el tipo de hogar, la etapa del ciclo vital en el que se encuentra la familia, ver los acontecimientos vitales, las experiencias transgeneracionales y poder determinar las pautas repetitivas en las formas de relación o de afrontamiento a las situaciones difíciles. Así pues, el genograma nos “ayuda a comprender los procesos familiares, gracias a la abundante información que aporta sobre el grupo familiar” (Suárez, 2010, p. 56).

Por otro lado, el genograma nos permite también explorar las creencias de una familia, la forma en que fueron construidas y la influencia de su elaboración en cada uno de los miembros, por lo que, en su creación, es importante tener en cuenta todo tipo de antecedentes geográficos, étnicos, culturales, de género, profesionales, bibliográficos y políticos. Por ende, pasa de convertirse de una técnica a un recurso que facilita el posterior trabajo de diálogo por medio del cual se revisan y amplían las narrativas del usuario en busca de nuevas.

Comprensiones. Así, el genograma, nos abre la posibilidad de incorporar en las entrevistas con la familia, una forma diferente de exponer las creencias, las historias, las lecturas y los significados, lo que muchas veces, sin este recurso, sería complicado; sobre todo teniendo en cuenta que son precisamente estas lecturas diferentes de una realidad social, las necesarias para poder empezar a producir cambios (Arellano y Díaz, 2010).

## **8.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

**8.4.1 Población.** En el barrio la María conviven 150 familias.

**8.4.2 Muestra.** Se toma como referente a dos familias del barrio la María Occidente de la ciudad de Popayán.

**8.4.3 Tipo de muestreo.**

**No Probabilístico.** Muestreo no probabilístico es una técnica de muestreo en la cual el investigador selecciona muestras basadas en un juicio subjetivo en lugar de hacer la selección al azar. El muestreo no probabilístico, no todos los miembros de la población tienen la oportunidad de participar en la presente investigación el muestreo no probabilístico es más útil para estudios exploratorios como la encuesta piloto (una encuesta que se implementa en una muestra más pequeña, en comparación con el tamaño de muestra predeterminado).

El muestreo no probabilístico se utiliza donde no es posible extraer un muestreo de probabilidad aleatorio debido a consideraciones de tiempo o costo.

El muestreo no probabilístico es un método menos estricto, este método de muestreo depende en gran medida de la experiencia de los investigadores. El

muestreo no probabilístico comúnmente se lleva a cabo mediante métodos de observación, y se utiliza ampliamente en la investigación.

Del mismo modo la investigación se fundamenta en un tipo de Muestreo casual o incidental el cual Se trata de un proceso en el que el investigador selecciona directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento el utilizar como muestra los individuos a los que se tiene fácil acceso (los profesores de universidad emplean con mucha frecuencia a sus propios alumnos). Un caso particular es el de los voluntarios. El tipo de muestreo se seleccionó a razón de que la población se eligió de forma selectiva, partiendo de los criterios de aplicación.

## **8.5 FASES**

**Fase 1:** Durante la etapa de la investigación se implementará una investigación cualitativa que consistirá en realizar historias de vidas y entrevistas a profundidad a familiares sobre la orientación sexual en adolescentes sobre el tema “Embarazos no deseados en la ciudad de Popayán barrio La María Occidente.

**Fase 2:** Se elabora la propuesta de investigación que surge por mi interés personal y académico por investigar acerca de la orientación sexual en adolescentes del barrio la María Occidente de la ciudad de Popayán y cómo influye los niveles de comunicación dentro del sistema familiar.

**Fase 3:** Se contactarán a familiares de los adolescentes en embarazos no deseados a temprana edad en el barrio la María Occidente de Popayán, para saber si podemos contar con su apoyo para desarrollar esta investigación.

**Fase 4:** Para el desarrollo de trabajo de campo, se realizarán entrevistas a profundidad e historias de vidas de los adolescentes para poder conocer como ha sido el proceso de comunicación dentro de las dinámicas familiares y conocer las razones por la cual de los acudientes no se obtiene una orientación sexual para con los adolescentes.

**Fase 5:** Se realizarán las entrevistas, se transcribirán y analizarán para la realización del trabajo de grado.

En este capítulo se ha presentado el universo problemático y marcos teórico-conceptual y metodológico. Luego se presentarán los resultados de la investigación.



## 9. RESULTADOS

### 9.1 CATEGORÍAS

#### **CATEGORIA DE ENTREVISTA: DIVERSAS EDADES QUE SE INICIA LA VIDA SEXUAL**

1. Empecé la actividad sexual antes de cumplir mis 15 años, desde siempre me he juntado con personas mayores, siempre mis amigos tuvieron más edad que yo y por lo tanto siempre iban más adelantados en cuestiones académicas como también en la exploración en la sexualidad, entonces por la misma razón por la misma compañía etc. conseguí novio y pues desde ahí empezó antes de los 15 años.
2. A ver yo empecé mi actividad sexual como a los 16 años más o menos en ese tiempo era un tabú, en ese tiempo a uno no le decían nada y uno pues fue como como experimentar no o sea a ver qué se sentía y a ver si era rico o no,
3. Inicié mi actividad sexual a los 18 años y lo hice porque pensé que estaba enamorada de él porque llevábamos tres años de novios.

#### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: COMUNICACIÓN Y FLUJO DE CONFIANZA.**

1. Fue mi mamá, pues claramente fue la primer persona que lo supo no pues claramente como quien dice por boca mía no se lo comenté por acto de irresponsabilidad porque debí haberle hablado para preguntar para cometérselo igual porque se sabe que igual se tiene que hacer exámenes para saber uno como está, como está la pareja de uno etc pero en el momento no tome la decisión de contárselo mi mamá se dio cuenta por que como dice la mamá de uno se las sabe todas tanto en los cambios hormonales como físicamente, ella misma después de un tiempo me tocó el tema de que ella ya se había dado cuenta que yo, ya empecé mi vida sexual por todos los cambios que había tenido no solo lamente emocionalmente y todo sino yo creo que uno empieza a explorar la vida sexual ya uno ya cambia hasta en la forma de vestir porque uno ya se empieza a sentir más atractiva uno empieza a notar ese poco de cosas que uno no notaba y esa fue la razón por la cual mi mamá se dio cuenta.
2. Mi mejor amiga, porque me daba miedo la reacción que fuera tomar mi mamá, pero más que todo mi papá ya que él ha sido muy reservado en ese tema.

#### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: PARTICIPACIÓN EN CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONOCER LOS MÉTODOS PARA PLANIFICAR LA VIDA SEXUAL**

1. Si, realmente estudie en un colegio privado en el colegio los profes nos hablaron a carta abierta los métodos anticonceptivos y desde pequeña conozco la pastilla porque mi mamá siempre ha planificado con ella también la pila, el implante porque también es la que más se habla entre muchachos entre las jóvenes yo creo que eso es el método que más se utiliza, ya inyección también conocidos por la familia, mis tías siempre me dijeron que utilizaron la inyección mis primas porque les parecía muy buena y porque mi mamá después del segundo embarazo se hizo poner la T y el condón porque es el que más se habla también para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Realmente me gusta siempre tomar la opinión por ejemplo por los métodos que he tomado actualmente todo me ha gustado debatir con personas que los ha utilizado aun sabiendo que no todos los cuerpos son diferentes que cada método va a cambiar o va a mejor o va a crear algo en tu cuerpo pero si me gusta tenerlo en cuenta también creo que hay algunas afectaciones que creo que no quisiera que me llegara a pasar por lo menos en mi familia son propensas el cáncer de mama, y el método conectivo todo afectan pero el que más ha afectado en mi familia es la pila por la cantidad de hormonas que bota entonces por lo menos mis tías el ya al traer esa ya esa herencia me recomiendan que la pila no entonces que buscara otro método afectivo pero que no fuera tan dañino para mí, entonces tuve en cuenta y desde pequeña he sufrido de sangrado que me han durado 20 días a 25 entonces con expertos como los médicos decían que la pastilla era la que lo regulaba entonces el método que he optado desde ahora para regular eso que ha sido complicado.

2. No, realmente a medio mucha pena, como te decía hablarlo con mi mamá y por la misma razón no, ósea no planifique ósea el método que utilizaba era el condón. Resulta que tres años después de estar con el condón solamente me realiza un examen como te decía el sangrado era abundante y me tocaba utilizar pañal porque el sangrado era demasiado y el sangrado era por 15 - 20 días y cuando estuve pequeña el periodo me vino a los 11 años y a mí me daba hasta fiebre cuando me llegaba el periodo era algo brutal entonces me hacía exámenes y mi mamá era consiente que yo ya había indicado mi actividad sexual, entonces ella me recomendó ir al ginecólogo no sé qué ya cuando yo creo que ella tomo la decisión entrecomilla valentía le decía venga miya como usted ya empezó su actividad sexual hágase revisar y había tenido mal formación en el útero para que mi sangrado sea así. La doctora él dijo que era muy muy difícil llegar a quedar en embarazo fue lo que me dijo la ginecóloga y que, pues yo tenía 16 años y medio y me dijo que, si quería tener hijos en un futuro que debía haber un proceso unas pastas etc, pero que ella me recomendaba que lógicamente fuera a los 18 a 20 años empezara el proceso para que no fuera tan tardar mucho si así lo deseaba.

Sí, mi mamá, porque es ella la que me llevaba cuando yo tenía trece años, ella fue la que me hizo poner el implante en Profamilia sin el consentimiento de mi papá,

porque mi papá para esa situación es muy reservado, a él no le gusta hablar de esos temas con nosotros.

### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN EL ENTORNO DE INTERACCIÓN**

1. Realmente con mis tías con mi mamá no como te decía con dos o tres amigas que han sido más cercanas contentábamos como te está yendo con este método como igual no todos los cuerpos son iguales que te hizo esto no sé qué y pues con la ginecóloga ahora la que me atiende y me ha dado las bases que fue por la persona por la cual me decidí porque al tener el problema del periodo me recomendó que los anticonceptivos que son vía oral son los que me van a regular el periodo porque yo realmente quería planificar con la inyección por lo mismo por el sondeo por las personas que están al mi alrededor entonces la ginecóloga me dijo que lo que me iba a regular el periodo de manera efectiva era los anticonceptivos vía oral, entonces por la ginecóloga fue por la quien me decidí de empezar con las pastas.

2. Con mis amigos, porque me siento que con ellos se puede hablar más abiertamente el tema porque mi mama siempre me habla, me apoya y todo eso que es bien, pero me da como pena tocar esos temas con ella.

### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: ACOMPAÑAMIENTO DE PADRES DE FAMILIA EN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

1. Mira que realmente en estado de ánimo siempre he sido variante y me afecta mucho el estado de ánimo me pongo a chillar, brava sentimental, siempre pero que yo digo este método me puso así, este método me puso asa no, me sentía más anchita sí, me sentía más gordita cuando estaba utilizaba la pila si sentí que subí un poquito de peso la deje y ahorita también siento que con la pasta que son los métodos que hasta ahora he utilizado me ha salido barritos en la cara. No sufría de acné Y he notado que antes de llegar el periodo me salen barros en la cara. Pues realmente si soy una persona que siempre se ha quejado de su imagen siempre, siempre desde siempre entonces realmente cuando subí de peso con la pila me sentía muy bien porque después de tener a mi hija para sentirme más o menos bien con jeans tenía que ponerme una licra debajo porque quede demasiado flaca y eso me tenía mal, me tenía mal y también quede con muchas estrías entonces uno viene de 16 - 17 años y uno quedar con esas estrías y no mostrando la barriga porque esa son una de las partes que yo creo que me va a costar demasiado volver a tener seguridad.

No pues realmente hablándolo como tema de orientación yo creo que de nadie porque una cosa es que te orienten los pros, los contras las cosas que te puedan pasar en fin rodo lo que conllevan una relación sexual porque no solo es como el acto en si entonces no he tenido en sí. Todo ha sido en internet no ha sido más porque mi papa o mi mama no me hablan charlado sobre eso, por ejemplo de venga

siéntese como se siente o como se está cuidando o que están haciendo pero como están manejando eso, usted se siente bien porque hasta eso hay que preguntarlo a la pareja y él me dijo no pues hágase los exámenes y así empieza a planificar ya había hecho todo ese proceso, yo cumpla años en octubre y yo le había dicho no yo ahora que cumpla los 17 que sea más grande, creyendo yo que de 16 a 17 hay mucho tiempo no sea mucho el regaño. Entonces en ese octubre que yo empecé a planificar me di cuenta de que estaba en embarazo.

2. Sí, mi mamá desde muy niña ha sido ella aun sin tener novio hizo a que yo me empezara a cuidar pues para prevenir un embarazo no deseado. Con la pila aumento de talla y siempre con la pila sin la pila mantengo de mal humor, no sé porque, pero hace parte de mí siempre.

En el colegio, me hablaban de lo básico que el condón, pila y esas cosas, en mi mamá lo mismo y ahora también en el Instituto Forensis. Solo lo hace mi mamá porque mi papá es muy ausente frente a esas cosas igual mi papá le gusta estar en la pieza en el comedor solo es a comer y es el único espacio donde yo hablo con él porque él es de pocas palabras y no tiene horario de llegada.

### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: HIJOS Y PADRES QUE SE COMUNICAN**

1. Como es el ahora porque anteriormente era casi nulo, mi mamá y yo hemos tenido buena relación de convivencia tenemos casi el mismo carácter, genio pero como comunicación fallamos muchas cosas y yo creo que ella también le faltó y yo quiero que eso cambie con mis hermanas y mucha gente me decía es mejor que una madre es mejor ponerse roja un día que pálida toda la vida pero no, no buscamos el momento no hubo el espacio realmente ni con el uno ni como el otro ni con mi padre entonces desde pequeña no buscaba los espacios porque no me interesaba entonces ellos son muy estrictos con ellos porque ellos no son capaces de hablar siento que no fueron capaces todos eran los gritos o los golpes por parte de mi papa entonces yo prefería no estar en la casa, yo pasaba en el colegio de lunes a viernes y los únicos días que yo podía estar con ellos era los domingos porque yo estudiaba en la mañana y yo tenía curso de radio y tv o tenía teatro, banda o voleibol, o futbol ósea en el colegio decían quién quiere lavar los baños y carolina decía se iba lavar los baños porque carolina no quería estar en la casa lastimosamente.

Realmente la EPS es muy buena y hace campañas de prevenciones y prevenciones a mi celular llegaban mensajes de que si estaba planificando le entraban llamadas para prevenir embarazos no deseados en adolescentes.

Lo hice por no escuchar las discusiones dentro de la casa entonces decidí hacerlo por eso, gracias a Dios mi hija no le afectó nada de eso nació bien y mi mamá siempre defendió la vida nunca se pensó en el aborto y mi papa me hablaba una vez al mes y desvecen cuando me llevaba una fruta que no le correspondía pero de

igual forma lo hacía y cuando fue la ecografía el sueño de acá era que fuera niño porque acá solo hay niñas y en cambio para la familia de mi pareja si fue una bendición porque él es hijo único entonces halla si quería niña.

Entonces mi papá ese día me pregunto que era y yo le dije niña ya, y en cambio halla mi suegra se puso muy feliz porque dijo por fin voy a hacer moñas y le compro vestidos y todas esas cosas.

2. No, porque mi papa es muy jodido frente al tema, no le gusta, la que nos habla así sin preguntar es mi mamá. Sexualidad también está relacionada con la prevención de enfermedades de transmisión sexual para el de jóvenes, en este caso la mirada de la sexualidad está dada en el plano biológico pero que decanta finalmente el riesgo de enfermedades de transmisión sexual; esta respuesta podría mantener cierta relación con una regulación sobre el comportamiento de la sexualidad, ligada a la tradición pedagógica de la educación sexual que basa su narrativa en el ámbito de la prevención.

Nos indica que la sexualidad está relacionada al tema de género, marcado por los roles sociales asignados a los hombres y las mujeres en el ámbito de la familia (padre, madre e hijos), y las relaciones vinculares que establecen los y las jóvenes, se fundamentan en estos roles sociales. Esta percepción asocia a la sexualidad con maternidad y paternidad, es igual a decir que tener relaciones sexuales está ligado directamente a la reproducción y como consecuencia asumir el rol de madre o padre.

Como método importante para evitar el embarazo está el uso del anticonceptivo del condón e inyecciones, lo cual particulariza la función específica de ese método en la anticoncepción, posiblemente porque es el método que más se ha universalizado.

### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: LOS MITOS DE LA VIDA SEXUAL EN EL NÚCLEO FAMILIAR.**

1. No realmente no era tema de la casa entonces era solo molestaba me decían vea usted como empezó chiquita entonces se va a quedar así y efectivamente me quede chiquita pero realmente no era de conversación de la casa.

2. De niña recuerdo que mis papás sí me llevaban al parque y mi mamá me decía cuando yo tenía cinco años vea usted no se deje tocar esas partes íntimas y eso porque eso también hace parte de la educación sexual y después de que cumplí seis o siete años eso ya se fue perdiendo.

Como mi mamá es de mente abierta ninguna, y con mi papá nunca se la ha escuchado nada en relación con el tema.

En este capítulo se presentaron los resultados de la investigación, a continuación se presenta el análisis de los resultados.

## **9.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: DIVERSAS EDADES QUE SE INICIA LA VIDA SEXUAL**

El profesional en Trabajo Social realiza intervenciones, de calidad que permite orientar a los seres humanos en determinados entornos como lo es familiar, educación, centros organizacionales y centros de salud; esto lo realiza con el fin, de propiciar soluciones fructíferas que se reflejen en los cambios productivos que va a tener la persona que se está interviniendo.

Teniendo en cuenta, que es de vital importancia que el profesional por medio de sus conocimientos haga de utilidad las herramientas y metodologías que abarca desde su campo profesional con él con el objetivo de mitigar posibles problemáticas, que está enfrentando el ser y a su vez plantear estrategias que permitan proporcionar cambios positivos a nivel personal y grupal.

Partiendo inicialmente que la sociedad, está sujeta a cambios, esporádicos, que giran en torno al ser humano teniendo en cuenta también sus pensamientos cuyas características es conocer las partes de formas aisladas, profunda, cada vez más en las partes, partiendo del supuesto que mientras más se conocen, las partes más se avanza el conocimiento, del todo, debido a que esta es una estrategia, qué debemos hacer de utilidad para acercarnos a la realidad y así poder realizar un estudio profundo de acuerdo a la situación que se presenta.

Señalan que las estrategias si están riendo al aprendizaje, no desde el punto de vista de instrucciones didácticas, sino más bien a demostrar acciones y experiencia y montaje que ayuda a los miembros de la familia adquirir nuevas competencias una nueva visión de la situación o más o nuevas maneras de entender los hechos y los procesos (Hartman & Laird 1983).

Como afirma Paz (2012), la comunicación es uno de los aspectos, sino el más, importante para los seres humanos, uno de los más importantes, pues gracias a este proceso es que las personas entran en contacto con la sociedad y conocen el entorno que los rodea, permitiéndoles tomar decisiones. Por tal razón, la comunicación se presenta en cualquier aspecto de la cotidianidad y, por lo tanto, dentro de cualquier institución y organización.

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos y psicológico, además, de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. En ocasiones, se producen matrimonios

apresurados que comúnmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y sobre la salud de los hijos.

De igual forma, Barriga (2013) dice que la sexualidad se refiere a la manera de conocerse a uno mismo y a los demás, por lo tanto, la sexualidad no se puede definir solo en términos de genitalidad.

Hablar de sexualidad es hablar del descubrimiento de nosotros mismos y de los demás a través de las interacciones sociales. Nos relacionamos en totalidad, con cuerpo y espíritu. La relación corporal ha de ser una relación privilegiada y placentera. “La sexualidad desborda la genitalidad hasta alcanzar las fantasías, la cercanía emocional, la comunión afectiva, la identidad de género etc. Incide directamente en nuestro bienestar personal y social”. (Barriga, 2013, p.92).

La sexualidad es todo nuestro ser, es algo que somos, pues no tenemos sexualidad, sino que somos sexuados debido a que nos relacionamos con el ambiente que nos rodea, y nos expresamos en él, de acuerdo con nuestra identidad u orientación sexuales. Todas las células, órganos y sus funciones, ya sean biológicas o psicosociales son sexuadas. El programa genético, los sistemas del cuerpo, el cerebro, los órganos genitales y la figura corporal son sexuados, y debido a esto, es que se impone una manera de ser, sentimientos, pensamientos y deseos que se manifiestan a través de conductas sexuales que cambian con la edad, pero se sostienen a lo largo de todo el ciclo vital (Sánchez, 1998).

Empecé la actividad sexual antes de cumplir mis 15 años, desde siempre me he juntado con personas mayores, siempre mis amigos tuvieron más edad que yo y por lo tanto siempre iban más adelantado en cuestiones académicas como también en la exploración en la sexualidad, entonces por la misma razón por la misma compañía etc., conseguí novio y pues desde ahí empezó antes de los 15 años.

A ver yo empecé mi actividad sexual como a los 16 años más o menos en ese tiempo era un tabú, en ese tiempo a uno no le decía nada y uno pues fue como como experimentar no o sea a ver qué se sentía y a ver si era rico o no ya quédate conociste es con tu esposo.

Inicié mi actividad sexual a los 18 años y lo hice porque pensé que estaba enamorada de él porque llevábamos tres años de novios.

Los índices de embarazos y nacimientos en adolescentes varían según la región debido a diferentes causas, entre ellas se puede nombrar, actividad sexual, educación sexual, accesos a los servicios de anticoncepción y abortos, control de natalidad, atención prenatal alta, etc. Si bien, las causas de embarazos en adolescentes son amplias y complejas, variando entre distintos grupos culturales y étnicos, nuestras actitudes sociales sobre la actividad y la anticoncepción sexuales, complica la prevención de embarazos en adolescentes.

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socioeconómica.

### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: COMUNICACIÓN Y FLUJO DE CONFIANZA**

La profesión de Trabajo Social es un aspecto que tiene un valor impresionante, ante el ser humano, debido a que propicia soluciones que se pueden reflejar por medio de cada uno de sus cambios que se reflejan a nivel personal y a su vez con el entorno de interacción esta profesión no se enfoca en una sola persona sino en una población sin número por decirlo así los núcleos familiares, comunidades, la educación, los centros organizacionales.

Desde la perspectiva cada uno de los ambientes puede tener efectos sobre las personas y las familias ya sea favorecido su bienestar y desarrollo armónico o por el contrario siendo un contexto que está contemplado, por la diversidad se situaciones naturales como lo es la problemática del embarazo no deseado que se ejerce por la mal información sobre la sexualidad.

El profesional del trabajo social desempeña en el campo de la familia y la sociedad, su plan asignado tradicionalmente la atención, a las familias de más escasos recursos la experiencia del conocimiento de la familia está acumulado por medio del desarrollo de sus modalidades propias de intervención, influye en su aporte de específicos a los equipos interdisciplinarios en los que participa ubicada en la diversidad de instituciones profesionales, teniendo en cuenta, su ambiente potencial.

Las personas han sobrevivido con muchas penas y dolor usando su voluntad de manera de ver las cosas, sus habilidades, y a través de eso han proporcionado de ellos y de su mundo, debemos entender estas capacidades y hacer alianza con ese conocimiento para poder ayudar a las familias.

En cambio, sólo puede darse si el profesional colabora con las aspiraciones de las personas y la familia, con sus percepciones y su fuerza, para esto tenemos que creer seriamente en ellas.

La comprensión de la familia en la observación de los patrones de organización que la familia se ha dado a lo largo de la historia y que está presente en el hoy no se centra simplemente, de saber en general que los integrantes de la familia, son influidos, por la familia, como un todo y cada miembro individual influye a la familia y que la familia influya en su contexto, de lo que se trata es de entender cómo esto se produce en el caso particular ,de cada familia es más que todo descubrir en cada caso cuáles son las reglas de funcionamiento que esa familia se ha dado en todo el ámbito de sus relaciones (Selvini Palazzoli et al. 1982).



No contamos con nuestro idioma como una palabra que dé cuenta de esta condición de parte de todo para superar esta limitación del lenguaje recurre a la palabra griega holón, entidad que es simultánea parte y de un todo. En este sentido la familia está compuesta por holones partiendo por los individuos, que son a la vez parte y todo y la familia que siendo un todo es parte de otro sistema a los cuales influyen y por los cuales influida (Minuchin, 1982).

La familia como un sistema será vitalmente afectada por cada componente del sistema tan integrales esta relación entre las partes del sistema y el sistema total es que si un individuo su sistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se va a afectar y a la vez el sistema familiar no es tan profundo y adecuadamente, los síntomas de esta disfunción puede desplazarse hacia uno de los miembros de la familia fenómeno descrito como la búsqueda del chivo expiatorio en la literatura acerca de la familia (Preister, 1981).

Bateson concibió la comunicación en dos niveles lógicos distintos, la clase y sus miembros. Todo mensaje aporta información acerca de cada uno de estos niveles. En el nivel de la clase, indica que tipo de mensaje se trata. El nivel de los miembros, lógicamente inferior, lo constituye el contenido del propio mensaje. Al mismo tiempo, este nivel lógico superior, que indica la clase de mensaje de que se trata, supone una definición de la relación, una propuesta sobre el tipo de relación, que requiere respuesta por parte del otro. Así, la comunicación, vista como intercambio de mensajes, supone una continua negociación acerca de la posición de cada uno (Watzlawick, 1985).

Los conceptos de estrategia aplicado al campo de las comunicaciones empresariales ofrecidos desde una óptica general, por momentos tienden a diluir las explicaciones y discusiones.

la estrategia comunicativa consiste en reforzar e intensificar las actitudes y conductas ya presentes en los objetivos, lo cual adopta la forma de una intensificación de actitudes favorables por medio de sencillas técnicas de refuerzo; esta perspectiva general pone el énfasis en la estrategia como una forma organizada del esfuerzo colectivo, para lo que los autores centraron su atención en el fenómeno del grupo al interior del núcleo familiar. Por su parte Lerbinger (1972) señalaba que un profesional de la comunicación persuasiva debe preparar un diseño general explícito, un plan maestro que identifique y describa los elementos esenciales de la situación de comunicación.

Es importante que el profesional en el área de la salud que está orientado el proceso de la planificación con los métodos anticonceptivos, identifique el tipo de comunicación que emplea el individuo y su familia con el fin de orientar hacia la comunicación funcional, sea que se encuentre en trabajo comunitario; ya que en uno u otro el individuo interactúa con su grupo familiar. Por otro lado, se espera sirva

para que la persona desarrolle la observación al considerar la importancia de los mensajes no verbales como parte integral del proceso de comunicación.

Comunicación es el proceso por el cual se intercambia información, ideas, creencias, valores y sentimientos entre dos o más personas. La comunicación incluye un mensaje, un transmisor y un receptor. La persona que da el mensaje es el transmisor y quien lo recibe el receptor; ambos cambian los papeles de receptor y transmisor con frecuencia durante la comunicación.

La comunicación puede ser verbal o no verbal. La verbal se refiere a la palabra escrita o hablada, la no verbal a la expresión de la cara, del cuerpo, ademanes, apretar la mandíbula, elevar la ceja, arrugar la nariz, toser, llorar, quejarse, gritar, gemir, zapatear, susurrar, caminar erguido, agachado y el silencio, entre otros. En cada familia se acentúa una u otra forma de comunicación y la interacción entre receptor y transmisor varía en forma, intensidad y duración lo que hace que esta sea más o menos funcional. Igualmente, éstas formas de comunicación aprendidas en el hogar, son aplicables y afectan las relaciones sociales en las instituciones educativas y laborales, entre otras.

Durante la adolescencia los jóvenes sufren diversas transformaciones psicológicas, físicas y cognoscitivas, es una época caracterizada por la aparición de la pubertad, el establecimiento de la independencia de los padres, la búsqueda de la identidad y el desarrollo de procesos cognoscitivos, a medida, que los adolescentes experimentan estos cambios, pueden probar muchos comportamientos de riesgo entre los que se encuentran la actividad sexual. La familia se constituye en el primer referente de identificación de las personas en el contexto social, de hecho, la familia provee elementos de cuidado y crianza de los hijos.

En la familia es en donde aparece la primera fase de socialización que las personas adquieren y que muchos autores denominan socialización o relaciones primarias por medio de las cuales los jóvenes atraviesan en la etapa de la niñez y que implica desde esta perspectiva dos características importantes; por un lado, está la carga afectiva y por otro está la identificación con el mundo de los adultos. Los procesos vinculares al interior de las familias responden a condiciones sociales, culturales y económicas que a través del tiempo se han reconfigurado y han ido adquiriendo nuevas expresiones al interior de la sociedad (Torres, 2010).

La actividad sexual es en gran medida experimental y de exploración para la mayoría de los adolescentes. Las jóvenes cuyas vidas carecen de estructura, tienen mayor probabilidad de iniciar la actividad sexual de forma precoz, que aquellas que presentan una guía atenta por parte de sus padres.

A través de la interacción, las necesidades afectivas de los miembros de la familia se llenan, las inquietudes se expresan, las tensiones disminuyen, el individuo encuentra en la familia comprensión, satisfacción, descanso, apoyo y la importancia

y el valor que merece como persona. La retroalimentación permite percibir el efecto de la comunicación. Las familias con patrones funcionales de comunicación valoran la libertad, la espontaneidad de expresión, hay mutuo respeto por los sentimientos, comportamiento e intereses. Hay autenticidad y apertura; la familia es capaz de discutir sobre diferentes temas personales y sociales; entre más funcional sea la familia hay más posibilidades de comunicación abierta.

El tema de la sexualidad ha estado enfocado generalmente, en la importancia de la educación sexual, las enfermedades de transmisión sexual, la necesidad de asumir un cuidado hacia los adolescentes, etc. Sin embargo, se ha venido percibiendo un aumento de interés y sensibilidad con respecto a este tema y a los beneficios que trae al ser humano, debido a que se han realizado diversas investigaciones que se vinculan a diferentes disciplinas como psicología, educación y medicina para abordar lo anterior desde nuevas perspectivas.

Una investigación elaborada por González y Marín (1987), en el que se apoyan estudios realizados, los cuales les dan bases para afirmar que todos los seres humanos tienen y viven la sexualidad durante toda su vida, y por lo tanto esta se expresa a través de todo el cuerpo y la manera de pensar y actuar de cada persona. Así, concluyen que la sexualidad es un valor humano, debido a que “se trata de un aspecto del ser humano que está ahí, y que puede ser extraordinariamente positivo y enriquecedor” (González y Marín, 1987, p.16), y por lo tanto se debe promocionar su desarrollo y potencialidad, pues es una dimensión básica y esencial en la existencia.

El embarazo no es un problema en sí mismo, es decir, que este puede ser una decisión tomada por ellas, pero se vuelve problemático en un contexto determinado, donde este grupo encontró limitadas perspectivas a futuro, entonces el mayor problema radica en la falta de educación para tomar decisiones más conscientes y responsables sobre su sexualidad, la falta de garantía de sus derechos y la sociedad patriarcal en la que se ofrece como opción de vida a las mujeres ser madres. La familia no está preparada para ser un agente socializador o no hay reconocimiento de los adolescentes como sujetos de derechos y autónomos de sus decisiones, en consecuencia, los adolescentes asumen su sexualidad sin responsabilidad alguna al contar con poca o nula información, puesto que, el recibir información de calidad del tema favorece y aumenta la autonomía en la toma de decisiones más responsables.

La vivencia sexual es un factor de bienestar y calidad de vida, se destaca la importancia de que las personas tengan una experiencia sexual satisfactoria y, por consecuencia, saludable. El contacto, el afecto y la comunicación son fundamentales para los seres humanos son aspectos que hacen parte de la sexualidad (Vignali y Cedrés, s.f, p.3).

El embarazo y la maternidad en adolescentes causan preocupación en la sociedad en general, principalmente porque se ha construido como un problema que acarrea consecuencias negativas, tanto para las adolescentes como para sus familias.

Así, a nivel físico el acto sexual “es el momento en el que todas las células nerviosas del cerebro descargan su contenido eléctrico, provocando el relajamiento físico total” (Vignali y Cedrés, s.f, p.1). De este modo, la expresión de la sexualidad no debe ser restringida, pues según Whipple Knowless y Davis (2007), al hacer una recopilación de algunos de los hallazgos publicados que sugieren los beneficios que la expresión sexual puede aportar para la salud física y emocional, afirman que la actividad sexual parece tener un efecto positivo; incide en la optimización de la salud física y el bienestar general, mejorando el sueño, enfermedades cardiacas, el sistema inmunológico, depresión, estrés, y demás aspectos que atentan contra la salud física, mental y emocional de las personas.

El hecho que una persona ejerza el acto sexual hace parte de la experiencia de su vida y su toma de decisiones debido a que se realiza por voluntad propia debido a que muchas parejas hoy en día llegan a un acuerdo para que ambas partes se encuentren en mutuo acuerdo, y de esta forma poder mitigar posibles problemáticas como el que fue obligado entre otras.

La vida sexual actualmente está abierta a muchos cambios positivos debido a que los seres humanos quieren explorar muchas cosas, que los atrae y a su vez influye como una nueva estrategia en la práctica sexual y reproductiva.

Fue mi mamá, pues claramente fue la primer persona que lo supo no pues claramente como quien dice por boca mía no se lo comente por acto de irresponsabilidad porque debí haberle hablado para preguntar para cometérselo igual porque se sabe que igual se tiene que hacer exámenes para saber uno como esta, como está la pareja de uno etc pero en el momento no tome la decisión de contárselo mi mamá se dio cuenta por que como dice la mama uno se la sabe todas tanto en los cambios hormonales como físicamente ella misma después de un tiempo me toco de que ella ya se había dado cuenta que yo, ya empecé mi vida sexual por todos los cambios que había tenido no solo lamente emocionalmente y todo sino yo creo que uno empieza a explorar la vida sexual ya uno ya cambia hasta en la forma de vestir porque uno ya se empieza a sentirme más atractivo uno empieza a notar ese poco de cosas que uno no notaba y esa fue la razón por la cual mi mamá se dio cuenta.

Mi mejor amiga, porque me daba miedo la reacción que fuera tomar mi mamá, pero más que todo mi papá ya que él ha sido muy reservado en ese tema.

La relación de pareja se asienta como un nuevo vínculo en donde las personas viven la afectividad y en donde la sexualidad cumple un papel preponderante, pues a

través de ella es en donde se construyen también afectividades, dando lugar a un proceso autónomo de elección de la pareja fuera del vínculo y control familiar.

La paternidad y maternidad son construcciones sociohistóricas marcadas por las formas de organización de la sociedad en función del régimen social, y estas construcciones obedecen o se ajustan a los requerimientos de las formas de economía, religiosidad, relaciones sociales, entre otras.

### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: PARTICIPACIÓN EN CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONOCER LOS MÉTODOS PARA PLANIFICAR LA VIDA SEXUAL**

Para el profesional en Trabajo Social es importante obtener una información precisa y verás de acuerdo con los conocimientos que posee, para así poder orientar a cada una de las personas que estén interviniendo, de tal índole que este implica hacer de utilidad ante todo la ética profesional en el cual abarca desde los artículos que lo rigen y los derechos que va a respaldar.

Teniendo en cuenta que el Trabajador Social, está abierto a muchos cambios esporádicos que se evidencian ante la sociedad y a su vez debe plantear estrategias que permitan mitigar las problemáticas sociales que se están presentando y giran en el centro del ser humano.

Es de vital importancia que a las personas que se está realizando la intervención, estén decididas a tomar sus propias decisiones, en búsqueda de una transformación personal que impliquen aspectos positivos en su vida cotidiana.

Desde el área de Trabajo Social, se realiza una comunicación acertada la cual tiene como objetivo obtener un flujo de comunicación flexible, ya sea entre padres e hijos centros educativos, centro de salud y haría organizacional.

En el ambiente físico provee el contexto para toda la interacción humana el sentido de la identidad está vinculado no solo a las relaciones primarias familiares y las otras relaciones humanas que la persona construye a lo largo de la vida sino también, en la forma importante al sentido de la vinculación del ser humano con el mundo la naturaleza, en el país, la región, el pueblo y los lugares de origen que en este caso nos estamos entrando en la ciudad de Popayán.

La confianza que el ser humano necesita para su desarrollo está basada en la seguridad y para eso necesita que la seguridad física, así como la seguridad social, la socialización se construye sobre las relaciones significativas con las que las personas.

Las adolescentes que se embarazan, más que cualquier otra adolescente, necesitan apoyo, comprensión y ayuda, ya que está más sensible, insegura y

desvalorizada que cualquier otra mujer y con mayor razón para una adolescente, que no se convierte en adulto por el hecho de ser madre.

Para comprender como vive el embarazo una adolescente, se debe tener en cuenta que los cambios psicológicos, estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor de su hijo, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal.

El embarazo cambia la percepción que ella tiene de la vida, más aún si este no ha sido planeado. Surgen emociones fuertes y variadas (tensión, angustia, impacto económico y social), que afectan la adaptación social y la salud mental de los adolescentes. El riesgo de problemas durante el embarazo y el parto es máximo en la adolescente; la incidencia de bajo peso al nacer y de abortos espontáneos, así como de mortalidad infantil es de 2 a 3 veces más alta, que en las mujeres mayores de 25 años.

Por otro lado, según Foucault (2003) se ha olvidado que la sexualidad contiene diversos aspectos del ser humano que hacen parte importante de su mentalidad y su organismo.

Por lo tanto, en la vida cotidiana se reduce el concepto de la sexualidad a determinadas prácticas y formas de representación, así el autor afirma: Se ha buscado por diferentes medios reducir todo el sexo a su función reproductora, a su forma heterosexual y adulta, y a su legitimidad matrimonial, no da razón sin duda, de los múltiples objetivos buscados, de los múltiples medios empleados en las políticas sexuales que concernieron a ambos sexos, a las diferentes edades y a las diversas clases sociales (Foucault, 2003, p.126). De esta forma, Sánchez (1998) afirma que la sexualidad debe ser aceptada en todas sus funciones, especialmente en cuanto al placer sexual, algo deseado por hombres y mujeres. En la especie humana la sexualidad puede cobrar un sentido totalmente diferente a la mera función biológica y convertirse en fuente de placer, bienestar psicofísico, comunicación, afecto, etc. Puede ayudarnos a encontrar momentos de placer y bienestar, nos impulsa a salir de la soledad y buscar, tocar, abrazar al otro.

Nos permite llegar a formas de comunicación íntimas desde el punto de vista corporal y psíquico. Hace posible también que dos personas puedan planificar su relación, o los hijos que deseen, en el contexto de una relación estable, caracterizada por diferentes grados de pasión, intimidad y compromiso. La sexualidad vivida satisfactoriamente hace más fácil la comprensión de los demás, la eliminación de la rigidez y el moralismo. Es también una fuente de equilibrio y armonía para la persona. Es, en definitiva, una fuente de amor a la vida, de biofilia, de actitud positiva ante sí mismo, los demás y las cosas (Sánchez, 1998, p.10).

De esta manera, a partir de la expresión de la sexualidad se promueve la capacidad de mantener relaciones, comunicarse, expresarse, etc., y por consiguiente dar a

conocerse. De esta manera, en ocasiones se poseen expresiones comportamentales de la sexualidad diversas, que simplemente pueden ser o no compatibles con las personas con las que se convive cotidianamente (Jurgeson, 2007).

Por lo tanto, en las organizaciones en el área de la salud, es necesario que se dé un proceso de comunicación asertivo, en el que los líderes o directivos brinden información actualizada y pertinente, y establecer los principios; logrando así que sus colaboradores desarrollen y mantengan un sentido de pertenencia hacia la organización, para construir cultura y por ende un sentido de compromiso hacia el logro de los objetivos por alcanzar.

La sexualidad según Sánchez (1998), puede convertirse en fuente de bienestar físico y psicológico, permite tener un autoconocimiento e impulsa a salir de la soledad al tener la necesidad de conocer al otro. Por un lado, al conocer la sexualidad de sí mismo, se va construyendo la personalidad y, por ende, se construye un sentido de identificación con otros, con los cuales se establecen relaciones interpersonales. Por otro lado, la sexualidad hace parte de la formación integral de las personas, pues ser una persona integral es aquella que, desarrolla armónica y coherentemente todas y cada una de sus dimensiones ética, espiritual, cognitiva, afectiva, comunicativa, estética, corporal, y sociopolítica, a fin de lograr su realización plena en la sociedad (Gelmi, 2008, p.1).

Como se ha venido diciendo, esta permite tener un autoconocimiento y por ende conocer a los demás y comunicarse con ellos, genera expresar sentimientos emocionales y corporales de afecto y actuar respecto a ellos. La salud de los y las adolescentes, es un insumo básico para el avance social, económico y político de un país. Los cambios que ocurren desde el punto de vista biológico, psicológico y social hacen que sea la adolescencia, después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital, por lo que debe ser atendida de manera diferenciada.

Los programas propuestos en salud, dirigidos a los y las adolescentes requieren fortalecer un enfoque integral, orientado hacia el contexto socioeconómico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, familiar, ecológico y al propio desarrollo individual del adolescente.

Si, realmente estudie en un colegio probado en el colegio los profes nos hablaron a carta abierta los métodos anticonceptivos y desde pequeña conozco la pastilla porque mi mama siempre ha planificado con ella también la pila, el implante porque también es la que más se habla entre muchachos entre las jóvenes yo creo que eso es el método que más se utiliza, ya inyección también conocidos por la familia, mis tías siempre me dijeron que utilizaron la inyección mis primas porque les parecía muy buena y porque mi mama después del segundo embarazo de hizo poner la T y el condón porque es el que más se habla también para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Realmente me gusta siempre tomar la opinión por ejemplo pro los métodos que he tomado actualmente todo me ha gustado debatir con personas que los ha utilizado aun sabiendo que no todos los cuerpos son diferentes que cada método va a cambiar o va a mejor o va a crear algo en tu cuerpo pero si me gusta tenerlo en cuenta también creo que hay algunas afectaciones que creo que no quisiera que me llegara a pasar por lo menos en mi familia son propensas el cáncer de mama, y el método conectivo todo afectan pero el que más ha afectado en mi familia es la pila por la cantidad de hormonas que bota entonces por lo menos mis tías el ya al traer esa ya esa herencia me recomiendan que la pila no entonces que buscara otro método afectivo pero que no fuera tan dañino para mí, entonces tuve en cuenta y desde pequeña he sufrido de sangrado que me han durado 20 días a 25 entonces con expertos como los médicos decían que la pastilla era la que lo regulaba entonces el método que he optado desde ahora para regular eso que ha sido complicado.

No, realmente a medio mucha pena, como te decía hablarlo con mi mamá y por la misma razón no, ósea no planifique ósea el método que utilizaba era el condón. Resulta que tres años después de estar con el condón solamente me realiza un examen como te decía el sangrado era abundante y me tocaba utilizar pañal porque el sangrado era demasiado y el sangrado era por 15 - 20 días y cuando estuve pequeña el periodo me vino a los 11 años y a mí me daba hasta fiebre cuando me llegaba el periodo era algo brutal entonces me hacía exámenes y mi mama era consiente que yo ya había indicado mi actividad sexual, entonces ella me recomendó ir al ginecólogo no sé qué ya cuando yo creo que ella tomo la decisión entrecomilla valentía le decía venga hija como usted ya empezó su actividad sexual hágase revisar y había tenido mal formación en el útero para que mi sangrado sea así. La doctora él dijo que era muy muy difícil llegar a quedar en embarazo fue lo que me dijo la ginecóloga y que, pues yo tenía 16 años y medio y me dijo que, si quería tener hijos en un futuro que debía haber un proceso unas pastas etc, pero que ella me recomendaba que lógicamente fuera a los 18 a 20 años empezara el proceso para que no fuera tan tardar mucho si así lo deseara.

Sí, mi mamá, porque es ella la que me llevaba cuando yo tenía trece años, ella fue la que me hizo poner el implante en Profamilia sin el consentimiento de mi papá, porque mi papa para esa situación es muy reservado, a él no le gusta hablar de esos temas con nosotros.

La adolescente muy joven tiene un riesgo elevado particular durante el embarazo, porque tiende acudir más tarde a los cuidados prenatales, esta demora, puede ser el resultado del reconocimiento tardío del embarazo, su negación o el desconocimiento de los recursos disponible.

## **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN EL ENTORNO DE INTERACCIÓN**



Los seres humanos, están expuestos diariamente a los procesos adaptativos es psicológico, social, cultural y biológico a través del lenguaje, la tecnología, de los sistemas de creencias, de los seres humanos se ha cambiado a sí mismo y sus ambientes y luego han tenido que adaptarse a estos cambios.

Un elemento central en el ambiente social lo constituye el sistema de relaciones, denominado red social, en el cual los vínculos entre los miembros son relevantes e influyentes de los comportamientos de las personas (Germain y Gitterman, 1986). Este es uno de los cambios que estamos evidenciando en los entornos de interacción, del ser humano debido a los pensamientos y comportamientos que poseen las personas de acuerdo a la situación, que se está presentando teniendo en cuenta la problemática social, que estamos abordando, como lo es, cada uno de esos aspectos sexuales, que tienen las personas y a su vez los llevan a un embarazo, ya sea deseado o no deseado; esta es una situación, que se nos sale de las manos si no estamos informados de la manera correcta con personas que orienten cada uno nuestros estos procesos como lo son los personales de salud nuestros padres o determinados profesionales.

En general, las redes cumplen básicamente la función del apoyo frente a las diferentes necesidades humanas, en relación con alguna de estas insuficiencias las redes informan, y guía en relación con otras otorgan, apoyo emocional satisfacen las necesidades diversas y aportan ayuda material o servicios de apoyo.

Entre cada uno de estos aspectos nombrados anteriormente se encontramos las políticas sociales que amparan y buscan mitigar esta problemática, que se está enfrentando a diario, la población de la ciudad de Popayán en el barrio de María Occidente, teniendo en cuenta que para realizar una excelente intervención debe ser de carácter autónomo en cada una de estas mujeres u hombres desde ahí comienza la transformación que da pie a propiciar beneficios colectivos.

La red las redes proveen la compañía social, de apoyo emocional en un clima de comprensión, son guía que permiten saber de temas útiles para la vida personal y aportan consejos frente a las distintas áreas, teniendo en cuenta que aportan ayuda material, y sirven de regulación social reafirmando roles responsabilidades y controlando la desviación de la información que se está adquiriendo, de tal índole que el profesional en trabajo social, está siempre presente en este caso, cuando cada una de las personas acuden a buscar u orientar la intervención (Sluski, 1986).

Es a partir de la sexualidad que, de alguna manera, se establecen procesos de comunicación con el entorno que esta alrededor, pues la sexualidad determina la manera de relacionarnos y expresarnos con otros. Por otro lado, si se vive la sexualidad satisfactoriamente, el individuo deja a un lado la rigidez y la tensión para estar con mayor disposición a convivir con otros.

La prevención de la enfermedad es la acción que normalmente se emana de los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos (Castellanos, 1995). Aunque la adolescencia es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud física, desde el punto de vista de los cuidados de la salud sexual y reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

La mayoría de los y las adolescentes tempranos han besado a otra persona y alrededor de un tercio han tenido experiencias de caricias. La encuesta "Gente Joven" realizada por Mexfam y otras organizaciones muestra cómo alrededor del tres por ciento de ellos han tenido relaciones sexuales, y el porcentaje aumenta considerablemente en cuanto avanza la edad.

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, su definición puede ser muy compleja, puesto que su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica, estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros.

La formación de la sexualidad trata de educar desde una perspectiva, donde no se altere la relación de equilibrio y de armonía del hombre con la naturaleza y con el mismo; es educar desde una dimensión ética para el conocimiento, compromiso, amor, autoestima, comunicación, responsabilidad, placer, equilibrio, donde la sexualidad se vivencie creativamente como parte de la experiencia integradora de la naturaleza y el cuerpo, al mundo.

La concepción ideal de la sexualidad se ha desvirtuado a lo largo de la historia, pues la conducta sexual y las relaciones de pareja se han determinado, en última instancia, por la base económica de la sociedad; esta se constata en las particularidades que ha tenido en las diferentes culturas y épocas, el papel de la mujer y sus relaciones en el proceso productivo, donde la formación de matrimonios y familias constituye una vía para conservar la propiedad.

La promoción de salud es el conocimiento y la participación poblacional en el mantenimiento de la salud individual y colectiva, quiere decir que debe ubicarse en el área de gestión (Hermida, 2005).

La sexualidad ha sido abordada y explicada desde diferentes ámbitos disciplinares: biología, psicología, sociología, entre otros. Su conceptualización no es unívoca, designa en términos generales ciertos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran el cuerpo, pero también designa relaciones sociales, ideas, moralidades, discursos y significados socialmente construidos; su estudio se inicia, al menos para sociedad, muy recientemente y poco se ha dado cuenta de los significados en torno a la sexualidad y su construcción cultural en relación con lo masculino y lo femenino

dentro de relaciones de poder inequitativas y su vínculo con eventos como la violencia (Villaseñor, 2003).

El concepto de salud sexual tiene su primera definición sistemática en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la reunión celebrada en Ginebra entre los días 6 y 12 de febrero de 1974.

Sin desconocer que no es posible por el momento definir la totalidad de la sexualidad humana en forma universalmente aceptable, se propone como un paso en esta dirección la siguiente definición de salud sexual, es la integración de los elementos somáticos, emotivos, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Toda persona tiene derecho a recibir información sexual y a considerar que las relaciones sexuales sirven para el placer además de servir para la procreación (OMS, 1975, p.6).

La sexualidad se refiere un fenómeno complejo, histórica y culturalmente dado, que varía según la época, región, cultura, género, clase y generación, y que estructura la vida cotidiana, las creencias, los significados y los sentidos de la vida de los sujetos individuales y de los actores sociales. Se ha de tener en cuenta que al igual que la categoría de género responde a lo que socialmente llegamos a ser partiendo de la biología que en origen nos conforma en tanto que seres humanos, la sexualidad tal y como es vivida por el sujeto no responde a una supuesta lúvido natural, como se ha planteado desde hace más de un siglo desde la medicina, la psiquiatría y la sexología; como plantea Gayle Rubin (1984, 276-277) citada por Osborne (1995).

Experimentamos la sexualidad a nivel individual o personal, pero a la hora de estudiarla y entenderla podemos afirmar que los deseos se hallan constituidos en el curso de prácticas históricas y sociales específicas. Esta autora plantea que, los deseos y la sexualidad se viven individualmente a través de nuestros cuerpos, pero que, también, nuestros propios cuerpos poseen un significado cultural y no natural. Desde esta posición, se contempla a la sexualidad como un hecho no natural, es decir, histórico y sociocultural, y esto lleva a romper con la idea de que existe un sustrato sexual natural en los seres humanos (Gayle Rubin, 1985).

La cultura puede ser vista como un conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado, y que engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias y que a través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden.

Según Raquel Osborne (1995), esta perspectiva rompe con las teorías de la sexualidad que tradicionalmente han dominado el panorama y que afirmaban o bien que el sexo es algo peligroso, que sólo puede ser aceptado si se canaliza en forma apropiada hacia el matrimonio, o bien que el sexo es básicamente saludable y bueno, sólo que ha sido reprimido y negado por una sociedad corrupta; aludiendo con esta afirmación a la denuncia de la “hipótesis represiva” que formuló Michel Foucault en su Historia de la Sexualidad y que ha contribuido, entre otras cosas, a desmitificar una era como la victoriana. Dicha época, no representó meramente la represión de la sexualidad, sino que comportó una amplia producción, categorización y multiplicación de los discursos sobre la sexualidad.

Gayle Rubin (1975) acuña la terminología de sistema de sexo o género entendiéndolo como un conjunto de disposiciones por las que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, pretendiendo dotar de un instrumento conceptual que parecía describir adecuadamente la organización social de la sexualidad como explicación de la opresión de las mujeres, por medio de una reinterpretación de las teorías de Levi-Strauss y su idea del intercambio de mujeres como base de la organización social.

Cambios que, a pesar del consenso mundial y el compromiso de los gobiernos para desarrollar acciones encaminadas a cumplir los acuerdos, no están exentos de contradicciones y de obstáculos estructurales de carácter político, psicológico y sociocultural, ya que tanto Foucault (2003), en la sociopolítica, planteaba la idea del dispositivo histórico de la sexualidad como un poder que controla el placer cotidiano y a través de él a los sujetos, y Freud (1908), en la vertiente psicoanalítica, ya planteó la importancia de la sexualidad humana como elemento estructurante y determinante del psiquismo.

Por otra parte, es interesante destacar respecto a los derechos sexuales y reproductivos las implicaciones socioculturales basadas en las construcciones de género; es justo en esta Conferencia donde el nuevo enfoque de salud sexual y reproductiva pone especial énfasis en dar prioridad a la equidad e igualdad de género, como condición necesaria para que las mujeres sean capaces de tomar sus propias decisiones y atender a su propia salud y bienestar, sin ningún tipo de coacción o elemento represivo. Se pretende, tal y como se plantea en la Conferencia, “empoderar” a las mujeres, para modificar las condiciones de subordinación sociocultural a las que se han visto sometidas y que han impedido que sean sujetos activos de sus decisiones para su vida y la de su familia (Foucault, 2003).

Realmente con mis tías con mi mamá no como te decía con dos o tres amigas que han sido más cercanas contentábamos como te está yendo con este método como igual no todos los cuerpos son iguales que te hizo esto no sé qué y pues con la ginecóloga ahora la que me atiende y me ha dado las bases que fue por la persona por la cual me decidí porque al tener el problema del periodo me recomendó que

los anticonceptivos que son vía oral son los que me van a regular el periodo porque yo realmente quería planificar con la inyección por lo mismo por el sondeo por las personas que están al mi alrededor entonces la ginecóloga me dijo que lo que me iba a regular el periodo de manera efectiva era los anticonceptivos vía oral, entonces por la ginecóloga fue por la quien me decidí de empezar con las pastas.

Con mis amigos, porque me siento que con ellos se puede hablar más abiertamente el tema porque mi mama siempre me habla, me apoya y todo eso que es bien, pero me da como pena tocar esos temas con ella.

Desde la perspectiva moderna de la promoción de la salud, si no se comprenden o resuelven las contradicciones culturales se pone en riesgo la construcción de una sociedad saludable, por tal razón este estudio aporta al análisis de las percepciones culturales, proponiendo estrategias más adecuadas para lograr la participación juvenil, la apropiación del proceso de promoción de salud por parte de la comunidad y la aplicación de programas de salud mejor orientados a las necesidades de la comunidad.

### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: ACOMPAÑAMIENTO DE PADRES DE FAMILIA EN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

En los acuerdos de El Cairo (1994) por primera vez se hace visible la presencia masculina en los procesos reproductivos, exigiendo a los hombres que compartan por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y la crianza de los hijos y acepten la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Esto fue un avance con respecto a las Conferencias de Población anteriores, puesto que no centra toda la responsabilidad de la reproducción en las mujeres, situación que perpetuaba las condiciones de inequidad, vulnerabilidad, sometimiento y dependencia de la autoridad masculina. El ver a los hombres, no sólo con responsabilidades en el campo de la salud reproductiva y sexual, sino a la vez como sujetos de derechos, con necesidades por cubrir, resulta una perspectiva fundamental por asumir. Esto abre un abanico de tareas pendientes para las políticas y programas de salud sexual y reproductiva que, además de atender a este importante sector de la población, redundará en lograr que ellos adquieran mayores responsabilidades en estos campos. Se trata principalmente de optar por una visión más integral de la realidad y una manera más eficaz de desasir los nudos que con mayor fuerza entraban en el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, pero también de los hombres. Esta perspectiva enfrenta a que el género es uno de los grandes factores que determinan la salud, la enfermedad y la muerte.

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de

obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos (OMS, 2002).

La salud sexual permite que la ampliación hacia la diversidad sexual –frente al enfoque de las perversiones coloque la regulación social de las sexualidades en límites menos restrictivos, ampliando los márgenes de respeto y disminuyendo “prohibiciones”. Como se observa, el concepto de salud sexual es una construcción histórica, un ideal contingente al tiempo y al espacio que pretende proporcionar una guía o referencia a los sujetos a lo largo de su complejo discurso biográfico y que depende a su vez de la importancia social asignada al sexo, conformando un imaginario cultural.

Como construcción de carácter social, configura un mapa lleno de pautas, cuya función es prestar orientaciones a la gestión personal que el sujeto lleva a cabo, para sí y para con los otros, de su sexualidad. De este modo, la salud sexual es constituida en referencia a un marco social e interiorizada, con mayor o menor dificultad, individualmente convirtiéndose en una guía de las actuaciones sexuales de los hombres y las mujeres. Lo que según Lipovetsky (1994) convierte al individuo actualmente en administrador de una sutil vigilancia higienista, dentro del contexto de las sociedades posmodernas.

Por tanto, analizar cómo se interioriza la construcción social de la salud sexual en la adolescencia requiere un análisis más profundo de la realidad de los y las adolescentes, para poder entender los comportamientos de riesgo en la salud sexual de los mismos (violencia hacia sí mismos/as que se produce también por un componente genérico en la construcción de la subjetividad adolescente), y que se pueden convertir en un problema de índole social que está relacionado con la forma de subjetivarse, estructurar su psiquismo, definir su identidad sexual, y orientación sexual, estableciéndose las pautas de las relaciones interpersonales desiguales.

un problema social es algo que no acaba de funcionar, según las definiciones e interpretaciones vigentes en una sociedad. Para que un problema social se considere como tal, tiene que haber un consenso, real o construido, en torno a la definición de ese fenómeno como problemático. Desde este punto de vista y en general, desde una perspectiva histórica, lo que consideramos salud sexual” depende, más que de una serie de comportamientos en sí, de una definición social, histórica y culturalmente (Berga, 2003).

La prevención devendría de previsión, como la acción de no permitir que ocurra algo; o a la acción de disponer lo conveniente para atender a contingencias o necesidades previsibles. Prevenir en el campo de la salud entonces sería una acción que no permita la enfermedad, es una acción contingente para evitar las condiciones en las que surge la enfermedad (Torres, 2010).

La prevención implica medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 1998).

Kett (1993) citado por Tuñón (2001) aduce que la noción de juventud aparece con el desarrollo de la sociedad industrial, cuando se establecen la prohibición del trabajo infantil y la obligatoriedad de la educación. A partir de aquí, el concepto de joven o adolescente se vincula a la generalización de la educación formal y a la subordinación que ésta impone a la familia y a la comunidad como ámbitos que tradicionalmente introducían al individuo en la vida adulta y el trabajo.

Para Barberá (2000), las diferencias entre chicos y chicas en relación con sus inquietudes sobre la sexualidad serían imputables no a las diferencias en la biología que dan soporte a la sexualidad genital, sino al significado cultural que éstas adoptan en el proceso de desarrollo de la identidad de género.

Desde el punto de vista de la construcción de lo masculino y de lo femenino y de los estudios con respecto a los trastornos de la identidad sexual, demostró que el comportamiento genérico no radica en el sexo biológico, sino en las experiencias vividas desde la infancia y relacionadas con la asignación de roles para cada sexo. El género se entiende como sexo socialmente construido y es una categoría que da sentido al comportamiento de hombres y mujeres en tanto seres socialmente sexuados (Lamas, 1986).

Se hace necesario por tanto, desde el punto de vista teórico, tener en cuenta en esta investigación la perspectiva de género, ya que en el desarrollo adolescente habrá que comprender los procesos y mecanismos mediante los cuales el trabajo de las mujeres se desvaloriza, la mujer se convierte en objeto erótico, el pene (el fallo) se transforma en símbolo de poder, se reglamenta el acceso al cuerpo femenino y a su sexualidad para lograr el control de la reproducción social, y la normatividad se establece a pesar de que tanto las mujeres como los varones son seres sexuados capaces de producir placer en el otro (Lamas, 1986).

El ámbito de la salud sexual constituye un espacio privilegiado para el análisis de las relaciones entre los sexos y, en las condiciones socioculturales actuales, para que se reproduzcan o se trastoken los roles adscritos y asumidos en relación con el género. La necesidad de conocer y entender en el caso de la experiencia sexual adolescente cómo operan los estereotipos genéricos, cómo se ejerce el poder sobre las mujeres y qué prácticas y comportamientos de los y las jóvenes llevan a reforzar las formas tradicionales o a vulnerarlas, van a constituir las líneas prioritarias de la presente investigación, donde la perspectiva de género puede contribuir a aportar conocimientos nuevos acerca de la dinámica y la lógica de las prácticas sexuales adolescentes, pudiendo reelaborar las posturas exclusivamente biomédicas, psicológicas y de control social que han prevalecido en este campo particular de conocimiento.

Desde este punto de vista, la mayoría de los trabajos publicados acerca de la sexualidad adolescente están centrados en el riesgo de embarazo y parece que, en el análisis de este tema, tenga mayor presencia la necesidad de controlar y de cuestionar el ejercicio de la sexualidad, las prácticas sexuales, en este grupo de población, que el deseo de conocer la dinámica real del fenómeno para ayudar al bienestar de los propios adolescentes.

Mira que realmente en estado de ánimo siempre he sido variante y me afecta mucho el estado de ánimo me pongo a chillar, brava sentimental, siempre pero que yo digo este método me puso así, este método me puso así no, me sentía más anchita sí, me sentía más gordita cuando estaba utilizaba la pila si sentí que subí un poquito de peso la deje y ahorita también siento que con la pasta que son los métodos que hasta ahora he utilizado me ha salido barritos en la cara. No sufría de acné Y he notado que antes de llegar el periodo me salen barros en la cara.

Pues realmente si soy una persona que siempre se ha quejado de su imagen siempre, siempre desde siempre entonces realmente cuando subí de peso con la pila me sentía muy bien porque después de tener a mi hija para sentirme maso menos bien con un jeans tenía que ponerme una licra debajo porque quede demasiado flaca y eso me tenía mal, me tenía mal y también quede con muchas estrías entonces uno viene de 16 - 17 años y uno quedar con esas estrías y no mostrando la barriga porque esa son una de las partes que yo creo que me va a costar demasiado volver a tener seguridad.

No pues realmente hablándolo como tema de orientación yo creo que de nadie porque una cosa es que te orienten los pros, los contras las cosas que te puedan pasar en fin rodo lo que conllevan una relación sexual porque no solo es como el acto en si entonces no he tenido en sí. Todo ha sido en internet no ha sido más porque mi papa o mi mama no me hablan charlado sobre eso, por ejemplo de venga siéntese como se siente o como se está cuidando o que están haciendo pero como están manejando eso, usted se siente bien porque hasta eso hay que preguntarlo porque si una chica de 16 -17 años cree que la sexualidad eso solo el acto en sí, la eyaculación y lo de ella, porque si pensamos así estamos jodidos porque pues la sexualidad lleva mucho más que eso, lleva que seas amada, respetada en el acto etc, entonces a veces creemos de muchachos que solo es complacer el cuerpo y no, no se trata de eso, entonces esa fuente he si me faltó si me faltó más sin embargo yo si he sido de leer mucho de investigar porque los profesores siempre se centra en los métodos anticonceptivos y no pasan de halla tanto en respeto a los muchachos porque hay padres que no aceptan esos temas en las instituciones entonces pues la fuente he sido yo misma con lo que he querido investigar y ahora desde unos años para acá se ha revelado tanto la mujer cierto lo grupos feministas en sí y ha dado a conocer todo lo que conlleva la sexualidad porque ellas también están muy enfocadas en ello de que la mujer se sienta amada y respetada en todos



los momentos y aspectos de su vida y entonces desde ahí yo me he llenado mucho de información.

Cuando yo iba a empezar a planificar que fue muy cagada digámoslo así, yo iba a cumplí los 17 porque yo quede en embarazado 2 meses antes de cumplir los 17, yo fui a donde el ginecólogo ya me había dicho eso y yo dije, no, yo voy a empezar a planificar ósea por más que la doctora me estaba diciendo no, no en el momento no puedes planificar, entonces yo dije no.

Yo si voy a planificar porque es un acto irresponsable conmigo y con mi pareja, entonces mi suegra ella fue madre a la misma edad que yo fui, entonces mis suegros pero en especial mi suegra ella si nos había preguntado cómo entre conversación x, ósea no nos sentamos nada, queriendo saber cómo madre que es, y ella fue quien más me animo en hacerme los exámenes para empezar a planificar yo ya había llevado el proceso, ósea el control de cuál es el método que nos recomienda la ginecóloga y me decía dígame a su mama que ya está planificando porque igual ella se va a dar cuenta de que yo ya estaba planificando y él dijo se lo comente y ella me dijo no usted está más chiquita y yo tengo una prima que empezó a planificar desde chiquita y pues no pudo tener hijos y yo y tenía el concepto de la ginecóloga que fui a escondidas y pues yo soy muy reservada entonces yo se lo comenté a mi pareja y él me dijo no pues hágase los exámenes y así empieza a planificar ya había hecho todo ese proceso, yo cumpla años en octubre y yo le había dicho no yo ahora que cumpla los 17 que sea más grande, creyendo yo que de 16 a 17 hay mucho tiempo no sea mucho el regaño. Entonces en ese octubre que yo empecé a planificar me di cuenta de que estaba en embarazo.

Si, mi mamá desde muy niña ha sido ella aun sin tener novio hizo a que yo me empezara a cuidar pues para prevenir un embarazo no deseado. Con la pila aumento de talla y siempre con la pila sin la pila mantengo de mal humor, no sé porque, pero hace parte de mí siempre.

En el colegio, me hablaban de lo básico que el condón, pila y esas cosas, en mi mama lo mismo y ahora también en el instituto forenses. Solo lo hace mi mama porque mi papá es muy ausente frente a esas cosas igual mi papa le gusta estas en la pieza en el comedor solo es a comer y es el único espacio donde yo hablo con él porque él es de pocas palabras y no tiene horario de llegada. El embarazo adolescente es visto desde las instituciones de salud como un problema de salud pública, ya que se relaciona a situaciones de riesgo como: prácticas de aborto no asistido, riesgos de desnutrición en el recién nacido debido a la falta de asistencia y control del embarazo, mortalidad infantil y materna, víctimas de violencia física y simbólica que las adolescentes viven con la pareja, la familia y las instituciones educativas, vergüenza social y en consecuencia vivir la exclusión económica, laboral, familiar y educativa.

Sin embargo, estas vivencias que nos relatan una serie de situaciones que decantan en formas de malestar psicosocial, devienen necesariamente de determinadas prácticas sociales que son consecuencia de la construcción de imaginarios y representaciones en torno al tema de la sexualidad.

### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: HIJOS Y PADRES QUE SE COMUNICAN**

El profesional en trabajo social busca fortalecer cada uno esos lazos significativos de interacción que tienen los núcleos familiares como lo es la comunicación que en este caso vamos a profundizar debido a qué es el eje fundamental para mitigar las problemáticas que a diario nuestros hijos están enfrentando como lo es en este caso la sexualidad que trae como consecuencia un embarazo ya sea en mujer y hombre. Cuando existe un excelente parámetro de flujo de comunicación va a haber más fluidez de las ideas que se quieren aportar tanto en la familia como en el sistema escolar de tal índole que daba las situaciones permitan solventar beneficios que contrarreste la problemática.

Una intervención muy específica del trabajo social se orienta a potenciar los recursos de las familias, puede obtener en su medio ambiente o inmediato a través de una acción orientadora, para activan redes familiares a potencial y ampliar las redes sociales, comunitarias y a promover la organización de las familias en un barrio o población para enfrentar conjuntamente sus problemas comunes.

Al intervenir en esta área de problemas el trabajo social se conecta con las familias y con las instituciones o servicios, y habitualmente de teta carencia que impide o limita a las familias utilizan los servicios disponibles en las instituciones respondan adecuadamente a la necesidad de familiares.

Como se señaló anteriormente abordar la problemática de la familia exige hoy la presencia de una gran variedad de profesionales, y una destreza específica de quienes se desempeñan en esta área debe tener la capacidad de trabajar conjuntamente en equipo multidisciplinario, potenciando de este aporte específico de cada disciplina y profesión para ofrecer un mejor servicio a las familias.

A la hora de analizar y entender la sexualidad de jóvenes y adolescentes, pudiendo profundizar en cómo los discursos sociales y el imaginario cultural de chicos y chicas establece discursos y mecanismos de poder sobre su sexualidad: uno, que regula la sexualidad adolescente a través del peligro, estableciendo un control sobre la sexualidad desde el establecimiento del temor a los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, es el discurso del control del cuerpo o como planteaba.

Checa (2005) plantea que la identidad sexual y la ubicación de género que se da en la adolescencia son claves en el desarrollo de este periodo y se expresa en estereotipos tradicionales asignados a los distintos sexos, adjudicando al varón

valores inherentes a una sexualidad activa, independiente y heterosexual, con un inicio temprano de las relaciones sexuales, donde la práctica sexual supone el pasaje a la etapa adulta y madura; siendo en las mujeres los valores inherentes el tener una sexualidad y organizada para la procreación. Éstas son las expectativas y presiones que el contexto sociocultural les exige cumplir para ajustarse a los patrones de género esperados.

Es importante analizar la relación que existe entre el género, las identidades y la salud sexual en el proceso de construcción de la subjetividad adolescente, por ser un momento determinante en la conformación de la identidad adulta.

El análisis de las idealizaciones y sistemas normativos que conforman la cultura adolescente se hace especialmente relevante debido a las características que reúnen en este periodo los procesos de individuación y socialización en los y las jóvenes (Bonilla, 2008). Se incorpora el orden de dominación masculina en forma de marcos de interpretación y valoración de la experiencia que permanecen a través de las transformaciones sociales (Bonilla, 2008).

El desarrollo de una anatomía política del cuerpo humano, como tecnología de la gestión del cuerpo que pretende regular y optimizar las capacidades del cuerpo, una anatomía política que es a su vez un foco de una área basada más ampliamente en el "biopoder", y otro discurso desde la búsqueda de un placer individual, sexual y liberador, que es complemento de la hipótesis represiva, ya que va a funcionar como dispositivo regulador de un tipo de sexualidad desde el "ideal romántico" heterosexual, funcionando como mecanismo de control social de las sexualidades adolescentes (Foucault, 2003, p.142).

Para hablar de jóvenes es necesario situarse en el plano de la complejidad social en tanto, ya no se puede explicar su presencia social a partir del discurso o la narrativa evolutiva, en tanto no es solamente una etapa por la que los sujetos necesariamente en términos biológicos deben pasar, si no considerar, que como sujetos obedecen a construcciones sociales y cuyo imaginario, proyectaría, por decirlo así, una visión de jóvenes en cada época histórica.

De hecho los discursos sociales que rodean la construcción de la sexualidad adolescente y su posibilidad de desarrollo en el grupo de iguales centran la atención, por un lado, en los peligros que conlleva una sexualidad libre, sin precauciones y sin medidas de prevención, donde existen los peligros de unas prácticas sexuales de riesgo (fundamentalmente el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual, desde una concepción biomédica de la sexualidad) y que funcionan como dispositivo regulador de la sexualidad adolescente y, por otra parte, en el mecanismo de control social de una sexualidad que se liga al amor, al ideal romántico en las relaciones exclusivamente heterosexuales, funcionando como moralidad sexual que establece que tipo de relación es la normal y permitida socialmente, y qué se convierte en relaciones sexuales no normativas, excluidas y

rechazadas mayoritariamente, por los y las chicos y chicas adolescentes (Foucault, 2003).

Es importante mencionar que el tema del embarazo está asociado al enamoramiento, enamorarse o dar la prueba de amor son respuestas que obedecen también a situaciones de orden cultural, el acto sexual es la muestra o la comprobación de la legitimidad amorosa, sin embargo, los jóvenes también mencionan que la falta de comunicación en la pareja puede conllevar a un embarazo temprano y no deseado, lo que implica que no existen acuerdos en la pareja, para la prevención del embarazo.

Las relaciones de pareja en los jóvenes no están exentas de la relación con sus pares, es en el grupo donde se establecen las relaciones, hecho que induce situaciones de presión grupal al acto sexual. La respuesta: por experimentar puede también relacionarse con la respuesta por presión de los amigos, habituado a la respuesta por curiosidad nos permite saber que en algunos casos el embarazo fue consecuencia de curiosidad o de tener su propia experiencia.

Por otro lado, la comunicación entre las adolescentes con su padre y madre sobre asuntos relacionados con el sexo se presentó como un factor asociado a la confianza de la joven en su capacidad de negociar el uso del condón o de otro medio para tener sexo con la pareja. Otros estudios han reportado que las adolescentes no evitan quedar embarazadas, porque se sienten ambivalentes frente a la maternidad. Al respecto, se ha encontrado que cuando las adolescentes muestran intenciones inconsistentes frente al embarazo, como por ejemplo no estar planeando un embarazo, pero considerar que puede ocurrir, reportan mayores cifras de haber sospechado estar embarazadas y prevalencias más altas de tener pruebas positivas de embarazo, cuando se comparan con aquellas que tienen una clara intención de evitar la maternidad (no planean un embarazo y están seguras de que no va a ocurrir).

El subcentro de salud aparece con menos frecuencia, y ello deviene posiblemente que éste genera muy pocos espacios de acercamiento a los jóvenes, por otro lado como parte del sistema nacional obedece a ciertas políticas en las que no se encuentra como prioritario el tema de la sexualidad y el embarazo en adolescentes, es a partir de la presión de la sociedad civil que el embarazo en adolescentes se convierte en una preocupación del sistema de salud.

Desde estos dispositivos reguladores es complicado el desarrollo de una sexualidad adolescente como proyecto de liberación y de derecho sexual, en el que se pueda subvertir el dispositivo regulador de la sexualidad y que dé cabida a las diversidades sexuales en la construcción de la subjetividad de chicos (as). Además, el discurso social sobre la sexualidad se rige por un modelo masculino y patriarcal que privilegia una sexualidad hecha por y para el varón de carácter androcéntrico, genitalista (coital, penetrativa) y heteronormativa; excluyente de las diversidades sexuales, lo

que puede conllevar a procesos de subjetivación adolescente cargados de dificultades en la construcción de las identidades de género y repercutiendo.

El fenómeno se expresa en situar el embarazo como consecuencia del abandono de los padres y por falta de cariño, pero podemos asociar además que, por desconfianza de los padres, en particular puede estar incorporado a la condición de autoridad de los padres, pero además a que uno de los temas familiarmente no aceptados es la sexualidad.

Como es el ahora porque anteriormente era casi nulo, mi mamá y yo hemos tenido buena relación de convivencia tenemos casi el mismo carácter, genio pero como comunicación fallamos muchas cosas y yo creo que ella también le faltó y yo quiero que eso cambie con mis hermanas y mucha gente me decía es mejor que una madre es mejor ponerse roja un día que pálida toda la vida pero no, no buscamos el momento no hubo el espacio realmente ni con el uno ni como el otro ni con mi padre entonces desde pequeña no buscaba los espacios porque no me interesaba entonces ellos son muy estrictos con ellos porque ellos no son capaces de hablar siento que no fueron capaces todos eran los gritos o los golpes por parte de mi papá entonces yo prefería no estar en la casa, yo pasaba en el colegio de lunes a viernes y los únicos días que yo podía estar con ellos era los domingos porque yo estudiaba en la mañana y yo tenía curso de radio y tv o tenía teatro, banda o voleibol, o fútbol ósea en el colegio decían quién quiere lavar los baños y Carolina decía se iba lavar los baños porque carolina no quería estar en la casa lastimosamente.

Realmente la EPS es muy buena y hace campañas de prevenciones y prevenciones a mi celular llegaban mensajes de que si estaba planificando le entraban llamadas para prevenir embarazos no deseados en adolescentes.

Lo hice por no escuchar las discusiones dentro de la casa entonces decidí hacerlo por eso, gracias a Dios mi hija no le afectó nada de eso nació bien y mi mamá siempre defendió la vida nunca se pensó en el aborto y mi papá me hablaba una vez al mes y desvecen cuando me llevaba una fruta que no le correspondía pero de igual forma lo hacía y cuando fue la ecografía el sueño de acá era que fuera niño porque acá solo hay niñas y en cambio para la familia de mi pareja si fue una bendición porque él es hijo único entonces halla si quería niña.

Entonces mi papá ese día me pregunto que era y yo le dije niña ya, y en cambio halla mi suegra se puso muy feliz porque dijo por fin voy a hacer moñas y le compro vestidos y todas esas cosas.

No, porque mi papá es muy jodido frente al tema, no le gusta, la que nos habla así sin preguntar es mi mamá.

Sexualidad también está relacionada con la prevención de enfermedades de transmisión sexual para el de jóvenes, en este caso la mirada de la sexualidad está

dada en el plano biológico pero que decanta finalmente el riesgo de enfermedades de transmisión sexual; esta respuesta podría mantener cierta relación con una regulación sobre el comportamiento de la sexualidad, ligada a la tradición pedagógica de la educación sexual que basa su narrativa en el ámbito de la prevención.

Nos indica que la sexualidad está relacionada al tema de género, marcado por los roles sociales asignados a los hombres y las mujeres en el ámbito de la familia (padre, madre e hijos), y las relaciones vinculares que establecen los y las jóvenes, se fundamentan en estos roles sociales. Esta percepción asocia a la sexualidad con maternidad y paternidad, es igual a decir que tener relaciones sexuales está ligado directamente a la reproducción y como consecuencia asumir el rol de madre o padre.

Como método importante para evitar el embarazo está el uso del anticonceptivo del condón e inyecciones, lo cual particulariza la función específica de ese método en la anticoncepción, posiblemente porque es el método que más se ha universalizado.

### **CATEGORÍA DE ENTREVISTA: LOS MITOS DE LA VIDA SEXUAL EN EL NÚCLEO FAMILIAR**

Una modalidad interesante del trabajo respecto al tipo de situaciones que estamos describiendo en la atención grupal, en la familia tiene problemas similares el trabajo social, tiene una larga tradición, de trabajo con grupos abordan todos problemas familiares comunes con sus miembros y parece necesario fortalecer el enfoque familiar de esta modalidad de trabajo a fin de aprovechar todas las potencialidades del trabajo con familias.

No siempre es indispensable o posible trabajar con toda la familia, lo más frecuente es que el contacto, que se realiza con un miembro o una parte de ésta, pero lo importante es mantener la perspectiva familiar durante el proceso.

También al trabajador social le corresponde con frecuencia intervenir frente a los problemas económicos de la familia a través de diversas estrategias que incluyen la orientación situaciones de vulnerabilidad y la vinculación con fuentes de empleo, la búsqueda de posibilidades de capacitación para el trabajo la información sobre los servicios gubernamentales y no gubernamentales existentes la búsqueda y obtención de recursos.

Un sistema debe tener una estructura tanto para sobrevivir como para cumplir sus metas y funciones como en todos los sistemas sociales la estructura de la familia es la organización de las relaciones entre sus partes.

Un sistema familiar obtiene retroalimentación, acerca de la calidad de su funcionamiento evaluando de alguna manera estos procesos, la retroalimentación

es esencial para mantener ese equilibrio dinámico necesario para el funcionamiento de la familia.

Este planteamiento es coherente con el pensamiento Mary Richmond (1917) cuando afirma que los trabajadores sociales en caso familiares da la bienvenida a la oportunidad en el inicio mismo de la relación es que ver a los miembros de la familia reunido en su propio entorno actuando y relacionando unos sobre otros cada uno tomando parte del en el historial del cliente cada uno revelando hechos sociales de general significado por otra senda aquello que la de las palabras. De ahí que la familia crea en su devenir, una organización en relación, a una estructura propia la cual funciona a través de diferentes procesos que le dan cuerpo y movimiento.

La idea central es que cada grupo natural con una historia se forma a través del tiempo es una serie de intercambios, que se han definido y han permitido en relación que se convierte en un sistema original que sostiene por medio de las reglas la familia dispone el set educacional, más completo, para comunicar estas reglas toda la familia se convierte en ocasión, formativa en un proceso permanente y cotidiano de influencia y en este sentido goza de mucho poder la existencia de las reglas o normas le dan coherencia y estabilidad a la familia ya que rigen los roles, sus sistemas del uso del tiempo del espacio la naturaleza los límites también dirige, la flacidez del tipo de comunicación, el tipo de poder, el estatus de la familia y la expresión de los valores (Hartman & Laird,1985).

El embarazo en adolescentes obedece a un problema culturalmente complejo, y es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las jóvenes a retrasar la maternidad hasta que estén debidamente preparadas. Tras esta afirmación, Almagia (2002), al realizar una recopilación de datos históricos, expone que la personalidad, la cultura, la formación, y demás aspectos que rodean al individuo, permiten el desarrollo de su sexualidad que se manifiesta de una u otra manera. En este punto, se dice que la cultura juega un papel importante con respecto a la definición, percepción y expresión de la sexualidad, pues como dice Freud (1905) citado en Defina (s. f), Trujillo (2013) y Barriga (2013), a partir de la interacción con las personas cercanas y posteriormente con la sociedad, es que se atribuye un significado a la idea de sexualidad.

Igualmente, Gallardo, Hiriart, Luna, Marín, Olivares, Palma y Vidal (2004), en su proyecto de investigación cuyo tema es, los mitos que tiene la sexualidad y su influencia en la satisfacción sexual en una determinada población, a la que se le aplico un cuestionario para determinar la existencia de mitos sexuales, se introduce que aunque el concepto de sexualidad no debe conducir a pensar que esta es perjudicial, los condicionamientos sociales si han causado que muchas personas y comunidades tengan dudas y preguntas respecto a la precaución y cuidado de 15 esta importante área de la experiencia humana.

Por lo tanto, la sexualidad además de ser un aspecto natural es cultural. Cada persona tiene su propia forma de expresión sexual, cada uno tiene una potencia sexual para desarrollar y cada uno vive la sexualidad con los demás a partir de lo que la persona es y de planteamientos ideológicos heredados o conquistados que sesgan necesariamente su resonancia en nosotros (Barriga, 2013, p.109).

Cada cultura se la comprende como un todo que contiene saberes (contenidos y estructuras de pensamiento o visiones del mundo), símbolos, expresiones, prácticas sociales, vivencias, sueños, fantasías, relaciones, ritos, capacidad de organización” (Moncada, 2003). La cultura es un universo en permanente construcción. Un universo de símbolos, de significados, de códigos. Es un universo que se construye en la interacción cotidiana entre los miembros de una comunidad y entre la comunidad y su ambiente.

La percepción es la forma en que se interpreta la realidad desde el campo de experiencia y mediación cultural. Ésta no se evidencia si no en el proceso de socialización, y esta se produce como proceso de interacción, así toda percepción incorpora los elementos que nos permitirán imaginar una perspectiva de la vida cotidiana, que se construye en el lugar antropológico que está cargado de historia y afectividades.

En consecuencia, la investigación mencionada anteriormente de Gallardo, Hiriart, Luna, Marín, Olivares, Palma y Vidal (2004) afirma que, las opiniones no fundamentadas sobre la sexualidad que suelen estar acompañadas de creencias y desconocimiento se llegan a convertir en una creencia de una comunidad o generación. De este modo, Trujillo (2013), apoyada de informes de investigación y artículos producidos en el Grupo familia y sexualidad, sostiene que en la cultura presente se dificulta hablar del tema de la sexualidad, pues generalmente se trata el tema con cierto grado de malicia. Lo cual es un concepto erróneo de este aspecto si se tiene en cuenta que, a través de investigaciones y artículos sobre la sexualidad se ha establecido que esta es algo natural del ser humano, pues está presente en aspectos tanto físicos como psicológicos que determinan la manera de conocerse a sí mismo y relacionarse con otros.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales tanto desde el ámbito de la salud, por las complicaciones clínicas y en lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Teniendo en cuenta lo anterior, la sexualidad hace parte de los múltiples factores que influyen en el bienestar de las personas tanto físico como psicológico. Esto es lo que afirman Carrobbles, Gámez-Guadix y Almendros (2011) tras realizar un estudio a mujeres, con el fin de relacionar las variables de bienestar psicológico subjetivo y la satisfacción sexual, donde esta última tiene un componente subjetivo y psicológico central en la experiencia sexual.



Teniendo en cuenta fundamentalmente los planteamientos teóricos de Foucault, Weeks y Rubin, se observan las numerosas fuerzas que intervienen en la conformación de la sexualidad como dispositivo histórico y principal instrumento de las relaciones de poder (la economía, la política, la religión o las grandes ideologías como el psicoanálisis, los sistemas educativo, legal y sanitario) y su relación con instituciones privadas como pueden ser el matrimonio, la familia, el cuidado de los hijos, el hogar, la intimidad y el amor. Como plantea Rubin (1984) citada por Osborne (1995), el desarrollo de un análisis político acerca de la sexualidad sólo es posible si ésta no es concebida exclusivamente como un fenómeno biológico o como un aspecto de la psicología individual; la dimensión histórica y social de la sexualidad permitirá tener en cuenta cómo influyen en ella fenómenos relacionados con la demografía, la inmigración, los conflictos urbanos y cuestiones epidemiológicas (tan manifiestas ahora como el sida, la infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados).

En la actualidad estamos inversos ante la problemática de embarazo en edades tempranas, donde captamos y nos involucramos ante la confiabilidad de la joven adolescente, para obtener información acerca de su estado emocional, donde se puede ver alterada su psiquis.

El desarrollo y el ejercicio truncado de la sexualidad humana pueden derivar en una multiplicidad de síntomas, posibles de ser tratados en análisis (Olivero, 2011, p.20), y algunos de estos síntomas pueden ser estrés, ansiedad, falta de autoestima, etc. Por otro lado, los sexólogos Vignali y Cedrés (s.f.) sostienen en su artículo Sexo, el placer de ganar en salud, que la sexualidad es un aspecto que modera o mantiene tranquilas las conductas y emociones.

El tema de la sexualidad es un componente fundamental para la sociedad debido que es un aspecto que actualmente se visualiza con un tapujo de no enfrentar la realidad que se vive y es normal que determinadas personas practiquen y ejerzan la practica sexual, como una muestra de sus necesidades fundamentales y esenciales en su ciclo de vida personal.

Hoy en día escuchar hablar de sexualidad es normal porque la sociedad está un poco más abierta a estos cambios que a diario surge por medio de imágenes, videos, memes y la practica como tal, que se lleva a cabo en ciertos espacios como lo son las viviendas familiares, hoteles, moteles entre otros; teniendo en cuenta las preferencias del individuo.

No realmente no era tema de la casa entonces era solo molestaba me decían vea usted cómo empezó chiquita entonces se va a quedar así y efectivamente me quede chiquita pero realmente no era de conversación de la casa. De niña recuerdo que mis papas sí me llevaban al parque y mi mama me decía cuando yo tenía cinco años vea usted no se deje tocar esas partes íntimas y eso porque eso también hace

parte de la educación sexual y después de que cumplí seis o siete años eso ya se fue perdiendo.

Como mi mamá es de mente abierta ninguna, y con mi papá nunca se la ha escuchado nada en relación con el tema.

Es así como en este capítulo se ha presentado el análisis de los resultados.

## 10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 10.1 CONCLUSIONES

El comportamiento sexual no es instintivo sino socializado; este es producto de un proceso de enseñanza y aprendizaje dentro de un marco evolutivo que a su vez tiene diferentes formas de expresión según la cultura y el momento histórico en que se produzca (Caricote Agreda, 2008).

La educación de la sexualidad debe favorecer la promoción de la sexualidad desde la niñez ya que es muy difícil permanecer por muchos años con la sexualidad siendo tabú y pensar que en el momento de la adolescencia es que se va a iniciar la educación sexual (Caricote Agreda, 2008).

La educación sexual, es un proceso armónico a lo largo de toda la vida y tiene que ver también con la posibilidad de ir rompiendo tabúes y poder darle a los/las niñas y adolescentes, no solo información sino elementos que les permita integrar su sexualidad, el conocimiento de su cuerpo, el respeto a la intimidad, valores personales, creencias y principios que le den sentido a la vida (Caricote Agreda, 2008).

La sexualidad es una manifestación de la persona, es un modo de ser en el mundo masculino o femenino como unidad, como totalidad; es una apertura hacia otras personas que permite el diálogo con el otro como seres sexuales, racionales, libres y responsables que somos (Caricote Agreda, 2008).

Con este pensamiento concuerda Dulanto Gutiérrez (2000), quien en su artículo “Familia y adolescencia” explica que “la sexualidad es una identificación, una actividad, un impulso, un proceso biológico y emocional, una perspectiva y una expresión en sí misma. Está fuertemente influida por las creencias sociales y personales y, a su vez, influye fuertemente en las creencias como en las conductas” (p.367).

Esto quiere decir, que solamente analizada dentro del contexto total de la vida de una persona se encuentre un sentido significativo a la sexualidad ya que los seres humanos nacen sexuados y como tales actúan en la vida y tratan a las otras personas, que a su vez son seres sexuados; de tal forma, que la sexualidad es un fenómeno existencial y connatural a la persona humana (Caricote Agreda, 2008).

Sí reducimos la sexualidad como función reproductiva “la sexualidad es ser hombre y tener hijos”, estamos despojando a la sexualidad de su dimensión de relación interpersonal, pues para estos fines bastaría el instinto (Caricote Agreda, 2008).

Otra de los aspectos relevantes a las vivencias y realidades, es que para estas personas la sexualidad es vivida con tabú, descalificación y prohibición y esas actitudes sexuales poco satisfactorias pueden influir negativamente no solo en lo que está enseñando al hijo/ja sino en el ejemplo que da. Los y las adolescentes aprenden mucho sobre sexo y sexualidad simplemente mirando y observando a sus padres/madres, de manera que éstos últimos les enseñan valores y creencias tanto expresa como tácitamente (Caricote Agreda, 2008).

Scout (1993) manifiesta basado en lo anteriormente dicho, que existe interacción entre nuestras actitudes sexuales y nuestras emociones y, cuando no se expresan adecuadamente las emociones empieza a crearse una barrera entre los miembros de una pareja que interfiere en los sentimientos y actitudes sexuales positivas; una visión negativa de la sexualidad es modelada por los padres/madres a sus hijos/as y por esta razón, se piensa que antes de educar sexualmente a nuestros hijos/as se hace necesario hacernos una autoevaluación y preguntarnos ¿Me siento bien con mi propia sexualidad? Hacerlo es necesario porque nuestras actitudes, creencias, miedos que tienen que ver con nuestra propia sexualidad influyen en forma radical en lo que enseñamos a nuestros hijos/as sobre sexo y sexualidad.

La sexualidad fue la tendencia de los padres/madres de transferir su responsabilidad como primeros educadores sexuales hacia los/las maestras. Como ejes educadores y responsables de orientar a los adolescentes al camino de la educación sexual como factor que prima en la comunicación y relación entre padres e hijos (Caricote Agreda, 2008).

De modo que ni uno ni el otro cumplen con esta función de educación sexual y las/los adolescentes son orientados y educados por sus pares, su propia experiencia vivencial y medios audiovisuales como el Internet e interacción con sus pares dejándose influenciar por la información recibida con la persona que “consideran ser de confianza” (Caricote Agreda, 2008).

Con esto se aprecia que la presencia de estereotipos de género de tipo machista, lo que indica como reflexión, la necesidad de empezar a abordar el género como eje fundamental en la salud sexual porque muchas de las características surgidas de estos estereotipos de género machista, se encuentran en la base de conductas riesgosas para la salud sexual de las/los adolescentes (Caricote Agreda, 2008).

Los padres/madres mediante la acción y los ejemplos influyen sobre el desarrollo del rol de género, definido como el conjunto de expectativas que describen cómo deberían pensar, actuar y sentir los hombres y las mujeres (Caricote Agreda, 2008).

Esto fundamenta lo dicho por Eccles, J. (1998), quien hace hincapié en que el desarrollo del rol de género en los niños y adolescentes ocurre a través de la observación y la imitación del comportamiento de los adultos del mismo sexo y, a

través de las recompensas y los castigos que reciben cuando se comportan de forma apropiada o inapropiada en lo que respecta al rol de género.

Lo que significa que el modelaje social juega un importante papel en la perpetuación del machismo en esta comunidad puesto que observando a sus padres/madres y a otros adultos del barrio, así como a sus pares y los medios de comunicación, las/los adolescentes se exponen a miles de modos de comportamiento femenino y masculino que los pueden estar discriminando o estereotipando como es el caso de este “estilo de vida machista” que lo van asumiendo casi en forma “natural”, sin ningún tipo de reflexión, acriticamente, que suelen constituir un factor de riesgo para estos/as jóvenes en cuanto a su salud sexual (Caricote Agreda, 2008).

Fijémonos que los padres/madres de las/los adolescentes conllevan a la unión de dos tipologías de crianza diferentes, por lo tanto vienen de culturas distintas adjuntando cadenas, fueron criados o modelados con la aceptación de los roles de género tradicionales, con un tratamiento diferencial a hombres y mujeres, con el estereotipo de que las mujeres son menos competentes que los hombres, que las mujeres son del hogar y dedican más horas a las tareas domésticas entre otros aspectos. He de recordarles como en uno de los talleres donde se tocaba el género, se evidenció en las mujeres rabia, ira hacia los dos únicos varones participantes (Caricote Agreda, 2008).

A este respecto, Álvarez, M. (2002), concluye que la forma diferente en que se demuestran los sentimientos, el silencio, insultos, halagos, gestos diferentes tanto para el varón como la hembra va determinando el rol del género masculino y femenino en el núcleo familiar. Con respecto a la Comunicación, se halla una deficiente comunicación entre padres/madres e hijos/as adolescentes.

Se apreció, la necesidad de las/los adolescentes de pedir a voces tener una verdadera conversación con el padre o con la madre, un diálogo que incluya no solamente el intercambio de ideas, sino también de sentimientos. No hay con quién hablar en la casa y por eso estos/as jóvenes terminan buscando fuera de la familia a alguien que los escuche (Caricote Agreda, 2008)

Pero, los padres/madres tienen deficiencias comunicacionales porque también proceden de núcleos familiares donde tampoco dialogaban; y en cuanto a la sexualidad, porque hay que recordar que la conducta y las actitudes de los padres respecto al sexo enseñan a los hijos más de que se les enseña mediante la palabra (Caricote Agreda, 2008)

Scout (1993) adopta la misma posición en el sentido de que en su función de padre o madre de familia que da ejemplo y enseña, la comunicación abierta e íntima con sus hijos/as tiene especial importancia, debido a que los hijos aprenden tanto de lo que observan como de lo que se les enseña.

Cerrando esta conclusión, es en que los padres/madres de esta comunidad comiencen a acercarse más a sus hijos/as y proporcionarles una educación sexual positiva porque la educación sigue siendo primordialmente responsabilidad de los padres/madres de familia (Caricote Agreda, 2008).

Los/las adolescentes que tienen este tipo de padres/madres muy controladores tendrán entonces pocas habilidades comunicativas y poca iniciativa entre las/los adolescentes (Caricote Agreda, 2008).

A este respecto, la propuesta de Baumrind (1996), considera que el estilo permisivo, negligente, está íntimamente relacionado con la falta de control paterno. además, la falta de control paterno se relaciona con la falta de interés juvenil.

Con respecto a estas conclusiones de la autora es que el peso de las funciones del hogar así como la toma de decisiones están en manos de la mujer y esto obedece a que esta comunidad es matricentrada. La figura paterna (cuando la hay en el hogar), tiene poco poder en las decisiones del hogar pero esto es un punto interesante para estudiarlo en futura investigación porque al mismo tiempo es una sociedad con visión machista (Caricote Agreda, 2008).

Pienso que en la actualidad (la comunidad en estudio no escapa de esto), que los padres tienden a creer que ellos no son tan importantes o sienten que no lo saben hacer; de alguna manera, las mujeres van suplantándolos y ellos se van dejando, van pasando a un segundo plano en el hogar, reduciéndose su función a lo material (Caricote Agreda, 2008).

Como bien lo expone Esther A. Caricote Agreda (2008), se puede deducir que no solo hay una deficiente comunicación en el seno de estas familias de (Valentina Rojas y Carolina Solis), sino que también los conocimientos, creencias, expresiones emocionales y valores de los padres/madres son escasos sobre su papel como padres y sobre cómo perciben, organizan y entienden los comportamientos y creencias de sus propios hijos/as.

Un aspecto especialmente importante es que desconocen el proceso de la adolescencia y las expresiones emocionales y cognitivas que suceden en esta etapa y las habilidades sociales de los hijos/as suelen estar relacionadas con las expresiones emocionales de sus padres/madres. Por ejemplo, Boyunm y Parke (1995), comprobaron en su estudio que aquellos padres/madres que manifestaban una expresividad emocional positiva, como compartir con los demás, hacer amistades entre otros, tenían hijos/as más comunicativos y sensibles, con habilidades sociales y más competentes en la resolución de problemas.

En cuanto a la comunicación de los padres/madres con sus hijos/as, se observa que es difícil y, a veces, ausente. Los padres no se comunican con sus hijos/as con respecto a la sexualidad porque ellos mismos, según refieren, están desinformados,

viven la sexualidad negativamente, como un tema tabú, con vergüenza; por tal motivo, el tipo de comunicación que se percibió fue de tipo moralista: “no te dejes tocar”;...”cuídate”; “no vayas a loquear por ahí” y autoritaria, rígida que impide la comunicación de sus hijos/as hacia sus padres/madres por temor y miedo (Caricote Agreda, 2008).

Por otro lado, estamos tan habituados en ver a la madre como guiadora de los hijos/as en la crianza de estos/as que la función padre parece menos importante y se podría decir que para la integración biosocial bastaría la madre, pero para el futuro equilibrio anímico, el niño y el adolescente necesitan una imagen paterna solidariamente integrada a su vida emocional (Caricote Agreda, 2008).

Saade (1985) expresó que a primera vista la función de padre aparece como menos intensa e inmediata pero no es cierto, en realidad es muy definida y concreta porque el rol del padre es ejercer con mayor precisión y seguridad el principio de autoridad, pero este concepto está ligado a la enseñanza. La autora opina que los padres enseñan porque esa es su obligación, pero mediante el acto de transmisión de sus conocimientos ejercen.

Lo principal es que día a día, los padres/madres den a sus hijos/as ejemplos de actitudes y valores sexuales con una actitud sana y positiva hacia la sexualidad en general y, específicamente, hacia la suya propia (Caricote Agreda, 2008).

En conclusión, la educación sexual tiene que ser parte de la educación integral del adolescente porque debe promover la personalidad sana y una sexualidad responsable, vinculada a la salud y al amor; solidaridad, equidad de género bajo la forma de la dignidad del hombre y de la mujer y que ayude a los padres/madres y educadores/ras a afrontar el desafío de una sociedad que bombardea a niños/as y jóvenes con estímulos eróticos y sexuales muy poderosos y alienantes (Caricote Agreda, 2008).

La sexualidad es parte fundamental para el desarrollo humano, fomenta una personalidad propia y la creatividad del individuo, la sociedad impone normas morales que promueven o limitan este desarrollo, que impacta en el desarrollo de la comunidad (García-Hernández, 2008).

La responsabilidad es un valor que deben mostrar los jóvenes, mediante el autocuidado y afrontando las consecuencias de sus actos (García-Hernández, 2008).

Los tres órdenes de gobierno deben promover una cultura de respeto a los derechos sexuales y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la información, la guía para la comprensión de los derechos y orientación para el ejercicio de la sexualidad con responsabilidad (Camacho y López, 2013).

Es necesario que en los programas educativos de nivel universitario, se implementen formalmente los programas de educación en salud, incluyendo los derechos sexuales y el ejercicio responsable de la sexualidad (Camacho y López, 2013).

Una de las principales labores de las familias es la formación en normas y valores, los cuales se introyectan durante los primeros años de vida; este aporte familiar se ve reflejado en las relaciones interpersonales de cada individuo. Cada familia es única y construye sus propias dinámicas, con base en los límites y normas que allí se establecen, y de acuerdo a sus creencias y cultura; elemento que marcan la diferencia entre una y otra; además, cada integrante de la familia es único con su propio carácter e ideales (Arita Watanabe, 2005).

Las experiencias en la infancia y las relaciones con los miembros de la familia son importantes para el desarrollo social y emocional del individuo. Es necesario que las relaciones entre padres e hijos, durante la primera infancia, sean experiencias positivas y constructivas, basadas en afecto, confianza, respeto y buena comunicación, de manera que favorezcan la interacción con otras personas. La sana convivencia propicia una satisfacción familiar entre sus miembros (Arita Watanabe, 2005).

De otro lado, el desempeño educativo de los niños es un caso que amerita revisar en la actualidad, pues las pautas de crianza, las relaciones interpersonales, el ambiente en la institución, las normas inculcadas en su familia, y las técnicas de estudio y acompañamiento por parte de familiares influyen significativamente en su aprendizaje. Los adultos deben estar atentos a los fenómenos sociales y culturales que vivencian, en tanto estos tienen cierta influencia en el desarrollo cognitivo y emocional durante la primera infancia (Álvarez, 2006).

La influencia del entorno familiar, en especial por parte de los padres y cuidadores, es determinante en las prácticas de crianza durante la primera infancia, debido a que la norma y el afecto siempre deben ir de la mano; por tanto, el exceso de autoridad o la falta de esta, causan en los niños y niñas afectaciones en su vida personal, familiar y social; la autoridad debe estar presente siempre, especialmente en los primeros años de vida, pero lo más sano es cuando la autoridad se presenta como herramienta que favorezca el desarrollo y la formación integral de estos. (Álvarez, 2006).

Pues aunque implique ciertas estructuras biológicas, la sexualidad es una experiencia históricamente constituida a través de plurales formas de racionalidad individual (Mossé, 1991).

La sexualidad necesariamente es histórica. Sus formas son deudoras de cómo los humanos construimos nuestras relaciones interpersonales y de cómo implicamos



nuestro cuerpo como totalidad. Dado que el cuerpo es concebido, etiquetado de forma distinta según la clase social a que pertenecemos (Mossé, 1991).

Desde la Psicología Social cabe estudiar múltiples aspectos de la sexualidad: la sexualidad como interacción, la sexualidad y la identidad social, los roles sociales y el género, el origen y la construcción de las orientaciones sexuales (heterosexuales, homosexuales, bisexuales), las relaciones amorosas, el juego de la intimidad en la pareja, la procreación y la responsabilidad social, el cuerpo en las interacciones personales, el placer autónomo y compartido, la regulación social del placer, la ruptura afectiva, la sexualidad y la fidelidad en la pareja etc. (Brown, 1988).

La sexualidad puede concebirse desde distintos niveles de análisis: interindividual (como placer individual), interindividual (como relación placentera compartida con otra persona), intergrupala (como relación placentera en grupo), intergrupala (como relación placentera endogrupal), categorial (como componente ideológico) y transversal (abarcando la totalidad de los otros niveles). En cada uno de esos niveles se ponen en marcha distintos mecanismos de construcción.

La sexualidad como experiencia se constituye en la vida cotidiana de acuerdo con la riqueza relacional de cada vivencia (Brown, 1988).

Parece estar emergiendo un nuevo modelo de sexualidad más abierta, que incluiría: un inicio más precoz de las relaciones sexuales coitales; una vivencia y una concepción diferente de la sexualidad y de las relaciones afectivo sexuales y de pareja, con un importante componente lúdico o recreativo, en un contexto más igualitario y con nuevas creencias sobre el sexo y la reproducción; la práctica de diferentes formas de sexualidad; un mayor uso de la anticoncepción; y una mayor sensación de fragilidad de las relaciones con el reconocimiento de una diversidad de modelos familiares, pero plena vigencia del modelo de pareja monogámica y una mejor aceptación de la homosexualidad y del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (Sánchez, Dávila y Ponce, 2015).

La cultura sexual de la precocidad de este nuevo modelo hace, aún más necesario, facilitar una educación sexual adecuada en todos los niveles del Sistema Educativo, ofrecer a los adolescentes Servicios de Salud Sexual y Reproductiva de alta calidad, prescribir métodos anticonceptivos adecuados y atender a las necesidades especiales de este grupo de edad, garantizando siempre sus derechos sexuales, la privacidad y la confidencialidad (Sánchez, Dávila y Ponce, 2015).

Es importante mejorar la calidad educativa sobre el conocimiento y uso adecuado de métodos anticonceptivos, ya que la mayoría de los adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio y bajo, lo que repercute en su salud sexual y reproductiva (Sánchez, Dávila y Ponce, 2015).

Actualmente, la anticoncepción forma parte de la atención amigable de los adolescentes en el primer nivel de atención médica, sin embargo, es importante otorgar atención de calidad, con consejería y prescripción de anticonceptivos en forma fácil y explícita, ya que la mayoría de los adolescentes obtienen los anticonceptivos en farmacias comerciales, en las que generalmente no se consideran aspectos como la aceptabilidad, seguridad de método y las características propias del adolescente para lograr mejores tasas de uso y continuidad (Sánchez, Dávila y Ponce, 2015).

El uso de métodos anticonceptivos es un ejemplo del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, expresión de los derechos humanos que poseen todas las mujeres y hombres por el solo hecho de ser personas; además, del propio ejercicio clínico del médico familiar (Sánchez, Dávila y Ponce, 2015).

En esta investigación, se ha podido observado que los métodos anticonceptivos, han tenido un importante avance respecto a su conocimiento de las clases de métodos de planificación, pero si bien, la falta de información, los conocimientos erróneos acerca de los anticonceptivos, la falta de asesoría, la vergüenza para solicitar los métodos o pedir información sobre ellos, la postura del punto de vista de los padres de familia, la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso no adecuado de anticonceptivos (Ayala Almeyda, 2014).

Es importante recordar que el embarazo en las jóvenes representa un alto riesgo y esto se debe a que la mujer aún no ha consolidado su desarrollo físico y no se encuentra en las condiciones emocionales y económicas para formar una familia, sin olvidar que sobre la mujer recae la mayor parte de problemas relacionados a la reproducción como lo son el embarazo y parto, aborto en condiciones de riesgo, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual (Ayala Almeyda, 2014).

Las investigaciones realizadas acerca de los métodos anticonceptivos demostraron que en el barrio la maría occidente de Popayán, los adolescentes ejercen de forma limitada sus derechos sexuales y reproductivos, por la falta de comunicación y confianza entre padres e hijas.

La escolaridad es un factor que condiciona al uso de los métodos anticonceptivos como se observó en esta investigación, los jóvenes tienen el conocimiento de los anticonceptivos y conocen más sobre el preservativo, sin dejar de mencionar que siguen teniendo dudas para saber cuál es el momento adecuado para colocarlos, lo cual evidencia que hace falta asesoría para que los jóvenes vayan eliminando las dudas y mitos que hay alrededor de la sexualidad (Ayala Almeyda, 2014).

Una buena educación sexual fomentaría que los jóvenes tuvieran menos dudas sobre su sexualidad y cómo llevarla a cabo, es importante que los jóvenes conozcan

sus derechos sexuales y reproductivos ya que empoderar a los jóvenes permite tomar las decisiones sobre nuestros cuerpos, nuestra sexualidad y tomarla con responsabilidad.

Además, la autora Ana Jacqueline Ayala Almeyda expresa que la comunicación con los padres es importante para fomentar los lazos de confianza, así los jóvenes podrán expresar sus dudas, que pudieran tener sobre su sexualidad, como se mostró en esta investigación, las jóvenes respondieron que las figuras paternas son muy rígidas con este tema a tratar y más flexibles son las madres ya que han brindado confianza con las hijas para platicar este tema de orientación sexual. Por lo tanto, se puede deducir que el nivel de confianza es evasivo por lo que no cuentan con un punto de vista positivo por parte de los padres pero si de la figura materna (Ayala Almeyda, 2014).

Como bien lo expresa la citada autora, el poder de decisión y la autonomía es otro de los factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos, mientras más informada se encuentre la población sobre los métodos anticonceptivos que están disponibles y de las ventajas y desventajas de utilizarlos, estarán más seguros de seleccionar el método que más les convenga. En cuanto a la toma de decisiones por parte de valentina fue debilitado, debido que fue la mama quien tomó la decisión cual era el método que más le correspondía y eficaz, mientras carolina el método con que inicio fue sola a consultorio y tomo la decisión junto con la enfermera quien llevaba el caso de ella, para poder acceder al método de planificar.

Los mitos que existen sobre la sexualidad, son los principales obstáculos para que el uso de anticonceptivos no sean adecuados, los jóvenes tienen dudas sobre los métodos anticonceptivos, dudas que muchas veces son arrastradas hasta la edad adulta, la educación sexual debe de ser parte de la formación escolar, si se abren más oportunidades para recibir y proporcionar información sobre la sexualidad dejarían de existir los mitos que fomentan el incorrecto uso de los métodos anticonceptivos, cabe destacar que los mitos en las familias entrevistadas no existían debido que son madres que han evolucionado y comprendiendo a sus hijas en relación a la sexualidad temprana y por lo tanto entre las dos adolescentes entrevistadas han podido conocer los insumos de planificación familiar (Ayala Almeyda, 2014).

La Educación para la Salud, influye en el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, ya que podemos abordar a la población joven, determinando las necesidades, adaptándonos a la población, fomentando una comunicación clara de acorde al lenguaje de los jóvenes, para así motivarlos a tomar decisiones que favorezcan a la mejora de la salud (Ayala Almeyda, 2014).

Como educadores para la salud se tiene la posibilidad de difundir información de diferentes maneras como lo es a través de los medios de comunicación, de tal forma que podamos proporcionar a las jóvenes, carteles, folletos, reuniones en las que se

les informe sobre los métodos anticonceptivos lo que favorece a que estudiantes tomen acciones individuales posteriores que beneficien a su salud (Ayala Almeyda, 2014).

Desde la perspectiva de género la Educación para la Salud puede brindar información de calidad para que las jóvenes conozcan más sobre los métodos anticonceptivos, ya que en esta investigación se observó que las jóvenes son las que no tiene información brindada por el cuerpo de salud sobre anticonceptivos, esto lo podemos lograr mediante el empoderamiento de las mujeres lo que les permitiría tomar decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad poniendo en práctica sus derechos sexuales y reproductivos y con esto lograr que las jóvenes decidan en que momento desean tener un embarazo y evitar enfermedades de transmisión sexual (Ayala Almeyda, 2014).

La educación para la salud no solo transmite información también genera habilidades personales que permita lograr cambios sociales, económico y ambientales que favorezcan a la salud, fomenta la motivación, las habilidades personales y autoestima necesarios para tomar medidas destinadas siempre encaminadas a la mejora de la salud (Ayala Almeyda, 2014).

Los principales factores sociales que limitan el uso de métodos anticonceptivos son principalmente la gran presión que ejercen sobre los pobladores las opiniones de amigos y familiares, así como el temor a ser condenados que son también notorios tanto el nivel cultural y la situación sociocultural de la pareja, denominador común para la mayoría de los adolescentes (Chitiva, Ocampo, Rico, Rivera y Sanjuan, 2010).

Entre los principales mitos y tabúes citamos: desconfianza a la eficacia de los métodos anticonceptivos, temor a la pérdida de la potencia o a la reducción del placer sexual, temor a la opinión pública y desconfianza en la prescripción médica. (Chitiva, *et al*, 2010).

Un número considerable de adolescentes aún piensa en el uso de los métodos anticonceptivos como una forma de prevenir las enfermedades de transmisión sexual, más que en una estrategia de planificación familiar (Chitiva, *et al*, 2010).

La problemática del embarazo en la adolescencia cada vez ésta tomando más fuerza, tanto que los adolescentes se está convirtiendo en una problemática muy común, que aqueja más que todo a las familias de más bajos recursos y debido a esto se está incrementando la población y la pobreza puesto que a estas madres se les dificulta realizar las labores domésticas, estudio y trabajo a la vez ya que cuentan con el apoyo de la familia para acceder a una educación superior para que aumenten las posibilidades de conseguir un trabajo mejor remunerado lo que hace que sus hijos tengan más posibilidades de tener un mejor futuro y una adecuada calidad de vida (Chitiva, *et al*, 2010).

El papel que hoy en día la sociedad le otorga a las adolescentes es una gran paradoja puesto que el hecho de tener un hijo a tan temprana edad hace que las demás personas cambien un concepto relevante de lo que anteriormente era un caos, como ser madre en una etapa en la que todavía no se ha dejado de ser niña (Chitiva, *et al*, 2010).

Vale la pena concluir que la salud sexual es un problema de gran relevancia que nos afecta a todos y entre todos debemos incitar a su conocimiento con nuestros hijos y familiares para desenmascarar el tabú que tiene desde hace siglos y que hace que cada vez que se debe afrontar el tema se tome como un misterio o como algo puritano, no olvidemos que la población con ETS va aumentando radicalmente y que la tasa de abortos planificados clandestinamente es de diaria presencia en los establecimientos farmacéuticos (Chitiva, *et al*, 2010).

No obstante, cabe resaltar la responsabilidad social que tiene el estado en mejorar la calidad de la educación sexual con especialistas en el tema que profundicen en el mismo y consideren los riesgos que corren los adolescentes a la hora de tomar una decisión que puede afectar el resto de su vida. A los Médicos, Regentes, Farmaceutas o Auxiliares a recordarles sobre la ética y la moral y a no olvidar que el fin que prima sobre todo es “Preservar la vida y no destruirla” (Chitiva, *et al*, 2010).

De acuerdo al análisis de los resultados, se puede concluir que, si existe una limitada información sobre la salud sexual y reproductiva, como también la deficiente comunicación en la familia, como uno de los factores más influyentes en los embarazos no planificados. Los padres encuestados tienen el conocimiento, pero presentan una dificultad para abordar temas sobre la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual con sus hijos (Becker, 1974).

La información adecuada y oportuna en particular sobre el uso de métodos anticonceptivos, puede contribuir a un manejo más seguro en lo referente al inicio de las relaciones sexuales (Becker, 1974).

Fortalecer el vínculo de dialogo entre adolescente y padre de familia es uno de los resultados obtenidos dentro de la investigación concluyendo con esto que el padre de familia es un pilar importante para crear un ambiente de comunicación, enseñanza y orientación. Se observó que la sexualidad es tomada por una parte de la población por distintos contextos socioculturales como tema prohibido, asumido como algo inmoral, poniendo en riesgo a los adolescentes a llevar un embarazo a temprana edad. También se concluye que los medios de comunicación, entidades y padres de familia ocupan un lugar fundamental como fuentes de información debido a la incapacidad de otros agentes citados para cumplir este rol, coincidiendo en que el embarazo no es la máxima realización femenina (Becker, 1974).

Los resultados muestran que, conforme aumenta la edad de la persona o la de su pareja, disminuye la probabilidad de protección en las relaciones sexuales. Además, la probabilidad decrece conforme las relaciones se tornan más “serias” o “estables” (Sánchez y Leiva, 2016).

Por otro lado, ser mujer, la escolaridad, recibir información sobre anticonceptivos e ITS, la frecuencia de las relaciones y contar con una relación familiar de apoyo son determinantes que reflejan una relación positiva con la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos. Lo anterior puede servir como insumo para el diseño, elaboración e implementación de políticas públicas que procuren prevenir el embarazo adolescente y la transmisión de ITS. Se aprecia la importancia de brindar educación e información sexual tanto a los jóvenes como a sus familias (de manera que estas desarrollen un ambiente de apoyo en el hogar), donde más allá de incentivar a la abstinencia, se motive a tener una vida sexual responsable (Sánchez y Leiva, 2016).

Los resultados obtenidos muestran un patrón de comportamiento de las variables congruente al encontrado para otros países. Ante esto, el Estado podría optar por aplicar políticas públicas orientadas a la prevención del embarazo adolescente o transmisión de ITS que han sido implementadas en otras regiones y hayan mostrado altos niveles de efectividad (Sánchez y Leiva, 2016).

En términos de continuidad en la investigación iniciada, se considera pertinente contar con datos sobre el nivel de compromiso en las relaciones, ya que ayudaría a obtener resultados más precisos en cuanto al fenómeno de la relación confianza-uso de métodos. Es posible que el comportamiento en cuanto al uso de métodos en una relación de noviazgo de alto compromiso sea similar a la encontrada en un matrimonio o unión libre. Además, sería importante poder contar con una base de datos más completa o de mayor magnitud que permita encontrar los factores que influyen en la elección del método anticonceptivo y los patrones de uso (Sánchez y Leiva, 2016).

Finalmente se puede concluir que al fortalecer la comunicación y crear un clima de confianza permite ampliar más información sobre la orientación sexual y reproductiva en los adolescentes, debido a que es una etapa que entra en nuevos cambios y permite la iniciativa en la toma de decisión a nivel hormonal que impulsa que generar deseos sexuales en la adolescencia y que conllevan al acto sin los conocimientos previos sobre los cuidados que implica cada método anticonceptivo. Es claro que las adolescentes tienen conocimientos básicos sobre las clases de métodos anticonceptivos pero dejando un vacío en información de reacciones biológicas que puede ocasionar la ingesta de algunos de los productos de planificación familiar, ya que la fuente de información de estos métodos la dan los pares debatiendo el tema muy abiertamente ya que con los padres son intereses muy limitados y la información muy básica. Es importante tener en cuenta que el clima de confianza debe existir dentro de un contexto familiar y que no se debe crear

un tabú, para poder conllevar inseguridad y dudas que giran en torno a la orientación sexual.

Cabe resaltar que a la edad temprana muchos de los adolescentes sienten que por la edad consideran tener toda clase de información recibida en relación a los métodos anticonceptivos que hay en el mercado, pero dejan un gran vacío en el fortalecimiento de los valores que giran en torno a la educación sexual, ya que por la comprensión de la edad consideran que la educación sexual son los medios de “protección a la reproductividad” y llegar al acto como tal como dos personas adultas que puede tomar sus propias decisiones y autonomía en el medio a elegir para haber evitado un embarazo a temprana edad.

## **10.2 RECOMENDACIONES**

Como futura profesional en Trabajo Social me permito recomendar tanto a padres de familia como al equipo interdisciplinario tener un criterio objetivo sobre la importancia de la reinserción familiar en los adolescentes, puesto que de ella depende su normal desarrollo físico y psicológico permitiéndoles interrelacionarse con la sociedad, ejerciendo plenamente sus derechos.

A partir de los resultados y conclusiones de esta investigación, es vital proponer algunas recomendaciones y sugerencias para futuros planes de prevención del embarazo adolescente en el sector urbano María Occidente de la ciudad de Popayán.

Como primer aspecto, es necesario recalcar la importancia de que todo plan preventivo esté dirigido tanto a hombres como a mujeres, entendiendo que es responsabilidad de ambos adolescentes adoptar una postura activa ante la prevención del embarazo.

## BIBLIOGRAFÍA

Abarca A, Alpízar F, Sibaja G, y Rojas C. (2013). Técnicas cualitativas de investigación. San José, Costa Rica: UCR.

Ackermans A, y Andolfy M, (1990). La creación de un sistema terapéutico. Barcelona: Paidós.

Álvarez M. (2002). Familias cubanas con hijos (as): Lo bueno y lo malo. Ponencia realizada en el XI Congreso Latinoamericano de Sociedades de Sexología y Educación Sexual, Nueva Esparta-Venezuela.

Álvarez MV. (2006). Aspectos del estado del arte sobre separación conyugal, reorganización familiar y salud mental de niños y adolescentes. Revista Facultad de Trabajo Social, 22(22), 150-159.

Arellano M, y Díaz C. (2010). Estudio exploratorio descriptivo acerca de la percepción de psicoterapeutas en relación a la utilidad del genograma como técnica de intervención clínica. [Tesis no publicada, Escuela Sistémica de Chile, La Serena-Chile].

Arita Watanabe BY. (2005). La capacidad y el bienestar subjetivo como dimensiones de estudio de la calidad de vida. Revista Colombiana de Psicología, 14, 73-79.

Ayala Almeyda AJ (2014). Uso de los métodos anticonceptivos en jóvenes desde la perspectiva de género: una visión desde la educación para la salud. [Tesis de grado, Universidad Autónoma del Estado de México]. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/31083/2%20TESIS%202014%20USO%20DE%20LOS%20METODOS%20ANTICONCEPTIVOS%20EN%20JOVENES%20DESDE%20LA%20PERSPECTIVA%20DE%20GENERO.pdf;sequence=1>

Bachmann C. (s.f.). Adolescencia riesgo reproductivo. Lima Edit Omega SA Concytec.

Bandle y Grinder (1988). Características personales y educación sexual recibida en adolescentes antes de la primera relación sexual. Bogotá.

Baptista MV. (1992). La Producción del Conocimiento Social Contemporáneo y su énfasis en el Servicio Social. En: AA.VV. La investigación en Trabajo Social. CELATS/ALAETS, Lima.



Barberá E. y Navarro E. (2000). La construcción de la sexualidad en la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 1(15), 63-75.

Barrantes R. (2014). *Investigación: Un camino al conocimiento, Un enfoque Cualitativo, cuantitativo y mixto*. San José, Costa Rica: EUNED.

Baumrind D. (1996). Effective parenting during the early adolescent transition. In P.A. Cowan & E.M. Hetherington (Eds.), *Advances in Family Research*, 2. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Becker M. (1974). *El modelo de creencias de salud y el comportamiento personal de la salud*. Monografía de Educación Sanitaria.

Berga A. (2003). La violencia: ¿problema o síntoma? Una mirada sociológica. *Educación Social: Revista de intervención socioeducativa*, 23, 10-22. <http://www.peretarres.org/revistaeducaciosocial/articles/article23.pdf>

Bernal Rodríguez SG, Pereira Alba OL. y Rodríguez Jiménez GE. (2018). *Comunicación Humana Interpersonal. Una mirada sistémica*. Corporación Universitaria Iberoamericana. <https://repositorio.ibero.edu.co/bitstream/001/596/1/Comunicaci%C3%B3n%20humana%20interpersonal%20una%20mirada%20sist%C3%A9mica.pdf>

Bernis, Marth y Stopes. *Adolescencia riesgo reproductivo*. Lima Edit Omega SA Concytec.

Boyunm L, & Parke R. (1995). Family Emotional Expressiveness and children's Social Competency. *Journal of Marriage and the family*, 57, 593-608.

Brown P. (1988) *The Body and Society. Men, Woman and Sexual Renunciation in Early Christianity*. New York: Columbia University Press.

Camacho y López, SM. (2013). *Salud sexual y reproductiva, conocimientos, actitudes y opiniones de estudiantes de licenciatura en enfermería*. Memorias de II Foro de Investigación. Tlahuelilpan, Hidalgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Caricote Agreda EA. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes *Educere*, 12(40), enero-marzo, 79-87 Universidad de los Andes Mérida, Venezuela. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35604010.pdf>

Carvalho, Merighi y Jesús (2009) citado en Barceló Martínez M. (2016). El embarazo en la adolescencia. [Trabajo de fin de grado en Psicología, Universidad Miguel Hernández].

Checa S. (2005). Implicancias del género en la construcción de la sexualidad adolescente. Anales de la educación común. Tercer siglo, año 1, nº 1-2, adolescencia y juventud, septiembre. Publicación de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

Chitiva AP, Ocampo FE, Rico BD, Rivera J y Sanjuan LC (2010). Uso inadecuado de métodos anticonceptivos en adolescentes. [Proyecto de grado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia]. <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/25798/feocampob.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cortés P. (2011). El Sentido de las historias de vida en investigaciones socio-educativas. Una revisión crítica en Hernández, Sancho y Rivas (coord.). Historias de Vida en Educación. Biografías en Contexto. ESBINA-RECERCA, Universidad de Barcelona, 4, 68-74

Crosby R, DiClemente R, Wingood G, Sionean C, Cobb B, Harrington K, et al. (2001). Correlatos de la preocupación de las adolescentes por el embarazo no deseado: la importancia del deseo de la pareja para el embarazo. J Pediatr Adolesc Gynecol, 14(3), 123-127

CuidatePlus (2022). Embarazo precoz. <https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia/diccionario/embarazo-precoz.html>

Cypriano AF, Cypriano MC, Azambuja K. (1988). Gravidez en adolescencia: alto riesgo. Klinikos, 4(13), 335-8.

De la Cuesta C. (2002). Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia. Editorial Universidad de Antioquia. Colección Enfermería.

De la Revilla L. (2006). El genograma: mucho más que un dibujo. AMF (Actualización en Medicina de Familia), 2(10), 559-556.

Del Castillo P. (2013). La psicogenealogía aplicada: Como una saga puede esconder otra. Barcelona: Ediciones Obelisco

Delgado I. (2022). ¿Qué es la comunicación?. <https://www.significados.com/comunicacion/>

DiClemente R, Wingood G, Crosby R, Sionean C, Brown L, Rothbaum B, et al. (2001). Estudio prospectivo de angustia psicológica y comportamiento sexual de riesgo entre mujeres adolescentes negras. *Pediatría*, 108(85), 1-6.

Duarte CM, Nascimento VB, Akerman M. (2006). Gravidez en la adolescencia y exclusión social: análisis de disparidades intra-urbanas. *Rev Panam Salud Pública*, 19(4), 236–243.

Eccles J. (1998). *Motivation to Succeed*. In W. Damon (Ed.), *Hand Book of Child Psychology* (5th ed., 3). New York: Wiley

Eguiluz R, L, Robles Mendoza, AL, Rosales Pérez JC, Ibarra Martínez A, Gómez Herrera J, González A, y Rangel C. (2003). *Dinámica de la familia - un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax México.

Foucault M. (2003). *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. (Trad. Martí Soler). Argentina: Siglo XXI.

García-Hernández G. (2008). Salud, sexualidad y reproducción en jóvenes de Iztapalapa. *Género y Salud en Cifras*, 15-21.

Goodson SI. (2004). *Historias de vida del profesorado*. Barcelona: Octaedro-Eub.

Grinnell (1997) citado en Sampieri H, Collado F, y Lucio B, (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana. México D.F.

Hartman A. & Laird J. (1983). *Family Centeyed social work practice*. The free press. New York.

Hornillo Araujo E, y Sarasola Sánchez JL. (2003). El interés emergente por la narrativa como método en el ámbito socioeducativo. El caso de las historias de vida. <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/158/b15148543.pdf?sequence=1>

Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales, síntesis ejecutiva*. México.

Instituto Nacional de Salud. *Boletín Epidemiológico Semanal (BES)*. Semana Epidemiológica 09, 23 al 29 de febrero de 2020. [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_9.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf)

Kably Ambe A, Mar de la Rosa, Orozco M, et al. (1982). Embarazo en la adolescente. Análisis de 500 casos. *Ginecol Obstet Mex*, 50(303), 179-82.

Kirby D, Coyle K, y Gould JB. (2001). Manifestaciones de pobreza y tasas de natalidad entre los jóvenes adolescentes en las áreas del código postal de California. *Perspectiva del plan familiar*, 33(2), 63-69.

Lago P. (s.f.). Reflexiones sobre la formación de Trabajadores Sociales en el modelo sistémico. *RTS*, 102.

Lamas M. (1986). La antropología feminista y la categoría de género. *Nueva Antropología*, VIII(30), México.

Lasser Miranda S, et al. (1999). Gravidéz en adolescencia. *J Bras Ginecol*, 95(6), 251 -3.

Ley 715 de 2001 (diciembre 21). Ministerio de Educación. Congreso de Colombia. [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf)

Lincoln y Denzin (1994). Metodología de investigación. <https://sites.google.com/site/metodologiadeinvestigaciontense/enfoque-cualitativo>

Lipovetsky G. (1994). El crepúsculo del deber. La ética indolora en los nuevos tiempos democráticos, Barcelona, Anagrama.

López C, Bracho C, Valderranna I, et al. (1982). La adolescente embarazada: morbimortalidad materna y fetal. *Obstet Ginecol Venezuela*, 52(10),17-32.

Martin García AV. (1995). Fundamentación Teórica y Uso de las Historias y Relatos de Vida como técnicas de Investigación en Pedagogía Social. *Aula*, 7, 41-60.

Martinelli ML. (1994). O uso de aborgagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. Un instigante desafío. In: Cuaderno nro. I, NEPI – Núcleo de Estudios e Pesquisa sobre Identidade. PUC/SP, São Paulo.

McGoldrick M, y Gerson R. (1993). Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona: Editorial Gedisa SA.

Mercer Cypriano MC y Azambuja K. (2004). Gravidéz en adolescencia: alto riesgo. *Klinikos*, 4(13), 335-8.

Minuchin S. (1982). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.

Morales Prieto CE, et al. (2018). Clima organizacional y comunicación: la sexualidad como elemento humano multidimensional para su desarrollo.

Mossé C. (1991). Sapo de Lesbos. *Amour et sexualité en Occident*. Paris: Le Seuil.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2022). Salud del adolescente. <https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>

Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2009). Salud Sexual para el Milenio, Declaración y documento técnico. Washington, D.C.: OPS.

Palomar Villena M. y Suárez Soto E. (s.f.). El modelo sistémico en el Trabajo Social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5868/1/ALT\\_02\\_10.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5868/1/ALT_02_10.pdf)

Parra J, Pinedo A, Távara L, Vereau A. (1991). Comportamiento reproductivo de las adolescentes. Ginecol Obstet,; 106-13.

Perelló S. (2009). Metodología de la investigación social. Madrid: Dykinson.

Pesántez R, DA. (2015). El modelo sistémico para la intervención en Trabajo Social. [Trabajo de grado para el título de Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Cuenca].

Profamilia (2018). Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia. explicando las causas de las causas. Bogotá D.C. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>

Pujadas JJ. (2002). El método biográfico: el uso de las Historias de Vida en Ciencias Sociales. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Resolución número 01281 (abril 11). Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-1281-de-2014.pdf>

Richmond M. (1977). Caos social individual. Humanista. Argentina.

Rodríguez Gómez, G, Gil Flores J. y García Jiménez E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Granada: Aljibe.

Rusque A. (2001). De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa. Caracas: Vadell hermanos. 76-100.

Saade N. (1985). Funciones de los padres. Caracas, Venezuela. Boletín Científico. Publicaciones ASOVEP

Salazar Arango A. (2003) citando a Flórez y Núñez (s.f.). Niveles y determinantes regionales y subregionales de la fecundidad en Colombia. Universidad de los Andes. Centro Interdisciplinario de Estudios Regionales. Bogotá.

Sampieri Hernández R, Collado Fernández C, y Lucio Baptista P. (2006). Metodología de la investigación. McGraw-Hill Interamericana. México D.F.

Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Aten Fam*, 22(2):35-38.

Sánchez-Retana C, y Leiva-Granados R. (2016). Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 14(1), 82-107, Universidad de Costa Rica. <https://www.redalyc.org/journal/446/44646470005/movil/>

Satir V. (1980). Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México: Pax-México.

Scout T. (1993). Cómo hablarles a sus hijos sobre sexo. Bogotá, Colombia: Editorial Norma.

Selvini Palazzoli M. (1982). Paradojas y contrapojadas, A.C.E., Buenos Aires.

SIVIGILA DANE (2012). Morbilidad en las gestantes menores de 17 años, *Rev Cuba Obstet Ginecol*, 15(3), 169-76.

Sluski C. (1986). Familias, redes y otras formas extrañas. *Revista sistemas familiares*, Buenos Aires.

Solís FF, Mardones C, Castillo ME. (1992). Aspectos demográficos de la población adolescente chilena. *Cuad Med Soc Santiago de Chile*, 27(22), 51-62.

Suarez Soto E. (1983). Embarazo de la adolescente. *Bol Hosp San Juan de Dios*. 30(5), 244-51.

Suarez MA. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica La Paz*, 16(1), 53-57.

Tardy Ch. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.

Taylor SJ y Bogdam R. (1990). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós, 111-117.

UNICEF (2021). ¿Qué es la adolescencia?. <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,los%2010%20y%2019%20a%C3%B1os>.

Villamizar Monroy AP. (2011). Significado de la maternidad para la mujer adolescente [Maestría en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia].

Villaseñor-Farías M. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud pública de México*, 45, S44-S57.

Viscaret Garro (2007). La adolescencia y su salud reproductiva: desempeño obstétrico de primigestas de edad igual y menor a 16 años. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 11(4), 64-9.

Watzalwick P. (1985). El aborto en Maternidad de Lima con énfasis en adolescentes. *Acta Med Peruana*, 12, 88-91.

Wilhelm J, López G, Gilk, et al. (1991). La edad materna como factor de riesgo en el embarazo en la selva del Perú. *Diagnóstico*, 28(56), 80-4

## ANEXOS

### Anexo A. Entrevista 1

**Nombre completo:** Leidy Carolina Solís Tobar

**Cedula de ciudadanía:** 1007711128

**Fecha de nacimiento:** 27 de octubre del 2000

**Estado civil:** unión libre

**Número de hijos:** 1

**Edad de la menor:** 3 años

#### 1. ¿A QUÉ EDAD INICIASTE TU ACTIVIDAD SEXUAL Y POR QUÉ DECIDISTE HACERLO?

R=/ Yo empecé la actividad sexual antes de cumplir mis 15 años, desde siempre me he juntado con personas mayores, siempre mis amigos tuvieron más edad que yo y por lo tanto siempre iban más adelantado en cuestiones académicas como también en la exploración en la sexualidad etc, entonces por la misma razón por la misma compañía etc etc conseguí novio y pues desde ahí empezó antes de los 15 años.

#### 2 ¿QUIÉN FUE LA PRIMERA PERSONA QUE SUPO DE ESA DECISIÓN QUE TOMASTE Y POR QUÉ?

R=/ Fue mi mamá, pues claramente fue la primer persona que lo supo no pues claramente como quien dice por boca mía no se lo comente por acto de irresponsabilidad porque debí haberle hablado para preguntar para cometérselo igual porque se sabe que igual se tiene que hacer exámenes para saber uno como esta, como está la pareja de uno etc pero en el momento no tome la decisión de contárselo mi mama se dio cuenta por que como dice la mama uno se la sabe todas tanto en los cambios hormonales como físicamente ella misma después de un tiempo me toco de que ella ya se había dado cuenta que yo, ya empecé mi vida sexual por todos los cambios que había tenido no solo lamente emocionalmente y todo sino yo creo que uno empieza a explorar la vida sexual ya uno ya cambia hasta en la forma de vestir porque uno ya se empieza a sentirme más atractivo uno empieza a notar ese poco de cosas que uno no notaba y esa fue la razón por la cual mi mama se dio cuenta

#### 3 ¿CONOCES CUÁLES SON LOS MÉTODOS DE PLANIFICAR?

R=/ Si, realmente estudie en un colegio probado en el colegio los profes nos hablaron a carta abierta los métodos anticonceptivos y desde pequeña conozco la pastilla porque mi mama siempre ha planificado con ella también la pila, el implante



porque también es la que más se habla entre muchachos entre las jóvenes yo creo que eso es el método que más se utiliza, ya inyección también conocidos por la familia, mis tías siempre me dijeron que utilizaron la inyección mis primas porque les parecía muy buena y el la t porque mi mamá después del segundo embarazo se hizo poner la T y el condón porque es el que más se habla también para prevenir enfermedades de trasmisión sexual.

#### **4 ¿Participas en campañas de promoción y prevención sobre planificación familiar? Si no por qué?.**

R=/ Realmente me gusta siempre tomar la opinión por ejemplo pro los métodos que he tomado actualmente todo me ha gustado debatir con personas que los ha utilizado aun sabiendo que no todos los cuerpos son diferentes que cada método va a cambiar o va a mejor o va crear algo en tu cuerpo pero si me gusta tenerlo en cuenta también creo que hay algunas afectaciones que creo que no quisiera que me llegara a pasar por lo menos en mi familia son propensas el cáncer de mama, y el método conectivo todo afectan pero el que más ha afectado en mi familia es la pila por la cantidad de hormonas que bota entonces por lo menos mis tías el ya al traer esa ya esa herencia me recomiendan que la pila no entonces que buscara otro método afectivo pero que no fuera tan dañino para mí, entonces tuve en cuenta y desde pequeña he sufrido de sangrado que me han durado 20 días a 25 entonces con expertos como los médicos decían que la pastilla era la que lo regulaba entonces el método que he optado desde ahora para regular eso que ha sido complicado.

- **¿Y desde el momento que iniciaste tu actividad sexual empezaste a planificar o ahí no habías empezado todavía su proceso de planificación?**

R=/ No, realmente a me dio mucha pena, como te decía hablarlo con mi mama y por la misma razón no, ósea no planifique ósea el método que utilizaba era el condón. Resulta que tres años después de estar con el condón solamente me realiza un examen como te decía el sangrado era abundante y me tocaba utilizar pañal porque el sangrado era demasiado y el sangrado era por 15-20 días y cuando estuve pequeña el periodo me vino a los 11 años y a mí me daba hasta fiebre cuando me llegaba el periodo era algo brutal entonces me hacía exámenes y mi mama era consiente que yo ya había indicado mi actividad sexual, entonces ella me recomendó ir al ginecólogo no sé qué ya cuando yo creo que ella tomo la decisión entrecomilla valentía le decía venga hija como usted ya empezó su actividad sexual hágase revisar y había tenido mal formación en el útero para que mi sangrado sea así. La doctora él dijo que era muy muy difícil llegar a quedar en embarazo fue lo que me dijo la ginecóloga y que pues yo tenía 16 años y medio y me dijo que si quería tener hijos en un futuro que debía haber un proceso unas pastas etc pero que ella me recomendaba que lógicamente fuera a los 18 a 20 años empezara el proceso para que no fuera tan tardar mucho si así lo deseara.

**5. ¿Participas en campañas de promoción y prevención sobre planificación familiar? Si no por que?.**

R=/ No.

**6. ¿Con quién más practicas el tema de orientación sexual con tus amigos, familia o vecinos? Si no con quien y cuál es la razón.**

R=/ Realmente con mis tías con mi mama no como te decía con dos o tres amigas que han sido más cercanas contentábamos como te está yendo con este método como igual no todos los cuerpos son iguales que te hizo esto no sé qué y pues con la ginecóloga ahora la que me atiende y me ha dado las bases que fue por la persona por la cual me decidí porque al tener el problema del periodo me recomendó que los anticonceptivos que son vía oral son los que me van a regular el periodo porque yo realmente quería planificar con la inyección por lo mismo por el sondeo por las personas que están al mi alrededor entonces la ginecóloga me dijo que lo que me iba a regular el periodo de manera efectiva era los anticonceptivos vía oral, entonces por la ginecóloga fue por la quien me decidí de empezar con las pastas.

- **¿Y cuando ibas a donde la ginecóloga ibas sola o con la compañía de alguien en especial?**

R=/ No pues yo realmente el que me acompañaba a las citas es mi pareja, pero la que hablaba era yo sola y desde los 16 años siempre entré yo sola y mi mamá también me llevaba iba a las citas pero iba cada una de manera individual y creo que también que primero pues por respeto porque todo tiene una manera diferente de pensar y todo y uno a los 16 años es más reservado con sus cosas entonces si por esa razón siempre he entrado sola con la ginecóloga.

**7. ¿Cuentas con el acompañamiento de tus padres para realizar uso de los métodos anticonceptivos? Si no por qué?.**

R=/ Mira que realmente en estado de ánimo siempre he sido variante y me afecta mucho el estado de ánimo me pongo a chillar, brava sentimental, siempre pero que yo digo este método me puso así, este método me puso asa no, me sentía más anchita sí, me sentía más gordita cuando estaba utilizaba la pila si sentí que subí un poquito de peso la deje y ahorita también siento que con la pasta que son los métodos que hasta ahora he utilizado me ha salido barritos en la cara. No sufría de acné Y he notado que antes de llegar el periodo me salen barros en la cara.

- **¿Y crees que esos barritos en la cara o ese aumento de peso que tu utilizabas anteriormente con el implante ha bajado tu autoestima o no?**

R=/ Pues realmente si soy una persona que siempre se ha quejado de su imagen siempre, siempre desde siempre entonces realmente cuando subí de peso con la pila me sentía muy bien porque después de tener a mi hija para sentirme maso menos bien con un jeans tenía que ponerme una licra debajo porque quede demasiado flaca y eso me tenía mal, me tenía mal mal mal y también quede con muchas estrías entonces uno viene de 16 17 años y uno quedar con esas estrías y no mostrando la barriga porque esa son una de las partes que yo creo que me va a costar demasiado volver a tener seguridad de andar con una blusa corta o así pero si me sentía muchísimo mejor con los jeans con la ropa que me probaba porque como era deportista anteriormente entonces tenía las piernitas medio gruesitas y no sé qué y entonces con la pila me sentía bien. Ahora que me la quite y que volví a adelgazar un poquito me he mantenido, ósea no, no adelgace otra vez completamente a lo que estaba sino que adelgace un poquito entonces todavía los jeans me siguen quedando entonces por ahora me siento bien con las pastas mientras me mantenga así, estamos bien.

**8. ¿Cuándo das uso de los métodos anticonceptivos has notado un cambio en tu cuerpo o estado de ánimo? Si no cuál?.**

R=/ No pues realmente hablándolo como tema de orientación yo creo que de nadie porque una cosa es que te orienten los pro, los contra las cosas que te puedan pasar en fin rodo lo que conllevan una relación sexual porque no solo es como el acto en sí entonces no he tenido en sí. Todo ha sido en internet no ha sido más porque mi papa o mi mama no me hablan charlado sobre eso, por ejemplo de venga siéntese como se siente o como se está cuidando o que están haciendo pero como están manejando eso, usted se siente bien porque hasta eso hay que preguntarlo porque si una chica de 16-17 años cree que la sexualidad eso solo el acto en sí, la eyaculación y lo de ella, porque si pensamos así estamos jodidos porque pues la sexualidad lleva mucho más que eso, lleva que seas amada, respetada en el acto etc, entonces a veces creemos de muchachos que solo es complacer el cuerpo y no, no se trata de eso, entonces esa fuente he si me faltó si me faltó más sin embargo yo si he sido de leer mucho de investigar porque los profesores siempre se centra en los métodos anticonceptivos y no pasan de halla tanto en respeto a los muchachos porque hay padres que no aceptan esos temas en las instituciones entonces pues la fuente he sido yo misma con lo que he querido investigar y ahora desde unos años para acá se ha revelado tanto la mujer cierto lo grupos feministas en sí y ha dado a conocer todo lo que conlleva la sexualidad porque ellas también están muy enfocadas en ello de que la mujer se sienta amada y respetada en todos los momentos y aspectos de su vida y entonces desde ahí yo me he llenado mucho de información.

• **¿Entonces en tu entorno practican orientación sexual?**

R=/ No. No ó sea nos quedamos en los métodos y no pasamos de los métodos anticonceptivos.

**9. ¿Le has preguntado a tus padres cuales son los métodos anticonceptivos?**

R=/ No

**10. ¿Cómo asume tus padres el tema de uso de los métodos anticonceptivos?**

R=/ Cuando yo iba a empezar a planificar que fue muy cagada digámoslo así, yo iba a cumplir los 17 porque yo quede en embarazado 2 meses antes de cumplir los 17, yo fui a donde el ginecólogo ya me habían dicho eso y yo dije, no, yo voy a empezar a planificar ósea por más que la doctora me estaba diciendo no, no en el momento no puedes planificar, entonces yo dije no. Yo si voy a planificar porque es un acto irresponsable conmigo y con mi pareja, entonces mi suegra ella fue madre a la misma edad que yo fui, entonces mis suegros pero en especial mi suegra ella si nos había preguntado cómo entre conversación x, ósea no nos sentamos nada, queriendo saber cómo madre que es, y ella fue quien más me animo en hacerme los exámenes para empezar a planificar yo ya había llevado el proceso, ósea el control de cuál es el método que nos recomienda la ginecóloga y me decía dígale a su mamá que ya está planificando porque igual ella se va a dar cuenta de que yo ya estaba planificando y él dijo se lo comente y ella me dijo no usted está más chiquita y yo tengo una prima que empezó a planificar desde chiquita y pues no pudo tener hijos y yo y tenía el concepto de la ginecóloga que fui a escondidas y pues yo soy muy reservada entonces yo se lo comenté a mi pareja y él me dijo no pues hágase los exámenes y así empieza a planificar ya había hecho todo ese proceso, yo cumpla años en octubre y yo le había dicho no yo ahora que cumpla los 17 que sea más grande, creyendo yo que de 16 a 17 hay mucho tiempo no sea mucho el regaño. Entonces en ese octubre que yo empecé a planificar me di cuenta que estaba en embarazo.

**11. ¿Cómo es el nivel de comunicación que estableces con tus padres y por que?**

R=/ Como es él ahora porque anteriormente era casi nulo, mi mamá y yo hemos tenido buena relación de convivencia tenemos casi el mismo carácter, genio pero en comunicación fallamos muchas cosas y yo creo que ella también le faltó y yo quiero que eso cambie con mis hermanas y mucha gente me decía es mejor que una madre es mejor ponerse roja un día que pálida toda la vida pero no, no buscamos el momento no hubo el espacio realmente ni con el uno ni como el otro ni con mi padre entonces desde pequeña no buscaba los espacios porque no me interesaba entonces ellos son muy estrictos con ellos porque ellos no son capaces de hablar siento que no fueron capaces todos eran los gritos o los golpes por parte de mi papa entonces yo prefería no estar en la casa, yo pasaba en el colegio de lunes a viernes y los únicos días que yo podía estar con ellos era los domingos porque yo estudiaba en la mañana y yo tenía curso de radio y tv o tenía teatro,

banda o voleibol, o futbol ósea en el colegio decían quién quiere lavar los baños y carolina decía se iba lavar los baños porque carolina no quería estar en la casa lastimosamente.

- **Ósea lo que me has dado a entender la relación con tus padres fue muy disuelta, nunca hubo una conversa.**

Carolina responde que nunca hubo una conversa y nada afectivo. Mi mamá decía los domingos vamos donde la tía y yo vámonos. Y desde los 15 años yo ya no quería estar más con ellos y yo prefería irme con otros y desde en ese entonces empezó el bullying, claro ya te vas a ir con ellos, entonces yo como con que confianza le iba hablar con ella o a mi papa si me hablaban así. Es que yo le decía es que quiero jugar en la cancha y ellos me decían ya te vas a ir acostar entonces yo como con que confianza yo iba hablar esos temas con mis papas si cuando no era necesario intervenían interferían de manera violencia y después no pues me dan en la jeta y en esa empecé a tener novio, igual yo iba a entrenar futbol y entonces cuando se enteraron de eso me dijeron, ha como ya quieres conseguir marido entonces cocina, lava los paltos, hace el aseo ósea ni siquiera mira carolina es tu responsabilidad colabora en la casa ya estas grande pues como hijo yo estudio y entreno y pues como uno le dejaba toda esa responsabilidad a mis papas sabiendo que yo también vivo aquí nunca me lo dijeron de buena manera, ósea dialogando todo y solo fue a los gritos porque ya tenés novio ya querés tener marido, ósea, esa no es una razón.

- **¿Y tú papa cuando supo que estabas en embarazo, como fue la reacción de él?**

R=/ Yo estaba en embarazo, como te digo yo estudiaba y entrenaba todo el tiempo yo no sabía que estaba en embarazo y mi periodo nunca fue regular y le dije a mi pareja que no me llevo el periodo y él me dijo el otro día nos hicimos una y salió negativo y el tubo que viajar entonces yo lo llame y le dije no venga si me la tengo que hacer, ósea uno ya se siente diferente uno ya se las huele y el mío estaba más avanzado y yo me di cuenta cuando tenía 3 meses de embarazo y compre en la farmacia esa prueba que cuesta tres mil o cuatro mil pesos y apenas puse la gota de orina ya supe que estaba en embarazo porque salió dos rallas de una ósea no hubo pierde ósea dicen dude que salga negativa porque positiva si ya paila.

Entonces yo entrenaba casi todos los días y yo con mi papá no me veía y si yo llegaba a las 7 o 7:30 nos saludábamos y como yo ya tenía novio me echaba sátiras entonces yo prefería no llegar a la hora de la comida yo preferiría llegar más tarde entonces no nos hablábamos mucho ósea éramos muy distantes. Mis papás se dieron cuenta de una manera brusquísima yo no más le había comentado a mi hermana la del medio porque me daba miedo entonces yo le decía ve cuando yo necesite levantar algo por favor ayúdame porque del resto nadie más sabia ella era la que me ayudaba hacer el aseo porque yo como sabia de mi embarazo sabía que

estaba delicada y ella todavía no sabía más que hacer y ella seguía yendo a los entrenos, partidos y ella le había comentado a la mejor amiga de que ella estaba en embarazo y ella me decía no haga los ejercicio y hágalos bien suave y luego tenían un partido con otro quipo y carolina decidió irse sabiendo que ella estaba en embarazo y luego empezó a sangrar y la mejor amiga le dijo vallase, vallase que yo ahora veo que le digo al entrenador y le comente a mi pareja y él me decía no tranquila eso ha de ser normal y eso le ha de pasar entonces mi fuente de información ha sido el internet puede haber un sangrado de implantación que cuando uno hace fuerte puede sangrar entonces ella se fue a la casa y no podía comer, estaba mareada y después se sintió mal muy mal y ella dijo no pues yo me tengo que ir para el médico me dio muchísimo miedo pues realmente de lo único que me acorde fue lo que me dijo mi mama de lo que ella me hablo fue de que ella una vez perdió un bebe y eso a ella le afecto muchísimo entonces yo no quiero pasar por eso si estoy en embrazo no quiero pasar por eso y yo siempre he defendido mi hijo no sé cómo iba hacer pero yo no lo quiero perder entonces la única persona que sabía era menor de edad entonces no tuve de otra que contarle a mi abuela materna entonces yo la llame y le dije venga abuela yo le tengo que contar algo no sé qué y ella me dijo ya sé a qué viene y en el carro le iba diciendo yo le dije que planificara ahora que va a hacer ese muchacho ya está en la universidad y yo ya había terminado mi técnico e iba a ingresar en la universidad. Y yo pienso que las abuelas también se evidentes es que estoy en embarazo y estoy presentando un sangrado usted me puede acompañar al hospital y ella me dijo si claro vamos porque mis papás estaban de viajes porque trabajaban juntos entonces yo no tuve esa oportunidad de estar con mis papás entonces yo entré sola y mi abuela me espero afuera y le dije que no le contara a nadie de que estábamos allá y ella me dijo bueno, pero en realidad ella hizo lo contrario llamó a mis papás y les contó porque estaba muy asustada y mi mamá entró a verme pero con los ojos hinchados de llorar entonces entró y me dijo aquí le traje unas toallas y un cuco porque yo sé que es perder un hijo y yo ella me dijo cuanto tenía y yo le dije tres meses y medio yo a él bebe no lo he perdido y me dijo ahh ya y no me dijo más nada. Entonces mi mamá nos dijo que van hacer ahí si yo no puedo opinar por ustedes entonces mi pareja Alejandro dijo yo me voy a retirar de la universidad y voy a trabajar y los papás le dijeron no. Consiga un trabajo de medio tiempo y nosotros le seguimos pagando la universidad porque claramente él estudiaba en **probada** y Alejandro no me va a alcanzar un bebe es demasiado gasto. De allá, el papá era más distante conmigo solo era “buenas” y ya mientras que la mamá siempre ha sido bien conmigo y ella nos dijo que William ósea el papá estaba bravo.

Entonces en el hospital me mandaban reposo absoluto y que mantuviera los pies hacia arriba y cuando llegue a la casa mi mama no vaya hacer nada no haga el oficio nada y yo estaba mal nutrida no comía lo que una mujer embarazada debía de comer para alimentar bien al bebe y fue ahí donde me tocó renunciar a mi trabajo porque como ya me había graduado del colegio y del Técnico en Preescolar o Primera Infancia entonces no podía seguir con pequeños y no trabajaba legalmente porque era menor de edad y fue ahí donde dejó de trabajar.

Siempre desde un inicio he tenido el apoyo de mi pareja y el tomo la decisión de retirarse de sus estudios porque él decía yo no quiero que mis papás respondan por él bebe yo quiero responder por mi hijo.

Entonces yo me vine a sentir bien fue a los cinco meses no quería que ellos me vieran nunca haciendo nada y como a mí no se me miraba barriga sino a los 8 meses entonces trabajé en un restaurante de mesera y resulta que haya me tocaba levantar sillas, mesas ósea todo lo que mi mamá no me dejaba hacer en la casa y lo hice con el fin de demostrarle que si era capaz y yo pienso que fue un acto de irresponsabilidad más grande que pude haber hecho en la vida porque donde yo hubiera perdido a mi hija yo no me lo hubiera perdonado jamás.

Lo hice por no escuchar las discusiones dentro de la casa entonces decidí hacerlo por eso, gracias a Dios a mi hija no le afectó nada de eso nació bien y mi mamá siempre defendió la vida nunca nunca se pensó en el aborto y mi papá me hablaba una vez al mes y de vez en cuando me llevaba una fruta que no le correspondía pero de igual forma lo hacía y cuando fue la ecografía el sueño de acá era que fuera niño porque acá solo hay niñas y en cambio para la familia de mi pareja si fue una bendición porque él es hijo único entonces halla si querían niña. Entonces mi papá ese día me preguntó que era y yo le dije niña y el ahh ya y en cambio allá mi suegra se puso muy feliz porque dijo por fin voy hacer moñas y le compro vestidos y todas esas cosas.

**12. ¿Cuál o cuáles han sido los métodos anticonceptivos que te has aplicado y por medio de quién?**

R=/ Mi papá paga la salud de aquí todos lo de la casa y la EPS en todo el embarazo fue muy buena y después de los tres meses de haber nacido la niña fui a la EPS y me recomendaron la pila, yo creo que es porque los embarazos en adolescentes son tan pero tan altos, que pues igual como no por disminuirlo sino para combatirlo porque la pila dura tres años o cinco años es algo seguro si le das a una muchacha las pastillas se le olvida de tomárselas todos los días y si es con la inyección pues lo más seguro es que se olvide de aplicársela al mes siguiente entonces las aseguraba con esa entonces yo procedí a esa y con lo que había hablado con mis tías en relación a eso pues no me reguló el periodo fue pues peor y me la quité porque solo vivía con el periodo me duraba quince días y si se me quitaban cinco era mucho mes tras mes y me aburrí entonces me la quite. Y me recomendó las pilas.

**13. Cuando acudes a centros de salud.**

**A) El cuerpo de salud te invita a programas de promoción y prevención.**

**B) Buscas información para entrar a programas de planificación familiar**

**Cual y porque**

Realmente la EPS es muy buena y hace campañas de prevenciones y prevenciones a mi celular llegaban mensajes de que si estaba planificando le entraban llamadas para prevenir embarazos no deseados en adolescentes.

**14. ¿En tu hogar has escuchado mitos en relación a la orientación sexual? Si no ¿cuáles?**

No realmente no era tema de la casa entonces era solo molestaba me decían vea usted como empezó chiquita entonces se va a quedar así y efectivamente me quede chiquita pero realmente no era de conversación de la casa.

De niña recuerdo que mis papas sí, me llevaban al parque y mi mama me decía cuando yo tenía cinco años de edad vea usted no se deje tocar esas partes íntimas y eso porque eso también hace parte de la educación sexual y después de que cumplí seis o siete años eso ya se fue perdiendo.

## **ENTREVISTA A MAMÁ DE CAROLINA**

Nombre: Mónica Fernanda Solís Tobar.

Fecha de nacimiento:

Cedula de ciudadanía:

Estado civil:

Número de hijos:

**1. ¿A qué edad te conociste con tu esposo?**

R=/ Buenas tardes, yo me conocí con el cuándo tenía 15 años y él tenía 25, el ya con 25 años y duramos cinco años de novios alejados porque mi papa lo trasladaron y yo me tuve que ir a Sevilla valle, más sin embargo la relación siguió, pero como toda relación hay altibajos pero después de los cinco años de novios yo ya quede embarazada.

**2. ¿Cómo fue la reacción de él cuándo supo que estabas embarazada hubo apoyo desde el inicio o cómo fue?**

R=/ Desde el inicio si hubo apoyo pues al menos si y fue por teléfono que supo me apoyo desde el el inicio me giraba plata todo y cuando ya fue la hora del parto se lo llamo no pudo llegar a tiempo por lo que se le aviso tarde pero si llego al día siguiente, estuvo una semana halla y después ya se vino para Popayán después de eso yo ya estuve dos meses ya con mis padres y ya me vino vivir a Popayán con él.

**3. ¿Cuántos años tenías tú, cuando tenías tu primer hijo?**



R=/ Bueno, pues cuando tuve a Carolina tuve 20, pero antes de ella tuve un aborto espontáneo y fue cuando tenía 16 años.

**4. ¿Cuándo tu pareja supo que habías perdido el bebe, como fue la reacción de tu pareja?**

R=/ Bueno, desde siempre tuve el apoyo de él, teníamos que responder las cosas ya estaban hechas, pero siempre nos demoramos ósea se lo ocultamos a mi papas cuando ya fue la hora del aborto me toco decirles mi papa todo bravo, mi mama apoyándome todo el tiempo ahí en lo que yo necesitara, pero mi papa si estaba ahí pero bravísimo más que todo con él. Pero pues ya en esos días mi papa ya le toco irse ya trasladado ya todo había cambiado ya todo estaba más, más amable con él y todo.

**5. ¿Y tus papás cuando estabas en la etapa de la adolescencia o parte de tu niñez recuerda que te hallan hablado sobre planificación familiar, sobre los problemas que implica?**

R=/ Bueno, pues en ese entonces no era tan abierto como ahora, pero si claro, mi mama me hablaba mucho en el colegio se hablaba mucho, pero solo se llegó a ese punto, no es como ahora, bueno la mama vamos al médico, vamos a planificar, no, no se hizo eso igual yo sabía que era mi responsabilidad igualmente el, porque el es mucho mayor que yo.

**6. ¿Después de que nació tu primera hija, ya se fueron a vivir juntos?**

R=/ Si, cuando ya tenía dos mesecitos de edad yo ya me vine a vivir acá en Popayán, en un principio vivíamos en casa de los papas de él, y pues no nos fue muy bien, y estuvimos casi unos ocho meses, diez meses y estuvimos separados un año porque la relación con los papas no era muy buena, pues más que todo con la mama no era muy buena, pero siempre estuvimos la relación así fuera de lejos pero siempre estuvimos juntos siempre.

**7. ¿Cómo usted dice que la relación con sus suegros no era tan buena, como era la relación de ellos con su hija?**

R=/ Pues con la niña ellos eran bien en todo sentido, le problema fue que cuando yo me quise ir, mi suegra me quería quitar la niña entonces por ahí fue peor, entonces yo ya me encapriché y por ahí fue peor. Entonces después de un año de estar separados decidimos vivir juntos otra vez pero por separado ya conseguimos un apartamento y fuimos vivir solos.

**8. ¿Cuáles eran los inconvenientes que tenías con su suegra?**

R=/ Me imagino que como toda mamá quiere que les traten a sus hijos bien, que los consienta, pero yo, hasta allá no llegaba porque yo vine de otra crianza a mí mis papas por lo menos mi papá, nosotros fuimos de una familia muy humilde y mi papa dejaba de comer él por darnos a nosotros. Mientras él no porque allá era él primero así nosotros no tuviéramos nada de comer no fuera igual y por qué nunca hemos aguantado hambre pero si, que siempre tiene que ser más para el que siempre el primero que si es de aseo personas yo tengo que recogerlo siempre y si es de, el yo porque lo tenía que hacer decía yo, mi papa nunca puso a mi mama a lavar unos pantaloncillos lo que si acá me tocaba sacárselos del baño entonces era esos eran los inconvenientes que yo tenía con mi suegra que yo siguiera haciendo lo que ella le hacía a él.

**9. ¿Dentro de los roles y funciones que deben de haber dentro de una familia, dentro de las tareas del hogar él no cumple con ninguna función?**

R=/ No, nada mientras mi suegra este ahí, no él no puede hacer nada y entonces yo he querido que él cambie un poco y él a veces accede un poco pero mientras la mamá no se meta.

**10 ¿Y cómo ha sido la relación afectiva la forma de corregir desde chiquita desde la primera infancia y niñez de Carolina?**

R=/ Él ha sido consentidor en muchas cosas, pero ya cuando la responsabilidad es de, el ósea te dejo cuidando la niña y si le pasa algo a la niña no la culpa no es del el sino el de los demás entonces hay ya hay ya hemos tenido tropiezos porque cuando ya vinieron ya mis dos hijas él ya quería que la mayor se hiciera cargo de las otras y hasta le llego pegar porque dejo caer a la chiquita y la responsabilidad no era de ella sino de nosotros como papas estar ahí pendientes.

**11. ¿Cuántos años de diferencia le lleva Carolina a la hermana qué sigue?**

R=/ Carolina le lleva seis años exactamente le faltaba una semana para cumplir los seis años, a la otra le lleva ocho años y medio.

**12. ¿Cómo es la forma de corregir a las hijas y cómo él establece una comunicación con ella?**

R=/ Bueno, la verdad no ha sido muy muy buena esa parte porque a el le gusta mandar como no dar un consejo sino como mandar y a ellas no les gusta eso, mientras yo lo les hablo no es mandando es como haciéndoles caer en cuanta de las cosas como pidiéndole el favor mientras él nunca pide un favor ni gracias lo tiene en señado a muchas cosas que él es el papa y a el que rendirle mucha pleitesía mientras que yo no, me parece.

**13 ¿Y cómo sus hijas asumen esa decisión que él es el que manda, cree que hay obediencia por parte de sus hijas?**

R=/ Pues respecto a Carolina siempre ha querido callarse, irse y esas cosas a tener que contestar duro, mi segunda hija Laura con ella ha sido más difícil porque ella ha sido de mal genio arruga la cara no grosera pero si le contesta algo ahí entre las muelas entonces y ahí ha habido dificultad porque él piensa que yo soy la que les enseño a hacer así con él. Que no le respeta, la mamá que no le hace caso y en parte tiene razón porque a Laura hay que decirle unas dos o tres veces lo que uno le está pidiendo.

**14 ¿Cómo es la forma de él llamarle la atención?**

R=/ Pues, casi que físicamente no desde la primer vez que le pego a carolina y pues tuvimos problemas hay nos disgustamos hay todo más que todo es verbal no con grosería pero si como queriendo mandar no como diciendo ven estás haciendo esta cosa mal como mandando a toda hora.

**15 ¿El cómo papa apoya a sus hijas en el ámbito educativo o demás?**

R=/ Pues sí, gracias a Dios con carolina porque cuando entro a su segunda parte de la carrera, a su segundo semestre hasta donde pudimos porque llego la pandemia nos quedamos sin trabajo y pues ya no pudimos seguir y cuando tuvo la niña también se la apoyo bastante y gracias Dios carolina siempre ha sido una niña muy juiciosa y trabajo y se pagó con la ayuda de su pareja. Termino su carrera y con las otras dos niñas las apoyamos mucho en el deporte que a ellas les gusta su deporte cada una por separado y mientras se pueda se está siempre presente en lo que necesita a donde tengan que ir a viajar se las apoya.

**15. ¿El sí interactuaba con ellas cuando estaba más pequeña o solo te correspondía a ti como madre hacerlo?**

R=/ Bueno eso ha sido también motivo de disgusto porque si, y el si juega él está pendiente de ellas y todo pero mientras esta de la más chiquitas, apenas nació la otra empezó hacer de una lado a la mayor ya llego maría Fernanda y hizo a un lado a la otra entonces él quiere proteger a la más chiquitita y eso, entonces ahora, es con la nieta.

**16. ¿Cuándo sus hijas notaban esa diferencia les afectaba?**

R=/ Si, les afectaba muchísimo siempre lo ha recalcado y ellas no tiene la confianza para hablarlo con él, ellas me tienen más confianza es a mi entonces yo hay siempre me las paso entre ellos entre él y las niñas entonces ella me cuenta a mí y yo le cuenta a él y así mismo el conmigo muchas veces no es capaz de hablar porque él no es capaz de decir bien la cosas entonces el habla es conmigo para que yo las

corrija, pero él quiere que yo las corrija a manera de él, entonces ahí siempre ha habido. Pues ahora yo trato de no disgustarme tanto con él porque ahora ya hay un motivo muy especial pero yo ahora el todo si, si, yo le sigo la corriente y no le paro casi bolas pues lo hago a mi manera.

**17. ¿cuándo hay un llamado de atención cree que hay ofensa para ellas?**

R=/ Si muchas veces me lo han dicho, más que todo Carolina ella todo me lo decía y Laurita, porque María Fernanda en ese sentido es muy reservada y ella como que no le afecta, ella solo se la pasa riéndose no sé si que no le afecta o lo oculta con esa sonrisa toda hora uno a veces la está regañando y ella se está riendo, hay si no sé qué pensar.

**18. ¿Sus hijas tienen confianza con el papá?**

R=/ Si, la verdad es que ellas no hablan ellas prefieren muchas veces estar en sus cuartos encerradas en sus cuartos, pendientes del celular otras cosas o muchas veces estudiando o simplemente viendo tv, con el contar de no salir con el contar de que empiece a decirle cosas y que les afecte entonces más bien lo evitan.

**19. ¿Cuándo Carolina tuvo su primer novio como era la comunicación con ella?**

R=/ Pues la verdad, fue una sorpresa porque carolina no nos había dicho nada, un día llegamos de trabajar tarde y ella estaba con el muchacho ahí en casa yo los vi dándose un beso, yo no le dije nada en el instante, ya después empezamos hablar pero cuando el de dio cuenta, la culpa era mía que la habíamos dejado sola que no la sabido educar y más sabiendo que él era un chico de piel morena entonces a él no le gusto y era peor para él con los días no era que lo aceptara, ósea no le gustaba verlo en la casa pero que más podía hacer no era que lo aceptara pero yo le dije que era mejor que ellos estuvieran ahí a que se fueran a ver en las esquinas o que anduvieran a otra cosa, igual ella era muy niña, ella tenía 14 años.

**20. ¿Desde ese entonces ella empezó a planificar?**

R=/ No, yo la verdad le hable mucho le decía vea cuidado pero no tanto no tanto como este le primer novio, yo como que yo me reserve y cuando la vi con la pareja que tiene ahora entonces yo ya vi que iba muy enserio como que no se dejaban peleaban y volvían otra vez, yo le decía carolina cuidase, carolina si ustedes van a tener relaciones cuidase, pero yo nunca, nunca la lleve a donde el médico para que empezara a planificar.

**21. ¿Hablabas con ella sobre los métodos de planificación, sobre cuáles eran los cuidados?**

Si claro, le hable de que habían varias formas pues por el momento le insistía era con el condón pero que habían muchos métodos, que había la pila, yo nunca la utilice pero sabía que existía, le hable del dispositivo ultra uterino le hable de las pastas pero pues no nunca fui al médico.

**22 ¿Cuándo notaste que la relaciona de ella iba avanzando le preguntabas si estaba planificando?**

R=/ No. Hasta halla no, solo le decía te estas cuidando, pues ella como toda apenada me decía si, si pero no me decía más yo tampoco le preguntaba más.

**23 ¿Tu niña Laura ya se desarrolló, ya está en la etapa de la pubertad?**

R=/ Sí, claro ya se desarrolló y ahorita también hay un niño detrás de ella, entonces ya tengo que ver como hago para la planificación de ella aunque ese pedacito no lo he hablado con el papa aunque ese pedacito porque va haber una controversia entonces yo no sé si decirle o mejor no decirle nada a él.

**24 ¿Cuántos años tiene Laura?**

R=/ 15 años

**25 ¿Hace cuánto se conoce con el amiguito?**

R=/ Yo creo que por ahí un año, pero ahora ya la está visitando más constante, pues uno no sabe si hay empieza a surgir la relación.

**26 ¿Has hablado con ella cuales son los métodos de planificación?**

R=/ Pues, con ella así como con Carolina explicarle cuales son los métodos de planificación que hay pero ya como tal no. Porque yo no la he visto con el novio para que si vea, yo todavía no he visto así como el novio oficial pues porque no sé si ya son novios.

**27 ¿Cómo ha sido la comunicación por parte del papá con Carolina después de ser mamá?**

R=/ Bueno, cuando la niña nació la niña el todavía no aceptaba que carolina hubiera quedado embarazada ese día que nació él estaba lejos ese día que nació yo lo llame yo le dije pero al poco le importaba, entonces ese día que llego a la casa yo la cogía se la llevaba a mostrar le decía mira tan linda y él me decía jum no se interesaba por ella, lo único que lo veía es que cuando la niña lloraba y yo de pronto no escuchaba él me decía vea la niña está llorando, que no le dejara llorar mucho, entonces por ahí me di cuenta que si le estaba interesando la niña y ahora no puede

ver que jum no quiere que la regañen que se la miren mal y él se le pone bravo con carolina cuando ella la regaña.

## **28 ¿Entonces ha habido más acercamiento entre él y Carolina?**

R=/ Si ha mejorado, él se acerca mucho a carolina por la niña por lo que sea pero el ya habla más con ella, le pregunta algunas cosas de como ya vive aparte entonces si les falta algo, se preocupa entonces ya pues ya más pendiente.

## **ENTREVISTA A MADRE DE VALENTINA**

Nombre completo: Claudia Elena Urrea Castrillón

Edad: 46 años.

Fecha de nacimiento: 17 de marzo de 1975.

Numero de cedula de ciudadanía: 34568682.

Estado civil: unión libre.

Número de hijos: 3

### **1. ¿A qué edad iniciaste tu actividad sexual?**

R=/ A ver yo empecé mi actividad sexual como a los 16 años más o menos en ese tiempo era un tabut, en ese tiempo a uno no le decía nada y uno pues fue como como experimentar no o sea a ver qué se sentía y a ver si era rico o no ya quédate conociste es con tu esposo.

### **2. ¿A qué edad se conoció con su pareja?**

R=/ Como a los 25 26 al 26 cinco 26 años más o menos cuántos años tenía cuando te conoció él me lleva a mi siete años me lleva a él

### **3. ¿Cuánto tiempo duraste de novia con él?**

R=/ Tres años duramos tres años en esos tres años o sea pues novios como tal no sino que salíamos él me recogía en el colegio yo estaba en 10º cuando lo conocí me llevaba al colegio me recogía me echaba los perros hasta que caí y en las garras del estoy

### **4. ¿Después de los tres años fueron a vivir juntos?**

R=/ No, yo quede embarazada de mi hija y cuando ella tenía un año y medio, me fue a vivir con él,

### **5. ¿Dónde vivían cuando usted estaba embarazada?**

R=/ Bueno, no, mi historia con él ha sido como complicada, cuando yo conocí a el el me dijo que él era viudo entonces el me recogía me llevaba y todo y el hijo de el en ese entonces tenía como unos cinco años maso menos y me dijo yo soy viudo entonces el me invitaba al colegio del niño de, el yo lo acompañaba a recoger los boletines y pues yo le creí porque si me invitaba al colegio de su hijo es porque supuestamente no tiene nada con la mama del niño y el pasaba por mi en el trabajo y el hijo de él estudiaba en el san francisco de asís que en ese entonces lo pasábamos recogiendo porque quedaba por aquí en el centro, iba a dejar el niño supuestamente con la mama y el después me recogía en la casa pero resulta que ya con el tiempo cuando ya había quedado en la red de él y todo y cuando ya estaba embarazada de mi hija ya me entere que él no era viudo sino que tenía mujer y vivía con la mujer, mama e hijo tenía de todo, ya tenía su familia constituida.

Yo me di cuenta cuando ya tenía nueve meses de embarazo ya me faltaban días para tener a mi hija valentina. Yo vivía en una pieza a dos cuadras de la casa de él, el me pagaba una pieza a mí. Cuando llego y me dijo aquí le dejo para almorzar, yo no puedo venir ahora porque tengo que ir almorzar con mi mama y con mi hijo porque yo tengo que ir hacer una vuelta, el afanado para que yo fuera almorzar y que yo me fuera y yo le dije no yo voy ahora, y que había sido yo fui almorzar como yo iba caminando con mi barriguita yo lo mire que iba acompañado de una señora entonces yo llegue y la voz yo ya la conocía y voltie a ver le dijo papi, mi amor no sé qué, le dio un beso cuando ella le dio un beso, me estaba volteando a mirar a mí, se imaginaron lo que yo sentí, a mi casi se me sale mi hija pues, entonces yo no le hice reclamo nada entonces cogí y me senté y por la noche él ya me fue a buscar a la pieza que él tenía que hablar que las cosas no es como yo me las estoy imaginando y todo y pues uno es todo estúpido uno vuelve y cae en la trampa de ellos, esa es parte de mi historia.

#### **6. ¿A qué edad quedaste embarazada de tu primera hija?**

R=/ Yo tenía como 26 años mas o menos.

#### **7 ¿Cuánto tiempo pasó para que ustedes se reconciliaran?**

Después mi hija ya nació, yo volví a vivir en la casa de mi mama y cuando mi hija tenía un año y medio y halla me quede un tiempo y yo conseguir apartamento y me fui a vivir sola con mi hija entonces el me ayudo hacer el trasteo, problemas en la casa con mi mama entonces me fui y ese día en la noche el llego y volvió y yo le dije que, que necesitaba que, que quería y él me dijo no, yo vengo a vivir con ustedes y llego con tres bolsas de la basura y ahí tenía toda la ropa de él y todo recuerdo la fecha que eso fue un 22 de diciembre y yo le dije como así que usted se viene a vivir conmigo y su mujer que, y él me dijo que lo que yo le dije a usted era verdad yo con ella no estoy bien, yo a ella no la quiero yo me vengo a vivir con usted y desde ese entonces estamos viviendo juntos.

**8. ¿Después de que el tomo la decisión de irse a vivir con usted, ella interfirió de alguna manera?**

Lo que pasa cuando hay un hijo de por medio siempre va a estar ese hijo entonces todo lo que el haga, o todo lo que el quiera hacer va por el hijo siempre estar ahí la señora así diga con ella nada de nada siempre va ser así y creo que eso no lo cambia nadie.

**9. ¿Desde ese entonces como ha sido la relación con su pareja?**

Al inicio problemas porque siempre ella lo llamaba que el niño eso que lo otro que el niño por aquí, el niño por halla, entonces cuando mi hija tenía cinco años yo quede embarazada de Juan Camilo, y esa señora se enojo y yo le decía porque esa señora se enojó si supuestamente ustedes no tienen nada entonces cuando mi hijo nació se vinieron los problemas, entonces ella a mí me buscaba problemas me decía él es mi esposo, él es mi esposo, vos sos la moza, esos hijos no son de él siempre me buscaba el lado y luego un día y me dijo que yo había pasado hacer la esposa y ella había pasado ser la moza ósea que los papeles habían cambiado, entonces siempre había rivalidades, y yo no me deje, osea yo no me dejo de nadie. Un día la mechonie porque ella me buscaba osea siempre a buscarme pelea entonces yo la mechonie y no me arrepiento de hacerlo y la volvería a mechonear sí.

**10. ¿Usted le comentaba a él como era esa situación?**

Él siempre me negaba yo con ella no tengo nada y ella siempre me llamaba a decirme que si tenía algo con el ósea a mí no me gusta pelear, en el hogar siempre me gusta llevar la fiesta en paz, porque para pelear se necesitan dos todo trato de hablarlo, no de vivir situaciones de las que yo viví con mi papa y mi mama ósea yo siempre dije yo tengo un marido no voy hacer como mi papa y mi mama entonces yo he tratado de al máximo arreglar las cosas hablando mas no pelear.

**11. ¿Cómo es la relación de el con Valentina?**

El es muy sobreprotector no solo con ella sino con todos, no le gusta que le regañen a los hijos, no le gustan que les digan nada, los malcría, pero así mismo es como achampado a la antigua con esos pensamientos retrogradados que tiene la gente antigua así es el.

**12. ¿Y él tiene algún acercamiento con el hijo anterior?**

R=/ Si, siempre ha sido un excelente papá, él nunca, nunca ha dejado botados a los hijos a mitad de camino no. Incluso hasta ahora el hijo que tiene treinta y pico de años, el hijo no vive acá, pero él cuando puede le manda ropa, plata no porque en el país donde él está, la plata de acá en Colombia halla no le sirve, pero él le manda



encomienda dulces y a la exesposa de él también, el todavía sigue con esa responsabilidad, él eso no lo ha dejado

### **13. ¿Cómo es la relación de padre e hijos?**

R=/ Bien pero, con el papa no tiene la confianza que tiene conmigo, osea el papa es cuestión económica, el papa es papi necesito esto, lo otro, no se presta para hablar, no se presta para escucharlos cuando los hijos tiene algún problema no lo aconseja ósea el estiptico hombre, se levanta, se baña y se va almuerza a la carrera y se va a las seis de la tarde llega se coloca la pantaloneta la comida y se acuesta a ver televisión, su partido su noticiero se queda dormido y uno no le puede quitar el control porque se despierta y así es la vida de un hombre como todos los hombres cogen la casa como si fuera un hotel entonces la que vivió pendiente de mis hijos soy yo.

### **14 ¿Comparte momentos con los hijos? O solo le corresponde como madre hacerlo.**

R=/ Si, ósea, jugar en la casa casi no, pero él cuando sale, ósea cuando tiene partido nos vamos con él, nos vamos a una cancha, los domingos si no vamos a jugar vamos a un parque a saltar, correar, coger un cartón y saltar por un barranco o a comer helado eso si lo hace.

### **15 ¿Valentina tiene recuerdos de infancia con el papá?**

R=/ Si, ósea si uno le pregunta a ella si algo recuerdo, pero es un recuerdo dominical a comer un helado se acabó el día domingo acostarse temprano y a madrugar al otro día al trabajo.

### **16 ¿Cuándo él hace un llamado de atención como es la forma de él corregirlos?**

R=/ Pues de momento el mete un grito que asusta a todo el mundo, él es a los gritos pero pues de un grito no pasa pero no es capaz de coger una correa a pegarles y yo le dije que porque todo lo que grita no lo habla y él dice yo no estoy gritando, ósea según él los gritos es que él está hablando, pero según mi persona, los gritos, son gritos, huno un tiempo que yo estaba cogiendo como el modelo de mi mama hubo un tiempo que yo me volví como esas mama antiguas que todo es a los gritos de gritar a los hijos afortunadamente tuve una charla con una psicóloga se me dieron las cosas y me hizo caer en cuenta de las cosas y he cambiado muchísimo yo diría en todo sentido si fui una mama antigua.

### **17. ¿Los hijos acatan normas dentro del hogar?**

A veces, porque a veces porque ósea como la que está siempre con ellos soy yo, entonces ellos tratan de pasarme a mí por la galleta ósea como de no hacerse caso, así como por a como mi mama no nos dice nada, pero cuando ya me ven que yo estoy brava y hablo duro hay dicen mi mama está hablando enserio, se está brava.

**18 ¿En el momento de hacerle llamado de atención, como es la forma en que responden?**

R=/ Ellos se ríen porque piensa que es mentira, pero después ya me van y me abrazan me dicen cálmate, mama, cálmate que te va a dar un infarto, ya pareces a mi abuela me dicen voz no nos podés regañar. Es que yo no puedo regañar, ósea no es que uno se vuelva que todo se le deje pasar si no que yo he cambiado sino que a mí me da risa, incluso yo cojo una correa para regañarlos y a mí me da risa entonces yo no puedo pegar, entonces todo es como juego, ellos ya saben que la mama regaña pero son regaños que fueran como mentiras pero si me hacen caso.

**19. ¿Ellos han sido groseros con alguno de ustedes?**

R=/ No, grosero no, en ningún momento.

**20. ¿Cómo ha sido Valentina en cuestiones de comportamiento y como estudiante?**

R=/ Valentina siempre se caracteriza por ser siempre malgeniada, ósea no es mujer que hable y que diga las cosas, ella es malgeniada y se guarda las cosas y hay que sacarle las cosas como tal porque a ella el malgenio la tiene poseída.

**20. Y ella ¿cuándo esta de mal genio lo da a conocer de alguna manera?**

R=/ Si, la forma como habla, como mira, ella tiene gestos como cuando uno dice jum esa niña tiene gestos de que usted la ve a ella por primera vez va a decir jum esa niña malgeniada, esa niña no se quiere ni ella misma.

**21. ¿Valentina a que edad tuvo su primer novio?**

R=/ Novio como tal como a las 13 o 14 años, me dijo me te presento a un amigo y no era migo sino el novio.

**22. ¿El papa supo del novio?**

R=/ No, no jamás. No jum mejor dicho si él se enteraba nos mataba a los dos

**23 ¿cómo hicieron para ocultarlo?**

R=/ Pues Valentina era tan niña, el muchacho venía a visitarla aquí, le la dejaba, le daba permiso porque yo también fui joven entonces venía a visitarla un rato a ella pero de salir y esas cosas no.

**24 ¿ella a que edad empezó a planificar o a tener su primera actividad sexual?**

R=/ Pues la actividad sexual como tal no sé, pues yo pienso que son cosas que los hijos no le cuentan a uno sino a las amigas y planificar el día que ella cumplió los 13 años yo la lleve a pro familia, la lleve a que le pusieran el implante suplentico y a mí me pasaron donde una psicóloga y me preguntaron si ella tenía novio, yo le dije que no que si tenía pareja, entonces yo para que le iba a poner eso, entonces yo le dije a las psicóloga que uno para tener relaciones no necesariamente tenía que tener novio, usted puede tener relaciones con un amigo, usted puede tener relaciones en un baño o en un parque donde sea. Porque hoy en día eso es tan normal no es necesario tener novio para tener relaciones y a qué edad ella empezó hacer uno de su método no sé porque igual eso no se lo cuentan ellos a uno eso lo saben son las amigas.

**25. ¿El papá supo desde la edad en que empezó a planificar?**

R=/ Eso fue un problema porque se me vino toda la familia de, el encima todo el mundo se vino en contra en mí que si yo ya la estaba mandando a putear, abrir las patas y esa es la forma de hablar de ellos, ósea para ellos es malo hacer que un hijo planifique, pero para mí no estuvo bravo conmigo, estuvo como un mes que no me hablo porque para la familia de el no es bien visto y yo le decía a él estamos en otra época eso ya es normal, es normal que tenga relaciones un niño hasta de diez años y este mundo esta tan podrido y tan perverso que yo creo que no es normal una mama no lleve a planificar a sus hijos ósea yo pienso.

o que depende de los valores que uno le dé a ellos ósea hablando que no hay que estar abriendo las piernas a todo el que se encuentre que no es necesidad, a qes que yo estoy planificando y hay quedárselo, no yo no pienso que eso sea asi uno tiene que aprender a respetarse y quererse por el hecho de tener un implante superrico no quiere decir que no tenga que usar condón porque yo creo que el condón evita enfermedades de trasmisión sexual entonces si yo a mis hijos les enseño, incluso, yo tengo un hijo de 16 años y yo le digo ande con sus condones y si usted va a estar con una mujer póngase condón si o si y se lo digo a valentina porque eso no es un misterio.

**26. ¿Cuándo llevaste a Valentina a realizar el debido procedimiento, ella como asumió esa situación?**

R=/ Negarse no se negó, pero ella no quería, me dijo mama no yo creo que fue por lo que a ella le dio pena, pero después ya, fuimos a una charla y ya se la hizo colocar normal.

**27. ¿Tuvo Valentina alguna reacción biológica, psicológica?**

R=/ No, ninguna,

**28. ¿A qué edad Valentina quedo embarazada?**

R=/ A los 20 años, fue porque quiso porque ella con el implante que yo ya se lo había hecho cambiar todo, con el tiempo me entere que ella se lo había hecho quitar y porque estaba planeando tener a Valeria. Pero ella dice que no y que no yo sé que fue Valeria fue planeada, ósea uno de mama se da cuenta cuando los hijos le mienten a uno y para mi yo, ósea yo digo que mi nieta si fue planeada.

**29. ¿Qué le hizo pensar a usted que el embarazo de valentina si fue planeado?**

R=/ Yo me di cuenta porque yo me fui hacer un domicilio, y en ese domicilio estaba una compañera en estudio de ella y ella se puso hablar y es una señora mayor y me puso a contar cosas y ella me dijo hay el día que valentina se quitó el implante yo le dije que no se lo haga quitar, y ella me dijo lo que pasa es que mes está haciendo daño y yo fui a donde el médico y me estaba haciendo daño y me sugirió que me la quitara y fue entonces donde ahí me di cuenta que ella se la hizo quitar sin que yo me diera cuenta.

**30 ¿Después de que quedó embarazada con que otro método de planificar empezó?**

R=/ Sigue con el implante, ella se la hizo colocar otra vez.

**31. ¿Cómo fue la reacción del papa, cuando se enteró del embarazo de Valentina?**

R=/ Jam Dios mío ósea él no le hablo, ósea yo me entere porque estaba en una cita médica, yo llegue hacer unos exámenes al mismo sitio donde ella estaba. Cuando ella me vio y me dijo usted que está haciendo por acá mama, y yo le dije usted que está haciendo por acá dijo. No yo vine hacerme tomar unos exámenes de sangre y ella estaba en la fila detrás de mí pero muy lejos, yo le dije hágase acá y ella me dijo no mama, y yo le dije que está haciendo por acá porque ella salió y no me di cuenta ósea ella salió yo pensé que era algo del estudio bueno, y nos encontramos halla y cuando yo la obligue a que se hiciera nal fila conmigo llego la enfermera y dijo usted que está haciendo ahí, ustedes la embarazaditas tiene fila prioritaria entonces yo llegue y la mire y yo dije que y luego valentina se quitó de un momento en la fila en la que yo estaba , ella se me perdió, ella se fue sin decirme nada, pues, obviamente me cayó un baldado de agua fría pues para una mama de que uno se entere de que la hija de uno está embarazada ósea es algo que se siente feo, pero igual uno con el tiempo tiene que aceptar uno tiene que apoyarla no, pues es mi hija y no hay que darle la espalda, el papa no le hablo he fuimos a ver a la niña al hospital porque fui yo que la ayude y el papa me dijo quiero ver a la bebe y fuimos al hospital la miro, pero él no le hablaba a valentina conoció a la bebe, ya salimos

del hospital y todo valentina siguió estudiando, la cuidábamos pero él no le hablaba, pero él le hablo a valentina cuando tenía diez días la bebe de nacida, que la hospitalizaron, la niña esta grave porque ella llego a la UCI y el abrazo a valentina y se pusieron a llorar los dos y desde ahí se empezaron hablar, pero en el embarazo no le hablo, nunca le hablo nunca estuve pendiente nada.

**32. ¿Cuando el papá no le hablaba a Valentina, ella que llegó a sentir?**

Duro, a valentina le daba duro, porque valentina es papa, papa todo papa y el papa valentina, entonces a ella le dio durísimo, ella se la pasaba llorando y decía mi papa no me quiere y yo le decía tranquila, espere que nazca la bebe y así fue que paso porque todo pasa por algo, por algo Valeria estuvo en la UCI, ósea por algo le dio la enfermedad para que el papa se contentara con ella y hablara

**33. ¿Qué enfermedad tenia Valeria que les hizo llegar a la UCI?.**

Una fiebre y la tenía muy alta, enfermedad exactamente no sé, pero si estaba grave y la fiebre que no le bajaba y todo si estuvo hospitalizada diez días, estuvo en UCI.

**34. ¿Valentina ha sido sociable?**

No, valentina no es de amigas, no es de hablar, no se presta para hablar, ella es de pocas palabras.

**35. ¿Desde que supo del embarazo de ella tuvo el apoyo desde un inicio por parte de su pareja?**

Si, ella afortunadamente si siempre el eso siempre la ha apoyado.

**36. ¿cómo ha sido la relación del esposo y valentina?**

Bien, pero valerita es apegada al abuelo y al papa.

**37. ¿Cómo es la relación de Valeria y sus hermanos?**

De valentina con los hermanos bien, como tod a veces pelean, alegan pero bien, ella los quiere mucho.

**38. ¿Cómo es la relación de los hermanos de Valentina con Valeria?**

La adoran mejor dicho esta niña llego a unir mas esta familia, Valeria es el centro de todo yo diría que es la alegría de todo, yo diría que uno la quiere más a ella que a los mismos hijos.

## **HISTORIA DE VIDA LEIDY CAROLINA SOLIS TOBAR**

Leidy Carolina Solís nació el 27 de octubre de 2000, bajo el seno de una familia, con falencias en la comunicación entre los mismos, ella es la mayor de dos hermanas, donde inicialmente no vivía con su papa apenas nació, pero si dos meses después doña Mónica Fernanda Tobar decidió venirse de Sevilla valle, de donde vivía junto a su familia (mamá, papá y hermanos), fue la primera en formar una familia a los veinte años de edad.

Llego a la ciudad de Popayán del años 2000, en el mismo año en que nació su primera hija, carolina, llego a convivir con conyugue Flavio Solís, padre de carolina, en casa de la suegra doña blanca, ella en ese entonces no estaba activa en ningún ámbito laboral, en lo cual se dedicó a ser ama de casa, dentro de la familia del conyugue. Como se sabe que al convivir dos personas con distintas formas e ideología de crianza con el tiempo empezó a surgir inconvenientes con los suegros, en lo cual ella decidió salir de ahí porque no era sana la convivencia. Pero más sin embargo si seguía mantenido una relación con el papa de carolina, tiempo después ellos deciden formar un hogar pero aparte para poder vivir sanamente.

Cuando Carolina estaba en su primera infancia, el papa le prestaba atención porque era ella hija única y además estaba muy pequeña, el, la cuidaba cuando doña Mónica salía hacer una vuelta, tiempo después cuando Carolina cumplió seis años, estaban esperando otro bebe, en lo cual nació una niña (Laura), el papa poco a poco la fue haciendo a un lado por estar más tiempo y estar pendiente de la hermana menor.

Situación en la que los padres no se daban cuenta, y ella cuando está en kínder o primero de primaria, carolina recuerda que los docentes estaban muy pendientes de ella, razón por la cual la mama doña Mónica no se habida dado cuenta con la finalidad que lo hacía, puesto que como docente notan cambios, en un niño cuando son muy calmados y juiciosos, entonces carolina fue una de ellos, pero para la mama ella siempre ha sido una niña muy calmada, mientras ha desconocido la razón que la conllevo hacer de ese comportamiento.

Como era una niña muy juiciosa ella se iba ganando la confianza y el cariño de los profesores, era tanto que uno de ellos sentía que carolina necesitaba atención, afecto sin saber ella tan niña porque lo hacían. Pero se debe tener presente que la mama como ama de casa, estaba con ella en momentos que necesitaba hacer tareas porque como era una niña en grados de primaria todavía necesitaba el acompañamiento de su madre ya que su padre no cumplía como un apoyo para ella en ese sentido.

Cuando Carolina entró al grado tercero de bachillerato, carolina sintió la necesidad de entrar hacer deporte o actividades lúdicas, dentro de ello estaba radio y tv, teatro,

fútbol con la finalidad de no permanecer en casa debido a los disgustos que a menudo tenían sus padres. Esa situación que se creó hizo que poco a poco Carolina fuera buscando más redes de amigos con edad superior a ella, creando vínculos afectivos con un joven poco superior a ella, fue involucrando sentimientos amorosos, siendo ella una niña de 14 años de edad, edad en la cual inicia su actividad sexual sin la orientación y acompañamiento por parte de sus acudientes, debido a que eran padres que se regían mucho a normas sin tener presente los sentimientos y pensamientos con relación a las dinámicas familiares. Dejando un vacío en el diálogo, un escucha de parte y parte.

Dentro de los deberes estudiantiles en una institución académica, hay ciertas actividades que un estudiante debe realizar según como cada docente diría en cara salón o área institucional, haciendo una pregunta democráticamente quien quería hacer el aseo del baño y Carolina sin pensarlo dos veces levantaba la mano, diciendo que ella lo hacía porque no sentía la necesidad de estar en casa.

El refugio de Carolina ha sido los amigos, el deporte más no la compañía de sus padres. Porque como hija siente que recibe por parte de su papá, reproches, juzgamiento que todo tiene que ser como él diga sino no está bien. Mientras por parte de su mamá, cree que si hay un poquito de escucha, pero el llamado de atención, tiende a ser similar al de su padre. Pero por la tanto, Carolina es muy distante de sus padres con un nivel muy bajo de confianza por la forma en que ellos le hacen llamado de atención.

Entonces los temas que abarcaban sexualidad lo practicaba comúnmente con las amigas del colegio y tías maternas para poder saber lo básico de procedimientos de planificación familiar, puesto que en el colegio de institución probada los docentes le practicaban los métodos anticonceptivos y como eran adolescentes lo tomaban como algo gracioso. Pero para ella la sexualidad va más allá de un acto sexual, es una mujer sentirse amada, valorada, deseada y querida por parte de un hombre.

Cuando cumplió los quince años de edad conoció a Alejandro la pareja actual de ella y desde ese entonces están juntos, él viene de una familia funcional, nutrida en valores y acompañamiento familiar, fue donde Carolina estableció una relación sentimental, con el encontró estabilidad emocional, bien acompañada porque ha sido un hombre muy respetuoso, pero cuando eran novios solían disgustarse por momentos pero mantenían firme esa vinculación amorosa.

Cuando la mamá del conyugue de Carolina vio que era una relación de larga duración fue que la mamá comentaba que debía de planificar, cuidarse, se lo solía decir de una manera muy adecuada, respetuosa ya que con el suegro la comunicación ha sido dispersa, es decir ha estado al margen de la relación de ellos dos.

Carolina siente que por esa parte siempre hubo apoyo por parte de los papas de la pareja de ella que por los propios. Ya que los padres se rigen mucho a la autoridad rígida mas no democrática. Porque no se tiene en cuenta la opinión de cada uno de ellas.

La pareja de ella le decía de manera constante carolina hágase los exámenes para planificar y ella en ese momento no estaba tan segura de hacerlo, porque pensaba planificar cuando cumpliera los 16 años de edad, pero cuando iba a iniciar el proceso carolina ya estaba en periodo de gestación, en lo cual ella solo le había comentado a su pareja mas no a sus padres porque tenía miedo en la forma en que fueran ellos a reaccionar.

Encones lo oculto por unos meses y ella sabiendo en el estado en el que se encontraba seguía con su rutina de hacer deporte para poder de alguna mera disimular que estaba embarazada.

Carolina con los días empezó a sentirse indispuesta y ella no decía nada, hasta que llegó un momento en el que la mama le otorgaba tareas domésticas en la casa de una manera inadecuada dándolo a entender que no es un deber como hija realizar ciertas normas dentro del hogar sino que se lo hacían verde una manera de “castigo” para que de esa forma ella pudiera tener otra perspectiva en relación que gire en torno a ser una verdadera ama de casa, entonces de esa misma familia la única que en el momento sabia del embarazo de carolina fue la hermana del medio, quien decidió guardar el secreto para poderla ayudar.

Cuando carolina tenía tres meses de embarazo sufrió un dolor muy fuerte en lo cual la obligo a ir a casa de la abuela materna que vivía cerca, de ahí del barrio la maría. Ella decidió contarle a la abuela que se encontraba en periodo de gestación y que se encontraba delicada de salud que por favor la acompañara al hospital y como los papas estaban de viaje ella pensó que no la iban a dejar hospitalizada, entonces la abuela materna decidió contarle a los papas y de inmediato salieron para donde ella se encontraba y la mama entro después a verla y cuando la vio la abrazo y le dijo que ahí le llevaba unas toallas unos interiores porque ella sabía que era perder un hijo y carolina le respondió, no mama yo no he perdido a mi bebe y tengo tres meses y medio de embarazo.

Cuando le dieron salida del hospital fue a la casa y los papas no le dijeron nada sino que la mama le dijo que no hiciera nada que se quedara aui recostada en la cama con los pies hacia arriba. Pasados dos meses carolina decidió trabajar para que los papas pudieran ver que ella si era capaz de salir adelante, consiguió un trabajo de mesera exponiendo al peligro de que la bebe se pudiera venir antes de tiempo, puesto que le tocaba realizar labores domésticas en las que en casa ella no l tocaba realizar.



La relación con el papa nunca ha sido buena y después de que quedo en embarazo carolina fue disminuyendo más la poca comunicación que había presente entre padre e hija, durante el embarazo él no se interesó en tener un contacto físico para ver cómo se sentía la bebe, ni le preguntaba a carolina de su estado de embarazo.

Cuando nació Tamara, hija de Carolina la comunicación que había dispersa con el papa, se fue fortaleciendo cada vez más, al llegar al nivel de preguntar cómo está la niña, como se siente ella, y más aún cuando ella se fue a vivir con su pareja.

Al formar una familia nuclear (Carolina, Alejandro y Tamara), el nivel de responsabilidad fue subiendo cada vez más, puesto que ya son gastos que deben asumir como remesa, servicios y demás, entonces fue ahí donde carolina se la empezó a rebuscar más trabajando en panadería, en rappi, para poder aportar en el hogar, pero más sin embrago cuando Alejandro no trabajaba el sí le ayudaba en las tareas domésticas a carolina y ahora que trabajan dos es igual las tareas repartidas.

Al convivir ellos solos, había momentos en los que no se llegaban acuerdos como es normal en toda pareja, carolina tendía ser agresiva un poco con Alejandro, pero él, no le respondía a ninguna de las agresiones y él no estaba de acuerdo en la forma en que ella aclaraba una discusión, la solución que él encontraba era irse en la moto a darse una vuelta y volver cuando carolina estuviera llamada.

Esa situación a Carolina la hizo pensar de que sí, ella actuó mal y se acordó de como ella vivía en la casa de ella, situación en la que no se volvió a repetir.

Finalmente se puede decir que la relación de carolina con los padres ha ido mejorando con la llegada de Tamara, pero carolina quiere que esa experiencia que ella vivió, ausencia de orientación sexual, no se repita con las hermanas

## **Anexo B. Entrevista 2**

Nombre completo: Valentina Rojas Urrea.  
Numero de cedula de ciudadanía: 1061816459  
Fecha de nacimiento: 18 de marzo de 1999  
Edad: 22  
Sexo: F  
Estado civil: unión libre  
Número de hijos: 1

### **1. ¿A qué edad iniciaste tu actividad sexual y porque decidiste hacerlo?**

R=/ Inicie mi actividad sexual a los 18 años de edad y lo hice porque pensé que estaba enamorada de él porque llevábamos tres años de novios.

### **2. ¿Quién fue la primera persona que supo sobre la decisión que tomaste?**

R=/ Mi mejor amiga, porque me daba miedo la reacción que fuera tomar mi mama, pero más que todo mi papa ya que él ha sido muy reservado en ese tema.

### **3. ¿Cuáles son los métodos de planificación que conoces?**

R=/ Si, la inyección, pastillas, condones y el dispositivo.

### **4. Al realizar un método de planificación familiar, tienes en cuenta la opinión de otras personas como familia, amigos o vecinos con las que estas cerca. Si-no cual y ¿Por qué?**

R=/ Sí, mi mama, porque es ella la que me llevaba cuando yo tenía trece años de edad, ella fue la que me hizo poner el implante en pro familia sin el consentimiento de mi papa, porque mi papa para esa situación es muy reservado, a él no le gusta hablar de esos temas con nosotros.

### **5. ¿Participas en campañas de promoción y prevención sobre planificación familiar?**

R=/ Si, en el Instituto Forensis en mi Técnico de Auxiliar De Enfermería.

### **6. ¿Con quién más practicas el tema de orientación sexual con tus amigos, familia o vecinos? Si no con quien y cuál es la razón de ser.**

R=/ Con mis amigos, porque me siento que con ellos se puede hablar más abiertamente el tema porque mi mama siempre me habla, me apoya y todo eso que es bien, pero me da como pena tocar esos temas con ella.

**7. ¿Cuentas con el acompañamiento de tus padres para realizar uso de los métodos anticonceptivos? Si no porque.**

R=/ Si, mi mama desde muy niña ha sido ella aun sin tener novio hizo a que yo me empezara a cuidar pues para prevenir un embarazo no deseado.

**8. ¿Cuándo das uso de los métodos anticonceptivos has notado un cambio en tu cuerpo o estado de ánimo? Si no cual.**

R=/ Con la pila aumento de talla y siempre con la pila sin la pila mantengo de mal humor, no sé porque, pero hace parte de mí siempre.

**9. ¿Cuál ha sido la fuente de información de dónde has adquirido conocimiento en relación a la orientación sexual?**

R=/ En el colegio, me hablaban de lo básico que el condon, pila y esas cosas, en mi mama lo mismo y ahora también en el instituto forensis

**10. ¿En tu entorno familiar practican el tema sobre orientación sexual? Si-no por qué?.**

R=/ Solo lo hace mi mama porque mi papa es muy ausente frente a esas cosas igual mi papa le gusta estas en la pieza en el comedor solo es a comer y es el único espacio donde yo hablo con él porque el es de pocas palabras y no tiene horario de llegada.

**11. ¿le has preguntado a tus padres cuales son los métodos de planificar? Si-no y por qué?.**

R=/ No, porque mi papa es muy jodido frente al tema, no le gusta, la que nos habla así sin preguntar es mi mama.

**12. ¿Cómo asumen tus padres el tema de uso de los métodos anticonceptivos?**

R=/ Mi mamá es muy abierta mi papá no.

**13. ¿Cómo es el nivel de comunicación que estableces con tus padres y porque?**

R=/ Abierta de manera positiva.

**14. ¿En tu hogar has escuchado mitos en relación a la orientación sexual? Si-no ¿Cuáles?.**

R=/ Como mi mama es de mente abierta ninguna, y con mi papa nunca se la ha escuchado nada en relación al tema.

**15. ¿Cuál o cuáles ha sido los métodos anticonceptivos que te has aplicado por medio de quién?**

R=/ El implante y ha sido en el hospital.

**16. Cuando acudes a centros de salud.**

- a. El cuerpo de salud te invita a programas de promoción y prevención.
- b. Buscas información para entrar a programas de planificación familiar.  
Cual o cuales.

**HISTORIA DE VIDA DE VALENTINA ROJAS URREA**

Valentina nació el 18 de marzo del 1999, bajo el seno de una familia funcional, por parte de madre es hija mayor de 2 hermanos y por parte de padre es la segunda hija.

Apenas nació valentina vivía con su mamá, en casa de la abuela materna, cuando cumplió un año y medio de vida de nacida, doña Claudia decidió irse de la casa por inconvenientes con la mamá, entonces arrendo un apartamento y el día de trasteo el papa de valentina decidió irse a vivir junto con doña Claudia y su hija desde el 22 de diciembre del año 2000 vive con su papa y mama.

El papá de Valentina ha sido muy sobreprotector, la consiente mucho al igual que los hermanos, los espacios de juego con ella se daban fuera de casa como en un parque, puesto que la rutina del papa, como es ingeniero mecánico, sale temprano no tiene hora de llegada y cuando llega de trabajar suele descansar.

La mamá de Valentina es manicurista y trabaja en casa, esto le ha permitido pasar más tiempo con los hijos y acompañarlos en todas las actividades académicas, sociables y de espacios que requiere hablar.

Doña Claudia comenta que Valentina desde pequeña ha sido juiciosa, pero cuando estaba en el colegio a veces llevaba las tareas y cuando no las hacía, llamaban a doña Claudia para que fuera hablar con los directivos del colegio, para comentarle lo sucedido. Cuando valentina regresaba a casa después de la jornada escolar la mama no la regañaba pero si le preguntaba la razón por la cual no la hacía. Entonces doña Claudia si se supervisaba que las hiciera para que valentina entregara las tareas correspondientes.

Según como comenta doña Claudia ,Valentina ha sido de carácter fuerte, su estado de ánimo siempre es de malgenio y no se presta para hablar, es decir es de pocas palabras y es muy reservada en las cosas íntimas de ella y es de pocos amigos.

Cuando la mamá le hace un llamado de atención cree que es jugando, puesto que la mamá ha sido mucho de hablar, pero hubo un tiempo que tendía ser como el modelo de mamá que tubo doña Claudia, porque decía que vivía bajo el seno de una familia disfuncional pero que ella quería romper con esa cadena para no trascender esa situación con los hijos. Entonces los hijos le hacen saber que no le gusta que ella los regañe porque es como repetir el modelo de crianza de los abuelos maternos. Pero si les obedece.

La relación con el papá es basada a cuestiones económicas, debido a que no se presta para hablar para ciertos temas, ya que su punto de vista es basado al modelo de crianza de otras épocas, donde la sexualidad era un tabú.

Cuando Valentina cumplió los 13 años de edad, había un joven que iba a casa para visitarle y se lo presento a su mama como un amigo, pero luego la mama se enteró de que era el novio, el papa no se enteró de esa situación, puesto que se iba a imponer por lo que no tenía la edad adecuada para iniciar una relación sentimental.

A la edad de los 13 años la mama llevo a valentina a pro familia para que iniciara el proceso de planificación, en lo cual por la edad en que inicio, intervino la psicóloga y le pregunto a doña Claudia, que si tenía pareja la niña en lo cual ella respondió que no pero más sin embargo ella le iba hacer poner el implante para evitar un embarazo a temprana edad.

Puesto que doña Claudia, es de la mamá que piensa que hoy en día tener relaciones sexuales a temprana edad es normal y es un acto de irresponsabilidad no hacerlo.

Doña Claudia tomó la decisión sin tener presente la opinión de su pareja, debido a que el punto de vista es diferente al de ella. Valentina no se quería poner el implante porque ella decía que no tenía novio y no era necesario hacerlo.

Valentina duró tres años de noviazgo con un joven de su edad, después término con él y se conoció con su pareja actual en una cancha de futbol y él le lleva 18 años de edad,

Doña Claudia piensa que Valeria, hija de valentina fue planeada debido a que era ella la que la acompañaba a cambiar el implante cuando era necesario. Valentina, tiempo después de llevar una la relación sentimental con su pareja se retiró el implante sin que ella se diera cuenta. Situación en la que descompuso a los papas por completo porque no tenía la edad para quedar embarazada y de un hombre mayor que ella.

Desde el momento que Valentina quedo embarazada ha contado con el apoyo de los papas, pero el papa durante el embarazo no le hablaba y esa situación afecto a Valentina demasiado porque la relación con el papa era afectiva, sin tener una comunicación activa y abierta para poder conversas de diferentes situaciones, solo cuestión económica pero siempre basada en respeto y obediencia. Diez días después de haber nacido Valeria sufrió una enfermedad en la cual no se sabe pero le dio una fiebre muy alta en la cual la condujo a realizar una hospitalización, esa situación hizo que el papa se acercara a valentina para consolar la angustia que sentía en ver a Valeria en la UCI.

Cuando nació Valeria, Valentina inicio sus estudios en Forensis en Auxiliar de Enfermería y la niña la cuidaba los papás mientras asistía a clases presenciales antes de la pandemia.

La relación sentimental entre el compañero de vida y ella es estable, puesto que él también la apoya en su estudio y dentro de las tareas del hogar el aporta economicamente y ayuda en algunas cosas dentro de casa.