

# CONPES SOCIAL 147/2012

Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local

**METODOLOGÍA  
PARA LA IDENTIFICACIÓN  
DE ADOLESCENTES EN  
MAYOR RIESGO  
DE EMBARAZO**



**CONPES SOCIAL 147/2012: Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local**  
**Metodología para la identificación de adolescentes en mayor riesgo de embarazo**

**Ministerio de Salud y  
Protección Social - MinSalud**

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE  
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ  
Viceministro de Salud Pública y  
Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL  
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA  
Director de Promoción  
y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ  
Asesor Dirección de Promoción y  
Prevención

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ  
Profesional especializada, salud sexual  
y reproductiva adolescentes

**Fondo de Población de las  
Naciones Unidas (UNFPA)**

TANIA PATRIOTA  
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG  
Representante auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ  
Asesora en salud sexual y reproductiva

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o virtual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Equipo técnico  
Convenio de cooperación 036 de 2012  
MSPS/UNFPA**

RICARDO LUQUE NÚÑEZ  
Asesor de Promoción y Prevención,  
Ministerio de Salud y Protección Social

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ  
Asesora en salud sexual y reproductiva,  
UNFPA

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ  
Profesional especializada, líder de la  
línea de salud sexual y reproductiva  
adolescentes, MinSalud

NAYIBE LISET RIVERA RAMÍREZ  
Consultora técnica de la línea de salud  
sexual y reproductiva adolescentes,  
Convenio 036

CLAUDIA LILY RODRÍGUEZ NEIRA  
Consultora de Gestión del  
Conocimiento, Monitoreo y Evaluación,  
Convenio 036

**Equipo de trabajo Corporación Síntesis**

NELSON SÁNCHEZ  
Coordinador General

DISNEY BARRAGÁN CORDERO  
Coordinadora Área de Educación

ROSARIO BONILLA MÁRQUEZ  
Coordinadora proyecto

MAURICIO POLANCO VALENZUELA,  
JINNETH HERNÁNDEZ TORRES,  
KAREEN VEGA CORDERO,  
JESÚS DAVID QUINTERO RODRÍGUEZ  
Investigadores

**Comité editorial  
Convenio de cooperación 036 de 2012  
MinSalud - UNFPA**

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ  
Asesora en salud sexual y reproductiva,  
UNFPA

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ  
Profesional especializada, líder de la  
línea de salud sexual y reproductiva  
adolescentes, MinSalud

NAYIBE LISET RIVERA RAMÍREZ  
Consultora técnica de la línea de salud  
sexual y reproductiva adolescentes,  
Convenio 036

LUZ YAMILETH ORTIZ RAMÍREZ  
Consultora de Gestión del Conocimiento,  
Monitoreo y Evaluación, Convenio 036

GEMA GRANADOS HIDALGO  
Asesora de Comunicaciones, UNFPA

ANGÉLICA OLIS DEVIA  
Asistente administrativa, Convenio 036

**ISBN: 978 958 8735 78 8**

“CONPES social 147/2012: Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Metodología para la identificación de adolescentes en mayor riesgo de embarazo”

© Ministerio de Salud y Protección Social  
© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Corrección de estilo: Nadeyda Suárez M.  
Diseño y diagramación: Bibiana Moreno A.

Impresión:

Año: 2014

Ciudad: Bogotá

# Tabla de contenido

	Introducción	5
<b>1</b>	<b>¿Quiénes son las y los adolescentes en mayor riesgo de embarazo?</b>	<b>7</b>
	1.1 Determinantes Proximales	9
	1.1.1 Individuales	9
	1.1.2 Familiares	15
	1.1.3 Sociales próximos	16
	1.2 Determinantes intermedios y distales	16
	1.3 Contextos	17
<b>2</b>	<b>¿Cómo podemos identificar las y los adolescentes en mayor riesgo de embarazo?</b>	<b>20</b>
	2.1 Metodología para identificación de contextos de mayor vulnerabilidad al embarazo adolescente	21
	2.1.1 ¿Qué es una sala situacional?	22
	2.1.2 Diálogo intercultural	44
	2.2 Identificación de niños, niñas y adolescentes con condiciones o situaciones de riesgo de embarazo adolescente	46
	Referencias	52

## Siglas

<b>AC</b>	Anticoncepción
<b>AGS</b>	Área Geográfica Seleccionada
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>DSR</b>	Derechos Sexuales y Reproductivos
<b>EA</b>	Embarazo Adolescente
<b>ET</b>	Entidad Territorial
<b>ENDS</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
<b>NNA</b>	Niños, Niñas y Adolescentes
<b>IRS</b>	Inicio de Relaciones Sexuales
<b>RUPD</b>	Registro Único de Población Desplazada
<b>SISBEN</b>	Sistema de Identificación de Beneficiarios

**Según** lo reportado por la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) 2010 [1];<sup>a</sup> en Colombia la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (70 y 84 nacimientos por 1000 mujeres en 1990 y 2010 respectivamente) fue más alta que la del promedio de las mujeres en edad fértil (91 a 74 por 1000 en 1990 y 2010 respectivamente). Por su parte, las proyecciones del DANE estimaron unas tasas inferiores en adolescentes de 15 a 19 años (81,9 a 68 por 1000 entre 2000 y 2010 respectivamente) [2]. En cifras absolutas los nacimientos de adolescentes de 15 a 19 años (147.307) representaron 22,5% del total de nacimientos en 2010[3]. La magnitud del embarazo adolescente (EA) se evidencia en que 19,5% de las adolescentes entre 15 a 19 años alguna vez han estado embarazadas; 16,5 % de estos embarazos fueron no deseados y 49,7% lo quería más tarde [1].

El comportamiento del embarazo entre las adolescentes de 10 a 14 años se mantuvo con una tendencia estable (2,7 a 2,9 por 1000 en 1990 y 2010 respectivamente) [2], no obstante el bajo peso porcentual sobre la tasa de fecundidad general y sobre los nacimientos (0,9% - 6315 nacimientos) [3], representa una gran preocupación para el país, especialmente porque según el Código de Infancia y Adolescencia, en Colombia toda relación sexual con una menor de 14 años se constituye en un delito de abuso sexual [4].

El EA refleja varias inequidades sociales evidentes, las siguientes cifras indican que ante la presencia de algunas de las siguientes condiciones se puede duplicar la magnitud del EA comparada con el promedio nacional. De esta forma el EA es mayor entre las adolescentes de la zona rural comparada con la urbana (26,7 vs 17,3%) lo que representó en cifras absolutas de nacimientos en 2010, 151.239 en cabeceras municipales y 2364 en centros poblados y áreas dispersas. En niveles socioeconómicos más bajos comparados con los altos (28,5 vs 10,4 %); en zonas marginales con gran cantidad de población desplazada (35% del total de adolescentes) [5]; en quienes tuvieron menor nivel educativo (55% entre adolescentes que no tienen educación y 47% en las que sólo tienen la primaria) y en 21 de los 32 departamentos del país se superó la proporción promedio nacional de

<sup>a</sup> La ENDS 2010 incluye solamente a las mujeres adolescentes desde los 13 años.

adolescentes que alguna vez han estado en embarazo, siendo de mayor prevalencia los de algunas subregiones del país como la Amazonia y el Litoral Pacífico (28%) [1].

En Colombia, el EA es considerado un problema social que se produce y a su vez genera pobreza y desigualdad, además de que se configura como obstáculo importante para el desarrollo, si se considera que en la mayoría de los casos el embarazo en esta etapa de la vida, implica la interrupción de los procesos educativos y el establecimiento y ejercicio de roles que corresponden a etapas de la adultez, como el ingreso temprano al mercado laboral y la consecuente disminución de la oportunidad de consolidar proyectos de vida y capital social. Así mismo, el EA representa un importante problema de salud pública por las consecuencias que acarrea para la salud de la adolescente y de los hijos por el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal [6].

Por lo anterior, como una estrategia conjunta de Estado, se propuso y aprobó el CONPES Social 147 de 2012 que formula los *“Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años”* cuyo énfasis intersectorial hace necesario definir una metodología para los gestores y profesionales de los diferentes sectores que permita la identificación de adolescentes en mayor riesgo de embarazo a fin de formular y dirigir las intervenciones de atención integral desde la prevención hasta la atención [7].

La construcción de la metodología propuesta tomó como base la mayor evidencia científica disponible del nivel nacional e internacional a partir de la revisión de los estudios sobre determinantes y factores del EA que permitieran identificar los contextos, condiciones o situaciones asociadas al mayor riesgo de EA. Así mismo se analizaron las metodologías que se han venido desarrollando en el país para la identificación de estas poblaciones.

El documento presenta en primer lugar la síntesis de la revisión de la literatura de los determinantes proximales, intermedios y distales del EA. En segundo lugar, la metodología Sala Situacional propuesta para la identificación de contextos y las señales de alerta para la identificación de adolescentes y familias con mayor vulnerabilidad social y riesgo al EA.



## Capítulo 1



# ¿Quiénes son las y los adolescentes en mayor riesgo de embarazo?



**E**l interés por comprender los contextos y factores que explican el EA como problema social y de salud pública ha motivado la realización de estudios en el país y a nivel internacional desde una aproximación con métodos cuantitativos, cualitativos o mixtos. En la comprensión del EA se han señalado determinantes de diferente nivel: estructural o distal (políticas, modelo económico, la construcción social sobre la sexualidad y el género, la influencia de los medios de comunicación); intermedios (pobreza, acceso a servicios básicos); y proximal (la influencia de los pares, la estructura, ambiente y comunicación familiar, las características de jefatura de hogar, la vivencia de la infancia, la permanencia escolar, la edad de inicio de relaciones sexuales (IRS), el conocimiento, uso y acceso a la anticoncepción, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de las relaciones de género y la sexualidad).

La mayoría de los estudios cuantitativos se aproximan a la comprensión del EA bajo un enfoque de riesgo característico de la epidemiología multicausal, según el cual un conjunto de factores de diferente nivel aumenta o disminuye la probabilidad de que se presente esta situación, siendo considerados factores de riesgo o protectores. Desde esta perspectiva multicausal, se asume que cada uno de los factores actúa de forma independiente o que hay una interacción entre estos, que difícilmente puede ser desentrañada con métodos estadísticos [8,9].

Por su parte, los pocos estudios sociales cualitativos y con metodología mixta en el país, y la creciente literatura de este tipo producida a nivel internacional parten de reconocer que el EA es un asunto complejo determinado socialmente, y que su comprensión requiere del conocimiento de los contextos socioculturales y de cómo se construyen en éstos, los sentidos y significados sobre la sexualidad, el género, la maternidad, la paternidad y el EA, de manera que se pueda desentrañar cómo se da la interacción entre los factores dada su diferente jerarquía [8,10,11].

Teniendo en cuenta estas dos perspectivas investigativas cuyos resultados pueden ser complementarios, a continuación se presenta en primer lugar una síntesis de los determinantes de diferente nivel asociados al EA: los del nivel proximal que tienen que ver con factores del contexto social próximo, la familia y el individuo, y los del nivel intermedio y distal.<sup>b</sup>

<sup>b</sup> Este documento plantea la misma categorización de determinantes (distales, intermedios y proximales) que el CONPES Social 147 de 2012, pero a diferencia de éste plantea como proximales aquellos relacionados con la familia y el entorno social próximo acorde al modelo de determinantes sociales de salud de la Organización Mundial de la Salud.



A medida que se explica cada uno de los determinantes se enuncian algunas de sus relaciones con otros determinantes. En segundo lugar se exponen los contextos de mayor vulnerabilidad al EA señalados por los estudios, analizando la compleja relación de determinantes que configuran estos escenarios o ámbitos de mayor riesgo en los que se desenvuelve el cotidiano de los adolescentes.

## 1.1 Determinantes Proximales

### 1.1.1 Individuales

Se ha encontrado que un determinante importante es el **inicio de relaciones sexuales (IRS)** tempranas, por el mayor tiempo de exposición y porque a temprana edad no se tienen necesariamente los conocimientos sobre anticoncepción (AC) ni la capacidad de negociación [6]. Así, en promedio según la ENDS 2010, 13,5% de las adolescentes iniciaron relaciones sexuales antes de los 15 años, siendo ligeramente mayor en áreas rurales (15%). Entre las mujeres de 20 a 24 años la mediana fue a los 17 años, siendo menor en las mujeres con educación primaria (15 años) [1]. El estudio de profundidad sobre EA de la ENDS 2010 señala el aumento del IRS entre mujeres no unidas que representan 33% de las adolescentes y solo 50% de las adolescentes no han iniciado relaciones sexuales [12].

Otro determinante es la **unión temprana** también por la mayor exposición al embarazo y disminución de la capacidad de negociación de AC [6]. Según la ENDS 2010, en promedio 13% de las adolescentes del país tuvo una unión actual informal —no se reportaron uniones formales— (ENDS), siendo mayor en el área rural que en la urbana (19,5 vs 11%), y las que se unieron antes de cumplir los 15 años fueron el 4% de las adolescentes, siendo también mayor en el área rural que en la urbana (6,4 vs 3,2 %) [1]. El estudio de profundidad de EA de la ENDS 2010 señala que entre 1995 y 2010 el EA se ha mantenido constante entre las mujeres alguna vez unidas (82%), en las unidas (78%) y ha descendido entre las no unidas (de 33 a 21,5%) [12]. La proporción de adolescentes embarazadas unidas de zonas marginales es similar 75% [5]. El primer embarazo entre adolescentes se encontró en 2010 principalmente en mujeres que ya tenían alguna unión (66%) y luego en mujeres que no tenían unión (34%) [12].

Este estudio encontró también que las mujeres unidas en general tienen condiciones más desfavorables que las mujeres no unidas sexualmente activas, y estos dos grupos a su vez con las mujeres que no han iniciado relaciones sexuales. Estas diferencias están dadas por las menores condiciones socioeconómicas (asistencia escolar, nivel educativo y migración); familiares (sus madres tenían menos escolaridad); conocimiento y prácticas reproductivas (del ciclo menstrual y del uso de anticonceptivos desde la primera relación sexual); acceso formal a la educación en DSR (colegios) y mayores diferencias de edad con la pareja (58% entre las de 15 a 16 años y 49% entre las de 17 a 19 años con diferencia mayor de 6 años), esta última encontrada como un factor protector cuando la diferencia es menor de 5 años [12].

Lo anterior plantea que la disminución del EA tiene un reto importante en la postergación de las uniones de adolescentes, especialmente cuando se presentan como un resultado de la proyección de vida en donde no existen posibilidades diferentes para los adolescentes, como veremos adelante en el numeral 1.2 en los contextos de pobreza [12].

Los estudios y la ENDS 2010 también han encontrado que aunque hay un conocimiento generalizado de la anticoncepción (AC), y su uso ha aumentado, todavía sigue siendo bajo entre las adolescentes. El uso alguna vez de métodos modernos aumentó de 63,1% a 87,2% entre las mujeres de 15 a 19 años actualmente unidas, y de 66,9% a 95,3% entre las no unidas pero sexualmente activas. Sin embargo, el uso actual es mucho más bajo, 55,1% de mujeres unidas y 70,5% de las no unidas, sexualmente activas. Entre las mujeres unidas el método usado por casi la mitad es la inyección, seguida de los anticonceptivos orales y en el caso de las no unidas, la mitad usa el condón seguido de la inyección, lo que plantea el reto especialmente entre las mujeres no unidas, de impulsar además del uso del condón como método de protección contra ITS, el uso de métodos más efectivos de anticoncepción [1].

El bajo o inadecuado uso se da por **vacíos en el conocimiento; mitos sobre el no riesgo de EA en la primera relación sexual y sobre los efectos secundarios de la AC** [6]. Así, según la ENDS 2010 entre las mujeres de 15 a 19 años, 10% comenzó a usar por primera vez anticoncepción después del primer hijo y en área rural esta proporción subió a 17%. Adicionalmente entre las mujeres de 15 a 29 años que adujeron razones para no usar AC, 9% no lo hicieron por miedo a efectos secundarios [1].

La **baja capacidad de negociación de las mujeres** para el uso de AC es otro de los factores que las coloca en riesgo y según los estudios sucede cuando se inician de forma muy temprana las relaciones sexuales; se alude a la relación sexual como un evento que sucede de “afán” y que no da tiempo para la negociación previa con la pareja [11].

Un determinante muy importante que explica la capacidad de negociación y es resultado de una construcción sociocultural, es la **naturalización de los roles de género desiguales**, donde en una unión estable o una “relación seria” con promesa de unión estable, el hombre es quien toma la iniciativa y control sobre las decisiones sobre la sexualidad y la mujer debe asumir un papel sumiso y de total entrega “para no ser mal vista” [11,13] y para complacer a la pareja con el fin de no perderla o ser abandonada [8]. Esta situación es más frecuente cuando existe una gran diferencia de edad con la pareja y este se considera preparado para la paternidad [9, 10,14-17]. Según estimaciones a partir del DANE, 63% de los nacimientos de las adolescentes de 15 a 19 años tuvieron un padre con un promedio de edad de 23 años [2]. Según la ENDS 2010 entre el segmento de las mujeres de 15 a 29 años, 6% adujeron la oposición de la pareja entre las razones para no usar AC [1].

Otra cara de estos roles es cuando se considera que la mujer es la única responsable

de la AC y el hombre se desentiende del asunto y si la mujer exige el uso de métodos de protección, se interpreta como una falta de confianza en la pareja [10]; o por el contrario, cuando deliberadamente no se usa la AC como un medio para ganar mayor compromiso y evitar el abandono [11], o porque se considera por ejemplo, que el uso de métodos como el condón reducen el placer. Algunas de las anteriores situaciones están ligadas a la **baja autoestima, autonomía, y a la capacidad restringida de las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (DSR)** [8,17].

Todos los estudios coinciden en señalar el mayor nivel educativo de los(as) adolescentes como un factor protector que favorece la postergación del IRS, aumenta el conocimiento y adecuado uso de AC y genera al (la) adolescente posibilidades de asumir un rol diferente al de la maternidad y paternidad. El estudio de profundidad de la ENDS 2010 encontró en modelos de análisis multivariado que la asistencia escolar tiene un efecto protector que es mayor en las mujeres no unidas [12].

En contraposición, se señalan como factores de riesgo el bajo logro educativo y la **deserción escolar** ya que inciden en que no se logre construir proyecto de vida alrededor de la educación [6, 18,19]. La deserción está asociada, según una revisión en países desarrollados, a la insatisfacción del adolescente en la escuela y a que considera irrelevante lo que allí se hace; especialmente cuando no tiene una vida feliz o satisfactoria en casa, no hay un soporte apropiado ante la carga de trabajo de la escuela,

existe presión por parte de los profesores e inflexibilidad en las formas de aprender [20]. Como veremos en el numeral 1.2, En el país los más altos índices de deserción escolar se ubican especialmente en contextos de pobreza.

En 2011 la deserción escolar de primaria y básica secundaria fue de 4,5% en niños de 6 a 11 años siendo mayor en niños, niñas y adolescentes desplazados (13%) e indígenas (21%); la tasa de cobertura de educación básica primaria entre niños de 6 a 11 años fue de 89,4%; de básica secundaria entre los 11 a 14 años fue de 72% y de educación media entre los 15 y 16 años de 42,5%. Entre los jóvenes de 15 a 24 años el promedio de años de educación fue de 9,4 [21].

Otro determinante señalado como relevante por varios estudios es haber sido víctima de **violencia sexual** [22], y más específicamente, de **abuso sexual** [23,24]. En Colombia en 2011, según los casos denunciados de delito sexual con dictámenes sexológicos,<sup>c</sup> en 80% de los eventos de presunto delito sexual, las víctimas fueron niños y adolescentes (20.263 casos), siendo más afectadas las niñas y adolescentes (83% de los casos en niños y adolescentes); el grupo de 10 a 14 años entre las mujeres (tasa de 340 por 100.000), y el grupo de 5 a 9 años entre los hombres (tasa de 68 por 100.000). Se calcula que del total de delitos sexuales 30% son en circunstancias de violencia intrafamiliar y 50% son cometidas por un familiar, siendo común que sea el padrastro en familias reconstituidas. Estos datos no están diferenciados para niños, niñas y adolescentes [25].

Los análisis igualmente han determinado que 84% de los nacimientos de mujeres de 10 a 14 años son de relaciones con hombres mayores de 20 años [2] y por tanto considerados delitos sexuales, muchas veces producto de relaciones asimétricas en el ejercicio de poder en la toma de decisiones sobre la sexualidad; que pueden llevar fácilmente a plantear situaciones de chantaje para justificar el abuso sexual y para no denunciarlo.

**En 2011 la deserción escolar de primaria y básica secundaria fue de 4,5% en niños de 6 a 11 años siendo mayor en niños, niñas y adolescentes desplazados (13%) e indígenas (21%)**

**En 2011, según los casos denunciados de delito sexual con dictámenes sexológicos, en 80% de los eventos de presunto delito sexual, las víctimas fueron niños y adolescentes (20.263 casos)**

<sup>c</sup> Existe un importante subregistro en estos datos por la falta de denuncia de todos los casos de violencia sexual que puede ser de más del 90%.

Si bien se sabe a partir de los casos denunciados que la mayor parte de la violencia sexual ocurre en el ámbito intrafamiliar, la violencia sexual perpetrada por los diferentes actores del conflicto armado del país es una práctica habitual y utilizada como un arma de guerra y estrategia de terror, tortura, castigo, desplazamiento y presión sobre las mujeres, sus familias y comunidades. No se puede precisar con exactitud su magnitud debido al importante subregistro dado especialmente por el temor de las víctimas a su denuncia. Pese a lo anterior, se reconoce que esta práctica ha afectado a niñas y adolescentes con varias modalidades de violencia sexual además del abuso sexual, explotación sexual, prostitución forzada, trata de personas, mutilación sexual y secuestro para prestar servicios sexuales [26,27].

**La violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes (NNA) en la modalidad de explotación sexual que incluye la prostitución, pornografía y turismo sexual, es una situación preocupante en el país, que según los informes de Rendición de Cuentas departamentales de los derechos de los NNA en el período de 2005 a 2010 se identificaron 3336 casos (350 en 2005 a 847 en 2010), con una mayor proporción de casos en Risaralda, Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca [28].**

Los niños y adolescentes que han vivido esta experiencia suelen tener: dificultades para establecer relaciones interpersonales y lazos sociales; baja autoestima, percepción de auto eficacia y capacidad de negociación de AC que puede estar relacionada con la asociación normal de la vivencia de su sexualidad con la violencia y explotación. Esta afectación psicosocial, que depende del soporte social y familiar, puede llevar a buscar afecto en el sexo con un IRS temprano, múltiples compañeros sexuales o a refugiarse en el consumo de drogas. En el caso de los hombres, esta situación genera además un estigma sobre la vivencia de su masculinidad dado que usualmente el victimario también es hombre, lo cual los lleva a reafirmar su rol de género buscando muchas relaciones sexuales o una paternidad temprana [22-24].

**El que se viva fuera del hogar también se ha considerado un factor de riesgo porque se experimentan sentimientos de rechazo, soledad e inseguridad [29,30]. Una revisión de estudios en países no desarrollados encontró que el consumo de drogas se asocia positivamente con el EA por su relación con el sexo inseguro [19]. Respecto a las habilidades individuales, una revisión ha mostrado que son factores protectores del EA la confianza, la esperanza y el optimismo que el adolescente tiene sobre el futuro de la vida y la autodeterminación entendida como la capacidad de hacer las elecciones y de actuar de acuerdo a éstas [31].**



Muy frecuentemente el EA se repite durante la adolescencia, situación en la que se considera un **embarazo subsiguiente**. Esto sucede de forma más frecuente en contextos de pobreza y exclusión y profundiza la vulnerabilidad social de la madre adolescente y de sus hijos contribuyendo a perpetuar o a hacer más difícil la superación de condiciones de pobreza, por ello se debe asumir como un reto importante dentro de las estrategias de prevención del embarazo adolescente [8].

Por lo anterior, el EA es en sí mismo en una condición que coloca en riesgo de un EA subsiguiente. Los estudios han encontrado que existe mayor probabilidad de que ocurra bajo las siguientes situaciones: cuando se tiene una unión estable, especialmente con alguien mucho mayor que la adolescente. También cuando se tuvo algún mal desenlace obstétrico en el primer embarazo o el primer embarazo fue deseado porque en estas situaciones se desean más hijos; cuando no se cuenta con el apoyo económico y afectivo del padre del bebé ni de la familia y la adolescente se ve obligada a buscar alternativas para su supervivencia y la de su hijo, incluyendo entre éstas, la búsqueda de una nueva relación estable o caer en las redes de la explotación sexual; cuando no se tiene buena comunicación con la madre y no se le apoya en cuanto al uso de AC; cuando no se ha retornado a la escuela en los seis primeros meses después de su abandono o cuando se abandonó definitivamente ya que en estos casos la maternidad y paternidad entran a ocupar un lugar importante en la proyección de proyecto de vida [32-37]. En el país del 20 al 45% de los adolescentes abandonan la escuela por la maternidad o paternidad [21].

Otra situación es cuando se ha experimentado violencia en la intimidad por parte del padre del bebé que refleja el ejercicio de relaciones asimétricas de género que conlleva menor capacidad de negociación sobre el uso de AC. De forma muy importante cuando no se usaron métodos de AC de larga duración que pueden ser más frecuentes en adolescentes con IRS temprano, con baja escolaridad y quienes no tuvieron consejería en planificación [32-37].

### 1.1.2 Familiares

Los estudios han señalado la estructura o conformación de la familia como un determinante importante ya que de esta dependen las posibilidades que los padres pueden brindar a sus hijos, y el ambiente bajo el cual crecerán. Por ejemplo cuando los padres son **separados** y la **madre asume como cabeza de hogar**, usualmente se ejerce baja supervisión parental en razón a cargas laborales que le impiden contar con tiempo suficiente para dedicar a los hijos; el **abandono del padre** que implica la ausencia de figura paterna; la **muerte de alguno de los padres** o el **abandono de ambos padres** dejando los hijos al cuidado de familiares cercanos lo que puede acarrear carencias afectivas [19,38].

Respecto a la dinámica familiar que configura el entorno afectivo y emocional en el que crecen y se desarrollan los hijos se han encontrado asociados al EA: la **disfuncionalidad y conflictividad familiar**; la poca **supervisión parental** incluyendo la que se hace sobre el desempeño escolar; la **baja comunicación con los padres** [39] en general, y sobre sexualidad cuando se hace de forma superficial y autoritaria amenazando sobre las consecuencias del EA [40]; “la **imposición de límites excesivos** por parte de los padres que restringen la autonomía de los adolescentes y la toma de decisiones en lo emocional y social favoreciendo la impulsividad y el desconocimiento sobre el entorno social y sus riesgos y que deteriora la comunicación con los padres hacia el ocultamiento. Y en el lado contrapuesto, la **ausencia de límites** que favorece que los adolescentes permanezcan solos” [6,16,20,41-44]. Todos estos factores afectan la **autoestima de los hijos** y hacen que el(la) adolescente trate de llenar sus necesidades afectivas fuera del hogar estableciendo **relaciones con mayor dependencia emocional**, en las que por ejemplo no se cuenta con la capacidad de negociación frente a la AC [16,40].

Otro factor que ha sido asociado es cuando **la madre de la adolescente tuvo un embarazo siendo adolescente**, el cual puede ser explicado porque en general estos hogares tienen condiciones socioeconómicas bajas y porque hay una mayor aceptación a que los hijos inicien tempranamente relaciones sexuales [45].

### 1.1.3 Sociales próximos

Respecto a los determinantes relacionados con el contexto social próximo se ha señalado que contextos con **alta prevalencia de IRS** de forma temprana se asocian a mayor EA [17,46], que puede explicarse probablemente por el efecto multiplicador que tiene la **presión de los pares** cuando alardean sobre estas experiencias y ante la cual algunos adolescentes se muestran curiosos por algo que se considera “prohibido” y ceden para no quedarse atrás de su grupo y ganar aceptación [13, 19, 29,47].

Así mismo, en comunidades con **alta prevalencia de fecundidad adolescente**; esta se constituye en una situación socialmente aceptada [19], que en el caso de algunos contextos del país, especialmente de las comunidades étnicas hace parte de lo que es aceptado socialmente como los roles tradicionales de género. Así el estudio de profundidad de EA de la ENDS 2010 encontró que cuando la percepción de la adolescente sobre el EA es considerada algo normal aumenta el riesgo [12].

## 1.2 Determinantes intermedios y distales

A los factores señalados que explican el bajo uso de AC, se suman las dificultades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes por problemas de disponibilidad; adecuación de los servicios y de los profesionales para prestar atención a esta población porque actúan bajo su propia moral. Así mismo existen debilidades en la integralidad, calidad y continuidad en la prestación en buena parte originada por la fragmentación de la contratación que impone serias barreras de acceso [6,8,11,19,48]. Según la ENDS 2010 entre las mujeres adolescentes que adujeron razones para el no uso de AC, 44% no trató el tema durante la visita a un establecimiento de salud y 33% nunca lo trató con un promotor; y la demanda no satisfecha<sup>d</sup> de planificación fue del 20% (17% entre quienes quieren limitarla y 3% entre quienes quieren espaciarla) [1].

<sup>d</sup> La demanda no satisfecha resulta de la suma de la necesidad insatisfecha para *limitar* que incluye mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo *no fue deseado* y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que **no desean más hijos** y la necesidad insatisfecha para *espaciar* incluye las mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo *sí fue deseado, pero más tarde* y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que *sí desean más hijos pero prefieren esperar* por lo menos dos años [1].

Adicionalmente, otro determinante es el que la sexualidad aún se considere un tema tabú que no se trata con toda la suficiencia en el hogar o en la escuela, dejando lugar a los pares o los medios de comunicación accesibles (televisión, internet, etc.), que muchas veces muestran la sexualidad como divertida, causal y sin consecuencias [13]. Sin embargo, el estudio de profundidad de EA de la ENDS 2010 encontró que recibir la educación sexual por cualquier medio (formal, informal o medios de comunicación) se constituye en factor protector especialmente para las mujeres no unidas, este hallazgo resalta el papel que tienen otros medios no formales en la construcción de los significados sobre la sexualidad [12].

El acceso a las diferentes oportunidades de **uso creativo del tiempo libre** como parte integral de su desarrollo han sido señaladas como un factor protector para el EA en la medida en que le ofrecen además de la ocupación de su tiempo, alternativas para su proyección humana [19].

Respecto a los determinantes distales se han señalado la influencia en el EA de **la inexistencia de políticas en salud sexual y reproductiva, relacionadas con los DSR y de prevención integral del embarazo en adolescente**; así como las **políticas económicas y sociales** que influyen sobre la posición social de las familias e individuos, y los **cambios demográficos** relacionados con la urbanización, el desplazamiento etc. [19,48].

## 1.3 Contextos

Todos los estudios son coincidentes en señalar que los contextos de **pobreza, marginalidad y exclusión** conllevan un precario acceso a satisfactores básicos de calidad de vida (trabajo, educación, salud, alimentación, vivienda, entre otros.) dada la incapacidad socioeconómica de las familias para pagar por estos, y por la debilidad del Estado para garantizarlos; son aquellos en los cuales se configura la mayor vulnerabilidad social para el EA [5,6,10,39,49], y así lo vemos en la ENDS 2010 en Colombia que encontró mayor EA en hogares pobres que en los hogares de ingresos altos (28,5 vs 10,5%), aunque en éstos últimos también ha aumentado en los últimos diez años [1,12].

Lo anterior se explica porque en estos contextos se da una compleja relación de los determinantes, así por ejemplo: las familias tienen un bajo ingreso porque el (los) perceptores de ingreso tienen tan **bajos niveles de escolaridad** que únicamente les permiten acceder a trabajos manuales mal remunerados y poco estables. Muchas veces la perceptora de ingresos es sólo la mujer porque el padre los ha abandonado, fallecido o ha sido desplazado. Esta situación genera al interior de las familias que los hijos(as) deban combinar la escuela con oficios para contribuir al ingreso familiar y/o apoyar el cuidado de los hermanos menores con el consecuente efecto en la disminución en un desempeño escolar, que difícilmente puede ser supervisado y apoyado por los padres ya que no cuentan con el tiempo y los conocimientos, y en algunos casos llevan al **abandono de la escuela**, siendo este último uno de los factores más asociados al EA, tal y como fue referido previamente [19,50].

Estas condiciones de precariedad generan un clima propicio para el **conflicto y la mala comunicación** al interior de algunas familias lo que a su vez genera situaciones de **consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar física y psicológica y abuso sexual en la infancia y/o adolescencia**, permitidas muchas veces por la dependencia económica de la mujer y por una naturalización de las relaciones de género, en las cuales el hombre es detentor de la capacidad de violentar [11,19].

En este contexto sociofamiliar que no cuenta con posibilidades de realización y los entornos cotidianos son tan adversos, carentes de afecto y de comunicación con los padres, que minan la autoestima, y hacen frecuente que los(as) adolescentes no proyecten su vida con el “ideal” trazado por la sociedad de alcanzar un grado educativo superior y acceder a trabajo; sino que elijan la unión o la maternidad temprana como alternativa para proyectarse en la vida, construir nuevas relaciones afectivas e identidad propia como mujeres en relación con las funciones de cuidado de la familia [49,51], y hombres en el papel de proveedores; roles que los acercan a la adultez como símbolo de madurez, y les dan un nuevo estatus, reconocimiento y aceptación social en sus comunidades [11,14,20,42,52], especialmente en las rurales o cuando provienen de éstas [11], les permite mayor independencia bien sea al interior mismo del hogar, salir de la casa aun cuando muchas veces se vaya a vivir con la familia de la pareja, ganar estabilidad emocional y económica al comprometer a la pareja, y tener la posibilidad de acceder a subsidios por parte del Estado [47]. Coin plantea que el EA es una forma de resistencia social a través del cuerpo ante la invisibilidad y exclusión por parte de la sociedad a los(as) adolescentes en estos contextos [52].



...los contextos de conflicto armado, además de tener condiciones de pobreza, se configuran en escenarios de vulnerabilidad al EA por las situaciones de violencia de género que trae consigo y las consecuencias psicosociales derivadas de ésta en las víctimas y sus familias...

Los estudios también han encontrado que en contextos **violentos** o de **alta criminalidad**, la paternidad para los adolescentes está ligada a la percepción de corta expectativa de vida [22] o posibilidad de encarcelamiento ante lo cual se desea tener descendencia rápidamente; así mismo porque se considera símbolo de masculinidad y madurez y les permite ejercer el rol del padre que nunca se tuvo [47]. En estos contextos también el desarrollo moral se ve alterado y se forma una escala de valores propia de esos contextos que hace que el EA se perciba como una situación normal en la adolescencia.

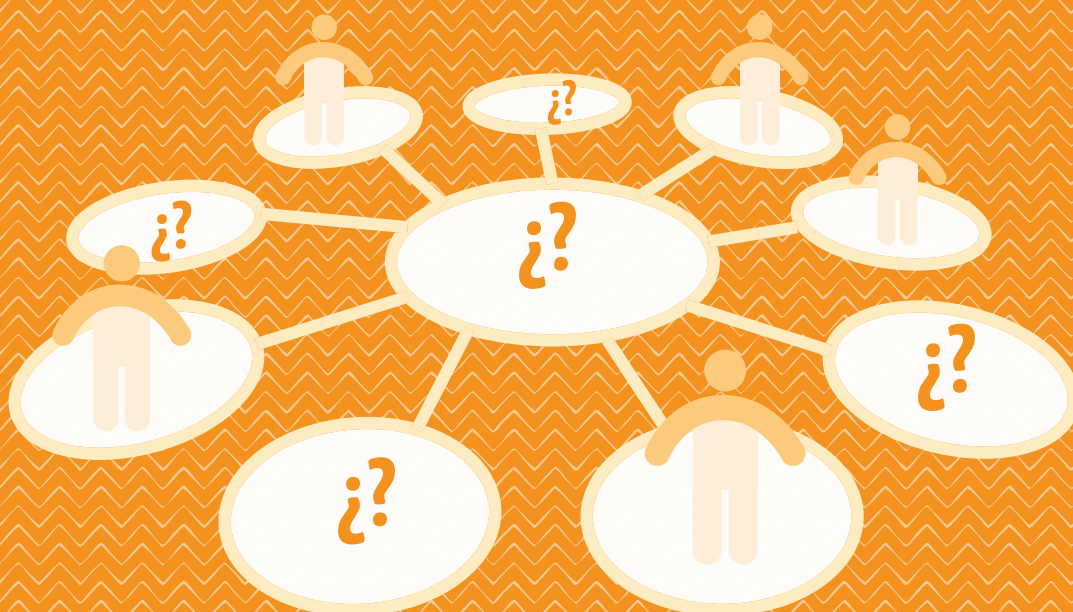
En contextos de **marginalidad y migración**, se señala como un factor de riesgo el pobre apoyo de redes sociales, dada la condición de migrantes, que permitan minimizar el peso de condiciones como el madre solterismo entre otras [10]. El estudio de profundidad de EA de la ENDS 2010 señala que es mayor el EA en adolescentes con historia reciente de migración (5 años o menos) (25%), pero en el análisis multivariado esta tiene un efecto protector contrario a lo esperado [12], lo anterior podría deberse a que tiempo de migración considerado es un rango amplio en el que ya se puede haber logrado la inclusión social en el lugar al que se migró, y no ser esta la situación de quienes tienen un tiempo de migración más reciente.

En Colombia como se ha señalado anteriormente los contextos de **conflicto armado**, además de tener condiciones de pobreza, se configuran en escenarios de vulnerabilidad al EA por las situaciones de violencia de género que trae consigo y las consecuencias psicosociales derivadas de ésta en las víctimas y sus familias, los cuales son agravados en muchos casos por el desplazamiento y el desarraigo [26].

Otro contexto de vulnerabilidad al EA en el país lo constituyen aquellos lugares con **megaproyectos** para la explotación de recursos naturales como la minería, el carbón, el petróleo entre otros, y las **zonas de producción de sustancias ilegales como la coca**. Estos contextos generan un gran flujo de moneda circulante y ocupan principalmente mano de obra masculina favoreciendo problemáticas sociales como la prostitución de adolescentes y jóvenes. Así mismo son escenarios de conflicto armado con la consiguiente violencia de género [53].

## Capítulo 2

# ¿Cómo podemos identificar las y los adolescentes en mayor riesgo de embarazo?



**A partir** de la síntesis anterior, se puede concluir que la identificación de adolescentes con mayor riesgo de embarazo debe realizarse en dos niveles. El primero por la identificación de los contextos con mayor vulnerabilidad social frente al EA que permitan generar una respuesta para afectar el conjunto de determinantes que configuran esa vulnerabilidad. El segundo, mediante la identificación de alguno(os) determinante(s) próximos a nivel individual o familiar que permita a los sectores, de acuerdo con su competencia, generar una respuesta en estos ámbitos. Vale la pena mencionar que a cualquier nivel que se dirija la respuesta, esta debe propender por ser integral, es decir incluir la prevención, atención y protección y tener un carácter intersectorial tal y como lo plantea el CONPES Social 147 [7].

En línea con lo anterior, a continuación se propone en primer lugar la metodología para que el ente territorial (ET), entendiendo este como el departamento o municipio, de forma intersectorial realice la identificación de contextos de mayor vulnerabilidad para el EA. En segundo lugar, se proponen las señales de alerta que permitan identificar a los niños, niñas y adolescentes con condiciones o situaciones que los colocan en riesgo de EA, a un corto como mediano plazo, en los diferentes espacios de vida cotidiana.

## **2.1 Metodología para identificación de contextos de mayor vulnerabilidad al embarazo adolescente**

Si se reconoce que el diseño de una respuesta o intervención integral en contextos de mayor vulnerabilidad al EA requiere del concurso intersectorial, es necesario que la identificación tenga ese carácter. Por tanto la metodología de Sala Situacional para la identificación de estos contextos está dirigida a que los diversos sectores del ET en el marco del escenario intersectorial pertinente, puedan adelantarla como parte del proceso de implementación del CONPES Social 147 [7].

### 2.1.1 ¿Qué es una Sala Situacional?

Es una estrategia de análisis de información que busca trascender la recolección de datos y generar mayor comprensión sobre la situación que se aborda para tomar decisiones y planear. En el campo de la salud esta estrategia ha tenido un amplio reconocimiento y se ha usado en el análisis de situación de salud en general o para eventos específicos [54]. En el país ha sido utilizada por algunas entidades territoriales, siendo relevante la experiencia de Bogotá, Santander [55].

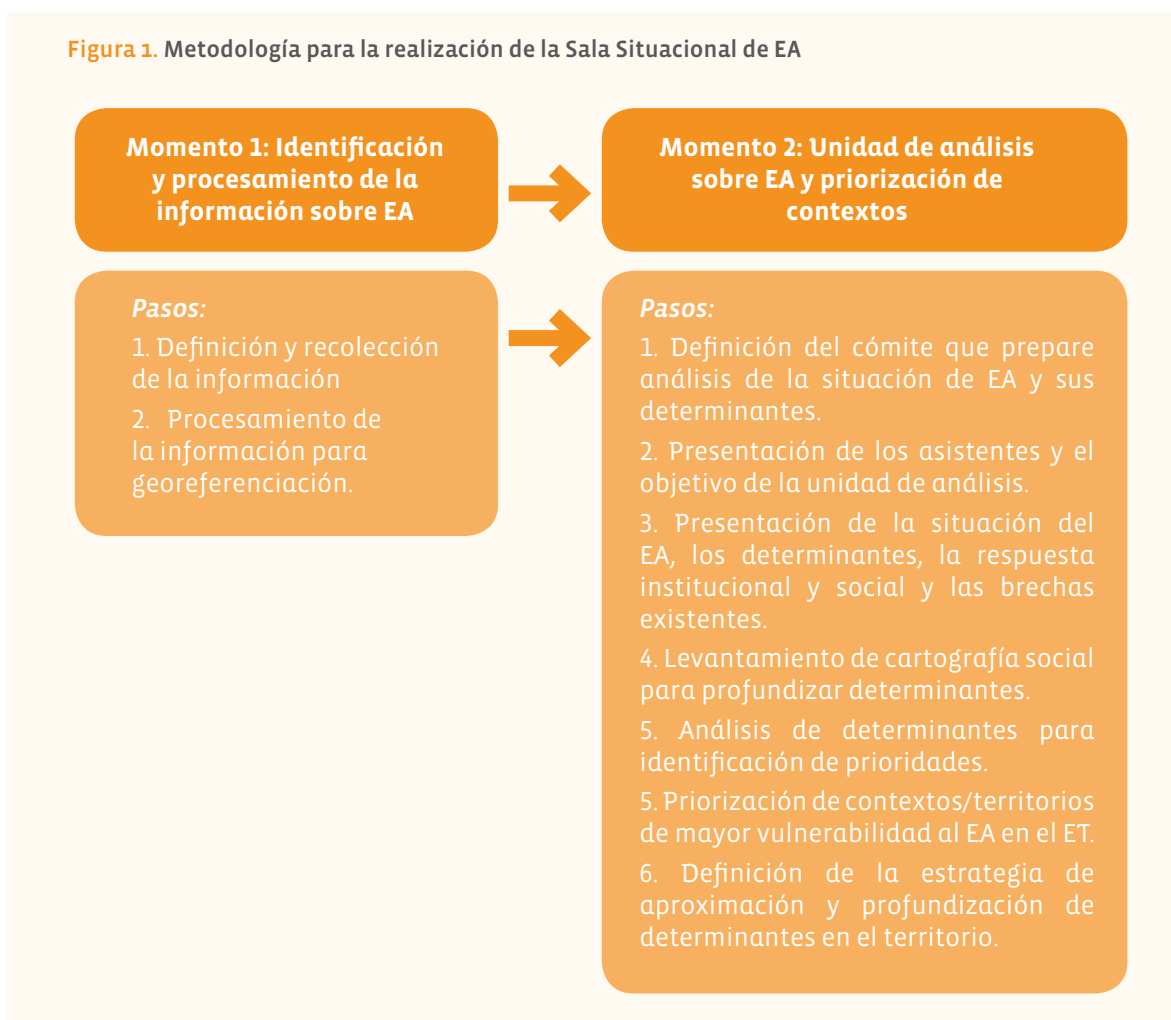
La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la Sala Situacional como “el espacio físico y virtual donde información de diferentes características es analizada sistemáticamente por un equipo de trabajo para caracterizar: la situación de salud, el perfil de necesidades, el perfil de oferta y la respuesta institucional y de cooperación técnica de un espacio-población para favorecer la concentración de intervenciones en diferente nivel de agregación” [56].

La Sala Situacionales caracteriza entonces por [54,56]:

1. **Realizar el análisis** de la situación sobre las necesidades, daños, los factores de riesgo, los determinantes y la respuesta social actual, a fin de identificar las brechas entre la situación analizada y la respuesta, así como proponer nuevas alternativas de solución.
2. **Realizar el análisis** de la situación sobre un determinado espacio geográfico y una población definida con el grado de estratificación necesario.
3. **Involucrar a diferentes actores** con diferentes saberes para el análisis de la situación, y a los tomadores de decisiones para que las acciones priorizadas tengan respaldo político.
4. **Requerir de un espacio** físico y/o virtual que permita visibilizar la información para la toma de decisiones.

Para la implementación de la Sala Situacional de EA del ente territorial se proponen, tal como se expresan en la Figura 1, los momentos y pasos que más adelante se explican con detalle y se ejemplifican con un caso práctico.

Figura 1. Metodología para la realización de la Sala Situacional de EA



### 2.1.1.1 Identificación y procesamiento de la información sobre embarazo adolescente: Sala de Comando

Este primer momento constituye para algunos la sala de comando de la Sala Situacional porque en este se prepara la información para la toma de decisiones [56]. La preparación y análisis de esta información requiere de los siguientes pasos:

**1. Definición y recolección de la información** a ser analizada teniendo en cuenta aquella que permita identificar la magnitud, la distribución por edad (de 10 a 14 años y de 15 a 19 años) sexo, unidad geográfica (municipio, cabecera municipal, vereda o corregimiento, resguardo, barrio etc.) y el comportamiento en el tiempo del EA, de sus determinantes y la respuesta actual del ET para afectar éstos [54].



La definición de la información implica determinar el tipo de información (cuantitativa y cualitativa), indicadores; las fuentes (registros poblacionales, de vigilancia en salud, estadísticos de los programas, informes, estudios), y los métodos para obtener la información y los responsables de recolectarla. Es importante señalar que la identificación de contextos y su espacio geográfico o territorio requiere que la información en lo posible se pueda georeferenciar [54].

En el Cuadro 1 se propone un conjunto de variables para la identificación de contextos de mayor vulnerabilidad al EA con posibles indicadores, fuentes de información y responsables de acuerdo a lo revisado en el primer apartado de este texto y a la disponibilidad de información en el ET bien sea a nivel del departamento, municipio o más desagregado. Algunas de estas variables como se señala en el cuadro están disponibles al nivel departamental para su consulta en el Observatorio Nacional de Embarazo adolescente.

La selección de las variables propuestas así como la inclusión de nuevas para la realización de la Sala Situacional de EA deberá hacerse de acuerdo al conocimiento de la problemática de EA en el ET y la disponibilidad de información. En lo posible, se espera generar información desagregada por la mínima área geográfica seleccionada (AGS) de manera que se cuente con información por municipio, barrio, vereda, localidad, comuna, resguardo, municipio, etc.

Las variables sugeridas en el cuadro se contemplan como medidas relativas, es decir estimadas de acuerdo con la cantidad de población de una AGS. Sin embargo, si la ET no cuenta con esta información o la cobertura de las fuentes propuestas es muy baja, se propone que todas las variables sean estimadas o bien por la proporción respecto al total de la población del ET de las fuentes contempladas o por la cantidad en números absolutos. En caso de que la ET solo cuente con información a nivel municipal se recomienda hacer el análisis solo a este nivel de desagregación; y si no cuenta con información de tipo cuantitativo se propone realizar la unidad de análisis con metodologías como la cartografía social y el análisis de determinantes que se explican en el segundo momento de la sala situacional.

Cuando en la ET habitan poblaciones étnicas (indígenas, afrocolombianos, Rom, etc.), y si la información lo permite, se sugiere desagregar las anteriores variables con base en las diferentes condiciones étnicas. Sin embargo, la comprensión de la situación frente al EA en estas comunidades dada su cosmovisión particular,

...otros factores como la violencia, alta criminalidad (presencia de bandas de sicariato, grupos de delincuencia, redes de microtráfico, grupos armados al margen de la ley); explotación sexual; oferta de servicios para el aprovechamiento del tiempo libre e imaginarios sobre los roles de género desiguales en especial en el ejercicio de los DSR configuran contextos de alta vulnerabilidad al Embarazo Adolescente.

requiere aproximarse bajo otras metodologías de tipo cualitativo como las que se enuncian en el paso de aproximación al territorio para profundización de determinantes, bajo una perspectiva de diálogo intercultural.

Como se revisaron previamente otros factores como la violencia, alta criminalidad (presencia de bandas de sicariato, grupos de delincuencia, redes de microtráfico, grupos armados al margen de la ley); explotación sexual; oferta de servicios para el aprovechamiento del tiempo libre e imaginarios sobre los roles de género desiguales en especial en el ejercicio de los DSR configuran contextos de alta vulnerabilidad al EA. Sin embargo, para esta información no se disponen generalmente indicadores de tipo cuantitativo, de forma que aquí se propone que dicha información sea recolectada a partir de la experiencia tanto de actores institucionales (Policía) y comunitarios (Consejo Local de Juventud, juntas de acción comunal, consejos comunitarios, etc.) mediante metodologías como la cartografía social que podrán realizarse durante la primera sesión de encuentro de la sala situacional. Respecto a los imaginarios sobre la identidad de género se sugiere que se puedan caracterizar una vez que en la Sala Situacional se haya priorizado los contextos o territorios vulnerables al EA, para poder indagar esto en los mismos. Estas técnicas las veremos en el numeral 1.1.1.2 correspondiente al segundo momento de la sala situacional.

Además de las variables e indicadores propuestos sobre los determinantes del EA, esta información puede ser contrastada con la respuesta institucional o social que se ha venido realizando en los contextos/territorios a fin de poder establecer las brechas entre las necesidades y la respuesta; es decir, ¿qué tanto la oferta responde a la necesidad real? [54]. Para tal fin se propone recoger la información de cada sector para que pueda ser analizada en el segundo paso de esta metodología.

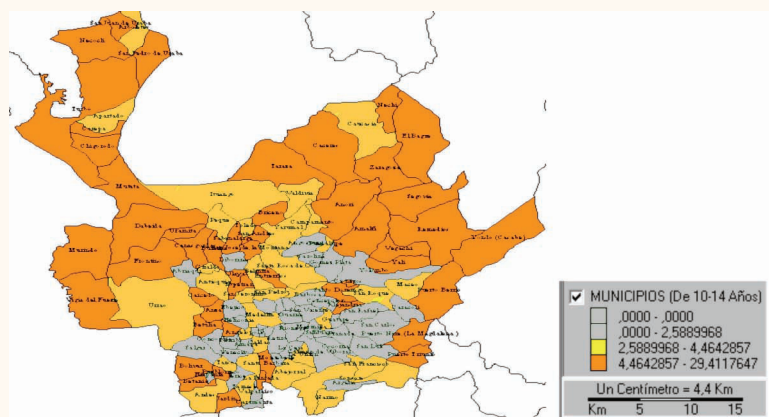
**2. Procesamiento de la información** para calcular las cifras promedio del ET y desagregada por AGS de acuerdo a la definición de cada uno de los indicadores contemplados en el Cuadro 1. Para generar esta información primero se debe asegurar que la información está completa, y generar las estadísticas utilizando Excel, especialmente con la opción de tablas dinámicas o software de análisis epidemiológico básico como *Epiinfo* de acceso gratuito (<http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/html/downloads.htm>).

Una vez generados los indicadores, con esta información se pueden construir gráficos comparativos (por ejemplo de tipo barras) entre la situación del AGS, con la del municipio, departamento y a nivel nacional en tanto sea posible y georeferenciar —ubicar geográficamente— dicha información.

La georeferenciación se puede hacer de dos formas si se cuenta o no con el software de análisis geoespacial:

1. Si se dispone de éste, se requiere que las bases de datos de información incluyan la variable de dirección o de identificación del AGS, requisito indispensable para poder georeferenciarla. Esta se puede levantar georeferenciando a cada uno de los hogares o las medidas relativas (Por ejemplo: proporciones, tasas, etc.) de una AGS determinada que permita visualizar gráficamente en donde están concentrados principalmente los determinantes del EA analizados. En la Figura 1 se muestra un ejemplo de la georeferenciación de una medida agregada.

**Figura 2.** Distribución de la tasa específica de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 años por municipio en el departamento de Antioquia.



**Cuadro 1. Variables propuestas para la Sala Situacional de Embarazo Adolescente**

Determinante	Variable	Indicador	Definición	Fuente de información	Responsable
Intermedios	Hogares en pobreza	% de Hogares con nivel de SISBEN 1 y 2	# Hogares con puntaje de SISBEN que los clasifica como nivel 1 y 2 / Total de hogares encuestados SISBEN por AGS x 100	Encuesta SISBEN III	Secretaria de Planeación de la Alcaldía
	Hogares con baja escolaridad de los perceptores de ingresos	% de Hogares cuyos perceptores de ingresos solo cuentan con el nivel educativo de primaria	# de Hogares cuyos perceptores de ingresos solo cuentan con el nivel educativo de primaria/ Total de hogares encuestados SISBEN (Redjuntos) por AGS x 100		
	Hogares con bajos ingresos	% de Hogares cuyo ingreso mensual no supera el salario mínimo legal mensual	# de Hogares cuyo ingreso mensual no supera el salario mínimo legal mensual/ Total de hogares encuestados SISBEN (Redjuntos) por AGS x 100		
	Hogares con inseguridad alimentaria	% de Hogares que dejaron de consumir alimentos por falta de dinero	# de Hogares que dejaron de consumir alimentos por falta de dinero/ Total de hogares encuestados Redjuntos por AGS x 100	Infojuntos	
	Hogares en situación de desplazamiento por violencia	% de Hogares desplazados por la violencia inscritos en RUPD	# de Hogares desplazados por la violencia inscritos en RUPD/ Total de hogares encuestados Redjuntos (inscritos en el RUPD) por AGS x 100	RUPD	
	Disponibilidad de SSAAJ		# de centros de atención en salud con SSAAJ en cualquier modalidad (consulta diferenciada, centro o unidad amigable)		Secretaria o Dirección local de salud
	Cobertura de PESCC en las instituciones educativas	% de instituciones educativas que implementan el PESCC			Secretaria de educación o desarrollo social

Determinante	Variable	Indicador	Definición	Fuente de información	Responsable
Social próximo	Hogares con ausencia de red de apoyo	% de los hogares que no cuentan con red de apoyo	# de hogares que no cuentan con red de apoyo familiar, comunitario o social/ Total de hogares encuestados Redjuntos por AGS x 100	Infojuntos	Secretaría de Planeación de la Alcaldía
Próximos familiares estructura familiar	Hogares con Jefatura femenina	% de Hogares con jefatura femenina	# de hogares con jefatura femenina/ Total de hogares encuestados SISBEN (Redjuntos) por AGS x 100	Encuesta SISBEN III o Infojuntos	
	Hogares con padres separados *	% de Hogares en los cuales el padre o la madre tienen estado civil separado o divorciado	# de Hogares en los cuales el padre o la madre tienen estado civil separado o divorciado/ Total de hogares encuestados SISBEN por AGS x 100	Encuesta SISBEN III o infojuntos	
	Hogares en los que NNA no viven con ninguno de los padres	% de Hogares en los que NNA no viven con ninguno de los padres	# Hogares en los que NNA no viven con ninguno de los padres/ Total de hogares encuestados SISBEN (Redjuntos) por AGS x 100		
Individuales	Hogares con vivencia de situaciones de violencia intrafamiliar*	% de Hogares en los cuales se han vivido situaciones de violencia intrafamiliar de cualquier tipo	# de hogares con señales de riesgo bajas o altas para violencia intrafamiliar/ Total de hogares encuestados Redjuntos (Registros de casos denunciados) por AGS x 100	Infojuntos	Secretaría de Planeación de la Alcaldía
	Prevalencia de abuso sexual	% de NNA que han sido víctimas de abuso sexual	# de casos de NNA que han sido víctimas de abuso sexual/ Total de casos de abuso sexual de NNA denunciados por AGS x 100	Infojuntos	ICBF
	Prevalencia de deserción escolar de NNA	% de NNA que han abandonado la escuela	# de NNA que han abandonado la escuela/ Total de NNA encuestados SISBEN (Redjuntos, registro de abandono escolar) por AGS x 100		Secretaría de Planeación de la Alcaldía, Secretaría de educación o desarrollo social

Determinante	Variable	Indicador	Definición	Fuente de información	Responsable
Individuales	Prevalencia de NNA escolarizados que trabajan	% de NNA escolarizados que trabajan	# de NNA escolarizados que trabajan/ Total de NNA encuestados por SISBEN (Redjuntos) por AGS x 100	Encuesta SISBEN III o Infojuntos	Secretaría de Planeación de la Alcaldía
	Unión Temprana entre adolescentes	% de adolescentes con unión temprana	# de adolescentes con unión temprana formal o informal/ Total de adolescentes encuestadas SISBEN (Redjuntos)		Secretaría de Planeación de la Alcaldía, Secretaría o Dirección local de salud
	Prevalencia de EA*	% de adolescentes alguna vez embarazadas	# de adolescentes de 10 a 19 años alguna vez embarazadas/ Total de adolescentes encuestadas SISBEN (Redjuntos, Registros de APS) por AGS		Secretaría o Dirección local de salud
	Prevalencia de IRS de inicio temprano*	% de adolescentes con IRS temprano	# de adolescentes con IRS antes de los 17 años/ Total de adolescentes encuestadas por equipos de APS	Registros de APS	
	Prevalencia de uso de AC modernos*	% de adolescentes de sexualmente activos con uso de AC modernos	# adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activos con uso de cualquier método de AC moderno/ Total de adolescentes encuestadas por equipos de APS (atendidas en el centro de salud)	Estadísticas vitales- Certificados de nacimiento	
	Prevalencia de consumo de drogas y alcohol	% de adolescentes que consumen drogas y alcohol	# de adolescentes que consumen cualquier tipo de droga y alcohol/ Total de adolescentes encuestadas por equipos de APS (Red Juntos)	Registros APS, Infojuntos	Secretaría de Planeación de la Alcaldía y Secretaría o Dirección local de salud



En caso de no disponer de éste, los indicadores o los casos (si no son muchos) pueden ser georeferenciados de forma manual utilizando mapas de la ET con un acetato transparente sobre estos que permitan fácilmente la ubicación de convenciones para visualizar la distribución de los determinantes analizados. Así por ejemplo, podrían utilizarse adhesivos de colores, cada uno a ser utilizado de acuerdo a un rango de proporción o de tasa o cada cierto número de casos de forma que un color específico o una cantidad de ellos permitiera saber en dónde hay mayor concentración de la variable analizada.

En ambos casos para permitir la visualización adecuada de la información georeferenciada deberán generarse mapas preferentemente por cada variable analizada y de un tamaño al menos de un pliego. Cada uno de los mapas debe llevar título, indicar el significado de las convenciones, la fuente de los datos y en sus lados los gráficos que comparen las cifras de cada AGS con el promedio del indicador para la ET o la tendencia en el tiempo.

### **2.1.1.2 Unidad de análisis sobre EA y priorización de contextos: Sala de Trabajo**

Este segundo momento es denominado la sala de trabajo de la Sala Situacional[56], su propósito es, a partir del análisis y la discusión al interior del escenario(s) intersectorial(es) del ET, priorizar los contextos o territorios de mayor vulnerabilidad al EA y definir la estrategia de aproximación y de profundización para la comprensión de algunos determinantes en el territorio para proponer alternativas de intervención contando con la participación de la población con el fin de lograr un mejor impacto.

Una vez se ha procesado y georeferenciado la información, se debe definir un comité o grupo de funcionarios encargados de preparar un análisis de la situación del EA, sus determinantes, la respuesta institucional y social que permita establecer la brecha entre la necesidad y la respuesta. Este equipo debe encargarse además de instalar en un espacio físico la información georeferenciada para ser presentada a los participantes de la Sala Situacional y que sirva de insumo para su discusión.

La Sala Situacional puede incluir como participantes, además de los funcionarios y tomadores de decisión (Gerentes, Directores, Coordinadores) de los diferentes sectores con interés en el tema de EA —que hacen parte seguramente del espacio

intersectorial— a organizaciones sociales, comunitarias (Consejo Local de Juventud, representantes de juntas de acción comunal o consejos comunitarios, etc.) y a jóvenes.

Para la realización de la unidad de análisis en la sala situacional, que podrá ser desarrollada en uno o en dos encuentros, se proponen los siguientes pasos:

- 1. Presentación de los asistentes y el objetivo de la unidad de análisis.**
- 2. Presentación de la situación del EA, los determinantes, la respuesta institucional y social y las brechas existentes con explicación previa de cada uno de estos conceptos. Esta presentación debe utilizar la información georeferenciada y generar un espacio para discusión de los participantes.**
- 3. Levantamiento de cartografía social para identificación de factores o situaciones adicionales relacionadas con el EA en el ET**

**La cartografía social es una metodología que permite el reconocimiento de las dinámicas sociales y características del territorio, entendiendo por este más que un espacio geográfico, el lugar en el que se construyen y reproducen las relaciones sociales. Se constituye en un insumo para los procesos de planeación que buscan contar con la participación de quienes viven en el territorio. En el caso del EA, interesa que en esta participe también la población adolescente.**

Por lo anterior, esta metodología puede ser utilizada tanto para fortalecer la caracterización del territorio y su población, a fin de priorizar los contextos de mayor vulnerabilidad al EA durante la unidad de análisis de la sala situacional, como para hacer la aproximación a los territorios priorizados para ajustar o diseñar de forma participativa las intervenciones, con una lógica más de investigación-acción-participación. Para el desarrollo de la cartografía social se proponen a su los siguientes pasos:

- 3.1 Presentación de la metodología y su objetivo** con el cual se busca que los participantes identifiquen en la perspectiva territorial los determinantes o factores del EA en la ET adicionales a los analizados en el primer momento de la unidad de análisis.
- 3.2 Trabajo por grupos para georeferenciación** de determinantes adicionales en mapas cartográficos o calcados en los que se puedan identificar

algunos referentes básicos de ubicación, y sobre los cuales se ubicarán las convenciones para los determinantes o factores adicionales que explican el EA en el ET planteados por cada grupo de trabajo. Se sugiere orientar el trabajo con las siguientes preguntas según el ejercicio busque profundizar el análisis de determinantes o cuando esta vaya a ser la única fuente de información (Cuadro 2). En la Figura 3 se muestra un ejemplo de un mapa de cartografía social.

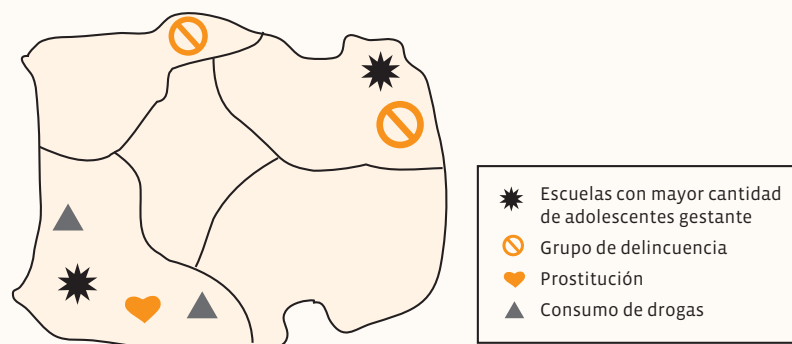
**Cuadro 2. Preguntas orientadoras para la cartografía social sobre EA, según su objetivo**

Profundizar determinantes	Única fuente de información
<p>1. Además de los determinantes y factores expuestos anteriormente, existen otros factores o situaciones que explican el EA en el ET? (Por ejemplo: contextos de alta criminalidad, deficiencia en la oferta para el uso de tiempo libre por parte de los adolescentes). Lístelos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1 ¿Cuáles son los tres principales factores de tipo cultural o socioeconómico del municipio que influyen en el EA?</li> <li>• 1.2 ¿Cuáles son los tres principales factores relacionados con la familia o el entorno social próximo que influyen en el EA en el municipio?</li> <li>• 1.3 ¿Cuáles son los tres principales factores relacionados con los adolescentes que influyen en el EA en el municipio?</li> <li>• 1.4 ¿Cómo se relacionan esos factores para favorecer el EA?</li> </ul>
<p>2. ¿Estos factores o situaciones suceden especialmente en algún barrio, vereda, localidad, comuna municipio del ET? Localícelos determinando previamente una convención para cada una de los factores o situaciones.</p>	

### 3.3. Socialización del trabajo de cada grupo en plenaria

Conclusiones por parte del facilitador(es)

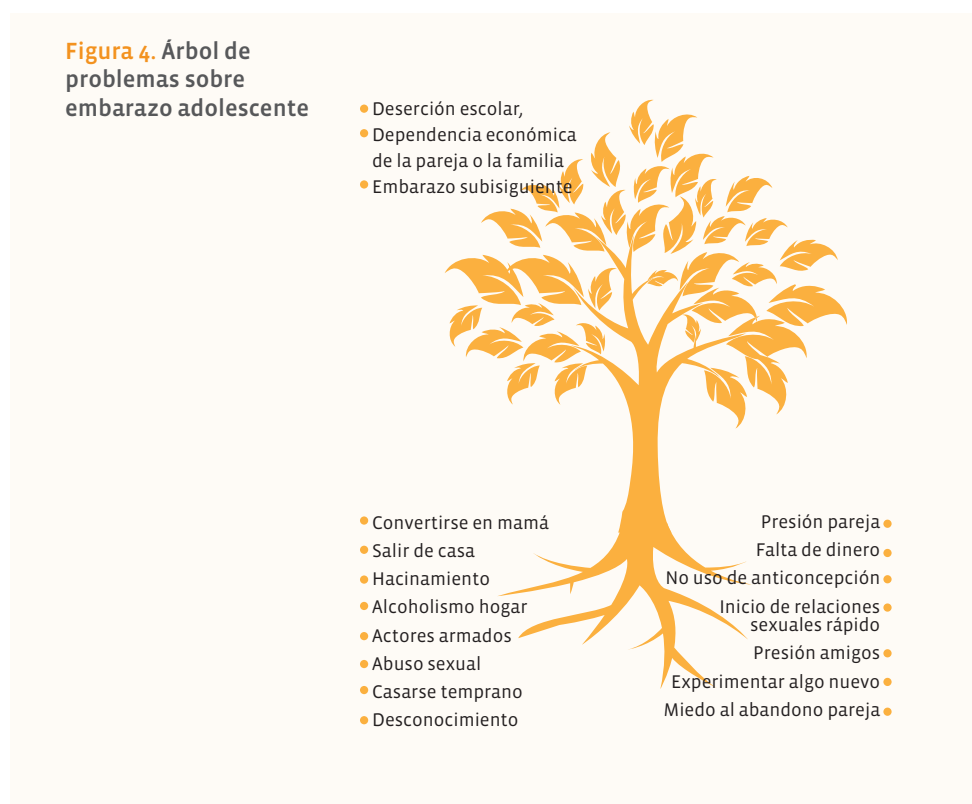
**Figura 3. Mapa de cartografía social sobre embarazo adolescente**



#### 4. Análisis de determinantes

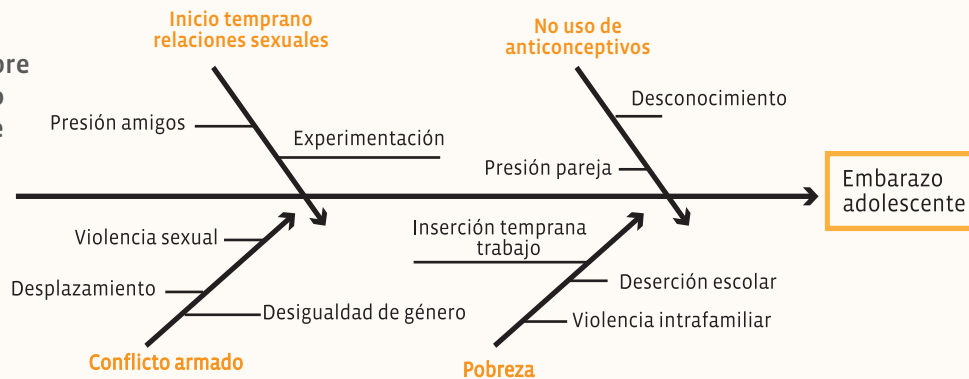
Una vez identificados los determinantes del EA en el municipio, se sugiere que en un trabajo por subgrupos, utilizando alguna de las siguientes técnicas, se analicen las relaciones entre determinantes y la jerarquía entre éstos, que permita identificar cuáles son aquellos prioritarios de intervención:

**Árbol de problemas:** los participantes ubican el problema del EA en el centro del árbol y se utilizan las raíces del árbol para ir señalando los determinantes y factores que influyen sobre esta problemática desde lo particular hacia lo general buscando la relación entre cada uno de estos y se utilizan las ramas para señalar las consecuencias del problema. Idealmente se puede hacer un árbol de problemas por cada una de los determinantes principales identificados (Figura 4).



**Espina de pescado:** se utiliza un diagrama de pescado en el cual en la espina central se ubica el problema a analizar; en las espinas secundarias se ubican las categorías o causas que lo explican y en cada una de las espinas pequeñas las que explican a su vez cada una de estas categorías. (Figura 5).

**Figura 3.**  
Espina de pescado sobre el embarazo adolescente



**Por qué, por qué:** con esta técnica frente al problema del EA se va preguntando a los participantes desde los determinantes próximos hasta los distales. Por ejemplo en la Figura 4 se identificó en inicio temprano de relaciones sexuales hasta llegar al determinante de alta carga laboral de los padres.

**Figura 4. Por qué, por qué del embarazo adolescente**



### 5. Priorización de contextos/territorios de mayor vulnerabilidad al EA en el ET

La identificación y posterior priorización de los contextos y/o territorios del ET con mayor vulnerabilidad al EA, se propone realizarla por grupos de trabajo mediante consenso al interior, y luego entre los grupos teniendo en cuenta los siguientes criterios, puntaje máximo y la matriz para la calificación de los criterios (Cuadro 3):

- a. Magnitud del EA (mayor % de adolescentes alguna vez en embarazo, embarazadas). 3 puntos

- b. Vulnerabilidad dada por la mayor concentración y magnitud de los determinantes y brechas entre necesidades y respuestas relacionadas con el EA. 4 puntos
- c. Factibilidad de intervenir los determinantes en función de las siguientes dimensiones: económica referida a la disponibilidad de recursos y la aceptabilidad social para realizar las posibles intervenciones. 3 puntos

**Cuadro 3. Matriz para la priorización de contextos de mayor vulnerabilidad al EA**

	Puntuación (Puntaje Máximo por territorio 10 puntos)			
Territorio de la ET	Magnitud (3 puntos; 10 baja, 2 media, 3 alta)	Concentración de determinantes y brechas (4 puntos; 1=Poco, 2=Media; 3=Alta; 4 =Muy alta)	Factibilidad (3 puntos; 1=Poca; 2=Media y 3=alta)	Total

### A manera de ejemplo ...

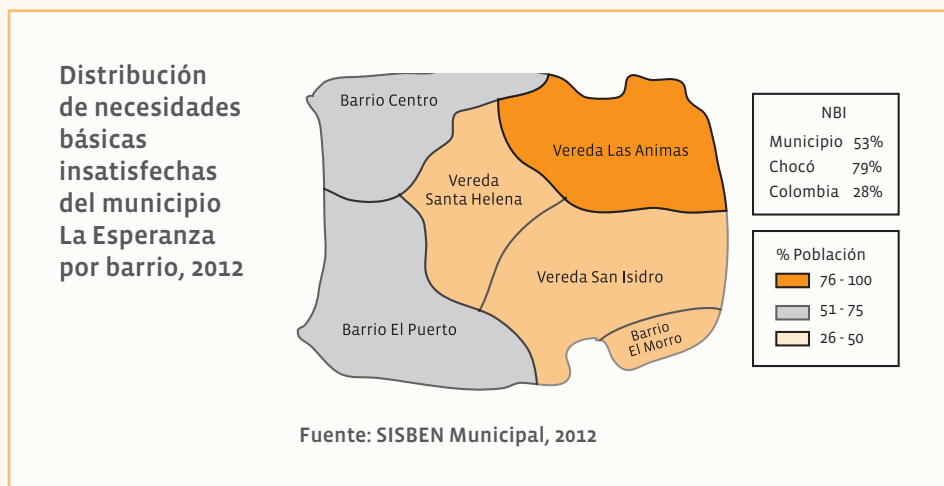
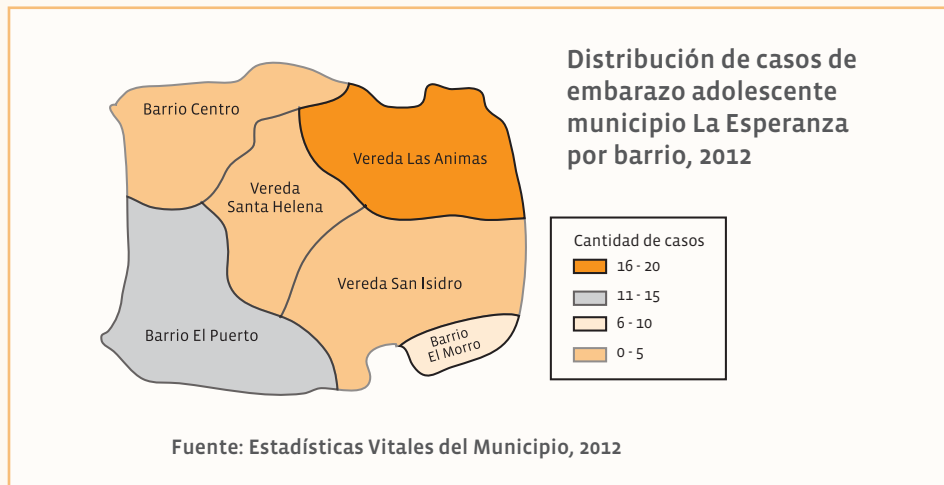
El municipio de La Esperanza está ubicado en algún Departamento del país. El municipio cuenta con una población de 24.824 habitantes de los cuales 25% corresponde a población adolescente entre 10 a 19 años. El municipio está dividido en tres veredas (Santa Helena, San Isidro y Las Ánimas) y la cabecera municipal que cuenta con tres barrios. El embarazo en adolescentes en el municipio ha aumentado en los últimos diez años pasando de una tasa de fecundidad en este grupo de edad de 75 a 90 x 1000, constituyéndose en una problemática que preocupa al Comité de Infancia y adolescencia y al Alcalde del municipio, quienes deciden realizar una Sala Situacional sobre la problemática que les ayude a orientar las acciones a realizar.

Aunque el municipio no cuenta con un sistema de georeferenciación, se dio a la tarea con la información disponible de realizar una Sala Situacional en el salón de reuniones de la alcaldía. A continuación la información que recolectaron sobre los indicadores propuestos y algunos ejemplos de los mapas georeferenciados que elaboraron:



**Indicadores relacionados con el embarazo adolescente del municipio  
La Esperanza por barrio, 2012**

<b>Variable</b>	<b>Vda Sta Helena</b>	<b>Vda San Isidro</b>	<b>Vda Las Ánimas</b>	<b>Barrio centro</b>	<b>Barrio El Morro</b>	<b>Barrio El Puerto</b>
Hogares en pobreza	30%	45%	80%	55%	45%	65%
Hogares con Jefatura femenina	40%	38%	20%	31%	30%	55%
Hogares con padres separados	10%	23%	45%	10%	20%	30%
Hogares en los que NNA no viven con ninguno de los padres	7%	5%	11%	2%	5%	10%
Hogares con baja escolaridad de los perceptores de ingresos	17%	15%	80%	25%	30%	75%
Hogares con bajos ingresos	25%	30%	78%	20%	50%	70%
Hogares con inseguridad alimentaria	4%	5%	65%	10%	30%	50%
Hogares en situación de desplazamiento por violencia	10	15	30	0	5	90
Hogares con vivencia de situaciones de violencia intrafamiliar	65	15	60	10	20	45
Prevalencia de abuso sexual	13	3	15	1	2	20
Prevalencia de deserción escolar de NNA	5	5	30	10	15	50
Prevalencia de NNA escolarizados que trabajan	4	0	25	7	4	25
Unión Temprana entre adolescentes	10%	10%	50%	18%	15%	60%
Prevalencia de EA	5	3	20	4	8	15



La unidad de análisis del EA en el municipio fue realizada por parte del Comité de Infancia y Adolescencia con la participación de los consejos comunitarios de las veredas y los barrios, así como de algunos jóvenes del consejo municipal de juventud y de algunos grupos juveniles. En esta unidad se realizó el siguiente análisis de determinantes utilizando la técnica de *por qué por qué*, que les permitió identificar cuáles son las principales prioridades de intervención:



En la priorización de los contextos/ territorios con mayor vulnerabilidad a la problemática del EA, se consideró que aquellos con mayor magnitud y concentración de determinantes asociados al EA fueron como lo muestra el siguiente cuadro en su orden de importancia: el barrio El Puerto y la Vereda Las Ánimas. Esta última pese a tener mayor magnitud de la problemática, mayores concentración de determinantes y haber tenido poca intervención social, se afecta la factibilidad de intervención dado que es un área rural del municipio con problemas importantes de conflicto armado en el cual no está permitida la entrada a las instituciones estatales. Sin embargo, fue de los contextos considerados prioritarios para intervención.

Territorio de la ET	Puntuación (Puntaje Máximo por territorio 10 puntos)			
	Magnitud (3 puntos)	Concentración de determinantes y brechas (4 puntos)	Factibilidad (3 puntos)	Total
Vereda Santa Helena	1	2	3	6
Vereda San Isidro	1	1	2	4
Vereda Las Ánimas	3	4	2	9
Barrio Centro	1	1	2	4
Barrio El Morro	2	1	2	5
Barrio El Puerto	3	4	3	10

## 6. Definición de la estrategia de aproximación y profundización de determinantes en el territorio.

Una vez se tengan los contextos o territorios priorizados, se propone que la definición de las estrategias y alternativas de intervención incluyan como una fase inicial la aproximación al territorio y su población que permita profundizar más en la comprensión de los determinantes y dinámicas sociales, especialmente en aquellas relacionadas con las proyecciones a futuro de los adolescentes y de los imaginarios sobre la identidad de género, los DSR, la maternidad y la paternidad a fin de poder definir a partir de éstos algunos aspectos estratégicos en el diseño de las intervenciones propuestas para cada contexto. Se busca que en la Sala Situacional se pueda comenzar a delinear cuáles serían las estrategias con las cuales se haría la aproximación a los territorios priorizados.

Algunas técnicas de tipo cualitativo que pueden ser útiles para la comprensión de estos contextos son: Grupo de discusión, Grupo focal, Observación participante, Historia de vida y Cartografía social. Estas técnicas deben ser facilitadas por profesionales de las ciencias sociales y humanas o por personas con experiencia. Es muy importante que en su desarrollo no se hagan prejuicios sobre los imaginarios de los demás, que no se indague en detalles que puedan revictimizar a las personas, sino que se indague sobre el significado de las situaciones exploradas. A continuación una breve referencia sobre cada una de estas:

a. **Grupo de discusión y grupo focal:** son métodos que buscan captar los sentidos y significados a partir de la conversación sobre un tema en específico entre cinco y diez participantes del mismo contexto social que les posibilite tener un discurso más o menos homogéneo. Es guiado por un moderador y dura aproximadamente una hora. El grupo de discusión es similar al grupo focal, pero en este último el papel del moderador es mucho más activo en direccionar la discusión y en cambio en el grupo de discusión se busca que este tenga un papel más invisible y que la discusión misma vaya aflorando los sentidos y significados en los que se quiere profundizar. En el grupo focal además del moderador se deben tener observadores del grupo que se concentran en el lenguaje no verbal de los participantes durante la discusión [57,58].

Para la selección de los participantes de los grupos en el caso del EA se propone incluir adolescentes o jóvenes tanto mujeres y hombres que hayan tenido la experiencia de EA o que hayan iniciado relaciones sexuales, docentes de las escuelas y al personal de los centros de salud. Teniendo en cuenta que en el grupo se busca que los participantes no se sientan cohibidos en expresar sus ideas [57]. La conformación de los grupos debe hacerse por ejemplo, sin mezclar adolescentes con adultos, ni hombres con mujeres, y probablemente o entre jóvenes que hayan IRS, con otros que no lo han hecho.

**b. Observación participante:** es un método de la etnografía<sup>e</sup> que utiliza la observación reflexiva, crítica y sistematizada de contextos y situaciones por parte de un observador externo al mismo pero que se integra en este para la comprensión de los fenómenos sociales. Cuando el observador solamente hace visitas ocasionales al contexto se considera como observación no participante. Busca principalmente conocer los significados y sentidos que otorgan los sujetos a sus acciones y prácticas a través de observar el modo de vida de una comunidad y no solamente desde lo discursivo que es el énfasis del resto de métodos [57]. En este método es clave la selección de los escenarios o contextos a observar, para el EA por ejemplo podría ser clave los escenarios de interacción de los adolescentes como por ejemplo la calle, el “parche”, las rumbas, etc.

**c. Historia de vida:** es un método que a partir de aproximarse a la experiencia biográfica individual indagada a través de varios encuentros a manera de entrevista busca captar los “modos o maneras que un individuo construye y da sentido a su vida en un momento determinado y en lo que dice esa vida sobre lo social, la comunidad o el grupo” con el fin de interpretar los fenómenos sociales que acompañan la vida del sujeto. Este método permite explorar las acciones y decisiones de los sujetos en contextos y tiempos específicos con el fin de comprender las relaciones sociales que llevan a tomar estas decisiones [57]. En el caso del EA es importante indagar sobre momentos como el IRS, el inicio de uso de AC, el primer embarazo, la unión con una pareja.

Para la exploración de las proyecciones de vida futuras de los adolescentes y los imaginarios sobre la identidad de género, el ejercicio de los DSR, la maternidad y paternidad a través de los métodos anteriores se proponen a continuación algunas preguntas orientadoras basadas en el estudio de Flórez (Cuadro 4). Es importante mencionar que cada uno de los participantes en estos métodos deben tener una caracterización básica relacionada con su edad, sexo, grado de escolaridad, actividad a la que se dedica, estado civil, conformación de su familia, edad de IRS, uso actual de métodos de AC; si alguna vez ha estado embarazada o su pareja y cantidad de hijos entre otros, si ha sido víctima de violencia de cualquier tipo.

<sup>e</sup> Es una rama de la Antropología social y cultural que utiliza como método de investigación la observación de las prácticas de los grupos humanos a fin de contrastar lo que la gente dice con lo que la gente hace.

**Cuadro 4. Preguntas orientadoras para la realización de grupos de discusión, grupos focales y observación participante**

Concepto o categoría a profundizar	Preguntas orientadoras
<b>Identidad de género</b>	¿Qué significa ser mujer (hombre) para ustedes? ¿Dónde aprendieron ese significado? ¿Cuál es el trato que se le da a la mujer (hombre) en su familia, en su colegio, en su barrio (vereda)? ¿Qué esperan de las mujeres (hombres) en estos contextos? ¿Cómo se sienten siendo mujer (hombre)? ¿Qué ventajas y desventajas tiene ser mujer (hombre)? ¿Qué es lo mejor y lo peor de ser mujer (hombre)?
<b>Planes a futuro y oportunidades para el uso de tiempo libre</b>	¿Cuáles creen que son las expectativas que tienen los adolescentes y jóvenes como ustedes para cuando sean adultos?, ¿Qué creen que les gustaría a los padres/madres para sus hijos/as? ¿Creen que los adolescentes y jóvenes como ustedes tienen posibilidades para llevar a cabo esas expectativas? ¿Por qué si o por qué no?
<b>Inicio de relaciones sexuales</b>	¿Qué piensan sobre las relaciones sexuales antes de casarse? ¿Cuál es el mejor momento para comenzar a tener relaciones sexuales? ¿Qué piensan sobre esto sus familias? ¿Qué piensan sus amigos?, ¿Cómo puede una persona saber que ya está lista para tener relaciones sexuales? ¿Quién y cómo de toma la decisión de iniciar las relaciones sexuales?
<b>Uso de AC</b>	¿Conocen de la existencia de métodos de AC y protección? ¿Cuáles conocen? ¿Cómo se usan y desde qué momento deben usarse? ¿Cómo han obtenido la información sobre estos?, ¿Qué opinan sobre el uso de AC? ¿Cómo y quién toma la decisión de usar AC?, ¿Qué piensan sobre esto sus familias? ¿Qué piensan sus amigos? ¿Por qué creen que los adolescentes no usan métodos de AC y protección?
<b>Unión estable o matrimonio</b>	¿Qué piensan y sienten sobre la unión estable (o el matrimonio)? ¿Qué cosas se ganan con la unión estable o el matrimonio? ¿Qué cosas se pierden? ¿Qué significado tiene para ustedes la familia? ¿Qué es lo más importante en una familia? ¿Qué es lo más difícil?
<b>Embarazo, maternidad y paternidad</b>	¿Qué piensan sobre el embarazo en adolescentes como ustedes? ¿Qué piensa sobre esto sus familias? ¿Qué piensan sus amigos?, ¿Qué significa para ustedes la maternidad (paternidad) o el hecho de ser madre (padre)? ¿Cuál es el mejor momento de la vida para tener los hijos?, ¿Quién y cómo se toma la decisión sobre tener hijos?
<b>Educación para la sexualidad</b>	¿Qué piensan sobre la educación sexual que han recibido en sus familias? ¿Cuál es su opinión sobre los cursos o programas de educación sexual que han recibido en el colegio o en otros lugares?, ¿Creen que es importante que jóvenes como ustedes reciban educación sexual?, ¿Cómo creen que debe ser la educación sexual que reciben los adolescentes y jóvenes como ustedes?, ¿Cómo se abordan estos temas en su grupo de amigos, en su barrio, en su ciudad? ¿Cuáles son sus principales fuentes de información al respecto?

Tomado de: Flórez C et al. (2004). Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Documento CEDE No 31. Bogotá, D.C., Universidad de los Andes.



## Para las historias de vida

**Cuéntame sobre el momento en que comenzaste a tener relaciones sexuales.**

**De acuerdo a lo que se relate se puede complementar con las siguientes**

**preguntas:** ¿Cómo decidiste tener tu primera relación sexual?, ¿Qué pensaba sobre esto tu familia?, ¿Qué cambios ocurrieron en su forma de ser, pensar, sentir o actuar después de su primera relación sexual?, ¿Usaron algún método de AC y/o protección?, ¿Cuál método usaron? ¿Cómo decidieron con la pareja usar o no alguno de estos?, ¿Alguna vez decidieron suspender su uso?, ¿Cómo tomaron esa decisión?, En caso de tener más compañeros sexuales ¿Cómo decidieron sobre las relaciones sexuales y sobre el uso de AC y protección?

**Cuéntame sobre el momento en que te casaste o te fuiste a vivir con tu pareja.**

**De acuerdo a lo que se relate se puede complementar con las siguientes**

**preguntas:** ¿Cuáles eran sus planes para futuro antes de casarse o unirse?, ¿Cuáles fueron las razones que más pesaron para tomar la decisión de casarse o unirse?, ¿Cuáles razones lo hacían dudar?, ¿Qué pensaba sobre esto tu familia?, ¿Qué proyectos o planes se fijaron como pareja?, ¿Qué lugar ocupan los hijos en este proyecto?, ¿Desde que se unieron usaron AC?, ¿Cuál método usaron?, ¿Cómo decidieron usar AC?

**Cuéntame sobre el momento en que quedaste embarazada siendo adolescente. De acuerdo a lo que se relate se puede complementar con**

**las siguientes preguntas:** ¿Cómo era la vida antes de quedar en embarazo?, ¿Cuáles eran sus planes para futuro antes de quedar en embarazo?, ¿Habías planeado quedar embarazada?, ¿Conversaste con tu pareja sobre un posible o futuro embarazo? ¿Lo planeaste con él?, Cuando confirmaste tu embarazo: ¿Conversaste con tu pareja sobre este tema?, ¿Cómo reaccionó la pareja?, ¿Qué alternativas contemplaron para enfrentar el embarazo?, ¿pensaste alguna vez en interrumpirlo?, ¿Qué razones tuviste para tener tu hijo? (o para abortar?) ¿Cómo viviste el proceso de tomar la decisión?, ¿Cómo reaccionó tu familia?, ¿Cómo reaccionaron tus amigos?, ¿En qué aspectos cambió tu vida?

**En caso de entrevistados que nunca han quedado en embarazo se debe preguntar** ¿Qué crees que sucedería si quedaras embarazada (o dejarás a alguien embarazada)? De acuerdo a lo que se relate se puede complementar con las siguientes preguntas: ¿Cómo te sentiría en tal situación?, ¿A quiénes les contarías?, ¿Cómo crees que reaccionarían tus familiares? ¿Cómo crees que reaccionarían tus amigos?, ¿Cómo crees que cambiaría su vida? ¿Qué harían? ¿Por qué?, ¿Si tu pareja quedará en embarazo te casarías o te irías a vivir con él o con ella?

**La información de cualquiera de estos métodos debe ser en lo posible grabada, transcrita, analizada y presentada como recomendaciones sobre aspectos claves a trabajar durante el desarrollo de las intervenciones.**

La estrategia de Sala Situacional incluye generalmente un momento de sala de decisión, en el cual, a partir del análisis realizado se trabaja en la planeación de las estrategias frente a las situaciones analizadas [56]. Este momento requiere de la participación de los tomadores de decisiones idealmente en todo el análisis de las alternativas propuestas; sin embargo, si esto no es posible debe al menos darse en un momento final de decisión frente a estas. Dado el alcance de esta metodología para la identificación de los adolescentes en mayor riesgo de embarazo, este momento no se desarrolla en esta guía, pero se deja enunciado para dar claridad que la Sala Situacional no muere solamente con la realización del análisis de la situación que permita la priorización de contextos y/o territorios.

## 2.1.2 Diálogo intercultural

Como anteriormente habíamos mencionado en el caso de poblaciones étnicas se requiere que tanto la comprensión del EA como la definición de estrategias de intervención, sí se requieren, sean el resultado de un proceso de diálogo intercultural que permita comprender en el marco de su cosmovisión y cultura, los significados y prácticas en relación con el embarazo, el matrimonio o unión a temprana edad, la identidad de género, la sexualidad y la reproducción, el control natal, el sentido de la vida, etc., y a partir de este llegar a acuerdos sobre lo que habría que hacer.

El diálogo intercultural es “un proceso que abarca el intercambio abierto y respetuoso de opiniones entre personas y grupos con diferentes tradiciones y orígenes étnicos, culturales, religiosos y lingüísticos, en un espíritu de entendimiento y respeto mutuos” [59]. El diálogo intercultural parte de algunas premisas importantes:

- a. Reconocimiento positivo de la diversidad cultural que implica respeto a su cosmovisión y autonomía.
- b. Diálogo horizontal y enriquecedor entre las culturas el cual supone una relación de pares e iguales en la comunicación.

Para el desarrollo de un proceso de diálogo intercultural se proponen los siguientes pasos:

1. **Identificación de líderes y organizaciones sociales y comunitarias** con el fin de presentarles el objetivo del proceso, concertar el inicio del diálogo intercultural y las metodologías de trabajo.
2. **Realización de encuentros** utilizando como métodos el diálogo de saberes y técnicas como el conversatorio, la lluvia de ideas, el grupo de discusión y la observación participante que permitan compartir los significados y prácticas culturales entre quien facilita el diálogo que es generalmente externo a la comunidad y los participantes en el proceso. El diálogo puede ser guiado con las siguientes preguntas orientadoras:

**Cuadro 5. Preguntas orientadoras para la realización de diálogo intercultural**

Concepto o categoría a profundizar	Pregunta orientadora
<b>Identidad de género</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué significa ser mujer (hombre) en la comunidad?</li> <li>• ¿Cuáles son las etapas de la vida en una mujer y un hombre?</li> <li>• ¿Qué se espera que las mujeres (hombres) de la comunidad hagan en las diferentes etapas de su vida?</li> <li>• ¿Cómo se aprenden esos significados en la comunidad?</li> <li>• ¿Cómo se sienten siendo mujer (hombre)?</li> <li>• ¿Qué ventajas y desventajas tiene ser mujer (hombre)?</li> <li>• ¿Qué es lo mejor y lo peor de ser mujer (hombre)?</li> </ul>
<b>IRS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué piensan sobre las relaciones sexuales antes de casarse?</li> <li>• ¿Cómo puede una persona saber que ya está lista para tener relaciones sexuales?</li> </ul>
<b>Unión temprana o matrimonio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuándo está lista una pareja para unirse o casarse?</li> <li>• ¿Cómo se toma esa decisión?</li> <li>• ¿Cuáles son las principales razones para unirse o casarse?</li> </ul>
<b>Embarazo, maternidad y paternidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuándo una pareja está lista para tener hijos? ¿Cómo se toma la decisión sobre tener hijos?</li> <li>• ¿Qué piensan sobre embarazarse en la adolescencia? (si esto no es evidente de lo anteriormente indagado) ¿Cuáles son las ventajas y desventajas?</li> <li>• ¿Qué significado tiene ser madre (padre) en la comunidad?</li> </ul>
<b>Uso de AC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué debe hacer una pareja para no tener hijos?</li> <li>• ¿Cómo se decide en la pareja no tener hijos?</li> <li>• ¿Cuándo una pareja puede decidir no tener más hijos?</li> <li>• ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de utilizar métodos de AC modernos?</li> </ul>

3. **Análisis de los significados** y prácticas de las comunidades
4. **Validación con las comunidades** de los hallazgos encontrados en un lenguaje sencillo y presentación de estos en una perspectiva comparativa que permita identificar cuáles deberían ser los aspectos que deberían modificarse o fortalecerse.

## 2.2 Identificación de niños, niñas y adolescentes con condiciones o situaciones de riesgo de embarazo adolescente

La identificación de niños, niñas y adolescentes con condiciones o situaciones que los colocan en riesgo de EA es una tarea de todos y puede ser realizada ante el hallazgo de algunas señales de alerta relacionadas con las actitudes y comportamientos en el desempeño de las actividades cotidianas, en su manera de relacionarse con sus pares y con los adultos y algunos signos y síntomas que pueden hacer sospechar o evidenciar la vivencia de estas.

La búsqueda de estas condiciones y situaciones debe ser una tarea permanente de quienes trabajan o tienen contacto con NNA en los diferentes espacios de vida cotidiana de esta población, a fin de realizar las acciones pertinentes que permitan tener la certeza de que el NNA está vivenciando la condición o situación de riesgo, y una vez que se tenga esta, generar una respuesta o intervención integral oportuna dirigida al NNA y a su familia de acuerdo a la competencia sectorial o mediante la referencia o canalización a las rutas de atención pertinentes.

A continuación se presentan: 1. Los actores que pueden realizar la identificación de las situaciones y condiciones de mayor riesgo en cada uno de los espacios de vida cotidiana (Cuadro 6) y 2. Una guía de señales de alerta para cada una de las situaciones y condiciones de mayor riesgo, según la posibilidad de identificación que se puede hacer de estas en los diferentes espacios de vida cotidiana (Cuadro 7). Las señales de alerta resaltadas en negrilla se consideran señales suficientes sobre la condición o situación de riesgo.

**Cuadro 6. Actores que pueden identificar señales de alerta de riesgo de embarazo adolescente en los espacios de vida cotidiana**

Espacio de vida cotidiana	Actor que identifica señales de alerta	
<b>Familia</b>		Equipo Básico de Salud Gestor de la Red Juntos Integrantes de la familia
<b>Institucional</b>	Hogares sustitutos Hogares de paso y protección Centros Especializados de Atención de adolescentes (Responsabilidad Penal)	Madres sustitutas Tutores
<b>Espacios de esparcimiento</b>	Clubes infantiles y Juveniles, espacios deportivos y culturales	Tutores Entrenadores
<b>Grupos comunitarios</b>	Grupos FAMI Grupos Familias en Acción Grupos de Apoyo a los Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes Veedurías de jóvenes Grupos juveniles Consejo Local de Juventud Juntas de Acción Comunal Consejos comunitarios Otras organizaciones comunitarias	Madres FAMI Madres Líderes Familias en Acción Adolescentes y jóvenes Líderes comunitarios Comunidad en general
<b>Institución Educativa u otra instancia de formación</b>	Educación inicial (Por ejemplo: jardines, hogares comunitarios) Primaria, secundaria y media Formación tecnológica o técnica (p ej SENA) Universidades	Madres comunitarias Psicoorientadora Docente de educación primaria, secundaria, media y universitaria
<b>Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)</b>	Hospitales de primero, segundo y tercer nivel	Equipos básicos de salud Médico Enfermera Psicóloga Trabajadora social

\* Se considera un concepto amplio de familia que incluye aquellas que solo están conformadas por una persona, por una pareja con o sin hijos.



**Cuadro 7. Señales de alerta para la identificación de niños, niñas y adolescentes con condiciones o situaciones de riesgo de embarazo adolescente en los diferentes espacios de vida cotidiana**

Condición o situación de riesgo	Espacios de vida cotidiana					IPS
	Familia	Espacios de esparcimiento	Grupos de apoyo comunitarios	Institucional	Institución educativa	
<b>Adolescente con un primer embarazo con riesgo de un nuevo embarazo (subsiguiente)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con soporte económico o emocional débil o nulo por parte de la familia o del padre del bebé</li> <li>• Vive sola</li> <li>• Se siente triste, llora todo el tiempo o no siente gusto con nada de lo que hace.</li> <li>• El padre del bebé la maltrata física o emocionalmente (la golpea, la obliga a tener relaciones sexuales, la grita, no toma en cuenta su opinión, la hace sentir inferior por lo que piensa)</li> <li>• No volvió a la institución educativa dos meses antes o un mes después de tener el bebé</li> <li>• En unión libre o casada o no lo está pero es sexualmente activa, pero no usa algún método de planificación moderno (dispositivo intrauterino, inyecciones, píldoras o implantes)</li> </ul>					
<b>NNA con bajo desempeño o deserción escolar o riesgo de éstos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inasistencia repetida o abandono de la escuela</li> <li>• Poca o nula supervisión y apoyo de los padres sobre el desempeño escolar.</li> <li>• Dedicación exclusiva a actividades laborales, a ayudar en el trabajo a la familia o a labores en la casa.</li> <li>• Trabajan en la jornada alterna a la escolar</li> <li>• Reivindicación de los padres del trabajo infantil como pilar de la formación o para ayuda al sostenimiento familiar.</li> <li>• Percepción de la maternidad y/o paternidad como la posibilidad de su proyección en la vida</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de atención o interés en las actividades escolares</li> <li>• Dificultades en el aprendizaje</li> <li>• Reiterada recuperación de logros o repetencia.</li> <li>• Retraso académico de acuerdo a su edad.</li> <li>• Poca o nula supervisión y apoyo de los padres sobre el desempeño escolar</li> <li>• Inasistencia frecuente a la institución educativa por motivos diferentes de salud</li> <li>• Trabajan en la jornada alterna a la escolar.</li> <li>• Percepción de la maternidad y/o paternidad como la posibilidad de su proyección en la vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inasistencia repetida o abandono de la escuela.</li> <li>• Deficiencias en el desarrollo cognitivo de acuerdo a lo esperado para la edad.</li> <li>• Trabajan en la jornada alterna a la escolar.</li> <li>• Percepción de la maternidad y/o paternidad como la posibilidad de su proyección en la vida</li> </ul>

<p><b>NNA víctimas de violencia intrafamiliar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia de golpes, heridas, moretones no compatibles con relato de cómo sucedieron y en los niños no compatibles con la edad y el desarrollo del niño.</li> <li>Presenciamiento de agresión verbal o física contra el NNA.</li> <li>Niño descuidado en salud, higiene y presentación personal.</li> <li>Temor a los adultos, rechazo al padre u otros familiares o a las personas cuidadoras.</li> <li>Huida de la casa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesiones físicas o fracturas sugestivas, por ejemplo en cráneo, nalgas, espalda</li> <li>Quemaduras sugestivas de maltrato</li> <li>Lesiones cutáneas como equimosis, hematomas, laceraciones, cicatrices o mordiscos sugestivos de maltrato</li> <li><b>Lesiones traumáticas e incoherencia del relato con las lesiones, la edad y el nivel de desarrollo del niño.</b></li> <li>Lesiones traumáticas y relato por el niño o testigos de maltrato o historia que hace sospechar maltrato</li> <li><b>Relato de maltrato o comportamiento de los padres compatibles con este sin lesiones físicas.</b></li> <li>Acciones de protección, alimentación y educación del niño deficientes o ausentes.</li> <li><b>Niño descuidado en salud, higiene y presentación personal</b></li> <li>Temor a los adultos, rechazo al padre u otros familiares o a las personas cuidadoras.</li> </ul>	
	Falta de concentración		Falta de concentración Mal desempeño escolar

Espacios de vida cotidiana						
Condición o situación de riesgo	Familia	Espacios de esparcimiento	Grupos de apoyo comunitarios	Institucional	Institución educativa	IPS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidentes expresiones de actividad sexual inapropiadas para la edad (autoestimulación genital repetitiva y compulsiva; conversaciones sexuales con lenguaje de adulto; juegos sexuales con los pares; introducción de objetos en genitales, interés por preguntar sobre el cuerpo desnudo; juego con excrementos).</li> <li>Relato por el NNA o testigos de violencia sexual</li> <li>Tristeza, llanto, apatía, aislamiento, sentimiento de abandono, conductas autodestructivas como agresión física o subvaloración.</li> <li>Trastornos del sueño.</li> <li>Regresión en el lenguaje.</li> <li>Regresión del manejo de esfínteres (orina en la cama o durante el día).</li> <li>Temor a los adultos, rechazo al padre u otros familiares o a las personas cuidadoras.</li> <li>Adolescente menor de 14 años cuya pareja es mayor de edad</li> </ul>					
<b>NNA víctimas de violencia sexual</b>	Hacinamiento de la familia en la vivienda				Falta de concentración	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sangrado vaginal o anal traumático por violencia</li> <li>Signos de trauma genital con sospecha de manipulación o penetración.</li> <li>Hallazgo de semen en cualquier parte del cuerpo con historia de violencia sexual.</li> <li>Dolor o molestias en zona genital no explicados por causas comunes.</li> <li>Diagnóstico de infecciones de transmisión sexual.</li> </ul>
<b>NNA víctimas de explotación sexual (prostitución, pornografía infantil, esclavitud)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relato de los NNA o testigos</li> <li>Evidencia del ejercicio de la explotación sexual</li> <li>NNA con historia de reclutamiento forzado</li> <li>Aceptación de la familia de la explotación como medio para contribuir a los ingresos de la familia</li> <li>Adolescentes con uso o compra de objetos no acordes a su capacidad adquisitiva</li> </ul>					

<p><b>NNA con problemas en la dinámica familiar o sin familia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NNA con familias con padres separados, madre soltera, abandono o muerte de alguno o de ambos padres, reconstituidas a fin de valorar la comunicación y funcionalidad familiar.</li> <li>• NNA no conversan o tienen problemas de comunicación con sus padres o familiares sobre sus actividades y/o problemas.</li> <li>• Los padres se comunican con los hijos en términos autoritarios.</li> <li>• NNA cuyos padres les imponen límites excesivos o no les ponen ningún límite.</li> <li>• Huyeron de la casa</li> <li>• Viven en la calle</li> </ul>						
<p><b>NNA de contextos de mayor vulnerabilidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NNA en situación o condición de desplazamiento por la violencia</li> <li>• NNA con pertenencia a grupos criminales (grupos de sicariato, delincuencia común, pandillas)</li> <li>• NNA con historia delictiva</li> </ul>						
<p><b>Adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beben alcohol hasta la embriaguez</li> <li>• Robos en el hogar, la escuela y la calle</li> <li>• Participación en grupos consumidores de alcohol y/o drogas</li> <li>• No atiende ninguna norma y es indiferente a las responsabilidades personales y familiares</li> <li>• Tristeza, aislamiento, crisis de comportamiento, pérdida de apetito, rechazo al círculo de amigos y parientes.</li> </ul>						
<p><b>Adolescentes sin uso, o desconocimiento de anticoncepción</b></p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="892 1174 973 1716"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno familiar o comunitario favorables al consumo de estas sustancias (bares, juegos electrónicos, expendio de drogas)</li> </ul> </td> <td data-bbox="892 1008 973 1163"></td> <td data-bbox="892 710 973 997"> <p>Mal desempeño escolar</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="979 1174 1256 1716"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio de relaciones sexuales antes de los 17 años.</li> <li>• Casadas, unidas o sin unión sexualmente activas y no usan ninguno método moderno de anticoncepción.</li> <li>• Relaciones sexuales promiscuas con varias parejas sin uso de protección y anticoncepción.</li> <li>• Desconocimiento de métodos anticonceptivos modernos.</li> <li>• Mitos sobre el uso de anticoncepción, relacionados con la imposibilidad de quedar embarazada en las primeras relaciones sexuales, efectos secundarios etc.</li> <li>• Diferencia de más de seis años con la pareja.</li> <li>• Percepción de la maternidad y/o paternidad como la posibilidad de su proyección en la vida</li> <li>• Percepción de que la toma de decisiones sobre la anticoncepción solamente depende de la pareja.</li> </ul> </td> <td data-bbox="979 1008 1256 1163"></td> <td data-bbox="979 710 1256 997"></td> </tr> </tbody> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno familiar o comunitario favorables al consumo de estas sustancias (bares, juegos electrónicos, expendio de drogas)</li> </ul>		<p>Mal desempeño escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio de relaciones sexuales antes de los 17 años.</li> <li>• Casadas, unidas o sin unión sexualmente activas y no usan ninguno método moderno de anticoncepción.</li> <li>• Relaciones sexuales promiscuas con varias parejas sin uso de protección y anticoncepción.</li> <li>• Desconocimiento de métodos anticonceptivos modernos.</li> <li>• Mitos sobre el uso de anticoncepción, relacionados con la imposibilidad de quedar embarazada en las primeras relaciones sexuales, efectos secundarios etc.</li> <li>• Diferencia de más de seis años con la pareja.</li> <li>• Percepción de la maternidad y/o paternidad como la posibilidad de su proyección en la vida</li> <li>• Percepción de que la toma de decisiones sobre la anticoncepción solamente depende de la pareja.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno familiar o comunitario favorables al consumo de estas sustancias (bares, juegos electrónicos, expendio de drogas)</li> </ul>		<p>Mal desempeño escolar</p>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio de relaciones sexuales antes de los 17 años.</li> <li>• Casadas, unidas o sin unión sexualmente activas y no usan ninguno método moderno de anticoncepción.</li> <li>• Relaciones sexuales promiscuas con varias parejas sin uso de protección y anticoncepción.</li> <li>• Desconocimiento de métodos anticonceptivos modernos.</li> <li>• Mitos sobre el uso de anticoncepción, relacionados con la imposibilidad de quedar embarazada en las primeras relaciones sexuales, efectos secundarios etc.</li> <li>• Diferencia de más de seis años con la pareja.</li> <li>• Percepción de la maternidad y/o paternidad como la posibilidad de su proyección en la vida</li> <li>• Percepción de que la toma de decisiones sobre la anticoncepción solamente depende de la pareja.</li> </ul>							
<p>Sin asistencia al control de anticonceptivos temporales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono de método de anticoncepción por efectos secundarios</li> <li>• Sin asistencia al control de anticonceptivos temporales</li> </ul>						

Fuente: Presidencia de la República. Red de Protección Social para la Superación de la Pobreza Extrema Juntos. (2010) Guía del Observador. Serie Acompañamiento: Juntos en la Familia y en la Comunidad. Bogotá: Presidencia; Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud (2012). Libro Clínico de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Bogotá, D.C., OPS.

## Referencias

1. Profamilia. (2010) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Disponible en [http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=69&Itemid=70](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=70)
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Estimaciones de Fecundidad adolescente. 2012.
3. DANE (2013). Estadísticas vitales de nacimientos 2010.
4. Congreso de la República. (2006). Ley 1098 de 2006 “Por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia”.
5. Profamilia. (2011) Encuesta en Zonas Marginadas Salud Sexual y Reproductiva, desplazamiento forzado y pobreza. Bogotá, D.C.: Torreblanca.
6. Flórez, C. et al. (2004). “Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida”. Documento CEDE No 31. Bogotá, D.C.: Universidad de los Andes.
7. Consejo Nacional de Política Social y Departamento Nacional de Planeación (2012). Documento CONPES Social 147 de 2012 “Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años”. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=BSINpiuEDQo%3d&tabid=1473>
8. Goicolea, I. (2010). Adolescent pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: a rights and gender approach to adolescents sexual and reproductive health. *Global Health Action* 3: 5280.
9. Cuesta, C. (2001) “Tomarse el Amor en Serio: El Contexto del Embarazo en la Adolescencia en Colombia”. *Journal of Transcultural Nursing*, 12(3), July: 180-192.

10. Stern, C. (2004) “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México”. *Papeles de Población enero-marzo 039*: 129-158.
11. Nieto, J. et al. (2011) “Aproximación a los significados de paternidad, maternidad y embarazo adolescente en contextos de desplazamiento”. En: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Secretaria Distrital de Salud. Embarazo adolescente en Bogotá construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos. Bogotá, D.C.: Legis.
12. Flórez, C; Soto V. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Serie de estudios a profundidad ENDS 1990 – 2010. Bogotá, D.C.: Profamilia.
13. King, T. (2010) “It drives us to do it”: pregnant adolescents: identify drivers for sexual risk-taking. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 33: 82–100.
14. Ajijo, L. (2008). “Maternidad en la adolescencia en una comunidad de bajos ingresos: Experiencias a través de historia oral. *Rev Latino-am Enfermagem março-abril*; 16(2).
15. Schwartz, S. (2011). “Latina adolescents’ perceptions of their male partners’ influences on childbearing: findings from a qualitative study in California”. *Culture, Health & Sexuality* 13: 8, September: 873–886.
16. Baeza, B et al (2005). “Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas”. *Rev SOGIA 2005*; 12(2): 41-48.
17. Organización Mundial de la Salud. (2004). Adolescent Pregnancy Issues in Adolescent Health and Development. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
18. Imamura, M. et al. (2007) Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 17(6): 630–636.
19. Pantelides, E. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Disponible en: <http://eclacpos.org/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>20. Harden, A. et al (2009). Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ*; 339: b4254.

21. Ministerio de Educación Nacional (2011). Encuesta de Deserción Escolar Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/w3-article-293674.html>
22. Pilgrim, N; Blum, R. (2012). "Protective and Risk Factors Associated with Adolescent Sexual and Reproductive Health in the English-speaking Caribbean: A Literature Review". *Journal of Adolescent Health* 50: 5-23.
23. Noll, J. et al. (2009) "Childhood Sexual Abuse and Adolescent Pregnancy: A Meta-analytic Update". *Journal of Pediatric Psychology* 34(4) pp. 366-378.
24. Homma, Y. et al. (2012). "The Relationship Between Sexual Abuse and Risky Sexual Behavior Among Adolescent Boys: A Meta-Analysis". *Journal of Adolescent Health* 51 (2012) 18-24.
25. Vergel J. (2011). Descripción epidemiológica de los exámenes sexológicos forenses, Colombia, 2011: una aproximación a la violencia sexual en nuestro país. Forensis 2011. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2011/5-F-11-Sexologicos.pdf>.
26. OXFAM Internacional (2009). La violencia sexual en Colombia un arma de guerra. Disponible en: <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-sexual-violence-colombia-sp.pdf>
27. Coalition against the involvement of boys, girls and youths into the armed conflict in Colombia (2005). Alternative report to the report of the government of Colombia on the situation of the rights of the child in Colombia. Bogotá, D.C.: Coalico.
28. Colombia. Informes Departamentales de Rendición de cuentas sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes 2005-2010 (2011). Documentos no publicados.
29. Mmari, K; Blum, RW. (2009) "Risk and protective factors that affect adolescent reproductive health in developing countries: A structured literature review". *Global Public Health*; 4(a) July: 350-366
30. Knight, A, et al. (2006) 'Someone of Your Own to Love': Experiences of Being Looked After as Influences on Teenage Pregnancy. *Children & Society* 20: 391-403.
31. Gloppen, K. et al. (2010). Confidence as a Predictor of Sexual and Reproductive Health Outcomes for Youth. *Journal of Adolescent Health* 46 S42-S58.

32. Rigsby, D. et al (1998) Risk Factors for Rapid Repeat Pregnancy Among Adolescent Mothers: A Review of the Literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 11:115-126.
33. Persona, L. (2004). "Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal". *Rev Latino-am Enfermagem setembro-outubro*; 12(5):745-50.
34. De Sousa Mata, A. et al. (2009). Factores de risco na repetição de gravidez na adolescência. *Revista colombiana de psicología* 18(2) julio-diciembre.
35. Rowland, S. (2010). "Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focussed strategies". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 24: 605-616.
36. Raneri L; Wiemann, C. (2007). "Social Ecological Predictors of Repeat Adolescence Pregnancy". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(1):39-47.
37. Meade, C; Ickovics, J. (2005) "Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy". *Social Science & Medicine* 60: 661-678.
38. Barrera, F; Higuera, L. (2004). "Embarazo y fecundidad adolescente". *Documentos de Trabajo No 24*. Fedesarrollo.
39. Markham, C. et al (2010). "Connectedness as a Predictor of Sexual and Reproductive Health Outcomes for Youth". *Journal of Adolescent Health* 46 S23-S41.
40. Lipovsej, V. et al (2002). "Correlates of adolescent pregnancy in La Paz Bolivia: findings from a quantitative and qualitative study". *Adolescence*; 37(146) summer.
41. Fundacion Orientame (2004). Y paso lo que tenía que pasar: Embarazo juvenil opciones e implicaciones. Bogotá, D.C. : Tonos y medios.
42. Middleton, S. (2011). "I Wouldn't Change Having the Children—Not at All: Young Women's Narratives of Maternal Timing: What the UK's Teenage Pregnancy Strategy Hasn't Heard". *Sex Res Soc Policy* 8:227-238.
43. Spear, H; Lock, S. (2003). "Qualitative Research on Adolescent Pregnancy: A Descriptive Review and Analysis". *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6) (December).



44. Manlove, J. et ál (2002) Preventing Teenage Pregnancy, Childbearing, and Sexually Transmitted Diseases: What the Research Shows. Trends child research brief.

45. Dennison, C. (2004) Teenage pregnancy: an overview of the research evidence. Health Development Agency National Health Service. England.

46. Galindo, C. (2012) “Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas”. *Revista Desarrollo y Sociedad* 69:133-185.

47. Sevilla, T. (2008). ““Sexo inseguro”: un análisis de la racionalidad como parte del riesgo entre jóvenes caleños y caleñas”. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv* 6(1): 257-294.

48. Florez, C; Nuñez, J (2001). “Teenage Childbearing in Latin American Countries”. Banco Interamericano de Desarrollo. *Research Network Working paper* #R-434.

49. Gaviria, A. (2000) “Decisiones: sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas”. *Coyuntura Social*, 23:84-9

50. Garcia, A. y Pererira, M. (2010). “Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo”. *Paideia* Jan.-abr, 20 (45): 123-131.

51. Oviedo, M. y Garcia, M. (2011) “El embarazo en situación de adolescencia: una impostura en la subjetividad femenina”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (9):929 - 943.

52. Coin, J. (2007). “How can a child be a mother? Discourse on teenage pregnancy in a Brazilian favela”. *Culture, Health & Sexuality, March–April*; 9(2): 109–120.

53. Coordinación Regional del Pacífico Colombiano. Pacífico territorio de etnias. *Revista Virtual de la Coordinación Regional del pacífico Colombiano. Año 2 No 6.*

54. Bergonzoli, G. (2006). *Sala Situacional instrumento para la Vigilancia de Salud Pública*. Guatemala: OPS.

55. Posso, C. (2007). La Sala Situacional central de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Documento ejecutivo. Bogotá, D.C.: Secretaria Distrital de Salud.

56. Organización Panamericana de la Salud. Programa Especial de Análisis de Salud (2002). Salas de Situación de Salud Orientaciones para Mejorar su Práctica y Desarrollo. Documento de Trabajo. Washington.

57. Tarrés, M. (2004) *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y El Colegio de México.

58. Gutiérrez, J. (2011) Grupo de Discusión: ¿Prolongación, variación o ruptura con el focus group? *Cinta Moebio* 41:105-122.

59. Consejo de Europa. (2008). *Libro Blanco sobre el Diálogo Intercultural "Viviendo juntos con igual dignidad"*. Consejo de Europa. Estrasburgo.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

 **PROSPERIDAD  
PARA TODOS**