



DOCUMENTO CEDE 2004-31
ISSN 1657-7191 (Edición Electrónica)
AGOSTO DE 2004

CEDE

FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN COLOMBIA: INCIDENCIA, TENDENCIAS Y DETERMINANTES. UN ENFOQUE DE HISTORIA DE VIDA

CARMEN ELISA FLÓREZ^{*}, ELVIA VARGAS[†], JUANITA HENAO[‡]
CONSTANZA GONZÁLEZ[§], VICTORIA SOTO^{**}, DIANA KASSEM^{††}

Resumen

La fecundidad adolescente ha venido aumentando desde la década de los noventa, lo cual está relacionado con un inicio más temprano y más rápido de la actividad sexual, mientras que se ha retardado el inicio de las uniones estables. La tendencia en el inicio de la actividad sexual ha llevado a que se observe un aumento en la maternidad entre adolescentes solteras, con grandes diferenciales entre regiones.

Los patrones de actividad sexual, unión, maternidad, en Bogotá y Cali son diferenciales por estrato. Las adolescentes del estrato bajo inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las del estrato alto, lo cual está asociado tanto al pronto inicio de relaciones sexuales como al de las uniones. Aunque la planificación familiar juega un papel importante, su uso empieza después de que han iniciado relaciones sexuales. Esto se basa en la percepción de invulnerabilidad que tienen las adolescentes, en la creencia infundada de efectos secundarios, y en la creencia que no se necesitan métodos de control en la primera relación.

De los determinantes socioeconómicos de los eventos sexuales (inicio de relaciones sexuales, primer embarazo, primer hijo), el conjunto de factores contextuales del hogar son los más importantes, sobresaliendo el papel de la familia -ambiente y supervisión- en el comportamiento reproductivo de las adolescentes. El estudio evidencia el efecto limitado que sobre el comportamiento de las adolescentes ha tenido la educación sexual que se imparte en los colegios desde 1993.

Palabras Clave: Adolescencia, Fecundidad adolescente, Actividad sexual

Clasificación JEL: J13, J12, J10, I10

* Facultad de Economía, Universidad de los Andes. Email: cflorez@uniandes.edu.co

† Departamento de Psicología, Universidad de los Andes. Email: elvargas@uniandes.edu.co

‡ Departamento de Psicología, Universidad de los Andes. Email: jhenao@uniandes.edu.co

§ Departamento de Psicología, Universidad de los Andes. Email: con-gonz@uniandes.edu.co

** Facultad de Economía, Universidad de los Andes. Email: vi-soto@uniandes.edu.co

†† Facultad de Economía, Universidad de los Andes. Email: d-kassem@uniandes.edu.co

TEENAGE CHILDBEARING IN COLOMBIA: LEVEL, TRENDS AND DETERMINANTS. A LIFE HISTORY APPROACH

Abstract

Teenage fertility has been rising since the 90s, which is related to an earlier and faster onset of sexual activity, meanwhile the beginning of marriage (legal marriage or consensual union) do not change. This trend leads to a rising of maternity among single teenagers, with high differences between regions.

The patterns of sexual activity, marriage, and maternity, in Bogota and Cali differ by socioeconomic status. Low income teenagers begin sexual relationships, get married and become mothers earlier and faster than those of high income level. The higher teenage maternity among low income girls, is associated to an early onset of sexual relationships as well as an early marriage pattern (legal marriage or consensual union). Although family planning plays an important role in both cities, its use begins after sexual relationships have started. This is based upon teenagers' perception of invulnerability, their unfounded beliefs about secondary effects and their beliefs that family planning methods should not be used during the first sexual relationship (with virgin women).

Among the socioeconomic determinants of sexual events (onset of sexual relationships, first pregnancy, first childbirth), the group of contextual factors are the most important ones. Among these factors, family environment and parental control play an important role in teenagers' reproductive behaviour. The study shows the limited effect that sexual education taught at schools since 1993, has had on teenagers' sexual and reproductive behaviour.

Key Words: Adolescents, Teenage childbearing, Sexual activity

JEL Classification: J13, J12, J10, I10

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	v
1. INTRODUCCIÓN	1
2. LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN AMÉRICA LATINA	2
3. LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN COLOMBIA	7
3.1. El problema de investigación	7
3.2. Objetivos de la investigación	11
3.2.1. Objetivo general	11
3.2.2. Objetivos específicos	11
4. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	11
4.1. Conceptos básicos	11
4.2. Los determinantes de la fecundidad	13
5. METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACION	15
5.1. Enfoque metodológico	15
5.2. Fuentes de datos.....	15
5.2.1. Fuentes secundarias.....	15
5.2.2. Fuentes primarias	16
5.3. Métodos de análisis.....	17
6. LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE POR REGIÓN	19
6.1. Niveles y tendencias	19
6.2. Algunos determinantes próximos por región	22
6.2.1. Unión y actividad sexual antes de la unión	24
6.2.2. Conocimiento y uso de planificación familiar.....	34
6.2.3. Un balance de los determinantes próximos por región	38
7. LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN BOGOTA Y CALI	41
7.1. El contexto de las dos ciudades.....	42
7.1.1. Las condiciones de las viviendas y los hogares	42
7.1.2. Características socioeconómicas de los hogares	43
7.1.3. Contexto familiar.....	46
7.1.4. El contexto familiar y los eventos sexuales	50
7.2. Características socioeconómicas y demográficas de las adolescentes	51
7.2.1. Origen y migración	51
7.2.2. Educación	51
7.2.3. Actividad económica.....	52
7.2.4. Nupcialidad y fecundidad	53
7.2.5. Sexualidad	55
7.2.6. Las adolescentes en las dos ciudades	57
7.3. Distribución del tiempo a lo largo de la vida	57
7.3.1. Patrón de inicio de las actividades	57
7.3.2. Actividades a lo largo de la vida.....	60
7.3.3. Las adolescentes y su tiempo.....	63
7.4. Determinantes próximos de la fecundidad	63
7.4.1. Unión e inicio de relaciones sexuales.....	64
7.4.2. Uso de planificación familiar	67

7.4.3.	Un balance de los determinantes próximos	71
7.5.	Determinantes socioeconómicos	72
7.5.1.	El evento inicio de relaciones sexuales.....	74
7.5.2.	El evento primer embarazo	79
7.5.3.	El evento nacimiento del primer hijo	84
8.	LAS COGNICIONES ASOCIADAS CON LA SEXUALIDAD	84
8.1.	El contexto de socialización sexual.....	85
8.2.	Las cogniciones asociadas con la sexualidad	91
8.2.1.	Cogniciones sobre las relaciones románticas.....	92
8.2.2.	Cogniciones sobre la actividad sexual en la adolescencia.....	95
8.2.3.	Cogniciones sobre los métodos de planificación familiar	99
8.2.4.	Cogniciones sobre el embarazo, el aborto, la maternidad y la paternidad	101
8.3.	La toma de decisiones en la adolescencia	104
9.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	111
9.1.	Conclusiones	111
9.1.1.	En cuanto a las tendencias y diferenciales por región	111
9.1.2.	En cuanto a los determinantes próximos	111
9.1.3.	En cuanto a los determinantes socioeconómicos.....	113
9.1.4.	En cuanto a las cogniciones asociadas a la sexualidad.....	113
9.2.	Recomendaciones	116
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
	ANEXO 1: LA ENCUESTA CUANTITATIVA DE HISTORIA DE VIDA	125
	ANEXO 2: LA ENTREVISTA CUALITATIVA.....	138

PRESENTACIÓN

“Fecundidad Adolescente en Colombia: Incidencia, Tendencias y Determinantes. Un enfoque de historia de vida” es un proyecto de investigación que desarrolló un equipo interdisciplinario de investigadores del Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Facultad de Economía y del Departamento de Psicología de la Universidad de Los Andes. El Proyecto contó con el apoyo financiero de COLCIENCIAS, Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, y del Fondo de Población de Las Naciones Unidas (FNUAP). La investigación se realizó entre el 15 de Febrero de 2003 y el 15 de Junio de 2004.

El grupo interdisciplinario base de investigación estuvo conformado por:

Carmen Elisa Flórez, CEDE – Facultad de Economía
Elvia Vargas, Departamento de Psicología
Juanita Henao, Departamento de Psicología

En el proyecto participaron las siguientes asistentes de investigación:

Victoria Soto, CEDE – Facultad de Economía
Diana Kassem, CEDE – Facultad de Economía
Constanza González, Departamento de Psicología

Y además contó con la participación de las siguientes personas:

Leonardo García, CEDE – Facultad de Economía
Argemiro Morales, CEDE – Facultad de Economía
Eliana Riaño, Departamento de Psicología
Freddy Rincón, Departamento de Psicología

Queremos expresar nuestros agradecimientos a PROFAMILIA y Macro International por permitirnos utilizar las Encuestas de Demografía y Salud. Al grupo de entrevistadoras(es) de la encuesta cuantitativa y de la cualitativa, a las adolescentes que participaron en la encuesta cuantitativa, al grupo de adolescentes, de padres y de docentes participantes de los grupos focales, quienes generosamente nos dedicaron su tiempo, nos proporcionaron la información, y nos apoyaron en la realización de esta investigación.

1. INTRODUCCIÓN

La fecundidad en la adolescencia es un fenómeno de grandes implicaciones al nivel personal y social, más aún cuando ocurre a edades tempranas en la adolescencia. Desde el punto de vista individual, las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son amplias, siendo en su mayoría de carácter negativo, tanto para el niño como para la madre, y mucho más cuando este ocurre en las edades tempranas de la adolescencia y fuera del matrimonio. Los riesgos de salud, la deserción escolar, la pérdida de oportunidades de ingresos futuros, el rechazo familiar y social, las dificultades emocionales, físicas y aún financieras, son algunas de las consecuencias para la joven madre. En general, la fecundidad alta en la adolescencia, y con mayor fuerza en la adolescencia temprana, está claramente asociada al truncamiento de la trayectoria educativa y a limitaciones en el ámbito laboral de la adolescente en su vida futura. Como Rodríguez (2003) afirma: “aunque se trate de descendencias finales poco numerosas, si su procreación tiene lugar a una edad muy joven persiste la colisión entre reproducción y acumulación de activos educativos y laborales, amén de una carga para la cual suele haber menos preparación a dichas edades” (página 43).

Desde el punto de vista del niño, las consecuencias son en salud – mayores riesgos de morbilidad y mortalidad durante el periodo neonatal - por la falta de desarrollo físico y emocional de la madre. Desde el punto de vista global de la sociedad, las tasas de crecimiento de la población son mayores cuando las mujeres tienen su primer hijo antes de los veinte años pues hay un menor tiempo de reemplazo entre generaciones. Igualmente, el tamaño de la población adolescente, 10% de la población total del país tiene entre 15 y 19 años, hace que su nivel de fecundidad tenga un impacto importante sobre el crecimiento futuro de la población.

Los embarazos en adolescentes que no están en unión, generalmente se consideran de mayor riesgo que los de madres en unión legal o consensual. Las razones se relacionan con el hecho de que los nacimientos fuera del matrimonio son generalmente no planificados y no deseados, y la mayoría de las adolescentes madres solteras son principalmente de baja condición socioeconómica. Estas dos circunstancias aumentan los efectos negativos del embarazo adolescente, tanto en el corto como en el largo plazo, llevando a que se reproduzca con mayor seguridad el círculo vicioso de la pobreza.

Estas razones justifican la importancia de la fecundidad adolescente como tema de investigación en el campo de la salud, tanto infantil como sexual y reproductiva, y como objeto de política social. Este estudio pretende avanzar en el conocimiento de la fecundidad adolescente en Colombia, utilizando un enfoque de historia de vida cuantitativo y cualitativo, centrándose en dos contextos diferentes: Bogotá y Cali.

Este documento es una síntesis de los principales resultados del Proyecto, el cual se basó tanto en el análisis de la información secundaria disponible, especialmente de las Encuestas de Demografía y Salud, y en particular de la realizada en el año 2000, como en el análisis de la información primaria recogida con el sistema de encuesta – la encuesta cuantitativa y la cualitativa - desarrollado para el Proyecto. El estudio consta de ocho capítulos, incluyendo esta introducción. El capítulo 2 presenta las tendencias de la fecundidad adolescente en América Latina como contexto regional para el análisis. El capítulo 3 define el proyecto de investigación mediante el planteamiento del problema y sus objetivos. El capítulo 4 describe el marco teórico y conceptual adoptado para el análisis de los determinantes de la fecundidad adolescente. El capítulo 5 presenta el enfoque metodológico, y describe las fuentes de información y los métodos de análisis. El capítulo 6 se centra en el análisis de la información secundaria, identificando los niveles y diferenciales de la fecundidad adolescente por región, y explorando sus determinantes próximos. El capítulo 7 presenta, desde un enfoque longitudinal, el análisis de la fecundidad adolescente en Bogotá y Cali, identificando los principales determinantes próximos y socioeconómicos. El capítulo 8 resume los resultados cualitativos, en especial aquellos aspectos relacionados con el significado que las adolescentes dan a los eventos sexuales. El capítulo 9 recoge las principales conclusiones y recomendaciones del Proyecto, integrando los resultados cualitativos y cuantitativos.

2. LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN AMÉRICA LATINA

Colombia, al igual que la mayoría de los países de América Latina, sufrió grandes transformaciones sociales y económicas en la segunda mitad del siglo XX, entre las cuales se identifica la transición demográfica⁷. Sin embargo, la transición de la fecundidad⁸ en el caso Colombiano se ha calificado de “espectacular” para el tamaño del país, pues la fecundidad se redujo en casi 50% en menos de 20 años. La tasa total de fecundidad disminuyó de 6,7 hijos por mujer en 1969 a 3,3 en 1986, y a 2,6 en el 2000 (Cuadro 1). Dentro del contexto Latinoamericano, estos niveles sitúan al país en un estadio de transición demográfica avanzada, aunque no completa, con niveles de fecundidad medio bajos. Los descensos en fecundidad han ocurrido fundamentalmente entre las mujeres de 25 años y más, llevando a un rejuvenecimiento en el patrón de fecundidad y a un descenso en su edad media. La forma del nuevo patrón típicamente se asocia a una fecundidad regulada por el control natal (Flórez, 2000).

⁷ “Transición demográfica”denota el paso de altas a bajas tasas de crecimiento, natalidad y mortalidad.

⁸ Se conoce como “transición de la fecundidad” al paso de un régimen de fecundidad natural a uno de control deliberado de la fecundidad (Easterlin, 1983).

**Cuadro 1: Tendencia en la Fecundidad Total y Adolescente según zona.
Colombia 1969-2000**

Año	Total			Urbano			Rural		
	Fecund Total FT	TEF* adolesc	%TEF en FT	Fecund Total FT	TEF* adolesc	%TEF en FT	Fecund Total FT	TEF* adolesc	%TEF en FT
1969	6.7	99	7.4	5.2	86	8.3	9.2	127	6.9
1976	4.4	81	9.2	3.5	55	7.9	6.3	144	11.4
1986	3.3	78	11.8	2.8	64	11.4	4.9	117	11.9
1990	2.9	70	12.1	2.5	62	12.4	3.8	93	12.2
1995	3.0	89	14.8	2.5	74	14.8	4.3	137	15.9
2000	2.6	85	16.3	2.3	71	15.4	3.8	134	17.6

* Por mil

Fuente: Profamilia: DHS-90, DHS-95 y DHS-2000. CCRP: WFS-76, ENF-69.

Contrario al comportamiento de la fecundidad total, la fecundidad en las mujeres menores de 20 años, o fecundidad adolescente, no muestra un comportamiento consistente a lo largo de América Latina y el Caribe. En algunos países, como República Dominicana, México y Perú, ha mostrado un descenso permanente, aunque mucho más lento que el observado en la fecundidad total. En otros países, como Colombia y Brasil, ha descendido muy poco o ha permanecido casi constante, e inclusive muestra una tendencia creciente en la última década (Singh, 1998; Flórez & Núñez, 2000). Así, en el caso particular de Colombia, aunque en 1990 la tasa de fecundidad adolescente había descendido a 70 nacidos vivos por cada mil mujeres entre 15-19 años, en 1995 y en el 2000 aumenta nuevamente hasta alcanzar niveles cercanos a los observados hace treinta años: 85 por mil (Cuadro 1)⁹.

Aunque algunos estudios sugieren que el aumento en la fecundidad adolescente observado en algunos países de América Latina no es real sino que es consecuencia de efectos de la estructura de edades, un estudio reciente de CELADE, basado en censos de población y en indicadores de fecundidad por edades simples, indica que “en todos los países en que es posible una comparación diacrónica, la prevalencia de la fecundidad alta a los 17 años cumplidos ha tendido a aumentar.” (Rodríguez, 2003). En general, este estudio muestra evidencia clara de un aumento en la fecundidad adolescente en la mayoría de los países de América Latina, generando un patrón de creciente control de la intensidad reproductiva sin un control concomitante respecto de su inicio.

Algo que llama la atención en el comportamiento de la fecundidad en los países de América Latina y el Caribe es la diferencia en la velocidad de los cambios entre la fecundidad adolescente y la fecundidad total. Los descensos en la fecundidad entre las mujeres adultas han sido mucho mayores que los observados entre las adolescentes (Naciones Unidas, 1989). Por el contrario, en algunos países Africanos donde la fecundidad total ha comenzado a disminuir,

⁹ Esta mayor contribución de la fecundidad adolescente a la fecundidad total se observa tanto en las zonas urbanas como en las rurales, sugiriendo comportamientos y factores comunes a diferentes condiciones de urbanización.

los descensos en la fecundidad adolescente preceden los descensos en las edades adultas, lo cual se ha asociado con el aumento en la edad a la que ocurre el matrimonio (Westoff et al., 1994). Para los países Latinoamericanos, el menor ritmo en el descenso de la tasa de fecundidad adolescente frente a la fecundidad total hace que la primera contribuya cada vez más a la segunda. Esto es aún más marcado en los países en donde se ha observado un incremento en la fecundidad adolescente, como es el caso de Colombia y Brasil. Así, mientras en 1969 la tasa de fecundidad adolescente colombiana aportaba el 7% de la fecundidad total, en 1990 aporta el 12% y en el 2000 contribuye con el 16% (Cuadro 1).

No solo la tasa de fecundidad entre las adolescentes muestra una tendencia creciente, sino también se observa, en los países Latinoamericanos, un aumento en la proporción de mujeres que ha tenido un hijo durante la adolescencia. Comparando este último indicador entre mujeres jóvenes y adultas, se evidencia una tendencia hacia una mayor proporción de mujeres que son madres antes de los 18 años (Singh, 1998; Flórez & Núñez, 2000). Es decir, no solo la incidencia (tasa) de la fecundidad entre las adolescentes es mayor, sino el “timing” se ha acelerado, desplazando el patrón hacia las edades más jóvenes. Al desagregar la fecundidad por edades simples, se evidencia que son las jóvenes de menor edad (15 a 17 años) las que han tendido a aumentar su probabilidad de maternidad (Rodríguez, 2003).

En los países en desarrollo, la mayoría de la fecundidad adolescente se da dentro del matrimonio (o unión consensual). En efecto, esos dos factores, unión y fecundidad, están estrechamente relacionados (Singh & Wulf, 1990). En muchos países, la actividad sexual y la procreación comienzan con el matrimonio. En otros, las relaciones premaritales (antes de una unión estable) se aceptan culturalmente como una forma de ‘ensayo’ para el matrimonio. En otras culturas, el embarazo en una mujer soltera puede precipitar la unión o matrimonio debido a las reglas sociales que fuertemente rechazan el madre-solterismo. Aunque esta última condición varía entre culturas, en todas ellas se observan casos de mujeres que tienen hijos antes de casarse o unirse de manera estable. Lo que varía es la intensidad de este hecho.

Aunque mucho de la fecundidad adolescente ocurre dentro de la unión (legal o consensual), existe evidencia que la proporción de nacimientos de mujeres solteras está aumentando, especialmente en los países en desarrollo (Naciones Unidas, 1995). Entre las adolescentes con hijos, una proporción significativa tuvo su hijo antes del matrimonio/unión estable: entre 12% y 34% en los países Latinoamericanos (24% en el caso Colombiano). De igual forma, una proporción pequeña pero no insignificante de adolescentes solteras (nunca unidas) son madres: 3% a 5% (Singh, 1998). Aunque la evidencia sobre la tendencia en la fecundidad adolescente premarital en los países Latinoamericanos no permite generalizaciones, en gran parte de los países se observa, de manera creciente, que la maternidad adolescente se trata de una maternidad fuera del matrimonio

(Rodríguez, 2003). Comparando mujeres de diferentes cohortes de edad, se observa un aumento substancial en la fecundidad premarital en algunos países como Brasil y Colombia, poco aumento en otros como Paraguay y Perú, y ningún aumento en los demás países. En el caso Colombiano, la proporción de mujeres que ha tenido un hijo antes del matrimonio y durante la adolescencia ha aumentado significativamente: de 5% entre las mujeres de 40-44, a 9% entre las mujeres de 20-24 años en 1995 (Singh, 1998; Flórez & Núñez, 2000). Igualmente, en Colombia, dentro de las madres adolescentes es cada vez mayor la proporción que ha tenido su hijo antes del primer matrimonio/unión: de 16% en mujeres de 40-44, a 24% en mujeres de 20-24 años (Singh, 1998).

La edad a la cual la mujer inicia las relaciones sexuales (dentro o fuera de la unión marital) usualmente marca el comienzo del período de exposición al riesgo de procreación (embarazo). Para 1995, en América Latina, entre el 18% y el 30% de las mujeres de 15-19 años había tenido relaciones sexuales. Sin embargo, la comparación entre cohortes de edad de la proporción de mujeres que han iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años, indica patrones diferenciales entre países. En unos, como Bolivia y Perú, dicha proporción ha disminuido; en otros, como Brasil, ha permanecido constante, y en otros, como Colombia, ha aumentado significativamente (Blanc & Way, 1998). En Colombia, la DHS-95 indicó que, tanto en la zona urbana como rural, se han dado cambios hacia un inicio más pronto de las relaciones sexuales: el 33% de las mujeres de 40-44 años había iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años, mientras que tal proporción aumentó a 41% entre las mujeres de 20-24 años (Flórez & Núñez, 2002).

Contrario al inicio de las relaciones sexuales, los niveles y cambios en nupcialidad son menos marcados en los países Latinoamericanos. De una parte, entre el 15% y el 23% de las mujeres de 15-19 años está unida legal o consensualmente. De otra, comparando cohortes, se evidencia que la proporción de mujeres casadas/unidas antes de los 18 años ha disminuido en unos países, como Perú, Bolivia y Brasil, y ha aumentado levemente en otros como Colombia, Paraguay y Guatemala. Así, en Colombia, contrario a los cambios en el inicio de las relaciones sexuales, no se observa un aumento significativo en la proporción de mujeres en unión legal o consensual antes de los 18 años: de 24% en las mujeres de 40-44 años a 26% en las mujeres de 20-24 años (Blanc & Way, 1998).

La diferencia entre el inicio de las relaciones sexuales y el inicio del matrimonio legal/consensual muestra patrones diferenciales entre los países de la región latinoamericana. De una parte, en algunos países ese período disminuye, como Perú, Bolivia y Guatemala; en otros, como Brasil, aumenta debido a un aumento en el porcentaje que inicia relaciones sexuales y un descenso en el porcentaje en unión; y en otros, como Colombia y Paraguay, ese período aumenta debido a un aumento mayor en el porcentaje de inicio de relaciones sexuales frente al aumento en el porcentaje en unión. De acuerdo con la DHS-95, en Colombia la

diferencia entre el porcentaje que había tenido relaciones sexuales antes de los 18 años y el porcentaje en unión antes de los 18 años aumentó significativamente, de 9% en las mujeres de 40-44 años a 15% en las mujeres de 20-24 años (Blanc & Way, 1998). Así, Colombia es uno de los países Latinoamericanos en los cuales el período de exposición al riesgo de embarazo adolescente prematrimonial aumentó significativamente entre las cohortes de mujeres adultas y jóvenes.

Al igual que el inicio de las relaciones sexuales, el uso de métodos de planificación familiar y el aborto son determinantes próximos de la fecundidad. La información disponible sobre planificación familiar se refiere principalmente al uso actual (momento de la encuesta) y no al momento de inicio de las relaciones sexuales. La información que existe para algunos países Latinoamericanos, Ecuador y El Salvador, indica que la probabilidad de uso de contraceptivos en la primera relación sexual aumenta con la edad. Tan solo un 7% de las mujeres que iniciaron relaciones sexuales a los 18-19 años utilizaron métodos de planificación familiar (Blanc & Way, 1998). Aunque el conocimiento de planificación familiar parece no ser bajo entre las adolescentes, el nivel de uso actual y de uso actual de métodos modernos, especialmente entre las adolescentes sexualmente activas pero no en unión permanente, es muy bajo en la mayoría de los países Latinoamericanos – alrededor del 5% en 1995 - con excepción de Colombia en donde un 10% de mujeres de 15-19 años usan algún método contraceptivo. El nivel de uso, especialmente de métodos modernos, es mucho mayor entre las adolescentes en unión legal o consensual que entre las adolescentes sexualmente activas solteras. En el caso de Colombia, tan solo un 25% de las adolescentes sexualmente activas solteras utilizan métodos de planificación familiar frente a un 50% de las unidas/casadas; y tan solo un 37% de las adolescentes que utilizan métodos de planificación familiar, utilizan métodos modernos. Esos bajos valores de uso entre las adolescentes, y especialmente entre las solteras, indican la posible existencia de barreras para el uso de métodos de planificación entre las jóvenes. Esas barreras podrían incluir la falta de información sobre el uso adecuado de los métodos, y/o dificultades en el acceso a los métodos (ya sea por barreras culturales o costos).

En cuanto al aborto, la información disponible es limitada en la mayoría de los países Latinoamericanos, y cuando existe está generalmente subestimada, debido a que se considera ilegal y, por lo tanto, existe temor a declararlo. La evidencia existente, basada principalmente en estudios de caso, sugiere que el aborto inducido es un problema serio de salud entre las adolescentes. Estudios sobre América Latina indican que, para 1995, entre el 10% y 21% de los casos de hospitalización por aborto ocurrían entre adolescentes (Singh & Wulf, 1993). Para el caso colombiano, se estimó que alrededor del 15% de las hospitalizaciones por aborto sucedían en mujeres de 15-19 años, llevando a una estimación, en 1995, de una tasa de aborto entre adolescentes de 26 por mil (Singh, 1998). Un estudio realizado por la Universidad Externado de Colombia (1994) sugiere que alrededor del 15% de las mujeres entre los 15-17 años que

quedan en embarazo se han sometido a un aborto. Dada la condición ilegal de la práctica del aborto, este generalmente se realiza clandestinamente en condiciones de alto riesgo para la salud de la madre, especialmente entre las adolescentes que no tienen los recursos económicos para sufragar intervenciones en mejores condiciones hospitalarias. Así, la información disponible sobre aborto señala niveles no bajos y probablemente crecientes.

3. LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN COLOMBIA

3.1. El problema de investigación

El contexto Latinoamericano indica que Colombia marca un comportamiento claramente diferente al resto de países Latinoamericanos en cuanto a la sexualidad y fecundidad de las adolescentes. De una parte, la DHS-95 indicó que la incidencia y el “timing” de la fecundidad adolescente han venido aumentando, acompañados de incrementos en los embarazos y nacimientos prematrimoniales, y de una incidencia importante del aborto. De otra, mostró también que se ha dado un aumento significativo en el inicio temprano de las relaciones sexuales y en la longitud del período de exposición al riesgo de embarazo adolescente prematrimonial.

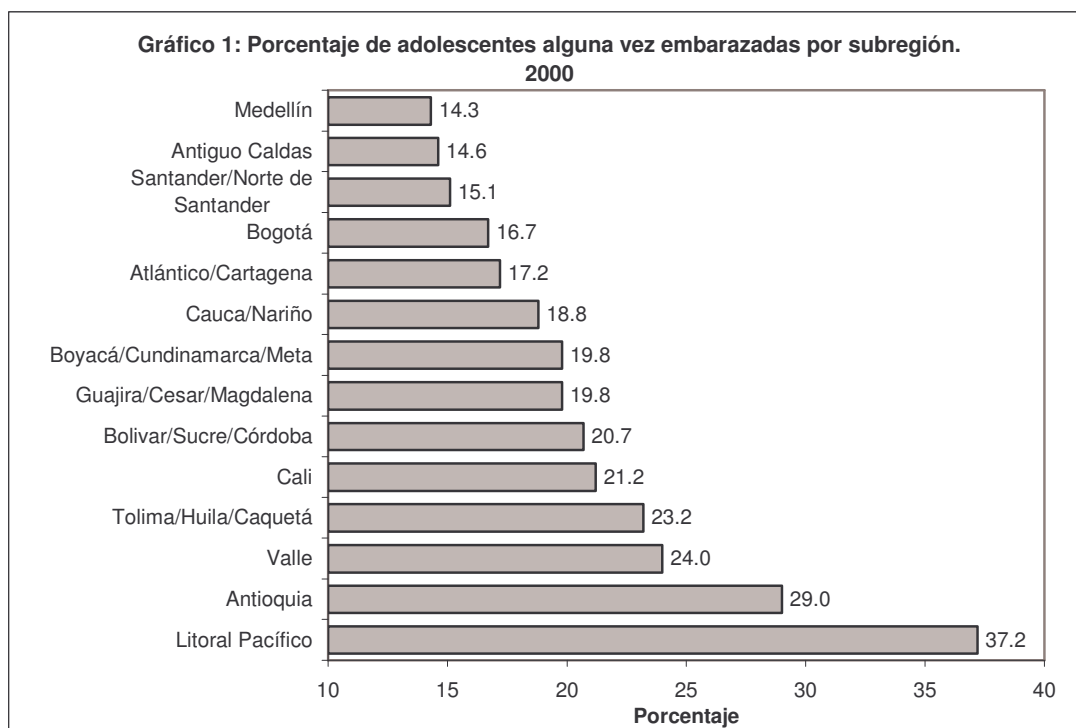
Las condiciones socioeconómicas afectan el nivel y “timing” de la fecundidad adolescente a través de los determinantes próximos, que incluyen el inicio de las relaciones sexuales, la unión/matrimonio, el uso de contraceptivos y el aborto. Entre las condiciones socioeconómicas se han identificado, entre otros, el nivel educativo, el nivel de urbanización, el nivel de ingreso, factores familiares, factores culturales (Singh & Wulf, 1990; Flórez & Núñez, 2000). En el caso particular de Colombia, existe evidencia de importantes avances en cuanto a condiciones socioeconómicas – de la población en general y de la mujer en particular – que se esperaba tuvieran efectos negativos sobre la fecundidad adolescente y sus determinantes próximos: mayor permanencia en el sistema educativo, mayor nivel educativo, mayor participación laboral, mayor disponibilidad y acceso a métodos de planificación familiar, mayor nivel de urbanización, cambios favorables en percepciones y valores sobre la maternidad y la familia (Flórez, 1994; Flórez, 2000). Sin embargo, al mismo tiempo se han dado cambios hacia una desintegración de la familia – a través de mayores tasas de separación/divorcio y viudez (DNP, 2001) – que podrían de alguna manera influir en mayores riesgos de embarazo adolescente debido a factores de tipo afectivo, y/o una mayor flexibilización de los padres en el control de los jóvenes (Vargas Trujillo & Barrera, en prensa).

Por otra parte, durante la última década se ha avanzado también de manera importante, a nivel internacional y nacional, en aspectos relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que deberían contribuir a disminuir la fecundidad adolescente. Así, el gobierno colombiano define, en

1998, los lineamientos para la política de la salud sexual y reproductiva, incorporando el derecho a una educación sexual y reproductiva desde la infancia y el derecho a servicios de salud sexual y reproductiva integral (Ministerio de Salud, 1998). Sin embargo, ya desde 1994 se había formalizado oficialmente la Ley de Educación Sexual (Ley 115 de 1994) que establece la obligatoriedad de cumplir con la educación sexual a través de proyectos pedagógicos desarrollados de acuerdo con un plan de estudios (MEN, 1999). Evaluaciones de seguimiento a los proyectos pedagógicos de Educación Sexual realizadas en 1996 (Prada & MEN, 1997) y 1998 (MEN & CEE) mostraron una percepción favorable hacia el proyecto, en especial respecto al énfasis en aspectos como la autoestima, la comunicación interpersonal, la visión de la sexualidad como área central del desarrollo y la trascendencia de lo puramente biológico. Sin embargo, las evaluaciones también indicaron una necesidad de ampliar los conocimientos puntuales sobre sexualidad, y profundizar en aspectos como reproducción, embarazo, virginidad y rol sexual. Se concluye en las evaluaciones que la visión general de sexualidad entre los adolescentes está muy relacionada con el campo de los valores y los afectos, siguiendo patrones tradicionales de nuestra sociedad. Por lo tanto, la incidencia de los proyectos de Educación Sexual en el cambio de patrones de pensamiento y comportamiento entre los jóvenes era todavía, en 1996 y 1998 respectivamente, muy limitada.

Las características culturales, reflejadas en los valores y significados que los individuos dan a los objetos y contextos, no pueden ignorarse como uno de los factores socioeconómicos determinantes de la fecundidad adolescente. Esto no sólo es evidente de la evaluación de los proyectos pedagógicos de Educación Sexual mencionados, sino que se plantea en estudios de fecundidad total, y en estudios de caso cualitativos particulares para los adolescentes. Para el caso colombiano, un estudio sobre los grupos de alta fecundidad (Flórez, 1994) evidencia la importancia del contexto cultural, los valores y las percepciones sobre la familia y los hijos, en la determinación del tamaño de la familia. Igualmente, el estudio sobre la sexualidad juvenil (Mejía et al., 2000) demuestra la importancia del contexto sociocultural en el que se desenvuelven los jóvenes en la incidencia de las decisiones que toman frente al riesgo sexual.

De hecho, en el país existen grandes diferenciales en la fecundidad adolescente entre regiones. En el 2000, la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas varía entre 14% en Medellín y 37% en el Litoral Pacífico (Gráfico 1). Aún controlando por nivel de urbanización, encontramos grandes diferencias: 14% en Medellín y 21% en Cali. Bogotá es de las grandes ciudades la de menor fecundidad adolescente.



De igual manera, las tendencias en la fecundidad adolescente no son homogéneas entre regiones. Mientras en unas regiones aumenta, en otras disminuye, y en otras permanece casi constante (Cuadro 2). Cali es la ciudad y la región que muestra los mayores cambios: la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas casi se dobla entre 1995 y 2000.

Cuadro 2: Tendencias en el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas por subregion 1995-2000 (%)

Subregión	1995	2000	2000/1995
Cali	11.2	21.2	89.3
Atlántico/Cartagena	10.8	17.2	59.3
Antioquia	19.1	29.0	51.8
Tolima/Huila/Caquetá	16.1	23.2	44.1
Valle	19.0	24.0	26.3
Litoral Pacífico	30.9	37.2	20.4
Medellín	13.9	14.3	2.9
Boyacá/Cundinamarca/Meta	19.4	19.8	2.1
Antiguo Caldas	14.7	14.6	-0.7
Cauca/Nariño	19.4	18.8	-3.1
Santander/Norte de Santander	15.6	15.1	-3.2
Bogotá	18.0	16.7	-7.2
Bolivar/Sucre/Córdoba	23.4	20.7	-11.5
Guajira/Cesar/Magdalena	22.8	19.8	-13.2

Las regiones de Atlántico, Antioquia y Tolima/Huila muestran también aumentos significativos. Por el contrario, en las demás regiones de la costa Atlántica y en Bogotá este indicador de la fecundidad adolescente disminuye. Así, las

diferencias y tendencias en fecundidad adolescente que se observan en el país parecen obedecer no sólo a niveles diferenciales de condiciones socioeconómicas, a diferentes oportunidades laborales y educativas, a diferentes niveles de acceso de servicios de planificación familiar para los jóvenes, sino que seguramente reflejan también diferencias culturales y significados sobre la familia, el matrimonio, la maternidad, y diferentes procesos de socialización.

La tendencia creciente en la fecundidad adolescente en el país no era esperada dado los cambios positivos que observamos en algunos de los determinantes socioeconómicos al nivel individual (educación, participación laboral) y contextual (urbanización, política en salud y educación sexual y reproductiva, y en el esfuerzo del sector privado en ofrecer servicios de planificación familiar, en especial algunos dirigidos a los adolescentes). ¿Cómo entender esta situación?, ¿Cuáles son los factores que explican la tendencia creciente en la fecundidad adolescente?, ¿Cómo han contribuido factores como la edad de inicio de las relaciones románticas, el significado que tienen las relaciones sexuales durante la adolescencia para los jóvenes, el sentido que le atribuyen los jóvenes al rol de mujer, hija, madre, pareja, esposa en el contexto del proyecto de vida?, ¿Cuál ha sido el papel de la familia, los amigos, la pareja, los educadores y los medios de comunicación en el proceso de toma de decisiones relacionadas con el inicio de actividad sexual, el uso de anticonceptivos y la fecundidad?, ¿Cómo han incidido los servicios de salud y la educación sexual que se ofrece en la familia y en el contexto educativo en el significado que dan las adolescentes al inicio temprano de relaciones sexuales y a las implicaciones que estas tienen para su vida sexual y reproductiva?, ¿Cómo son las parejas de las adolescentes y qué significado dan al inicio de las relaciones sexuales, la planificación familiar, la fecundidad y el aborto adolescente?, ¿Qué sentido dan las adolescentes a la planificación familiar?, ¿Cuáles son los factores que dificultan el acceso a métodos modernos de planificación familiar entre las adolescentes? Poco se sabe, al nivel nacional y en el contexto latinoamericano, sobre los factores que inciden en los procesos de toma de decisiones relacionados con la actividad sexual y la fecundidad de las adolescentes y, mucho menos, sobre el papel que juegan sus parejas, los hombres, en estas decisiones. Esta es la clase de preguntas que queremos aproximar con esta investigación, algunas de las cuales trataremos de responder para el caso específico de Colombia, con profundización en dos contextos culturalmente diferentes: Cali y Bogotá. Estas dos ciudades, las dos principales del país, no solo difieren en términos culturales, sino que muestran comportamientos opuestos en los niveles y tendencias de la fecundidad adolescente. De una parte, Cali es la ciudad principal con mayor nivel y, en los últimos cinco años, muestra un aumento significativo en la fecundidad adolescente. De otra parte Bogotá es de las principales ciudades con menor nivel y evidencia un descenso en la fecundidad adolescente.

3.2. Objetivos de la investigación

3.2.1. Objetivo general

El objetivo general del proyecto es, mediante un enfoque de historia de vida (cuantitativo y cualitativo), avanzar en el conocimiento de la problemática del embarazo adolescente en Colombia y de sus factores determinantes, que sirva para orientar los programas de salud y educación sexual y reproductiva, planificación familiar, y de otro tipo, que pretendan prevenir el embarazo en la adolescencia.

3.2.2. Objetivos específicos

Con información secundaria (DHS-2000):

1. Estimar la **incidencia y las tendencias** recientes de la fecundidad adolescente, y de algunos de sus determinantes próximos (actividad sexual/ unión, uso de planificación familiar) a nivel nacional, urbano / rural, y regional, diferenciando entre tasa de fecundidad y “timing” de la fecundidad, y entre fecundidad pre-matrimonial y fecundidad dentro del matrimonio.

Con información primaria cuantitativa de historia de vida:

2. Para dos contextos culturalmente diferentes - Bogotá y Cali -, analizar los **determinantes próximos** de la fecundidad adolescente - actividad sexual/ unión, uso de planificación familiar (análisis descriptivo).
3. Para dos contextos culturalmente diferentes - Bogotá y Cali - analizar los **determinantes socioeconómicos individuales y contextuales** de la actividad sexual, el embarazo y la fecundidad entre las adolescentes, utilizando un enfoque de historia de vida (análisis explicativo).

Con información primaria cualitativa:

4. Para dos contextos culturalmente diferentes - Bogotá y Cali - analizar a profundidad (cualitativamente) y con un enfoque de historia de vida los factores contextuales de los **determinantes próximos** de la fecundidad adolescente – actividad sexual, uso de planificación familiar y aborto – y del proceso de toma de decisiones, identificando el significado que le atribuyen las/los adolescentes a dichos determinantes.

4. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

4.1. Conceptos básicos

Aunque los aspectos biológicos de la adolescencia han sido reconocidos como característicos de un período de transición¹⁰ en la mayoría de las sociedades, el

¹⁰ Una transición es un evento breve que marca cambios cronológicos de un estado a otro. Hagestad (1990) afirma que las transiciones son elementos centrales en los estudios desde la

significado del termino adolescencia varia de una cultura a otra. La duración y las características que definen la adolescencia varían en el tiempo, entre culturas y entre condiciones socioeconómicas. Por lo tanto, es difícil encontrar una definición universal, como tampoco existe consenso sobre cuando comienza y termina la adolescencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo durante el cual: 1) el individuo pasa de la aparición inicial de las características sexuales secundarias a la madurez sexual; 2) vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de niño/a a adulto/a y, 3) se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de dependencia en estas áreas (WHO, 2002). Así, la adolescencia es un periodo de transición en el cual los jóvenes toman una serie de decisiones de corto y largo plazo que definen su bienestar y estado de salud actual y futuro. Las transiciones que se viven en este periodo incluyen: la aceptación de la sexualidad, la formación de grupos, la independencia de los padres y adultos, la búsqueda de una condición económica estable y segura, el desarrollo de una conducta social responsable, la preparación para el matrimonio y la familia, y el desarrollo de valores. Generalmente el contexto cultural particular influye en la definición de los roles sociales, económicos y demográficos apropiados para los adolescentes, los cuales implican decisiones de los adolescentes sobre varios aspectos de su actividad sexual y reproductiva (Gage, 1998).

La falta de consenso sobre el significado de la adolescencia ha llevado a definir a los adolescentes en términos de un rango de edad lo suficientemente amplio: 10 a 19 años. Dado que durante este periodo se dan cambios físicos y psicológicos profundos, el periodo de adolescencia se puede dividir en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada (Elliott & Feldman, 1991; Crockett & Petersen, 1994). El primer estadio corresponde a las edades 10 a 14 años, cuando los profundos cambios físicos y sociales coinciden con la pubertad. El estadio intermedio va de los 15 a 17 años, y corresponde a un periodo de creciente independencia de los padres y la familia. La deserción escolar y el embarazo temprano pueden acortar este periodo. El último estadio, adolescencia avanzada, va hasta los 19 años pero puede extenderse hasta más allá de los 20 años para aquellos jóvenes que permanecen en el sistema escolar y posponen su entrada al mercado laboral y formación de una nueva familia. Aquí, en este estudio, adoptamos esta definición de adolescencia en términos de edad, 10 a 19 años, con sus tres estadios mencionados.

Dos indicadores de fecundidad adolescente se utilizan a lo largo del estudio, los cuales proveen dos perspectivas diferentes: 1) la tasa específica de fecundidad por edad, para las mujeres de 15-19 años; y 2) la proporción de mujeres que han tenido un hijo antes de cada edad durante la adolescencia, por ejemplo antes de

perspectiva de la historia de vida. La primera relación sexual y el nacimiento del primer hijo constituyen ejemplos de transiciones.

los 15, 18, o 20 años, basados en las historias reproductivas completas de aquellas mujeres que han completado su periodo de adolescencia (de 20 o más años de edad). La primera medida describe la incidencia de la fecundidad en un periodo reciente y definido (generalmente los últimos tres años previos a la encuesta) para las mujeres en edad adolescente (15-19 años). El nivel de este primer indicador, es decir la tasa de fecundidad por edad, esta afectado por el grado en el cual las adolescentes tienen más que un hijo durante el periodo de referencia, debido a que se incluye a todos los nacimientos de cualquier orden que hayan ocurrido durante las edades consideradas en el periodo de referencia. El segundo indicador tiene la ventaja de describir más exactamente el “timing” de la fecundidad adolescente, midiendo el número de adolescentes que ha tenido uno o más hijos antes de una edad dada, sin tener en cuenta el número de hijos. Por lo tanto, es más directo y fácil de comprender, y refleja en mayor grado el inicio de la actividad sexual y reproductiva entre las adolescentes.

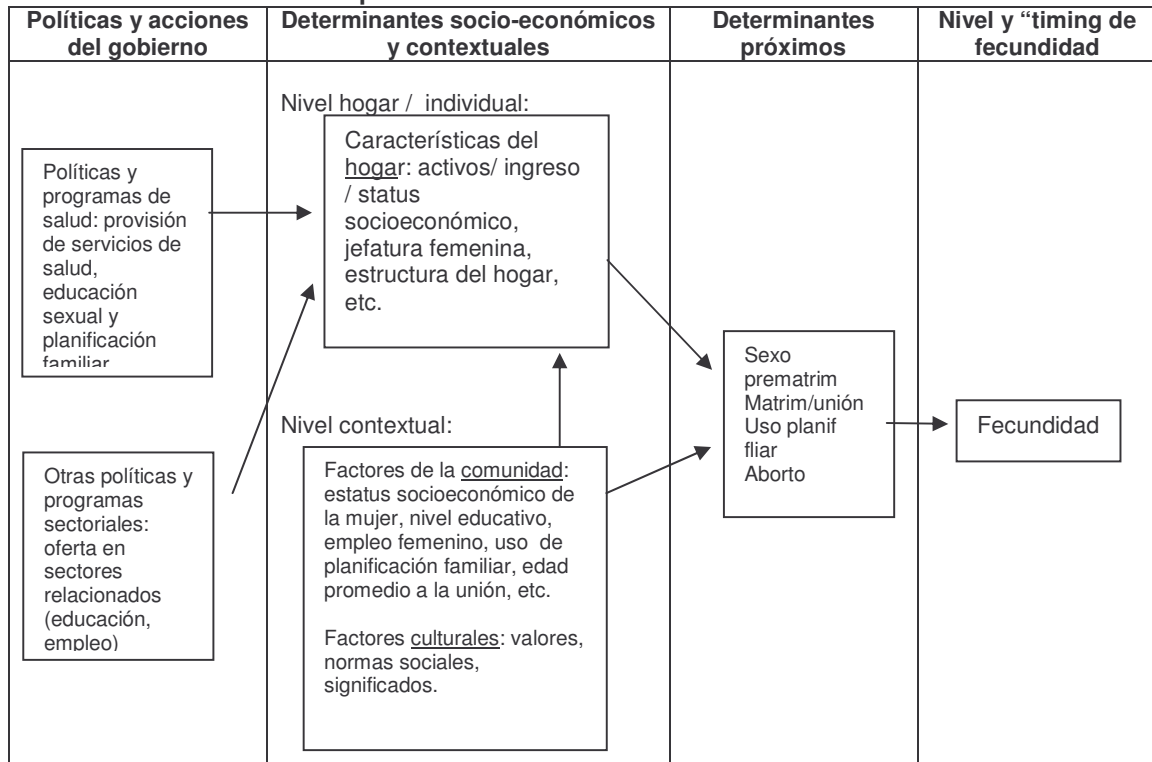
4.2. Los determinantes de la fecundidad

El marco conceptual general para analizar los múltiples mecanismos y múltiples rutas que conectan las asociaciones entre fecundidad y sus factores determinantes se basa en la extensa literatura sobre el tema. Aquí partimos del marco conceptual expuesto por Simmons (1985), que recoge ampliamente los planteamientos propuestos en la literatura (Grafico 2). Las condiciones socioeconómicas y contextuales actúan sobre el nivel y “timing” de la fecundidad a través de los determinantes próximos. Davis & Blake (1956) identificaron tres grupos de factores que intervienen entre las normas y la estructura social de una sociedad y su nivel de fecundidad, denominados determinantes próximos: aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo, con la concepción y con la gestación. Desarrollos posteriores han incluido la infertilidad post-parto y se han centrado en aquellos factores que son determinantes importantes de la fecundidad y que, al mismo tiempo, varían entre grupos poblacionales, a saber: inicio de las relaciones sexuales/matrimonio/unión, anticoncepción, aborto e infertilidad post-parto (Moreno & Singh, 1996). Se esperaría que el efecto de exposición al riesgo de embarazo es menos importante entre mayor sea la aceptación y el uso de métodos de planificación familiar. Igualmente, entre mayor sea la exposición al riesgo de embarazo y menor sea el acceso a métodos de planificación familiar, mayor la importancia del aborto. Sin embargo, Guzmán, Márquez y Contreras (2000) afirman que en la mayoría de los países Latinoamericanos es más probable que el embarazo premarital termine en matrimonio que en aborto.

De acuerdo con el marco conceptual, se considera que tres tipos de factores influyen directa e indirectamente, a través de los determinantes próximos, sobre la fecundidad. Se parte de las políticas y programas gubernamentales en los sectores salud y otros sectores relacionados (educación, empleo), mediante los cuales se organiza la oferta de servicios de salud, de planificación familiar, y de los bienes de otros sectores (educación, empleo, etc.) que directa o

indirectamente afectan la fecundidad. En segundo lugar, están los factores socioeconómicos macro o el contexto social en el cual el adolescente vive, incluyendo el discurso social sobre el matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el amor, la familia, etc. En tercer lugar, están los factores socioeconómicos micro, o características individuales de la adolescente y del hogar en el cual reside.

Grafico 2: Marco conceptual sobre los determinantes de la fecundidad adolescente



Fuente: Adaptado de Simmons (1985)

El marco analítico enfatiza la fuerte influencia ejercida por el contexto sociocultural sobre la fecundidad y sus determinantes próximos. Los significados que se le atribuyen a la masculinidad y a la feminidad pueden ayudar a definir la identidad del adolescente y pueden, por lo tanto, tener una fuerte influencia sobre su rol en la dinámica de los encuentros sexuales entre los adolescentes. A través de la transmisión de significados y sentidos subjetivos sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres, el contexto cultural puede también influir en las decisiones de iniciar relaciones sexuales o de continuar o no con un embarazo precoz premarital. El discurso cultural sobre la actividad sexual adolescente puede tener también un impacto directo sobre las decisiones de actividad sexual y reproductiva definiendo el contexto normativo de la fecundidad/embarazo. Las influencias sociales incluyen también a los familiares, los pares, la pareja, los maestros y los medios de comunicación. La influencia familiar se manifiesta a través de la estructura de la familia, la supervisión parental del comportamiento, y a través del poder que pueda ejercer la familia

sobre las decisiones que tienen que ver con las relaciones románticas, el matrimonio, las relaciones sexuales y el embarazo.

5. METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACION

5.1. Enfoque metodológico

El estudio es de carácter longitudinal - utiliza un enfoque de historia de vida retrospectiva-, y combina métodos de investigación cuantitativa y cualitativa. El enfoque de historia de vida¹¹ permite analizar la ocurrencia de los diferentes eventos y su relación con las otras dimensiones de la vida en el momento de su ocurrencia. La decisión de tener un hijo o de casarse/unirse depende de las características y condiciones al momento de tomar la decisión y no al momento actual de la encuesta. A diferencia de los estudios de corte transversal, el enfoque de historia de vida –retrospectiva- permite relacionar las diferentes transiciones a lo largo de la vida en el momento de su ocurrencia. Lo segundo, la combinación de métodos de investigación cuantitativa y cualitativa, permite complementar las perspectivas y los análisis sobre el problema.

5.2. Fuentes de datos

El estudio utiliza información secundaria y desarrolla un sistema de encuesta que tiene como fin recolectar la información necesaria para cumplir con los objetivos de la investigación. Tanto la información secundaria como el sistema de encuesta son de carácter longitudinal

5.2.1. Fuentes secundarias

El estudio utiliza información secundaria disponible, principalmente de la Encuesta de Demografía y Salud del 2000, DHS-2000, la cual hace parte del conjunto de encuestas que Macro International ha venido desarrollando al nivel mundial desde la década del setenta, con el objetivo principal de recoger información sobre planificación familiar y salud materna e infantil, sobrevivencia infantil, y otros tópicos de salud reproductiva. Las encuestas DHS colombianas han sido implementadas por PROFAMILIA. La DHS-2000 tiene un tamaño muestral de 10.907 hogares y 11.585 mujeres en edad reproductiva. De estas últimas, 2.266 son mujeres de 15-19 años de edad. La muestra tiene un diseño probabilístico y multietápico de hogares, representativo a nivel nacional, regional y subregional, incluyendo 3 grandes centros urbanos. En general, las DHS incluyen módulos sobre la vivienda (condiciones de la vivienda, características generales de los miembros del hogar), sobre las mujeres en edad reproductiva

¹¹ El enfoque de la historia de vida enfatiza que las transiciones son “creadas, reconocidas y compartidas socialmente” (Hagestad & Neugarten, 1985, p. 35) y reconoce que los cambios a lo largo del tiempo ocurren en múltiples dimensiones (Bengtson & Allen, 1993).

(edad a la primera relación sexual y a la primera unión, historia completa de fecundidad, uso actual de planificación familiar, salud materna y otros), y sobre los hijos de estas mujeres (mortalidad infantil, nutrición). Por lo tanto, es posible analizar la incidencia y tendencias de la fecundidad adolescente y de algunos de sus determinantes próximos (inicio relaciones sexuales/unión/matrimonio, uso de planificación familiar), por cohortes de edad.

Sin embargo, esta fuente de información secundaria solo permite reconstruir historias de nacimientos e identificar el momento del inicio de las relaciones sexuales y el momento de la primera unión legal/consensual. Por lo tanto, no permite construir las historias de vida completas en las otras dimensiones de los determinantes próximos (uso de planificación familiar), ni permite relacionar las transiciones con las características socioeconómicas al momento de su ocurrencia.

5.2.2. Fuentes primarias

El estudio desarrolló un sistema de encuesta, cumpliendo con dos principios importantes:

- introducir un enfoque longitudinal, que permite entender cómo las personas realizan transiciones en el transcurso de las etapas de su ciclo de vida, en relación con sus comportamientos en materia de sexualidad y reproducción, y dimensiones socioeconómicas
- considerar los factores culturales - reflejados en valores, afectos y significados -, con el fin de reubicar el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes en su marco familiar, de pares, y contextual.

El sistema de encuesta contiene dos elementos: una encuesta cuantitativa de historia de vida y una entrevista cualitativa a profundidad.

- La *encuesta cuantitativa de historia de vida* se basó en un cuestionario estructurado que recoge información sobre: características sociodemográficas de todos los miembros del hogar(es) de las viviendas seleccionadas, y las historias de vida retrospectivas de una cohorte de edad de mujeres, 13-19 años, - de las viviendas seleccionadas - en los determinantes próximos (relaciones sexuales, unión/matrimonio, embarazo, fecundidad, aborto, uso de planificación familiar), y en los determinantes socioeconómicos (residencia, educación, empleo, tipo de hogar/posición dentro del hogar). Las historias de vida en las diferentes dimensiones permiten el análisis de los determinantes socioeconómicos – micro y contextuales - de la fecundidad y sus determinantes próximos (inicio de relaciones sexuales, unión/matrimonio, aborto) al momento de ocurrencia de los eventos. Dadas las grandes diferencias socioeconómicas existentes en el país, la muestra es representativa de tres grandes grupos socioeconómicos: alto, medio y bajo. El cuestionario se basó y tomó como punto de partida, los cuestionarios que se han aplicado en cuatro estudios longitudinales previos

realizados por el CEDE. El Anexo 1 presenta en detalle la muestra, los instrumentos y el trabajo de campo de la encuesta cuantitativa.

- La *entrevista cualitativa* tuvo como fin profundizar y cualificar el análisis cuantitativo de los determinantes socioeconómicos de la fecundidad. Se aplicó a una sub-muestra de las mujeres de 13-19 años encuestadas para la historia de vida, seleccionada de manera intencional o teórica (Mays & Pope, 1995). Para un subgrupo de estas mujeres, se entrevistó también a su pareja/novio. Se buscó que la muestra reflejara la diversidad dentro de la población objeto de estudio (Kuzel, 1991). Se utilizó una guía para conocer los relatos de las/los adolescentes sobre su historia de vida sexual, sus procesos de toma de decisión y los significados que los participantes en el estudio atribuyen al embarazo y a la fecundidad adolescente; al inicio de las relaciones sexuales, al matrimonio, a las relaciones románticas, a la pareja, a la familia; al conocimiento, acceso y uso (facilidad/barreras) de métodos de planificación familiar; a los programas y servicios de salud, educación y apoyo disponibles para las/los adolescentes. Una vez analizados los datos de las entrevistas a profundidad, se invitó a algunas de las entrevistadas, y a sus parejas, a un grupo de padres de familia, y a un grupo de docentes, participar en *grupos focales* con el fin de profundizar en los resultados y validar la interpretación de los mismos. El Anexo 2 presenta en detalle la muestra e instrumentos de la encuesta cualitativa.

5.3. Métodos de análisis

De acuerdo con el marco teórico expuesto arriba, las condiciones socioeconómicas – micro y contextuales - actúan sobre el nivel y “timing” de la fecundidad a través de los determinantes próximos. Con excepción del nivel de fertilidad, cada uno de los determinantes próximos – inicio de relaciones sexuales, unión/matrimonio, uso de planificación familiar y práctica del aborto – incorpora una toma de decisión por parte del adolescente. El adolescente debe escoger si tiene relaciones sexuales, y si lo hace debe entonces decidir si mantenerse sexualmente activo, luego debe decidir si utiliza métodos de control natal y cual método utilizar, y luego si ocurre un embarazo debe decidir si abortar o continuar con el embarazo y tener el bebe. Este estudio se centra en el análisis de los determinantes socioeconómicos – micro y contextuales - de tres decisiones entre los adolescentes: el inicio de las relaciones sexuales, el primer embarazo y el nacimiento del primer hijo. La última decisión es directamente la fecundidad adolescente. Las otras se enmarcan como determinantes próximos.

De acuerdo con el marco conceptual arriba, los jóvenes toman las diferentes decisiones sobre su comportamiento sexual y reproductivo dependiendo de las oportunidades económicas, laborales y educativas, la oferta de planificación familiar, su condición socioeconómica, sus características personales y del hogar en el que viven, y las condiciones, normas sociales e influencia del medio o contexto social en el cual viven y crecen. Debido a que disponemos de historias

de vida completas, tanto en los determinantes próximos, como en los determinantes socioeconómicos (residencia, educación, empleo, hogar), utilizamos un modelo de riesgo de tiempo discreto mediante el cual estimamos la probabilidad de que una adolescente inicie relaciones sexuales, tenga un primer embarazo, o tenga un primer hijo. Este enfoque tiene dos ventajas. Primero, permite incluir variables independientes que varíen a lo largo del tiempo (como edad, asistencia escolar, etc.), y permite enfrentar el problema de observaciones censuradas a la derecha, debido a que, para las adolescentes que aun no han llegado a los 20 años a la fecha de la encuesta, no observamos si van a experimentar los eventos (inicio de relaciones sexuales, unión/matrimonio, embarazo, fecundidad) antes de cumplir los 20 años.

El modelo utilizado es básicamente una regresión logística, en donde la variable dependiente es si / no la mujer experimenta el evento bajo análisis (inicia relaciones sexuales, se embaraza por primera vez, tiene su primer hijo) a cada edad desde el momento en que queda expuesta al riesgo respectivo. Por lo tanto, la variable independiente indica si el evento bajo análisis ocurrió a cada edad de exposición. La exposición al evento cambia dependiendo del evento. Así, para el modelo de inicio de relaciones sexuales, la exposición al riesgo inicia en la edad a la primera menstruación. Para los modelos de primer embarazo y nacimiento del primer hijo, la exposición empieza en la edad de inicio de las relaciones sexuales. En cada caso, una vez que el evento ocurre, la adolescente sale del modelo. Por ejemplo, una adolescente de 17 años de edad a la fecha de la encuesta que tuvo su primera menstruación a los 12 años y su primera relación sexual ocurrió a los 15 años, contribuye con 4 observaciones: 3 indicando que no tuvo relaciones a los 12, 13 o 14 años, una indicando que el evento ocurrió a la edad de 15 años. Si en este caso la observación es censurada (por ejemplo, la adolescente no ha tenido relaciones sexuales), contribuye con cinco observaciones, indicando que el evento (relaciones sexuales) no ocurrió a los 12, 13, 14, 15 o 16 años (la edad 17 años no es incluida porque aún no ha terminado de vivirla).

De acuerdo con el modelo logístico, la probabilidad esperada acumulada de que una adolescente i experimente el evento (primera relación sexual, primer embarazo, primer hijo) a la edad t , puede estimarse de la siguiente forma:

$$h_{ti} = \exp(a_t + X'_i \beta + u) / 1 + \exp(a_t + X'_i \beta + u) \quad (1)$$

Donde: h_{ti} es la probabilidad condicional de que la mujer i experimente el evento a la edad t , dado que no lo ha experimentado antes; a_t es una función de la edad (una variable que cambia con el tiempo), X_i es el vector de covariados (incluidos los que cambian con el tiempo o la edad), y β es el correspondiente vector de parámetros.

6. LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE POR REGIÓN

6.1. Niveles y tendencias

Tener un hijo antes de los 15 años es raro en el país: sólo 1,4% de las mujeres de 15 años ya son madres. Sin embargo, por zona de residencia y región los diferenciales son marcados. Mientras el 1% de las mujeres urbanas de 15 años ya son madres, en la zona rural este porcentaje llega a 2,5%, y en la región Atlántica llega casi al 3% (Gráfico 3). Mientras que a los 15 años es muy poco probable que las jóvenes tengan ya hijos, la situación es diferente a los 17, 18, 19 años, cuando las adolescentes tienen ya entre uno y dos niños, siendo mayor la proporción en la zona rural que en la urbana. Por ejemplo, en la zona rural, un 23% de las adolescentes de 17 años ya tiene un hijo, mientras que en la zona urbana este porcentaje es de sólo 9%. Por regiones también existen diferenciales marcados, siendo la región Atlántica en donde se inicia más temprano la fecundidad (Gráfico 3).

Como se evidenció en la sección 3.1, en el país existen grandes diferenciales en la fecundidad adolescente tanto entre la zona urbana y rural como entre regiones. La fecundidad adolescente es mayor en las zonas rurales que en las urbanas, lo cual generalmente se ha asociado al mayor acceso que las mujeres urbanas tienen a la educación, las oportunidades de empleo remunerado, y los métodos de planificación familiar. Así, en el 2000, mientras la tasa específica de fecundidad adolescente para el país era de 85 nacidos vivos por mil mujeres de 15-19 años, en la zona urbana era de 71 por mil mientras que en la zona rural llegaba a 134 por mil. Es decir, la tasa de fecundidad adolescente rural era casi el doble (1,9 veces) la observada en la zona urbana (Cuadro 1). Diferenciales similares se observan entre regiones: el nivel de fecundidad adolescente en el 2000, medido por la proporción de adolescentes madres, varía entre 15% en Medellín y el antiguo Caldas y 30,5% en el Litoral Pacífico – un promedio de 19% para todo el país (Gráfico 4).

Al interior de las regiones, los diferenciales urbano - rural son marcados en algunas regiones pero casi inexistentes en otras. Así, mientras en Medellín la proporción de madres adolescentes es de 14,7%, en el resto del departamento de Antioquia llega al 27,1%, es decir casi el doble. Por el contrario, la maternidad adolescente es muy similar entre Cali y el resto del departamento del Valle del Cauca (17,2% vs. 18,4%) (Gráfico 4).

Por nivel de educación, los diferenciales son aún más marcados, llegando a ser el indicador de fecundidad 10 veces mayor en las adolescentes con nivel primaria que en aquellas con superior: sólo el 3% de las adolescentes con superior son madres, mientras que entre las adolescentes con primaria, este porcentaje alcanza el 33% (Gráfico 5).

Gráfico 3: Distribución de adolescentes por número de hijos nacidos a cada edad por región y zona. 2000

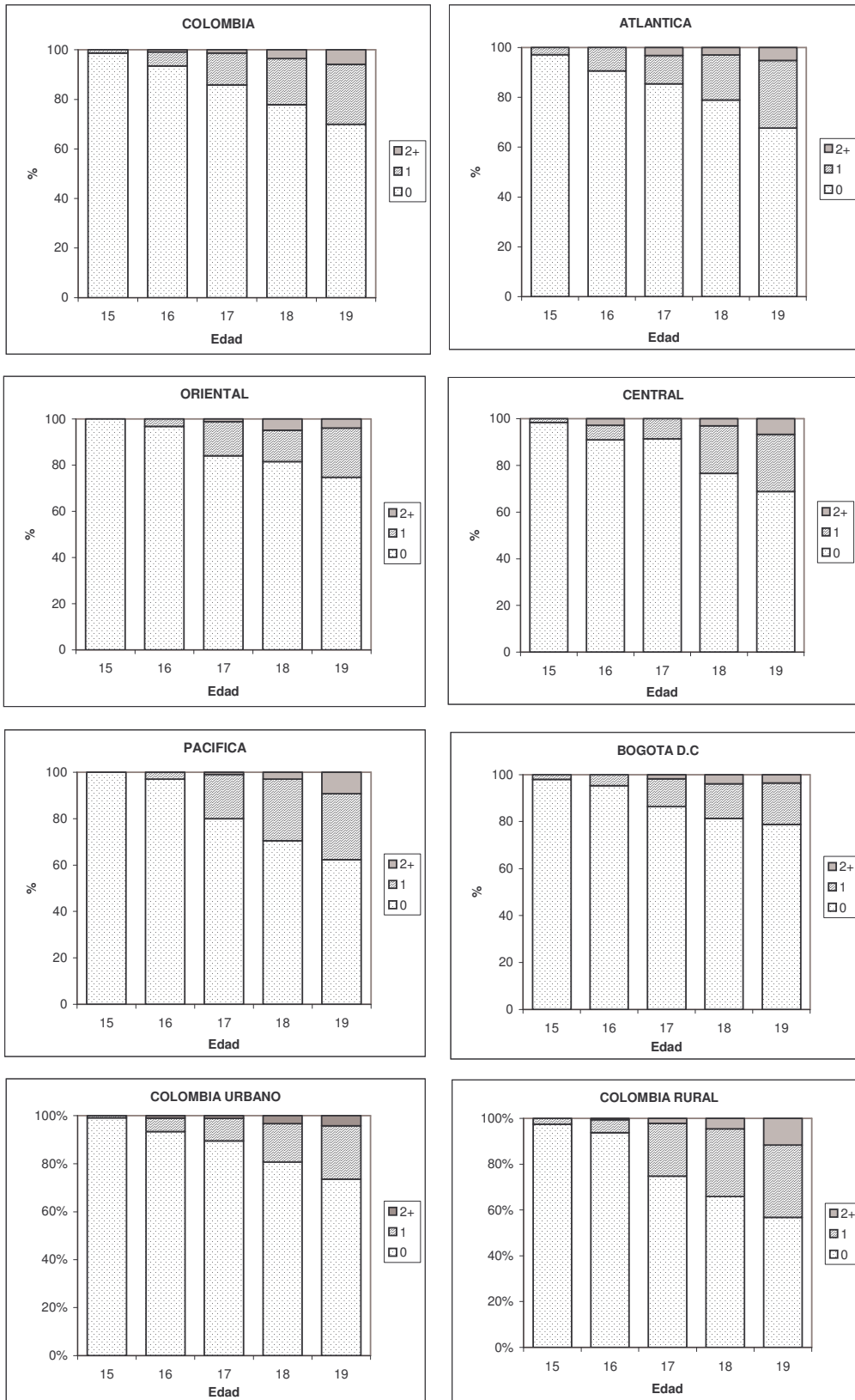


Gráfico 4: Porcentaje de adolescentes que son madres por subregión. 2000

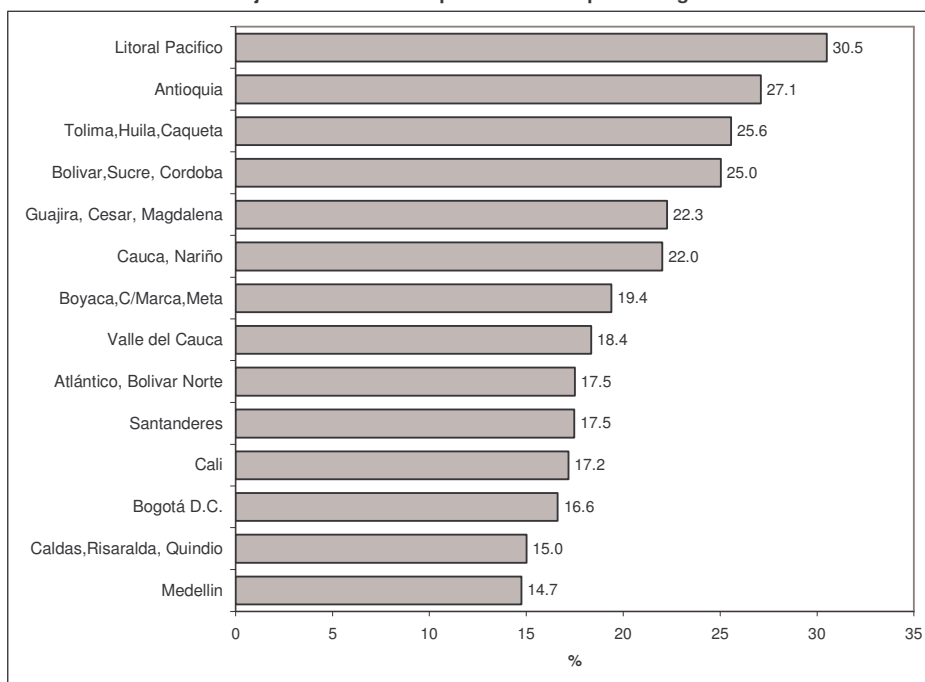
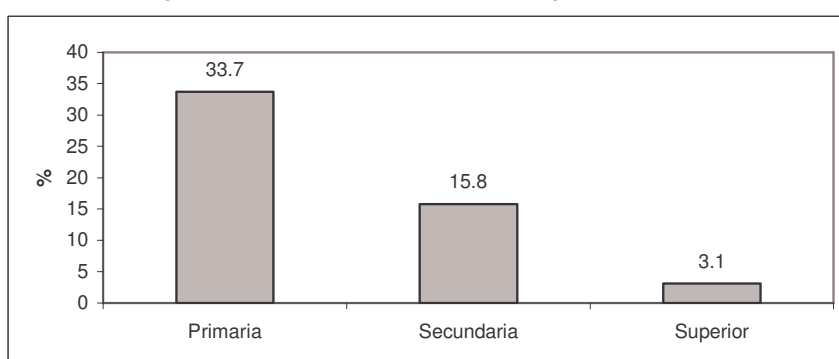


Gráfico 5: Proporción de madres adolescentes por nivel de educación. 2000



En resumen, la información disponible para el 2000 confirma la amplia heterogeneidad en los niveles de fecundidad adolescente en el país, relacionados en parte con los diferentes niveles de urbanización, con zonas geográficas, con niveles educativos, y en general con las ventajas asociadas tanto a la urbanización como a la educación.

El nivel de fecundidad de las mujeres de 15-19 años es una información censurada debido a que la cohorte no ha terminado de experimentar su fecundidad durante ese período de vida. Por ejemplo, las mujeres de 15 años aún no han vivido los años 16 a 19. Para medir tendencias es necesario obtener información más completa, como es la experiencia previa hasta una edad dada (17 o 20 años) de mujeres por encima de esa edad particular (20 años, por ejemplo). Así, en lugar de analizar indicadores acumulados a una edad

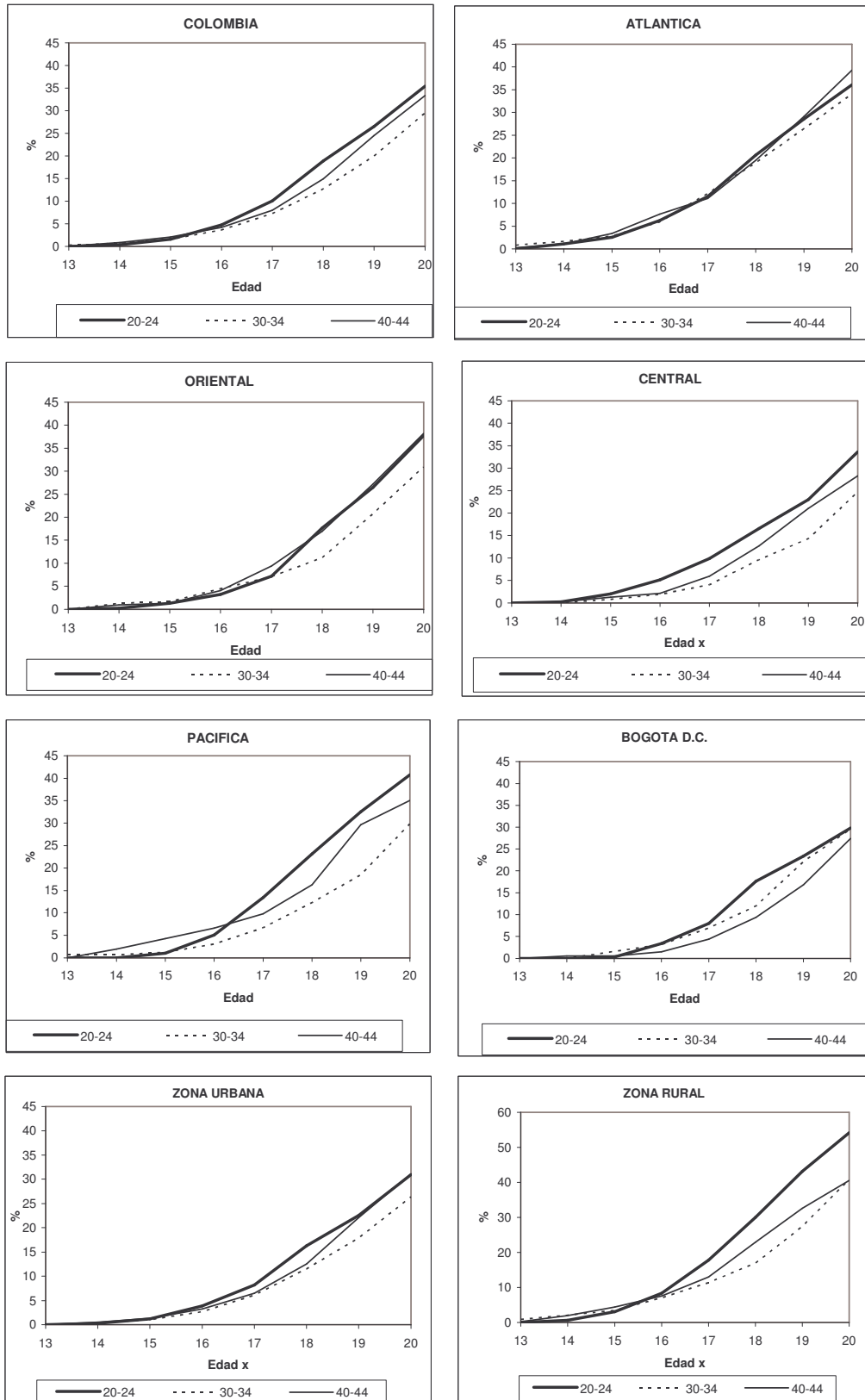
específica, analizamos para cada cohorte de edad, el patrón hasta esa edad particular (17 o 20 años). El Gráfico 6 muestra el patrón acumulado por edad hasta los 20 años, para tres cohortes de edad: mujeres de 20-24 años, de 30-34 años y 40-44 años en el momento de la encuesta (2000). Dados los diferenciales existentes por región y zona en maternidad adolescente, el patrón se estima también para estas dos desagregaciones. En general, los resultados son similares aunque difieren en intensidad, e indican que la fecundidad adolescente mostró una tendencia decreciente entre la cohorte de 40-44 años y la de 30-34 años, para luego aumentar significativamente en la cohorte de 20-24 años (Gráfico 6). Mientras el 29.5% de las mujeres de 40-44 años habían sido ya madres antes de los 20 años, este porcentaje aumenta a 35.5% entre las jóvenes de 20-24 años. Este resultado confirma la evidencia de que la fecundidad adolescente, medida por la tasa específica de fecundidad, ha venido aumentando desde inicios de la década de los noventa, tanto en las zonas urbanas como en las zonas rurales (Sección 2 arriba).

La tendencia difiere en intensidad tanto entre zonas como entre regiones. Dos consideraciones deben hacerse al respecto: el nivel del patrón (desplazamiento) y el “timing” (cambio en el inicio y la pendiente del patrón). En cuanto a este último aspecto, observamos que, con excepción de la región Central, el aumento en la fecundidad adolescente se da a partir de los 15 años, es decir en las etapas intermedias y avanzadas de la adolescencia. Por el contrario, en la región Central el aumento en la fecundidad se da desde la adolescencia temprana (antes de los 15 años) cuando la maternidad tiene un efecto más negativo (Gráfico 6). En general, los resultados sugieren que existe una tendencia en la cohorte más joven a disminuir el tiempo en que las mujeres inician su fecundidad, pues hay una mayor probabilidad de tener un hijo cada vez más rápido. En cuanto al nivel del patrón, observamos que las zonas rurales muestran un mayor desplazamiento hacia arriba del patrón que las zonas urbanas, indicando un mayor aumento de la fecundidad adolescente. Entre regiones, la región Atlántica es la que menos cambio muestra, mientras que las regiones Central y Pacífica son las de mayor aumento en la maternidad adolescente (Gráfico 6). Así, por ejemplo, en la región Pacífica el porcentaje de madres antes de los 20 años aumenta de 30% a 41% entre las cohortes de 30-34 y 20-24 años de edad.

6.2. Algunos determinantes próximos por región

Como se mencionó en la sección 4.2, tres son los factores que intervienen entre las normas y estructura social y el nivel de fecundidad: aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo, con la concepción y con la gestación. Aquí nos centraremos en los dos primeros: unión y actividad sexual, y uso de métodos de planificación familiar.

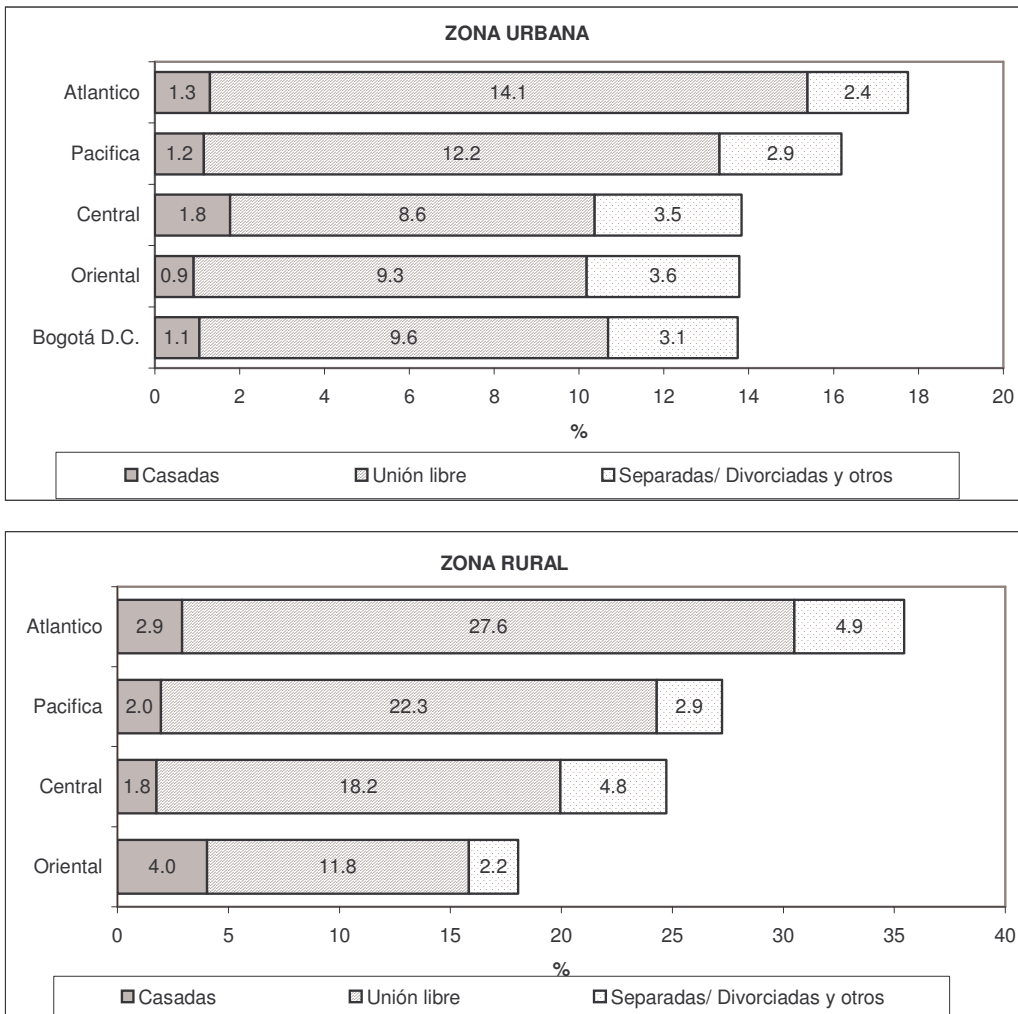
Gráfico 6: Proporción de mujeres madres antes de la edad x por cohorte de edad, región y zona. 2000



6.2.1. Unión y actividad sexual antes de la unión

La unión de las adolescentes a edades tempranas es uno de los factores que incide en los altos niveles de fecundidad en la adolescencia. Al igual que la fecundidad adolescente, la unión – legal o consensual – es mayor entre las mujeres de las zonas rurales que entre las urbanas. La proporción de adolescentes unidas en la zona rural es casi el doble a lo observado en la zona urbana (Gráfico 7-a).

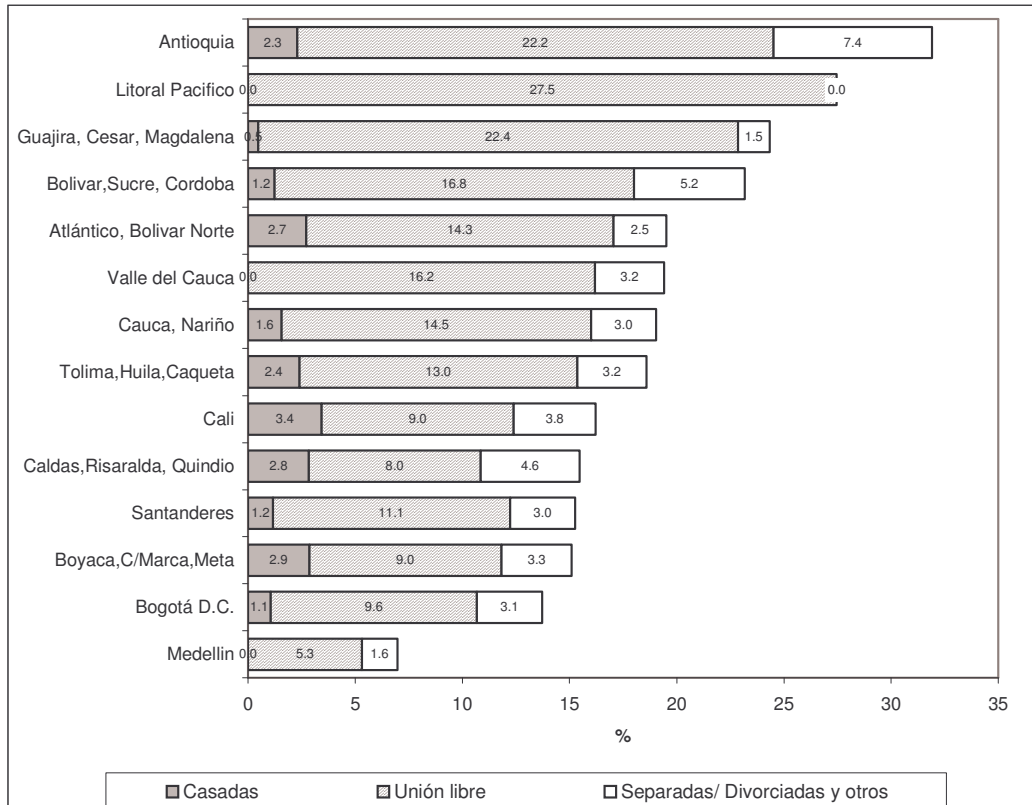
Gráfico 7a: Porcentaje de adolescentes alguna vez unidas por estado marital y región. 2000



De igual forma, la proporción de mujeres adolescentes unidas es mayor en las regiones en donde observamos los mayores niveles de fecundidad adolescente: en la zona del Litoral Pacífico y el resto del departamento de Antioquia. Por el contrario, en Medellín observamos la menor proporción de adolescentes unidas y los menores niveles de maternidad adolescente (Gráfico 7-b). Independientemente de la zona de residencia y de la región, las adolescentes en su mayoría no legalizan la unión. Con excepción de la zona rural de la región

Oriental, alrededor del 90% de las adolescentes unidas se encuentran en unión consensual (Gráfico 7-a). En la zona rural Oriental, dicha proporción es algo menor aunque llega al 75%. Por región existen diferencias más marcadas, con un rango entre 72% y 100%. En un extremo tenemos a la región del Litoral Pacífico, Medellín y el Valle en donde casi la totalidad de las adolescentes unidas se encuentran en unión consensual.

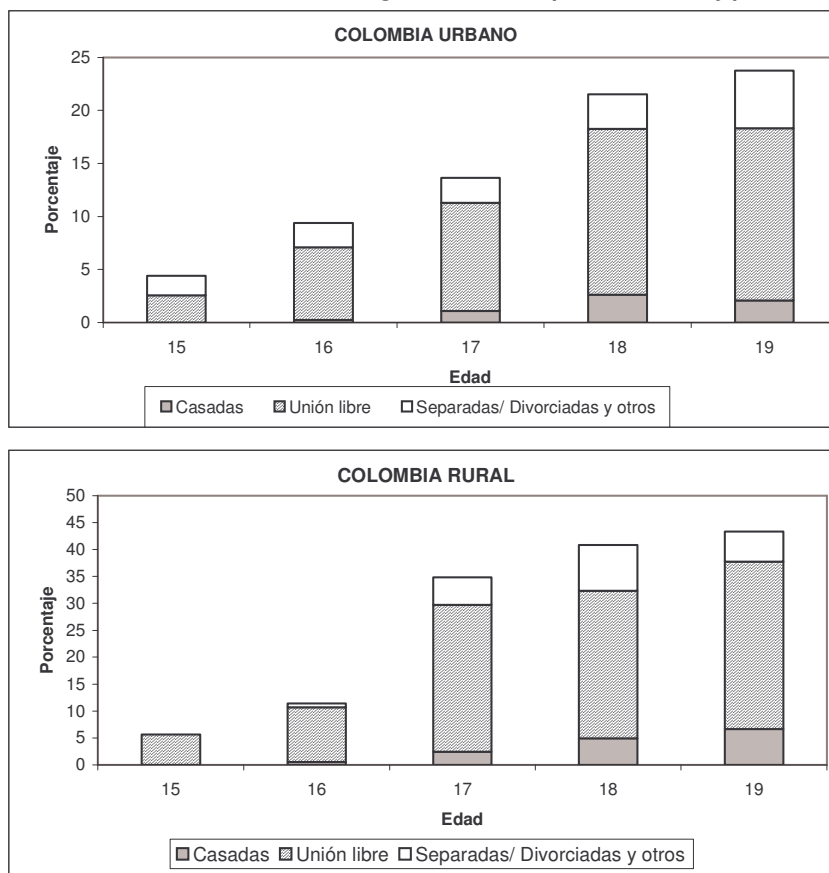
Gráfico 7b: Porcentaje de adolescentes alguna vez unidas por estado marital y subregión. 2000



De otra tenemos a Cali, el Antioquia y la región de Boyacá/Cundinamarca/Meta, en donde alrededor del 74% de las adolescentes unidas se encuentran en unión consensual (Gráfico 7-b). Así, es un hecho común, independientemente de la región y la zona de residencia, la alta prevalencia de la unión consensual entre las adolescentes unidas (por lo menos las dos terceras partes se encuentran en este tipo de unión).

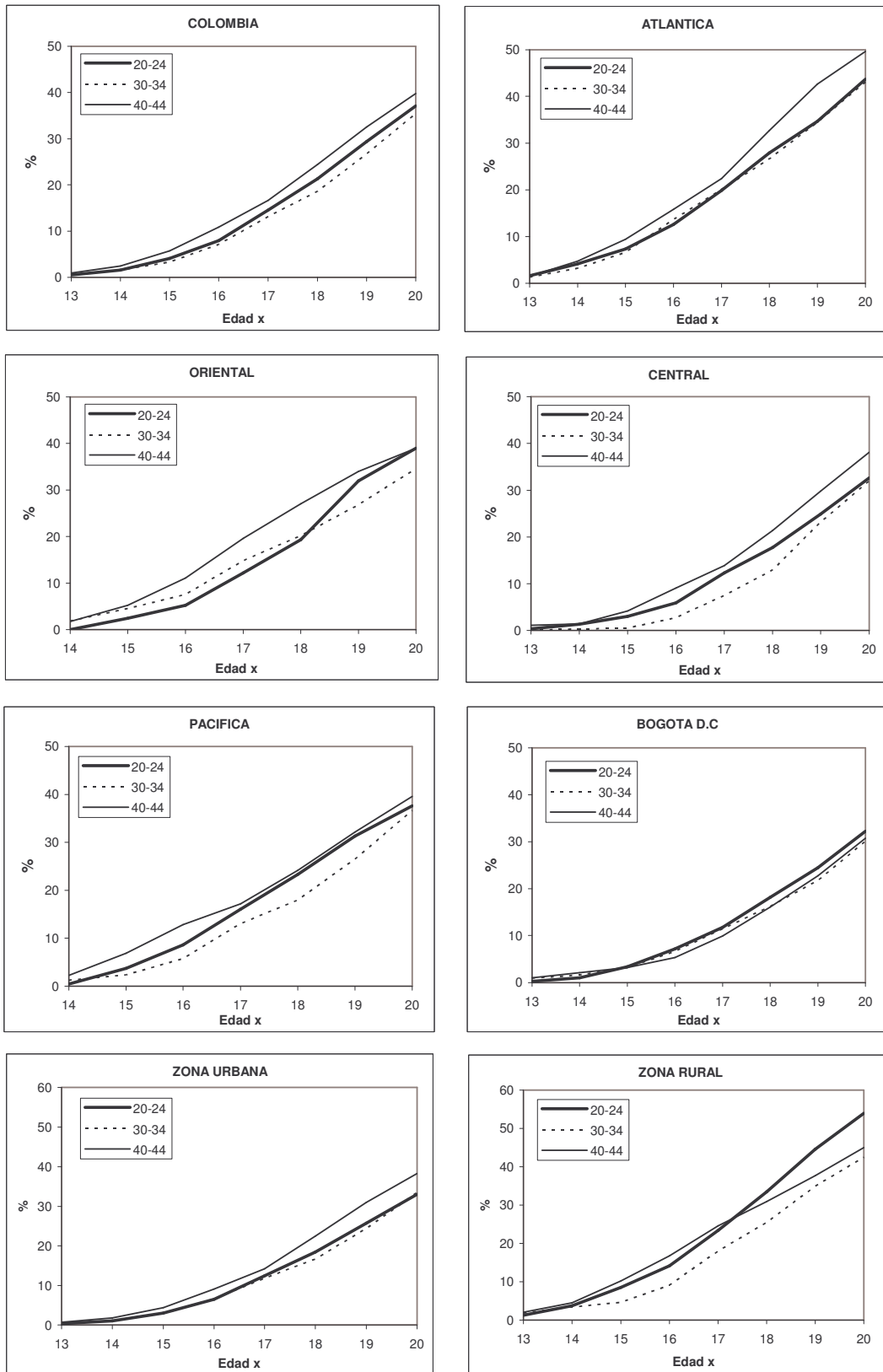
En un estudio sobre América Latina, Goldman y Pebley (1981) muestran que casi la mitad de las parejas en unión consensual eventualmente legalizan la unión, sugiriendo que las uniones consensuales pueden considerarse como un “ensayo” o “prueba” previo al matrimonio legal/religioso. Este comportamiento también parece evidente de la prevalencia de la unión consensual por edad entre las adolescentes: las uniones consensuales son más comunes entre las adolescentes más jóvenes que entre las adolescentes mayores (Gráfico 8).

Gráfico 8: Distribución de adolescentes alguna vez unidas por estado civil y por edad según zona. 2000



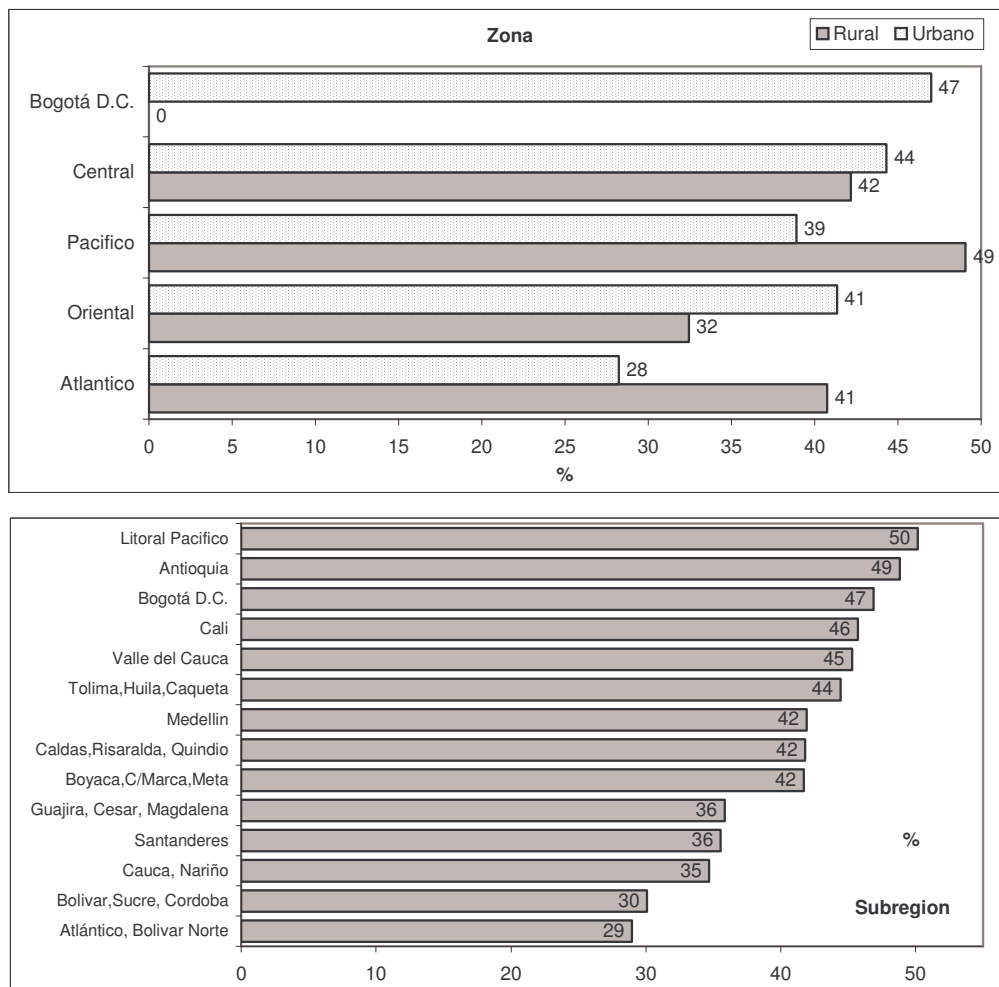
Comparar la experiencia de inicio de las uniones hasta la edad de 20 años por cohorte de edad nos permite identificar tendencias por zona y regiones (Gráfico 9). La tendencia en la entrada a la unión es similar a la tendencia en la maternidad adolescente. Primero observamos un descenso en la importancia de las uniones entre la cohorte de 40-45 años y la cohorte de 30-34 años, para luego observar nuevamente un aumento de las uniones entre la cohorte de 30-34 años y la cohorte más joven, de 20-24 años. Así, la proporción de unidas antes de los 20 años aumenta de 35% a 40% entre el grupo de 30-34 y 20-24 años. Sin embargo, esta tendencia es diferente en intensidad por zona y región. De una parte, el aumento en las uniones en la cohorte más joven es mayor en las zonas rurales que en las urbanas. En las primeras, la proporción de unidas antes de los 20 años aumenta de 42% a 54% entre las cohortes 30-34 y 20-24 años, mientras que en la zona urbana el cambio es casi nulo. Igualmente, el aumento es muy marcado en la región Central y Pacífica, mientras que es casi inexistente en la región Atlántica y en Bogotá (Gráfico 9). El aumento observado en las regiones Central y Pacífica se da desde el período de adolescencia temprana, indicando un inicio más temprano y cada vez más rápido de las adolescentes en las uniones maritales.

Gráfico 9: Proporción de mujeres unidas antes de la edad x por cohorte de edad por región y zona. 2000



La exposición al riesgo de embarazo depende no sólo de que exista una unión estable, sino también de la frecuencia de relaciones sexuales premaritales (previas a la formalización de la unión). Aunque por lo general la mayoría de la actividad sexual ocurre dentro de una unión, legal o consensual, estudios anteriores (Flórez y Núñez, 2002) han evidenciado que en el caso de Colombia (al igual que en Brasil) hay una alta proporción de mujeres no unidas que tienen un compañero sexual de forma regular. El Gráfico 10 muestra la proporción de adolescentes que ha tenido su primera relación por zona de residencia y subregión. En promedio, un 40% de las adolescentes ha tenido su primera relación sexual (Ordoñez, 2002). Sin embargo, entre regiones y subregiones se observan grandes diferencias que fluctúan entre 50% en el Litoral Pacífico y menos de 30% en Atlántico y Bolívar.

Gráfico 10: Proporción de adolescentes que han tenido su primera relación por zona y subregión. 2000



No hay un patrón claro de actividad sexual por zona de residencia y región. Mientras que en las regiones costeras (Atlántica y Pacífica) la actividad sexual es mayor en la zona rural que en la urbana, en el resto del país (especialmente

en la región Oriental) es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Por subregión, los resultados indican que la mayor frecuencia de actividad sexual se encuentra entre las adolescentes del Litoral Pacífico y resto de Antioquia, en donde la mitad de las adolescentes ya ha tenido relaciones sexuales. Estas dos subregiones son a su vez las de mayor incidencia de las uniones y las de mayor fecundidad adolescente, sugiriendo probablemente una fecundidad adolescente dentro de las uniones. En las grandes ciudades, Bogotá, Cali y Medellín, la incidencia de la actividad sexual es también alta, alrededor del 45%. Por el contrario, en las regiones de Atlántico/Bolívar Norte y Bolívar/Sucre/Cordoba, una proporción mucho menor, alrededor del 30%, de las adolescentes ha iniciado su actividad sexual. Estas diferencias entre subregiones nos llevan a analizar no sólo la unión (legal o consensual) sino también los patrones de inicio de las relaciones sexuales como posible determinante de la fecundidad adolescente.

El patrón de inicio de la actividad sexual ha cambiado entre cohortes (Gráfico 11), mostrando la misma tendencia observada en los patrones de primera unión y maternidad adolescente. Es decir, hay un descenso entre la cohorte 40-44 años y 30-34 años, pero un aumento entre la cohorte 30-34 años y 20-24 años, indicando un aumento en el inicio de la actividad sexual en la última década. Así, la proporción que ha iniciado relaciones sexuales antes de los 20 años aumenta de 55% a 68.7% entre las cohortes de 30-34 y 20-24 años de edad. Sin embargo, los cambios en el patrón de inicio de la actividad sexual han sido mucho más marcados que los observados en la primera unión (Gráfico 11). El patrón de inicio de la actividad sexual aumenta entre cohortes en todas las regiones y en ambas zonas de residencia, mientras que, como vimos anteriormente el patrón de primera unión cambió principalmente en las zonas rurales y en la región Central y Pacífica.

Los resultados hasta ahora evidencian un aumento en los patrones de inicio de la maternidad, unión y actividad sexual en las cohortes más jóvenes respecto a cohortes mayores. ¿Cuáles son los diferenciales por región en esos tres patrones para el grupo de mujeres jóvenes de 20-24 años, y qué implicaciones tienen? El Gráfico 12-a muestra, para cada uno de los patrones por edad, las diferencias entre regiones. El Gráfico 12-b por su parte compara, para cada región, los tres patrones. Dos hechos resaltan del primer gráfico. Primero, la región Pacífica muestra un inicio más rápido de la actividad sexual y de la maternidad que el resto de regiones. Segundo, la región Atlántica tiene uno de los patrones de maternidad adolescente más alto, el patrón de actividad sexual más tardío pero el patrón más joven y más rápido de la primera unión (legal o consensual). Esto sugeriría que la maternidad adolescente en la región Pacífica está asociada al rápido inicio de la actividad sexual, mientras que en el caso de la región Atlántica está más asociado al pronto inicio de las uniones. El Gráfico 12-b confirma esta hipótesis. En todas las regiones, el patrón de inicio de actividades sexuales empieza más temprano y es más rápido que el patrón de la primera unión, sugiriendo la existencia de relaciones sexuales premaritales.

Grafico 11: Proporción de mujeres que han tenido su primera relación antes de la edad x por cohorte de edad, region y zona . 2000

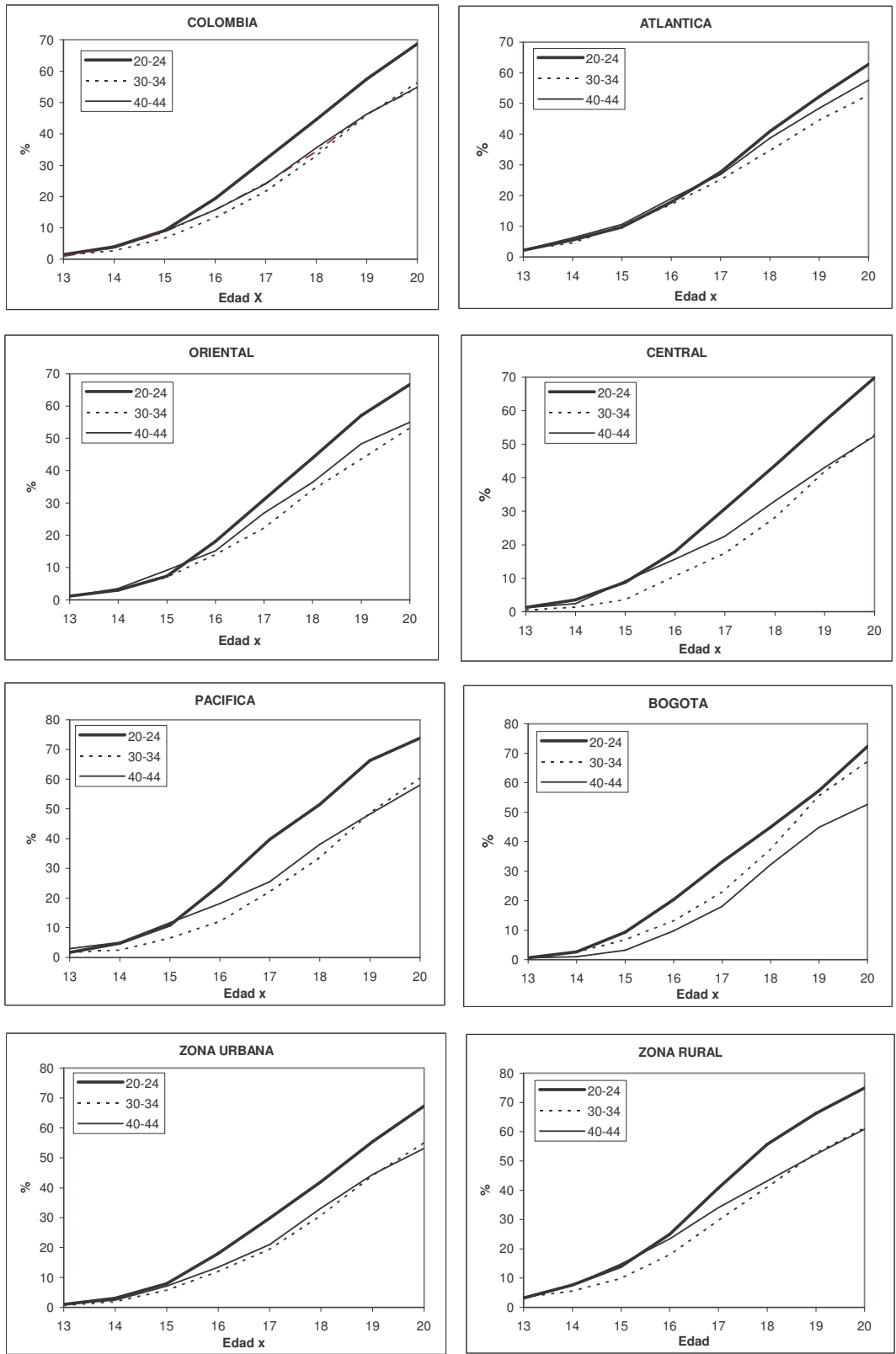


Grafico 12a: Proporción de mujeres de 20-24 años que son madres, se han unido, y han tenido su primera relación antes de la edad x por region. 2000

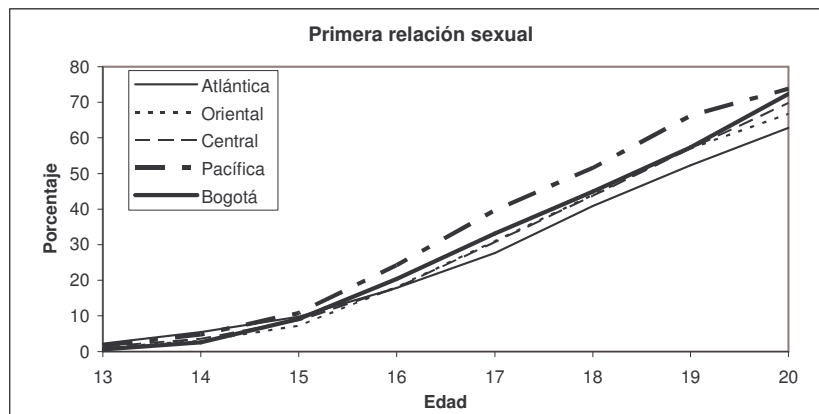
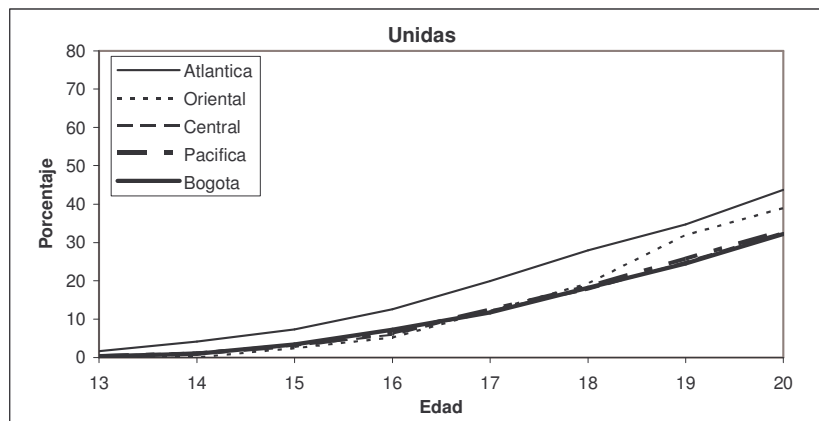
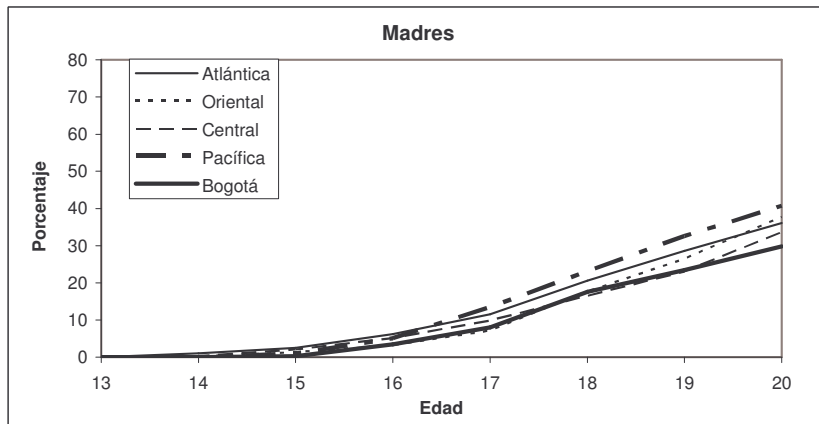
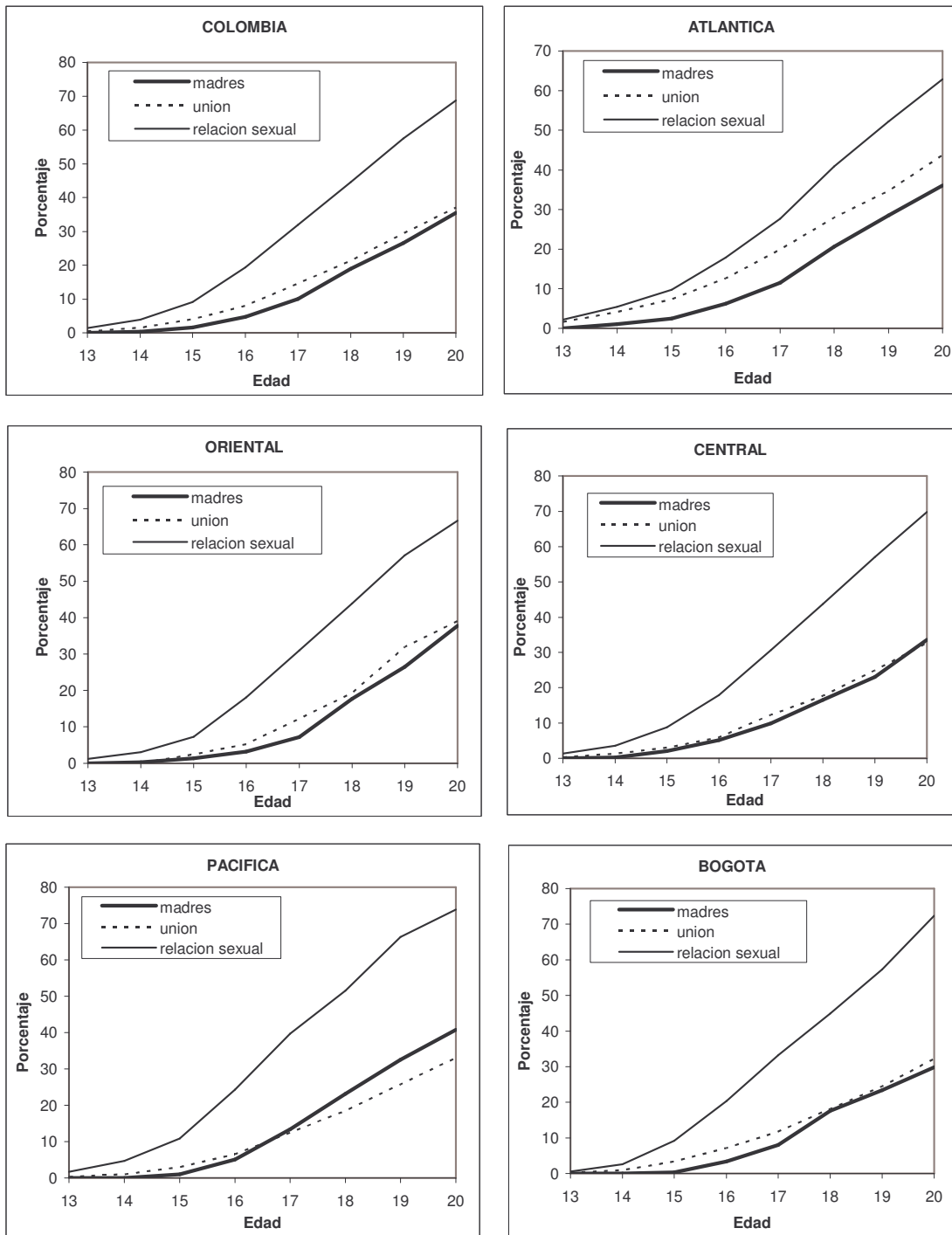


Grafico 12b: Proporción de mujeres de 20-24 años que son madres, se han unido, y han tenido su primera relación antes de la edad x por region. 2000

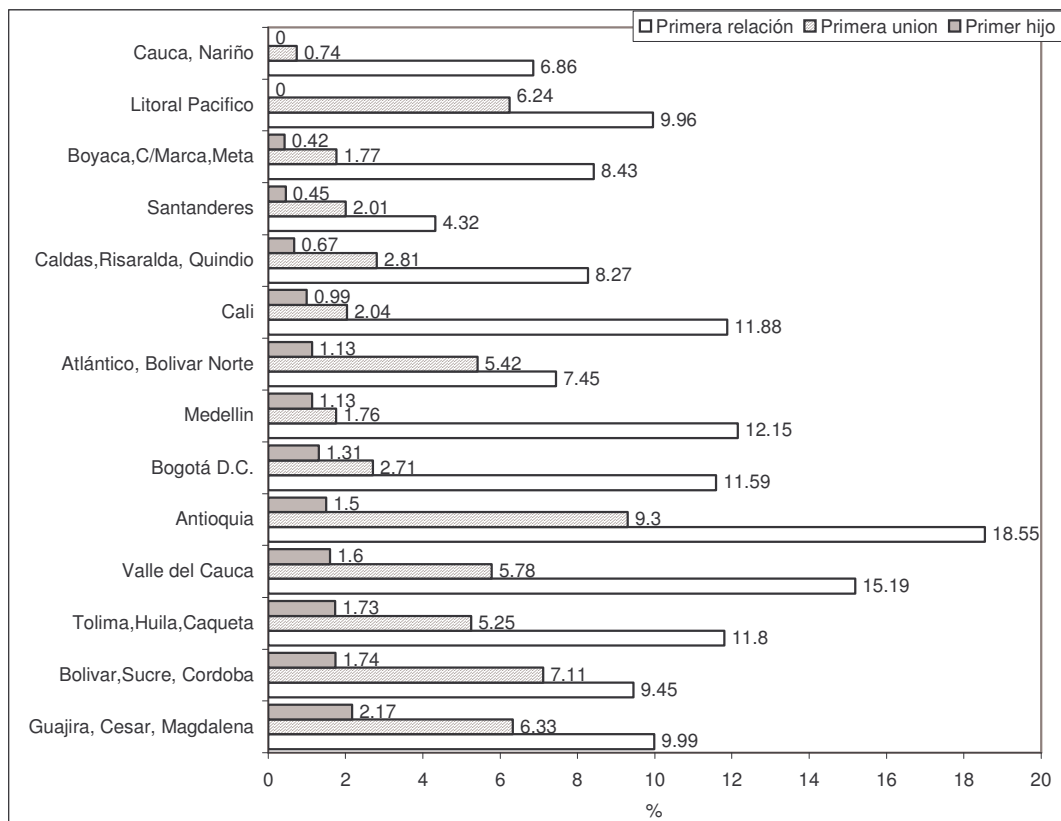


En todas las regiones, con excepción de la región Pacífica, el patrón de la primera unión está por encima del patrón de maternidad, indicando que las mujeres primero se unen y luego tienen su primer hijo. Esto es más claro y

marcado en el caso de la región Atlántica, en donde los patrones son paralelos y claramente diferenciables. En el caso de la región Pacífica, el patrón de maternidad está por encima del patrón de la primera unión, indicando que muchas de las adolescentes tienen su primer hijo antes de su primera unión (legal o consensual) estable. En este caso, el inicio temprano y rápido de la actividad sexual juega un papel en la maternidad adolescente.

El Gráfico 13 muestra el inicio de la actividad sexual, la unión y la maternidad para las adolescentes (15-19 años). Aunque la cohorte está censurada, aún es importante analizar el inicio temprano de esas tres actividades ya que tienen implicaciones para la fecundidad acumulada a edades mayores. Dos hechos surgen. Primero, no hay un patrón claro entre temprano inicio de relaciones sexuales y temprano inicio de la primera unión, confirmando el hecho de que hay una parte importante de actividad sexual premarital. Esto es particularmente importante en Cauca/Nariño, Cali, Bogotá, Medellín, y Boyacá/ Cundinamarca/ etc. Segundo, no hay una relación clara entre temprana unión y mayor maternidad o entre temprana actividad sexual y mayor maternidad, sugiriendo un papel importante del uso de planificación familiar como medio de control de la fecundidad.

Gráfico 13: Proporción de adolescentes que han tenido su primera relación, su primera unión y su primer hijo antes de los 15 años por subregión. 2000



6.2.2. Conocimiento y uso de planificación familiar

Existen diversos factores por los cuales las mujeres deciden utilizar métodos anticonceptivos, más aún cuando son adolescentes. La estabilidad de una unión (legal o consensual) y el deseo de tener un hijo influyen ampliamente en esta decisión. La práctica del control natal entre mujeres que desean evitar un embarazo depende tanto del conocimiento como del acceso a los métodos de planificación familiar, que involucra no solo la información de cada método, sino también la oferta y servicios que caracterizan estos productos. El acceso a métodos de planificación familiar, y en general a los servicios de salud sexual y reproductiva, es crucial entre las adolescentes (The Alan Guttmacher Institute, 1998). En general, el conocimiento de métodos de planificación familiar es prácticamente universal en el país (Profamilia, 1995; 2000). Por el contrario, el uso de métodos difiere ampliamente entre regiones. Así, en la región Pacífica el 44% de las adolescentes unidas no utiliza ningún método, mientras que en Bogotá tal porcentaje es de sólo 25% (Gráfico 14). Estas diferencias coinciden con los diferenciales de fecundidad adolescente indicando un papel importante de la planificación familiar en los niveles de fecundidad.

Los resultados indican también que el uso de métodos tiene relación con la condición marital: en todas las regiones, las adolescentes no unidas pero sexualmente activas tienen un mayor nivel de uso de métodos de planificación familiar que las adolescentes unidas. El tipo de método utilizado también varía por región y por condición marital, aunque en general predominan los métodos modernos, especialmente entre las unidas (Gráfico 14). Con excepción de la región Pacífica, las adolescentes no unidas pero sexualmente activas tienden a utilizar métodos tradicionales, lo cual podría estar relacionado con barreras en el acceso a los métodos modernos, ya sean barreras de normas sociales o barreras de oferta.

Por subregión, los resultados para las adolescentes en unión indican una heterogeneidad no sólo en el uso de métodos sino en el tipo de métodos. De una parte está la región del resto de Antioquia que es la de mayor nivel de uso (78%), en su totalidad de métodos modernos (Gráfico 15). En el otro extremo, está la región de Guajira/Cesar/Magdalena en donde más de la mitad de las adolescentes en unión no usan métodos de planificación familiar, y menos de una tercera parte utiliza métodos modernos.

Más que el uso, es más importante analizar la demanda de planificación familiar pues ésta considera el deseo de controlar la fecundidad.¹² Entre las

¹² La demanda por planificación familiar incluye: 1) mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar, 2) mujeres actualmente usando cualquier método de planificación familiar, 3) mujeres que quedaron embarazadas mientras usaban un método. Las dos últimas conforman la demanda satisfecha. La demanda insatisfecha por planificación familiar incluye: 1) mujeres embarazadas cuyo embarazo es indeseado porque no deseaban más hijos o porque lo deseaban pero más tarde, 2) mujeres fértiles no utilizando métodos y quienes no desean más hijos o desean más hijos pero al menos dos años más tarde (Profamilia, 1985; 2000).

adolescentes actualmente unidas, la demanda por planificación familiar es similar en las zonas urbanas (83%) y rurales (80%), mientras que por región existen mayores diferencias (varía entre 100% en Medellín y 74% en el Litoral Pacífico) (Gráfico 16).

Gráfico 14: Distribución de adolescentes por uso actual de métodos de planificación familiar por estado marital 2000

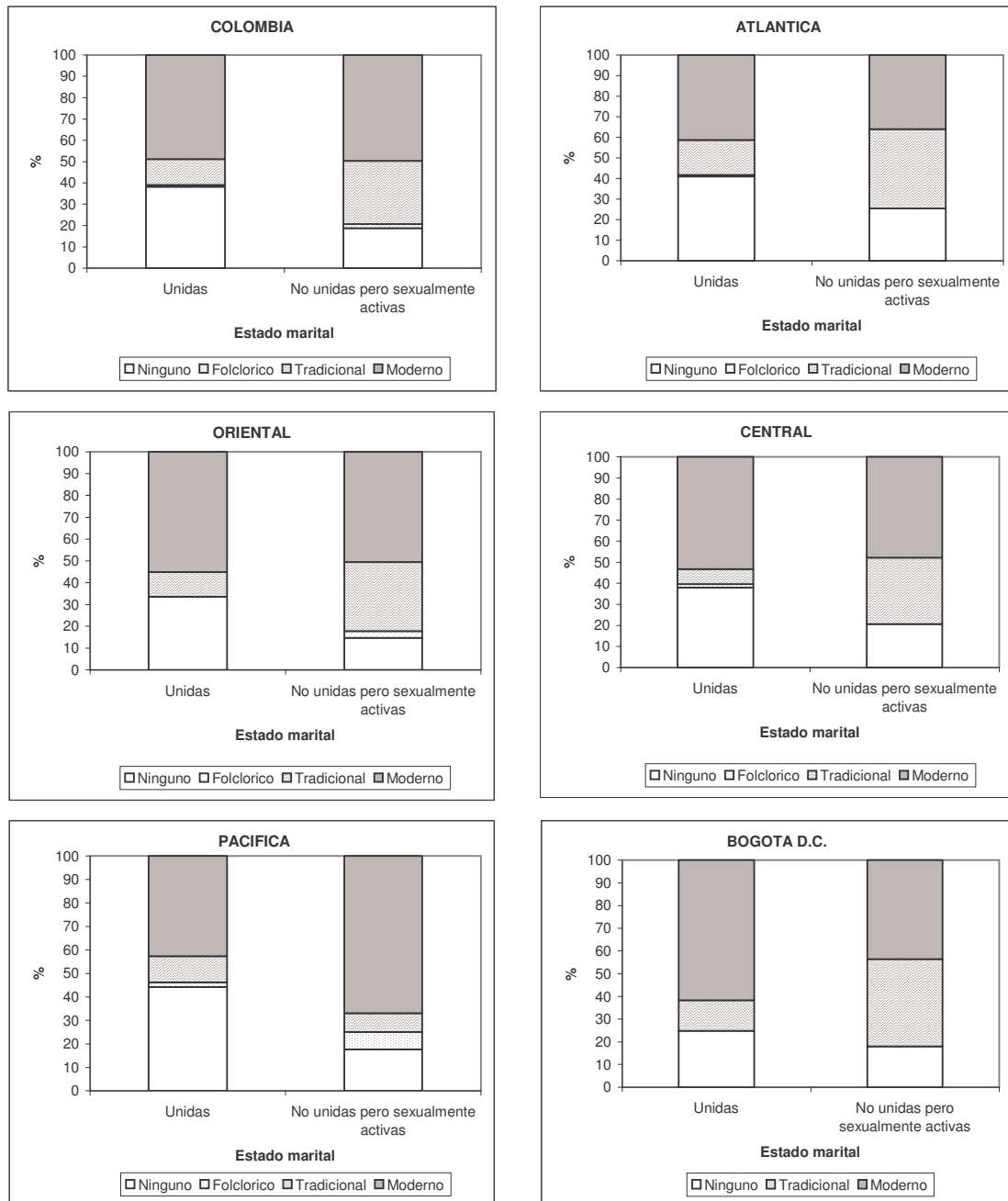


Gráfico 15: Distribución de adolescentes actualmente unidas por uso actual de métodos de planificación familiar por subregion. 2000

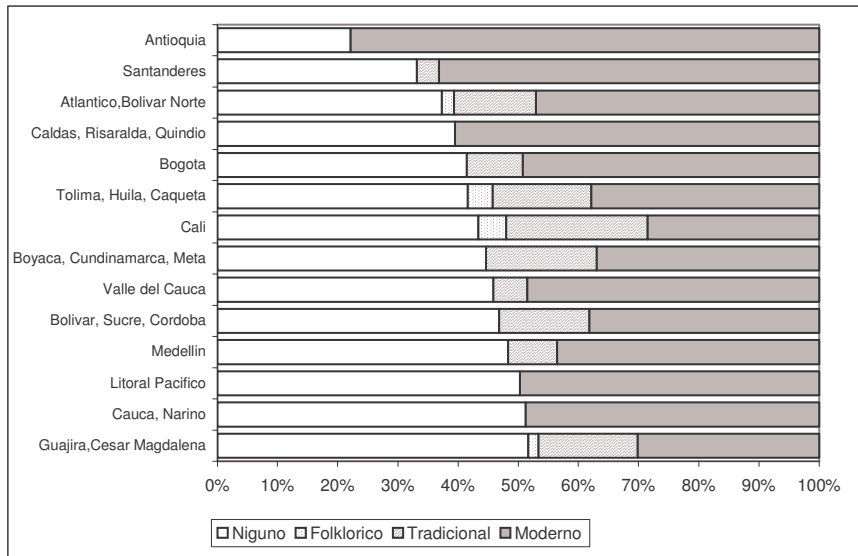
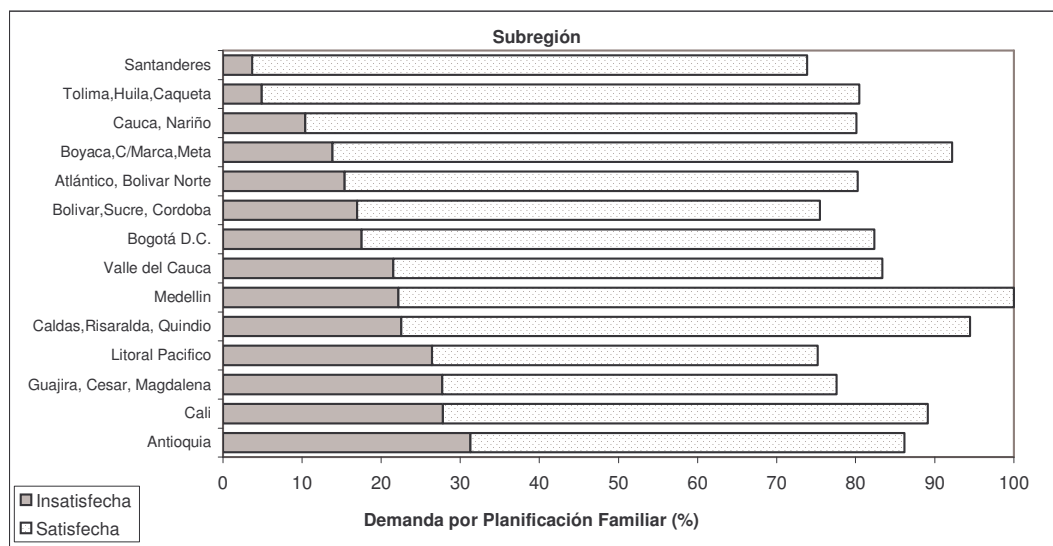
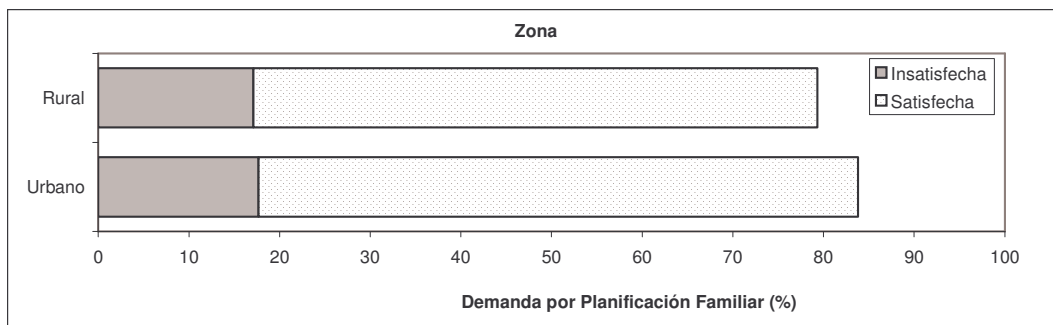


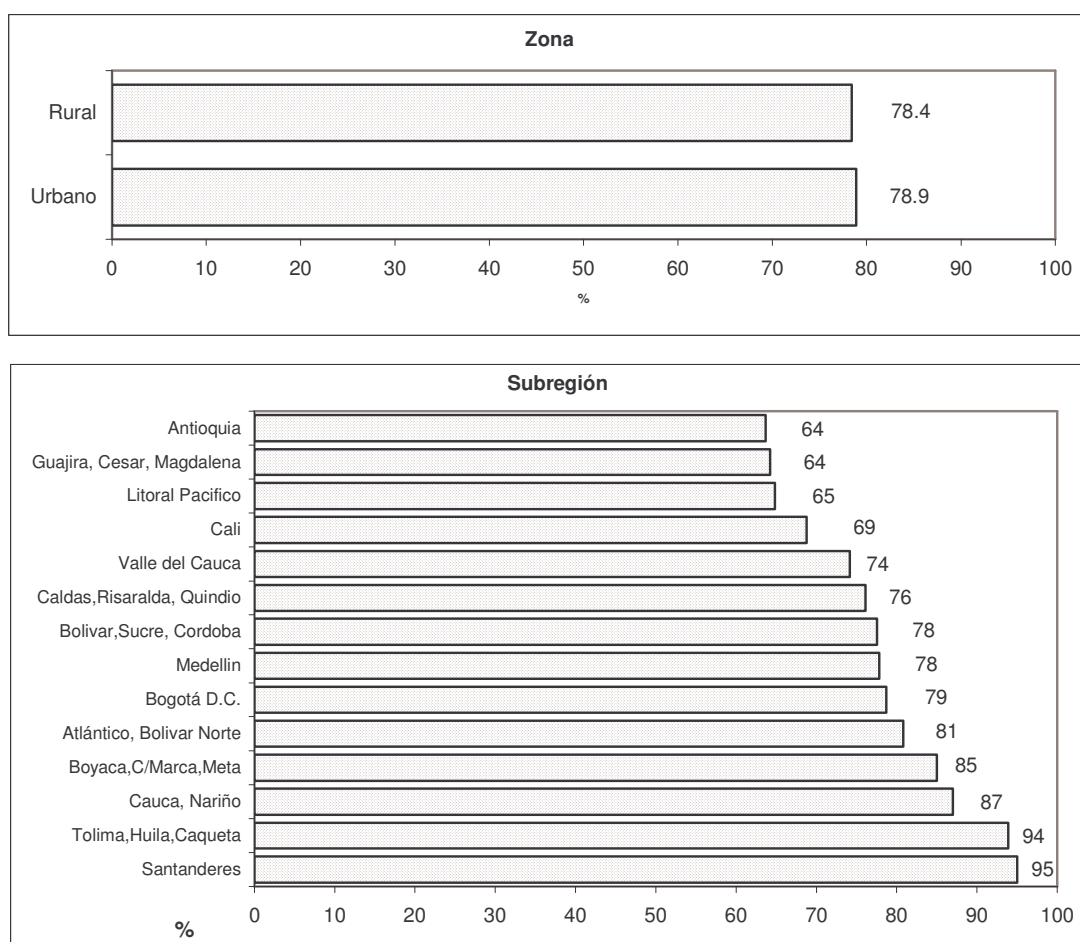
Gráfico 16: Demanda por planificación familiar entre adolescentes actualmente unidas por zona y subregion. 2000



Igualmente, la demanda satisfecha¹³ de planificación familiar es muy similar entre zonas urbanas y rurales (78%), pero es muy heterogénea por subregión (varía entre 64% en el resto de Antioquia y 95% en los Santanderes) (Gráfico 17). Si relacionamos esta jerarquización con el nivel de fecundidad adolescente, podemos observar que la fecundidad es mayor en regiones en donde es menor la demanda satisfecha por planificación familiar, como el resto de Antioquia y el Litoral Pacífico, sugiriendo un papel importante de la planificación familiar como determinante de la fecundidad adolescente.

Los resultados hasta ahora presentados sugieren que tanto el inicio de las relaciones sexuales o la unión como el uso de métodos de planificación familiar juegan un papel importante en el patrón / timing y en el nivel de la fecundidad adolescente. Se esperaría que el efecto de la actividad sexual y de la unión (exposición al riesgo de embarazo) fuera menor entre mayor sea el uso de planificación familiar.

Gráfico 17: Porcentaje de demanda satisfecha por planificación familiar entre adolescentes actualmente unidas por zona y subregión. 2000



¹³ Demanda satisfecha / demanda total.

6.2.3. Un balance de los determinantes próximos por región

Con el fin de estimar el impacto de la exposición al riesgo de embarazo en la tendencia en el nivel de la fecundidad adolescente, utilizamos el método de descomposición de cambios en la fecundidad en sus componentes de: patrón de unión y fecundidad marital (Rosero-Bixy, 1996). La siguiente ecuación se utilizó para estimar aquella parte del cambio en la proporción de madres adolescentes a la edad de 20 años, entre las mujeres de la cohorte 40-44 años de edad y las mujeres de 20-24 años de edad, atribuibles a cambios en la proporción de mujeres unidas a la edad de 20 años (C_m):

$$C_m = \frac{[(f_0 / m_0) + (f_1 / m_1)] * (m_1 - m_0)}{2 (f_1 - f_0)}$$

Donde los subíndices (0,1) se refieren a los grupos de edad (0=20-24 años; 1=40-44 años), f es la proporción de madres adolescentes y m es la proporción de adolescentes alguna vez unidas (legal o consensual). La relación entre unión (legal o consensual) y fecundidad asume que los nacimientos ocurren exclusivamente dentro de la unión. Sin embargo, en las secciones anteriores vimos que la actividad sexual premarital es importante y que en algunas regiones son importantes los nacimientos antes de las uniones estables. Por lo tanto, aquí utilizamos la misma ecuación para estimar el impacto del cambio en la proporción de mujeres con actividad sexual antes de los 20 años (C_i), en la fecundidad adolescente.

El Cuadro 3 muestra los resultados. A nivel del total del país y en las zonas urbanas, el cambio en el patrón de las uniones ha hecho contribuciones importantes hacia reducciones en la fecundidad adolescente. Sin embargo, esa tendencia ha sido contrarrestada por la tendencia en el inicio de la actividad sexual, y en últimas observamos una estabilidad en la fecundidad adolescente urbana. En las zonas rurales, por el contrario, tanto el cambio en el patrón de uniones como el inicio más temprano de la actividad sexual han contribuido al aumento observado en la fecundidad adolescente. Por región observamos patrones similares al de la zona urbana: una contribución del patrón de uniones hacia un descenso en la fecundidad adolescente que es contrarrestado por un pronto inicio en la actividad sexual. Sin embargo, la intensidad de cada uno de los efectos y su impacto final varía entre regiones. En el caso de las regiones Central y Pacífica, el efecto de la actividad sexual más que contrarresta el de las uniones, y observamos un aumento en la fecundidad adolescente. En el caso de la región Atlántica, el efecto de las uniones es mayor y observamos un descenso en la fecundidad adolescente.

Cuadro 3: Cambios en Fecundidad adolescente y en el tiempo de exposición por zona y región. 2000

Región	% mujeres madres a los 20 años		% mujeres unidas a los 20 años		% mujeres con relaciones sexuales a los 20 años		Contribución del tiempo de exposición	
	f(40-44)	f(20-24)	m(40-44)	m(20-24)	i(40-44)	i(20-24)	Cm	Ci
Colombia	33.3	35.5	39.8	37.1	54.9	68.7	-1.2	3.7
Zona Urbana	31.1	31.0	38.2	33.0	53.1	67.3	45.6	-74.0
Zona Rural	40.6	54.2	44.9	53.9	60.9	74.9	0.6	0.7
Atlántica	39.3	36.0	49.6	43.7	57.7	62.8	1.5	-1.0
Oriental	38.2	37.7	39.0	39.0	55.0	66.7	0.0	-16.3
Central	28.3	33.6	38.1	32.7	52.5	69.8	-0.9	1.7
Pacífica	35.1	40.8	39.6	37.6	58.0	73.8	-0.3	1.6
Bogotá	27.4	29.8	30.7	32.2	52.6	72.3	0.6	3.8

Las diferentes contribuciones por región del patrón de uniones y de inicio de actividad sexual llevan a analizar su impacto sobre el madresolterismo. Como vimos en la introducción, las implicaciones de la maternidad adolescente son más negativas cuando esta ocurre a edades tempranas y fuera de uniones estables. El Gráfico 18 muestra la distribución de madres por intervalo entre la unión y el primer nacimiento, por cohorte de edad¹⁴. Aunque la proporción de mujeres nunca unidas disminuye con la edad, es importante analizar la tendencia en la proporción de madres con hijos antes de la primera unión (nunca unidas o con intervalo negativo)¹⁵.

Claramente, en todas las regiones se observa un aumento en dicha proporción. Este aumento implica que el madresolterismo ha aumentado entre las adolescentes, y confirma el importante papel que ha jugado el inicio de la actividad sexual en el aumento de la fecundidad adolescente. Por regiones, la región Atlántica es la que menos cambio muestra entre cohortes, mientras que la región Pacífica es la de mayor aumento de las adolescentes madres sin unión estable.

Las adolescentes madres solteras pueden formalizar una unión (legal o consensual) después del nacimiento del hijo. El Gráfico 19 muestra la distribución de madres adolescentes por estado marital al momento de la encuesta. Claramente, hay una proporción importante de adolescentes que son madres solteras: 22% en el total del país, con poca diferencia entre zonas urbanas y rurales. Sin embargo, entre regiones tenemos una mayor heterogeneidad: en la región Atlántica está la menor proporción de adolescentes madres solteras (8%), mientras que en el resto de regiones las proporciones son similares, entre 25% en Bogotá y 28% en la región Pacífica. Así, con excepción de la región Atlántica, por lo menos una cuarta parte de las madres adolescentes son madres solteras, criando sus hijos solas, con implicaciones negativas – presentes y futuras – tanto para la madre como para el hijo.

¹⁴ Debido a que la primera unión y el primer nacimiento ocurren principalmente a edades jóvenes, el intervalo primera unión-primer nacimiento se concentra en el periodo adolescente.

¹⁵ El intervalo es negativo si el nacimiento del primer hijo ocurre antes de la unión.

Grafico 18: Distribución de madres por intervalo primera union - primer nacimiento, por cohorte de edad. 2000

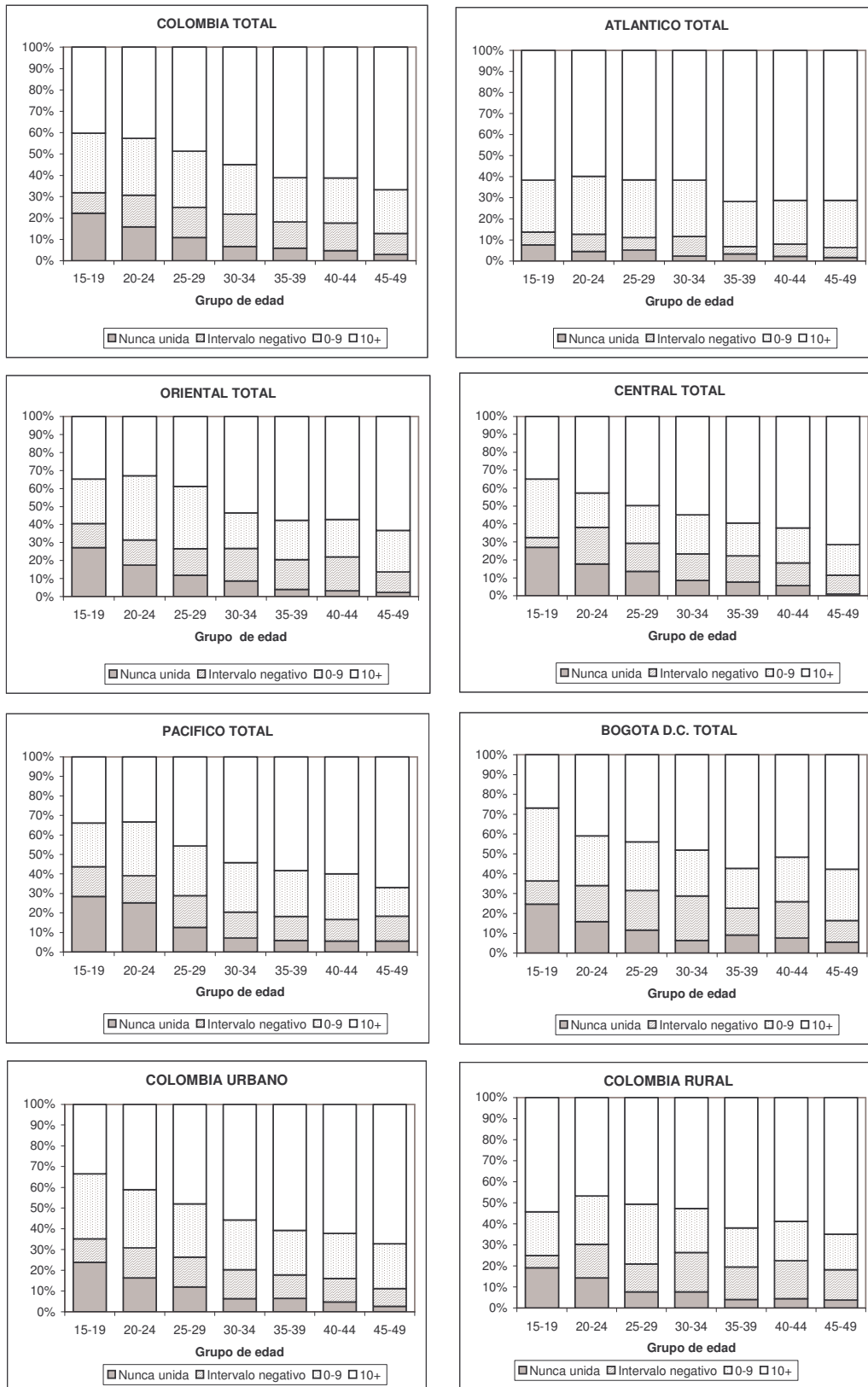
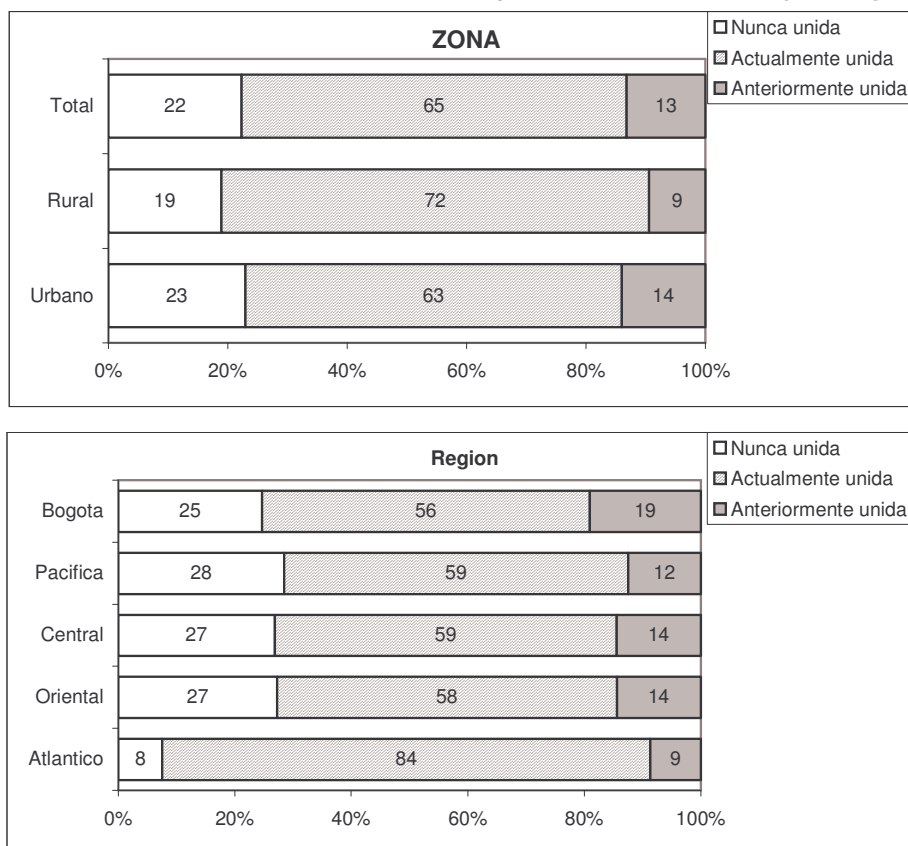


Grafico 19: Distribucion de madres adolescentes por estado marital, zona y subregion. 2000



7. LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN BOGOTA Y CALI

Como se registró en los capítulos anteriores, la información secundaria disponible, de carácter transversal, evidencia un aumento en la fecundidad adolescente durante los últimos años, mayor en las zonas rurales que en las urbanas, y mayor en las regiones Central y Pacífica que en el resto del país. Este aumento está relacionado con un pronto inicio de la actividad sexual, mientras que se ha retardado el inicio de las uniones estables (legales o consensuales). De igual forma, el uso de métodos de planificación familiar ha contrarrestado el aumento de la fecundidad adolescente, ya que la demanda satisfecha de planificación familiar está relacionada con una menor fecundidad.

Los diferenciales entre regiones y subregiones en el nivel, timing y tendencia de la fecundidad adolescente y de sus determinantes próximos sugieren efectos importantes no sólo de factores socioeconómicos, sino también de factores contextuales, cognitivos, de percepciones y valores. En este capítulo utilizamos un enfoque de historia de vida y nos centramos en analizar los determinantes socioeconómicos de la fecundidad adolescente en Bogotá y Cali, dos regiones culturalmente diferentes.

7.1. El contexto de las dos ciudades

El marco analítico adoptado en esta investigación (Capítulo 4) supone una influencia del contexto sociocultural sobre la fecundidad y sus determinantes próximos, es decir, sobre las decisiones de los adolescentes acerca de tener relaciones sexuales, usar métodos de planificación familiar, unirse, ser madres. Por esta razón, en esta sección nos centramos en caracterizar el contexto de las dos ciudades de estudio.

7.1.1. Las condiciones de las viviendas y los hogares

Indicadores importantes del nivel socioeconómico se relacionan con la habitabilidad de la vivienda, el acceso a servicios públicos básicos, y la posesión de activos fijos. Dos aspectos de la habitabilidad pueden mencionarse: la tipología de la vivienda y el hacinamiento de los hogares¹⁶. El Cuadro 4 muestra la distribución de las viviendas por tipo. La vivienda predominante es la vivienda independiente, casa o apartamento: más del 90% de las viviendas de las dos ciudades se clasifican de esta forma. Sin embargo, hay diferencias por estrato. En las dos ciudades, entre un 7% - 9% de las viviendas del estrato bajo son tipo cuarto, mientras que en el estrato medio-alto este porcentaje está por debajo del 3%. Este diferencial puede asociarse con el hacinamiento, cuyas diferencias son significativas por estrato. En el estrato bajo, el 15% de los hogares en Bogotá y el 17% de los de Cali están en hacinamiento crítico, mientras que esta situación prácticamente no existe en los hogares del estrato alto en las dos ciudades.

Cuadro 4: Distribución de los hogares por características socioeconómicas (%)

Porcentaje de:	BOGOTA			CALI		
	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total
Tipo de Vivienda						
Casa independiente	66.8	50.4	58.9	76.8	74.3	75.1
Apartamento	25.9	47.0	36.0	14.1	22.6	19.6
Cuarto	7.3	2.6	5.1	8.6	3.1	5.1
Otro	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hogares en hacinamiento	15.0	1.3	8.4	17.2	1.1	6.7
Posesión de activos fijos						
Teléfono fijo	85.0	91.3	88.0	79.8	94.1	88.9
Teléfono móvil	12.6	48.1	29.6	14.1	52.0	38.4
Nevera	68.9	93.6	80.7	82.8	95.5	90.9
Licuada	79.7	94.7	86.9	84.8	96.9	92.6
Carro	12.6	47.0	29.1	9.1	39.0	28.3
Servicio de antena parabólica	23.4	43.9	33.3	55.0	74.6	67.6
Servicio de TV por cable	3.1	27.3	14.7	8.1	28.2	21.0
Computador	11.9	49.6	30.0	7.1	44.1	30.8
Servicio de Internet	3.5	29.0	15.6	4.0	32.2	22.1
N	286	264	550	198	354	552

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

¹⁶ Un hogar se encuentra hacinado si hay más de tres personas por cuarto.

En las zonas urbanas, y especialmente en las principales ciudades, la cobertura de servicios públicos es casi universal y por lo tanto deja de ser un indicador discriminante de las condiciones socioeconómicas de los hogares. En estos casos se utiliza la posesión de activos físicos, y en particular aquellos relacionados con la tecnología moderna. El Cuadro 4 muestra grandes diferenciales por estrato, favorables al estrato alto, en la posesión de teléfono móvil, carro, servicio de antena parabólica, servicio de televisión por cable, computador y servicio de internet. Estos activos fijos, relacionados con los medios de comunicación, claramente dan acceso privilegiado a los hogares del estrato medio-alto a información y contacto con diferentes culturas del mundo, influyendo en su visión y concepción de los valores y roles de la familia y de los hijos.

7.1.2. Características socioeconómicas de los hogares

La familia es la base de una sociedad. Sin embargo, debido a la dificultad de observar la familia, nos aproximamos a través del hogar. Los hogares familiares son aquellos integrados por personas relacionadas entre sí por consanguinidad, adopción o matrimonio, incluyendo las uniones consensuales cuando son estables. Los hogares familiares pueden clasificarse de acuerdo a la relación de parentesco entre sus miembros, organizados alrededor de un núcleo familiar primario¹⁷. De esta forma, tenemos hogares familiares nucleares y amplios. Los primeros están conformados por el núcleo familiar primario únicamente. Los segundos, incluyen otros parientes y/o no parientes. Simultáneamente, el hogar puede clasificarse en biparental o monoparental por la presencia o ausencia del cónyuge del jefe del hogar. El Cuadro 5 muestra la distribución de los hogares por tipo.

Al igual que en el resto del país, en las dos ciudades predomina el hogar nuclear biparental, seguido por el hogar amplio biparental. Sin embargo, hay diferencias por ciudad y por estrato. De una parte, en Cali es más común el hogar incompleto (monoparental) y el hogar amplio: cerca de la tercera parte de los hogares de Cali son monoparentales, y casi la mitad son hogares amplios. Así, más de la quinta parte de los hogares de Cali (22.8%) son amplios monoparentales. Por el contrario, en Bogotá este tipo de hogar sólo representa el 12.5% del total. Por otra parte, la importancia del hogar nuclear biparental aumenta con el estrato en Bogotá, mientras que disminuye en Cali. Por el contrario, en Cali es el hogar amplio biparental el que se hace más importante a medida que aumenta el estrato. Estas diferentes formas de organización familiar entre las dos ciudades, que probablemente representan diferentes culturas y diferentes concepciones sobre el papel de la familia: Cali influenciada por la cultura afro colombiana del litoral pacífico, mientras que Bogotá caracteriza el altiplano cundiboyacense de costumbres tradicionales, de una u otra manera influyen en el comportamiento reproductivo de las adolescentes.

¹⁷ El núcleo familiar primario está constituido exclusivamente por la pareja con o sin hijos, viviendo en el mismo hogar.

Cuadro 5: Distribución de los hogares segun Características sociodemográficas (%)

Indicador del Hogar	BOGOTA			CALI			
	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	
Tipo de Hogar							
Nuclear	Biparental	46.9	54.2	50.4	44.5	41.9	42.7
	Monoparental	17.1	12.9	15.1	8.6	10.4	9.8
Amplio	Biparental	25.5	18.2	22.0	21.7	26.0	24.7
	Monoparental	10.5	14.7	12.5	25.2	21.7	22.8
Total	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	Biparental	72.4	72.4	72.4	66.2	67.9	67.4
	Monoparental	27.6	27.6	27.6	33.8	32.1	32.6
Total	Nuclear	64.0	67.1	65.5	53.1	52.3	52.5
	Amplio	36.0	32.9	34.5	46.9	47.7	47.5
Tasa de Jefatura femenina							
Nuclear	Biparental	11.2	9.8	10.5	17.1	8.7	11.8
	Monoparental	95.9	94.1	95.2	100.0	86.5	90.7
Amplio	Biparental	13.7	14.6	14.1	11.6	12.1	11.9
	Monoparental	86.7	89.5	88.2	90.0	85.7	87.4
Total	Total	34.3	33.1	33.6	41.4	34.5	37.0
Edad promedio del jefe		43.0	46.5	44.7	42.9	46.3	45.1
Tipo de unión del jefe							
Matrimonio		33.0	54.8	43.5	24.2	48.3	39.7
Unión consensual		40.0	19.0	29.9	46.0	22.3	30.8
Separación/divorcio		16.8	13.3	15.1	16.1	18.1	17.4
Viudez		6.3	8.4	7.3	8.1	5.4	6.3
Soltero/a		3.9	4.5	4.2	5.6	5.9	5.8
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N		286	264	550	198	354	552

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

En las dos ciudades, en los hogares familiares biparentales, nucleares y amplios, el hombre es principalmente el jefe del hogar. Por el contrario, la mayoría de los hogares monoparentales tienen jefatura femenina. Este hecho refleja la tradición en la sociedad colombiana de que el rol del jefe del hogar es atribuido al hombre cuando éste está presente, aunque de hecho la autoridad y el sostenimiento del hogar sean compartidos con la mujer. Por estrato, la tasa de jefatura femenina es mayor en los estratos bajos que en el medio-alto, en las dos ciudades, pero especialmente en Cali, y en cualquier tipo de hogar. En los hogares monoparentales indica una mayor responsabilidad del hombre de los estratos medios-alto ante disoluciones del hogar. En los hogares biparentales indica un mayor reconocimiento de la autoridad y contribución de la mujer de los estratos bajos al sostenimiento del hogar.

La edad promedio del jefe del hogar no muestra diferencias importantes entre las dos ciudades, aunque si indica jefes más jóvenes en los estratos bajos que en los estratos medio-alto, reflejando patrones de formación familiar a edades más tempranas en los estratos bajos. El matrimonio, legal o religioso, es la principal forma de unión de los jefes en las dos ciudades: 43.5% en Bogotá y 40% en Cali. Sin embargo, la unión consensual es también importante pues cubija el 30% de los jefes de hogar en cada ciudad. Por estrato, la unión consensual es

más común que el matrimonio en el estrato bajo, mientras sucede lo contrario en el estrato alto. Esto es principalmente marcado en Cali, en donde menos de la cuarta parte de los hogares del estrato bajo están formados mediante el matrimonio legal o religioso, mientras que el 46% están en unión consensual. Nuevamente, esta diferencia es reflejo de las diferentes culturas en las dos ciudades y es de esperarse se refleje en un comportamiento reproductivo de las adolescentes diferencial por ciudad.

El nivel educativo, la actividad económica y la afiliación al régimen de seguridad social en salud son algunos de los indicadores socioeconómicos del hogar utilizados. El Cuadro 6 presenta los resultados. El clima educativo del hogar, promedio de años de estudio de los miembros del hogar de 15 años y más, muestra niveles aceptables en ambas ciudades: 9 años de educación¹⁸. Sin embargo, hay diferencias importantes (2.5 años) entre el estrato bajo y el medio-alto. Estas diferencias son más evidentes, especialmente en Bogotá, al comparar la distribución por nivel educativo. En Bogotá, el 40% de los jefes del estrato alto tienen al menos nivel universitario, mientras que sólo un poco más de la mitad del estrato bajo alcanza solo primaria. En Cali, las diferencias aunque significativas son menos marcadas: 27% de los jefes del estrato alto tiene educación universitaria, mientras que más del 60% del estrato bajo obtiene primaria.

La mayoría de los jefes de hogar, por ser uno de los responsables del sostenimiento del hogar, manifiestan el trabajo como su principal actividad: por lo menos el 80% en Cali y el 85% en Bogotá. Sin embargo, “otra” actividad no es insignificante entre los jefes de hogar, especialmente en Cali. Esto puede estar relacionado con la mayor proporción de hogares monoparentales con jefatura femenina que observamos en dicha ciudad y la menor participación de la mujer en el mercado laboral.

La cobertura familiar del sistema de seguridad social en salud hace que la afiliación del jefe del hogar sea un indicador aproximado del acceso a los servicios de salud de todos los miembros del hogar. Los resultados indican que el 17% de los jefes en Bogotá y el 19% de los jefes en Cali no están afiliados a ningún régimen. Estos niveles son relativamente bajos frente a la no cobertura del 39% que se observa en el total de la población urbana en el país en el 2000 (Profamilia, 2000). Sin embargo, se observan diferenciales importantes tanto en el nivel de afiliación como en el tipo de régimen. De una parte, los niveles de afiliación son mucho mayores en el estrato alto que en el bajo. Una quinta parte de los jefes del estrato bajo de Bogotá y cerca de una cuarta parte de los de Cali no tienen cobertura bajo ningún régimen de salud. De otra parte, aunque la afiliación al régimen contributivo es predominante en ambos estratos, es mucho mayor en el estrato alto mientras que el régimen subsidiado es importante en el estrato bajo, especialmente en Bogotá. Alrededor de la tercera parte de los jefes

¹⁸ Se considera bajo clima educativo si en promedio tienen menos de 6 años de educación formal.

del estrato bajo de Bogotá y una cuarta parte de los de Cali están cubiertos mediante el régimen subsidiado. Estos diferenciales por estrato en el nivel de cobertura y en el tipo de régimen de afiliación tiene implicaciones en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (planificación familiar, entre otros) entre las adolescentes.

Cuadro 6: Distribución de los hogares según Características socioeconómicas (%)

Indicador	BOGOTA			CALI		
	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total
Clima educativo del hogar	7.7	10.1	8.9	7.4	9.7	8.9
Máximo nivel educativo jefe						
Primaria	51.6	19.6	36.1	63.6	19.7	35.4
Secundaria	43.7	40.2	42.0	35.9	53.4	47.2
Universidad	4.7	40.2	21.9	0.5	26.9	17.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Actividad Económica jefe						
Trabajar	86.0	83.3	84.7	78.3	81.1	80.1
Buscar trabajo	4.2	1.1	2.7	2.0	1.1	1.4
Pensionado / Rentista	4.2	7.2	5.6	6.1	6.8	6.5
Otro	5.6	8.4	6.7	13.6	11.0	12.0
Total	100.0	100.0	99.7	100.0	100.0	100.0
Afiliación a Salud del jefe						
Contributivo	45.8	78.3	61.3	52.6	79.6	69.9
Subsidiado	33.6	9.1	21.9	23.7	3.7	10.9
No esta afiliado	20.6	12.6	16.8	23.7	16.7	19.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	286	264	550	198	354	552

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

7.1.3. Contexto familiar

El contexto y el ambiente familiar han demostrado ser factores que influyen en el desarrollo psicosocial y emocional de los niños, en el nivel de socialización, en el rendimiento escolar, en los logros educativos y en general en los logros en diferentes dimensiones durante su madurez. Dentro de los indicadores de contexto familiar, las características de la madre se consideran de gran importancia, especialmente para las niñas. El Cuadro 7 muestra algunos indicadores de la madre relacionados con el origen, la educación y la fecundidad.

Las madres de las adolescentes tienen en promedio 42 años de edad, siendo un poco mayores las de Bogotá. Por estrato, las madres del estrato bajo, en ambas ciudades, son menores, sugiriendo un inicio más temprano de sus roles reproductivos. Alrededor del 60% de las madres en Cali y la mitad de aquellas en Bogotá nacieron en la zona urbana. Claramente hay una relación entre el origen de la madre y el estrato. En ambas ciudades, la zona urbana es el lugar de nacimiento predominante entre las madres del estrato alto (más del 60%),

mientras que aquellas del estrato bajo provienen principalmente del campo, especialmente en Bogotá (60%).

Cuadro 7: Distribución de las adolescentes según Características sociodemográficas de la madre (%)

Característica	BOGOTA			CALI		
	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total
Edad promedio	41.7	43.5	42.6	40.8	41.5	41.2
Lugar de nacimiento						
Campo o pueblo	59.5	38.3	49.1	49.0	33.3	38.9
Ciudad	39.5	61.4	50.0	48.5	65.3	59.3
Fuera del país	0.0	0.4	0.2	0.5	0.9	0.7
No sabe	1.0	0.0	0.7	2.0	0.6	1.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Máximo nivel educativo						
Ninguno	1.8	0.4	1.1	3.5	1.4	2.2
Primaria incompleta	17.8	5.3	11.8	25.8	4.5	12.0
Primaria completa	34.6	11.0	23.3	29.8	10.7	17.9
Secundaria incompleta	29.4	25.8	27.6	26.3	27.1	26.8
Secundaria completa	10.1	26.9	18.2	11.6	33.3	25.4
Universitaria incompleta	2.8	25.4	13.6	1.0	15.0	9.9
Universitaria completa	1.8	4.6	3.1	0.5	4.2	2.9
No sabe	1.8	0.8	1.3	1.5	3.7	2.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Estado conyugal actual						
Casada	34.3	56.1	44.7	26.3	48.7	40.6
Unión consensual	36.2	20.9	28.9	46.8	28.0	34.7
Separada / Divorciada	24.4	17.2	21.0	22.2	20.1	20.8
Viuda	5.2	5.7	5.4	4.7	3.3	3.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Primera unión de la madre						
Matrimonio legal / religioso	39.1	65.9	51.8	28.5	57.7	47.3
Unión consensual	60.9	34.2	48.2	71.5	42.3	52.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Fecundidad						
Promedio de hijos	3.7	3.0	3.4	4.0	3.4	3.6
Edad al primer hijo	21.4	22.5	21.9	19.9	21.7	21.1
N	284	262	546	196	351	547

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

El nivel educativo de las madres es relativamente alto en las dos ciudades comparado con el resto del país, pues alrededor de las dos terceras partes tiene por lo menos algo de secundaria, y cerca de un 12% tiene algo de universitaria. Sin embargo, los diferenciales por estrato son marcados, especialmente en Bogotá. Cerca del 30% de las madres del estrato alto de Bogotá y 20% de las de Cali tienen algo de universidad. Por el contrario, el 55% de las madres del estrato bajo en Bogotá y el 59% en Cali solo alcanzan primaria completa o menos.

El matrimonio legal o religioso es el tipo de unión predominante entre las madres en las dos ciudades: por lo menos el 41% está casada. Sin embargo, existen grandes diferencias por estrato, especialmente en Cali. En Cali, un 47.6% de las

madres del estrato bajo están en unión consensual, mientras que en el estrato alto predomina es el matrimonio legal o religioso (48.7%). En Bogotá, al igual que en Cali, el matrimonio predomina en el estrato alto (56%), mientras que en el estrato bajo la unión consensual y el matrimonio son similares (35%). Estas diferencias entre ciudades, que puede estar reflejando diferencias culturales: Cali tiene influencia de la cultura abierta afro colombiana de la costa pacífica, mientras que Bogotá representa la cultura cerrada de la familia tradicional del altiplano cundiboyacense, puede estar influyendo en el comportamiento reproductivo de las adolescentes.

El indicador de formación de la familia (primera unión) evidencia una mayor importancia de la unión consensual en Cali que en Bogotá, con grandes diferenciales por estrato en las dos ciudades. Mientras que en el estrato alto, la mayoría de las madres de las adolescentes iniciaron su primera unión con el matrimonio legal o religioso (66% en Bogotá y 58% en Cali), en el estrato bajo, predomina la unión consensual, especialmente en Cali (71.5%). De otra parte, el tipo de unión de las madres al momento de la encuesta sugiere una mayor inestabilidad de las uniones consensuales. Aunque algunas de las primeras uniones consensuales pudieron legalizarse luego de un tiempo de unión, la distribución por estado conyugal actual indica un descenso substancial de las uniones consensuales frente a las uniones legales, al mismo tiempo que sobresalen de manera significativa las separaciones y divorcios.

Los indicadores de expansión de la familia evidencian niveles y patrones de fecundidad similares en las dos ciudades. Así, en ambas ciudades, el promedio de hijos está alrededor de 3.5 y la edad al primer hijo en 21 años. Por estrato, hay dos hechos que vale la pena mencionar. Primero, la edad al nacimiento del primer hijo es menor y la fecundidad es mayor en el estrato bajo que en el alto, en las dos ciudades. Segundo, las madres del estrato bajo de Cali son las de mayor nivel de fecundidad, 4 hijos, y las que más temprano iniciaron su expansión de la familia, a los 20 años. En el otro extremo están las del estrato alto de Bogotá: tienen la menor fecundidad, 3 hijos, y son las que más tarde iniciaron sus roles reproductivos, a los 22.5 años. Así, las madres de las adolescentes del estrato bajo de Cali tienen un hijo más e inician 3 años más jóvenes sus roles reproductivos que sus congéneres del estrato alto de Bogotá.

Al igual que las características de la madre, el ambiente familiar se considera que afecta el desarrollo social y el desempeño de los niños y jóvenes. El Cuadro 8 presenta algunos indicadores relacionados con la violencia intrafamiliar, el nivel de comunicación de la adolescente con su madre, y el grado de supervisión familiar ejercida en la adolescente. Los niveles de violencia intrafamiliar son relativamente altos, especialmente en Bogotá. El 36% de las madres en Bogotá y el 28% en Cali han sido golpeadas por alguien de la familia. Esta clase de violencia es mayor en los estratos bajos. Así, el 46% de las madres del estrato bajo de Bogotá y el 38% de las de Cali han sido golpeadas por un familiar. En el estrato alto, por lo menos la quinta parte ha sido golpeada. Entre aquellas que

han sido golpeadas, el 77% en Bogotá y el 67% en Cali fueron golpeadas por el padre de la adolescente. Estos porcentajes son similares por estrato en Bogotá, pero un poco mayores en el estrato bajo de Cali.

Cuadro 8: Proporción de adolescentes según características del Contexto familiar (%)

Característica	BOGOTA			CALI		
	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total
Violencia física en la madre						
La madre ha sido golpeada por un familiar	46.2	25.8	36.4	37.9	22.9	28.3
La madre ha sido golpeada por el papa	77.3	77.9	77.5	69.3	64.2	66.7
Violencia física en la adolescente						
Ha sido agredida por los padres, novio	44.4	23.5	34.4	50.0	36.2	41.1
Ha sido forzada a tener relaciones sexuales	4.2	2.3	3.3	3.5	2.3	2.7
Nivel de comunicación con la madre						
Siempre	32.9	13.3	23.4	18.7	7.6	11.6
La mayoría de veces	25.5	25.8	25.6	29.8	26.6	27.7
Algunas veces	39.9	60.6	49.9	48.5	63.8	58.3
Nunca	0.4	0.4	0.4	1.0	1.1	1.1
N.a. (mamá murio)	1.4	0.0	0.7	2.0	0.8	1.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Supervisión familiar de la adolescente						
Informa a los padres donde está cuando sale	94.8	97.0	95.8	93.4	93.8	93.7
Los padres saben con quién sale	90.6	94.3	92.4	89.9	94.4	92.7
Tiene acuerdo para hora de llegada a la casa	80.1	81.4	80.7	77.3	81.9	80.2
N	286	264	550	264	354	552

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

Los niveles de agresión física contra la adolescente, hecha por un familiar o el novio, son igualmente altos. El 34% de las adolescentes en Bogotá y el 41% de las de Cali han sido víctimas de violencia física. Estos niveles de violencia son mayores en los estratos bajos que en los altos, en las dos ciudades. Así, la mitad de las adolescentes del estrato bajo de Cali han sido violentadas físicamente, mientras que en las del estrato alto de Bogotá el porcentaje llega a 23%. Más allá de la violencia física está la violencia sexual. Los resultados indican que alrededor de un 3% de las adolescentes han sido forzadas a tener relaciones sexuales, y en una parte importante han sido forzadas por una persona conocida (50% en Bogotá y 40% en Cali). Por estrato, la violencia sexual es mayor entre las adolescentes del estrato bajo que del alto, en ambas ciudades.

La confianza entre madre y adolescente se refleja en el nivel de comunicación entre ellas. Los resultados indican que el nivel de comunicación madre – hija es mayor en Bogotá que en Cali. Un 23% de las adolescentes en Bogotá y un 11% en Cali dicen que siempre hablan con la mamá de las cosas que les afectan. Estos niveles de comunicación, son mayores en el estrato bajo que en el alto, en ambas ciudades. Así, un 58% de las adolescentes del estrato bajo de Bogotá siempre o la mayoría de las veces hablan con la mamá de sus problemas. Por el contrario, solo un 34% de las adolescentes del estrato alto de Cali dice que lo hace.

El grado de control o supervisión que los padres ejercen sobre los hijos ha demostrado ser un factor que influye en el comportamiento sexual de los hijos. Los resultados indican que existe un grado relativamente alto en la supervisión familiar de la adolescente, similar entre las dos ciudades. Alrededor de un 92%

de las adolescentes informan a los padres dónde está y con quién sale, y un 80% tiene acuerdo para la hora de llegada a la casa. Sin embargo, estos niveles de supervisión son algo mayores en el estrato alto que en el bajo.

7.1.4. El contexto familiar y los eventos sexuales

Bogotá y Cali presentan diferencias socioculturales respecto a la familia y los roles reproductivo, al mismo tiempo que se observan diferencias entre estratos en las dos ciudades. De una parte, las madres del estrato bajo, en las dos ciudades, son más jóvenes que aquellas del estrato alto, sugiriendo un inicio más temprano de sus roles reproductivos. Existen grandes diferencias por estrato en el tipo unión de las madres: en el estrato bajo predomina la unión consensual, mientras que en el alto predomina el matrimonio (legal o religioso). Esto es especialmente marcado en Cali. Igualmente, las mayores separaciones y divorcios están asociadas a las uniones consensuales. De otra parte, en Cali es más común el hogar monoparental y el hogar amplio; en Bogotá, por el contrario predomina el hogar nuclear biparental.

Varios estudios han demostrado que la estructura de la familia y las normas y valores predominantes en la sociedad son factores importantes en el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes (Hogan and Kitagawa, 1995; Vargas y Barrera, 2002; Vargas y Barrera, 2003). Bajo nivel de ingreso, jefatura femenina, bajo nivel educativo de la madre, y la forma de constitución de la familia son factores, entre otros, que aumentan la probabilidad de inicio de actividades sexuales y reproductivas entre las adolescentes (Flórez y Núñez, 2002). En el caso de Colombia, independientemente del estrato socioeconómico, las adolescentes con madre en unión consensual o separada divorciada experimentan en mayor proporción eventos reproductivos (relaciones sexuales, embarazo o hijo nacido vivo) que las adolescentes con madres casadas (legal o religioso) (Cuadro 9).

Cuadro 9: Proporción de adolescentes que ha experimentado eventos reproductivos por tipo de unión de la madre según estrato. Bogotá y Cali 2003.

Estrato / Tipo de unión de la madre	Bogotá (N=550)			Cali (N=552)		
	Relaciones Sexuales	Embarazo	Hijo nacido vivo	Relaciones Sexuales	Embarazo	Hijo nacido vivo
Estrato Bajo						
Unión consensual	40.8	13.3	10.2	48.8	10.0	7.5
Casada	31.2	10.8	7.5	44.4	8.9	6.7
Separada/Divorciada	35.4	12.2	9.8	53.1	20.4	18.4
Estrato Medio-Alto						
Unión consensual	27.5	3.9	2.0	50.6	9.4	8.2
Casada	25.2	1.5	0.7	26.0	2.7	2.0
Separada/Divorciada	31.7	8.3	6.7	28.2	2.6	1.3
Total						
Unión consensual	31.5	10.1	7.4	37.6	9.7	7.9
Casada	27.6	5.3	3.5	30.3	4.1	3.1
Separada/Divorciada	33.8	10.6	8.5	37.8	9.4	7.9
Total Total	30.0	7.6	7.1	34.2	7.2	6.5

Fuente: Encuesta Salud Adolescente, 2003, CEDE.

7.2. Características socioeconómicas y demográficas de las adolescentes

En esta sección nos centramos en un análisis estático para obtener una visión global de la historia de vida de las adolescentes y de sus condiciones actuales, como base para el análisis dinámico a lo largo de su vida. El Cuadro 10 resume algunas características de las adolescentes en el momento de la encuesta, las cuales tienen en promedio 16 años de edad.

7.2.1. Origen y migración

Dado el tiempo relativamente corto que las adolescentes han estado expuestas a la migración, la mayoría de ellas son nativas: 76% en Bogotá y 81% en Cali. Sin embargo, existe una relación positiva entre el origen y el estrato, especialmente marcado en Cali. No solamente es mayor la inmigración en el estrato bajo, sino que la proporción de inmigrantes rurales es mayor en el estrato bajo. Así, las adolescentes inmigrantes del estrato bajo de Cali provienen en su mayoría de la zona rural, mientras que aquellas inmigrantes del estrato alto vienen principalmente de zonas urbanas.

Cuadro 10: Características socioeconómicas de las adolescentes

Característica	BOGOTÁ			CALI		
	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total
Edad promedio	16.2	16.5	16.4	16.3	16.1	16.1
Origen y migración (%)						
Nativas	74.8	78.0	76.4	80.3	81.1	80.8
Inmigrantes						
Urbano	19.9	18.2	19.1	7.1	12.7	10.7
Rural	4.9	3.0	4.0	12.6	3.1	6.5
Extranjero	0.3	0.8	0.5	0.0	3.1	2.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Escolaridad						
Porcentaje de asistencia actual	76.2	90.2	82.9	75.3	89.5	84.4
Promedio años educación	8.7	9.8	9.2	8.6	9.7	9.4
Deserción de primaria (%)	1.4	0.0	0.9	2.5	1.7	2.0
Acceso a secundaria (%) *	97.2	99.6	98.5	98.0	99.2	98.7
Empleo						
Porcentaje alguna vez ha trabajado	37.1	33.3	35.3	33.3	29.7	31.0
Porcentaje actualmente trabajando	11.9	15.2	13.5	13.6	15.0	14.5
Actividad económica actual (%)						
Solo estudia	69.6	78.4	73.8	67.7	77.1	73.7
Solo trabaja	5.2	3.4	4.4	6.1	2.5	3.8
Estudia y trabaja	6.6	11.7	9.1	7.6	12.4	10.7
Otra actividad	18.5	6.4	12.7	18.7	7.9	11.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	286	254	550	198	354	552

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

* De aquellas que terminan la primaria

7.2.2. Educación

El nivel de asistencia escolar entre las adolescentes no es universal, como se esperaría de acuerdo a los derechos establecidos en la Constitución Política de 1991. En general, el nivel de asistencia escolar es similar en las dos ciudades, alrededor del 84% de las adolescentes están estudiando. La asistencia escolar esta directamente relacionada con el estrato, en ambas ciudades. El 90% de las adolescentes del estrato alto asisten a un centro educativo, mientras que en el estrato bajo solo un 75% lo hace. Estas diferencias en asistencia se reflejan en el promedio de años de educación. Una adolescente del estrato alto, de Bogotá o Cali, tiene un promedio de 9.8 años de escolaridad, mientras que una del estrato bajo tiene un promedio de 8.6 años. Estas diferencias en la asistencia y años de escolaridad por estrato tienen implicaciones en el comportamiento productivo y reproductivo de las adolescentes, ya que como varios estudios lo documentan, la educación está altamente correlacionada con la fecundidad y la participación de la mujer en la fuerza laboral. De esta forma, puede decirse que la educación determina la historia de vida futura de las adolescentes.

Aunque los niveles de deserción de primaria son muy bajos y los de acceso a secundaria son muy altos, las diferencias están relacionadas con el estrato, tanto en Bogotá como en Cali. Por lo tanto, los perfiles educativos de las adolescentes que muestran una menor asistencia y un menor nivel educativo de las adolescentes de los estratos bajos, en las dos ciudades, están relacionados con la mayor deserción de la escuela secundaria.

7.2.3. Actividad económica

Alrededor de la tercera parte de las adolescentes ha trabajado alguna vez en su vida, siendo la proporción un poco mayor en Bogotá (35%) que en Cali (31%). La inserción en el mercado laboral en la adolescencia está relacionada con el estrato: una mayor proporción del estrato bajo que del estrato alto ha trabajado alguna vez, en las dos ciudades. Así, un 37% de las adolescentes del estrato bajo de Bogotá ya ha participado en actividades laborales, mientras que menos de un 30% del estrato alto de Cali lo ha hecho al momento de la encuesta. Debido a que la mayoría de las adolescentes aún asiste al sistema educativo, su participación laboral no es estable. Esto se refleja en la baja participación laboral al momento de la encuesta frente a las tasas que acabamos de observar. Así, alrededor del 15% de las adolescentes estaban participando en el mercado laboral en el momento de la encuesta.

Aunque la asistencia escolar es la actividad predominante entre las adolescentes, algunas de ellas combinan las actividades de estudio y trabajo, y muchas otras no estudian ni trabajan. La actividad de solo estudio es realizada por la mayoría, 74% en Bogotá y Cali, siendo la proporción mayor en el estrato alto que en el bajo. Así, 69% de las adolescentes del estrato bajo de Bogotá solo estudian, mientras que el 78% de las del estrato alto lo hacen. La actividad de solo trabaja, la cual implica una deserción escolar para entrar al mercado laboral, alcanza niveles del 4% en las dos ciudades. Claramente esta situación está

relacionada con el estrato: en el estrato bajo una mayor proporción de adolescentes solo trabajan (6% en Cali), mientras en el estrato alto esta proporción es menor (2.5%).

La actividad no estudia ni trabaja es similar en las dos ciudades (12%), siendo mayor entre las adolescentes del estrato bajo (18%) que del alto (7%). Tal parecería que una vez las adolescentes salen del sistema educativo, algunas se ocupan en actividades laborales remuneradas mientras que otras permanecen en otras actividades, entre las cuales podríamos encontrar oficios del hogar o buscando empleo. Varios estudios documentan que las mayores tasas de desempleo se encuentran entre los jóvenes y particularmente entre las mujeres jóvenes.

7.2.4. Nupcialidad y fecundidad

El Cuadro 11 presenta algunos indicadores de fecundidad, nupcialidad y planificación familiar. Los resultados sugieren un comportamiento diferencial en los patrones de matrimonio/unión y uso de planificación familiar entre las dos ciudades y por estrato.

Cuadro 11: Características sociodemográficas de las adolescentes

Característica	BOGOTA			CALI		
	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total
Estado conyugal actual (%)						
Casada	0.4	0.0	0.2	0.5	0.0	0.2
Unión consensual	8.0	1.1	4.7	9.6	3.4	5.6
Separada / Divorciada/ Viuda	1.4	0.4	0.9	3.0	1.1	1.8
Soltera	90.2	98.5	94.2	86.9	95.5	92.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Porcentaje de adolescentes que:						
Ha tenido relaciones sexuales	34.3	25.4	30.0	42.9	29.4	34.2
Alguna vez embarazada	11.5	3.4	7.6	12.6	4.2	7.2
Alguna vez embarazada*	33.7	13.4	25.5	29.4	14.4	21.2
Con hijos nacidos vivos	10.8	3.1	7.1	12.1	3.4	6.5
Ha tenido otros embarazos	2.1	1.1	1.6	2.0	0.9	1.3
Ha usado planificación familiar*	75.5	91.0	81.8	85.9	92.3	89.4
Edad promedio a:						
Primera menstruación	12.4	12.3	12.4	12.4	12.2	12.3
Primer novio	12.6	12.8	12.7	13.4	13.1	13.2
Primera relación sexual	15.5	16.0	15.7	15.1	15.7	15.5
Primera unión estable	16.4	16.0	16.4	16.1	16.7	16.5
Primer método de planificación	16.4	16.6	16.5	16.1	16.4	16.3
Primer embarazo	16.1	16.6	16.2	16.5	16.1	16.4
Primer hijo	16.6	17.3	16.7	17.1	16.9	17.1
N	286	254	550	198	354	552

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

* Entre las que han iniciado relaciones sexuales

El hecho de que la proporción de solteras sea mayor en Bogotá y mayor en los estratos altos, sugiere un patrón de matrimonio/unión más tardío en Bogotá que en Cali, y más tardío en el estrato alto que en el bajo. Mientras el 98% de las adolescentes del estrato alto de Bogotá estaban solteras al momento de la

encuesta, solo un 87% de las del estrato bajo de Cali lo estaban. De otra parte, entre las casadas/unidas es casi universal la unión consensual. Alrededor de un 30% a 35% de las adolescentes ha tenido relaciones sexuales, un 7% ha estado embarazada, y la cuarta parte de aquellas que han iniciado relaciones sexuales ha estado embarazada. Sin embargo, la información retrospectiva sobre nupcialidad y fecundidad confirman un claro y diferenciado comportamiento por estrato, en las dos ciudades. El porcentaje de adolescentes que ha tenido relaciones sexuales, alguna vez embarazada, con hijos nacidos vivos, o que ha tenido otro tipo de embarazo (aborto o mortinato) es mucho mayor en el estrato bajo que en el alto. Así, por ejemplo, un 43% de las adolescentes del estrato bajo de Cali y un 29% de aquellas del estrato alto han tenido relaciones sexuales. Un 11% de las adolescentes del estrato bajo y un 3.4% del alto en Bogotá han estado embarazadas alguna vez. Un 12% de las adolescentes del estrato bajo de Cali y un 3% de las del estrato alto han tenido un hijo nacido vivo. Un 2% de las adolescentes del estrato bajo y un 1% de las del alto en Cali han tenido otro tipo de embarazo. Sin embargo, dada la corta edad de las adolescentes, no se observan diferencias importantes por estrato en la edad de inicio de las relaciones románticas (novio), de la primera relación sexual, de la primera unión estable, del primer embarazo y del nacimiento del primer hijo. Solamente se evidencia una edad un poco menor en el estrato bajo en la edad de inicio de las relaciones sexuales. Claramente, estos promedios están sesgados por la proporción que experimenta el evento, el cual, como mencionamos es mucho menor en el estrato alto que en el bajo. Este hecho se reflejará en un promedio mayor en la edad de inicio de los roles reproductivos en el estrato alto que en el bajo, cuando este grupo de adolescentes alcance una mayor edad.

El uso de planificación familiar entre las adolescentes que ha iniciado relaciones sexuales es relativamente alto: más del 80% ha utilizado algún método. El uso de métodos es un poco más alto en Cali que en Bogotá, tal vez debido a las menores diferencias entre estratos en Cali. En Bogotá, el 75.5% de las adolescentes del estrato bajo que han iniciado relaciones sexuales ha utilizado planificación familiar, mientras que este porcentaje es de 91% entre las del estrato alto. En Cali, las diferencias son menores: 85.9% en el estrato bajo y 92.3% en el alto. A pesar del uso relativamente alto de planificación familiar entre las adolescentes, es necesario resaltar que las adolescentes que han utilizado planificación familiar, han iniciado el uso a edades más tardes que la edad de inicio de las relaciones sexuales. Esta diferencia es mucho más marcada entre las adolescentes del estrato bajo: inician relaciones sexuales alrededor de los 15 años, pero empiezan a usar métodos de planificación sólo desde los 16 años, es decir un año más tarde. Este resultado se corrobora con el estudio cualitativo de este proyecto, en el cual las adolescentes manifiestan una percepción de invulnerabilidad frente al embarazo, un escepticismo frente a la efectividad de los métodos, unas creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios, y la no necesidad de utilizar métodos en la primera relación sexual o cuando se ama a la persona (Vargas et al.: Informe final estudio Cualitativo).

Este período de exposición sin uso de planificación familiar genera un riesgo mucho mayor al embarazo a edades tempranas en la adolescencia entre las adolescentes del estrato bajo que entre las del alto.

7.2.5. Sexualidad

Es difícil encontrar una definición general de la sexualidad, pues incluye planos de orden biológico, psicosocial, de valores, de comportamientos. Hasta hace pocos años en nuestro medio no se hablaba de educación sexual. Solamente a mediados de 1993, el Ministerio de Educación Nacional elabora un Plan Nacional de Educación Sexual. El Cuadro 12 presenta la edad promedio de las adolescentes cuando obtuvo por primera vez información sobre diferentes aspectos de la sexualidad humana, y el medio de información para cada una. Claramente, sin diferencia entre ciudades ni por estrato, las adolescentes empiezan a conocer sobre temas sexuales a los 10 años de edad, con el plano biológico. En secuencia cronológica, un año después aprenden sobre las relaciones sexuales y el embarazo, un año más tarde sobre la planificación familiar, y finalmente sobre el aborto. Así, las adolescentes van recibiendo información sobre temas cada vez más complejos.

En todos los temas, la principal fuente de información es el colegio, ya sean las profesoras, orientadoras psicológicas, o charlas específicas. Esto está estrechamente relacionado con el programa de educación sexual que deben impartir los colegios desde 1993. La mamá o papá, pero principalmente la primera, juegan un papel importante también como fuente de información, especialmente en los temas relacionados con el embarazo y las relaciones sexuales. Así, el 35% de las adolescentes han obtenido la primera información sobre embarazo a partir de sus padres, pero solo un 12% obtuvo de ellos la información sobre aborto. Sobre éste último tema, vale la pena mencionar que aún hay un 3% de adolescentes que aún no ha recibido información alguna sobre el aborto, porcentaje que es mayor entre las adolescentes del estrato bajo (4.6% en Bogotá, y 3% en Cali).

Los centros de salud, los médicos particulares, los programas especializados para adolescentes, y similares, son fuentes de oferta de servicios de salud a los que pueden recurrir las adolescentes en busca de información o de otros servicios. El Cuadro 13 indica que alrededor de un 60% de las adolescentes de las dos ciudades, independiente del estrato, ha acudido a estos medios en busca de algún tipo de información sobre diferentes aspectos de la sexualidad. La mayoría de las adolescentes busca información sobre planificación familiar (23%). Sin embargo, hay un nivel considerable de insatisfacción entre las adolescentes por la información recibida, especialmente en Bogotá, en donde el 40% considera que la información suministrada fue insuficiente. Por el contrario, en Cali, un 78% de las adolescentes están satisfechas con el servicio.

Cuadro 12: Obtención de primera información sobre sexualidad

Primera Información sobre:	BOGOTA			CALI			
	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	
Sistemas Reproductivos							
Edad promedio	10.4	10.0	10.2	10.4	9.9	10.0	
Medio por el que se enteró	Mamá/Papá	17.1	22.4	19.6	16.7	19.8	18.7
	Amigos	0.7	1.5	1.1	1.5	1.1	1.3
	Profesores/colegio	76.9	73.1	75.1	76.8	75.1	75.7
	Otros	4.9	3.0	4.0	4.5	3.7	4.0
	No ha recibido	0.4	0.0	0.2	0.5	0.3	0.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Relaciones Sexuales							
Edad promedio	11.0	11.0	11.0	11.0	10.0	10.0	
Medio por el que se enteró	Mamá/Papá	29.0	34.1	31.5	22.2	32.8	29.0
	Amigos	11.5	9.5	10.6	15.7	12.2	13.4
	Profesores/colegio	44.8	44.7	44.7	51.0	39.5	43.7
	Otros	14.3	11.4	12.9	11.1	15.5	13.9
	No ha recibido	0.4	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Embarazo							
Edad promedio	11.1	10.8	10.9	10.7	10.3	10.5	
Medio por el que se enteró	Mamá/Papá	30.8	40.5	35.5	28.3	37.3	34.1
	Amigos	1.1	1.9	1.5	3.0	2.0	2.4
	Profesores/colegio	58.7	50.0	54.6	59.6	50.0	53.4
	Otros	9.4	7.6	8.5	9.1	10.7	10.1
	No ha recibido	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Planificación Familiar							
Edad promedio	12.4	12.2	12.3	12.3	12.1	12.2	
Medio por el que se enteró	Mamá/Papá	21.0	21.6	21.3	25.3	23.2	23.9
	Amigos	7.0	6.8	6.9	6.6	5.7	6.0
	Profesores/colegio	56.6	60.2	58.4	51.0	57.9	55.4
	Otros	15.0	11.0	13.1	16.1	13.0	14.1
	No ha recibido	0.4	0.4	0.4	1.0	0.3	0.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Aborto							
Edad promedio	13.0	12.8	12.9	12.8	12.4	12.5	
Medio por el que se enteró	Mamá/Papá	13.3	10.2	11.8	11.1	13.6	12.7
	Amigos	7.3	3.4	5.5	10.1	7.3	8.3
	Profesores/colegio	57.7	70.5	63.8	56.6	62.1	60.2
	Otros	17.1	14.8	16.0	19.2	15.0	16.5
	No ha recibido	4.6	1.1	2.9	3.0	2.0	2.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
N	286	264	550	198	354	552	

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

Las razones de no uso de los servicios indica que una tercera parte de las adolescentes considera que no ha necesitado el servicio. Entre las adolescentes que lo han necesitado, los resultados indican que más de la mitad le da pena pedir el servicio, una tercera parte considera que el personal de salud es poco amable y no le da confianza, y una cuarta parte de ellas no sabe dónde ir. Claramente, se conjugan problemas de tipo cultural, de falta de información, y de calidad de la oferta del servicio.

Cuadro 13: Uso de servicios de salud sexual y reproductiva

Indicador	BOGOTÁ			CALI		
	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total
Ha usado servicios						
Ha visitado para información sobre:						
Planificación familiar	22.7	23.5	23.1	22.2	23.2	22.8
Embarazo	20.6	17.4	19.1	19.2	20.3	19.9
Aborto	13.6	14.4	14.0	13.6	15.2	14.7
No ha visitado	43.1	44.7	43.8	45.0	41.3	42.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Información obtenida fue suficiente	57.7	65.3	61.3	73.6	80.2	78.1
Razones de no uso de servicios						
No lo ha necesitado	60.2	80.1	69.8	60.0	71.5	67.2
Le da pena pedir el servicio	21.4	11.5	16.6	20.0	13.8	16.1
No sabe donde ir	7.8	3.1	5.5	16.5	9.9	12.3
Personal de salud	10.6	5.3	8.1	3.5	4.8	4.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	286	254	550	198	354	552

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

7.2.6. Las adolescentes en las dos ciudades

Las características de las adolescentes al momento de la encuesta indican que existen diferencias entre ciudades en el comportamiento reproductivo (fecundidad y nupcialidad) pero no en las condiciones socioeconómicas. Por el contrario, como era de esperarse, existen diferencias marcadas entre estratos socioeconómicos en cada ciudad, tanto en las condiciones socioeconómicas como en el comportamiento reproductivo. Las adolescentes del estrato alto permanecen más tiempo en el sistema educativo, se insertan más tarde en el mercado laboral, e inician más tarde sus actividades sexuales y reproductivas, que las adolescentes del estrato bajo. Cali evidencia un patrón de nupcialidad y maternidad más temprano y mayor que Bogotá.

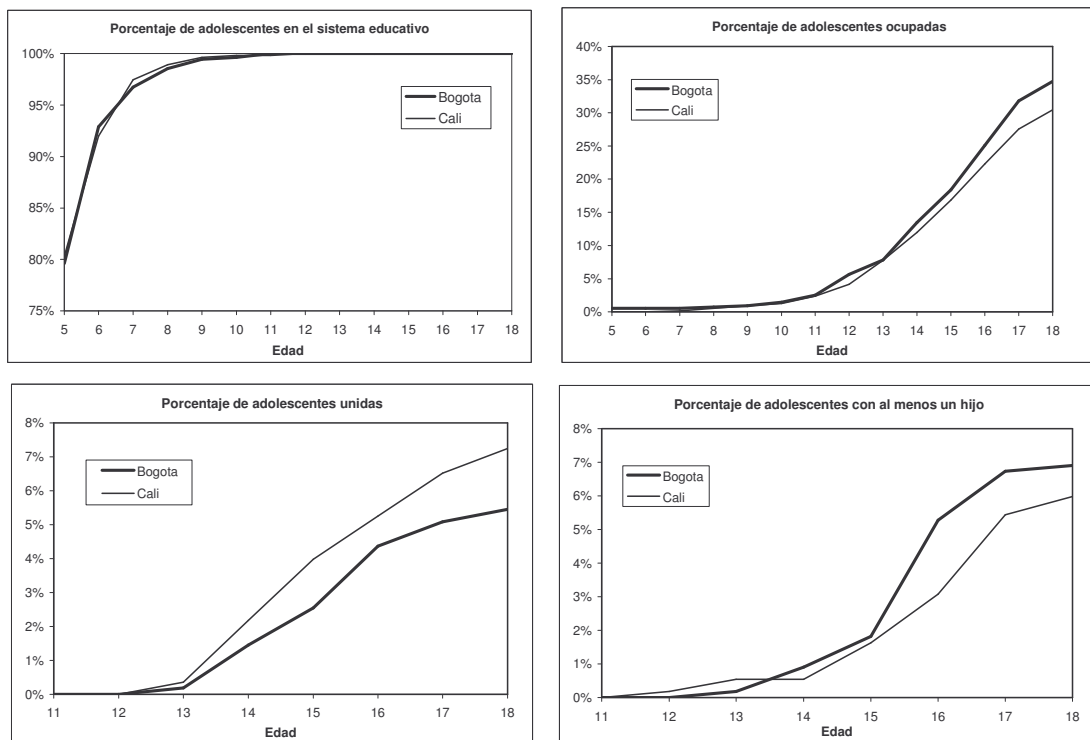
7.3. Distribución del tiempo a lo largo de la vida

El objetivo de esta sección es analizar cómo las adolescentes distribuyen su tiempo entre diferentes actividades privadas y sociales a lo largo de la vida. La disponibilidad de historias de vida permite reconstruir las actividades, y su combinación, entre los 5 años y la edad actual en cuatro dimensiones: asistencia escolar, matrimonio/unión, maternidad y empleo. Con el fin de describir las experiencias en cada dimensión, se calculó el número de persona-año vividas en cada actividad y en la combinación de actividades entre los 5 años y la edad actual. La proporción de persona-años vivida en cada actividad es un indicador de la intensidad de la actividad; mientras que la combinación de actividades caracteriza la naturaleza de la historia de vida. Se identificaron 16 posibles combinaciones de asistencia escolar, unión, maternidad y empleo.

7.3.1. Patrón de inicio de las actividades

Las historias de vida nos permiten estimar el patrón por edad para el inicio de las diferentes actividades consideradas (Gráfico 20). Claramente, dada la edad temprana de las adolescentes, la actividad educativa es casi universal, en las dos ciudades. Así, a los 7 años de edad por lo menos el 97% ha iniciado actividades escolares¹⁹.

Gráfico 20: Patrón de inicio de diferentes actividades por ciudad



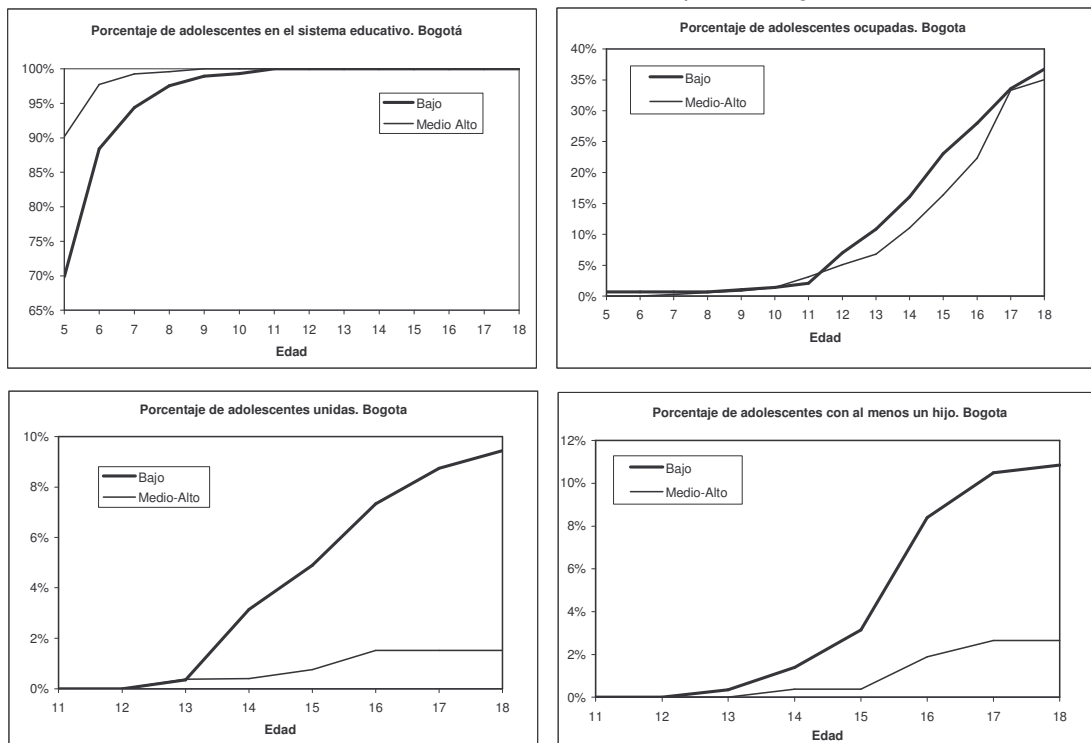
El empleo (actividades remuneradas en dinero o en especie) se inicia también a edades relativamente bajas: a los 14 años, alrededor de un 12% de las adolescentes en las dos ciudades ya ha trabajado. Sin embargo, el patrón de empleo es más temprano en Bogotá que en Cali: para los 18 años, un 35% de las adolescentes de Bogotá ha trabajado, mientras que dicho valor es de 30% en Cali. El inicio de una unión estable, ya sea legal o consensual, es mucho más temprano y más rápido en Cali que en Bogotá: a cada edad, la proporción de unidas es mayor en Cali, y las diferencias se amplían con la edad. Por el contrario, la maternidad inicia primero en Cali, pero la velocidad con que entran nuevas adolescentes es mayor en Bogotá, de tal forma que a los 16 años la proporción de adolescentes que son madres es mayor en Bogotá (5%) que en Cali (3%). Los patrones de inicio de las actividades por ciudad esconden

¹⁹ Aunque la información de las adolescentes de 13-19 años está censurada a la derecha debido a que la cohorte aún no ha terminado de pasar por la experiencia de vida completa hasta los 19 años, es necesario estimar los patrones descontando las mujeres de cada edad a medida que avanza la edad. Así el patrón a los 17 años, incorpora solamente las mujeres que han vivido por lo menos hasta esa edad, excluyendo a las de 13 a 16 años.

grandes diferencias entre estratos socioeconómicos, en las cuatro dimensiones consideradas, pero especialmente en nupcialidad y maternidad.

El Gráfico 21 muestra el patrón de inicio de actividades por estrato en Bogotá, y el Gráfico 22 para Cali. En las dos ciudades la entrada al sistema escolar es mucho más temprano en el estrato alto que en el bajo, aunque a los 11 años las diferencias en las tasas acumuladas de asistencia desaparecen. Sin embargo, esa entrada tardía del estrato bajo implica un menor nivel educativo alcanzado con respecto al estrato alto, como se vio en el Cuadro 10 arriba.

Gráfico 21: Patrón de inicio de diferentes actividades por estrato. Bogotá

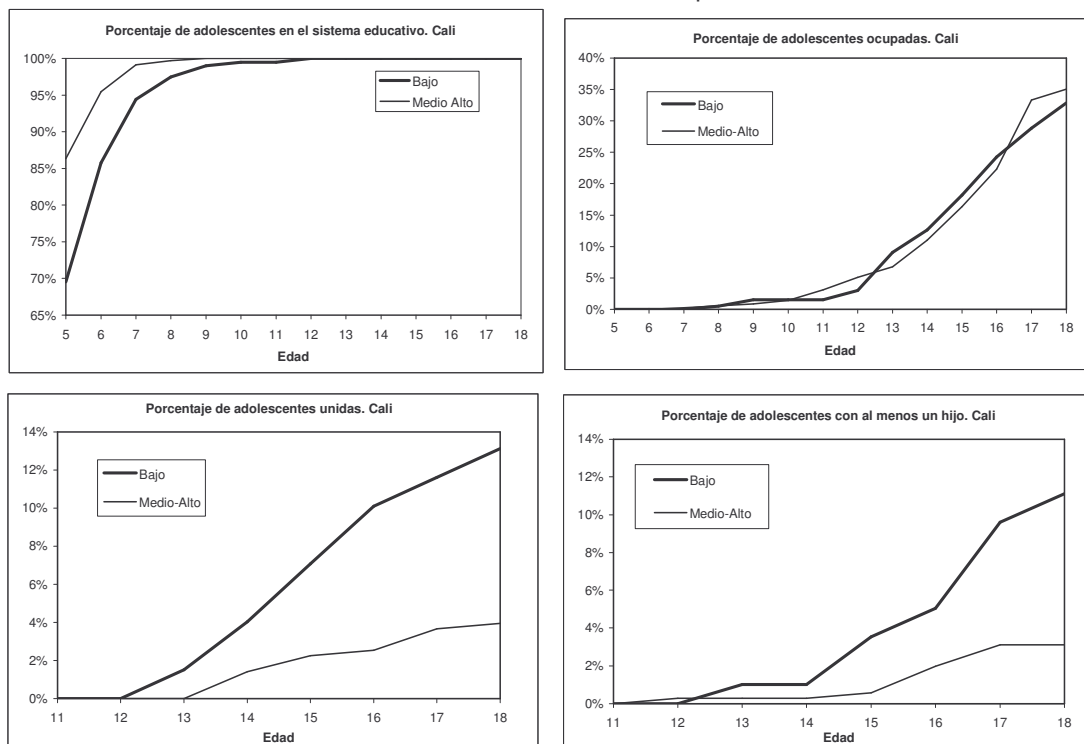


Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

El inicio de las actividades de empleo es la que menos diferencias muestra por estrato, aunque la proporción de adolescentes que ha trabajado tiende a ser mayor en el estrato bajo que en el alto, especialmente en Bogotá. El inicio de las actividades de unión legal/consensual y maternidad son altamente diferenciales por estrato, tanto en Bogotá como en Cali, no solo en cuanto a la edad de inicio sino en cuanto a la velocidad a la cual entran nuevas adolescentes a ejercer esa actividad. Así, por ejemplo, menos del 1% de las adolescentes del estrato medio-alto de Bogotá había iniciado una unión estable a los 15 años, mientras que en el estrato bajo este porcentaje llega al 5%. En Cali, las diferencias a esta edad son 2% en el estrato alto y 7% en el estrato bajo. Cuando las adolescentes alcanzan los 18 años, las diferencias se han ampliado enormemente. En Bogotá, el 1.5% del estrato alto y el 9.4% del bajo ya se ha unido. En Cali, los porcentajes a los 18 años son 4% en el alto y 13% en el bajo. En cuanto al inicio

de la maternidad, las diferencias por estrato son igualmente significativas en las dos ciudades, e igualmente se amplían con la edad. En Bogotá, a los 16 años, el 1.9% de las adolescentes del estrato alto y un 8.4% de las del estrato bajo ya es madre. A los 18 años, las diferencias son casi 1 a 4: 2.6% en el estrato alto y 10.8% en el bajo. En Cali, se observan diferencias similares entre estratos, aunque un poco menos marcado.

Grafico 22: Patrón de inicio de diferentes actividades por estrato. Cali



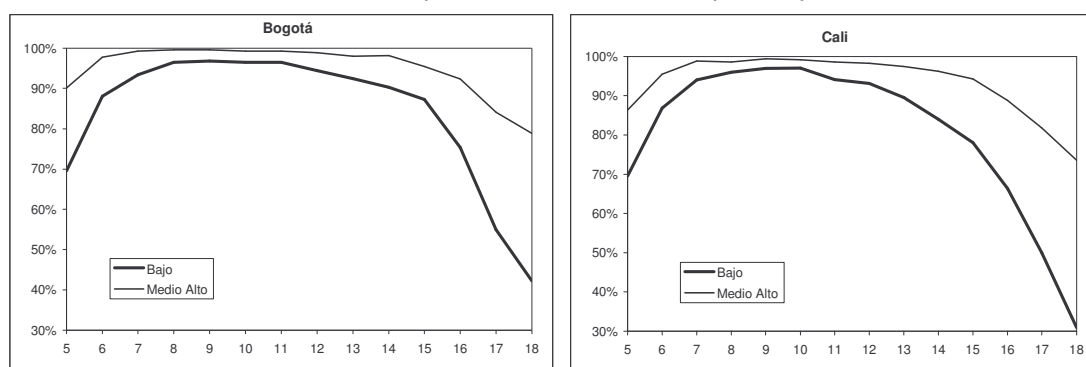
Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

7.3.2. Actividades a lo largo de la vida

Dada su corta edad, la asistencia al sistema educativo es la actividad predominante entre las adolescentes a lo largo de su vida. Sin embargo, como varios estudios lo evidencian, las tasas de deserción son especialmente altas durante la secundaria. La historia de vida de las adolescentes indica que la deserción escolar se acelera a partir de los 12 años, edad a la cual generalmente se inicia la secundaria. A los 11 años, el 97% de las adolescentes de las dos ciudades estudiaba, mientras que a los 18 años, menos del 60% de las adolescentes permanecen en el sistema educativo (Gráfico 23). Este patrón se observa tanto en el estrato bajo como en el medio-alto de ambas ciudades, pero con niveles y velocidades diferentes. Las adolescentes del estrato bajo muestran una menor participación a lo largo de la vida y una deserción mucho más rápida a partir de los 12 años. A los 11 años de edad, por lo menos el 96% de las adolescentes del estrato bajo de Bogotá y 99% de las del estrato alto estaba estudiando. Sin embargo, a los 18 años, el 79% del estrato alto y solo el

42% del bajo permanecía en el colegio. En Cali, la deserción es más marcada, pues sólo el 31% de las adolescentes de 18 años del estrato bajo permanece en el sistema educativo. Las altas tasas de deserción se dan en las edades correspondientes a los estudios de secundaria, con implicaciones negativas para la acumulación de capital humano, y para la determinación de los niveles y patrones de fecundidad.

Grafico 23: Patrón de permanencia en el sistema educativo por ciudad y estrato



Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

El Cuadro 14 resume los patrones de permanencia en cada una de las actividades mediante el porcentaje promedio de persona-años empleada en cada una de las actividades entre los 5 y los 18 años de edad. En cada ciudad, las adolescentes del estrato alto han dedicado una mayor porción de su vida a la escuela que las del estrato bajo. Por el contrario, las adolescentes del estrato bajo han dedicado más de su corta vida a la unión, la maternidad, y el empleo.

Cuadro 14: Porcentaje de persona-años vividos en diferentes actividades entre los 5-18 años

Actividad	Bogotá			Cali		
	Bajo	Medio-Alto	Total	Bajo	Medio-Alto	Total
Educación	71.4	79.4	75.3	73.6	78.0	76.5
Matrimonio	1.6	0.4	1.0	2.1	0.5	1.0
Maternidad	0.7	0.2	0.5	0.8	0.2	0.4
Empleo	4.3	3.7	4.0	4.1	3.6	3.7
Ninguna	26.2	19.8	23.1	23.2	21.1	21.8

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

Llama la atención el alto porcentaje de persona-años dedicado a ninguna de las actividades estudiadas, más del 20% en cada ciudad, sugiriendo que gran parte de este período de vida de las adolescentes se dedica a permanecer solteras en la casa de los padres, sin estudiar ni trabajar, probablemente en busca de trabajo (desempleadas) o realizando actividades del hogar. Varios estudios evidencian que las mayores tasas de desempleo se observan en las mujeres jóvenes. Este fenómeno es un poco más acentuado entre las adolescentes del estrato bajo, en cada ciudad.

Las actividades educación, unión, maternidad y empleo generalmente se desempeñan simultáneamente. El Cuadro 15 muestra las posibles combinaciones.

Cuadro 15: Porcentaje de persona-años vividos en combinacion de actividades entre los 5 - 18 años

TOTAL					
		Actividad		Bogotá	Cali
		Estudia	Matrimonio	Tiene al menos un hijo	Empleo
No empleo	0.0				0.0
No tiene al menos un hijo	Empleo			0.1	0.1
	No empleo			0.1	0.2
No Matrimonio	Tiene al menos un hijo		Empleo	0.0	0.0
	No tiene al menos un hijo		Empleo	2.9	2.6
		No empleo	72.0	73.4	
No Estudia	Matrimonio	Tiene al menos un hijo	Empleo	0.0	0.0
			No empleo	0.1	0.1
		No tiene al menos un hijo	Empleo	0.1	0.2
			No empleo	0.5	0.5
	No Matrimonio	Tiene al menos un hijo	Empleo	0.0	0.0
		No tiene al menos un hijo	Empleo	0.1	0.1
		No empleo	0.8	0.8	
		No empleo	23.1	21.8	
ESRATO BAJO					
Estudia	Matrimonio	Tiene al menos un hijo	Empleo	0.1	0.0
			No empleo	0.0	0.0
		No tiene al menos un hijo	Empleo	0.1	0.1
			No empleo	0.1	0.3
	No Matrimonio	Tiene al menos un hijo	Empleo	0.0	0.0
		No tiene al menos un hijo	Empleo	2.9	2.1
		No empleo	68.0	70.8	
No Estudia	Matrimonio	Tiene al menos un hijo	Empleo	0.1	0.1
			No empleo	0.3	0.2
		No tiene al menos un hijo	Empleo	0.2	0.4
			No empleo	0.9	0.9
	No Matrimonio	Tiene al menos un hijo	Empleo	0.0	0.0
		No tiene al menos un hijo	Empleo	1.0	1.3
		No empleo	26.2	23.2	
ESTRATO MEDIO-ALTO					
Estudia	Matrimonio	Tiene al menos un hijo	Empleo	0.0	0.0
			No empleo	0.0	0.0
		No tiene al menos un hijo	Empleo	0.1	0.0
			No empleo	0.1	0.1
	No Matrimonio	Tiene al menos un hijo	Empleo	0.0	0.0
		No tiene al menos un hijo	Empleo	3.0	3.0
		No empleo	76.1	74.8	
No Estudia	Matrimonio	Tiene al menos un hijo	Empleo	0.0	0.0
			No empleo	0.0	0.0
		No tiene al menos un hijo	Empleo	0.1	0.0
			No empleo	0.2	0.2
	No Matrimonio	Tiene al menos un hijo	Empleo	0.0	0.0
		No tiene al menos un hijo	Empleo	0.1	0.1
		No empleo	0.5	0.5	
		No empleo	19.8	21.1	

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

Debido al período de vida considerado, la combinación más frecuente, independientemente de la ciudad y del estrato, es “solo estudia”: más de la tercera parte de la vida ha sido dedicada a ésta sola actividad. Existen diferencias por estrato, especialmente en cuanto a la actividad de “esposa-madre-tradicional”, es decir, combinación de actividades de no estudia, no trabaja, casada, y con/sin hijos. Independiente de la ciudad, las adolescentes en

el estrato bajo dedican el 1.2% del total de persona-años a ser esposa-madre-tradicional, mientras que en el estrato alto la dedicación es casi nula, el 0.2%. Por el contrario, no existen diferencias entre estratos en la condición “estudiante trabajadora”, es decir en la combinación estudia, soltera, sin hijos, trabaja: alrededor de un 3% del total de persona-años se dedica a esta combinación.

7.3.3. Las adolescentes y su tiempo

La información retrospectiva sobre el uso del tiempo confirma las diferencias entre las adolescentes de Cali y Bogotá, y entre aquellas del estrato bajo y del alto en cada ciudad.

De una parte, la asistencia escolar no es universal y está relacionada con el estrato socioeconómico. La mayor deserción escolar en el estrato bajo genera diferencias por estrato en los años de educación. La inserción en el mercado laboral es relativamente temprana en el estrato bajo, y una tercera parte de las adolescentes ha trabajado. Aunque la asistencia escolar es la actividad predominante entre las adolescentes, una proporción no insignificante, mayor en el estrato bajo que en el alto, no estudia ni trabaja, sino que probablemente se encuentra desempleada o en actividades del hogar. Por otra parte, entre ciudades, las diferencias en asistencia escolar en las adolescentes favorecen a Bogotá, con implicaciones positivas sobre la acumulación de capital humano y los patrones de reproducción.

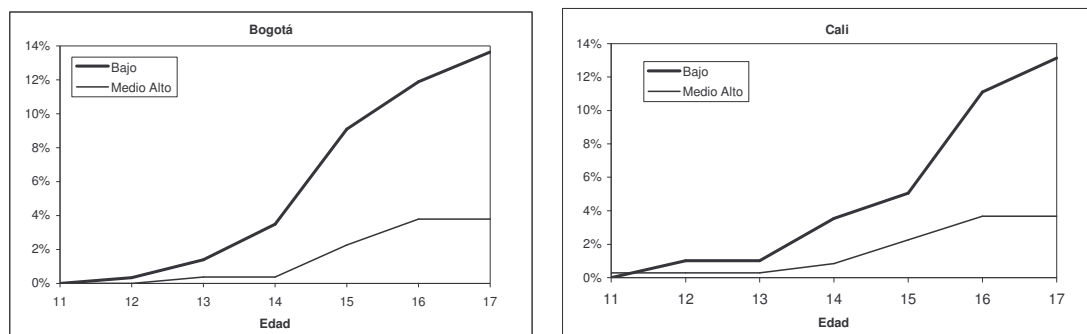
7.4. Determinantes próximos de la fecundidad

El Gráfico 24 muestra el patrón de fecundidad acumulado por edad, incluyendo las adolescentes embarazadas, para cada ciudad por estrato. En ambas ciudades, existen grandes diferencias por estrato socioeconómico: las adolescentes del estrato bajo inician su maternidad a edades más tempranas y se incorporan a ella de manera más rápida que las del estrato alto. Así, el nivel y el timing (pendiente del patrón) de la fecundidad adolescente son mucho mayores en el estrato bajo que en el alto, en las dos ciudades. Las diferencias observadas por estrato cuando las adolescentes llegan a los 17 años son enormes: mientras que el 13% de las del estrato bajo ya habían iniciado sus roles reproductivos, en el estrato alto menos del 4% lo ha hecho. Es decir, a los 17 años, las adolescentes del estrato bajo más que triplican el patrón acumulado de las del estrato alto. Obviamente, estas diferencias tan grandes por estrato tienen impacto no solo en la fecundidad acumulada a lo largo de la vida, sino en las dimensiones educativas y laborales de las adolescentes.

A pesar de las similitudes en las diferencias entre estratos en las dos ciudades, hay diferencias entre ciudades. Aunque el nivel de fecundidad acumulada a los 17 años es similar en las dos ciudades entre las adolescentes del estrato bajo, 13%, el patrón es más cóncavo en Cali, sugiriendo que en esta ciudad las adolescentes posponen un poco el inicio de su reproducción pero luego

recuperan el tiempo para igualarse a Bogotá. Así, a los 15 años, la fecundidad de las adolescentes del estrato bajo de Bogotá es mayor que las de Cali, pero a los 17 años sus niveles son similares (Gráfico 24). Entre las adolescentes del estrato alto, por el contrario, no hay diferencias entre ciudades en sus patrones acumulados de fecundidad.

Gráfico 24: Porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas antes de la edad x por ciudad y estrato

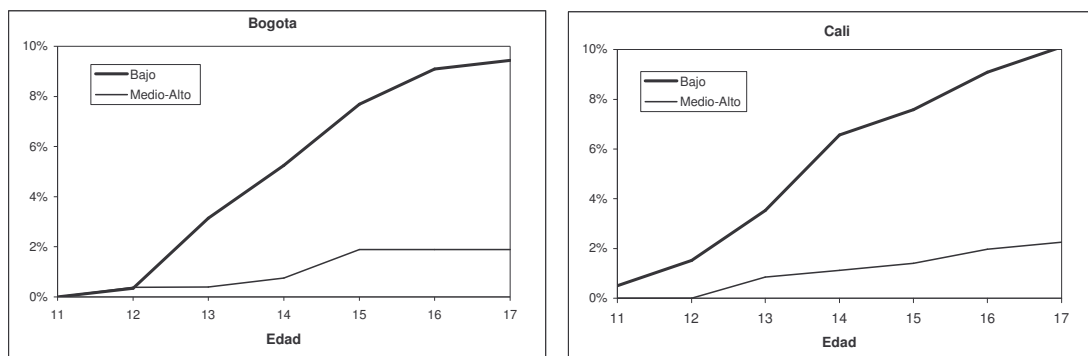


La teoría sobre los determinantes de la fecundidad indica que tres son los factores que intervienen entre las normas y estructuras sociales y el nivel de fecundidad: aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo, con la concepción y con la gestación. Este conjunto de factores se les conoce como determinantes próximos. Aquí nos centraremos en los dos primeros: unión e inicio de la actividad sexual y el uso de planificación familiar.

7.4.1. Unión e inicio de relaciones sexuales

La exposición al riesgo de embarazo está determinada por los patrones de nupcialidad (ya sea unión legal o consensual) y por la actividad sexual de las mujeres no casadas. La unión (legal o consensual) de las adolescentes a edades tempranas es uno de los factores que incide en sus niveles de fecundidad. El patrón acumulado de nupcialidad (Gráfico 25) muestra diferencias por estrato similares a los observados en la fecundidad. Es decir, las adolescentes del estrato bajo inician uniones estables mucho más temprano y más rápido que las del estrato alto. Sin embargo, las adolescentes del estrato bajo de Cali muestran un patrón mucho más temprano, pero generan niveles similares a los 17 años. En el estrato alto, por el contrario, al igual que en fecundidad, los patrones entre ciudades son similares. Así, alrededor de 10% de las adolescentes del estrato bajo, en ambas ciudades, ya ha establecido una unión estable a los 17 años, mientras que sólo el 2% de las del estrato alto lo ha hecho a esa edad. Estos patrones implican que las adolescentes del estrato bajo, en ambas ciudades, tienen mayor riesgo de embarazo que las del estrato alto por su más temprana y rápida entrada a formar uniones estables. Sin embargo, en ambos estratos y ciudades, los niveles de nupcialidad son menores a los observados en fecundidad, implicando una maternidad adolescente premarital (previa a la formación de una unión estable).

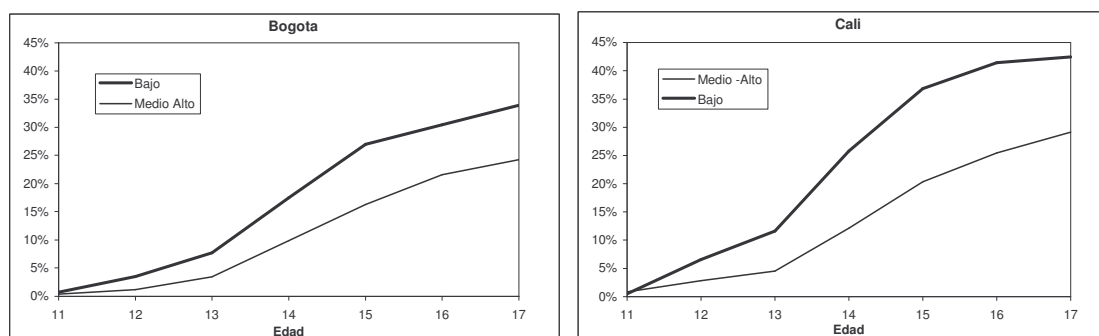
Gráfico 25: Porcentaje de adolescentes unidas antes de la edad x por ciudad y estrato



Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

La exposición al riesgo de embarazo no depende sólo de que exista una unión estable, sino también de la frecuencia de relaciones previas a la formalización de una unión. Aunque por lo general, la mayoría de la actividad sexual ocurre dentro de la unión (legal o consensual), estudios previos (Flórez y Núñez, 2002; Flórez, 2004) evidencian que, en Colombia al igual que en Brasil, la proporción de mujeres no unidas con compañero sexual regular no es despreciable. El Gráfico 26 muestra la proporción de adolescentes que ha tenido su primera relación antes de cada edad específica, por ciudad y por estrato.

Gráfico 26: Porcentaje de adolescentes que ha tenido su primera relación sexual antes de la edad x por ciudad y estrato



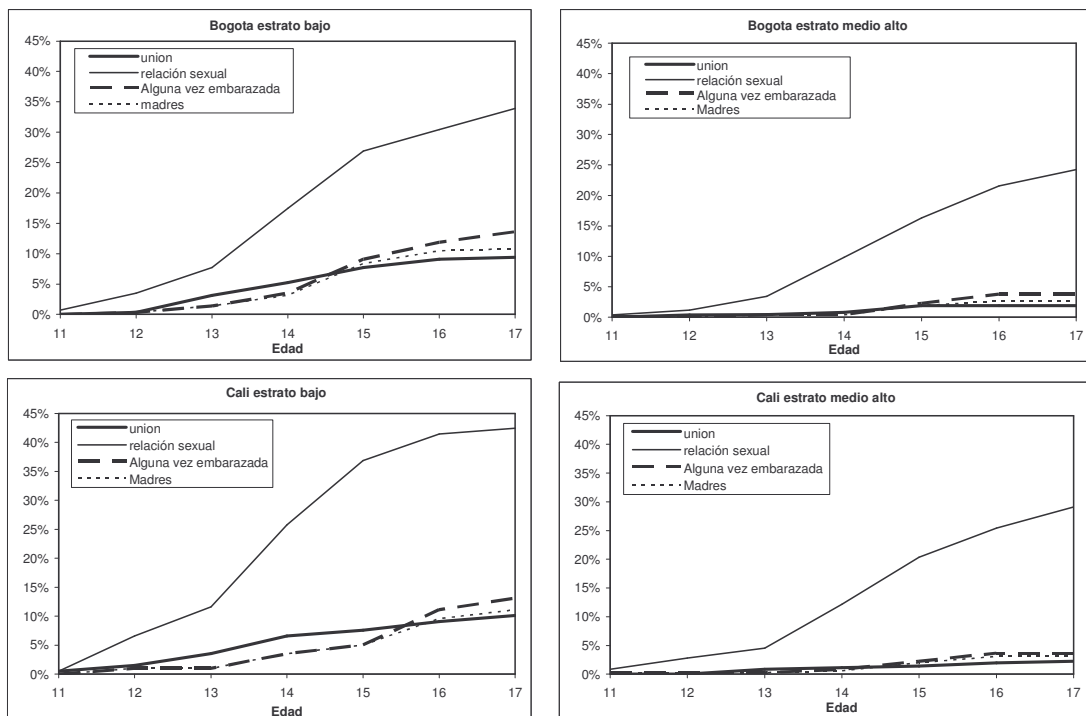
Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

En primer lugar, en promedio alrededor de 30% de las adolescentes ha iniciado relaciones sexuales. Este porcentaje es menor a la norma social percibida. En el estudio cualitativo se evidenció que las adolescentes perciben que las relaciones sexuales en la adolescencia son naturales y esperables, y se sienten presionadas a iniciarlas (Vargas et al.: Informe final estudio cualitativo). En segundo lugar, el nivel de inicio de relaciones sexuales es mucho mayor en Cali que en Bogotá, independientemente del estrato socioeconómico. En tercer lugar, aunque las adolescentes del estrato bajo inician más temprano y más rápido las relaciones sexuales, las diferencias por estrato no son tan marcadas como en el caso de la nupcialidad y la fecundidad. Así, en Bogotá el 24% de las adolescentes del estrato alto y el 34% del estrato bajo ya ha iniciado relaciones sexuales a los 17 años. En Cali, el 42% de las del estrato bajo y el 29% del estrato alto ya lo ha hecho a esa edad. Estos resultados están en concordancia

con las diferencias en el contexto familiar y sociocultural entre ciudades y entre estratos observadas en secciones anteriores.

El nivel de los patrones de inicio de relaciones sexuales es claramente mucho mayor que el del patrón de nupcialidad, en ambas ciudades y en ambos estratos, implicando una contribución de las relaciones sexuales prematrimoniales a la fecundidad adolescente. Con el fin de evidenciar este hecho, el Gráfico 27 compara los patrones acumulados de inicio de relaciones sexuales, primera unión, primer embarazo y primer hijo para cada ciudad por estrato.

Gráfico 27: Proporción de adolescentes que ha tenido su primera relación, se ha unido, embarazado y son madres antes de la edad x



Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

Varios hechos resaltan. Primero, las adolescentes del estrato bajo, en ambas ciudades, muestran un inicio más temprano y más rápido de las relaciones sexuales, de la unión y de la maternidad, indicando que la mayor maternidad adolescente en este estrato está asociada tanto al pronto inicio de las relaciones sexuales como al de las uniones. Segundo, en las dos ciudades y en ambos estratos, el patrón de primera unión está por encima del patrón de maternidad hasta los 15 años, pero a partir de esta edad el patrón de maternidad supera el de nupcialidad. Este hecho indica que las adolescentes que son madres antes de los 15 años se unen primero, pero que a partir de los 15 años, muchas de las adolescentes tienen su primer hijo o su primer embarazo antes de su primera unión estable. Este fenómeno es mucho más marcado en el estrato bajo en ambas ciudades. En este estrato, el inicio temprano y rápido de las relaciones sexuales juega un papel importante en la fecundidad y en el madresolterismo. Por el contrario, en el estrato alto, los patrones de primera unión y maternidad

están mucho más cercanos indicando un impacto más débil de las relaciones sexuales prematrimoniales en la maternidad adolescente. Tercero, en las dos ciudades y en ambos estratos, el patrón de inicio de relaciones sexuales está muy por encima del patrón de fecundidad, sugiriendo un papel importante del uso de planificación familiar como medio de control de la fecundidad. Este hecho aparece mucho más fuerte en Cali que en Bogotá, dado el mayor nivel del patrón de relaciones sexuales en esta ciudad y las menores diferencias en fecundidad.

El rápido y pronto inicio de las relaciones sexuales entre las adolescentes amerita una mirada a la primera relación sexual. Como lo acabamos de mencionar, una proporción mucho mayor de las adolescentes del estrato bajo que del alto inician relaciones sexuales en la adolescencia. Entre las adolescentes que han iniciado relaciones, la edad de la primera relación oscila entre los 15 y 16 años, independientemente del estrato y de la ciudad. La mayoría de ellas ha iniciado relaciones sexuales con el novio, quien en promedio tenía 19.5 años de edad, tanto en Cali como en Bogotá (Cuadro 16). Esto indica que el inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes ocurre con pares, confirmando los resultados del estudio cualitativo en donde se evidenció que las adolescentes comienzan a tener sus experiencias sexuales en el marco de sus relaciones románticas (Vargas et al.: Informe final cualitativo).

Cuadro 16: Pareja de la primera relación sexual

Indicador	BOGOTA			CALI		
	Estrato Bajo	Estrato Medio-	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio-	Total
Relación con la pareja:						
Novio	88.0	97.1	91.8	92.9	91.4	92.1
Amigo	7.0	2.9	5.3	7.1	7.6	7.4
Otro	5.0	0.0	2.9	0.0	1.0	0.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Promedio de edad que tenía la pareja	19.3	19.5	19.4	19.0	19.5	19.2
Promedio de la diferencia en edad con la pareja	3.8	3.2	3.6	3.8	3.7	3.8
N con relación sexual	100	70	170	85	105	190

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

7.4.2. Uso de planificación familiar

Existen diversos factores por los cuales las mujeres deciden utilizar métodos anticonceptivos, más aún cuando son adolescentes. La estabilidad de una unión (legal o consensual) y el deseo de tener un hijo influyen ampliamente en esta decisión. La práctica del control natal entre mujeres que desean evitar un embarazo depende tanto del conocimiento como del acceso a los métodos de planificación familiar, que involucra no solo la información de cada método, sino también la oferta y servicios que caracterizan estos productos. El acceso a métodos de planificación familiar, y en general a los servicios de salud sexual y

reproductiva, ha demostrado ser un factor crucial entre las adolescentes (The Alan Guttmacher Institute, 1998).

Como vimos en las secciones anteriores, las adolescentes inician relaciones sexuales entre los 15 y los 16 años en promedio. Sin embargo, solo entre el 55% y 65% de las adolescentes usaron algún método de planificación familiar en su primera relación sexual. El uso de un método en la primera relación es mayor entre las adolescentes del estrato alto que del bajo, siendo las diferencias entre estratos mucho mayores en Bogotá que en Cali (Cuadro 17). Así, solamente el 43% de las adolescentes del estrato bajo y el 72% de las del estrato alto de Bogotá usaron un método. En Cali, el 60% del estrato bajo y el 67% del estrato alto lo hicieron. Estos resultados son consistentes con el estudio cualitativo en el cual se evidenciaron algunos mitos alrededor del uso de métodos de planificación familiar en la primera relación sexual. Las adolescentes creen infundadamente que las mujeres no quedan embarazadas al tener relaciones sexuales por primera vez, que no es necesario utilizar condón cuando ambos son vírgenes, que los métodos de protección no son efectivos y pueden generar efectos secundarios indeseables, que utilizar condón con la persona que ama es un irrespeto (Vargas et al: Informe final cualitativo).

El uso o no de método en la primera relación en parte también refleja el diálogo de la pareja sobre planificación familiar. Tanto en Cali como en Bogotá, el porcentaje que usó método alguno en la primera relación es similar al porcentaje que habló con la pareja al respecto, ya sea antes o después de la relación sexual. Tal parece que algunas de las adolescentes que hablaron después de la relación, lo hicieron porque usaron algún método. Alrededor de la mitad de las adolescentes habló sobre métodos con la pareja antes de la primera relación, alrededor de un 15% habló después, y cerca de una tercera parte no habló al respecto. Esta última situación prevalece entre las adolescentes en el estrato bajo de Bogotá, en donde un 45% no habló con su pareja sobre planificación familiar. Este mismo grupo es el que en menor proporción usó un método.

La mayoría de las adolescentes que no usaron método en su primera relación afirman que no lo hicieron porque fue algo inesperado (63% en Bogotá y 72% en Cali). En Bogotá, entre un 10% en el estrato alto y un 20% en el bajo, manifestaron que no usaron porque no quisieron. En Cali, por el contrario, un 20%-25% de las adolescentes manifestó otro motivo para el no uso. Así, las adolescentes del estrato bajo de Bogotá son las que en menor proporción usaron método en su primera relación, en menor proporción hablaron con su pareja al respecto, y en mayor proporción no usaron porque no quisieron. Claramente, estas condiciones las pone en desventaja, en mayor riesgo relativo de embarazo.

Entre las adolescentes que usaron método en su primera relación, la mayoría utilizó el condón, independientemente del estrato y la ciudad (Cuadro 17). Sin embargo, un porcentaje no despreciable de las adolescentes en el estrato bajo,

11% en Bogotá y 17% en Cali, usaron un método natural (retiro o ritmo), menos seguro, lo cual las deja en un riesgo mayor de embarazo. Dado que la mayoría de las adolescentes utiliza el condón, la fuente principal de abastecimiento es la farmacia o la pareja misma.

Cuadro 17: Uso de métodos de planificación familiar en la primera relación sexual

Indicador	BOGOTA			CALI		
	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total	Estrato Bajo	Estrato Medio-Alto	Total
Porcentaje que usó P.F.	43.0	72.9	55.3	60.0	67.3	64.0
Habló con la pareja sobre P.F.						
Antes	45.0	58.6	50.6	50.6	50.5	50.5
Después	10.0	21.4	14.7	16.5	16.2	16.3
No habló	45.0	20.0	34.7	32.9	33.3	33.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Razón por la cual no usó:						
Fue algo inesperado	61.4	68.4	63.2	73.5	70.6	72.1
No querían usar	21.0	10.5	18.4	5.9	2.9	4.4
Otro motivo	17.6	21.1	18.4	20.6	26.5	23.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Método utilizado:						
Píldora	2.3	7.8	5.3	15.7	4.3	9.1
Inyección	2.3	2.0	2.1	0.0	8.6	5.0
Condón	81.4	88.2	85.1	66.7	82.9	76.0
Método natural	13.9	2.0	7.5	17.6	4.3	9.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Fuente del método:						
Pareja	42.1	50.0	46.6	50.1	67.2	60.5
Farmacia o droguería	55.3	36.0	44.3	38.1	26.9	31.2
Otro medio	2.6	14.0	9.1	11.8	5.9	8.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N con relación sexual	100	70	170	85	105	190

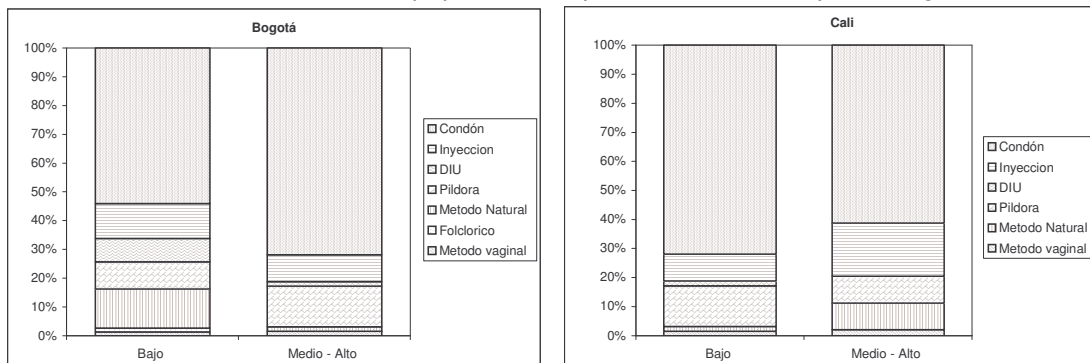
Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

El uso de planificación familiar entre las adolescentes empieza alrededor de los 16 años en promedio, un año después de que han iniciado relaciones sexuales, lo cual las deja en un período de desprotección y de alto riesgo de embarazo. Una vez empiezan a planificar, el tipo de método utilizado también influye en el riesgo de embarazo. Las adolescentes, tanto en Bogotá como en Cali, mayoritariamente escogen el condón como su primer método: en Bogotá, el 72% de las del estrato alto y el 54% de las del bajo; en Cali, el 72% de las del estrato bajo y el 61% de las del alto (Gráfico 28). Entre los siguientes métodos escogidos están la píldora, la inyección y un método natural, éste último especialmente entre las adolescentes del estrato bajo de Bogotá y las del estrato alto de Cali.

A medida que aumenta la edad y la frecuencia de las relaciones sexuales, aumenta también el uso de métodos de planificación familiar. Como vimos en la sección 7.2.4, el uso alguna vez de planificación familiar entre las adolescentes

que han iniciado relaciones sexuales, es relativamente alto, siendo mayor el uso en Cali que en Bogotá y mayor entre las adolescentes del estrato alto que del bajo. Por lo menos las tres cuartas partes de las adolescentes del estrato bajo de Bogotá ha utilizado alguna vez planificación familiar, y más del 90% de las del estrato alto lo ha hecho (Cuadro 17). Estas diferencias entre ciudades y estratos refuerzan los hallazgos en cuanto a inicio de relaciones sexuales y nivel de fecundidad: las adolescentes de Cali inician más rápido las relaciones sexuales pero usan más planificación familiar, de tal forma que no obtienen mayores niveles de fecundidad que las adolescentes de Bogotá.

Gráfico 28: Distribución de adolescentes por primer método de planificación familiar utilizado por estrato según ciudad



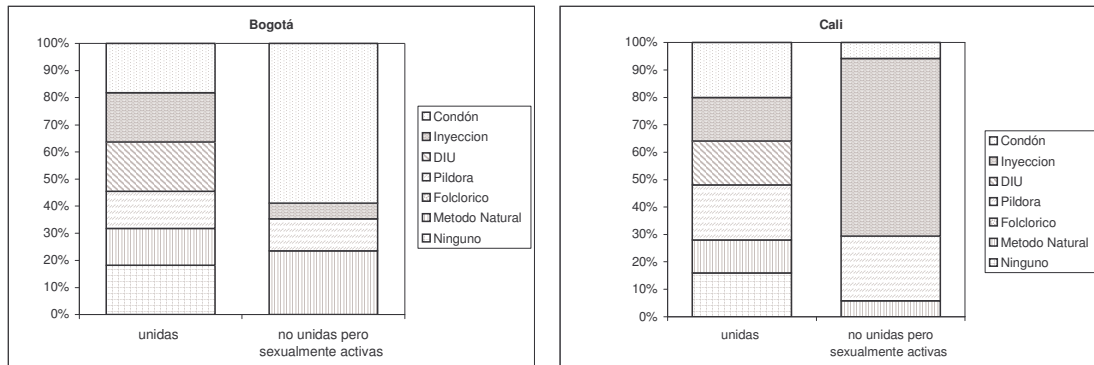
Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

Los resultados indican también que el uso actual de métodos tiene relación con la condición marital: las adolescentes no unidas pero sexualmente activas tienen un mayor nivel de uso de métodos de planificación familiar que las adolescentes unidas. Un 18% de las adolescentes actualmente unidas en Bogotá y un 16% de aquellas en Cali, no utiliza método alguno de planificación familiar; mientras que prácticamente todas las no unidas pero sexualmente activas usan algún método (Gráfico 29). Esto refleja el deseo de tener un hijo entre las adolescentes unidas y el deseo de evitar un embarazo entre las no unidas pero sexualmente activas.

El tipo de método actualmente utilizado por las adolescentes difiere por estado marital y por ciudad (Gráfico 29). De una parte, en las dos ciudades, hay una mayor diversidad de métodos de planificación familiar actualmente utilizados entre las adolescentes unidas que entre aquellas no unidas pero sexualmente activas.

En Bogotá, las adolescentes actualmente no unidas pero sexualmente activas mayoritariamente prefieren el condón (60%), seguido por un método natural (retiro o ritmo) (24%), y pocas eligen la píldora o un método folclórico. En Cali, las adolescentes actualmente no unidas pero sexualmente activas prefieren mayoritariamente la inyección (65%), seguido por la píldora (24%), mientras que muy pocas prefieren el condón y un método natural. Así, las adolescentes actualmente no unidas pero sexualmente activas de Cali escogen métodos de planificación más seguros que las adolescentes de Bogotá.

Gráfico 29: Distribución de adolescentes por uso actual de método de planificación familiar por estado marital actual según ciudad



Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

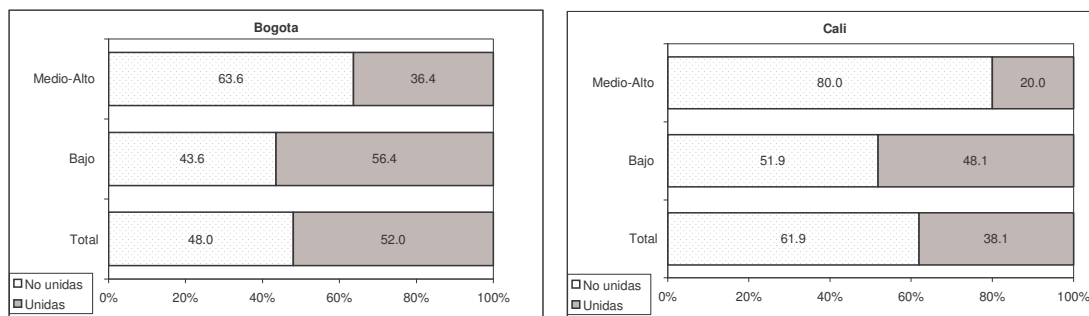
7.4.3. Un balance de los determinantes próximos

Los determinantes próximos de la fecundidad adolescente, unión / inicio de relaciones sexuales y uso de planificación familiar, tienen implicaciones directas no solo sobre el nivel y patrón de la fecundidad adolescente, sino sobre el madresolterismo. Respecto al patrón y nivel de fecundidad, en las dos ciudades, el patrón de inicio de relaciones sexuales, de unión y de uso de planificación familiar, desfavorece a las adolescentes del estrato bajo, ayudando a explicar sus niveles más altos de fecundidad. Por ciudades, existe un gran diferencial en los patrones de inicio de relaciones sexuales, más rápido y temprano en Cali que en Bogotá. Sin embargo, el mayor uso de planificación familiar en las adolescentes de Cali, así como el uso de métodos modernos y más seguros, contrarresta el efecto del patrón temprano de inicio de relaciones sexuales sin generar un mayor nivel de fecundidad en esta ciudad respecto a Bogotá.

El efecto de los determinantes próximos sobre el madresolterismo radica en las diferencias en los patrones de unión y maternidad. Como vimos, el patrón de maternidad supera el patrón de inicio de uniones estables, especialmente a partir de los 15 años, lo cual lleva al madresolterismo. Una gran proporción de las adolescentes están solteras al momento del nacimiento de su primer hijo o de su primer embarazo: 62% en Cali y 48% en Bogotá (Gráfico 30). Contrario a lo esperado, este fenómeno es mucho más marcado entre las adolescentes del estrato alto que las del bajo, especialmente en Cali. Así, en Cali, el 80% de las madres adolescentes del estrato alto y 64% de las de Bogotá, estaban solteras al momento del nacimiento del hijo. En el estrato bajo, los porcentajes, aunque altos, son menores: 52% en Cali y 43% en Bogotá. A pesar de que una menor proporción de adolescentes del estrato alto ha iniciado relaciones sexuales, una mayor proporción utiliza planificación familiar, y una menor proporción son madres, la mayoría de los embarazos son premaritales, sugiriendo probablemente que son embarazos no deseados. Por el contrario, entre las adolescentes del estrato bajo, una mayor proporción ha iniciado relaciones sexuales, una mayor proporción se ha unido, una menor proporción usa planificación familiar, una mayor proporción de las que no usa es porque no

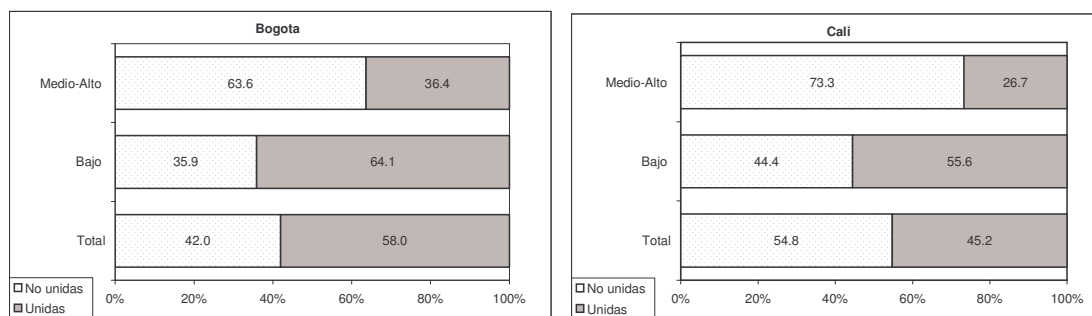
quiere, y una mayor proporción son madres, hay una menor incidencia de los embarazos premaritales, sugiriendo que gran parte de la fecundidad se da dentro de la unión y es una fecundidad deseada.

Gráfico 30: Distribución de adolescentes madres o embarazadas por estado marital al nacimiento del hijo, ciudad y estrato



Las adolescentes madres solteras pueden formalizar una unión (legal o consensual) después del nacimiento del hijo. El Gráfico 31 muestra la distribución de madres adolescentes por estado marital al momento de la encuesta.

Gráfico 31: Distribución de adolescentes madres o embarazadas por estado marital actual, ciudad y estrato



Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

Claramente, hay una proporción de adolescentes madres que ya han conformado una unión, especialmente en el estrato bajo. Así, la proporción de madres unidas aumenta entre el nacimiento del hijo y el momento de la encuesta. Sin embargo, aún se observa una proporción relativamente alta de adolescentes madres que permanecen solteras: 42% en Bogotá y 55% en Cali. Como mencionamos anteriormente, las implicaciones negativas de la fecundidad adolescente se acentúan cuando esta ocurre fuera de una unión estable. En el caso de estas dos ciudades, del nivel de fecundidad observado entre las adolescentes, 7%, la mitad son madres solteras. Probablemente algunas se unirán posteriormente y otras permanecerán solteras.

7.5. Determinantes socioeconómicos

Como mencionamos en la sección 5.3, este estudio se centra en el análisis de los determinantes socioeconómicos de tres decisiones entre los adolescentes: el

inicio de las relaciones sexuales, el primer embarazo y el nacimiento del primer hijo. En los últimos dos eventos, se tienen en cuenta solamente la adolescentes que han iniciado relaciones sexuales. Para cada una de estas decisiones se estimó un modelo logit por ciudad y un modelo agregado. Se hicieron pruebas de significancia para agregar los modelos por evento, incluyendo la ciudad como variable. Se empleó una prueba chi-cuadrado de la relación de probabilidad (LR) para verificar la hipótesis nula de que las variables explicativas tienen coeficientes iguales en las dos ciudades pero una función base de riesgo diferente²⁰.

El marco analítico adoptado en esta investigación (capítulo 4) contiene tres tipos de factores que influyen directa e indirectamente, a través de los determinantes próximos, sobre el nivel y timing de la fecundidad adolescente. En primer lugar, las políticas y programas gubernamentales en los sectores salud y otros relacionados (educación, empleo), mediante los cuales se actúa a través de la oferta de programas de planificación familiar, acceso a educación formal y a educación sexual. En segundo lugar, están los factores del contexto social y del hogar en el cual vive la adolescente. En tercer lugar, están las características individuales de la adolescente. De acuerdo con este marco, se seleccionaron las variables probables a influir en los tres eventos: inicio de las relaciones sexuales, primer embarazo y nacimiento del primer hijo. Dentro de las variables derivadas de acciones y políticas del gobierno, se incluyeron: el acceso a servicios de salud por parte de la adolescente, y la fuente de información sobre sexualidad (sistemas reproductivos, reproducción, sexualidad, planificación familiar). Estas variables son capturadas al momento de la encuesta. Se espera que un mayor acceso a servicios de salud y una mayor información sobre sexualidad disminuya la probabilidad de embarazo o de nacimiento de un hijo.

Como factores socioeconómicos del hogar, se incluyó el nivel socioeconómico, el clima educativo del hogar²¹, el acceso a TV cable/internet, la estructura del hogar, e información sociodemográfica de la madre: nivel educativo, edad al nacimiento del primer hijo, número de hijos, tipo de unión y violencia familiar sufrida por la madre. De estas variables, la estructura del hogar y el tipo de unión de la madre son cambiantes con el tiempo, es decir pueden cambiar a lo largo de la vida de la adolescente (se basan en la historia de vida). Se espera que un mayor nivel educativo, mayor acceso a medios de comunicación, hogar biparental completo, y características demográficas de la madre que reflejen menor fecundidad y más tardía, lleven a una menor probabilidad de inicio de relaciones sexuales, de embarazo y de nacimiento del primer hijo.

²⁰ Para cada evento, la prueba estadística se construyó calculando 2 veces la diferencia entre la suma de la probabilidad del log de cada uno de los modelos estimados por ciudad y la probabilidad del log del modelo agrupado (con ciudad como variable), con grados de libertad definidos por la diferencia entre la suma del número de restricciones de los dos modelos por ciudad y el modelo agrupado (con ciudad como variable).

²¹ Se define el clima educativo del hogar como el número de años de educación de las miembros del hogar mayores de 15 años.

Como factores contextuales del hogar se incluyeron las siguientes variables: fecundidad adolescente en la familia, abuso sexual en la adolescente, violencia física/verbal en la adolescente, supervisión parental, nivel de comunicación con la madre, y percepción sobre el temprano inicio de relaciones sexuales. De estas variables, la violencia física/verbal cambia con la historia de vida de la adolescente. Se espera que un contexto de experiencias previas de fecundidad adolescente en la familia, de violencia familiar, de baja supervisión parental, de baja comunicación con la madre y de percepción favorable sobre relaciones sexuales prematrimoniales y a edades tempranas, lleven a una mayor probabilidad de embarazo adolescente.

Las características de la adolescente consideradas fueron: edad y edad al cuadrado²² (con el fin de captar efectos no lineales de la edad), lugar de residencia, tipo de institución educativa, tipo de unión, uso de métodos de planificación familiar y empleo. Dado que asistencia escolar y la nupcialidad tienen patrones por edad, se incluyeron interacciones entre estas dos variables y la edad. Todas estas variables provienen de la historia de vida y por lo tanto cambian con la edad. Se espera que vivir en las ciudades principales, estudiar en colegio femenino, estar soltera, y usar métodos modernos de planificación familiar, disminuyen la probabilidad de embarazo o tener un primer hijo.

7.5.1. El evento inicio de relaciones sexuales

Los cuadros 18 y 19 muestran los resultados del modelo de inicio de relaciones sexuales, coeficientes estimados y efectos marginales respectivamente, para cada ciudad y el agregado. Dentro de los factores resultantes de políticas y acciones del gobierno, las charlas de educación sexual impartidas en los colegios no han tenido efecto importante en ninguna ciudad. Esto es consistente con los hallazgos del estudio cualitativo que indican que la educación sexual impartida en los colegios es más informativa sobre los órganos reproductivos la prevención de enfermedades de transmisión sexual, y no tiene en cuenta la necesidad de formación de los adolescentes. De otra parte, la fuente de información sobre diferentes aspectos de la sexualidad tiene efectos diferentes por ciudad, no siempre con el signo esperado. Así por ejemplo, la información sobre relaciones sexuales no es significativa en Cali, pero sí en Bogotá pero con el signo contrario. Tanto la información que dan los padres como los colegios aumenta la probabilidad de inicio de relaciones frente a la información obtenida de otras fuentes.

En cuanto al conjunto de factores socioeconómicos del hogar, el nivel educativo de la madre y un hogar biparental tienen efectos significativos, especialmente en Bogotá. Mayores niveles de educación de la madre y un hogar biparental de los padres disminuyen la probabilidad de embarazo de la adolescente. Por el contrario, un hogar en donde la mamá se ha separado o divorciado aumenta la probabilidad de embarazo en la adolescente.

²² Para reducir la correlación con la variable original, ésta se centró antes de elevarla al cuadrado.

CUADRO 18. COEFICIENTES ESTIMADOS DEL MODELO LOGIT PARA EL EVENTO PRIMERA RELACION SEXUAL POR CIUDAD			
VARIABLES	BOGOTA	CALI	TOTAL
FACTORES DERIVADOS DE POLITICAS Y ACCIONES DEL GOBIERNO			
Informacion sobre sistemas reproductivos recibidas por:			
Padres	-0.703	-0.750 **	-0.709 ***
Colegio	-0.231	-0.829 **	-0.541 **
Otro (ref)	-	-	-
Informacion sobre reproduccion recibidas por:			
Padres	-0.228	-0.486 *	-0.198
Colegio	0.352	-0.549 **	-0.080
Otro (ref)	-	-	-
Informacion sobre relaciones sexuales recibidas por:			
Padres	0.492 *	-0.152	0.186
Colegio	0.588 ***	-0.054	0.228
Otro (ref)	-	-	-
Informacion sobre planificacion recibidas por:			
Padres	0.926 ***	0.243	0.459 **
Colegio	0.118	0.569 **	0.246
Otro (ref)	-	-	-
Intensidad de charlas de educacion sexual:			
Dos veces al año (ref)	-0.503 *	0.056	-0.193
Una vez al año	-0.292	0.196	-0.070
Una vez al mes	0.090	0.248	0.026
Una vez a la semana	0.547 *	0.702	0.546 **
No tuvo charlas	-	-	-
FACTORES SOCIOECONOMICOS DEL HOGAR			
Ciudad (Cali = ref)			-0.218 *
Estrato bajo (ref)	-	-	-
Estrato medio alto	-0.321	-0.418 **	-0.318 **
Clima educativo del hogar	-0.045	-0.102 **	-0.087 ***
Cable /internet	0.180	0.238	0.203 **
Vive con			
Conyuge (ref)	-	-	-
Papa y mama	-0.633 *	-0.609 **	-0.318 *
Solo mama	-0.378	0.186	0.077
Informacion sobre la madre			
Edad promedio de la madre al tener el primer hijo	-0.057	-0.081	-0.050
Promedio de hijos de la madre	-0.026	0.016	-0.002
Nivel educativo			
Ninguno o primaria incompleta (ref)	-	-	-
Primaria completa	-0.719 **	0.052	-0.267
Secundaria incompleta	-0.819 ***	-0.090	-0.355 **
Secundaria completa /universidad	-0.369	0.126	-0.043
Violencia familiar sufrida por la madre	-0.120	0.115	0.000
Tipo de union :			
Union consensual / no informa (ref)	-	-	-
Matrimonio	-0.139	-0.023	-0.073
Separada / viuda / muerta	0.421 *	-0.314	0.106

FACTORES CONTEXTUALES DEL HOGAR			
Fecundidad adolescente en la familia	0.563 **	0.027	0.206
Abuso sexual sufrido por la adolescente	0.675 **	0.608 *	0.568 ***
Agresion fisica familiar en la adolescente	0.511 **	0.817 ***	0.677 ***
Violencia de tipo verbal o fisica en la adolescente	0.481 *	0.422 *	0.447 ***
Acuerdo sobre la hora de llegada	-0.159	-0.639 ***	-0.357 ***
Aconseja tener relaciones sexuales despues de los 17 años	-0.600 ***	-0.933 ***	-0.839 ***
Comunicación con la madre:			
La mayoría de veces (ref)	-	-	-
Siempre	-0.064	-0.252	-0.195
Nunca	0.737 ***	0.306	0.393 ***
CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENTE			
Edad	1.290 ***	1.171 ***	1.140 ***
Edad2	-0.048	-0.012	-0.028
Lugar de residencia			
Rural o ciudad intermedia (ref)	-	-	-
Nativa o ciudad principal	0.708 ***	-0.471 *	0.200
Tipo de institucion educativa			
Femenina	1.449	-0.018	0.614
Mixta	1.634	0.646	0.988
No estudia (ref)	-	-	-
Edad * no estudia	0.179	0.072	0.119
Union de la adolescente			
No unida (ref)	-	-	-
Unida	2.231	11.388 ***	9.551 ***
Edad* union	-0.035	-0.581 **	-0.515 **
Empleo			
Tiempo completo	-0.637 *	0.137	-0.203
Tiempo parcial	0.137	0.046	0.196
No trabajo (ref)	-	-	-
const	-21.385 ***	-16.720 ***	-17.736 ***
Obs	2170	2247	4417
Prob chi	0.000	0.000	0.000
Pseudo R2	0.430	0.403	0.394
Log likelihood	-532.73	-622.20	-1198.30
Prueba de anidacion RL (gdl 42)			86.740 ***

***p<0,01 ** p<0,05 * p<0,1

Los factores contextuales del hogar es el grupo de mayor significancia estadística. La experiencia previa de fecundidad adolescente en la familia, de abuso sexual en la adolescente, de agresión física/verbal familiar, un bajo nivel de comunicación con la madre, la falta de supervisión parental y la percepción favorable sobre las relaciones sexuales tempranas, aumentan de manera significativa la probabilidad de inicio de relaciones sexuales, tanto en Bogotá como en Cali.

De las características de la adolescente, la edad tiene un efecto importante y altamente significativo, indicando que la probabilidad de iniciar relaciones sexuales es altamente dependiente de la edad. El lugar de residencia tiene efectos contrarios en las dos ciudades. De una parte, en Bogotá indica que vivir en ciudades intermedias o zona rural aumenta la probabilidad de iniciar relaciones sexuales respecto a la zona rural o ciudades intermedias; mientras

que en Cali es lo contrario. Esto podría explicarse en términos de la mayor proporción de adolescentes que inician relaciones en Cali respecto a Bogotá.

CUADRO 19. EFECTOS MARGINALES DEL MODELO LOGIT PARA EL EVENTO PRIMERA RELACION SEXUAL			
VARIABLES	BOGOTA dy/dx	CALI dy/dx	TOTAL dy/dx
FACTORES DERIVADOS DE POLITICAS Y ACCIONES DEL GOBIERNO			
Información sobre sistemas reproductivos recibidas por:			
Padres	-0.021 *	-0.031 **	-0.029 ***
Colegio	-0.009	-0.052 **	-0.030 **
Otro (ref)	-	-	-
Información sobre reproducción recibidas por:			
Padres	-0.008	-0.023 *	-0.009
Colegio	0.012	-0.029 **	-0.004
Otro (ref)	-	-	-
Información sobre relaciones sexuales recibidas por:			
Padres	0.020 *	-0.008	0.009
Colegio	0.022 **	-0.003	0.011
Otro (ref)	-	-	-
Información sobre planificación recibidas por:			
Padres	0.044 **	0.013	0.025 **
Colegio	0.004	0.029 **	0.012
Otro (ref)	-	-	-
Intensidad de charlas de educación sexual			
Dos veces al año (ref)	-	-	-
Una vez al año	-0.016 *	0.003	-0.009
Una vez al mes	-0.010	0.011	-0.003
Una vez a la semana	0.003	0.013	0.001
No tuvo charlas	0.025	0.048	0.033 *
FACTORES SOCIOECONOMICOS DEL HOGAR			
Ciudad (Bogotá = 1)			-0.011 *
Estrato bajo (ref)	-	-	-
Estrato medio alto	-0.011	-0.023 *	-0.016 **
Clima educativo del hogar	-0.002	-0.005 **	-0.004 ***
Cable /internet	0.006	0.012	0.010 **
Vive con			
Conyuge (ref)	-	-	-
Papa y mama	-0.025 *	-0.033 **	-0.016 *
Solo mama	-0.013	0.010	0.004
Información sobre la madre			
Edad promedio de la madre al tener el primer hijo	-0.002	-0.004	-0.002
Promedio de hijos de la madre	-0.001	0.001	0.000
Nivel educativo			
Ninguno o primaria incompleta (ref)	-	-	-
Primaria completa	-0.022 **	0.003	-0.012
Secundaria incompleta	-0.025 ***	-0.005	-0.016 **
Secundaria completa /universidad	-0.013	0.007	-0.002
Violencia familiar sufrida por la madre	-0.004	0.006	0.000
Tipo de union			
Union consensual / no informa (ref)	-	-	-
Matrimonio	-0.005	-0.001	-0.004
Separada / viuda / muerta	0.017	-0.015	0.005

FACTORES CONTEXTUALES DEL HOGAR			
Fecundidad adolescente en la familia	0.024 **	0.001	0.011
Abuso sexual sufrido por la adolescente	0.031 **	0.040	0.035 **
Agresion fisica familiar	0.016 **	0.034 ***	0.028 ***
Violencia de tipo verbal o fisica	0.021	0.025	0.026 **
Acuerdo sobre la hora de llegada	-0.006	-0.038 ***	-0.019 **
Aconseja tener relaciones sexuales despues de los 17 años	-0.025 **	-0.062 ***	-0.052 ***
Comunicación con la madre			
La mayoría de veces (ref)	-	-	-
Siempre	-0.002	-0.012	-0.009
Nunca	0.027 ***	0.015	0.019 ***
CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENTE			
Edad	0.046 ***	0.060 ***	0.056 ***
Edad2	-0.002 *	-0.001	-0.001
Lugar de residencia			
Rural o ciudad intermedia (ref)	-	-	-
Nativa o ciudad principal	0.022 ***	-0.028	0.009
Tipo de institucion educativa			
Femenina	0.085	-0.001	0.037
Mixta	0.047	0.029	0.040
No estudia (ref)	-	-	-
Edad * no estudio	0.006	0.004	0.006
Union de la adolescente			
No unida (ref)	-	-	-
Unida	0.223	0.952 ***	0.953 ***
Edad* union	-0.001	-0.030 **	-0.025 **
Empleo			
Tiempo completo	-0.018 **	0.007	-0.009
Tiempo parcial	0.005	0.002	0.010
No trabajo (ref)	-	-	-

***p<0,01 ** p<0,05 * p<0,1

El estado conyugal de la adolescente, que cambia con la edad, sólo tiene efecto estadísticamente significativo en Cali, sugiriendo que hay una relación estrecha entre inicio de relaciones sexuales y la unión. Contrario a lo esperado, la asistencia escolar por tipo de institución no tiene efectos significativos ni con el signo esperado sobre la probabilidad de inicio de relaciones sexuales.

Los efectos marginales (Cuadro 19) indican que, de todos los factores considerados, los que más impacto tienen sobre la probabilidad de inicio de relaciones sexuales son aquellos de carácter sociocultural. Así, de todas las variables consideradas, la experiencia previa de fecundidad adolescente en la familia, de agresión física/verbal en la adolescente, un bajo nivel de comunicación con la madre, y percepciones favorables al inicio temprano de relaciones sexuales, son las variables de mayor impacto sobre la probabilidad de un primer embarazo adolescente. Dentro de los factores socioeconómicos del hogar, el nivel educativo de la madre afecta de manera importante la probabilidad de un primer embarazo adolescente. Por el contrario, los factores derivados de políticas y acciones del gobierno, como los programas de educación sexual en los colegios, no mostraron efectos marginales importantes.

7.5.2. El evento primer embarazo

Los cuadros 20 y 21 muestran los resultados del modelo de primer embarazo, coeficientes estimados y efectos marginales respectivamente, para cada ciudad y el agregado. Del grupo de factores derivados de políticas y acciones del gobierno, el acceso a los servicios de salud es altamente significativo, en las dos ciudades. Sin embargo, la variable tiene el signo contrario al esperado: un mayor acceso está asociado a una mayor probabilidad de embarazo. Debido a que ésta es una variable al momento de la encuesta, su efecto contrario podría interpretarse a la luz de un uso de los servicios como consecuencia del embarazo adolescente. Esto estaría acorde con el papel positivo que ha venido desempeñando la oferta creciente de servicios de salud sexual, tanto a través instituciones gubernamentales como de ONGs.

Por el contrario, las charlas de educación sexual en los colegios o la información sobre sexualidad que reciben las adolescentes no contribuyen significativamente a disminuir la probabilidad de un primer embarazo, y cuando lo hacen tienen el efecto contrario al esperado. Por ejemplo, en Bogotá, la información que las adolescentes reciben de los padres o del colegio sobre sistemas reproductivos aumenta de manera importante y significativa la probabilidad de un primer embarazo, sugiriendo que dicha información abre más que responde inquietudes. Nuevamente, se evidencia el impacto limitado que en los estudiantes ha tenido la educación sexual impartida en los colegios desde 1993.

El grupo de factores socioeconómicos del hogar evidencia un efecto importante y significativo del clima educativo del hogar: un mayor clima educativo disminuye la probabilidad de un primer embarazo, especialmente en Bogotá. En las dos ciudades, la posición en el hogar refleja la menor probabilidad de embarazo que tienen las adolescentes que aún viven con sus padres. Contrario a lo esperado, el nivel educativo de la madre aumenta la probabilidad de embarazo, especialmente en Cali. Esto podría tal vez asociarse a una mayor apertura cultural en las madres de mayor nivel educativo, con efectos negativos sobre el comportamiento reproductivo de sus hijas. El tipo de unión de la madre nuevamente tiene un efecto positivo, significativo en Cali, indicando que las adolescentes con madres separadas/divorciadas tienen mayor probabilidad de un primer embarazo tal vez por una mayor flexibilidad ligada a un menor número de personas encargadas de supervisar.

El grupo de variables consideradas factores contextuales del hogar son los de mayor impacto y significancia estadística. En las dos ciudades, la experiencia previa de fecundidad adolescente en la familia, de agresión física familiar, un bajo nivel de comunicación con la madre, y la falta de supervisión parental, aumentan de manera significativa la probabilidad de un primer embarazo adolescente. En Cali, la percepción favorable en la adolescente sobre un inicio temprano de relaciones sexuales tiene un efecto positivo (aumenta), estadísticamente significativo, sobre la probabilidad de un primer embarazo.

CUADRO 20. COEFICIENTES ESTIMADOS DEL MODELO LOGIT PARA EL EVENTO PRIMER EMBARAZO CIUDAD

VARIABLES	BOGOTA	CALI	TOTAL
FACTORES DERIVADOS DE POLITICAS Y ACCIONES DEL GOBIERNO			
Acceso a servicios de salud			
No ha utilizado (ref)	-	-	-
Ha utilizado	2.583 ***	1.714 ***	1.894 ***
Informacion sobre sistemas reproductivos recibidas por:			
Padres	4.351 ***	1.009	1.540 **
Colegio	4.786 ***	0.931	1.166 **
Otro (ref)	-	-	-
Informacion sobre reproduccion recibidas por:			
Padres	-0.808	-0.901	-1.239 **
Colegio	-1.073	-0.473	-0.955 ***
Otro (ref)	-	-	-
Informacion sobre relaciones sexuales recibidas por:			
Padres	2.182 **	1.446 *	0.997 **
Colegio	1.860 **	0.163	0.551
Otro (ref)	-	-	-
Informacion sobre planificacion recibidas por:			
Padres	-3.089 ***	-0.649	-0.560
Colegio	1.975 ***	-1.022 *	0.102
Otro (ref)	-	-	-
Intensidad de charlas de educacion sexual			
Dos veces al año (ref)	-	-	-
Una vez al año	-0.012	1.327	0.668
Una vez al mes	-0.093	1.182	-0.068
Una vez a la semana	1.415 **	1.555 *	0.271
No tuvo charlas	0.646	2.212	0.910 *
FACTORES SOCIOECONOMICOS DEL HOGAR			
Ciudad (Bogotá = 1)			0.456 *
Estrato bajo (ref)	-	-	-
Estrato medio alto	-0.796	-0.930	-0.289
Clima educativo del hogar	-1.025 ***	-0.701 ***	-0.545 ***
Cable /internet	-0.290	0.114	0.083
Vive con			
Conyuge (ref)	-	-	-
Papa y mama	-1.009	-0.676	-0.993 ***
Solo mama	-2.786 ***	-3.179 ***	-1.866 ***
Informacion sobre la madre			
Edad promedio de la madre al tener el primer hijo	0.250	-0.224 *	-0.053
Promedio de hijos de la madre	-0.019	0.002	-0.012
Nivel educativo			
Ninguno o primaria incompleta (ref)	-	-	-
Primaria completa	1.096	2.210 ***	0.487
Secundaria incompleta	1.037	2.749 ***	0.676 *
Secundaria completa /universidad	1.955 *	2.197 ***	0.787
Violencia familiar sufrida por la madre	-0.439	-0.064	0.177
Tipo de union			
Union consensual / no informa (ref)	-	-	-
Matrimonio	0.228	1.016	0.637 *
Separada / viuda / muerta	0.486	2.505 ***	0.994 ***

FACTORES CONTEXTUALES DEL HOGAR			
Fecundidad adolescente en la familia	1.507 *	1.094 *	0.593 *
Abuso sexual sufrido por la adolescente	1.127	-3.968 ***	-0.667
Agresion fisica familiar	2.142 **	3.601 ***	1.301 ***
Violencia de tipo verbal o fisica	-0.998	-1.495	-0.170
Acuerdo sobre la hora de llegada	-3.109 ***	-0.421	-1.231 ***
Aconseja tener relaciones sexuales despues de los 17 años	-0.317	1.644 **	0.676 *
Comunicación con la madre			
La mayoría de veces (ref)	-	-	-
Siempre	-0.354	-2.027 **	-0.893 **
Nunca	2.828 ***	-0.369	0.526
CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENTE			
Edad	1.981 ***	0.715 ***	0.720 ***
Edad2	-0.322 **	0.092	0.026
Lugar de residencia			
Rural o ciudad intermedia (ref)	-	-	-
Nativa o ciudad principal	-1.533 **	-1.036	-0.677 **
Tipo de institucion educativa			
Femenina	-3.277	3.179	0.630
Mixta	-5.603	0.077	-1.051
No estudia (ref)	-	-	-
Edad * no estudio	-0.306	0.156	-0.020
Union de la adolescente			
No unida (ref)	-	-	-
Unida	0.137	-8.606 *	-4.232
Edad* union	0.108	0.538 *	0.301
Metodos de planificacion familiar			
No usa (ref)	-	-	-
Modernos	0.132	-0.508	-0.234
Tradicionales	0.981	-2.170 **	-0.802
Empleo			
Tiempo completo	0.389	-0.845	-0.699 *
Tiempo parcial	0.831	1.295	0.509
No trabajo (ref)	-	-	-
const	-31.687 ***	-17.879 ***	-12.715 ***
Obs	483	578	1061
Prob chi	0.000	0.000	0.000
Pseudo R2	0.555	0.498	0.393
Log likelihood	-97.934	-118.505	-277.134
Prueba de anidacion RL (gdl 45)			121.389 ***

***p<0,01 ** p<0,05 * p<0,1

Entre las características de la adolescente, la edad tiene un efecto positivo y significativo, especialmente en Bogotá, sugiriendo una mayor velocidad de incorporación a la maternidad de las adolescentes en Bogotá que en Cali. El lugar de residencia indica, tanto en Bogotá como en Cali, que vivir en las principales ciudades disminuye la probabilidad de un primer embarazo adolescente, efecto que es alto y significativo en Bogotá. El uso de métodos de planificación familiar no muestra los efectos negativos esperados. En Bogotá la variable no es estadísticamente significativa y tiene el signo contrario. En Cali, aunque tiene el signo esperado, se observa un mayor efecto de métodos tradicionales que de métodos modernos, lo cual no era esperado.

CUADRO 21. EFECTOS MARGINALES DEL MODELO LOGIT PARA EL EVENTO PRIMER EMBARAZO POR CIUDAD			
VARIABLES	BOGOTA dy/dx	CALI dy/dx	TOTAL dy/dx
FACTORES DERIVADOS DE POLITICAS Y ACCIONES DEL GOBIERNO			
Acceso a servicios de salud			
No ha utilizado (ref)	-	-	-
Ha utilizado	0.025 *	0.021 **	0.085 ***
Informacion sobre sistemas reproductivos recibidas por:			
Padres	0.222	0.016	0.105
Colegio	0.019 *	0.008	0.036 ***
Otro (ref)	-	-	-
Informacion sobre reproduccion recibidas por:			
Padres	-0.005	-0.008	-0.039 ***
Colegio	-0.009	-0.005	-0.042 **
Otro (ref)			
Informacion sobre relaciones sexuales recibidas por:			
Padres	0.029	0.025	0.051 *
Colegio	0.017	0.002	0.023
Otro (ref)	-	-	-
Informacion sobre planificacion recibidas por:			
Padres	-0.013 *	-0.006	-0.019 *
Colegio	0.016	-0.012	0.004
Otro (ref)	-	-	-
Intensidad de charlas de educacion sexual			
Dos veces al año (ref)	-	-	-
Una vez al año	0.000	0.023	0.033
Una vez al mes	-0.001	0.020	-0.003
Una vez a la semana	0.013	0.021	0.011
No tuvo charlas	0.006	0.074	0.052
FACTORES SOCIOECONOMICOS DEL HOGAR			
Ciudad (Bogotá = 1)			0.018
Estrato bajo (ref)			
Estrato medio alto	-0.005	-0.010	-0.011
Clima educativo del hogar	-0.007 **	-0.008 **	-0.022 ***
Cable /internet	-0.002	0.001	0.003
Vive con			
Conyuge (ref)	-	-	-
Papa y mama	-0.007	-0.007	-0.038 ***
Solo mama	-0.013 *	-0.025 **	-0.055 ***
Informacion sobre la madre			
Edad promedio de la madre al tener el primer hijo	0.002	-0.002	-0.002
Promedio de hijos de la madre	0.000	0.000	0.000
Nivel educativo			
Ninguno o primaria incompleta (ref)	-	-	-
Primaria completa	0.010	0.050	0.021
Secundaria incompleta	0.009	0.066	0.031
Secundaria completa /universidad	0.026	0.047	0.038
Violencia familiar sufrida por la madre	-0.003	-0.001	0.007
Tipo de union			
Union consensual / no informa (ref)	-	-	-
Matrimonio	0.002	0.014	0.028 *
Separada / viuda / muerta	0.004	0.052 **	0.047 ***

FACTORES CONTEXTUALES DEL HOGAR			
Fecundidad adolescente en la familia	0.018	0.017	0.028
Abuso sexual sufrido por la adolescente	0.012	-0.017 **	-0.021 *
Agresion fisica familiar	0.008	0.015 **	0.034 ***
Violencia de tipo verbal o fisica	-0.005	-0.010 *	-0.006
Acuerdo sobre la hora de llegada	-0.043 *	-0.005	-0.059 ***
Aconseja tener relaciones sexuales despues de los 17 años	-0.002	0.014	0.023 **
Comunicación con la madre			
La mayoría de veces (ref)	-	-	-
Siempre	-0.002	-0.013 **	-0.028 ***
Nunca	0.026 *	-0.004	0.020
CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENTE			
Edad	0.014 **	0.008 **	0.028 ***
Edad2	-0.002	0.001	0.001
Lugar de residencia			
Rural o ciudad intermedia (ref)	-	-	-
Nativa o ciudad principal	-0.017	-0.016	-0.032 *
Tipo de institucion educativa			
Femenina	-0.009	0.168	0.032
Mixta	-0.104	0.001	-0.044
No estudia (ref)			
Edad * no estudio	-0.002	0.002	-0.001
Union de la adolescente			
No unida (ref)	-	-	-
Unida	0.001	-0.035	-0.072 *
Edad* union	0.001	0.006	0.012
Metodos de planificacion familiar			
No usa (ref)	-	-	-
Modernos	0.001	-0.005	-0.009
Tradicionales	0.011	-0.011 **	-0.023 **
Empleo			
Tiempo completo	0.003	-0.007	-0.021 **
Tiempo parcial	0.008	0.025	0.024
No trabajo (ref)	-	-	-

***p<0,01 ** p<0,05 * p<0,1

Los efectos marginales del modelo para el evento primer embarazo (Cuadro 21) evidencian resultados diferentes por ciudad. De una parte, en Bogotá, de todas las variables consideradas, un bajo nivel de comunicación con la madre y la falta de supervisión parental son las dos variables de mayor impacto positivo (aumenta) y significativo estadísticamente, sobre la probabilidad de un primer embarazo adolescente. En Cali, la presencia de la mamá, y el tipo de unión de la madre son los factores de mayor impacto. Una madre separada/divorciada tiene un efecto positivo (aumenta) importante sobre la probabilidad de un primer embarazo adolescente. Sin embargo, en Cali al igual que en Bogotá, las condiciones de agresión física/verbal y el nivel de comunicación con la madre también tienen efectos marginales importantes. Estos resultados indican que de todos los conjuntos de factores incluidos, aquellos de tipo contextual del hogar son los de mayor importancia, sugiriendo la necesidad de enfatizar el rol de la familia y la supervisión parental en el comportamiento reproductivo de las adolescentes.

7.5.3. El evento nacimiento del primer hijo

Los resultados los resultados del modelo de nacimiento del primer hijo son muy similares a los obtenidos para la probabilidad de un primer embarazo adolescente. Por lo tanto no se presentan aquí. Solamente es necesario enfatizar dos hechos. Primero, en las dos ciudades, tres son las variables que presentan consistentemente los efectos marginales más significativos y más importantes: supervisión parental, comunicación con la madre y clima educativo del hogar. Es evidente la importancia del rol de la familia en el comportamiento reproductivo de las adolescentes. Segundo, el efecto nulo que sobre el comportamiento reproductivo de las adolescentes ha tenido la educación sexual que se imparte en los colegios desde 1993.

8. LAS COGNICIONES ASOCIADAS CON LA SEXUALIDAD²³

El marco analítico adoptado en esta investigación enfatiza la fuerte influencia ejercida por el contexto sociocultural sobre la fecundidad y sus determinantes próximos, es decir, sobre las decisiones de los adolescentes acerca de tener relaciones sexuales, usar métodos de planificación familiar, unirse o casarse, embarazarse o abortar. Por esta razón, en el estudio cualitativo nos propusimos “descubrir” o “develar” las cogniciones asociadas con el hecho de ser hombre y ser mujer y, en general, con la sexualidad, las cuales se intercambian en el contexto familiar, escolar y social en el que viven las adolescentes y sus parejas. Asumimos que las cogniciones son los antecedentes inmediatos de las decisiones de los adolescentes que Simmons (1985) propone como determinantes próximos de la fecundidad.

Con el fin de complementar los factores socioeconómicos identificados en el capítulo anterior, y aproximarnos al entendimiento de los factores socioculturales que influyen en los determinantes de la fecundidad, el estudio cualitativo se orientó a entender las decisiones de las adolescentes frente a asuntos tales como establecer o no una relación romántica, tener o no relaciones sexuales, usar o no métodos para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual, embarazarse o no embarazarse, abortar o no, unirse o casarse. El modelo conceptual utilizado aquí (capítulo 4) plantea que estas decisiones están asociadas, entre otras cosas, a factores socio-económicos y contextuales al nivel del individuo, del hogar y de la comunidad. Más específicamente, asumimos que estas decisiones podrían comprenderse mejor si obteníamos evidencia acerca de a) el contexto sociocultural en el que han sido socializadas las adolescentes y sus parejas; b) las cogniciones (conocimientos, creencias, valores, normas, expectativas, metas, actitudes) y, en particular, los significados que se han intercambiado en ese proceso de socialización sexual; c) la asociación de estas cogniciones con las decisiones de los jóvenes que son

²³ Este capítulo se basa en el Informe Final del Estudio Cualitativo de este proyecto, realizado por Vargas, Henao y González (2004).

determinantes próximos de la fecundidad y, d) la incidencia que estas decisiones tienen en el logro de las tareas de desarrollo propias de la adolescencia. Teniendo en consideración este planteamiento, este capítulo presenta las evidencias que corroboran o invalidan los resultados de estudios previos y que nos permiten contextualizar el patrón sociocultural identificado.

8.1. El contexto de socialización sexual

Actualmente se reconoce que aunque la sexualidad tiene una base biológica y hormonal, las personas llegan a ser individuos sexuados a través de la interacción social. Como lo plantea Lamas (1996), aunque es importante analizar la articulación de lo biológico con lo social y evitar negar las diferencias biológicas indudables que hay entre mujeres y hombres, es conveniente reconocer que lo que marca la diferencia fundamental entre los sexos es el género. Para aproximarnos al discurso social sobre el género que prevalece en el contexto sociocultural de las adolescentes y sus parejas, en las entrevistas a profundidad se obtuvo información que nos permitiera responder, fundamentalmente, dos preguntas: ¿Cómo es la identidad de género que están construyendo las mujeres y los hombres jóvenes?, ¿De qué manera se relacionan las cogniciones que integran el sentido psicológico de ser hombre o mujer con las decisiones que inciden sobre la fecundidad?

Los resultados confirman que en el medio sociocultural en el que se desenvuelven los jóvenes el dimorfismo sexual aparente define el trato diferencial que se les da a los hombres y a las mujeres. Este trato distinto en función del sexo se enfatiza a partir de la pubertad, momento en el cual los padres se encuentran particularmente preocupados por la evidente capacidad reproductiva de sus hijas y, por otro lado, por asegurarse de que sus hijos den señales de su incuestionable “masculinidad”. Esto permite entender por qué mientras las mujeres se definen a sí mismas por su estructura biológica y su potencial reproductivo, los hombres trascienden su estructura física y se definen a sí mismos a partir de las cogniciones de género que se gestan en la cultura. Los hallazgos del estudio ponen en evidencia lo que plantean Barberá y Lafuente (1999) acerca de que “los estereotipos no cambian al compás de la evolución social” (p. 243).

Es así como en las historias de vida de los participantes se encontró que los patrones de socialización sexual rígidos y desiguales que se ejercen tempranamente en las familias, especialmente en las de estrato bajo, tienen profundas repercusiones en las cogniciones de los hombres y de las mujeres. De esta manera, mientras las adolescentes asumen su cuerpo con sentimientos de incomodidad, culpa y vergüenza, y lo ven como algo que tienen que cuidar y embellecer para lograr atraer y seducir al otro, los hombres perciben su cuerpo como un recurso para obtener y proporcionar placer, como un instrumento para ejercer poder sobre el otro y como un medio para confirmar su masculinidad. Estas cogniciones frente al propio cuerpo definen dos maneras distintas de

aproximarse a las relaciones de pareja y a la actividad sexual en este período de la vida: las mujeres buscan confirmar que son capaces de atraer, de cuidar, de apoyar y de conservar al otro y que, por eso, merecen ser queridas tal y como son; los hombres, en cambio, pretenden hacer evidente que son verdaderos hombres acumulando experiencia sexual, haciendo alarde de sus conquistas y de su capacidad para proporcionar placer y fecundar. Otros estudios han mostrado que mientras las mujeres reportan como razones principales para tener relaciones sexuales el amor, la cercanía emocional y el compromiso, los hombres refieren el placer, la diversión y la descarga de tensión física (Carrol, Volk y Hyde, 1985; Mejia et al., 2000).

En este sentido, los relatos de los jóvenes confirman lo que se ha encontrado en otras investigaciones realizadas en contextos culturales diferentes al colombiano pero propios del mundo occidental (Small y Luster, 1.994), acerca de que aún persiste el doble estándar respecto a lo que los padres esperan de los hombres y de las mujeres y que el contexto de socialización enfatiza la polarización de los sexos.

Es así como las expectativas opuestas de los padres explican la forma diferenciada como desempeñan su función socializadora según el sexo de los hijos, ejerciendo mayor supervisión y control sobre el comportamiento de las hijas, particularmente en lo que se refiere a sus relaciones románticas y a su actividad sexual, y propiciando un mayor ejercicio de la autonomía en los hijos hombres. Además, coherentemente con los resultados presentados por Sánchez (1996), los relatos de los jóvenes indican que en el contexto familiar la socialización dirigida hacia los hombres pretende fomentar la reducción de la expresión afectiva y el incremento de la agresividad, mientras que los comportamientos dirigidos hacia las mujeres promueven su rol expresivo y su dependencia.

Aunque es en la familia, como primer contexto de socialización, donde se reciben los primeros mensajes asociados con el rol de género, una vez iniciada la escolarización otros agentes sociales presionan en la dirección marcada por el estereotipo. En efecto, acorde con lo que se ha denominado “currículo oculto” (Giroux, 1990) o educación informal, los y las jóvenes señalaron que el colegio fue otro contexto importante en el cual aprendieron cogniciones relativas al género. Se encontró que el proceso de socialización sexual que se inicia en la familia se continúa en el colegio en donde los profesores también establecen un trato diferencial entre niños y niñas, propician la segregación de pares en función del sexo, refuerzan los estereotipos y mantienen normas distintas para hombres y mujeres. Aunque en todos los estratos la mayor parte de las mujeres percibe cierto grado de discriminación por parte de sus profesores y compañeros de colegio, ésta fue más evidente en los niveles socioeconómicos medio y bajo.

En el contexto escolar los jóvenes también son objeto de la influencia de su grupo de pares. Lo mismo ocurre en la comunidad en la que viven.

Consistentemente con lo que afirma Cotterell (1996), se encontró que el grupo de pares representa tanto al grupo de amigos y compañeros con quienes los jóvenes se relacionan cara a cara, como al grupo con el cual se identifican y que está compuesto por los adolescentes o jóvenes de su edad que les muestran los medios de comunicación y que se convierte en su grupo de referencia.

Los relatos de los adolescentes indican que el grupo de pares o el grupo de referencia adquieren en la adolescencia un papel extremadamente importante. Tal como lo plantean diversos autores (Kandel, 1978; Gray y Steinberg, 1999; Perkins et al, 1998; Cotterell, 1996; Moore y Rosenthal, 1993; Eshleman, 1994) los pares influyen de diversas formas: ejerciendo presión para que los adolescentes se animen a actuar de una forma determinada; proporcionando información sobre lo que les corresponde hacer a los hombres y a las mujeres; estableciendo normas implícitas y explícitas relacionadas con el género y reforzando los comportamientos más valorados socialmente para cada uno de los sexos.

Como consecuencia de este trato diferencial, se observó que las adolescentes se describen como sensibles, cariñosas, delicadas, suaves, débiles, amorosas y nobles, mientras que los jóvenes se narran como dominantes, agresivos, fuertes, libres e independientes. Igualmente, se identificó que la asimetría entre los sexos define como inapropiado para las mujeres el deseo de poder y para los hombres la expresividad afectiva, la vulnerabilidad y la dependencia.

Tal como lo afirma Pastor (1999), esta polarización de las características que socialmente se asocian con cada uno de los sexos, justifica la asimetría que observamos en las relaciones que establecen las adolescentes con sus parejas. Evidentemente, los estereotipos de género mantienen las jerarquías y desigualdades entre hombres y mujeres. No es de extrañar, por lo tanto, que muchas mujeres asuman un rol pasivo frente a las distintas decisiones que afectan su salud sexual y reproductiva y que la mayoría de los hombres consideren que es natural en ellos la agresividad y que les corresponde tener la iniciativa y el control en las relaciones románticas y sexuales.

Adicionalmente, esta visión dicotómica de los géneros que persiste en el contexto sociocultural en el que viven los jóvenes, define las expectativas que se tienen del otro como pareja y dificulta la construcción de proyectos de vida comunes. De hecho, una de las creencias que se pudo identificar y que, a nuestro modo de ver, influye de manera importante en las experiencias románticas de los jóvenes, es aquella según la cual “todos los hombres son infieles”. Esta creencia afecta especialmente a las mujeres, quienes a partir de lo observado en su contexto familiar y social han desarrollado un alto nivel de vulnerabilidad emocional, en tanto que están abiertas a ser lastimadas o a experimentar rechazo por parte de sus parejas (Vogel, Wester, Heesacker y Madon, 2003).

En efecto, las cogniciones de género que han asimilado las adolescentes en el proceso de socialización inciden, en cierta medida, en su apertura a las relaciones románticas y permiten comprender la inseguridad, la desconfianza y la incertidumbre que reportaron experimentar en sus relaciones de pareja. Desde el punto de vista de los hombres, esta creencia propia de su contexto sociocultural también puede afectar su capacidad para comprometerse en el establecimiento de relaciones estables y duraderas. Igualmente, estas percepciones, definiciones y valoraciones del sí mismo y del otro permiten comprender las dificultades que tienen las parejas para comunicarse de forma efectiva, para confiar en el otro y para tomar las decisiones que los afectan de manera conjunta.

La información proporcionada por las adolescentes y sus parejas evidencian que en el contexto sociocultural en el que viven los asuntos relacionados con el género y la sexualidad no han cambiado sustancialmente. Esto nos lleva a cuestionar el papel de la educación sexual como uno de los factores que, en el medio sociocultural, contribuyen a la construcción del conjunto de expresiones o manifestaciones cognitivas, emocionales, comportamentales, sociales y éticas de la dimensión sexual de la persona.

En Colombia, la educación sexual en el contexto escolar es obligatoria desde 1993. Es decir, idealmente, los participantes en el estudio han estado expuestos a programas formales de educación sexual por cerca de diez años. Recordemos que entre los objetivos del Proyecto Nacional de Educación Sexual estaban “propiciar cambios en los valores, conocimientos, actitudes y comportamientos relativos a la sexualidad...replantear los roles sexuales tradicionales, buscando una mejor relación hombre-mujer...promover modificaciones de la vieja estructura familiar, con el fin de buscar una mayor equidad en las relaciones [padres-hijos y conyugales]...” (Ministerio de Educación Nacional, Resolución 03353 del 2 de julio de 1993, p.1).

La falta de datos empíricos sobre los valores, los conocimientos y las actitudes que prevalecían en la población colombiana antes de la implementación del Proyecto Nacional de Educación Sexual impide hacer una evaluación de sus efectos en estos aspectos. No obstante, los relatos de los jóvenes ponen de presente que la situación actual no corresponde a la deseada.

En así como, salvo contadas excepciones, tanto en Bogotá como en Cali, los y las jóvenes asocian la educación sexual exclusivamente con el componente genital de la sexualidad. De esta manera, otras dimensiones como la afectiva, la comunicativa y la social, se encuentran completamente ausentes de sus reflexiones y elaboraciones al respecto. Lo que se observó es que esta noción de la sexualidad, reducida a la genitalidad, ha llevado a que la educación sexual apunte hacia la prevención de las consecuencias físicas que se derivan de la actividad sexual.

Con respecto a la educación sexual que se ofrece en los planteles educativos, en Bogotá y Cali se encontraron dos tendencias en su estructura. Según un poco más de la mitad de los jóvenes, éstos incluyen los temas relacionados con la sexualidad en el pensum que se desarrolla en noveno y décimo grados. En los colegios de los otros jóvenes, la educación sexual se limita a la realización de conferencias esporádicas por parte de personas o instituciones externas contratadas para cumplir con la obligatoriedad de abordar la temática con los estudiantes. Estos resultados son consistentes con los reportados por Mejía et al (2000), lo cual indica que la apropiación social del conocimiento derivado de la investigación es escasa.

De acuerdo con los y las participantes de este estudio, independientemente de la estructura del programa, la educación sexual que se ofrece en los colegios tiene varias características en común. En primera instancia, como ya se mencionó, se encuentra centrada en la genitalidad y, en esta medida, aborda exclusivamente temas como los órganos sexuales, las infecciones de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos, el embarazo y el aborto. También se caracteriza por ser descriptiva y superficial, y por no promover la reflexión en torno a las temáticas.

Igualmente, los jóvenes señalaron que las exposiciones tienen un carácter directivo que no permite el diálogo entre los alumnos y el profesor o expositor y que, en esa medida, no tiene en cuenta sus vivencias y expectativas. Finalmente, el hecho de estar orientada a generar temor frente a la actividad sexual fue otra de sus características.

Como es de esperarse, los y las jóvenes señalaron que tanto los cursos como las charlas de educación sexual les dejaron muchas dudas e inquietudes. Aunque algunos manifestaron que la educación que recibieron fue buena, en un gran número de casos, ésta no trascendió a la práctica, ni incidió en su forma de entender la sexualidad. Aquellos que señalaron que la educación sexual recibida en el colegio sí había tenido alguna influencia en ellos, mencionaron que había sido básicamente en el uso métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales.

Ahora bien, si tenemos en cuenta que la educación sexual no se reduce a la información objetiva y explícita que se transmite en los colegios sobre la sexualidad, es conveniente retomar los planteamientos de Bussey & Bandura (1999) en relación con la socialización sexual que se desarrolla en otros contextos, particularmente, en la familia. En efecto, ésta al igual que los otros agentes sociales, favorece la socialización sexual de los jóvenes a través de dos modalidades de influencia: el modelamiento y la instrucción directa. En las entrevistas se encontró que los padres y las madres de familia, por un lado, sirven de modelo de comportamiento, y por otro, instruyen a sus hijos e hijas sobre los derechos y los deberes que corresponden a cada uno de los sexos.

En esta medida, la educación sexual que se ofrece en las familias debe examinarse en dos niveles: el principal y más incluyente, compromete el análisis de las cogniciones que se promueven en los hijos e hijas, como guías para entablar relaciones con los demás desde la igualdad y el respeto a sí mismo y a los otros. El segundo, mucho más puntual, corresponde al análisis de los factores que facilitan el acompañamiento, por parte de los padres, del proceso de toma de decisiones sexuales y reproductivas.

Las narraciones de los jóvenes permiten señalar que aunque en la mayor parte de las familias se reconoce la importancia de que ellos y ellas reciban educación sexual, aparte de conversaciones esporádicas y poco claras, los padres y madres prefieren delegar esta responsabilidad al colegio. Aunque en muchas ocasiones las madres plantean en algún momento el tema a sus hijas, nunca lo vuelven a retomar. Esto lleva a que las jóvenes no desarrollen suficiente confianza y apertura a la comunicación con sus madres y, por lo tanto, impide que en la familia encuentren respuestas claras para resolver sus inquietudes. Estos resultados, que coinciden con los de Pick y Palos (1995) sobre la educación sexual que los jóvenes reciben en sus familias, se vieron respaldados en los grupos focales con jóvenes, en los cuales hombres y mujeres señalaron que en efecto, sus padres tienden a evadir el tema.

Como lo señalan otros investigadores (Whalen et al., 1996), para los hombres la situación generalmente es más difícil, en la medida en que las madres sienten que este tipo de temas debe ser tratado entre hombres, idealmente con el padre, quien generalmente no lo hace. En las pocas ocasiones en las que los jóvenes mencionaron que sus padres los habían instruido sobre la actividad sexual, generalmente la información fue muy confusa.

Cabe señalar que la mayor parte de jóvenes que ya son madres o padres de familia señalaron que en su familia no encontraron ninguna directriz sobre los asuntos relacionados con la sexualidad y a esa falta de información le atribuyeron, en parte, su situación actual. Por su parte, aquellas jóvenes que señalaron que la educación sexual que habían recibido en su familia había sido buena, dijeron que ésta había trascendido la esfera reproductiva y había profundizado también en el ámbito del afecto y la comunicación. De esta manera, describieron que sus madres les habían hablado con tranquilidad y claridad, y habían permanecido receptivas frente a sus dudas e inquietudes. Igualmente, señalaron que estas charlas fueron muy significativas para ellas, en la medida en que les permitieron reflexionar sobre sus deseos y prioridades y, por lo tanto, tomar decisiones más acertadas y seguras en relación con su vida sexual.

Las limitaciones en la educación sexual que ofrecen los padres a sus hijos e hijas fue reconocida en el grupo focal de padres de familia, en el cual hombres y mujeres señalaron que para ellos es difícil tratar con sus hijos temas

relacionados con la sexualidad y que, en parte, esto se debe al hecho de que nadie los ha educado para ello.

Es así como en ausencia de fuentes de información confiables en el medio familiar, y dado que la educación sexual en el colegio en general ocurre a destiempo, los jóvenes tienen que resolver sus inquietudes en torno a la sexualidad recurriendo a los amigos y a las parejas románticas. Los medios de comunicación, como la televisión, los libros y las revistas, se convierten también en recursos importantes a través de los cuales los y las jóvenes obtienen información sobre el tema de la actividad sexual. La narrativa de los participantes reveló que el papel de estas fuentes alternativas de información no se reduce a permitir una primera aproximación al aspecto genital y reproductivo de la sexualidad humana, pues también proporcionan conocimiento fundamental sobre las formas correctas e incorrectas en las que se relacionan los hombres y las mujeres, y sobre lo que se espera de cada uno de los sexos en una relación de pareja.

La importancia de los medios de comunicación como fuente de información sobre sexualidad también fue establecida en el estudio de Vargas Trujillo y Barrera (2004). En su investigación encontraron que la cantidad de televisión que ven los adolescentes, al igual que el tipo de programas que ven y la relación que establecen con ellos, se asocia con sus expectativas, sus actitudes, sus creencias y sus valoraciones románticas y sexuales. Probablemente, como lo señalan Steel y Brown (1995), esto se debe a que la televisión proporciona a los jóvenes la información que no les proporcionan otras fuentes sobre dos asuntos centrales del desarrollo durante la adolescencia: las relaciones románticas y la actividad sexual. Es por esto que los responsables de definir los contenidos de los programas preferidos por los adolescentes necesitan tener en cuenta que lo que presentan contribuye a desarrollar las cogniciones relacionadas con la sexualidad que guían el comportamiento de su audiencia. Además, los programas formales de educación sexual podrían considerar la posibilidad de aprovechar los medios masivos de comunicación, especialmente la televisión, para lograr los objetivos que se proponen.

8.2. Las cogniciones asociadas con la sexualidad

De acuerdo con Blackwood (2000) las cogniciones asociadas con la sexualidad dependen de los discursos que prevalecen en el contexto sociocultural sobre aspectos tales como el deseo, el género, la pareja, las relaciones sexuales, el matrimonio, la planificación familiar, la familia, la maternidad y la paternidad. Bandura (1986), por su parte, afirma que mediante el aprendizaje por observación las personas identifican las cogniciones y las reglas implícitas en el comportamiento de otros como resultado de un proceso de representación simbólica. Estas cogniciones se mantienen en la memoria y se activan de manera espontánea ante una situación que exige la acción individual.

Los resultados de este estudio indican que, efectivamente, en las decisiones de los jóvenes que son determinantes próximos de la fecundidad, las cogniciones cumplen esta función de guiar el comportamiento. De ahí que para comprender las acciones de las adolescentes y sus parejas consideramos necesario conocer sus cogniciones asociadas con la actividad sexual en la adolescencia, el uso de métodos de planificación familiar, la nupcialidad, el embarazo y el aborto. En el análisis incluimos también las cogniciones sobre las relaciones románticas porque diversos estudios han encontrado que en éstas ocurre, generalmente, el inicio de la actividad sexual (Furman y Shaffer, 2003; Vargas Trujillo y Barrera, 2003, entre otros), lo cual también se encontró en el presente estudio.

8.2.1. Cogniciones sobre las relaciones románticas

Tal como se ha encontrado en diversas investigaciones realizadas en nuestro medio y en otros países, los relatos que las adolescentes y los jóvenes del estudio nos proporcionaron sobre sus relaciones románticas nos permitieron establecer que, por un lado, constituyen un espacio propicio para su socialización y, por otro lado, son experiencias de gran significación que tienen implicaciones en diversas dimensiones de su desarrollo psicosocial.

En general, se encontró que en la adolescencia temprana tener novio o novia se percibe como una norma social, por lo tanto, para los adolescentes estudiados, cumplirla o no tiene implicaciones en la construcción de su identidad de género. En los hombres se encontró que en sus primeras relaciones le conceden mayor importancia a la apariencia física de la pareja y que la belleza de esta última, al ser reconocida por sus pares, contribuye a la afirmación de su identidad masculina. En otras palabras, tener una novia bonita o atractiva es para los jóvenes un signo de virilidad.

En concordancia con el doble estándar que prevalece en el contexto sociocultural en el que viven los participantes, se encontró que, en primer lugar, las adolescentes tienden a ocultar sus primeras relaciones románticas por temor a la prohibición o al rechazo, lo cual no fue reportado por los hombres. Esto se observó con mayor frecuencia en los estratos bajos, especialmente de la ciudad de Cali. En segundo lugar, que en varios casos el padre asumía una actitud desfavorable o de rechazo ante la relación romántica de su hija, lo que tampoco ocurrió en el caso de los hombres.

También se observaron diferencias de género en las expectativas que tienen los jóvenes de sus relaciones románticas. Mientras las adolescentes esperan que sus relaciones sean “serias”, es decir, caracterizadas por el reconocimiento público de la relación, por la vinculación y por el compromiso; los hombres, por el contrario, prefieren evitar el compromiso y tienden a sentirse atrapados en una relación cuando llevan mucho tiempo. Por lo tanto, en el caso de las mujeres, estas expectativas pocas veces se satisfacen en las primeras relaciones románticas que, en la adolescencia temprana, se caracterizan por la

inestabilidad, la fugacidad y la transitoriedad. Los datos así lo señalan y son consistentes con lo que plantean autores como Laureen y Jensen-Campbell (1999).

Consistentemente con lo expuesto por Welsh, Grillo y Harper (2003), en los relatos de los jóvenes se observó que, tanto los hombres como las mujeres, tienen expectativas de que sus relaciones románticas sean exclusivas. Por esta razón, uno de los principales motivos de rompimiento de estas primeras relaciones es “la infidelidad”. En efecto, se encontró que las relaciones extra-diádicas son relativamente frecuentes y que este comportamiento tiende a ser más usual en los hombres lo cual, por supuesto, confirma a las adolescentes la creencia generalizada de que “los hombres son perros” o “chivitos”, como dicen en Cali.

Feldman y Cauffman (1999) argumentan que la incidencia tan alta de infidelidad en las relaciones románticas de los adolescentes más jóvenes puede explicarse a partir de dos tareas de desarrollo que entran en conflicto en ese momento de la vida. Por una parte, los adolescentes requieren de la exploración y de la experimentación con diversas parejas románticas para lograr consolidar su identidad; por otra parte, los adolescentes buscan afanosamente establecer relaciones caracterizadas por la cercanía, el apoyo, la apertura a la comunicación y la aceptación incondicional. Dado que el contexto sociocultural impone restricciones a la experimentación por parte de las mujeres, es menos probable observar en ellas comportamientos de este tipo, lo cual es más frecuente en los hombres, por lo que se asume como “natural” en ellos.

Por otro lado, se encontró que, consistentemente con lo reportado por Furman y Simon (1999), las relaciones románticas de los adolescentes sufren un proceso de evolución que parte de relaciones cortas con bajos niveles de intimidad y de compromiso, hacia relaciones más duraderas y “más serias”, tal como las calificaron los mismos jóvenes. Los jóvenes perciben que estas últimas se distinguen de las primeras por el mayor compromiso con que el que se asumen, por el mayor grado de conocimiento, confianza e intimidad que se construye entre la pareja, por las actividades y experiencias que comparten, por su mayor duración, por el hecho de que se hacen públicas y porque el novio o la novia son reconocidos como tal por la familia y, en cierta medida, se integran a ella. Estas evidencias sugieren que paulatinamente los adolescentes van desarrollando su capacidad de vinculación con otros significativos distintos a los padres, proceso que marcha simultáneamente con la construcción de la autonomía. De hecho, no se debe al azar que para los adolescentes una relación romántica constituya principalmente una relación de apoyo, tal como se encontró cuando se indagó por los significados que poseen sobre el noviazgo. Según Brown, Feiring y Furman (1999) las relaciones románticas durante la adolescencia son una clase de amistad especial, lo cual coincide con las cogniciones que se encontraron entre los adolescentes con respecto al noviazgo y para quienes “un novio es como el mejor amigo pero con besitos”. Además de un apoyo, el novio o la novia

representan una fuente de afecto, así como compañía, alguien con quien salir y pasarla rico, alguien con el que se comparten muchas cosas y con quien, además, se establece un compromiso que se asocia con la fidelidad y la exclusividad.

Estos significados son coherentes con las expectativas que los jóvenes tienen con respecto a un novio o una novia, dentro de las cuales se destacan el afecto, la compañía, el apoyo y la comunicación. A estos aspectos se agregan el respeto, la comprensión, la honestidad y sinceridad, la tolerancia, la aceptación, la valoración y la confianza. Sin duda, estos significados revelan las expectativas de vinculación afectiva que tienen los adolescentes y la alta valoración que le asignan a las relaciones románticas. El hecho de que los jóvenes conciban las relaciones románticas como relaciones de apoyo y que interactúen cotidianamente con sus parejas, permite considerar que éstas últimas constituyen, efectivamente, figuras de apoyo y que, por lo tanto, satisfacen las necesidades emocionales de los adolescentes mientras que logran consolidar su autonomía. Sin embargo, es conveniente tener en cuenta lo que plantean Insabella (1999) acerca de que los adolescentes que no cuentan con una relación parental de apoyo, pueden buscar autonomía fuera de la familia a través de formas nocivas para su desarrollo, como por ejemplo, el embarazo.

Un análisis similar puede hacerse con respecto a los significados sobre el amor y el enamoramiento que se encontraron entre los adolescentes. Al respecto, la primera constatación que se hizo es que el amor y el enamoramiento constituyen experiencias altamente valoradas por los y las jóvenes del estudio, las cuales tendieron a definir a partir de los sentimientos que experimentan, así como de los comportamientos que exhiben a consecuencia de estos últimos.

En primer lugar, la atracción, el deseo, la emoción ante la proximidad, el afecto y el apego fueron los principales sentimientos que mencionaron como propios del estado de enamoramiento, mientras que pensar mucho en la otra persona, expresarle afecto y actuar en pro de su bienestar fueron los comportamientos que más señalaron para caracterizar este estado. Con respecto al amor, una de las ideas que fue señalada con frecuencia es que éste constituye el punto de llegada de un proceso que comienza con la atracción, pasa por el afecto y culmina en el amor, por lo que se requiere tiempo para llegar a él. Otro significado que se encontró se refiere al compromiso con el otro que genera el amor, el cual se asocia con la idea de la durabilidad e incondicionalidad que éste debe poseer. En segundo lugar, al igual que el enamoramiento, el amor es algo que se traduce en acciones. La palabra “entregarse” se encontró muy frecuentemente en el discurso de los participantes. Además de las anteriores, se identificaron dos ideas adicionales: que el amor es algo que se construye y por lo que se lucha, y una experiencia que contribuye al crecimiento personal.

Es evidente que estos significados constituyen cogniciones que favorecen el establecimiento de relaciones románticas y que pueden generar dos situaciones:

o bien la construcción de relaciones en las cuales se logre vivir el amor y el enamoramiento tal como son entendidos por los adolescentes; o bien la frustración cuando las relaciones no cumplan con las expectativas que los jóvenes poseen en torno a ellas. En cualquier caso, éstas constituyen experiencias de aprendizaje en las cuales los adolescentes inician su actividad sexual. De ahí la importancia que tiene la función de orientación que pueden ejercer los padres y los maestros sobre ellas. Los relatos sugieren la necesidad que tienen los adolescentes de contar con espacios de discusión sobre lo que esperan de una relación romántica; en estas discusiones los adultos pueden participar aportando información que facilite el proceso de clarificación de las características y funciones que tienen estas relaciones en la juventud. Este papel que tienen los padres y los educadores de facilitadores de procesos de aprendizaje se hace evidente cuando se comprende el papel que tienen estas relaciones en el logro de las tareas del desarrollo propias de la adolescencia.

8.2.2. Cogniciones sobre la actividad sexual en la adolescencia

La narrativa de los jóvenes nos permitió identificar varias cogniciones que pueden estar asociadas con su disposición a tener relaciones sexuales en la adolescencia. En concordancia con lo que se ha encontrado en otros estudios (Mejia et al, 2000) y con los estereotipos vigentes en el contexto sociocultural en el que viven, las adolescentes que participaron en las entrevistas diferencian entre las relaciones sexuales y el sexo. Según ellas, mientras las relaciones sexuales ocurren por amor, el sexo se da por placer, deseo o satisfacción física. Los hombres en cambio no establecieron esta diferencia y coincidieron en definir las relaciones sexuales como un mecanismo para obtener placer. No obstante, también reconocen la importancia del vínculo afectivo para obtener una mayor gratificación.

Una de las cogniciones fundamentales que se evidenció en los testimonios de las mujeres y de los hombres que participaron en las entrevistas, fue la creencia generalizada de que las relaciones sexuales son naturales o normales en la adolescencia. En efecto, la norma social percibida es que la mayoría de los jóvenes tienen relaciones sexuales y que es poco probable que haya una pareja que no las tenga.

Acorde con lo anterior, se encontró que en general los jóvenes perciben una actitud favorable de parte de sus amigos hacia la actividad sexual en la adolescencia. No obstante, mientras la mayoría de los hombres dijo que sus amigos asume las relaciones sexuales como una actividad recreativa, en el grupo de las mujeres se observaron dos opiniones encontradas que ponen de presente el doble estándar que aún prevalece en nuestro medio. Algunas mujeres coincidieron con los hombres en que las relaciones sexuales para su grupo de amigos son un juego que no tiene mayor trascendencia; mientras que otras, particularmente las que no han tenido relaciones sexuales, plantearon o

bien que de este tema no se habla con sus amigos, o bien que la opinión de la mayoría es que en la adolescencia éstas no son deseables.

En relación con las cogniciones sobre el tener relaciones sexuales prematrimoniales, se encontró que los jóvenes tienden a valorar positivamente las relaciones sexuales antes del matrimonio y a considerarlas necesarias para asegurar el éxito de la pareja. Efectivamente, en los testimonios se observó que los jóvenes perciben que “nadie llega virgen al matrimonio”, que lo normal es tener relaciones sexuales en la adolescencia y que un hombre con poca experiencia puede ser una mala pareja sexual. Además, se estableció que algunos de los jóvenes que no actúan conforme a la norma social, tienden a simular que sí lo hacen como mecanismo de evitación de la sanción social. Es decir, aquellos jóvenes, principalmente hombres, que no han iniciado actividad sexual “inventan” historias al respecto para hacer creer a sus amigos, e incluso a la pareja, que son tan “experimentados” como los demás. Esto explicaría por qué la prevalencia percibida de actividad sexual no corresponde al promedio de adolescentes sexualmente activos que se obtienen en los estudios.

Apoyando estos resultados, una constante en los dos grupos focales que realizamos con jóvenes, fue la alta prevalencia percibida de actividad sexual en su grupo de iguales. En efecto, hombres y mujeres señalaron que ellos creían que más del 60% o 70% de los adolescentes ya había iniciado actividad sexual, y se mostraron incrédulos frente al hecho de que únicamente la tercera parte de los adolescentes lo hubiera hecho, tal cual lo indican los resultados cuantitativos de este estudio e información secundaria.

Ahora bien, con respecto a la primera relación sexual, en este estudio se encontró que hombres y mujeres se aproximan a este evento con cogniciones distintas, lo cual es consistente con lo reportado por Moore y Rosenthal (1993). Mientras los hombres expresaron temor derivado tanto de su necesidad de demostrar suficiente capacidad para responder sexualmente y proporcionar placer a su pareja, como del riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Las adolescentes reportaron haber sentido miedo por lo que experimentan físicamente ante la “pérdida de la virginidad” y vergüenza por la apariencia de su propio cuerpo. Otras adolescentes se enfrentaron a esa primera relación sexual con el temor al embarazo, a la reacción de la familia si se entera de lo ocurrido y con inseguridad respecto a su pareja. No obstante, los temores relacionados con las infecciones de transmisión sexual o el embarazo no inhiben la acción y tampoco favorecen el uso de métodos de protección.

Además se observó una diferencia notable en la valoración que hacen las mujeres de Bogotá y Cali de la primera relación sexual. La mayoría de las adolescentes de Bogotá evaluaron positivamente ese evento, mientras que todas las adolescentes de Cali calificaron la primera relación sexual negativamente. Para explicar estas diferencias de valoración de la primera relación sexual en las mujeres de las dos ciudades, los datos nos sugieren tres

factores estrechamente relacionados: la edad de la pareja y su experiencia sexual previa, los motivos que llevaron a las jóvenes a tener relaciones sexuales y la calidad del vínculo afectivo con su pareja.

Así, mientras en Cali todas las adolescentes se iniciaron con hombres mayores que ya habían tenido relaciones sexuales, en Bogotá, la mayoría, reportaron haber tenido relaciones sexuales con parejas con quienes no tenían gran diferencia de edad y para quienes esa también era su primera vez. En este sentido, vale la pena señalar que las adolescentes de Bogotá que calificaron negativamente su primera relación sexual se iniciaron con parejas mayores que tenían experiencia previa. Con respecto a los motivos de las jóvenes para tener la primera relación sexual, a diferencia de las jóvenes bogotanas, las adolescentes en Cali reconocieron haberse sentido presionadas, de forma indirecta, por sus compañeros. Por último, las jóvenes que señalaron que el vínculo afectivo con su pareja era más sólido, valoraron más positivamente esta primera relación sexual.

Adicionalmente, se observó que la reacción emocional de las jóvenes se encuentra relacionada con lo que ellas creen que opinan sus padres al respecto y con las reglas, implícitas o explícitas, que hay en la familia sobre las relaciones sexuales en la adolescencia. Evidentemente, como lo afirman Moore y Rosenthal (1993), los padres influyen en el desarrollo de las actitudes de sus hijos hacia las relaciones sexuales, a través de sus propias actitudes, su conducta, el ambiente religioso de la familia y la información explícita que les brindan sobre los temas relacionados con la sexualidad. Desafortunadamente, los testimonios de los jóvenes indican que los mensajes de los padres sobre lo que esperan que hagan sus hijos con su vida sexual se caracterizan por la ambigüedad. Los datos mostraron que los jóvenes pocas veces saben qué opinan sus padres sobre las relaciones sexuales en la adolescencia, pero infieren que, aunque no están de acuerdo, han aceptado que “los tiempos han cambiado” y que, en ese sentido, también han llegado a aceptar que las relaciones sexuales antes del matrimonio son la norma.

Estos resultados son relevantes en tanto que estudios previos (por ejemplo, Vargas Trujillo y Barrera, 2003) han mostrado que la percepción que tienen los hijos de la actitud sexual de sus padres influye de manera significativa en la disposición de los jóvenes a tener relaciones sexuales tempranamente y en la frecuencia de actividad sexual convencional, pre-penetrativa y penetrativa. Es decir, como se indicó en la sección de resultados, los padres influyen en el desarrollo de las cogniciones de sus hijos, tanto por acción como por omisión.

Los testimonios de las adolescentes que no han iniciado actividad sexual manifestaron su desacuerdo con las relaciones sexuales antes del matrimonio o fuera de una relación estable y con un alto nivel de compromiso. Para estas jóvenes una relación de este tipo exige que ambos estén interesados en persistir

en la relación y en evitar su disolución. Según Rostosky et al. (1999) estos son dos componentes del compromiso.

Además, la disposición de estas jóvenes para iniciar actividad sexual hasta que sean mayores está relacionada con ciertos atributos de la relación con sus padres. Particularmente, se observó que los padres les han dado mensajes claros y explícitos acerca de que las relaciones deben darse en el contexto del matrimonio o, al menos, con la persona que se ha decidido establecer una unión con compromiso y que antes de establecer una relación de pareja se deben haber logrado metas profesionales y laborales. Además, los jóvenes que manifestaron una actitud menos permisiva frente a las relaciones sexuales en la adolescencia no reportaron que sus padres tuvieron relaciones antes de casarse, ni que se embarazaron siendo adolescentes, ni que están separados o tienen varias parejas sexuales. En contraste, los y las jóvenes, especialmente de estrato alto, que expresaron una actitud más permisiva y un comportamiento sexual más riesgoso dijeron que su madre o su padre “son chéveres” porque apoyan y promueven el que tengan relaciones sexuales con varias parejas sexuales, por supuesto, con condón. En estos casos los padres compran y proporcionan los condones a sus hijas e hijos. Un estudio posterior deberá examinar en qué medida este comportamiento de los padres fomenta la autonomía y la vinculación en los hijos adolescentes.

A partir de los testimonios de las adolescentes y sus parejas, nos atrevemos a afirmar que las relaciones sexuales en el contexto de una relación romántica pueden ser más satisfactorias y gratificantes cuando son la consecuencia obvia de un largo proceso de conocimiento mutuo, en el que se ha alcanzado el nivel de compromiso y vinculación requerido para tomar una decisión racional y en el que participan y se tienen en cuenta las necesidades de ambos miembros de la pareja.

Actualmente existe una brecha enorme entre la edad de la primera relación romántica y la edad “ideal” para el matrimonio. En nuestro estudio ¿Qué significado le atribuyen las adolescentes a una relación con compromiso? Como se dijo arriba, los relatos de las adolescentes sugieren que para ellas el compromiso implica la exclusividad, la obligación o el deber de persistir en la relación y el deseo de evitar su disolución. En ese sentido, podríamos pensar que las adolescentes se enfrentan ante la realidad de tener relaciones sexuales con una persona con quien tienen claro que es muy poco probable que se cumpla su expectativa de “estar juntos para siempre”.

Los resultados que se acaban de presentar nos permiten conocer las cogniciones que los jóvenes adscriben a la actividad sexual en la adolescencia y, en ese sentido, aportan información útil para comprender sus decisiones en esta área. Los estudios realizados a la fecha se han aproximado al análisis de la actividad sexual desde una perspectiva del riesgo, asumiendo que se trata de un comportamiento problemático o sintomático de desajuste psicosocial. Las

narrativas de las adolescentes y sus parejas nos llevan a plantear la necesidad de rescatar la actividad sexual en la juventud como parte de las tareas del desarrollo y, en ese sentido, que su logro satisfactorio depende de las condiciones en las que ocurra.

La experiencia de los jóvenes que participaron en esta investigación hace pensar que, en la actualidad, las relaciones románticas constituyen el contexto propicio para las relaciones sexuales de los adolescentes y que, tanto las cogniciones asociadas con su ocurrencia, como las consecuencias que se derivan de ella, dependen del contexto sociocultural, por una parte, así como de las oportunidades que han tenido para desarrollar la capacidad de orientar sus acciones, hacer elecciones acordes con sus metas y de crear las condiciones apropiadas para ellas, por otra. Es decir, de ser agentes de su propia vida en lugar de limitarse a reaccionar o a ser receptores pasivos de las circunstancias. Como dice Bandura (2001) “ser agente es hacer que las cosas ocurran intencionalmente por medio de las propias acciones” (p.2). Al analizar los relatos de las adolescentes y sus parejas desde esta aproximación teórica, observamos que, la mayoría, no han contado con un contexto familiar, escolar y comunitario que les facilite el desarrollo de competencias de auto-organización, autocrítica, autovaloración, autorregulación y autoeficacia. Como mencionamos en el apartado anterior, los relatos de muchos jóvenes evidencian que frente a la vida asumen una actitud pasiva y que tienden a percibirse como personas formadas y determinadas por eventos externos.

8.2.3. Cogniciones sobre los métodos de planificación familiar

Como vimos en la sección 7.4 arriba, el uso de métodos de planificación familiar es uno de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente. Varios estudios han mostrado que los adolescentes, en general, pocas veces practican comportamientos tendientes a proteger su salud, por lo que la anticoncepción no es la excepción (Fortenberry, 2003). Dada esta situación, en este estudio nos interesó conocer las cogniciones que guían el uso de métodos de protección. Se encontró que varias cogniciones de los y las jóvenes favorecen la no utilización de métodos de planificación familiar en la primera relación sexual: la convicción de que a su edad las mujeres no van a quedar embarazadas y menos la primera vez, que no es necesario emplear métodos de protección porque los dos son vírgenes, que con el condón no se siente lo mismo, que éste sólo se usa con mujeres que no son vírgenes, o que es un irrespeto usarlo con una persona que se ama y a la que se le tiene confianza. Estos resultados confirman los hallazgos cuantitativos de los capítulos anteriores, en cuanto al bajo uso de métodos de planificación familiar en la primera relación sexual.

Además, se encontró que los adolescentes no emplean métodos de planificación familiar de manera consistente en sus relaciones sexuales posteriores, por un lado, porque presentan un alto nivel de escepticismo frente a su efectividad y, por otro, porque aún persisten creencias infundadas acerca de sus efectos

secundarios. En los relatos fue frecuente escuchar a las jóvenes decir que no usan ningún método porque hay confianza mutua y porque el hombre se encarga de “cuidarla” utilizando el método del coito interrumpido u otros métodos folclóricos (por ejemplo, él le da antes de la relación sexual una malta con aspirina).

Otros jóvenes dijeron que prefieren no usar ningún método porque las pastas producen vómito, malestar general, manchas en la piel y varices; las inyecciones engordan y producen trastornos menstruales; la t no es efectiva, duele mucho su colocación y los bebés nacen con ella adherida al cuerpo; el condón no es útil porque a veces es difícil controlarse, es incómodo y no se siente lo mismo.

Con respecto al condón se encontró que los jóvenes lo valoran, principalmente como método anticonceptivo, aunque en los hombres fue más frecuente escuchar testimonios acerca de su importancia para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual. Esta cognición permite comprender por qué su uso es más frecuente con parejas casuales o con personas a las que no se les tiene confianza, mientras que con la pareja estable su uso se asocia con el período fértil del ciclo menstrual. Aunque cabe señalar que los datos indican que la información con la que cuentan las adolescentes y sus parejas sobre el ciclo menstrual en muchos casos es deficiente e incorrecta.

Otra cognición que incide en el uso inconsistente de métodos de protección es la percepción de invulnerabilidad. Tanto las adolescentes como sus parejas creen que el embarazo o una infección de transmisión sexual nunca les van a ocurrir, de ahí que no haya necesidad de cuidarse. Según Cvetkovich, Grote, Bjorseth y Sarkissian (1975) esta percepción de invulnerabilidad se asocia con la incapacidad de los adolescentes para pensar en términos probabilísticos y se deriva de la insistencia de los padres y de los educadores en el riesgo del embarazo y de las infecciones. Estos autores dicen que, a partir de la información que han recibido, los adolescentes más jóvenes tienden a asumir que el embarazo ocurre siempre que se tienen relaciones sexuales. Si ellos observan que sólo una minoría de sus pares, que son sexualmente activos, han tenido que enfrentar un embarazo o una infección, pueden llegar a pensar que eso sólo les ocurre a unos pocos, a aquellos que tienen relaciones sexuales más seguidas o en unas circunstancias muy particulares (por ejemplo, eso no ocurre la primera vez).

Una vez más, los resultados ponen de presente la importancia del contexto sociocultural en el desarrollo de estas cogniciones. Además cuestionan la eficacia de los programas de educación sexual en el contexto escolar dado que, como ya se dijo, este es el tema que más abordan en la mayoría de los colegios. Evidentemente, la educación sexual ha estado centrada en proporcionar información “objetiva” sobre los métodos de planificación familiar que no responde a las preguntas que tienen los jóvenes y que no se atreven a plantear, probablemente, por temor a la reacción de sus pares o porque el responsable de

la “charla” o “conferencia” no propicia un espacio de apertura a la comunicación. Contrario a lo que tienden a pensar los responsables de proveer servicios de planificación familiar, en muy pocos casos se observó que el uso inconsistente de los métodos estuviera asociado a la percepción de los jóvenes de barreras de acceso como el costo de los mismos. Esto sugiere que las acciones deben estar orientadas a disminuir el escepticismo frente a la efectividad de los métodos, a la clarificación de las creencias asociadas con su utilización y a la resolución de dudas al respecto.

8.2.4. Cogniciones sobre el embarazo, el aborto, la maternidad y la paternidad

En este estudio también nos interesó examinar las cogniciones de las adolescentes y sus parejas relacionadas con el embarazo, la maternidad y la paternidad, así como con las experiencias que algunas y algunos de ellos habían tenido en este campo. Los hallazgos obtenidos nos permiten plantear que dentro de las cogniciones identificadas algunas pueden orientar el comportamiento de las adolescentes hacia la fecundidad temprana, mientras que otras pueden guiarlas hacia posponer la fecundidad y, en esa medida, inciden en las decisiones de los adolescentes.

En efecto, la primera constatación que se hizo es que las y los jóvenes estudiados le otorgan un gran valor a la maternidad y a la paternidad; que para ellos tener un hijo tiene múltiples “ganancias” o “beneficios” como la oportunidad de satisfacer necesidades de afecto, compañía e intercambio; y que para muchos de ellos un hijo le da sentido a la vida y es una fuente de realización, continuidad y proyección personal. En este sentido, la alta valoración que los jóvenes y las adolescentes le conceden al hecho de ser padres o madres puede explicar, en parte, sus acciones frente a la planificación familiar, el embarazo y el aborto. Sin embargo, en todos los estratos y en ambas ciudades la mayoría de los adolescentes reconocen que el momento ideal para tener un hijo es cuando se cuenta con una pareja consolidada y se ha alcanzado seguridad económica y madurez emocional. Esto con el fin de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas del recién nacido y de ofrecerle al hijo un hogar estable. Es decir, aunque las adolescentes y sus parejas valoran muy positivamente la maternidad y la paternidad, tienen claro que aún no cuentan con las condiciones básicas necesarias para asumir la crianza de un hijo. ¿Entonces, por qué si las cogniciones apuntarían hacia la evitación del embarazo, por qué ocurre antes de llegar a ese momento que definen como ideal?

Para responder este cuestionamiento los datos nos permiten proponer varias explicaciones tentativas. Partimos del supuesto de que, como lo plantean la mayoría de los modelos de decisión y las teorías que intentan predecir los comportamientos en salud, una acción no está determinada por una sola causa y, por lo tanto, en una situación particular interactúan varios factores para determinar la acción. Tanto Bandura (2001) como Ajzen (2001) coinciden en que

las cogniciones nos permiten comprender el comportamiento de las personas. Nuestra interpretación de los datos nos lleva a plantear que en los adolescentes coexisten un conjunto de cogniciones, algunas de ellas que disponen al embarazo y otras que no ¿Cuáles tendrán más peso al momento de tomar una decisión? Depende, tanto de factores individuales y contextuales de la adolescente como de su pareja.

En primer lugar, la información proporcionada por los jóvenes es consistente con la de otras investigaciones (Marsiglio, 1993; Stern, 2001; Baumer y South, 2001) e indica que en contextos socioeconómicos y culturales que no ofrecen oportunidades de realización, el embarazo en la adolescencia les permite a los jóvenes ganar estatus, reconocimiento y aceptación social. En general, se encontró que las mujeres perciben que en su grupo de referencia el embarazo es valorado positivamente. Además, las mujeres embarazadas reportaron que en su grupo de iguales son admiradas por haber sido capaces de asumir el embarazo y de continuar con su vida cotidiana y que, por su fortaleza y valentía, su experiencia ha servido de ejemplo para sus compañeras.

Una segunda explicación se deriva de los testimonios de los participantes acerca de que el embarazo les permitió contar con una “verdadera familia”. Como se indicó en la sección de resultados, la noción de familia que tienen los jóvenes sigue siendo la tradicional, aquella conformada por un padre, una madre y unos hijos. Para los adolescentes que no han contado con una familia que reúna estas condiciones, para aquellos que pertenecen a familias disfuncionales o para aquellos que perciben que la calidad de la relación padres-hijos es deficiente, el embarazo puede constituir una opción. Esto, además, nos permite comprender los resultados de diversas investigaciones (Millar, Forehand y Kotchick, 1999; Newcomer y Urdí, 1984; Capaldy, Crosby y Stoolmiller, 1996, entre otros) que han logrado establecer la asociación del embarazo adolescente con las variables familiares denominadas estructurales (por ejemplo, el estatus marital de los padres, la estructura y tamaño de la familia).

Una tercera explicación se encuentra en los contenidos que definen la identidad de género, pues se encontró que tanto hombres como mujeres valoran el hecho de ser padres. Como ya se ha señalado, para las mujeres la maternidad es un elemento central de la identidad femenina y varios estudios han logrado establecer que las adolescentes que quedan embarazadas tienen una percepción positiva de la maternidad y se identifican más con roles típicamente femeninos (Farell, 1996; Holden y Nelson, 1993). En el caso de los hombres, y consistentemente con lo que señalan Goodyear et al., (2000), en muchos casos su identidad y su valor personal se encuentra relacionada con la paternidad, la cual se percibe como un signo de masculinidad y de madurez. En este sentido, Mahaffy y Ward (2002) encontraron que en contextos socioculturales, como el nuestro, donde la identidad masculina está centrada en la capacidad productiva, la paternidad temprana se convierte en un símbolo para adquirir el estatus de adulto.

Otra explicación tiene que ver con la valoración de los hijos. En este estudio se encontró que para aquellos hombres que viven en comunidades donde la situación de inseguridad es grave, los hijos se deben tener en la juventud en tanto que, como lo afirma Sheck (1996), se les atribuye el valor de posteridad y trascendencia. Además, en los estratos bajos, donde existen pocas oportunidades educativas y laborales, a los hijos se les atribuye el valor de la seguridad, es decir, como dicen Groat y colaboradores (1997) permiten a los jóvenes reducir la incertidumbre en sus vidas en la medida que garantizan el apoyo económico, social y emocional que se requiere en el futuro. Esta valoración que se le da a los hijos en el estrato bajo se observó en este estudio; de hecho, no fueron pocos los casos de adolescentes embarazadas que expresaron sentirse insatisfechas con su situación porque les impidió satisfacer la expectativa de sus padres de “sacarlos adelante”.

El embarazo también puede ser buscado con el fin de reducir la incertidumbre que genera la relación con ese otro que se percibe distante, ambivalente y poco comprometido con la relación. Según Sheck (1996) en estos casos los hijos se valoran porque favorecen el vínculo con la pareja y contribuyen a mejorar la calidad de la relación.

Una última explicación, que ya se mencionó con respecto al uso de métodos anticonceptivos y que nos surge a partir de los testimonios de estas adolescentes y sus parejas, corresponde a la percepción de invulnerabilidad. Varios jóvenes dijeron que frente al embarazo sus amigos no tienen una posición definida porque creen que nunca les va a pasar o porque consideran que en caso de tener que enfrentar una situación de ese tipo, pueden encontrar fácilmente la solución.

En conjunto, estas evidencias sugieren que existen diferencias de género en lo que se refiere a las cogniciones sobre el embarazo adolescente y que, mientras que algunas de las que presentan las mujeres pueden orientar el comportamiento hacia la fecundidad temprana, las que poseen los hombres dirigirían su conducta hacia su prevención. En efecto, se observó que algunos jóvenes perciben el embarazo como un “encarte”, “una responsabilidad muy grande”, algo que los “amarra”, que coarta su libertad e independencia.

Ahora bien, a pesar de que el embarazo en la adolescencia es un problema que preocupa a la sociedad en general, se identificó que sobre este tema los jóvenes, especialmente los hombres, desconocen la opinión que tienen sus padres al respecto. Sin embargo, casi todos creen que en su familia no están de acuerdo con esta situación por la responsabilidad que implica, por la falta de preparación de los jóvenes, porque ocurre fuera de una relación estable o porque impide el logro de las metas educativas. Se observó que los mensajes más explícitos al respecto los reciben las mujeres, pero que éstos pocas veces están orientados a favorecer un intercambio de opiniones y la evaluación de las

consecuencias. Sin duda, una comunicación más abierta y rica alrededor del tema entre padres e hijos favorecería en los jóvenes la construcción de cogniciones también más elaboradas y coherentes entre sí.

En lo que se refiere a la interrupción voluntaria del embarazo, los hallazgos mostraron que los jóvenes tienen una opinión poco favorable frente al aborto como alternativa de solución a un embarazo no planeado en la adolescencia. La mayoría de los hombres y de las mujeres coincidieron en afirmar que el aborto es un asesinato y que si una pareja decidió tener relaciones sexuales debe asumir las consecuencias de sus acciones. No obstante, consistentemente con lo reportado por Fagot y sus colaboradores (1998) los adolescentes que tienen planes de vida más estructurados y ambiciosos y que, además, cuentan con los recursos para ejecutarlos, mostraron una posición menos radical frente al aborto y reconocieron que puede ser una alternativa en casos especiales o en determinadas circunstancias, como por ejemplo, cuando el embarazo es producto de una violación o cuando las condiciones impiden ofrecerle al hijo bienestar y adecuadas posibilidades de desarrollo.

Adicionalmente, los testimonios de las adolescentes y sus parejas acerca de su reacción emocional ante la confirmación del embarazo y de la reacción que visualizan por parte de sus padres explican la poca favorabilidad que expresaron frente a la adopción como alternativa de solución al embarazo no deseado. Los jóvenes opinaron que aunque impide que se “acabe con una vida”, no les ayuda a solucionar los problemas con la familia que resultan del embarazo. Se pudo detectar en los relatos de los y las jóvenes que habían enfrentado un embarazo, que el momento más difícil del evento es cuando comunican a sus padres la noticia.

Frente a este tema, puede plantearse que la gran similitud de las opiniones de los jóvenes indican que en las dos ciudades y en todos los niveles socioeconómicos el mensaje acerca del aborto ha sido consistente y que los medios utilizados para su transmisión han sido eficaces para favorecer la interiorización de los significados negativos que en nuestro contexto social se le atribuyen a la práctica del aborto. Ahora, aunque los resultados presentados revelan que para los jóvenes el aborto es una práctica ilegal y moralmente reprochable, los testimonios de varios jóvenes también evidencian que “el adoctrinamiento” pocas veces facilita la toma de decisiones. Se encontró que los jóvenes necesitan que se les ayude a aclarar, con anticipación, su posición personal frente al embarazo durante la adolescencia y frente al aborto, a decidir lo que harían en caso de enfrentar una situación como ésta, a valorar las diferentes opciones y las consecuencias que cada una implica para su proyecto de vida. Esta tarea, sin duda, debe ser asumida por la familia y la escuela a través de los programas de educación sexual.

8.3. La toma de decisiones en la adolescencia

Según la evidencia empírica aportada por Harren (1979) y Johnson (1978), algunos adolescentes toman decisiones con un estilo lógico, racional y sistemático utilizando estrategias planeadas cuidadosamente con una clara orientación hacia el futuro. Otros adolescentes recurren a estrategias intuitivas o espontáneas basadas en la fantasía y en los sentimientos del momento. Otros permiten que personas significativas (padres, amigos y figuras de autoridad) decidan por ellos (estilo dependiente); mientras que otros asumen la responsabilidad y analizan por sí mismos la información relevante para la toma de decisiones. En el caso de las adolescentes estudiadas puede decirse que predominó el estilo dependiente y el basado en el uso de estrategias intuitivas o espontáneas en función de los sentimientos del momento. No obstante, en las adolescentes que dijeron no haber iniciado relaciones sexuales, se pone de presente que algunos jóvenes tienden a tomar decisiones sexuales asumiendo una mirada crítica a la norma social sobre las relaciones sexuales en la adolescencia y teniendo en cuenta sus propios intereses, creencias, actitudes, valores y metas.

Con respecto a las relaciones románticas la información de los jóvenes mostró que en la toma de decisiones juega un papel relevante la presión de los pares. Sin embargo, se encontró que la presión de los pares disminuye su importancia con la edad y que tal como se ha encontrado en otros estudios (Vargas Trujillo y Barrera, 2002), la influencia de los compañeros no es permanente sino que constituye una oportunidad de transición hacia el surgimiento de la capacidad de los adolescentes para dirigirse por sí mismos y para seleccionar críticamente sus compañías. De hecho, también se pudo establecer que en la medida en que aumenta la edad y el número de relaciones, la elección de pareja se hace más selectiva y que, más allá de la atracción física y la presión de los pares, los adolescentes empiezan a considerar las características de la persona como criterios para elegirla, así como sus expectativas de vinculación afectiva.

En cuanto a la actividad sexual, las evidencias mostraron que, tal como se ha encontrado en otras investigaciones, los adolescentes comienzan a tener sus experiencias sexuales en el marco de sus relaciones románticas, las cuales, a nuestro modo de ver y coincidiendo con distintos autores, constituyen un contexto óptimo para ello (Wartenberg, 1999; Florsheim, 2003; Brown, Jejeebhoy, Shah & Yount, 2001; Mejía et al., 2000; Burgos, 2003; Vargas Trujillo & Barrera, 2002, 2003, 2004). Sin duda, en lo que a la actividad sexual se refiere, las relaciones románticas ofrecen a los y a las adolescentes experiencias de aprendizaje de gran importancia que dependiendo de su naturaleza y de la calidad de la relación, pueden conducirlos o no, a una vivencia satisfactoria de la sexualidad, así como a tomar decisiones planificadas y sistemáticas frente a su vida sexual y reproductiva, tal como se analizará más adelante en detalle.

Acorde con lo planteado por Vargas Trujillo y Barrera (2002, 2003), los relatos de las adolescentes y sus parejas que participaron muestran que efectivamente la actividad sexual sigue una secuencia que se inicia con los comportamientos

propios del trato afectuoso convencional y termina con la actividad sexual penetrativa. Se encontró que las actividades sexuales que se dan con la pareja y la velocidad con la que ocurre la secuencia de las mismas, definen el tiempo que tarda la pareja en tener relaciones sexuales. En efecto, se observó que entre menos actividades convencionales y pregenitales experimenten las parejas y entre más rápido se pase de un nivel a otro de la secuencia más pronto comienzan a tener actividades genitales o penetrativas. En el estudio de Rostosky et al. (1999) se encontró que, en las parejas de adolescentes, las expresiones afectuosas como cogerse las manos y besarse son mejores indicadores del grado de compromiso existente en la relación que expresiones sexuales más intensas, como tener relaciones sexuales. Los adolescentes que se sentían más comprometidos con sus parejas románticas reportaron comportamiento propios del trato afectuoso convencional con mayor frecuencia que los que se sentían menos comprometidos. Un análisis de caso de las historias de vida que se recogieron en este estudio permitirá corroborar este planteamiento.

Ahora bien, los datos mostraron que la curiosidad, el deseo de experimentar y de saber lo que se siente, es la principal razón por la cual los y las jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales. La conjunción de otros factores como la influencia, directa e indirecta, del grupo de referencia, la atracción y el deseo, junto con un contexto propicio para que ocurriera, también son factores que favorecen esta iniciación. En los relatos de los participantes pocas veces se reportó que la primera relación sexual tuvo como motivación la comunicación afectiva, lo cual, según los mismos jóvenes diferencia una relación sexual del sexo. La inconsistencia entre lo que socialmente se plantea como condición básica para que ocurra la actividad sexual y lo que realmente ocurre, puede explicar la valoración negativa que hicieron varias adolescentes de esa primera experiencia.

Igualmente, acorde con lo planteado por Jessor y Jessor (1975), la cognición de que la primera relación sexual constituye un evento de transición, propio del desarrollo entre la infancia y la adultez, necesario para crecer y madurar, también fue un elemento importante en la toma de decisiones de algunos jóvenes sobre el tener relaciones sexuales.

Ahora bien, en consonancia con los hallazgos de varios investigadores (Miller y Moore, 1990; Pick de Weiss y Vargas-Trujillo, 1990; Guerrero 1999; Vargas Trujillo y Barrera, 2002), los testimonios de los y las jóvenes sugieren que los adolescentes se dejan llevar por las circunstancias, que las relaciones sexuales son “espontáneas” y que frente al hecho de tener o no relaciones sexuales es poca su capacidad para tomar decisiones planificadas.

Efectivamente, las primeras relaciones sexuales penetrativas ocurren cuando el ambiente del lugar en el que se encuentran en ese momento favorece la intimidad sexual, generalmente, en la casa de alguno de los dos miembros de la

pareja. En la mayoría de los testimonios se logró establecer que las circunstancias se dieron porque los padres ejercieron muy poca supervisión del comportamiento de sus hijos e hijas. Igualmente, la televisión y el ocio fueron otros dos factores que también se mencionan como parte del contexto en el que ocurre la primera relación sexual. Estos resultados, al igual que los de otros investigadores (Gaston, Jensen y Weed, 1995; Franklin 1988; Brown et al., 2001) sugieren que una casa sola y con poca supervisión proporciona la oportunidad ideal para que los adolescentes se involucren en actividades sexuales.

No obstante, en las entrevistas se evidenció que si bien es cierto que los jóvenes pocas veces deciden de manera lógica, racional y sistemática el momento preciso en el que se va a dar la primera relación sexual, éste no es un evento que ocurre sin que previamente lo hayan pensado o incluso discutido con la pareja o con otras personas (generalmente amigos o amigas).

Las cogniciones asociadas al hecho de que no se discute en pareja la intención de tener relaciones sexuales, son diversas. En algunos casos, cuando el hombre demuestra su deseo de tener mayor intimidad sexual, las jóvenes experimentan sentimientos de inseguridad frente al verdadero interés de la pareja en la relación y prefieren mantenerse al margen. Aquí nuevamente se pone en juego la creencia de que los “hombres son malos” y de que, por lo tanto, la mujer debe “cuidarse” de sus verdaderas intenciones. Otras adolescentes reconocieron que la falta de planeación de la primera relación sexual obedece a que es un tema del cual no es necesario hablar. Esta creencia puede estar asociada con otra creencia, aquella según la cual las “mujeres buenas” no hablan de esas cosas o no se preparan para ello. El hombre, por su parte, teme que al plantear el tema sean malinterpretadas sus verdaderas intenciones. Gage (1998) argumenta que esta dificultad para tratar el asunto abiertamente está relacionada con la percepción que se tiene de la desaprobación social hacia las relaciones sexuales en la adolescencia o hacia las relaciones premaritales o con la yuxtaposición de valores tradicionales y modernos que impiden a los jóvenes identificar lo que deben hacer.

Esto coincide con lo que Ajzen (2001) denomina ambivalencia actitudinal, es decir, la coexistencia de disposiciones positivas y negativas hacia las relaciones sexuales en la adolescencia y antes del matrimonio. En su revisión, este autor plantea que la ambivalencia actitudinal afecta seriamente el juicio y el comportamiento de las personas, en tanto que las hace menos resistentes a la comunicación persuasiva. En este sentido, cabe preguntarse si las adolescentes con mayor ambivalencia actitudinal son las que ceden más fácilmente a la presión indirecta de sus parejas para tener relaciones sexuales. También resulta interesante examinar si los jóvenes que actúan conforme a la norma de pares percibida son aquellos que exhiben mayor ambivalencia actitudinal. Mientras encontramos respuestas a estas preguntas, resulta obvia la necesidad de proporcionar a los jóvenes un contexto de socialización más consistente,

coherente y congruente en cuanto a lo que se espera de los hombres y de las mujeres y, en general, con respecto a la actividad sexual durante la adolescencia.

Por otro lado, algunas adolescentes dijeron que la falta de planeación corresponde a su estilo personal de tomar decisiones, a una forma de asumir la vida, a un deseo de vivir el momento. En este mismo sentido, otros jóvenes expresaron que las cosas ocurren sin que uno pueda tener control sobre ellas. En ambos casos se observa la percepción que tienen los jóvenes de que la vida no está bajo su control. Esta percepción, de acuerdo con la teoría social cognitiva (Bandura, 1989, 1997) evidencia deficiencias en, por lo menos, dos atributos de la agencia humana: la confianza en sí mismo y la autodeterminación. Es decir, revela que los jóvenes no han desarrollado la convicción personal de que pueden ejercer control sobre los eventos y de que están en capacidad de optar y alterar las situaciones que les ocurren para que satisfagan sus expectativas y necesidades.

Estos hallazgos plantean a los padres y a los educadores un reto, el de generar contextos de socialización que favorezcan el desarrollo de la autoconfianza y la autodeterminación. Además, en el aula de clase se puede crear una atmósfera de aceptación y apoyo en la que los jóvenes puedan explorar y clarificar diversos motivos para tener relaciones sexuales a su edad. Lo anterior adquiere sentido a la luz de la información que aportaron los pocos casos en los que se observó que el inicio de la actividad sexual ocurrió después de haber previsto con anticipación el evento o luego de analizar la información relevante para elegir. Se encontró que estas parejas se caracterizan porque han desarrollado la capacidad de ser agentes de su vida. Se observó que estos jóvenes han contado con un contexto familiar, educativo y social que les ha favorecido el desarrollo de mecanismos para ejercer control sobre sus procesos cognitivos, motivacionales, emocionales y comportamentales. Entre estos mecanismos, el más importante es el de la autoeficacia, es decir, la creencia de la persona en sus propias capacidades para obtener los resultados que se propone con sus acciones (Bandura, 2001). Como ya se ha dicho, la autoeficacia es relevante porque actúa sobre el comportamiento y sobre otras cogniciones, entre ellas las metas, las expectativas de resultado, las atribuciones causales y las oportunidades y obstáculos percibidos.

En cuanto al uso de métodos de planificación familiar se encontró que, dada la falta de planeación de la primera relación sexual y su carácter espontáneo, cerca de la mitad de los jóvenes no utilizó ningún método en esa ocasión. Se observó que el uso de métodos es más frecuente cuando al hombre le interesa evitar el embarazo, se ha hablado en pareja sobre el tema antes de tener relaciones sexuales, el hombre acostumbra a cargar siempre un condón en el bolsillo o a tenerlo disponible. Esta práctica también es más probable que ocurra cuando la mujer condiciona la relación sexual al uso del condón y cuando los dos manifiestan la preocupación por protegerse.

En lo que toca al ejercicio posterior de la actividad sexual los resultados son consistentes con lo que plantean diversos autores acerca de que las primeras relaciones románticas y sexuales son críticas en la medida en que los patrones de interacción que se aprenden en ellas sientan las bases para las relaciones que se establecen en el futuro, incluyendo las relaciones conyugales (Tabares y Gottman, 2003). En efecto, se encontró que la mayoría de los que iniciaron su vida sexual con la novia, continúan manteniendo relaciones sexuales en el contexto de las relaciones románticas. Igualmente, aquellos que tuvieron su primera experiencia sexual con una persona desconocida o fuera del contexto de una relación romántica, continuaron teniendo relaciones sexuales con personas con quienes no tienen una relación afectiva, exclusiva e íntima.

De la misma manera, aquellos que se dejaron llevar por las circunstancias, continúan teniendo relaciones sexuales de manera espontánea, no planeada, sin considerar las consecuencias de sus acciones; mientras que quienes en su primera relación sexual pensaron en la forma de protegerse para evitar el embarazo o una ITS, continúan considerando este aspecto en las relaciones siguientes. Además, se encontró que mientras para algunas adolescentes la experiencia con la primera pareja sexual inhibió el deseo de tener relaciones sexuales con otras personas, para otras jóvenes, la primera relación sexual les abre el camino hacia una vida sexual activa, con varias parejas y con quienes no siempre tienen una relación afectiva.

La primera relación sexual también sirve de antecedente para que algunas adolescentes comiencen a utilizar este recurso como alternativa para resolver conflictos con su pareja, seducir a alguien o lograr lo que se proponen. Otras adolescentes, aunque no disfrutaban de las relaciones sexuales, las siguen teniendo, sin desearlo, para satisfacer a su pareja y, de esta manera, preservar la relación. Desde nuestra perspectiva, este comportamiento puede estar relacionado con la adhesión a roles de género tradicionales, que establecen que las relaciones sexuales son importantes para el hombre y que la mujer “tiene el deber” de cumplir con el compromiso de satisfacer sus deseos si quiere que él le sea fiel.

Lo expuesto hasta este punto indica que, tal como lo señalan Rostosky et al. (1999), las primeras relaciones románticas y sexuales proveen el escenario de prueba en el que los jóvenes exploran y establecen los patrones de relación que caracterizarán sus relaciones en la adultez. Otros autores también proporcionan evidencia sobre la continuidad en los estilos de relación a lo largo de la vida (Shulman, Collins y Knafo, 1997; Burgos, 2003).

Por otro lado, se encontró que de la misma forma que el tener o no relaciones sexuales no se planea, el embarazo tampoco es el resultado de un proceso sistemático de toma de decisiones en pareja. De hecho, la mayor parte de las jóvenes afirmó que el embarazo fue “...por no habernos cuidado”, es decir, no planeado. En estos casos, como lo afirma Gage (1998) la decisión de tener

relaciones sexuales no se toma teniendo en consideración los costos y los beneficios para los dos miembros de la diada. Por el contrario, como se mencionó arriba, el contexto sociocultural propicia el establecimiento de relaciones asimétricas en las cuales el hombre es el que asume el control y, por lo tanto, es quien toma las decisiones relacionadas con la actividad sexual y el uso de métodos anticonceptivos. En estos casos, las mujeres también dijeron que se sentían incapaces de resistirse a la relación sexual o de exigir el uso del condón.

No obstante, en algunos casos se encontró, especialmente en adolescentes de estrato bajo de Cali, que el embarazo es deseado y buscado. Los testimonios permitieron establecer que en esta decisión los jóvenes no consideraron previamente las implicaciones que tiene el tener un hijo y que entre sus motivaciones estaban la necesidad de afecto y compañía, así como el deseo de retener o establecer un mayor compromiso con la pareja. Esto señala, como ya se señaló previamente, que con el embarazo algunas adolescentes buscan satisfacer sus expectativas de vinculación, por un lado, porque la relación de pareja adquiere un mayor compromiso y, por otro lado, porque el hijo se convierte en fuente de afecto y compañía. Eshleman (1994) afirma que estas son dos de las ventajas que usualmente visualizan las parejas del hecho de tener hijos.

En cuanto al aborto se logró establecer que este estilo de toma de decisiones, asistemático e inmediato, parece ser una constante en los jóvenes que participaron en la investigación. Las evidencias revelan que los jóvenes pocas veces se toman el tiempo para evaluar, en pareja, las opciones disponibles frente a un embarazo no deseado o no planeado. Los relatos de las adolescentes de estrato bajo de Bogotá señalan que, ante la confirmación del embarazo, el aborto es la primera opción en la que piensan y que es desechada por la presión de la familia - de la madre principalmente-, por el tiempo o la falta de recursos económicos.

Con respecto a la decisión de unirse o casarse, se encontró que las dificultades conyugales de los padres y el maltrato parecen tener una influencia en la nupcialidad temprana, al generar situaciones vitales difíciles para las jóvenes y carencias afectivas que las llevan a buscar un compañero que les brinde afecto o que las “rescate” de las condiciones en las que se encuentran. Ante esta situación llama la atención el papel de los padres en la toma de decisiones de sus hijos. Por un lado, se encontró que en el caso de las jóvenes embarazadas la familia impulsa a la unión, con el argumento de que así se asegura el bienestar de la adolescente y de su hijo. Por otro lado, en el caso de las adolescentes que se unen sin que preceda un embarazo, la familia tiende a no promover la reflexión en torno a la decisión y a no impedirla. En ambos casos, se observa que los padres no proveen a sus hijos de un entorno familiar propicio tanto para la autonomía como para la vinculación.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Basados en la Encuestas de Demografía y Salud de 2000, de corte transversal, y en la encuesta de Salud Adolescente de 2003, de corte longitudinal, este estudio trató de avanzar en el entendimiento de la fecundidad adolescente, identificando tendencias y diferenciales regionales, así como los determinantes próximos y socioeconómicos para dos contextos culturalmente diferentes: Bogotá y Cali. El estudio desarrolló un sistema de encuesta con dos elementos: una encuesta cuantitativa de historia de vida y una entrevista cualitativa a profundidad. Las encuestas se aplicaron a las adolescentes entre 13 y 19 años de edad residentes en Cali y Bogotá, con un diseño muestral estratificado por nivel socioeconómico. Las principales conclusiones y recomendaciones del estudio se presentan a continuación.

9.1. Conclusiones

9.1.1. En cuanto a las tendencias y diferenciales por región

En general, los resultados sugieren que existe una tendencia en las cohortes más jóvenes a disminuir el tiempo en que las mujeres inician su fecundidad. En el 2000, el 15% de las adolescentes de 15-19 años es madre y el 19% ha estado alguna vez embarazada. Esta tendencia es mayor en las zonas rurales que en las urbanas. Entre regiones, la región Atlántica es la que menor cambio muestra, mientras que las regiones Central y Pacífica son las de mayor aumento en la maternidad adolescente.

Los resultados también evidencian que el aumento en la fecundidad adolescente está relacionado con una disminución en el inicio de la actividad sexual, mientras que se ha retardado el inicio de las uniones estables. Así, en el 2000, el 40% de las adolescentes de 15-19 años ya ha iniciado actividad sexual. De igual forma, el uso de métodos de planificación familiar ha contrarrestado el aumento en la fecundidad adolescente, ya que la demanda satisfecha de planificación familiar está relacionada con una menor fecundidad.

Las tendencias en el inicio de la actividad sexual han llevado a que se observe un aumento en la maternidad entre adolescentes solteras. Por regiones, la región Atlántica es la que menos aumento muestra en el madresolterismo entre cohortes, mientras que la región Pacífica es la de mayor aumento de las adolescentes madres sin unión estable.

9.1.2. En cuanto a los determinantes próximos

Una tercera parte de las adolescentes de 13-19 años de Cali y Bogotá ha iniciado relaciones sexuales, un 6% ha estado alguna vez unida, y un 7% ha estado alguna vez embarazada. Estos indicadores, especialmente el de inicio de relaciones sexuales, sugieren la existencia de un mito al respecto. Existe la creencia generalizada de que las relaciones sexuales son comunes en la

adolescencia. Sin embargo, aunque las relaciones sexuales sí han aumentado entre las adolescentes en la última década, sólo un 30% de ellas ha iniciado relaciones sexuales.

El patrón de actividad sexual es más temprano y mayor en Cali que en Bogotá, mientras que los niveles de fecundidad son similares. Esto sugiere, y la evidencia lo confirma, que el uso de planificación familiar es mayor en Cali, con métodos modernos más seguros.

Los patrones de actividad sexual, unión, maternidad, son altamente diferenciales por estrato, en las dos ciudades, no solo en cuanto a la edad de inicio sino en cuanto a la velocidad a la cual entran nuevas adolescentes a dichas actividades. Las adolescentes del estrato bajo inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las del estrato alto. Por lo tanto, la mayor maternidad adolescente del estrato bajo está asociada tanto al pronto inicio de relaciones sexuales como al de las uniones.

El uso alguna vez de planificación familiar entre las sexualmente activas es relativamente alto, mayor en Cali que en Bogotá, y con métodos modernos más seguros en Cali. El condón y métodos naturales son los métodos de planificación más utilizados entre las adolescentes de Bogotá, mientras que en Cali prefieren la inyección. En las dos ciudades la planificación familiar juega un papel importante en la fecundidad adolescente. Sin embargo, el uso de planificación familiar entre las adolescentes empieza alrededor de los 15 o 16 años, en promedio, un año después de que han iniciado relaciones sexuales, lo cual las deja en un período de desprotección y alto riesgo de embarazo. Sólo alrededor del 60% de las adolescentes usaron un método de planificación en su primera relación sexual. El estudio cualitativo sugiere que este comportamiento se basa en la percepción de invulnerabilidad que tienen las adolescentes, en la creencia infundada de efectos secundarios, y en la creencia que no se necesitan métodos de control en la primera relación.

A pesar de que una menor proporción de adolescentes del estrato alto ha iniciado relaciones sexuales, una mayor proporción utiliza planificación familiar, y una menor proporción son madres; la mayoría de los embarazos son premaritales, sugiriendo probablemente que son embarazos no deseados consecuencia de decisiones no planificadas. Por el contrario, entre las adolescentes del estrato bajo, una mayor proporción ha iniciado relaciones sexuales, una mayor proporción se ha unido, una menor proporción usa planificación familiar, una mayor proporción de las que no usa es porque no quiere, y una mayor proporción son madres; hay una menor incidencia de los embarazos premaritales, sugiriendo que gran parte de la fecundidad se da dentro de la unión y es una fecundidad deseada. El estudio cualitativo sugiere que este comportamiento diferencial se relaciona con las percepciones sobre la maternidad. Las adolescentes del estrato alto, consideran que los hijos deben tenerse cuando se ha alcanzado estabilidad económica, emocional y de pareja;

mientras que las del estrato bajo consideran que el embarazo en la adolescencia es una forma de reconocimiento y aceptación social, y un opción de conformar una verdadera familia.

9.1.3. En cuanto a los determinantes socioeconómicos

Los resultados encontrados respecto a los determinantes socioeconómicos en los diferentes eventos sexuales considerados (inicio de relaciones sexuales, primer embarazo, primer hijo) sugieren fuertemente que el conjunto de factores contextuales del hogar son los más importantes dentro de todos los factores incluidos. Dentro de éstos, es evidente el papel importante de la familia, su rol y supervisión, en el comportamiento reproductivo de las adolescentes. Adicionalmente, común en todos los análisis está el efecto limitado que sobre el comportamiento de las adolescentes ha tenido la educación sexual que se imparte en los colegios desde 1993. Estos resultados confirman las hipótesis del estudio y el marco analítico adoptado, en los cuales se enfatizaba la importancia de factores contextuales y socioculturales en la fecundidad adolescente. A la luz de estos resultados, adquieren mucha mayor validez la evidencia soportada por los estudios cualitativos, tanto de este estudio como de otros hechos al respecto.

9.1.4. En cuanto a las cogniciones asociadas a la sexualidad

Los resultados de este estudio indican que las cogniciones influyen sobre los determinantes próximos de la fecundidad. Dado que estas cogniciones se construyen en el proceso de socialización sexual, su transformación supone una intervención sobre la cultura. De acuerdo con el estudio, en el proceso de socialización los jóvenes construyen las cogniciones que guían sus decisiones acerca de tener relaciones sexuales en la adolescencia, usar métodos de planificación familiar, unirse o casarse, embarazarse o abortar. Se encontró que en las dos ciudades el dimorfismo sexual aparente marca un trato diferencial para los hombres y las mujeres, que aún persiste el doble estándar respecto a lo que se espera para cada sexo y que prevalece la polarización y la inequidad en las relaciones de género. Estas diferencias en el trato hacia los hombres y las mujeres están influyendo en el proceso de construcción de identidad de los adolescentes y éste, a su vez, en las decisiones que toman con respecto a su vida sexual y reproductiva.

Frente al inicio temprano de actividad sexual una de las cogniciones más relevantes es la creencia generalizada de que las relaciones sexuales son naturales y normales en la adolescencia y que es poco probable que haya una pareja que no las tenga. Respecto a la no utilización de métodos de planificación familiar encontramos: a) la percepción de invulnerabilidad; b) el escepticismo frente a la efectividad de los métodos; c) las creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios; d) la creencia de que utilizar el condón con la persona que se ama y a la que se le tiene confianza es un irrespeto, además de que con éste no se siente lo mismo o que sólo se usa con mujeres que no son vírgenes.

Hacia la maternidad, algunas cogniciones compiten con la idea de que los hijos deben tenerse cuando se ha alcanzado estabilidad económica, emocional y de pareja: a) la percepción de que el embarazo en la adolescencia es una forma de ganar estatus, reconocimiento y aceptación social; b) la creencia de que el embarazo puede constituir una opción de conformar una “verdadera familia”; c) la convicción, en las mujeres, de que la maternidad es un elemento central de la identidad femenina y, en los hombres, de que el embarazo confirma su masculinidad, su madurez y su capacidad productiva; d) la valoración de los hijos como fuente de autorrealización y trascendencia y de seguridad afectiva, económica y social. Se encontró que se siguen valorando la monogamia, la fidelidad y la indisolubilidad del matrimonio o la unión. Quienes valoran el matrimonio creen que contribuye a la estabilidad de la unión porque previene la infidelidad masculina, uno de sus principales temores en las relaciones de pareja. Sobre el aborto los jóvenes afirmaron que es un asesinato y que si una pareja decidió tener relaciones sexuales debe asumir las consecuencias de sus acciones.

Adicionalmente, se logró establecer que la ambigüedad y a veces contradicción en los mensajes que transmiten los distintos agentes sociales hace que en los adolescentes coexistan tanto disposiciones positivas como negativas hacia la sexualidad, lo cual afecta seriamente su juicio y su capacidad para tomar decisiones con un estilo lógico, racional y sistemático, utilizando estrategias planeadas cuidadosamente y con una clara orientación hacia el futuro. También se encontró que en las decisiones de las adolescentes y sus parejas predominan el estilo dependiente y el basado en el uso de estrategias intuitivas o espontáneas en función de los sentimientos del momento. En las adolescentes que dijeron no haber iniciado relaciones sexuales, se pone de presente que algunos jóvenes tienden a tomar decisiones sexuales asumiendo una mirada crítica a la norma social sobre las relaciones sexuales en la adolescencia y teniendo en cuenta sus propios intereses, creencias, actitudes, valores y metas.

Los datos indican que los jóvenes que tienen más dificultades para tomar decisiones planificadas presentan deficiencias en, por lo menos, dos atributos de la agencia humana: la confianza en sí mismo y la autodeterminación. Es decir, no han contado con un ambiente propicio para el desarrollo de la convicción personal de que pueden ejercer control sobre los eventos y de que están en capacidad de optar y alterar las situaciones que les ocurren para satisfacer sus expectativas y necesidades.

Tal como se ha encontrado en otras investigaciones, los adolescentes comienzan a tener sus experiencias sexuales en el marco de sus relaciones románticas, las cuales, a nuestro modo de ver y coincidiendo con distintos autores, constituyen un contexto óptimo para ello. Sin duda, en lo que a la actividad sexual se refiere, las relaciones románticas ofrecen a los y a las adolescentes experiencias de aprendizaje de gran importancia que dependiendo de la edad a la que ocurran, de su naturaleza y de su calidad, pueden

conducirlos o no, a una vivencia satisfactoria de la sexualidad, así como a tomar decisiones planificadas y sistemáticas frente a su vida sexual y reproductiva.

Los resultados obtenidos indican que las decisiones que las jóvenes tomen en lo relacionado con su vida sexual y reproductiva se asocian con la formulación y realización de su proyecto de vida, al mismo tiempo que se pudo establecer que éste influye en la fecundidad adolescente. Cuando no se han logrado formular metas relacionadas con el éxito profesional y la incorporación al mundo laboral, las cuales aparecen como centrales en la orientación hacia el futuro que se encontró entre los jóvenes estudiados, existe más riesgo de embarazo porque las adolescentes encuentran en la nupcialidad y en la maternidad su principal fuente de realización personal. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que también se pudo establecer que existe una relación entre las condiciones socioeconómicas y el tipo de metas y aspiraciones de los jóvenes, y que las y los jóvenes que centraron su proyecto de vida en la nupcialidad, la maternidad y la paternidad pertenecían al estrato bajo.

Con respecto a si el embarazo y la fecundidad adolescente son deseables o inconvenientes, los resultados sugieren que en muchos casos constituye un mecanismo que efectivamente puede satisfacer necesidades afectivas, proporcionar un sentido de vida y metas que contribuyan al crecimiento y al bienestar de las adolescentes. Si se tiene en cuenta el lugar que ocupa la maternidad en la identidad femenina, desempeñar el rol materno también puede facilitar procesos de identificación y de construcción de la identidad y, en esa medida, incidir favorablemente sobre el autoconcepto y la autovaloración de las jóvenes. Además, no se puede olvidar que el embarazo representa asumir el rol social del adulto.

Sin embargo, de igual manera debe considerarse que las condiciones económicas y las circunstancias particulares en las que ocurre la maternidad adolescente muchas veces no son favorables, que el vínculo con la pareja en muchos casos no es sólido ni satisfactorio, y que con frecuencia las jóvenes no están preparadas suficientemente para asumir el rol materno. Junto con las implicaciones que esto trae para el hijo, también hay que tener en cuenta las consecuencias que la maternidad temprana tiene sobre el proyecto de vida y sobre el desarrollo personal de las adolescentes, así como los resultados de investigaciones que han señalado que la fecundidad adolescente se encuentra asociada con riesgos físicos y psicosociales tanto para la madre como para el hijo.

En general, en los relatos de las adolescentes embarazadas o que ya eran madres y que se encontraban unidas, se observó limitación del proyecto de vida femenino que se circunscribe al hogar, así como actitudes sexistas, subordinación de la mujer y dependencia económica con respecto al hombre, lo que constituyen factores que influyen en la dinámica de las relaciones conyugales establecidas por los jóvenes y que probablemente también influirán

en el futuro inmediato y mediato. Teniendo en cuenta la temprana edad a la que se unieron, algunos de los motivos por los cuales lo hicieron, y las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran, es posible pensar que la nupcialidad temprana en los casos estudiados no constituye una experiencia satisfactoria para las jóvenes, ni sobre la cual se puedan hacer buenos pronósticos hacia adelante.

En síntesis, aunque aparentemente la nupcialidad, la maternidad y la paternidad tempranas podrían interpretarse como indicadores de solvencia adulta, es obvio que obstaculizan el logro de otras tareas del desarrollo que son relevantes en la adolescencia y, en esa medida, constituyen eventos que es conveniente prevenir.

9.2. Recomendaciones

Los resultados de este estudio evidencian que el nivel y timing de la fecundidad adolescente ha venido aumentando en la última década, lo cual ha estado asociado al inicio más pronto de las relaciones sexuales. Sin embargo, la actividad sexual entre las adolescentes no es un hecho generalizado como socialmente se percibe. Solamente una tercera parte de las adolescentes de 13-19 años de edad ha iniciado actividades sexuales. Desmitificar este hecho es algo que podría lograrse con programas masivos de comunicación.

Los hallazgos del estudio cualitativo, en consonancia con lo identificado por otros investigadores, sugieren que la educación sexual que actualmente se ofrece en los colegios no tiene en cuenta las necesidades de formación de los adolescentes, en tanto que transmite la idea de que la actividad sexual tiene, por definición, consecuencias negativas, desconoce las características de las personas en este período de la vida y no promueve la construcción de la identidad y de los mecanismos de autorregulación que se derivan de ella: el autoconcepto, la autovaloración y la autoeficacia.

Las sugerencias de los y las jóvenes sobre la educación sexual nos permiten señalar que lo que están esperando es una educación para la vida que favorezca el desarrollo de su potencial como seres humanos y de su competencia psicosocial, que vaya más allá de la adquisición de los conocimientos referentes a la genitalidad y a la prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazos y abortos inducidos.

En sintonía con estas recomendaciones, los padres de familia plantearon en el grupo focal que aunque hay dificultades a la hora de abordar temas de sexualidad con sus hijos, la mejor opción es tratar de vincularlos a la vida cotidiana y no verlos como algo adicional a ésta. También señalaron que es importante sensibilizarse frente a las necesidades y vivencias particulares de sus hijos e hijas, y mantener una relación de confianza y comunicación permanente

con ellos. Finalmente, coincidieron en que es fundamental que ellos se vean involucrados en los programas de educación sexual.

Como complemento de estos planteamientos, los participantes del grupo focal de representantes del sector salud y educativo, señalaron que es importante definir unos mínimos comunes frente a lo que se entiende por sexualidad y frente a las personas apropiadas para desarrollar los programas de educación sexual en los planteles educativos. En este sentido, se planteó la necesidad de que aquellas personas responsables de su desarrollo tengan una posición ética, clara y coherente, frente a su propia sexualidad. Finalmente, acorde con lo mencionado por los padres de familia, señalaron la importancia de desarrollar programas de formación en educación sexual tanto para docentes como para padres.

De acuerdo con lo que se ha expuesto, una de las razones por las cuales la educación sexual que se ha impartido en los planteles educativos colombianos desde 1993 ha tenido un impacto muy limitado en los estudiantes, se deriva de su visión restringida de la sexualidad y del ser humano. Por otra parte, observamos que la socialización sexual si ha sido “efectiva” en la reproducción de estereotipos rígidos que no sólo perpetúa las jerarquías y desigualdades entre hombres y mujeres, sino que también promueven otra serie de cogniciones que ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes. En esta medida, es plausible plantear que el reto para la educación sexual es lograr trascender las conferencias, las materias y las aulas, y lograr influir de manera determinante en la socialización sexual de la población, lo que requiere, tal como ya se señaló, una intervención sobre la cultura.

En este proceso deben participar los medios masivos de comunicación que tienen una enorme responsabilidad como agentes sociales, la cual deben desempeñar teniendo como referente criterios éticos que, junto con los intereses económicos que los mueven, jueguen un papel importante en la toma de decisiones sobre los programas y mensajes que transmiten. Una de las contribuciones que pueden hacer los medios de comunicación es modificar la norma social percibida por los adolescentes, según la cual, lo natural y esperado es que en este período de la vida se tengan relaciones sexuales. Difundir los resultados de las investigaciones hechas en nuestro medio, incluyendo los del presente estudio, los cuales ponen en evidencia que solamente la tercera parte de los adolescentes están teniendo relaciones sexuales, puede favorecer el cambio de esta norma social que los jóvenes han asimilado en su proceso de socialización y que, tal como se constató en esta investigación, influye en las decisiones que toman los adolescentes con respecto a su vida sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179 – 211.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001) Social Cognitive Theory: An agentic Perspective. *Annual review of Psychology*, 52, 1-26.
- Blanc Ann & Way Ann (1998). Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Studies in Family Planning*, Volume 29, Issue 2, Adolescent reproductive behavior in the developing world (June), 106-116.
- Baumer, E.P y South, S.J. (2001). Community Effects on Youth Sexual Activity. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 540-554.
- Barberá, E. y Lafuente, M.J. (1996). Procesos de sexuación e implicaciones de género en la etapa adulta. En: J. Fernández (Ed.). *Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.
- Baumer, E.P y South, S.J. (2001). Community Effects on Youth Sexual Activity. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 540-554.
- Bengtson, V., & Allen, K. (1993). The life course perspective applied to families over time. En: P. Boss, W. Doherty, R. LaRossa, P. Schumm, & S. Steinmetz (Eds.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach* (pp. 469-499). New York: Plenum Press.
- Blackwood, E. (2000). Culture and Women's Sexualities. *Journal of Social Issues*. Consultado en: <http://www.findarticles.com>
- Bongaarts J. and J. Stover (1986). *The population council target-setting model: a user's manual*. NY: The population Council.
- Brown, A., Jejeebhoy, S.J., Shah, I., & Yount, K. (2001). Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies. *Occasional Papers of the Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization*, No. 4 (WHO/RHR/01.8)
- Burgos Cantor, M.C. (2003). *Influencia de la Experiencia indirecta y directa con las Relaciones Románticas y de algunas Dimensiones de la Identidad en las Expectativas que tienen los Jóvenes acerca de la Pareja Romántica*. Tesis de Maestría no publicada. Bogotá: Departamento de Psicología, Universidad de los Andes.
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106, 676-713.
- Capaldi, D.M., Crosby, L. y Stoolmiller M. (1996). Predicting the timing of first sexual intercourse for at-risk adolescent males. *Child Development*, 67, 344-359.
- Carroll, J.L. & Roof, P. (1996). *Sexuality and gender in society*. New York: Harper Collins Publishers.

- Cotterell, J. (1996) Social networks and social influences in adolescence. London: Routledge.
- Crockett y Petersen (1994). Adolescent development: health, risks and opportunities for health promotion. In: S. Millstein and A. Petersen (Eds) Promoting the health of adolescents: new directions for the 21st century.
- Cvetkovich, G., Grote, B., Bjorseth, A. y Sarkissian, J. (1975) On psychology of adolescents' use of contraceptives. *The Journal of Sex Research*, 3, 256-270.
- Davis K. & Blake J. (1956). Social structure and fertility: an analytical framework. *Economic development and Cultural Change*. 4: 211-235.
- DNP (2001). Los riesgos y las estrategias de las familias colombianas. Documento de trabajo, Misión Social.
- Dureau F (1993). La movilidad de las poblaciones y su impacto sobre la dinámica del área metropolitana de Bogotá. Documento de trabajo No. 2. Metodología de la encuesta cuantitativa.
- Easterlin R. (1983). Modernization and fertility: a critical essay. R.A. Bulatao and R.D. Lee (eds) *Determinants of fertility in developing countries*. Academic Press: New York.
- Elliot G. & Feldman S.S. (1991) Capturing the adolescent experience. In: S.S. Feldman and G. Elliot (Eds) *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge: Harvard University Press.
- Eshleman, J.R. (1994). *The Family*. London: Allyn and Bacon.
- Fagot, B.I., Pears, K.C., Capaldi. D.M., Crosby, L. y Leve, C.S. (1998). Becoming an Adolescent Father. *Precursors and Parenting*. *Developmental Psychology*, 6, 1209-1219.
- Feldman, S.S. y Cauffman, E. (1999). Sexual betrayal among late adolescents: Perspectives of the perpetrator and the aggrieved. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 235-258.
- Flórez C.E. (1990). La transición demográfica en Colombia: efectos en la formación de la familia. Ediciones Uniandes-Universidad de Las Naciones Unidas.
- Flórez C.E. (1994) Los grupos de alta fecundidad en Colombia.1990. CELADE. LC/DEM/R. 212. Seire A, No. 292.
- Flórez C.E. (2000). Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX. Banco de la República, Tercer Mundo Editores.
- Flórez C.E. y Nuñez J. (2000). Teenage childbearing in Latin American countries. IADB, Research Network Working paper. August, R-434.
- Flórez C.E. y F. Dureau (1996). Movilidad espacial en zonas de expansión: los casos de Yopal, Aguazul y Tauramena (Casanare). Documento de trabajo No. 2: Metodología de la encuesta cuantitativa sobre movilidad espacial y de la encuesta ambiental. CEDE, Universidad de Los Andes.
- Florsheim, P. (2003). *Adolescent Romantic Relations and Sexual Behavior: Theory, Research, and Practical Implications*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Furman, W., Brown, B., & Feiring, C. (1999). *The development of romantic relationships in adolescence*. Nueva York: Cambridge University Press.

- Furman, W., Simon, V., Shaffer, L. & Bouchey, H. (2002). Adolescents' Working Models and Styles for Relationships with Parents, Friends, and Romantic Partners. *Child Development*, 73, 241-255.
- Furman, W., & Shaffer, L. (2003). The Role of romantic relationships In adolescence development. En P. Florsheim (Ed.). *Adolescent Romantic Relations and Sexual Behavior: Theory, Research, and Practical Implications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Furman, W. y Simon, V. (1999). Cognitive representations of romantic relationships. En W. Furman, B.B. Brown, y C. Feiring (Eds.). *The development of romantic relationships in adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- Gage, A. (1998). Sexual activity and contraceptive use: the components of the decision making process. *Studies in Family Planning*, Volume 29, Issue 2, Adolescent reproductive behavior in the developing world (June), 154-166.
- Gaston, J.F., Jensen, L. y Weed, S. (1995). A closer look at adolescent sexual activity. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 465-479.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociological Press.
- Goodyear, R. K., Newcomb, M. D., & Allison, R. D. (2000). Predictors of Latino men's paternity in teen pregnancy: Test of a mediational model of childhood experiences, gender role attitudes, and behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 116-128.
- Gray, M.R. & Steinberg, L. (1999). Adolescent romance and parent-child relationship. A conceptual perspective. En W. Furman, B. B. Brown & C. Feiring (Eds.). *The development of romantic relationships in adolescence*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Groat, H.T., Giordano, P.C., Cernkovich, S. A., Pugh, M.D. y Swinford, S.P. (1997). Attitudes toward childbearing among young parents. *Journal of Marriage and the Family*, 3, 568-581.
- Guzmán J.M., Marquez R. y Contreras J.M. (2000) Diagnóstico sobre salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe. Documento presentado en la Reunión de Planeación Regional en Población. UNFPA: México.
- Hagestad, G. (1990). Social perspectives on the life course. En: R. H. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (3th ed., pp. 151-68). New York: Academic Press.
- Hagestad, G., & Neugarten, B. (1985). Age and the life course. En: R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* , (2nd ed., pp. 35-61). New York: Reinhold.
- Hagestad, G. (1996). On-time, off-time, out of time? Reflections on continuity and discontinuity from an illness process. En: V. Bengtson (Ed.). *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 204-222). New York: Springer Publishing.
- Harding, G & Gantley, M. (1998) *Qualitative methods: beyond the cookbook*. *Fam Pract*, 15 , 76-85.
- Harren, V. H. (1979). A model of career decision-making for college students. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 119-133.

- Holden, G.W., Nelson, P.B., Velasquez, J. y Ritchie, K.L. (1993). Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 28, 557-572.
- Insabella, G. M. (1999, April). Negotiation of autonomy and relatedness with families: Its influence on adolescent sexual behavior. Investigación presentada en el Meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque, NM. Resumen recuperado el 1 de Junio de 2003 de http://www.people.virginia.edu/~psykliff/pubs_frame_pres_chronol_refs.html
- Jessor, S. & Jessor, R. (1975) Transition from virginity to nonvirginity: a social-psychological study over time. *Developmental psychology*, 11, 473-484.
- Kandel, D. (1978) Homophily, selection, and socialization in adolescent friendships. *American Journal of Sociology*, 84, 427-436.
- Kuzel AJ. (1992). Sampling in qualitative inquiry. En: B.F. Crabtree, W.L. Miller (Eds). *Doing qualitative research*. London: Sage, 31-44.
- Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría "género". En Lamas M. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Mexico, UNAM-PUEG
- Laursen, B. y Jensen-Campbell, L.A. (1999). The nature and functions of social exchange in adolescent romantic relationships. En W. Furman, B. B. Brown, y C. Feiring (Eds.), *The development of romantic relationships in adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- Lelievre E. y Bringe A. (1998). *Practical guide to event history analysis using SAS, TDA, STATA*. Institut National D'etudes demographiques. Paris.
- Lieblich, A y otros (1.998). *Narrative Research. Reading, analysis and interpretation*. California: Sage Publications.
- Mahaffy, K.A. y Ward, S.K. (2002). The gendering of adolescents' childbearing and educational plans: reciprocal effects and the influence of social context. *Sex Roles: A journal of Research*. Consultado en: <http://www.findarticles.com>
- Marsiglio, W. (1993). Adolescent males' orientation toward paternity and contraception. *Family Planning Perspectives*, 25, 22-31
- Mays, N & Pope, C (1995). Rigour in qualitative research. *BMJ*, 311, 109-121.
- Mejía, I.E., Cortés, M., Madera, J., Del Rio & A.M., Bernal, P. (2000) *Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil*. Bogotá: Universidad de Los Andes.
- MEN (1999). *Proyecto nacional de educación sexual: actualización*. Bogotá.
- MEN & CEE – Consultores Educativos Especializados (1998). *Evaluación de los procesos pedagógicos del proyecto nacional de educación sexual en las instituciones escolares: Estudios de casos*. Bogotá.
- Miller, K.S., Forehand, R. y Kotchick, B. (1999). Adolescent sexual behavior in two ethnic minority samples: The role of family variables, *Journal of Marriage and the Family*, 61, 85-98.
- Ministerio de Educación Nacional (1993). *Separata Proyecto Nacional de Educación Sexual*. Santafé de Bogotá. MEN.
- Ministerio de Educación Nacional (1994) *Ley 115 de Educación*
- Ministerio de Salud (1998). *Lineamientos de políticas de salud sexual y reproductiva*. Documento técnico No. 1, Bogotá.

- Moore, S. y Rosenthal, D. (1993) *Sexuality in Adolescence*, London: Routledge.
- Moya, M., Exposito, F. y Ruiz, J. (2000). Close Relationships, Gender, and Career Salience. *Sex Roles: A Journal of Research*. Consultado: <http://www.findarticles.com>
- Moreno L. y Singh S. (1996). Fertility decline and changes in proximate determinants in the Latin America and the Caribbean Region. In: J.M. Guzmán, S. Singh, G. Rodríguez, and E.A. Pantelides (Eds) *The Fertility Transition in Latin America*. New York: Oxford University Press.
- Naciones Unidas (1989). *Adolescent reproductive behavior: evidence from developing countries*. Vol II. NY:UN
- Naciones Unidas (1995). *The world's women , 1995: Trends and statistics*. NY:UN.
- Newcomer, S. y Udry, J. (1984). Mothers' influence on the sexual behavior of their teenage children. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 477-485.
- Ortega J.R. y C.E. Flórez (1999). Seguimiento y perspectivas laborales de bachilleres. Alcaldía de Bogotá, Secretaría de Educación – CEDE, Universidad de Los Andes.
- Pastor, R. (1996). Realización sexual y de género: Implicaciones psicosociales. En: J.
- Fernández (Ed.). *Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.
- Perkins, D.F., Luster, T., Villarruel, F.A. & Small, S. (1998). An Ecological, Risk Factor Examination of Adolescents' Sexual Activity in Three Ethnic Groups. *J. of Marriage and The Family*, 60, 660-673.
- Pick de Weiss, S. & Vargas Trujillo, E. (1990). Conducta Sexual y Anticonceptiva de los Adolescentes en América Latina. *Revista Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 8, 11-41.
- Pick, S. & Palos, P. A. (1995), Impact of the Family on the Sex Lives of Adolescents. *Adolescence*, 30, 667-675.
- Prada E. y MEN (1997). Estado del arte de los proyectos escolares en educación sexual. Bogotá.
- Rodríguez G. (2001). Generalized linear statistical models. Notes. Princeton University: Woodrow Wilson School.
- Rodríguez Jorge (2003). La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición. Documento presentado en el Seminario sobre Transición de la Fecundidad en América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago, Chile, Junio de 2003.
- Rosero-Bixby L (1996). Nuptiality trends and fertility transition in Latin America. In: J.M. Guzmán, S. Singh, G. Rodríguez, and E.A. Pantelides (Eds) *The Fertility Transition in Latin America*. New York: Oxford University Press.
- Rostosky, S.S., Welsh, D.P, Kawaguchi, M.C. y Galliher, R.V. (1999). Commitment and sexual behaviors in adolescent dating couples. En W.H. Jones y J.M. Adams (Eds.). *Handbook of Interpersonal Commitment and Relationship Stability* (pp. 323-338). New York: Plenum.

- Sánchez, A. (1996) El desarrollo del sexo como variables estímulo durante la infancia. En: J. Fernández (Ed.). Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género. Madrid: Pirámide.
- Shek, Daniel T. L. (1996). Midlife Crisis in Chinese Men and Women. *Journal of Psychology*, 130, 1, 109-119.
- Simmos G. (1985). Research on the determinants of fertility. In: Farrooq and Simmons (Eds) *Fertility in Developing Countries*. Macmillan series.
- Small, S.A. y Luster, T. (1994). Adolescent Sexual Activity : An Ecological, Risk Factor Approach. *J. of Marriage and the Family*, 56, 181-192.
- Singh S. (1998). Adolescent childbearing in developing countries: a global review. . *Studies in Family Planning*, Volume 29, Issue 2, Adolescent reproductive behavior in the developing world (June), 117-136.
- Singh y Wulf (1990). Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas. Nwe Cork: Alan Guttmacher Institute.
- Singh y Wulf (1993). The likelihood of induced abortion among women hospitalized for abortion complications in four Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* 19, 4: 134-141.
- Stern, C. (2002). Poverty, social vulnerability and adolescent pregnancy in México: A qualitative analysis. Investigación presentada en el CICRED Seminar on "Reproductive health, unmet needs, and poverty: Issues of access and quality of services", Chulanlongkorn University, Bangkok, Thailand, 25-30 Noviembre, 2002.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. In N. K. Dezdin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Universidad Externado de Colombia (1994). Citado por: Mejia I.E.: Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Programa La Casa, CESO-Universidad de Los Andes.
- Vargas Trujillo, E. & Barrera, F. (en prensa). El papel de las relaciones familiares y de la competencia psicosocial en la actividad sexual de los adolescentes. Documento Cesó, Bogotá: Universidad de Los Andes.
- Vitora C. et al (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological análisis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, 26:224-227.
- Vogel, D.L., Wester, S.R., Heesacker, M. & Madon, S. (2003). Confirming gender stereotypes: A social role perspective. *Sex roles: A journal of research*, 48, 519-528.
- Wartenberg, L. (1999). Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social (CIDS). Universidad Externado de Colombia, Fondo de la Población de Naciones Unidas UNFPA. Colombia: Gente Nueva.
- Whalen, C. K., Henker, B., Hollingshead, J., & Burgess, S. (1996). Parent-adolescent dialogues about AIDS. *Journal of Family Psychology*, 10, 343-357.

Westoff et al (1994). Marriage and entry into parenthood. Demographic and Health Surveys. Comparative studies No. 10. Calverton, MD: Macro International.

WHO (2002). Progress in reproductive health research. No. 58.

ANEXO 1: LA ENCUESTA CUANTITATIVA DE HISTORIA DE VIDA

Diseño del Formulario

El diseño recogió experiencias anteriores desarrolladas por CEDE y otros centros de investigación, además de variables nuevas de interés para esta investigación en particular. El formulario fue sometido a una prueba en terreno y como resultado de ésta, se le realizaron los cambios pertinentes con el objetivo de mejorarle los flujos y el lenguaje de las preguntas.

El formulario consta de ocho capítulos (Ver cuestionario adjunto). El primer capítulo está dedicado a la identificación del cuestionario. El segundo capítulo se centra en la vivienda y el hogar: algunas características de la vivienda, como el tipo de vivienda y el material del piso, y condiciones habitacionales del hogar, número de cuartos para dormir y disponibilidad de algunos bienes físicos. El conjunto de preguntas sobre la vivienda y el hogar proporciona la información necesaria para analizar las condiciones socioeconómicas del hogar, variable que se ha demostrado afecta el comportamiento de la fecundidad.

El tercer capítulo está dedicado a las características de cada uno de los miembros del hogar, relacionadas con la composición, la edad, el sexo, la asistencia al colegio y grados alcanzados (para personas de 5 años y más), estado conyugal y actividad a la que dedicaron la mayor parte del tiempo la semana anterior (para personas de 12 años y más).

En el capítulo cuarto tiene como objetivo recoger la historia de vida de una adolescente entre 13 y 19 años de edad, que resida en el hogar. La indagación se hace de manera retrospectiva utilizando una matriz que recoge eventos relacionados con migración, educación, coresidencia con los padres y cónyuge(s), fecundidad y empleo. La matriz tiene un calendario común (primera columna) el cual permite trabajar utilizando fechas o edades, según se facilite más para la adolescente entrevistada. Cualquiera que sea la trayectoria, la duración mínima tomada en consideración es el semestre (6 meses). Ninguna anotación particular se ha previsto para diferenciar cronológicamente eventos ocurridos en el transcurso de un mismo semestre.

La *biografía residencial* tiene como objeto registrar todas las ciudades o lugares donde la entrevistada ha vivido por lo menos seis meses de manera continua. En aquellos casos en que la adolescente tuviera dos residencias al mismo tiempo, se registra aquella donde haya pasado la mayor parte del tiempo. Cada cambio de lugar de residencia se marca con una X en columna Etapa, en el año correspondiente, y se describe el lugar en las columnas País a Barrio. Los lugares ubicados dentro de las dos ciudades de estudio (Bogotá y Cali) se describen por el barrio. Los lugares dentro de Colombia pero fuera de las dos ciudades de estudio se describen por el departamento, el municipio y cabecera/resto. Así, dentro de las dos ciudades de estudio, todo cambio de

vivienda que implique cambio de barrio se tomaba como movimiento migratorio y se registraba en la biografía residencial; fuera de estas dos ciudades, solo se consideran como movimientos migratorios los cambios de municipio o los cambios de vivienda entre cabecera y resto dentro del mismo municipio.

La segunda columna de la matriz recoge información sobre la *relación de parentesco* que la adolescente entrevistada tenía con el jefe del hogar donde vivía en cada registro de residencia. Esta información permite relacionar el comportamiento de la fecundidad con el ciclo de vida de la persona y el contexto familiar en el cual vivía.

En la columna *Educación* se describen todos los períodos durante los cuales la adolescente asistió o asiste a un centro de educación formal o de otro tipo de enseñanza. Para tal fin se registran el nivel, curso, y tipo de establecimiento educativo. Igualmente se recoge el motivo de retiro para los períodos en los cuales la adolescente no asiste a ningún centro educativo.

La columna *Violencia familiar* tiene como objeto identificar si la adolescente ha sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar. Se registran los momentos o períodos durante los cuales la entrevistada ha sufrido violencia física, verbal, psicológica, o sexual, dentro de la familia. Esta información nos permite relacionar el comportamiento de la fecundidad con el contexto familiar.

Las columnas en la sección de *Corresidencia* tienen como objeto recoger el calendario familiar de la adolescente. Esta sección está diseñada de la siguiente forma:

- Una columna para cada uno de los padres (2) y de los cónyuges (hasta 2)
- Cada una de las columnas tiene dos partes:
 - Parte superior: para registrar el año de nacimiento de los padres y cónyuge(s)
 - Parte central: formada por tres subcolumnas que se llenan de acuerdo con el calendario de edad (o fecha) de la biografía de la adolescente y que recogen información sobre:
 - § “Vida”: los datos vitales del respectivo pariente (padre, madre, cónyuge), es decir año de nacimiento y año de muerte (si ya murió)
 - § “Nupcialidad”: datos sobre cada una de las uniones (legales o consensuales) de los padres y de la adolescente entrevistada (con cada cónyuge). La información hace referencia a la fecha de iniciación y terminación de cada unión y el tipo de unión.
 - § “Corresidencia”: datos que indican si la adolescente entrevistada vivía con cada uno de los parientes (padre, madre, cónyuge)

La columna *Actividad sexual* tiene como objetivo registrar los diferentes períodos durante los cuales la adolescente ha tenido pareja sexual sin convivir de manera estable. En esta columna se registra también la edad a cual tuvo el primer novio

y su primera menstruación. Esta información nos permite ver actividad sexual previa a la primera unión estable y por lo tanto nos permite identificar nacimientos previos a las uniones estables.

Las columnas bajo *Fecundidad* tienen como objetivo registrar los hijos nacidos vivos que la adolescente ha tenido y su coresidencia con ellos. La sección está diseñada de la siguiente forma:

- Una columna para cada uno de los hijos (hasta 3)
- Cada una de las columnas tiene dos partes:
 - Parte superior: para registrar el sexo de cada uno de los hijos
 - Parte central: formada por dos subcolumnas que se llenan de acuerdo con el calendario de edad (o fecha) de la biografía de la adolescente y que recogen información sobre:
 - § “Vida”: los datos vitales de cada uno de los hijos, es decir año de nacimiento y año de muerte (si ya murió)
 - § “Coresidencia”: datos que indican si cada uno de los hijos vivía con la adolescente entrevistada

Adicionalmente, para cada uno de los hijos nacidos vivos, se registra en un cuadro auxiliar, información básica sobre el padre biológico: edad, educación y actividad económica.

La columna de *Otros embarazos* tienen como finalidad registrar aquellos eventos de fecundidad que no hayan terminado con un nacido vivo, es decir: nacido muerto, aborto espontáneo, aborto provocado, o aún embarazada.

La columna *Métodos de planificación familiar* tiene como finalidad registrar todos los períodos en los cuales la adolescente ha utilizado algún método de planificación familiar. La información recoge el tipo de método y la razón principal por interrumpir o dejar de utilizarlo.

La columna sobre *Empleo* registra los períodos durante los cuales la adolescente ha trabajado, especificando la posición ocupacional y la dedicación (parcial o tiempo completo) para cada uno de los trabajos registrados. Finalmente, para las entrevistadas que en algún año no estudiaron ni trabajaron, la columna *Otra Actividad* registra la actividad desarrollada en esos períodos, ya sea buscando trabajo, oficios del hogar, o ninguna actividad.

El capítulo quinto tiene por objetivo obtener información sobre la familia y los amigos de la adolescente entrevistada. En particular, se recoge información sobre el nivel educativo de los padres, experiencias previas de fecundidad en la adolescencia en la familia, control de salidas de la adolescente, violencia intrafamiliar, y abuso sexual.

En el capítulo sexto se centra en aspectos de educación sexual, recogiendo información sobre fuentes de información, y los programas de educación sexual que se reciben en los colegios.

El capítulo séptimo tiene como objetivo indagar sobre percepciones de la entrevistada sobre las relaciones de pareja, y las condiciones de la primera relación sexual, en particular información sobre la pareja, el uso de métodos de planificación familiar, y el acceso a esos métodos.

El capítulo octavo se centra en el acceso y calidad de los servicios de salud con los que cuenta la entrevistada. Se indaga sobre el tipo de servicios, la información recibida, la calidad y las barreras a dichos servicios.

El Muestreo

El Universo de estudio

El universo de estudio estuvo conformado por los hogares residiendo en viviendas particulares en las ciudades de Bogotá y Cali en junio de 2003. El marco muestral usado para la selección de la muestra fue el listado de manzanas producido por el DANE. En estos marcos muestrales aparece relacionado el estrato 0, que corresponde a manzanas que el DANE, por alguna razón, no ha podido estratificar (áreas nuevas, o con algún problema).

La Muestra

El tamaño de la muestra se definió de acuerdo a la representatividad requerida para los análisis, la distribución por edad de la población, y a las limitaciones financieras. La meta de la muestra en cada ciudad fue de 550 adolescentes de 13-19 años, para lo cual se seleccionaron aproximadamente 110 manzanas y 5 hogares con adolescentes presentes en cada manzana. La selección de la muestra en cada ciudad debía reflejar la clasificación del universo por estrato socioeconómico. Por lo tanto se definió un diseño sencillo, probabilístico y estratificado. El nivel de rechazo fue de 10% en los estratos altos de Bogotá y Cali, y 2% en los otros estratos. En total se obtuvieron 550 adolescentes en Bogotá, y 552 en Cali. El Cuadro 1 muestra la distribución de hogares de la muestra por estrato socioeconómico.

Cuadro 1: Resultados de la muestra por ciudad

Ciudad / Estrato	Número de Hogares	% Hogares por estrato	Hogares / Vivienda	Tamaño del hogar
BOGOTA				
Estrato Bajo	286	52.0	1.38	4.97
Estrato Medio	234	42.5	1.11	4.71
Estrato Alto	30	5.5	1.00	4.57
Total	550	100.0	1.25	4.84
CALI				
Estrato Bajo	198	35.9	1.20	5.16
Estrato Medio	263	47.6	1.14	5.10
Estrato Alto	91	16.5	1.00	4.60
Total	552	100.0	1.14	5.04

Fuente: Encuesta Salud Adolescente 2003. CEDE

En Bogotá, el promedio de hogares por vivienda es de 1.25 mientras que en Cali es de 1.14. En ambas ciudades, el número de viviendas disminuye al aumentar el estrato; especialmente en Bogotá, en donde pasa de 1.4 en el estrato bajo a 1.0 en el alto. Por otra parte, el tamaño promedio del hogar es ligeramente mayor en Cali (5.04 personas) que en Bogotá (4.84). En ambas ciudades existen diferenciales por estrato, un poco más marcados en el caso de Cali (5.16 en el estrato bajo frente a 4.6 en el alto).

Información detallada sobre **El Operativo de Campo, Recolección de la Información, Crítica y Codificación, Grabación y Corrección de Inconsistencias, y La Información**, se encuentra disponible en documento Informe No. 2: METODOLOGIA DEL SISTEMA DE ENCUESTA.

	UNIVERSIDAD DE LOS ANDES	Salud Adolescente 2003	Número del Cuestionario <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	CEDE		

CONFIDENCIAL: Los datos que se solicitan en este cuestionario se utilizarán exclusivamente con fines estadísticos y en ningún caso CON FINES FISCALES y son **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES**

FORMULARIO ____ DE ____

I. IDENTIFICACION

1. Bogotá <input type="text"/> <input type="text"/> Cali <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Número de orden del hogar <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Barrio: <input type="text"/>	7. Número de personas en el hogar <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Estrato <input type="text"/>	8. Dirección <input type="text"/>
4. Número de orden de la vivienda <input type="text"/>	9. Teléfono <input type="text"/>
5. Número de hogares en la vivienda (grupo de personas que preparan los alimentos por separado) <input type="text"/>	

II. CONDICIONES HABITACIONALES DEL HOGAR

1. Tipo de vivienda Casa independiente <input type="text"/> <input type="text"/> Apartamento <input type="text"/> <input type="text"/> Cuarto <input type="text"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text"/> <input type="text"/>	4. De cuántos cuartos dispone el hogar para dormir? <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Material predominante del piso de la vivienda ocupada por el hogar? (OBSERVE Y MARQUE LA RESPUESTA) Alfombra <input type="text"/> <input type="text"/> Madera pulida..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ladrillo..... <input type="text"/> <input type="text"/> Madera sin pulir <input type="text"/> <input type="text"/> Baldosa..... <input type="text"/> <input type="text"/> Cerámica mármol..... <input type="text"/> <input type="text"/> Cemento..... <input type="text"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál??: <input type="text"/> <input type="text"/>	5. Tiene en su hogar: a. Teléfono fijo? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. Teléfono móvil (celular)? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> c. Luz eléctrica? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d. Radio? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> e. Nevera? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> f. Licuadora? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g. Carro? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> h. Motocicleta? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> i. Bicicleta? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> j. Televisión? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> k. Servicio de antena parabólica? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> l. Servicio de TV por cable? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m. Computador? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> n. Servicio de internet? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Cuál es el combustible que utilizan más frecuentemente para cocinar? Gas..... <input type="text"/> <input type="text"/> Electricidad..... <input type="text"/> <input type="text"/> Gasolina..... <input type="text"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text"/> <input type="text"/> Cocinol..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

RESULTADO DE LAS VISITAS

VISITA	PRIMERA VISITA	SEGUNDA VISITA	TERCERA VISITA
FECHA			
HORA			
RESULTADO			
ENCUESTADOR			
SUPERVISOR			

(AT) = Ausente Temporal (R) = Rechazo (AP) = Aplazada (EI) = Encuesta Incompleta (EC) = Encuesta Completa

III. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

1. NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS	0 1	0 2	0 3
2. Por favor dígame el nombre de las personas que habitualmente viven en este hogar. No incluya las personas que están de visita. Comencemos por el jefe(a) del hogar.			
3. Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	<input type="text"/> Años cumplidos	<input type="text"/> Años cumplidos	<input type="text"/> Años cumplidos

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

4. Cuál es el parentesco de (NOMBRE) con el jefe(a) de hogar? 02 CÓNYUGE 09 CUÑADA(O) 03 HIJA(O) 10 HIJO ADOPTADO/CRIADO 04 NUERA/YERNO 11 HIJASTRA(O) 05 NIETA(O) 12 OTRO FAMILIAR 06 PADRE(A) 13 NO PARIENTE 07 SUEGRO(A) 14 EMPLEADA DOMÉSTICA 08 HERMANA(O)	JEFE (A) DE HOGAR 01	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código
5. Es hombre o mujer?	H 1 M 2	H 1 M 2	H 1 M 2
6. (NOMBRE) está afiliado o es beneficiario del Sistema General de Seguridad Social en Salud?	SI 1 NO 2 → Pase a 8 No sabe	SI 1 NO 2 → Pase a 8 No sabe	SI 1 NO 2 → Pase a 8 No sabe
7. A qué tipo de régimen pertenece (NOMBRE) ?	CONTRIBUTIVO ISS 01 CONTRIBUTIVO OTRA EPS 02 SUBSIDIADO (SISBEN) 03 OTRO: _____ 04 NO SABE 05	CONTRIBUTIVO ISS 01 CONTRIBUTIVO OTRA EPS 02 SUBSIDIADO (SISBEN) 03 OTRO: _____ 04 NO SABE 05	CONTRIBUTIVO ISS 01 CONTRIBUTIVO OTRA EPS 02 SUBSIDIADO (SISBEN) 03 OTRO: _____ 04 NO SABE 05

PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

8. (NOMBRE) ha asistido alguna vez a la escuela o colegio?	SI 1 NO 2 → Pase a 12	SI 1 NO 2 → Pase a 12	SI 1 NO 2 → Pase a 12
9. (NOMBRE) actualmente asiste a algún colegio o instituto de enseñanza?	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
10. Cuál es el nivel escolar más alto que (NOMBRE) ha alcanzado ?	NINGUNO 01 PRIMARIA 02 SECUNDARIA 03 UNIVERSIDAD 04	NINGUNO 01 PRIMARIA 02 SECUNDARIA 03 UNIVERSIDAD 04	NINGUNO 01 PRIMARIA 02 SECUNDARIA 03 UNIVERSIDAD 04
11. Cuál es el GRADO escolar más alto que (NOMBRE) ha alcanzado en ese nivel ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MAS

12. Cuál es el estado conyugal de (NOMBRE)?	CASADA(O)..... 1 UNIDA(O)..... 2 SEPARADA(O)..... 3 VIUDA(O)..... 4 SOLTERA(O)..... 5 NO SABE..... 8	CASADA(O)..... 1 UNIDA(O)..... 2 SEPARADA(O)..... 3 VIUDA(O)..... 4 SOLTERA(O)..... 5 NO SABE..... 8	CASADA(O)..... 1 UNIDA(O)..... 2 SEPARADA(O)..... 3 VIUDA(O)..... 4 SOLTERA(O)..... 5 NO SABE..... 8
13. En qué ocupó la mayor parte del tiempo la semana pasada (NOMBRE)?	TRABAJÓ 01 BUSCÓ TRABAJO 02 ESTUDIÓ 03 OFICIOS HOGAR 04 PENSIONADO 05 RENTISTA 06 INCAPACITADO 07 OTRO: 96 NO SABE 98	TRABAJÓ 01 BUSCÓ TRABAJO 02 ESTUDIÓ 03 OFICIOS HOGAR 04 PENSIONADO 05 RENTISTA 06 INCAPACITADO 07 OTRO: 96 NO SABE 98	TRABAJÓ 01 BUSCÓ TRABAJO 02 ESTUDIÓ 03 OFICIOS HOGAR 04 PENSIONADO 05 RENTISTA 06 INCAPACITADO 07 OTRO: 96 NO SABE 98

IV. HISTORIA DE VIDA DE LA MUJER SELECCIONADA

1. Año	2. Edad	3. Etapa	4. Lugar de Residencia					5. Relac. parentesco	6. Educación				7. Violencia Familiar						
			Pais	Departamento	Municipio	Cabe cera	Barrio		Nivel	Curso	Tipo	Motivo retiro	Nac. Vid.	Padre Nup.	Corr.	Nac. Vid.			
19...	0																		
19...	1																		
19...	2																		
19...	3																		
19...	4																		
19...	5																		
19...	6																		
19...	7																		
19...	8																		
19...	9																		
	10																		
	11																		
	12																		
	13																		
	14																		
	15																		
	16																		
	17																		
	18																		
	19																		
	20																		

1. ¿En qué año nació usted?

2. ¿Podría decirme todas las ciudades o lugares donde haya vivido por lo menos seis meses en forma continua, y la fecha o edad de traslado?
 Cabeecera: (1) Si (2) No
 Fuera de Bogotá y Cali: Cambio de municipio
 Dentro de Bogotá y Cali: Cambio de barrio

3. ¿Cuál era su parentesco con el jefe del hogar?
 (1) Ud. Era el jefe (6) Madre (11) Hijastra
 (2) Esposa (7) Tía (12) Otro pariente
 (3) Hija (8) Suegra (13) Otro no pariente
 (4) Nuera (9) Abuela (14) Vivienda colectiva
 (5) Nieta (10) Hermana

4. Asistió alguna vez a la escuela o colegio?
 No: → Pase a 5
 Si: Podría decirme los periodos de por lo menos 1 año en los que asistió?
Tipo: (1) Preescolar (1) Público femenino (1) Económicos
 (2) Primaria (2) Público mixto (2) Académicos
 (3) Secundaria (3) Privado femenino (3) Embarazo
 (4) Universidad (4) Privado mixto (4) Cambio de ciudad o
 (5) Otro spo (5) Religioso femenino

6. Corresidencia
 Para su madre, su padre, su(s) cónyugue(s):
 * En qué año nació: escriba el año de nacimiento
 * Vivo todavía o se murió? Marque ____M en la columna Vid.
 * En qué año se unió? : Marque: año y código ____ en la columna Nup.
 (1) Matrimonio legal / religioso } **Códigos para eventos de nupcialidad**
 (2) Unión consensual
 (3) Separación / Divorcio
 (4) Viudez
 * Si esa unión ha terminado, en qué año se terminó?
 Marque ____T en la columna Nup.
 * Podría decirme todos los periodos de por lo menos 1 año durante los cuales vivía con Ud. en la misma vivienda?
 Marque V ____V en la col Cor

7. Actividad Sexual
 * (1) A qué edad tuvo su primer novio?
 * (2) A qué edad tuvo su primera menstruación?
 * (3) A qué edad tuvo su primera relación sexual?
 * Si la edad a la primera relación sexual coincide con la edad a la primera unión: → Pase a 8. Fecundidad
 * Podría decirme todos los periodos en los que tuvo pareja sexual sin convivir? (antes de casarse para aquellas con historia de unión, o toda la vida para las solteras)

V. LA FAMILIA Y LOS AMIGOS

<p>1. Sus padres nacieron en:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Padre</th> <th>Madre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>el campo ?</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>un pueblo?</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>una ciudad?</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>fuera del país?</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>no sabe?</td><td>9</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		Padre	Madre	el campo ?	1	1	un pueblo?	2	2	una ciudad?	3	3	fuera del país?	4	4	no sabe?	9	9	<p>13. ¿Quién la golpeó?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>Su papá</td><td>1</td></tr> <tr><td>Otra pareja que no fuera su papá</td><td>2</td></tr> <tr><td>Alguno de sus hermanos</td><td>3</td></tr> <tr><td>Otro, ¿quién? _____</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Su papá	1	Otra pareja que no fuera su papá	2	Alguno de sus hermanos	3	Otro, ¿quién? _____	4
	Padre	Madre																									
el campo ?	1	1																									
un pueblo?	2	2																									
una ciudad?	3	3																									
fuera del país?	4	4																									
no sabe?	9	9																									
Su papá	1																										
Otra pareja que no fuera su papá	2																										
Alguno de sus hermanos	3																										
Otro, ¿quién? _____	4																										
<p>2. Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por sus padres?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Padre</th> <th>Madre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Ninguno</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>Primaria incompleta</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>Primaria completa</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>Secundaria incompleta</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>Secundaria completa</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>Universitaria</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>no sabe</td><td>9</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		Padre	Madre	Ninguno	1	1	Primaria incompleta	2	2	Primaria completa	3	3	Secundaria incompleta	4	4	Secundaria completa	5	5	Universitaria	6	6	no sabe	9	9	<p>14. ¿Alguna vez en su vida Ud ha sido agredida físicamente, por sus padres, novio (cónyuge)?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 16</p> <p>15. ¿En el último año cuántas veces ocurrió eso?</p> <p>Total veces <input type="text"/></p>		
	Padre	Madre																									
Ninguno	1	1																									
Primaria incompleta	2	2																									
Primaria completa	3	3																									
Secundaria incompleta	4	4																									
Secundaria completa	5	5																									
Universitaria	6	6																									
no sabe	9	9																									
<p>3. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido su mamá, incluyendo Ud. ? <input type="text"/> Hijos</p>	<p>16. Alguna vez en la vida ha sido forzada a tener relaciones sexuales ?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 19</p>																										
<p>4. Qué edad tenía su mamá cuando tuvo su primer hijo? <input type="text"/> años</p> <p>(si no sabe, pregunte por la edad del hermano(a) mayor y calcule)</p>	<p>17. ¿Cuántas veces ha ocurrido eso?</p> <p>Total veces <input type="text"/></p>																										
<p>5. Alguna de sus hermanas u otras mujeres parientes cercanas de su familia, ha tenido hijos antes de cumplir los 15 años?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 7</p>	<p>18. Quien la forzó a tener relaciones sexuales la primera vez?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>Papá</td><td>1</td><td>Profesor</td><td>4</td></tr> <tr><td>Pariente cercano</td><td>2</td><td>Persona conocida</td><td>5</td></tr> <tr><td>Padrastro</td><td>3</td><td>Persona desconocida</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	Papá	1	Profesor	4	Pariente cercano	2	Persona conocida	5	Padrastro	3	Persona desconocida	6														
Papá	1	Profesor	4																								
Pariente cercano	2	Persona conocida	5																								
Padrastro	3	Persona desconocida	6																								
<p>6. Cuántas tuvieron hijos antes de los 15 años? <input type="text"/> personas</p>	<p>19. Alguna vez ha sido obligada a participar en una situación de carácter sexual sin su consentimiento (abuso sexual)? Por ejemplo: acariciar o ser acariciada sin desearlo.</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 22</p>																										
<p>7. ¿Por lo general Ud informa a sus padres dónde está cada vez que sale de la casa?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>20. ¿Cuántas veces ha ocurrido eso?</p> <p>Total veces <input type="text"/></p>																										
<p>8. ¿Y saben con quien está cuando Ud sale de la casa?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>21. Quien hizo eso la primera vez?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>Papá</td><td>1</td><td>Profesor</td><td>4</td></tr> <tr><td>Pariente cercano</td><td>2</td><td>Persona conocida</td><td>5</td></tr> <tr><td>Padrastro</td><td>3</td><td>Persona desconocida</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	Papá	1	Profesor	4	Pariente cercano	2	Persona conocida	5	Padrastro	3	Persona desconocida	6														
Papá	1	Profesor	4																								
Pariente cercano	2	Persona conocida	5																								
Padrastro	3	Persona desconocida	6																								
<p>9. ¿Podría decirnos si tiene horarios de salida y de entrada a la casa?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>22. Cuántos amigos y amigas tiene?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td>Hombres</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>Mujeres</td></tr> </tbody> </table>	<input type="text"/>	Hombres	<input type="text"/>	Mujeres																						
<input type="text"/>	Hombres																										
<input type="text"/>	Mujeres																										
<p>10. ¿Se entiende bien con su mamá?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>Siempre</td><td>1</td></tr> <tr><td>La mayoría de veces</td><td>2</td></tr> <tr><td>Algunas veces</td><td>3</td></tr> <tr><td>Nunca</td><td>4</td></tr> <tr><td>N.a. (mamá murió)</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>	Siempre	1	La mayoría de veces	2	Algunas veces	3	Nunca	4	N.a. (mamá murió)	9	<p>23. ¿Qué tanto conocen en su familia a sus amigos?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>Los conocen bien a todos</td><td>1</td></tr> <tr><td>Conocen bien a algunos</td><td>2</td></tr> <tr><td>Conocen un poco a algunos</td><td>3</td></tr> <tr><td>No conocen casi a ninguno</td><td>4</td></tr> <tr><td>No los conocen</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	Los conocen bien a todos	1	Conocen bien a algunos	2	Conocen un poco a algunos	3	No conocen casi a ninguno	4	No los conocen	5						
Siempre	1																										
La mayoría de veces	2																										
Algunas veces	3																										
Nunca	4																										
N.a. (mamá murió)	9																										
Los conocen bien a todos	1																										
Conocen bien a algunos	2																										
Conocen un poco a algunos	3																										
No conocen casi a ninguno	4																										
No los conocen	5																										
<p>11. ¿Se entiende bien con su papá?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>Siempre</td><td>1</td></tr> <tr><td>La mayoría de veces</td><td>2</td></tr> <tr><td>Algunas veces</td><td>3</td></tr> <tr><td>Nunca</td><td>4</td></tr> <tr><td>N.a. (papá murió)</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>	Siempre	1	La mayoría de veces	2	Algunas veces	3	Nunca	4	N.a. (papá murió)	9	<p>24. En dónde pasa la mayor parte del tiempo libre?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>En la casa</td><td>1</td></tr> <tr><td>En la casa de los amigos</td><td>2</td></tr> <tr><td>En canchas o instalaciones deportivas</td><td>3</td></tr> <tr><td>En mercados o centros comerciales</td><td>4</td></tr> <tr><td>En sitios de video juegos</td><td>5</td></tr> <tr><td>En la calle</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	En la casa	1	En la casa de los amigos	2	En canchas o instalaciones deportivas	3	En mercados o centros comerciales	4	En sitios de video juegos	5	En la calle	6				
Siempre	1																										
La mayoría de veces	2																										
Algunas veces	3																										
Nunca	4																										
N.a. (papá murió)	9																										
En la casa	1																										
En la casa de los amigos	2																										
En canchas o instalaciones deportivas	3																										
En mercados o centros comerciales	4																										
En sitios de video juegos	5																										
En la calle	6																										
<p>12. ¿Recuerda que su mamá haya sido golpeada alguna vez por alguien de la familia?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.a. <input type="checkbox"/> 9 → Pase a 14</p>																											

VI. EDUCACION SEXUAL

<p>25. A qué edad recuerda haber recibido por primera vez información sobre los sistemas reproductivos del hombre y la mujer?</p> <p>_____ años</p> <p>No ha recibido 98 → Pase a 27</p>	<p>32. Cómo obtuvo esa información por primera vez?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>De su mamá / papá</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>De sus hermanas(os)</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>De otro pariente cercano</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>De sus amigos</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>De su pareja</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>De sus profesores</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual del colegio</td><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual del Centro Salud</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual de la Parroquia</td><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>De la televisión</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>De libros o revistas</td><td>11</td><td></td></tr> </tbody> </table>	De su mamá / papá	1		De sus hermanas(os)	2		De otro pariente cercano	3		De sus amigos	4		De su pareja	5		De sus profesores	6		Del curso de educación sexual del colegio	7		Del curso de educación sexual del Centro Salud	8		Del curso de educación sexual de la Parroquia	9		De la televisión	10		De libros o revistas	11													
De su mamá / papá	1																																													
De sus hermanas(os)	2																																													
De otro pariente cercano	3																																													
De sus amigos	4																																													
De su pareja	5																																													
De sus profesores	6																																													
Del curso de educación sexual del colegio	7																																													
Del curso de educación sexual del Centro Salud	8																																													
Del curso de educación sexual de la Parroquia	9																																													
De la televisión	10																																													
De libros o revistas	11																																													
<p>26. Cómo obtuvo esa información por primera vez?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>De su mamá / papá</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>De sus hermanas(os)</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>De otro pariente cercano</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>De sus amigos</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>De su pareja</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>De sus profesores</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual del colegio</td><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual del Centro Salud</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual de la Parroquia</td><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>De la televisión</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>De libros o revistas</td><td>11</td><td></td></tr> </tbody> </table>	De su mamá / papá	1		De sus hermanas(os)	2		De otro pariente cercano	3		De sus amigos	4		De su pareja	5		De sus profesores	6		Del curso de educación sexual del colegio	7		Del curso de educación sexual del Centro Salud	8		Del curso de educación sexual de la Parroquia	9		De la televisión	10		De libros o revistas	11		<p>33. A qué edad recuerda haber recibido por primera vez información sobre el aborto?</p> <p>_____ años</p> <p>No ha recibido 98 → Pase a 35</p>												
De su mamá / papá	1																																													
De sus hermanas(os)	2																																													
De otro pariente cercano	3																																													
De sus amigos	4																																													
De su pareja	5																																													
De sus profesores	6																																													
Del curso de educación sexual del colegio	7																																													
Del curso de educación sexual del Centro Salud	8																																													
Del curso de educación sexual de la Parroquia	9																																													
De la televisión	10																																													
De libros o revistas	11																																													
<p>27. A qué edad recuerda haber recibido por primera vez información sobre cómo se hacen y nacen los bebés?</p> <p>_____ años</p> <p>No ha recibido 98 → Pase a 29</p>	<p>34. Cómo obtuvo esa información por primera vez?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>De su mamá / papá</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>De sus hermanas(os)</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>De otro pariente cercano</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>De sus amigos</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>De su pareja</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>De sus profesores</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual del colegio</td><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual del Centro Salud</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual de la Parroquia</td><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>De la televisión</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>De libros o revistas</td><td>11</td><td></td></tr> </tbody> </table>	De su mamá / papá	1		De sus hermanas(os)	2		De otro pariente cercano	3		De sus amigos	4		De su pareja	5		De sus profesores	6		Del curso de educación sexual del colegio	7		Del curso de educación sexual del Centro Salud	8		Del curso de educación sexual de la Parroquia	9		De la televisión	10		De libros o revistas	11													
De su mamá / papá	1																																													
De sus hermanas(os)	2																																													
De otro pariente cercano	3																																													
De sus amigos	4																																													
De su pareja	5																																													
De sus profesores	6																																													
Del curso de educación sexual del colegio	7																																													
Del curso de educación sexual del Centro Salud	8																																													
Del curso de educación sexual de la Parroquia	9																																													
De la televisión	10																																													
De libros o revistas	11																																													
<p>28. Cómo obtuvo esa información por primera vez?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>De su mamá / papá</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>De sus hermanas(os)</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>De otro pariente cercano</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>De sus amigos</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>De su pareja</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>De sus profesores</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual del colegio</td><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual del Centro Salud</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual de la Parroquia</td><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>De la televisión</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>De libros o revistas</td><td>11</td><td></td></tr> </tbody> </table>	De su mamá / papá	1		De sus hermanas(os)	2		De otro pariente cercano	3		De sus amigos	4		De su pareja	5		De sus profesores	6		Del curso de educación sexual del colegio	7		Del curso de educación sexual del Centro Salud	8		Del curso de educación sexual de la Parroquia	9		De la televisión	10		De libros o revistas	11		<p>35. En algunos colegios tienen charlas o clases sobre pubertad, sexualidad, sistemas reproductivos, y sobre las relaciones de parejas. En su colegio, Ud ha recibido (recibió) esas charlas o clases?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>Si</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Nunca asistió al colegio</td><td>3</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>} Pase a Cap. VII</p>	Si	1		No	2		Nunca asistió al colegio	3				
De su mamá / papá	1																																													
De sus hermanas(os)	2																																													
De otro pariente cercano	3																																													
De sus amigos	4																																													
De su pareja	5																																													
De sus profesores	6																																													
Del curso de educación sexual del colegio	7																																													
Del curso de educación sexual del Centro Salud	8																																													
Del curso de educación sexual de la Parroquia	9																																													
De la televisión	10																																													
De libros o revistas	11																																													
Si	1																																													
No	2																																													
Nunca asistió al colegio	3																																													
<p>29. A qué edad recuerda haber recibido por primera vez información sobre las relaciones sexuales?</p> <p>_____ años</p> <p>No ha recibido 98 → Pase a 31</p>	<p>36. Qué tan frecuentes han sido (fueron) esas charlas o clases?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>Una vez al año</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>Dos veces al año</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Una vez al mes</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>Una vez a la semana</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>Varias veces a la semana</td><td>5</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Una vez al año	1		Dos veces al año	2		Una vez al mes	3		Una vez a la semana	4		Varias veces a la semana	5																															
Una vez al año	1																																													
Dos veces al año	2																																													
Una vez al mes	3																																													
Una vez a la semana	4																																													
Varias veces a la semana	5																																													
<p>30. Cómo obtuvo esa información por primera vez?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>De su mamá / papá</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>De sus hermanas(os)</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>De otro pariente cercano</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>De sus amigos</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>De su pareja</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>De sus profesores</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual del colegio</td><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual del Centro Salud</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>Del curso de educación sexual de la Parroquia</td><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>De la televisión</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>De libros o revistas</td><td>11</td><td></td></tr> </tbody> </table>	De su mamá / papá	1		De sus hermanas(os)	2		De otro pariente cercano	3		De sus amigos	4		De su pareja	5		De sus profesores	6		Del curso de educación sexual del colegio	7		Del curso de educación sexual del Centro Salud	8		Del curso de educación sexual de la Parroquia	9		De la televisión	10		De libros o revistas	11		<p>37. Qué tan satisfecha se siente con esas charlas o clases?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>Muy satisfecha</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>Medianamente satisfecha</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Ni satisfecha, ni insatisfecha</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>Insatisfecha</td><td>4</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Muy satisfecha	1		Medianamente satisfecha	2		Ni satisfecha, ni insatisfecha	3		Insatisfecha	4	
De su mamá / papá	1																																													
De sus hermanas(os)	2																																													
De otro pariente cercano	3																																													
De sus amigos	4																																													
De su pareja	5																																													
De sus profesores	6																																													
Del curso de educación sexual del colegio	7																																													
Del curso de educación sexual del Centro Salud	8																																													
Del curso de educación sexual de la Parroquia	9																																													
De la televisión	10																																													
De libros o revistas	11																																													
Muy satisfecha	1																																													
Medianamente satisfecha	2																																													
Ni satisfecha, ni insatisfecha	3																																													
Insatisfecha	4																																													
<p>31. A qué edad recuerda haber recibido por primera vez información sobre el uso de métodos de planificación familiar?</p> <p>_____ años</p> <p>No ha recibido 98 → Pase a 33</p>	<p>38. Ud piensa que debería haber más de esas charlas o clases en el colegio?</p> <p>Más 1 Menos 2 Igual 3</p>																																													

VII. RELACIONES DE PAREJA Y ACTIVIDAD SEXUAL

De acuerdo con la MATRIZ de H.V.: Si nunca ha tenido relaciones sexuales → Pase a 54 Si ha iniciado relaciones sexuales → Siga		47. Dónde obtuvo ese método?																																									
39. Qué relación tenía con la persona con quien tuvo relaciones sexuales por primera vez?		Pareja <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> Padres <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> Farmacia, droguería <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> Puesto/Centro de salud <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table> Servicio especializado para jóvenes <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table> Médico privado <table border="1"><tr><td>6</td><td></td></tr></table> Amigo <table border="1"><tr><td>7</td><td></td></tr></table> Otro, cuál _____ <table border="1"><tr><td>8</td><td></td></tr></table>		1		2		3		4		5		6		7		8																									
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
6																																											
7																																											
8																																											
Ninguna <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> Era un conocido <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> Era un amigo <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> Era su novio <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table> Era un familiar <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table> Otro, cuál? _____ <table border="1"><tr><td>6</td><td></td></tr></table>		1		2		3		4		5		6		48. Por qué no utilizaron algún método?																													
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
6																																											
40. Cuánto tiempo tenía de conocer a la persona con quien tuvo relaciones sexuales por primera vez?		No sabían dónde conseguirlos <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> Les daba pena comprarlos <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> No conocían de métodos <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> Fue algo inesperado / imprevisto <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table> Muy caro, costoso <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table> No querían usar <table border="1"><tr><td>6</td><td></td></tr></table> No creían que fuera necesario <table border="1"><tr><td>7</td><td></td></tr></table> La pareja no quería usar método <table border="1"><tr><td>8</td><td></td></tr></table> Otro, cuál _____ <table border="1"><tr><td>9</td><td></td></tr></table>		1		2		3		4		5		6		7		8		9																							
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
6																																											
7																																											
8																																											
9																																											
41. Cree que esa relación fue también la primera vez para su pareja?		49. En el último mes, que tan frecuentemente ha tenido relaciones sexuales?																																									
Totalmente segura que SI era la primera vez <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> Cree que SI era la primera vez <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> Cree que NO era la primera vez <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> Totalmente segura que NO era la primera vez <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table>		1		2		3		4		No ha tenido <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> → Pase a 54 Una vez <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> Dos o tres veces <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> Al menos una vez por semana <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table> Varias veces a la semana <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table>		1		2		3		4		5																							
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
42. Que tanto querían los dos tener relaciones sexuales esa primera vez?		50. En sus relaciones sexuales, con qué frecuencia Ud y su pareja han utilizado métodos de planificación familiar?																																									
Ambos querían <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> Ud. Quería más <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> Su pareja quería más <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> Ud. No quería <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table> Ninguno de los dos quería, se dejaron llevar <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table>		1		2		3		4		5		Nunca <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> } Continúe Casi nunca <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> } Algunas veces <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> } Pase a 52 Casi siempre <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table> } Siempre <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table> }		1		2		3		4		5																					
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
43. Con esa persona con quien tuvo relaciones sexuales por primera vez, habló sobre métodos de planificación familiar?		51. Por qué no han utilizado métodos?																																									
Si <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> No <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> → Pase a 45		1		2		No les gusta, no quieren <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> } P No saben dónde conseguirlos <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> } A Les da pena comprarlos <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> } S No los conocen <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table> } E La pareja no quiere <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table> } Muy caros, costosos <table border="1"><tr><td>6</td><td></td></tr></table> } A Otra razón: Cuál _____ <table border="1"><tr><td>7</td><td></td></tr></table> } 54		1		2		3		4		5		6		7																							
1																																											
2																																											
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
6																																											
7																																											
44. Hablaron antes o después de la primera relación?		52. Cuál método han utilizado?																																									
Antes <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> Después <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table>		1		2		Píldora <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> DIU <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> Inyección <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> Condón <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table> Método de emergencia <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table> Vaginales <table border="1"><tr><td>6</td><td></td></tr></table> Esterilización <table border="1"><tr><td>7</td><td></td></tr></table> Norplant <table border="1"><tr><td>8</td><td></td></tr></table> Método natural: retiro, ritmo <table border="1"><tr><td>8</td><td></td></tr></table> Otros folclóricos <table border="1"><tr><td>9</td><td></td></tr></table> } Pase a 54 		1		2		3		4		5		6		7		8		8		9																	
1																																											
2																																											
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
6																																											
7																																											
8																																											
8																																											
9																																											
45. En esa primera relación sexual, utilizaron algún método de planificación familiar?		52. Cuál método han utilizado?																																									
Si <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> No <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> → Pase a 48		1		2		Píldora <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> DIU <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> Inyección <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> Condón <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table> Método de emergencia <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table> Vaginales <table border="1"><tr><td>6</td><td></td></tr></table> Esterilización <table border="1"><tr><td>7</td><td></td></tr></table> Norplant <table border="1"><tr><td>8</td><td></td></tr></table> Método natural: retiro, ritmo <table border="1"><tr><td>8</td><td></td></tr></table> Otros folclóricos <table border="1"><tr><td>9</td><td></td></tr></table> } Pase a 54 		1		2		3		4		5		6		7		8		8		9																	
1																																											
2																																											
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
6																																											
7																																											
8																																											
8																																											
9																																											
46. Cuál método de planificación familiar utilizaron?		52. Cuál método han utilizado?																																									
Píldora <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> DIU <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> Inyección <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> Condón <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table> Método de emergencia <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table> Vaginales <table border="1"><tr><td>6</td><td></td></tr></table> Esterilización <table border="1"><tr><td>7</td><td></td></tr></table> Norplant <table border="1"><tr><td>8</td><td></td></tr></table> Método natural: retiro, ritmo <table border="1"><tr><td>9</td><td></td></tr></table> } Pase a 49 Otros folclóricos <table border="1"><tr><td>10</td><td></td></tr></table> }		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Píldora <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr></table> DIU <table border="1"><tr><td>2</td><td></td></tr></table> Inyección <table border="1"><tr><td>3</td><td></td></tr></table> Condón <table border="1"><tr><td>4</td><td></td></tr></table> Método de emergencia <table border="1"><tr><td>5</td><td></td></tr></table> Vaginales <table border="1"><tr><td>6</td><td></td></tr></table> Esterilización <table border="1"><tr><td>7</td><td></td></tr></table> Norplant <table border="1"><tr><td>8</td><td></td></tr></table> Método natural: retiro, ritmo <table border="1"><tr><td>8</td><td></td></tr></table> Otros folclóricos <table border="1"><tr><td>9</td><td></td></tr></table> } Pase a 54 		1		2		3		4		5		6		7		8		8		9	
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
6																																											
7																																											
8																																											
9																																											
10																																											
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
6																																											
7																																											
8																																											
8																																											
9																																											

ANEXO 2: LA ENTREVISTA CUALITATIVA

Guía de Entrevista

Para obtener la información cualitativa de este estudio se diseñó una guía de entrevista adaptada para hombres y para mujeres (ver Guía adjunta). Las preguntas se definieron con el propósito de profundizar en algunos aspectos de la encuesta cuantitativa de historia de vida. Se pretendió conocer, a través de los relatos y narraciones de los y las adolescentes, el proceso de desarrollo de su sexualidad a partir de la reconstrucción de eventos en su historia de vida como el inicio de la menstruación, el primer novio/a, el inicio de la actividad sexual, la unión o matrimonio y el embarazo. Se hizo un énfasis especial en rastrear tanto el proceso de toma de decisiones, como el significado que los y las adolescentes construyen alrededor de estos eventos vitales. Igualmente, se indagó por aspectos que se cree guardan una relación estrecha con la vida sexual de los jóvenes como lo son la identidad de género, el proyecto de vida y la educación sexual.

La guía de entrevista fue sometida a una prueba piloto con el fin de verificar que el lenguaje utilizado se ajustara a la población del estudio, y que las preguntas favorecieran una conversación fluida y espontánea en torno a las temáticas de la investigación. En total se realizaron seis entrevistas piloto, tres con mujeres y tres con hombres. Los resultados de las entrevistas piloto permitieron realizar algunos ajustes a las guías de entrevista y definir la versión definitiva de las mismas.

Conformación de la Muestra

Mujeres

El estudio cualitativo se llevó a cabo en una submuestra de mujeres seleccionadas de manera intencional de la muestra total de mujeres a las que previamente se les había realizado la encuesta cuantitativa de historia de vida en Bogotá y en Cali. Se buscó que la muestra estuviera conformada por mujeres de todos los estratos y que éstas presentaran diferentes niveles de actividad sexual (sin actividad sexual, con actividad sexual, embarazadas o con hijos). En total se realizaron 48 entrevistas: 24 entrevistas a mujeres en Bogotá, 24 entrevistas a mujeres en Cali. En el Cuadro 1 se presentan las características de la muestra.

Cuadro 1
Muestra de Hombres y Mujeres del Estudio Cualitativo

	Niveles de actividad sexual	Sin actividad sexual	Con actividad sexual Sin embarazo	Embarazadas o madres	Estrato
MUJERES	BOGOTA	2	2	4	B
		3	3	2	M
		4	3	1	A
	TOTAL	9	8	7	24
MUJERES	CALI	3	2	4	B
		2	3	2	M
		3	5	0	A
	TOTAL	8	10	6	24
HOMBRES	BOGOTA	3	1	2	B
		0	1	2	M
		1	2	0	A
	TOTAL	4	4	4	12
HOMBRES	CALI	0	0	5	B
		1	4	1	M
		0	1	0	A
	TOTAL	1	5	6	12

Hombres

Se entrevistaron 12 hombres en Bogotá y 12 hombres en Cali. El contacto se realizó a través de las adolescentes que participaron en las entrevistas y que aceptaron proporcionar la información de sus parejas para ser entrevistados.

Información detallada sobre el **Trabajo de campo, Establecimiento de Contacto con los/las Jóvenes, Realización de la Entrevista**, se encuentra disponible en documento Informe No. 2: METODOLOGIA DEL SISTEMA DE ENCUESTA.

GUÍA PARA LA ENTREVISTA CUALITATIVA PROYECTO FECUNDIDAD ADOLESCENTE – MUJERES

1. IDENTIDAD DE GÉNERO

Significados

¿Qué significa ser mujer para ti? ¿Dónde aprendiste ese significado? ¿Cuál es el trato que se le da a la mujer en tu familia, en tu colegio, en tu ciudad? ¿Qué esperan de las mujeres en estos contextos? ¿Cómo te sientes siendo mujer? ¿Qué ventajas y desventajas tiene ser mujer? ¿Qué es lo mejor y lo peor de ser mujer?

2. EVENTOS VITALES

a. Menstruación

Descripción del evento

Háblame sobre el momento en el que te vino la menstruación:

¿Qué edad tenías cuando te vino la menstruación por primera vez?

¿Qué información tenías sobre este cambio físico que experimentan todas las mujeres?

¿Dónde la habías obtenido?

¿A qué personas les contaste?

¿Quién te orientó sobre los cuidados que debías tener?

¿Cómo reaccionó tu familia?

¿Te empezaron a tratar diferente a raíz de este hecho? ¿y tus amigos?

Toma de decisiones

¿Tomaste alguna decisión en relación con el cuidado de tu cuerpo a raíz de que te viniera la menstruación?

¿Cambiaste algunos de tus hábitos y comportamientos cuando esto ocurrió?

Significados

¿Qué pensaste y sentiste sobre este hecho?

¿Te empezaste a ver a ti misma de una manera diferente?

¿Cómo cambió la manera de verte a ti misma?

b. Primer novio

Descripción del evento

Has tenido novio alguna vez? (*en caso de no haber tenido novio se pregunta el motivo y se exploran los significados asociados a este evento*)

Háblame sobre cómo fue tu primer noviazgo:

¿Con quién fue? Cómo lo conociste?

¿Cuánto tiempo transcurrió desde que lo conociste hasta que te “cuadraste” con él? ¿Cómo se cuadraron? ¿Qué actividades realizabas con él?

¿Las realizaban solos o acompañados? ¿Cada cuánto se veían?

¿A quién le contaste sobre tu relación? ¿Cómo reaccionó tu familia?

- ¿Cómo reaccionaron tus amigos? ¿Cuánto duró la relación?
- ¿Por qué terminó? ¿Cómo te sentiste cuando terminó la relación?
- ¿Con quién hablaste acerca de lo que sentías?

Toma de decisiones

- ¿Antes de “cuadrarte”, pensaste en si lo hacías o no?
- ¿Qué razones tuviste para decidirte a tener un novio?
- ¿Quién tomo la decisión de terminar la relación? Cuales fueron las razones?

Significados

- ¿Qué era para ti en ese momento tener novio? ¿En ese momento qué pensaban los integrantes de tu familia del noviazgo a tu edad? ¿Qué pensaban tus amigas y amigos?

c. Otros noviazgos

Descripción del evento

- ¿Has tenido otros novios?
- Después de que terminaste tu primera relación ¿cuánto tiempo transcurrió hasta que volviste a tener novio?
- ¿Cuántos novios has tenido? Háblame de ellos.
- ¿Qué diferencias percibes entre la primera relación y las siguientes?

Toma de decisiones

- ¿Cuáles son las razones que más han pesado para iniciar relaciones de noviazgo? ¿Cuáles las que más han pesado para terminarlas?

Significados

- ¿Qué es para tí tener novio ahora? ¿Qué esperas tú de un novio?
- ¿En qué se diferencia de un amigo?
- ¿Cómo es para ti una buena relación de noviazgo?
- Para ti, ¿qué es lo mejor de tener un novio? ¿Qué es lo peor?
- ¿Qué es para ti estar enamorada? ¿Qué significa para ti el amor?

d. Inicio de la actividad sexual

Descripción del evento

- ¿Con cuáles de estos novios te has dado besos, caricias o te has tomado de la mano?
- (en caso de no haber tenido ningún contacto sexual se pregunta el motivo y se exploran los significados asociados a este evento, a la primera unión y al primer embarazo)
- ¿Cómo fue el proceso que viviste con esa (s) persona (s) en cuanto a la actividad sexual? Por ejemplo, qué hicieron primero (cogerse la mano, besarse, acariciarse, etc) ¿cómo fueron progresando los contactos? ¿Cuánto tiempo pasó entre uno y otro? ¿Dónde ocurría? ¿Cada cuánto?
- ¿Con alguno de ellos has tenido relaciones sexuales penetrativas (te has acostado)?

Háblame de cómo fue esta primera relación sexual:

¿Hacia cuánto conocías a esta persona?

¿Qué proceso habías vivido con él en cuanto a la actividad sexual?

¿Cómo supiste que ya había llegado el momento de tener relaciones sexuales?

¿Dónde ocurrió? ¿En qué situación se encontraban?

¿Quién tuvo la iniciativa? ¿Qué tanto querían ambos tenerla?

¿Cómo te sentiste? ¿Esa fue la primera vez para tu pareja?

¿Utilizaron algún método anticonceptivo?

¿Qué pensaste y sentiste después de haber tenido esta primera relación sexual penetrativa? ¿A quien le contaste?

Con esta persona, ¿tuviste más relaciones sexuales penetrativas?

¿Recuerdas cuántas? ¿Cada cuánto las tenías?

¿Hablaron con alguien para obtener información al respecto? ¿Con quién?

Toma de decisiones

¿Antes de tener estas actividades, lo pensaste? ¿Tuviste preocupaciones sobre ellas? ¿Hasta dónde habías (o has) decidido llegar en una relación de noviazgo en cuanto a la actividad sexual?

¿Cuando tuviste esta primera relación sexual penetrativa, lo habías planeado antes o fue algo espontáneo e inesperado?

¿Habías pensado en usar algún método de planificación?

¿Qué razones tuviste para decirte a tenerla?

En el momento de tener la primera relación, ¿conversaste con tu pareja sobre esto? ¿Cómo tomaron la decisión de tener relaciones sexuales y de usar o no algún método? ¿Quién tomó la decisión de utilizar un método anticonceptivo? ¿Cuál utilizaron? ¿Por qué? ¿En dónde lo obtuvieron? ¿Quién lo compró? (en caso de que no hubieran utilizado ningún método anticonceptivo, se explora por qué)

Significados

¿Cuáles de estas actividades de las que hemos hablado consideras que son actividades sexuales?

¿Qué piensas y sientes sobre la actividad sexual en general? ¿Qué piensan los integrantes de tu familia? ¿Qué piensan tus amigas y amigos?

¿Crees que algo cambió en tí desde que iniciaste tu actividad sexual?

¿Qué piensas sobre las relaciones sexuales prematrimoniales?

¿Qué piensan los integrantes de tu familia? ¿Qué piensan tus amigas y amigos?

¿A qué edad crees que es conveniente iniciar las relaciones sexuales? ¿Por qué?

¿Qué opinas sobre el uso de métodos anticonceptivos?

¿Por qué crees que los adolescentes no los usan? ¿Crees que los deben usar?

¿Por qué?

e. Evolución de la actividad sexual

Descripción del evento

¿Cómo ha sido tu actividad sexual después de la primera vez que tuviste relaciones sexuales penetrativas? ¿Con quién la has tenido?
Háblame de cómo fue tu actividad sexual con los novios que has tenido: proceso, lugar, frecuencia, uso de métodos de planificación familiar, etc.

Toma de decisiones

En las siguientes relaciones, si las hubo, utilizaron algún método?

¿Cómo tomaron la decisión y por qué la tomaron? ¿Qué método usaron?

¿Lo usaron siempre o lo suspendieron a veces? ¿Por qué?

f. Primera unión o matrimonio

Descripción del evento

¿Cuánto tiempo duraste de novia antes de unirte o casarte?

¿Quién tuvo la iniciativa o quién propuso que se unieran o casaran?

¿Cuánto tiempo duraron planeando la unión o el matrimonio?

¿Cuánto tiempo llevan viviendo juntos?

¿Qué ha sido lo más satisfactorio de vivir en pareja? ¿Lo más difícil? ¿Lo más aburridor?

Toma de decisiones

¿Qué tanto lo pensaste?

¿Cuáles fueron las razones que más pesaron en la decisión de unirte o casarte?

¿Qué aspectos te hacían dudar?

¿Cuáles fueron las razones que te llevaron a optar por unión libre o consensual, matrimonio civil, matrimonio religioso?

¿Qué proyectos o planes se fijaron como pareja?

¿Qué lugar ocupan los hijos en este proyecto? ¿Cuántos hijos han planeado tener?

¿Por qué? ¿Qué método de planificación familiar están utilizando? ¿Por qué?

Significados

¿Qué piensas y sientes sobre la unión estable (o el matrimonio) entre un hombre y una mujer? ¿Qué cosas se ganan con la unión marital o el matrimonio?

¿Qué cosas se pierden? ¿Qué significado tiene para ti la familia?

¿Qué es lo más importante en una familia? ¿Qué es lo más difícil?

g. Primer embarazo

(En caso de no estar, ni haber estado embarazada se pregunta sobre lo que haría en el caso de estarlo y se exploran los significados asociados a este evento)

Descripción del evento

¿Cómo te diste cuenta de que estabas embarazada? ¿Cómo te sentiste?

¿A qué persona le contaste? ¿Cómo reaccionó tu pareja?

¿Cómo reaccionó tu familia? ¿Cómo reaccionaron tus amigos?

¿Qué cuidados tuviste con tu embarazo? ¿En qué aspectos cambió tu vida?

Toma de decisiones

¿Habías planeado quedar embarazada?

¿Conversaste con tu pareja sobre un posible o futuro embarazo? ¿Lo planeaste con él?

Cuando confirmaste tu embarazo, ¿pensaste alguna vez en interrumpirlo?

¿Conversaste con tu pareja sobre este tema? ¿Qué razones tuviste para tener tu hijo? (o para abortar?) ¿Cómo viviste el proceso de tomar la decisión?

Significados

¿Qué piensas sobre el embarazo en adolescentes o jóvenes como tú?

¿Qué piensan los integrantes de tu familia? ¿Qué ideas tienen tus amigas y amigos?

¿Qué significa para ti la maternidad o el hecho de ser madre?

¿Qué piensas sobre la interrupción del embarazo?

3. EXPERIENCIAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

Descripción del evento

¿Qué edad tenías cuando te enteraste de cómo se hacen y nacen los bebés?

¿Cómo te enteraste?

¿Cómo obtuviste la primera información sobre las relaciones sexuales?

En tu familia, ¿con quién hablas sobre temas relacionados con la sexualidad?

¿Qué piensan en tu familia sobre estos temas?

¿Has participado en cursos o programas de educación sexual?

¿En dónde? ¿Cómo han sido estos cursos? ¿Qué duración han tenido?

¿Qué temas se han tratado?

¿Sabes que diferencia hay entre sexo, relaciones sexuales, actividad sexual y sexualidad?

¿Cómo se abordan estos temas en tu grupo de amigos, en tu barrio, en tu ciudad? ¿Cuáles son tus principales fuentes de información al respecto?

Toma de decisiones

A raíz de la educación sexual que recibiste en tu casa o en otras partes, ¿tomaste alguna decisión sobre la manera como ibas a vivir tu sexualidad?

¿Qué decisiones tomaste?

¿Hiciste algún cambio en tu comportamiento a partir de la educación sexual que recibiste?

¿Has buscado información y orientación sobre temas relacionados con la sexualidad?

¿En dónde?

Significados

¿Qué piensas tú sobre la educación sexual que recibiste en tu familia?

¿Cuál es tu opinión sobre los cursos o programas de educación sexual que has recibido en el colegio o en otros lugares?

¿Crees que es importante que jóvenes como tú reciban educación sexual?

¿Cómo crees que debe ser la educación sexual que reciben los adolescentes y jóvenes como tú?

¿Qué importancia tienen los temas de sexo, relaciones sexuales, actividad sexual y sexualidad para las mujeres? ¿Para los hombres? ¿Para los adolescentes? ¿Para los adultos?

¿Por qué crees que actualmente se habla tanto de estos temas?

4. PLANES A FUTURO

¿Estás satisfecha con lo que haces actualmente? ¿Qué preferirías estar haciendo?

¿Qué quieres hacer cuando seas adulta? ¿Cómo te imaginas tu vida cuando tengas 30 años? ¿Qué te gustaría estar haciendo para esa época?

¿Qué es lo que crees que a tus papás les gustaría que tu hicieras en el futuro? ¿y a tus amigas y amigos ? ¿Te gustaría satisfacer esas expectativas? ¿Por qué?

Si pudieras volver el tiempo atrás, ¿cambiarías algo en tu vida?

GUÍA PARA LA ENTREVISTA CUALITATIVA PROYECTO FECUNDIDAD ADOLESCENTE - HOMBRES

1. IDENTIDAD DE GÉNERO

A continuación vamos a hablar de lo que significa ser hombre para usted:

Significados

¿Cómo es un hombre? ¿Qué es ser hombre? ¿Cómo son los hombres de su familia, los del colegio, los de la ciudad? ¿Cómo se siente siendo hombre? ¿Qué ventajas y desventajas tiene ser hombre? ¿Qué es lo mejor y lo peor de ser hombre? ¿Qué no le gusta de ser hombre?

2. EVENTOS VITALES

a. Convertirse en hombre

Descripción del evento

Cuando estaba creciendo, ¿en qué momento se dio cuenta que ya era un hombre y que había dejado de ser un niño? ¿Qué cambios recuerda que se dieron en ese momento (a nivel físico, emocional, social)? ¿Cambio la forma cómo lo trataban los demás? ¿Cómo se sintió a raíz de esos cambios?

Toma de decisiones

¿Qué cambios realizó en su forma de actuar cuando se dio cuenta de que ya era un hombre? ¿Qué cambios hizo en la forma de tratarse con las otras personas? ¿Qué cambios hizo en la forma de relacionarse con las mujeres? ¿Qué cambios hizo en sus hábitos y en el cuidado de su cuerpo?

b. Primera relación de pareja

Descripción del evento

¿Ha tenido novia alguna vez? (*en caso de no haber tenido novia se pregunta el motivo y se exploran los significados asociados a este evento*)

Hábleme sobre cómo fue su primer noviazgo:

¿Con quién fue? ¿Cómo la conoció? ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que la conoció hasta que se “cuadró” con ella? ¿Cómo se cuadraron? ¿Qué actividades realizaba con ella? ¿Las realizaban solos o acompañados? ¿Cada cuánto se veían? ¿A quién le contó sobre su relación? ¿Cómo reaccionó su familia? ¿Cómo reaccionaron sus amigos? ¿Cuánto duró la relación? ¿Por qué terminó? ¿Cómo se sintió cuando terminó la relación? ¿Con quien habló acerca de lo que sentía?

Toma de decisiones

¿Antes de “cuadrarse”, pensó en si lo hacía o no? ¿Qué razones tuvo para decidirse a tener una novia? ¿Quién tomó la decisión de terminar la relación? ¿Cuáles fueron las razones?

Significados

¿Qué era para usted en ese momento tener novia? ¿En ese momento qué pensaban los integrantes de su familia del noviazgo a su edad? ¿Qué pensaban sus amigas y amigos?

c. Otros noviazgos

Descripción del evento

¿Ha tenido otras novias? Después de que terminó su primera relación, ¿cuánto tiempo transcurrió hasta que volvió a tener novia? ¿Cuántas novias has tenido? Hábleme de ellas. ¿Qué diferencias percibe entre la primera relación y las siguientes?

Toma de decisiones

¿Cuáles son las razones que más han pesado para iniciar sus relaciones de noviazgo? ¿Cuáles las que más han pesado para terminarlas?

Significados

¿Qué es para usted tener novia ahora? ¿Qué espera usted de una novia? ¿En qué se diferencia de una amiga? ¿Cómo es para usted una buena relación de noviazgo? Para usted, ¿qué es lo mejor de tener una novia? ¿Qué es lo peor? ¿Qué es para usted estar enamorado? ¿Qué significa para usted el amor?

d. Inicio de la actividad sexual

Ahora vamos a hablar de las relaciones sexuales:

Descripción del evento

¿Qué es para usted una relación sexual? ¿Ha tenido relaciones sexuales penetrativas? ¿Se ha acostado con alguien sin que haya ocurrido la penetración? ¿Con quiénes? ¿Cómo sucedió?

Hablemos ahora de su primera relación sexual penetrativa:

¿Qué edad tenía cada uno? ¿Hacia cuánto conocía a esta persona? ¿Cómo evolucionó el contacto físico entre ustedes: antes de tener relaciones sexuales, ya se habían besado, tocado los genitales, sexo oral o alguna otra clase de acercamientos físicos? ¿Dónde ocurrió? ¿en qué situación se encontraban? ¿Quién tuvo la iniciativa? ¿Qué tanto querían ambos tenerla? ¿Cómo se sintió? ¿Esa fue la primera vez para su pareja? ¿Utilizaron algún método de protección (para prevenir el embarazo, enfermedad de transmisión sexual)? ¿Qué pensó y sintió después de haber tenido esta primera relación sexual penetrativa? ¿A quien le contó? Con esta persona, ¿tuvo más relaciones sexuales penetrativas? ¿Recuerda cuántas? ¿Cada cuánto las tenía? ¿Hablaron con alguien para obtener información al respecto? ¿Con quién?

Toma de decisiones

¿Antes de tener relaciones sexuales había hecho planes al respecto? ¿Tuvo preocupaciones sobre ellas? Cuando tuvo esta primera relación sexual penetrativa, lo había planeado antes o fue algo espontáneo e inesperado?

¿Había pensado en usar algún método de planificación? ¿Qué razones tuvo para decirse a tenerla? En el momento de tener la primera relación, conversó con su pareja sobre esto? ¿Cómo tomaron la decisión de tener relaciones sexuales y de usar o no algún método? ¿Quién tomó la decisión de utilizar un método anticonceptivo? ¿Cuál utilizaron? ¿porqué? ¿En donde lo obtuvieron? ¿Quién lo compró? (en caso de que no hubieran utilizado ningún método anticonceptivo, se explora por qué) Si pudiera regresar el tiempo, que cambiaría de su primera relación sexual?

Significados

¿Qué cambios ocurrieron en su forma de ser, pensar, sentir o actuar después de su primera relación sexual? ¿Qué piensa y siente sobre las relaciones sexuales en general? ¿Qué piensan los integrantes de su familia? ¿Qué piensan sus amigas y amigos? ¿Qué piensas sobre las relaciones sexuales prematrimoniales? ¿Qué piensan los integrantes de su familia? ¿Qué piensan sus amigas y amigos? ¿A qué edad cree que es conveniente iniciar las relaciones sexuales? Por qué? ¿Qué opina sobre el uso de métodos anticonceptivos? ¿Por qué cree que los adolescentes no los usan? ¿Cree que los deben usar? ¿Por qué? ¿Cómo puede una persona saber que ya está lista para tener relaciones sexuales? ¿Hasta donde cree que debe llegar una pareja de novios en cuanto a las relaciones sexuales?

e. Evolución de la actividad sexual

Descripción del evento

¿Cómo ha sido su actividad sexual después de la primera vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas? ¿Con quién la has tenido? Hábleme de cómo ha sido su experiencia en estas relaciones: con quién las ha tenido, con que frecuencia, en donde, han usado métodos de protección? Actualmente, tiene relaciones sexuales? Con quién? Acostumbra a usar algún método de protección? cuál? con qué frecuencia? cómo se siente con este método? por qué?

f. Embarazo y anticoncepción

Descripción del evento

En caso de no haber dejado a una mujer en embarazo se pregunta sobre lo que haría en caso de que sucediera:

¿En el caso de que dejará a una mujer embarazada que cree que pasaría? ¿Cómo se sentiría en tal situación? ¿A quiénes les contaría? ¿Cómo cree que reaccionarían sus familiares? ¿Cómo cree que reaccionarían sus amigos? ¿Cómo cree que cambiaría su vida? ¿Qué harían? ¿Por qué?

En el caso de que halla dejado embarazada a una mujer preguntar:

¿Cómo se sintió? ¿Cómo reaccionó su pareja? ¿Qué hicieron? ¿A quiénes les contó? ¿Cómo reaccionaron sus familiares? ¿Cómo reaccionaron sus amigos?

¿Qué cambios ocurrieron en su vida? ¿Qué alternativas contemplaron para enfrentar el embarazo?

Toma de decisiones

¿Con sus parejas sexuales ha hablado sobre que haría en caso de que quedaría en embarazo? ¿Le gustaría tener un hijo en este momento de su vida? Por qué? Cuando lo considera más conveniente? Si su pareja actual quedará en embarazo, se casaría o se iría a vivir con ella? Por qué?

Significados

¿Qué piensa sobre el embarazo en adolescentes o jóvenes como usted? ¿Qué piensan los integrantes de su familia al respecto? ¿Qué ideas tienen sus amigas y amigos sobre el embarazo adolescente? ¿Qué significa para usted la paternidad o el hecho de ser padre? ¿Qué piensa sobre la interrupción del embarazo?

3. EXPERIENCIAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

Descripción del evento

¿Qué edad tenía cuando se enteró de cómo se hacen y nacen los bebés? ¿Cómo se enteró? ¿Cómo obtuvo la primera información sobre las relaciones sexuales? En su familia, con quién habla sobre temas relacionados con la sexualidad? ¿Qué piensan en su familia sobre estos temas? ¿Ha participado en cursos o programas de educación sexual? ¿En dónde? ¿Cómo han sido estos cursos? ¿Qué duración han tenido? ¿Qué temas se han tratado? ¿Sabe que diferencia hay entre sexo, relaciones sexuales, actividad sexual y sexualidad? ¿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?

Toma de decisiones

A raíz de la educación sexual que recibió en su casa o en otras partes, ¿tomó alguna decisión sobre la manera como iba a vivir su sexualidad? ¿Qué decisiones tomó? ¿Hizo algún cambio en su comportamiento a partir de la educación sexual que recibió? ¿Ha buscado información y orientación sobre temas relacionados con la sexualidad? ¿En dónde? ¿Si pudiera cambiar los programas de educación sexual, qué cambios haría?

Significados

¿Qué piensa usted sobre la educación sexual que recibió en su familia? ¿Cuál es su opinión sobre los cursos o programas de educación sexual que ha recibido en el colegio o en otros lugares? ¿Cree qué es importante que jóvenes como usted reciban educación sexual? ¿Cómo cree que debe ser la educación sexual que reciben los adolescentes y jóvenes como usted? ¿Qué importancia tienen los temas de sexo, relaciones sexuales, actividad sexual y sexualidad para las mujeres? ¿Para las mujeres? ¿Para los adolescentes? ¿Para los adultos? ¿Por qué cree que actualmente se habla tanto de estos temas?

4. PLANES A FUTURO

¿Qué tan satisfecho está con la vida que tiene? ¿Qué preferiría estar haciendo?
¿Qué quiere hacer cuando sea adulto? ¿Cómo se imagina su vida cuando tenga 30 años? ¿Qué le gustaría estar haciendo para esa época? ¿Qué es lo que cree que a sus papás les gustaría que usted hiciera en el futuro? ¿Qué le gustaría a sus amigas y amigos que usted hiciera? ¿Qué tanto le gustaría satisfacer esas expectativas? ¿Por qué?