
Adolescencia, sexualidad, fecundidad y embarazo. Una mirada en el departamento Norte de Santander y estado Táchira*

Neida Albornoz-Arias¹; Rina Mazuera-Arias²; Myriam-Teresa Carreño-Paredes³; María-Antonia Cuberos⁴; Marisela Vivas-García⁵; Miguel Ángel Morffe Peraza⁶; Andry Faisury Pabón Rodríguez⁷

- * Capítulo de libro producto de los proyectos de investigación: 1) Análisis comparativo de la Maternidad adolescente en la frontera Norte de Santander, Táchira. Fecha de inicio: enero de 2017. Fecha de finalización: diciembre de 2017. Universidad Simón Bolívar, sede Cúcuta, Colombia. 2) El Táchira en Cifras 2014. Maternidad y embarazo en adolescentes. Universidad Católica del Táchira, Venezuela. Fecha de inicio: 01 de enero de 2014. Fecha de finalización: diciembre de 2017.
- 1 Contador Público Universidad Católica del Táchira, Venezuela. Doctora en Ciencias Sociales y Jurídicas Universidad de Córdoba, España. Especialista en Análisis Bursátil y Gestión de Carteras (IEB) Madrid, España. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Administración y Negocios, Cúcuta, Colombia; miembro del grupo de Investigación Altos Estudios de Frontera de la Universidad Simón Bolívar. Docente e investigadora de la Universidad Católica del Táchira, San Cristóbal, Venezuela.
Correo: n.albornoz@unisimonbolivar.edu.co; albornoz@ucat.edu.ve
 - 2 Abogada Universidad Católica del Táchira, Venezuela. Doctora en Derecho en el programa Derecho de Familia y de la Persona Universidad de Zaragoza, España. Especialista en Derecho Administrativo Universidad Católica del Táchira y Derecho Tributario Universidad Santa María, Venezuela. Docente e Investigadora de la Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta, Colombia y Docente e investigadora en la Universidad Católica del Táchira, San Cristóbal, Venezuela.
Correo: r.mazuera@unisimonbolivar.edu.co; rmazuera@ucat.edu.ve
 - 3 Licenciada en Educación, Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta. Psicóloga en formación, Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). Especialista en Orientación Educativa y Desarrollo Humano, Universidad del Bosque, Bogotá. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta, Colombia.
Correo: m.carreno@unisimonbolivar.edu.co
 - 4 Licenciada en Educación, Universidad Católica Andrés Bello-Venezuela. Ingeniero de Sistemas, Universidad Nacional Abierta, Venezuela. Doctor en Ciencias Gerenciales, Universidad Nacional Experimental Politécnica de la Fuerza Armada, Venezuela. Especialista en Sistemas de Información. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas. Docente e investigadora, miembro del Grupo Altos Estudios de Frontera (ALEF) de la Universidad Simón Bolívar Cúcuta, Colombia Docente investigadora de la Universidad Católica del Táchira, San Cristóbal, Venezuela.
Correo: m.cuberos@unisimonbolivar.edu.co
 - 5 Licenciada en Educación mención Ciencias biológicas. Universidad Católica Andrés Bello, Venezuela. Doctor en Innovaciones Educativas, Universidad Nacional Experimental Politécnica de la Fuerza Armada, Venezuela. Magister en la Enseñanza de las Ciencias Básicas, Universidad Nacional Experimental del Táchira, Venezuela. Especialista en Evaluación Educativa, Universidad Valle del Momboy, Venezuela. Docente e investigadora miembro del Grupo Altos Estudios de Frontera (ALEF) de la Universidad Simón Bolívar, Cúcuta, Colombia Docente Asistente de la Universidad Católica del Táchira, San Cristóbal, Venezuela.
Correo: m.vivas@unisimonbolivar.edu.co
 - 6 Licenciado en Ciencias Políticas Universidad Central de Venezuela. Magister en Ciencias Políticas y Administración Pública Universidad Central de Venezuela. Magister en Fronteras e Integración Universidad de Los Andes, Venezuela. Especialista en Gerencia Pública Universidad Nacional Experimental del Táchira. Docente e investigador de la Universidad Católica del Táchira. Profesor invitado en la Universidad de Los Andes, Venezuela. Director de la ONG gobernar.
Correo: miguelmorffe@gmail.com; mmorffe@gobernet.net Sitio web: www.gobernet.net
 - 7 Contador Público Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia. Normalista Superior Normal Superior María Auxiliadora, Cúcuta, Colombia. Maestrante en Educación Universidad Simón Bolívar, Cúcuta. Docente en Básica Primaria Colegio José Aquilino Durán, Cúcuta, Colombia.
Correo: andry_0925@hotmail.com

RESUMEN

La adolescencia, es una etapa del ser humano que implica cambios de conducta y de estatus social; inicia con la pre-adolescencia (período de desarrollo fisiológico en el cual maduran las funciones reproductoras, aparecen los primeros caracteres sexuales secundarios y maduración fisiológica de órganos sexuales); donde el logro de la madurez sexual y reproductora marca el inicio de la pubertad. El objetivo del presente capítulo es comparar las variables sobre sexualidad, fecundidad y maternidad en adolescentes entre 10 y 19 años, según datos primarios obtenidos de los contextos del departamento Norte de Santander (Colombia) y estado Táchira (Venezuela); datos obtenidos de la investigación cuantitativa en la cual se aplicó una encuesta estructurada. Las variables que se comparan son: edad de la primera menstruación, conocimiento del ciclo menstrual y período fértil, edad de la primera relación sexual, edad de la pareja cuando tuvo la primera relación sexual; edad del primer embarazo, uso del condón durante la primera relación sexual; el primer embarazo corresponde al primer hombre con el cual tuvo la primera relación sexual, tiempo que transcurrió desde las primeras citas, enamoramiento, primeras relaciones sexuales y primer embarazo. El análisis comparativo es univariado y descriptivo. El estudio muestra que las adolescentes tanto en Norte de Santander como en Táchira, aproximadamente la mitad de ellas, manifestaron no conocer ciclo menstrual y período fértil; en ambos contextos la edad promedio de la primera relación sexual de las adolescentes encuestadas se ubica en los 15 años, edad legalmente permitida para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos pero, se reportan edades por debajo del promedio que se configura en el delito de abuso sexual; cerca del 60 % de las adolescentes manifestaron que su pareja no utilizó condón en su primera relación sexual; las adolescentes sexualmente activas, utilizan con poca frecuencia los anticonceptivos. Se evidencia carencia de una educación sexual adecuada para un ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

Palabras clave: sexualidad, fecundidad, adolescencia, embarazo, derechos sexuales y reproductivos, placer, anticonceptivos.

ADOLESCENCE, SEXUALITY, FERTILITY AND PREGNANCY. A LOOK AT THE NORTH DEPARTMENT OF SANTANDER AND TÁCHIRA STATE

ABSTRACT

Teenage, is a stage of the human being that implies changes in behavior and social status. It begins with pre-adolescence (period of physiological development in which reproductive functions mature, the first secondary sexual characteristics appear and the physiological maturation of sexual organs); where the achievement of sexual and reproductive maturity marks the beginning of puberty. The purpose of this chapter is to compare the changes of the sexuality, fertility and motherhood about teenagers between 10 and 19 years old, according to the first information in a survey from the North of Santander (Colombia) and Táchira (Venezuela); the variables compared are: age of the first menstruation, knowledge of the menstrual cycle and fertile period, age of the first sexual relation, age of the first pregnancy, use of the preservative during the first relation, the first pregnancy happened with the first person who experienced the first relation, the comparative analysis is univariate and descriptive. The research shows that most of people from North of Santander and Táchira did not know the first menstruation or fertile period. The first relation is at the age of 15 which is the right age to live this experience, but there are a lot of teenagers under 15 and it is considered sexual abuse; about 60 % demonstrated that his or her couple did not use the condom during his or her first relation. Sexually active teens often use the contraceptives. As you can see there is a little knowledge about sexual education on teenagers.

Keywords: sexuality, fertility, adolescence, pregnancy, sexual and reproductive rights, pleasure, contraceptives.

INTRODUCCIÓN

Son numerosas las teorías existentes sobre la adolescencia, entre ellas hay distintos puntos de vista y algunas discrepancias. Los abordajes teóricos de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, fueron desde *psicología biogenética* con los aportes de Stanley Hall; *teoría psicoanalítica* del desarrollo adolescente donde se encuentran las contribuciones de Anna Freud y su teoría de los mecanismos de defensa; Otto Rank sobre la necesidad de independencia del adolescente; Erik Erikson y la teoría del establecimiento de la identidad del yo; la *antropología cultural y la adolescencia*, con los aportes de Leta Stetter Hollingworth sobre la continuidad del desarrollo; *teoría somatológica* de la adolescencia de Roger Barker; desde la *psicología social* las aportaciones de Allison Davis y su concepto de ansiedad socializada, y de Robert Havighurst y las tareas evolutivas de la adolescencia; teorías *sobre el desarrollo de la adolescencia* de Arnold Gesell y la descripción de períodos de pubertad y adolescencia; las *teorías centroeuropeas de las etapas evolutivas de la adolescencia* donde se encuentran las teorías de Jaensch y Kretschmer, teoría evolutiva por etapas y fases de Oswald Kroh, los cambios genéticamente determinados de la Gestalt corporal de Wilfried Zeller y teoría de la estratificación de la personalidad según Heinz Reimann (Muuss, 1966).

La adolescencia es una etapa del ser humano que implica cambios de conducta y de estatus social, la misma inicia con la pubescencia o también conocida pre-adolescencia (período de desarrollo fisiológico en el cual maduran las funciones reproductoras, aparecen los primeros caracteres sexuales secundarios y maduración fisiológica de órganos sexuales); donde el logro de la madurez sexual y reproductora marca el inicio de la pubertad (Muuss, 1966). En esta etapa la hormona sexual masculina, testosterona, aumenta la agresividad y motivación sexual del hombre y las hormonas sexuales femeninas regulan el ciclo menstrual y el embarazo en la mujer, y las glándulas suprarrenales también secretan estrógenos y andrógenos

adrenales, que también influyen en las funciones reproductoras (Aristizábal, 1995).

Esta fase del desarrollo sexual asociado a la maduración biológica, genera en el adolescente “toda un área de impulsos y sentimientos que funcionan como rueda suelta dentro de su personalidad, y que le dan la sensación de ser la sexualidad lo más importante de su proyecto vital” (Aristizábal, 1995, p.212).

El inicio de la pubescencia o pre-adolescencia puede evidenciarse con los cambios corporales entre niños y niñas como puede verse en el Tabla 1.

Tabla 1
Cambios corporales al inicio de la pre-adolescencia en niñas y niños

| Niñas | Niños |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Crecimiento del esqueleto | Crecimiento del esqueleto |
| Desarrollo de los pechos | Agrandamiento de los testículos |
| Pelo pubiano pigmentado lacio | Pelo pubiano pigmentado lacio |
| Máximo aumento anual de crecimiento | Primera mutación de la voz |
| Pelo pubiano pigmentado ensortijado | Eyaculación |
| Menstruación | Pelo pubiano pigmentado ensortijado |
| Aparición del pelo axilar | Aumento máximo del crecimiento anual |
| | Aparición del bozo |
| | Aparición del vello axilar |
| | Mutación ulterior de la voz |
| | Aparición de la barba pigmentada |
| | Aparición del vello pectoral |

Fuente: Muuss, 1966, p.15.

Los seres humanos nacemos sexuales, que cumple un doble rol como es la reproducción vinculada a una función biológica y el placer a una función psicológica. La sexualidad abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y reproducción. Se expresa a través de actitudes, pensamientos, fantasías, creencias, deseos, valores, prácticas y relaciones interpersonales (Glosario de

Educación Sexual Integral, s.f.). En este sentido, todos los seres humanos somos seres sexuados y por tanto, la sexualidad como función fisiológica “va inseparablemente unida a un tipo de relación auténtica con otra persona” (Bres, 1965, p.212); mientras que desde la ética, la sexualidad normal “lleva consigo un determinado tipo de relación afectiva, respeto al otro (...) y desde el punto de vista de la monogamia tradicional, postula un lazo duradero entre los dos cónyuges” (Bres, 1965, pp.213-214). El imaginario ideal es que los seres humanos aprendan a desarrollar la sexualidad y a ejercerla conscientemente. El hacerlo de manera saludable o no, dependerá de la educación sexual recibida, la información obtenida, las vivencias y experiencias de cada uno.

Desde la categoría biológica, el sexo se adjudica a hombres y mujeres, así como las pautas de “cómo deben o no deben pensar, hacer, sentir y hablar”, siendo en la familia donde surgen los imaginarios de género; conocimientos, valores, representaciones sociales con relación a la sexualidad, familia y maternidad; y las perspectivas de los roles masculinos y femeninos (Climent, 2009, p.239).

No obstante, existen situaciones y condiciones de riesgo que influyen en los pre-adolescentes y adolescentes para que el inicio de las relaciones sexuales ocurran a temprana edad, como son la desinformación o falta de educación sexual útil y de buena calidad; circunstancia que los expone a embarazos no deseados o contraer enfermedades de transmisión sexual como el hecho de mantener parejas sexuales ocasionales y la resistencia en el uso de preservativos (Rodríguez, Primo, Martínez y Sánchez, 2006; Cañón, Castaño, et al., 2011).

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, Stern (2007) señala que en los sectores marginales urbanos la posibilidad de uso es remota ya sea por falta de información adecuada o porque el embarazo de la chica (novia, amiga o relación casual), no causa imagen negativa entre los adolescentes;

en el sector popular urbano tienden a usarlos cuando la relación se hace pública y aceptada aunque las primeras relaciones sexuales las realizan sin protección; en los estratos medio-altos, los adolescentes poseen más información sobre los anticonceptivos, sin embargo las primeras relaciones sexuales, ocurren espontáneamente, sin protección y algunas veces bajo el consumo de drogas y alcohol. En conclusión, la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad con respecto al ejercicio de la sexualidad consciente, libre, autónoma y responsable.

Entre las consecuencias del inicio de relaciones sexuales a temprana edad de manera inconsciente, se tiene el embarazo y maternidad no deseada con un impacto “psicológico, cultural, social y biológico (...) y en la adolescencia supone mayores complicaciones tanto en la madre como en el hijo”. Entre los riesgos médicos para las adolescentes y el hijo se tienen: hipertensión y la anemia para la madre, el bajo peso al nacer y el parto prematuro para el hijo y la nutrición insuficiente para ambos que pueden influir en “la morbilidad materna y la mortalidad infantil”; y entre los efectos sociales la adolescente tiene que asumir el rol de madre (Ibarra, 2003, p.44).

En Colombia, el embarazo adolescente ha cobrado importancia en los últimos años, por su impacto económico y social. Según la última Encuesta de Demografía y Salud, 19,5 % de las adolescentes entre 15 y 19 años estaban embarazadas o tenían un hijo al momento de la entrevista. Las cifras reflejan una estabilización porque en los últimos 15 años habían crecido, aunque aún siguen siendo altas; según la Organización Panamericana de la Salud, 25 % de las mujeres en América Latina y El Caribe son madres antes de los 20 años y 45 % de los embarazos ocurren por falta o mal uso de los anticonceptivos (Pacheco, 2015, p.64).

El objetivo del presente capítulo es comparar las variables sobre sexualidad, fecundidad y maternidad en adolescentes entre 10 y 19 años, según datos primarios obtenidos de los contextos del departamento Norte de

Santander (Colombia) y estado Táchira (Venezuela); datos obtenidos de la investigación cuantitativa en la cual se aplicó una encuesta estructurada. Más adelante, en el apartado de método y metodología se amplía sobre este aspecto.

Las variables que se comparan son: edad de la primera menstruación, conocimiento del ciclo menstrual y período fértil, edad de la primera relación sexual, edad de la pareja cuando tuvo la primera relación sexual, edad del primer embarazo, uso del condón durante la primera relación sexual, el primer embarazo corresponde al primer hombre con el cual tuvo la primera relación sexual, tiempo que transcurrió desde las primeras citas, enamoramiento, primeras relaciones sexuales y primer embarazo. El análisis comparativo es univariado y descriptivo. El capítulo comprende los siguientes apartados: Conocimiento del cuerpo vs. Empoderamiento; Derechos sexuales y reproductivos, inicio de relaciones sexuales y maternidad; Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; Búsqueda del placer femenino vs. Maternidad adolescente; método y metodología, resultados y discusión y conclusiones.

CONOCIMIENTO DEL CUERPO VS. EMPODERAMIENTO

El criterio universalmente más aceptado para evidenciar el inicio de la pubertad en las niñas es la menstruación o menarquia. Sin embargo, esta no es un criterio para determinar la madurez reproductora, pues “existe un período aproximado de uno o dos años de esterilidad entre la primera menstruación y la capacidad de concebir y reproducir” (Muuss, 1966, p. 16); se trata de un período de infertilidad puesto que la esterilidad significa que nunca va a concebir y no es así.

No puede generalizarse la regla médica anterior, pues dicho período de infertilidad puede inducir a un comportamiento despreocupado y al no uso

de métodos anticonceptivos, lo cual podría conllevar al embarazo deseado o no deseado o riesgo de contagiarse de alguna enfermedad de transmisión sexual.

En la actualidad, la menarquia se ha adelantado en todos los países del mundo –incluido Colombia– y es el momento en que “las personas referentes adultas” deben informar y formar a las adolescentes en cuanto a la sexualidad, pues simplemente se limitan a informales sobre aspectos de aseo e higiene obviando “capacidades y habilidades para protegerse” de las consecuencias del ejercicio irresponsable de la sexualidad, la cual envuelve el apetito sexual y el placer frente a adolescentes desinformadas y no preparadas para afrontar dichos cambios fisiológicos y hormonales (Pacheco, 2015, p.75).

En este sentido, Singh y Yu (1996), señalan que existen distintos factores que pueden aumentar la posibilidad de ocurrencia del embarazo en la adolescente como son: personales (la edad de la menarquia, deseo de independencia, ignorancia de su anatomía y fisiología, desconocimiento de métodos preventivos, baja autoestima, embarazo anterior, uso y abuso de drogas); familiares (inestabilidad familiar, padre o madre con enfermedad crónica, ejemplo familiar de embarazo, falta de comunicación entre padres e hijos); sociales (liberación de costumbres, estrato social de menos recursos económicos, presión grupal y de pareja, carencia de oportunidades reales, influencia de los medios de comunicación social, falta de políticas coherentes para abordarlo, abuso sexual, prostitución y pornografía en adolescentes). A estos factores se suman la educación sexual inadecuada y falta de acceso a servicios de planificación familiar (Papalia, Wedkos y Duskin, 2001).

En cuanto al conocimiento de la anatomía y fisiología femenina, muchas adolescentes lo ignoran y es un factor asociado al embarazo a temprana edad. Al respecto, Fraise (1969) lo explica de la siguiente manera:

(...) entre la mujer y las otras hembras de la clase de los mamíferos, existe una diferencia fundamental, aunque fisiológicamente la organización es la misma. (...) se constata que **el deseo sexual no presenta en la mujer el carácter cíclico que se encuentra en todas las hembras**. Estas no buscan el macho, o simplemente, no son receptoras más que en periodos de *oestrus*, es decir, en el momento en que, en el curso de la actividad de las gónadas se produce la ovulación. La ligazón entre el ciclo hormonal, la actividad sexual y las posibilidades de fecundación es, pues estrecha. **En la mujer, el ciclo fisiológico existe, pero las manifestaciones del deseo sexual son independientes de el (...)** este deseo sería un poco más vivo justo antes y justo después del período de las reglas lo que podría explicarse por causas fisiológicas (congestión sanguínea, por ejemplo) o por razones psicológicas (la abstinencia observada durante este período, siendo temida antes, es compensada después) (pp.90-91). (Negrillas propias).

Generalmente, las madres adolescentes no deseaban al hijo en esa etapa de su vida, tampoco aspiraban ser madres. Ibarra (2003) señala que entre las causas del embarazo precoz se encuentran las deficiencias en la planificación familiar por el no uso de anticonceptivos o por el descuido en el empleo de un método anticonceptivo; por educación insuficiente y poca información sobre su propio cuerpo con relación a su función sexo reproductora.

Por ello, la sexualidad debe concebirse como un aspecto fundamental del ser viviente “hombre, mujer o animal”, cada quien tiene derecho a vivir su sexualidad, por lo cual no puede constituir un problema para nadie, pues lo sería mientras sea “inhibida o perturbada” (Gregoire, 1965, p.370). La misma no debe ser ignorada, prohibida o vergonzosa, pues constituye fuente de felicidad cuando va relacionada al sentimiento del amor o simplemente a la satisfacción de una necesidad o ansiedad. En la etapa de la adolescencia es fundamental la educación sexual de calidad para preparar a los adolescentes para el ejercicio placentero y seguro de la misma.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES Y MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Los derechos sexuales y reproductivos se conceptualizan como el derecho al disfrute de la vida sexual placentera, cómoda y agradable; la libertad para concebir un hijo y para decidir hacerlo o no mantener relaciones sexuales, cuándo y con qué frecuencia; derecho a recibir información y tener acceso a métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades seguros y eficaces; derecho al acceso a servicios sin riesgos de atención en salud sexual, pre-natal y al momento del parto (Álvarez, 2013).

En el marco de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, se marcó un importante punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad entre hombres y mujeres, sin quedar de lado lo relacionado a las relaciones sexuales y de reproducción. Desde entonces, el concepto de los derechos sexuales y reproductivos ha alcanzado aceptación general en el mundo. Sin embargo, aún queda trabajo pendiente por parte de muchos países y es establecer herramientas y mecanismos jurídicos para protegerlos y garantizarlos (Álvarez, 2013).

En este sentido, los instrumentos jurídicos son fundamentales pues permiten conocer “la relación entre los derechos sexuales y reproductivos y la construcción de sujetos de derechos, lo cual tiene que ver con la ciudadanía, la membresía social y los derechos humanos”, es decir aquellos derechos que le permitirán al sujeto la toma de decisiones conscientes sobre disponer de su cuerpo y el ejercicio de la sexualidad con ayuda de recursos disponibles (condiciones sociales, económicas, políticas y culturales) que le van a permitir el ejercicio de los derechos sexuales con autonomía personal y libertad individual (Juárez, 2009, p.151).

En cuanto a la diferencia entre derechos sexuales y derechos reproductivos,

los primeros se basan en “la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todo ser humano, donde cobra particular importancia la dimensión del placer sexual, posibilitan las decisiones libres y responsables sobre todos los aspectos de la sexualidad, libres de discriminación y violencia”, mientras que los derechos reproductivos son entendidos como “la libertad reproductiva de las parejas y los individuos, también incluyen el derecho a gozar de una buena salud sexual y reproductiva, con servicios médicos accesibles y de calidad” (Juárez, 2009, p.152; Yopez, 2014).

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos no está coartado a una edad determinada ni sujeto a la autorización de los padres, sin embargo debe ser revisada y analizada la legislación de cada país. No obstante, cuando el adolescente está en condiciones físicas de procrear, tiene el derecho de buscar información, cuidar ese aspecto de su salud, decidir sobre iniciar sus relaciones sexuales, usar métodos anticonceptivos e incluso tener un hijo. Los padres no pueden restringir esas decisiones y los hijos no están obligados a informar a sus padres sobre su vida sexual, no obstante, es fundamental la confianza y comunicación existente entre las partes de manera que los hijos reciban orientación adecuada para evitar a los adolescentes experiencias sexuales riesgosas, embarazos no deseados, abusos sexuales entre otras situaciones de vulnerabilidad a las cuales están expuestos los adolescentes (Climent, 2009; Valenzuela y Casas, 2007).

Yepes (2014), señala que este proceso de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia ha sido lento, por cuanto se trata de un país con dominación o discriminación hacia la mujer sin importar el estrato social, por la misma cultura machista presente en los escenarios familiares, sociales, religiosos, políticos, económicos y sexuales; y aunado a ello, las presiones del conflicto armado interno que también ha influido en la vulneración de los derechos de las mujeres víctimas del conflicto. No obstante, la intervención de organizaciones de mujeres feministas, mundiales y locales ha promovido el cambio de esta situación.

El referido bienestar de la mujer comprende la sensibilización de la no violación en contra de su vida, cuidado de su salud, igualdad y respeto de su dignidad, lo cual es posible con una legislación clara y flexible con cobertura sanitaria, donde otra ganancia es la disminución de cifras de abortos. Por ello, otro elemento determinante de dicho bienestar, y que debe sumarse a una legislación que reconozca y promueva los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, son los planes de salud pública y educación sexual, cuya responsabilidad recae en el gobierno nacional, regional y local (Valenzuela y Villavicencio, 2015, p.290).

En este sentido, cada legislación debe determinar y orientar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes. En el caso de Colombia, la legislación en la materia establece que cualquier “acto sexual o acceso carnal” a menores de 14 años se configura como un delito (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 459 de 2012) y según el Código Civil, el matrimonio en menores de 14 años está prohibido (Colombia, Consejo Nacional Legislativo, Ley 57 de 1887, artículos 116 y 117); por lo tanto, legalmente los adolescentes podrán ejercer sus derechos sexuales y reproductivos a partir de los 15 años de edad.

En la etapa de la adolescencia frente al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tampoco pueden ignorarse las identidades femeninas y masculinas que se van construyendo en medio de una intersección de mitos, tradiciones, prohibiciones religiosas y demandas de la familia, pares y parejas. Estos aspectos, generan tensiones en ellos, especialmente en las adolescentes como por ejemplo:

(...) la virginidad como valor a preservar, la presión de sus padres para que se abstengan de relaciones sexuales prematrimoniales y para que prolonguen sus estudios; la presión de sus pares del mismo sexo para tener experiencia sexual, la presión de los muchachos para tener sexo y su propio interés de experimentar una sexualidad vinculada con los sentimientos amorosos, a la curiosidad o al deseo sexual. Y los adolescentes se enfrentan al reto de demostrar su virilidad más allá de sus deseos e inclinaciones (Climent, 2009, p.243).

Las tensiones en las adolescentes significan exposición al riesgo de embarazo no deseado, en el caso que el inicio de las relaciones sexuales sea a temprana edad, sin uso de condón entre otros métodos anticonceptivos; ya sea por desconocimiento o por pensar que no pasaría nada.

En ese mismo sentido y en relación a los derechos sexuales y reproductivos, el imaginario común de los adultos es considerar al adolescente como una persona incapaz de decidir, por tal razón considerarlo sujeto de derechos es solamente un discurso, pues a la hora de permitir un real ejercicio de derechos, se encuentran situaciones como las que narra el informe final de la UNICEF, sobre estudios alrededor de los factores socioculturales y emocionales del embarazo adolescente en seis países de América Latina y el Caribe, los cuales evidencian contextos diversos en cuanto a los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles para los adolescentes. Desde la mirada de los derechos, existe un:

(...) énfasis censorador de algunas/os proveedoras/es, asociado al débil reconocimiento y valoración de las adolescentes como sujetos de derechos.

Las jóvenes se dejan llevar por la pasión y no saben las consecuencias que tiene un embarazo (...) solo se dejan llevar. (Enfermero, Guatemala)

Vienen aquí a buscar condones, andan por parejas, así disparados (Auxiliar de enfermería, Honduras). (UNICEF, 2014, p.67)

CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA

Los métodos anticonceptivos son procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas que los utilicen. Los mismos pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas (Instituto Chileno de

Medicina Reproductiva, s.f.). El objetivo del presente apartado es analizar la incorporación de los métodos anticonceptivos en la sociedad y el conocimiento y uso, por parte de los adolescentes.

Las evidencias más antiguas que se tienen sobre la anticoncepción se remontan al siglo IV a.C en el libro de Aristóteles *Historia Animalium* y en el primer texto médico conocido como *El Papiro de Petri* (1850 a.C, siglo XIX a.C) en el cual se evidenciaron fórmulas anticonceptivas, a partir de preparados artesanales que se introducían en la vagina para evitar el embarazo. También existe una referencia bíblica del Génesis, capítulo 38 que dice: “Pero Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en la tierra para no dar prole a su hermano...”; este pasaje bíblico hace referencia al coito interrumpido (Díaz, 1995).

Otras fuentes señalan que desde que el ser humano conoció la relación entre el sexo y el embarazo, así como entre el sexo y el origen de ciertas enfermedades, nació el condón y es el método más antiguo. Los orígenes del mismo se registran en Egipto (1000 años a.C.) y consistían en fundas de tela para el pene; hacia el siglo XVI a.C eran fundas hechas con vejigas de pescado o intestinos de cabra y otros animales, para retener el semen, que además podían utilizarse varias veces. Inicialmente, fueron utilizados por hombres que frecuentaban casas de prostitución y para evitar la transmisión de la sífilis (Lugones y Ramírez, 2013).

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII, en Francia comienzan a cambiar las costumbres. Las prácticas anticonceptivas han existido siempre, pero su uso de manera generalizada se propaga poco a poco entre los estratos sociales en esa época. Según explican Hech y Chasteland (1965), se originan a raíz de las nuevas doctrinas filosóficas que se ponen por encima de la Iglesia Católica, como son el racionalismo, individualismo, gusto por el confort y los lujos, influyen en el deseo de controlar la fecundidad que

estaba supeditada a la naturaleza; según señalan los autores, la ciencia y la medicina “permiten asestar los primeros golpes a la mortalidad, y este triunfo sobre la naturaleza demuestra que, puesto que se puede obrar sobre la muerte, se puede también obrar sobre la vida, orientar y racionalizar la natalidad” (p.159).

Inicialmente, los anticonceptivos artificiales fueron legales en países anglosajones y escandinavos, especialmente en los protestantes, pues la preocupación de estas sociedades era el control demográfico, bienestar social, pretensión de mantener la calidad de la raza, mejorar su nivel de vida; mientras que en los países católicos donde los anticonceptivos no tenían, ni tienen su aprobación, son ampliamente utilizados. En Europa, se registra que Francia, “hija primogénita de la Iglesia”, fue el país que dio el primer paso en materia de anticonceptivos mientras que Italia y España lo hicieron más tarde (Hech y Chasteland, 1965).

Por su parte, la píldora anticonceptiva oral, es uno de los métodos más recientes, que comenzó a ser vendida como recurso oral en los Estados Unidos el 23 de abril de 1960, aunque los primeros resultados de la preparación de una píldora se remontan a 1955, y en 1956 comenzó la fase experimental en Puerto Rico, en 1958 en Haití y Ciudad de México y de esta manera se inició su entrada a América Latina. La gran novedad de la época fue que las mujeres tendrían un acercamiento a la igualdad entre ellas y el hombre, y además poder separar la sexualidad y el embarazo (Galán, 2010).

En la actualidad, existen distintos tipos de métodos anticonceptivos destinados a prevenir el embarazo y en el caso del condón, que previene tanto las enfermedades de transmisión sexual como el embarazo. Existen abundantes estudios sobre el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes. Al respecto, algunos señalan que su uso constituye una barrera que limita el contacto físico, reducen la sensación

táctil y el placer, creen que no usarlo en la primera relación no se quedará embarazada; a los hombres no les deja poseer la mujer y que son innecesarios en las relaciones de corta duración, por lo cual justifican no utilizarlos, es decir, desde la perspectiva de los jóvenes, está por encima el placer y no la reproducción (Uribe, et al.; Cañón et al., 2011; Climent, 2009; Fantasía, 2008; Sánchez, 2005).

En la práctica, la negociación entre la adolescente y su pareja erróneamente se da en términos de “roles sexuales tradicionales”, es decir, ellas mantienen relaciones sexuales con la pareja sin protección como una muestra de amor, por temor a dañar el momento o perder la pareja y por ello los métodos anticonceptivos están ausentes al momento de las primeras relaciones sexuales. De igual manera, en sociedades machistas, las mujeres tienen poco conocimiento sobre sexualidad o deben presumir que saben poco para evitar ser descalificadas, hecho que interfiere negativamente en la posibilidad de negociación entre la mujer y su pareja, motivo por el cual tampoco ellas pueden controlar mecanismos de prevención del embarazo, y están poco legitimadas para ello (Sánchez, 2005, p.17).

También merece la pena mencionar la existencia de perspectivas moralistas y religiosas, que cuestionan el uso de los anticonceptivos. Al respecto, Cardona-Lozada (2014) señala:

Los anticonceptivos traen controversias desde la bioética ya que también desnaturalizan el acto sexual, separando su carácter unitivo de su carácter procreativo; atentan contra la vida del ser humano, especialmente el ser humano por nacer, y despojan a la mujer de su verdadera identidad afectiva y psicosexual. (p.14).

No obstante, desde la antigüedad se evidencia que el uso de métodos anticonceptivos expresa que la sociedad ha entendido que su uso es necesario, por lo cual los mismos han evolucionado y en la actualidad existen an-

ticonceptivos inofensivos, económicos, accesibles y eficaces que permiten prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. En el apartado de resultados se discutirán los datos en torno al uso del condón, pastillas y otros métodos anticonceptivos modernos por parte de las adolescentes en estudio.

LA BÚSQUEDA DEL PLACER FEMENINO FRENTE A LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

Acercas de la sexualidad femenina existen muchas creencias infundadas, como pensar que la sexualidad en las mujeres está limitada a la maternidad, obviando que es un “don de la naturaleza” y que la reproducción es “solamente una necesidad de la especie”. Es decir, la sexualidad envuelve tanto al hombre como a la mujer en un disfrute del erotismo y es un derecho de los seres humanos (Coria, 2012, p.22); por lo tanto, la sexualidad debe evitar verse entorpecida por mitos, creencias, prejuicios y construcciones morales que la aíslan y desfiguran.

Entre otras, dos de las fuentes de estas equívocas creencias, según Coria (2012), provienen de la cultura patriarcal que sanciona social y moralmente el disfrute sexual de las mujeres, así como algunas religiones monoteístas que legitiman el ejercicio de la sexualidad en los hombres y lo desautorizan y sancionan en las mujeres con penas que van desde la “inoculación del sentimiento de culpabilidad –que cataloga como pecado el disfrute sexual– pasando por la descalificación social y la marginación encubierta en la prostitución, hasta la muerte por lapidación” (p.22).

En cuanto a la sexualidad femenina, el trabajo de Freud de 1931, explica la fase del desarrollo libidinal infantil que se caracteriza por el conocido Complejo de Edipo normal, también conocido como conflicto edípico, que en psicoanálisis se refiere a la conjugación de sentimientos y emociones infantiles y presencia de deseos amorosos hacia los progenitores del sexo

opuesto, mientras que en sus relaciones con el del mismo sexo prevalece la incompatibilidad y rivalidad en algunas ocasiones. En el varón, este episodio no es difícil de explicar, pues la madre fue su primer objeto amoroso y sigue siéndolo, sin embargo, en la niña su madre también fue su primer objeto amoroso pero su camino es hacia el padre, y según la teoría freudiana, postula una feminidad secundaria en la mujer, que ha servido de sustento para la acusación de biologicismo en la fundación psicoanalítica (Andreani, 1998). Según Dio Bleichmar citado por Andreani (1998), sostiene que “se termina adscribiendo la feminidad al órgano sexual, a su conocimiento, a su grado de erotización, a su puesta en acción, a su carácter de zona erógena, de fuente de deseo natural hacia el pene, su complementario” (p.65).

Por su parte, Chauchard (1965) afirma que la sexualidad en la mujer, va de la mano con la liberación femenina y la personalización de la relación conyugal, así como el alargamiento de la educación. Es decir, la sexualidad concebida desde el plano humano, se trata de una sexualidad “consciente y domeñada en lugar de instintiva” (p.26), sin embargo, deben superarse algunos elementos psicofisiológicos que conllevan a una mala concepción como son: “mala vulgarización de la represión psicoanalítica mal comprendida, civilización occidental erótica, confusión de las normas con los tabús puritanos y las costumbres...” (p.26).

Gregoire (1965) señala que la inclusión de las mujeres en el rito de la sexualidad fue una novedad del siglo XX pues en el siglo XIX, se glorificaba al varón y hacerlo con la mujer significaba deshonrarla y solo las prostitutas “se atrevían a creerse con derecho a la carne” (p.372), el resto de las mujeres solo tenían derecho a la sublimación. En cuanto al placer, el autor señala: “ningún contexto espiritual es necesario para que actúen las virtudes equilibradas del placer, pues no se trata de felicidad, sino de una valorización total del individuo a través del cuerpo” (p.373), lo cual significa que satisfacer el placer sexual no necesariamente va relacionado

con el amor sino con la ansiedad. En la actualidad, las mujeres comprenden que su equilibrio y acceso al mundo en parte está condicionado por el desarrollo de la sexualidad, su valor y lo reclama de manera sana y justificada. Ella entiende igualmente que la sexualidad tiene un componente llamado “erótico”, restringido por épocas a su género, pero que los avances en los estudios sexológicos le están permitiendo el acceso al ejercicio sexual placentero, aun con reconocimiento que, desde su anatomía sexual, como su visión de lo relacional sea diferente al hombre. Al respecto Alzate (1997) indica que:

La función erótica humana es un fenómeno independiente del enamoramiento, y aunque él es deseable dentro del contexto de la relación sexual, debe ser visto más como un epifenómeno que como un constituyente esencial de ella. En lo que respecta al hombre ésta ha sido la experiencia histórica; en lo que atañe a la mujer, posiblemente la cultura patriarcal occidental la ha condicionado a dejarse dominar por el sentimiento amoroso, con desmedro de su potencialidad erótica, en beneficio de intereses masculinos de diverso tipo. (p.25)

Ciertamente, la sexualidad femenina es distinta a la del hombre, mientras este es libre y se entrega al momento, “la integridad sin falla del cuerpo” es lo sorprendente; la mujer mantiene una dependencia a la especie de la que no se siente liberada, y esa dependencia está representada en un miedo a embarazarse cuando no lo desea, razón por la cual, en ocasiones que la mujer no emplea métodos anticonceptivos, ella hace el amor sin lograr el placer total. Otro elemento que perturba a la mujer e interfiere en el placer o goce sexual, cuando tiene relaciones sexuales de manera consciente y con sentido de maternidad, es la elección del hombre y la donación que recibe, pues su entrega está ligada al don maternal; aunado que para la mujer, las relaciones sexuales sin amor no tienen sentido, por ello la realización sexual de ella está relacionada con la atención que le confiere el hombre; en este caso en la sexualidad de la mujer se combina el sexo y el amor (Gregorie, 1965). Por ello, el conocimiento del cuerpo, su dominio y

desarrollo son claves esenciales, como lo son el desarrollo de la conciencia y el espíritu del ser humano.

Así mismo es importante retomar el sentimiento llamado amor y revisar cuánto de este sentimiento al cual la mujer ha sido tan erróneamente condicionada desde sus orígenes, afecta y altera la búsqueda de ese placer, cuánto va permitiendo que la misma búsqueda de ese disfrute se vuelva en su contra, y con consecuencias nada deseadas como la situación del embarazo no planeado a edades tempranas. Al respecto Lagarde (2001) afirma: “Es necesario que cada vez un mayor número de nosotras podamos decir y digamos: me amo. Amo a otras personas, amo al mundo y amo lo que hacen en el mundo otras personas. Y me amo a mi misma” (p.14). He ahí la clave de una apropiación de mi yo, para que, en la interacción con el otro, surjan primero las apreciaciones y valoraciones de mi corporalidad, de tal forma que a mi cuerpo solo se acceda bajo mi propio conocimiento y autonomía personal y que ese acezar del masculino no lo intermedie un sentimiento, sino nuestro deseo, pues lo primero, es más el resultado de lo que se nos ha enseñado para otros y no para nosotras mismas.

De igual manera, Reich (1972) explica el placer como la tensión que se experimenta en el curso de los preliminares sexuales, la cual puede resultar “displacentera” cuando no se obtiene una gratificación y, por el contrario, de lograrse, va acompañada de una pequeña descarga sexual. La misma se origina a través de una suave caricia en una zona erógena acompañada de una sensación placentera, lo cual es distinto a un simple tocamiento o frotamiento. Esa sensación placentera fue denominada por el autor como “placer orgástico total”, el cual está compuesto por “una componente motriz activa y una componente sensorial pasiva” que se fusionan y la componente motriz se aprecia pasivamente mientras que el componente sensorial, activamente (p. 55).

Normalmente, los trabajos indagan el lado problemático de la sexuali-

dad-género-sociedad y especialmente cuando se trata de adolescentes; enfatizando en las dimensiones del peligro, prevención y consecuencias indeseadas como el embarazo adolescente, transmisión y prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otros aspectos. No obstante, existe otro plano para abordar qué es el amor, placer y autoerotismo que también son categorías de la sexualidad, aptas para adolescentes que se encuentran en plena etapa del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En cuanto a la sexualidad femenina, en la sociedad existe un “control parental de la sexualidad femenina adolescente” basado en “consejos, restricciones y recriminaciones” que unidos con registros morales y médicos fundamentan orientaciones normativas de los comportamientos basados en el “amor romántico y modelo familiar de la domesticidad” y la conducta contraria sería ilegítima (Blanco, 2010, p.149).

En las instituciones encargadas de la orientación y formación para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, es fundamental la identificación de jerarquías sexuales entre ellos, pues debe romperse el paradigma de la persistencia de ilegitimidad entre mujeres y hombres, por ejemplo, el tener fuera del noviazgo y/o con muchos hombres para el caso de las mujeres y el no haber tenido relaciones heterosexuales después de los 15 años, en el caso de los hombres (Blanco, 2010). Se trata más bien que los adolescentes cuenten con el conocimiento y habilidades para decidir voluntariamente, cuándo, cómo y con quién ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, libre de tabús y con libertad, conciencia, autonomía y responsabilidad.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Este capítulo es un producto de la investigación del proyecto Análisis comparativo de la Maternidad adolescente en la frontera Norte de Santander - Táchira de la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta, con fecha de inicio:

16 de enero de 2017 y finalización 31 de diciembre de 2017. Este proyecto contó con una fase anterior que comprendió dos proyectos de investigación independientes: 1) “El Táchira en Cifras, 2014, Maternidad y Embarazo en adolescentes” adelantado por la Universidad Católica del Táchira (Venezuela), a través de su Observatorio Social; 2) “Maternidad de las adolescentes en Norte de Santander” desarrollado por la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta (Colombia); ambos, en el marco de un convenio de cooperación institucional.

En los estudios independientes, se realizó una investigación cuantitativa, no experimental y transversal. Se definió la población y muestra para cada contexto y se empleó un muestreo probabilístico. Las poblaciones estuvieron constituidas por madres adolescentes con hijos no mayores de 18 meses, ubicadas tanto en el sector rural como en el urbano; compuestas por 6.435 madres adolescentes con residencia en Norte de Santander y 1.963 madres adolescentes en Táchira. El tamaño de la muestra se determinó a través de un muestreo aleatorio simple en poblaciones finitas.

Para la recolección de información se aplicó una encuesta estructurada dirigida a 406 adolescentes en Norte de Santander y 235 adolescentes en el estado Táchira. Las adolescentes se estratificaron según los siguientes grupos etarios: 10 a 14 años, 15 a 17 años, 18 a 19 años.

Se presentan resultados sobre sexualidad y fecundidad indagados en la encuesta estructurada, siendo las variables a comparar: edad de la primera menstruación, conocimiento del ciclo menstrual y período fértil, edad de la primera relación sexual, edad de la pareja cuando tuvo la primera relación sexual, edad del primer embarazo, uso del condón durante la primera relación sexual, el primer embarazo corresponde al primer hombre con el cual tuvo la primera relación sexual, tiempo que transcurrió desde las primeras citas, enamoramiento, primeras relaciones sexuales y primer embarazo; y

para el análisis comparativo se emplea el análisis univariado de datos (Magallanes, et al., 2015; Mazuera, et al., 2017).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados que se presentan en este apartado comprenden:

Primero: La edad de la primera menarquia y conocimiento de ciclo menstrual y período fértil.

El embarazo adolescente es multicausal; en algunos casos resulta ser deseado y en otros no deseado para la mujer. Algunos estudios señalan que es influenciado por la menarquia temprana e inicio de relaciones sexuales a temprana edad, acontecimientos emblemáticos en la mujer, y este último generalmente no está acompañado del uso de anticonceptivos. Ella tiene poco conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, o de darse el uso de métodos anticonceptivos algunas veces son mal empleados, producto de la misma desinformación (Pacheco, 2015).

En los resultados del estudio realizado en el departamento Norte de Santander y estado Táchira, se observó que la edad promedio de la primera menstruación ronda los 12 años de edad (ver Tabla 2), la cual coincide con otros estudios (Craig, 1994; Hernández, et al., 2007).

Tabla 2
Edad de la primera menstruación.

| Departamento/ Estado | Edad promedio | Edad mínima | Edad máxima |
|-------------------------|---------------|-------------|-------------|
| Norte de Santander | 12,4 | 9 | 17 |
| Táchira | 12,2 | 9 | 16 |

Fuente: *Elaboración propia. Datos obtenidos de una muestra de 406 adolescentes encuestadas en Norte de Santander en el proyecto: Maternidad adolescente en Norte de Santander (período de ejecución febrero 2015 - mayo 2016), en la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta; y de una muestra de 235 adolescentes encuestadas en el Estado Táchira en el proyecto: El Táchira en Cifras 2014. Maternidad y embarazo en adolescentes (período de ejecución enero de 2014 - diciembre de 2017), en la Universidad Católica del Táchira, Venezuela.*

Ciertamente, la edad de la primera menstruación se ha venido adelantando de manera progresiva a partir de 1900 y una de las causas es el sobrepeso infantil, lo cual también conlleva el inicio de la capacidad reproductiva (Hernández et al., 2007). Esto indica que también debe adelantarse el acompañamiento y orientación de las adolescentes en cuanto al cuidado e higiene en esta fase de su desarrollo, así como hacer de su conocimiento sobre los cambios biológicos y hormonales que experimentará y sobre la sexualidad femenina. Aunque legalmente no se encuentren en edad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos, las adolescentes deben recibir toda la información referente a la educación sexual, como es el conocimiento de su ciclo menstrual y período fértil.

Dentro de los resultados del estudio se encontró que las adolescentes encuestadas, a pesar de estar embarazadas o ser madres de un hijo menor de 18 meses al momento de ser consultadas, aproximadamente la mitad de ellas, manifestaron no conocer su ciclo menstrual y período fértil (ver Tabla 3).

Tabla 3
Conocimiento del ciclo menstrual y período fértil.

| Departamento/ Estado | Si | No | No sabe / No responde | Total |
|-------------------------|--------|--------|-----------------------|-------|
| Norte de Santander | 51,7 % | 46,1 % | 22 % | 100 % |
| Táchira | 49,4 % | 50,6 % | - | 100 % |

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de una muestra de 406 adolescentes encuestadas en Norte de Santander en el proyecto: Maternidad adolescente en Norte de Santander (período de ejecución febrero 2015 - mayo 2016), en la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta; y de una muestra de 235 adolescentes encuestadas en el Estado Táchira en el proyecto: El Táchira en Cifras 2014. Maternidad y embarazo en adolescentes (período de ejecución enero de 2014 - diciembre de 2017), en la Universidad Católica del Táchira, Venezuela.

Este hallazgo es preocupante porque el conocimiento del cuerpo complementa el correcto uso de anticonceptivos orales o naturales y de esta manera, se puede prevenir la reincidencia del embarazo adolescente, pues la probabilidad de crecimiento de la población y el número de hijos por familia son mayores cuando las mujeres tienen el primer parto antes de los 20 años (Henaó, Vargas y González, 2007). Por lo tanto, son indispensables

programas de educación sexual y planificación familiar que comprendan educación sobre sexualidad, acceso a métodos anticonceptivos para los adolescentes que son sexualmente activos, adquisición de destrezas para la toma de decisiones responsables sobre sexualidad y la comunicación con la pareja, situaciones de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual y consecuencias del embarazo en la adolescencia (Berlofi, 2006; Moreno, León y Becerra, 2006).

Segundo: Edad promedio de la adolescente y su pareja en la primera relación sexual y edad de la adolescente al momento de su primer embarazo.

La decisión de iniciar las relaciones sexuales está envuelta en distintos atributos como son: deseo de intimidad, relación de seguridad percibida, habilidad para resolver problemas, capacidad cognitiva, relaciones interpersonales dentro de la familia, la preocupación por el embarazo o enfermedades de transmisión sexual. La interacción de estos elementos significa una situación compleja y difícil para muchos adolescentes, por lo cual se requiere intervención familiar y del Estado para proporcionar no solo atención directa, educación, orientación y estímulo durante la adolescencia, sino en el proceso de toma de decisiones como se dijo antes. Uno de los profesionales idóneos para desempeñar este rol son las enfermeras (Fantasia, 2008; Carrillo, et al., 2017).

Muchos estudios sobre sexualidad, embarazo y maternidad adolescente se enfocan en monitorear la edad de iniciación sexual, condiciones sociales, económicas y educativas de las adolescentes, sucesivas relaciones sexuales, entre otras variables que forman parte del proceso de toma de decisiones sobre la sexualidad y maternidad. Estos eventos tienen una “carga de significados sociales” vinculados a condiciones familiares, entorno social, proyecto de vida e imágenes de género que también deben revisarse (Binstock y Näslund-Hadley, 2010, p.48).

Por su parte, Valenzuela y Villavicencio (2015), señalan que “los roles de

género impuestos institucionalmente son los que dirigen las decisiones de muchas mujeres cuando se trata del ejercicio de su sexualidad” (p.292).

Para Cáceres y Rivera (2004), existen factores interconectados que se relacionan con las conductas sexuales de los adolescentes como son “los cambios corporales, la influencia de la familia y los pares (...) y el grado de afectividad recibido por la familia puede ser un factor protector contra el inicio temprano de relaciones sexuales coitales o el embarazo temprano” (p.38). Otros factores encontrados fueron el consumo del alcohol, fumar, escaparse de clases, dormir fuera de la casa (Cáceres y Rivera, 2004).

En cuanto a la influencia proveniente de su grupo de pares, influye para que ellas no se sientan menos que sus amigas que ya iniciaron su vida sexual, y la adolescente presionada aspira vivir la experiencia personalmente, siendo señalado más frecuentemente este motivo a que ellas digan que fue por presión de sus parejas (Fantasia, 2008; Binstock y Näslund-Hadley, 2010).

Los resultados del estudio reflejan que en ambos contextos la edad promedio de la primera relación sexual de las adolescentes encuestadas se ubica en los 15 años, edad legalmente permitida para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, preocupa que se reporten edades por debajo del promedio que se configura en el delito de abuso sexual. Se hace entonces necesario, instar a las autoridades de vigilancia y control, como a las autoridades responsables en los territorios de las acciones de promoción de estados saludables y prevención de las enfermedades; el detectar y hacer seguimiento a este tipo de relaciones para determinar la naturaleza del delito, en aras de restituir derechos y legalizar responsabilidades (UNICEF y Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2014).

De igual forma, la edad de la pareja de la adolescente en su primera relación sexual se muestra en promedio 5 años mayor que ella y la edad del primer embarazo ocurre aproximadamente 1 año después del debut sexual (ver Tabla 4).

Tabla 4

Edad promedio de la adolescente y su pareja en la primera relación sexual y edad de la adolescente al momento de su primer embarazo.

| Contexto | Variable | Edad promedio | Edad mínima | Edad máxima |
|--------------------|--|---------------|-------------|-------------|
| Norte de Santander | Edad de la primera relación sexual. | 14,8 | 10 | 19 |
| | Edad de la pareja en el momento de la primera relación sexual. | 19,2 | 12 | 40 |
| | Edad de la adolescente al momento del primer embarazo. | 16 | 11 | 19 |
| Táchira | Edad de la primera relación sexual. | 15,0 | 5 | 19 |
| | Edad de la pareja en el momento de la primera relación sexual. | 20,2 | 12 | 55 |
| | Edad de la adolescente al momento del primer embarazo. | 16,3 | 12 | 19 |

Fuente: elaboración propia. Datos obtenidos de una muestra de 406 adolescentes encuestadas en Norte de Santander en el proyecto: Maternidad adolescente en Norte de Santander (período de ejecución febrero 2015 - mayo 2016), en la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta; y de una muestra de 235 adolescentes encuestadas en el Estado Táchira en el proyecto: El Táchira en Cifras 2014. Maternidad y embarazo en adolescentes (período de ejecución enero de 2014 - diciembre de 2017), en la Universidad Católica del Táchira, Venezuela.

Por su parte, la amplia diferencia de edad que hay en la pareja podría propiciar la suposición que fueron presionadas por su pareja, sin embargo, en otros estudios se ha evidenciado que fue la curiosidad y los sentimientos hacia la pareja los motores que promovieron a la adolescente a consumir la primera relación sexual, por lo tanto constituyó para ellas una experiencia deseada (Binstock y Näslund-Hadley, 2010).

Según entrevista hecha al psicólogo especialista en Juventud sobre ¿Qué sucede cuando una adolescente mantiene una relación sentimental con una persona mayor? Su respuesta fue: “son figuras que representan autoridad, cierto nivel de libertad y son heroicas para el adolescente que está en la etapa inicial. Presentan bastantes atractivos, como son jóvenes y fuertes, que todavía están en el rango que podían ser apetecibles” (Ruiz, 2012).

Tercero: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

De acuerdo con la Secretaría de Salud de México, el proceso de selección de algún método anticonceptivo por parte de la adolescente conlleva elementos fundamentales que son necesarios considerar como son:

(...) evaluar las necesidades de los adolescentes no sólo desde un punto de vista orgánico, sino también de sus necesidades emocionales, económicas, valores culturales, educativos, religiosos, etc. Evaluar a través de un buen interrogatorio y asentar en la historia clínica las condiciones de salud previa al uso del método anticonceptivo, detectando elementos de riesgo que pudieran contraindicar el empleo de algún método. Realizar la exploración física en un ambiente profesional y de manera ética. Previo a cualquier procedimiento, obtener el consentimiento de el/la adolescente e informar el por qué y para qué, en caso de no poderlo realizar diferirlo para mejor ocasión. Reconocer, aceptar y facilitar la práctica de los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes. Garantizar hasta el máximo posible que el/la usuario(a) haya comprendido el uso correcto del método seleccionado (incluyendo los posibles efectos colaterales o qué hacer en caso de olvido), resaltando la importancia de su uso continuado. (México, Secretaría de Salud, 2002, p.51)

El conocimiento y uso de anticonceptivos, entre ellos el condón, es un factor protector para embarazos no deseados; sin embargo, las relaciones sexuales a temprana edad, multiplicidad de parejas y el desconocimiento se convierten en factores de riesgo no solo para un embarazo en la adolescencia sino para la proliferación de enfermedades de transmisión sexual. El uso del condón cuando tuvieron la primera relación sexual coincide con el estudio realizado por Martínez, Parada y Duarte (2014); evidencia que coincide con los resultados del presente estudio al observar que tanto en Táchira como en Norte de Santander cerca del 60 % de las adolescentes manifestaron que su pareja no utilizó condón en su primera relación sexual (ver Tabla 5).

Tabla 5
Uso del condón cuando tuvieron la primera relación sexual

| Departamento/Estado | Sí | No | No sabe / No responde | Total |
|---------------------|--------|--------|-----------------------|-------|
| Norte de Santander | 38,7 % | 59,9 % | 1,4 % | 100 % |
| Táchira | 37,1 % | 62,9 % | - | 100 % |

Fuente: elaboración propia. Datos obtenidos de una muestra de 406 adolescentes encuestadas en Norte de Santander en el proyecto: *Maternidad adolescente en Norte de Santander (período de ejecución febrero 2015 - mayo 2016)*, en la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta; y de una muestra de 235 adolescentes encuestadas en el Estado Táchira en el proyecto: *El Táchira en Cifras 2014. Maternidad y embarazo en adolescentes (período de ejecución enero de 2014 - diciembre de 2017)*, en la Universidad Católica del Táchira, Venezuela.

Según Binstock y Näslund-Hadley (2010), las mujeres que se han embarazado en la adolescencia han enfrentado experiencias asociadas al temor al momento de iniciar sus relaciones sexuales, por un lado le manifiestan a su pareja el miedo al embarazo y por el otro, encuentran la negativa de la pareja para utilizar el condón, bajo el argumento que lo usan solo con parejas ocasionales y/o para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual; situación que evidencia relaciones desiguales entre hombres y mujeres. Por su parte, Sánchez (2005) señala que a los hombres el uso de los anticonceptivos no les interesa y que es una responsabilidad de la mujer.

También merece la pena resaltar que, aunque algunas adolescentes tengan conocimientos básicos sobre distintos métodos anticonceptivos, aún prevalecen vacíos en su uso adecuado, presentándose en ellas las mayores tasas de fallas en uso (Henaó, Vargas y González, 2007). Uno de los factores que está relacionado con este fallo, es el desconocimiento que tienen las adolescentes de su cuerpo, es decir, el desconocimiento de su ciclo menstrual y período fértil (ver Tabla 3).

No solo se presentan vacíos en el uso de los métodos anticonceptivos, sino que las adolescentes sexualmente activas, los utilizan con poca frecuencia. En el presente estudio, se observó que un 47 % de las adolescentes de Norte de Santander manifestaron que utilizan condón y 60 % pastillas anticonceptivas. En el Táchira, el 8,9 % utilizan condón y 37,3 % pastillas anticonceptivas.

Otro aspecto importante de resaltar, en lo referente al uso de métodos anti-conceptivos por parte de las adolescentes, es la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva con calidad, oportunidad y permanencia; servicios que se recomiendan de manera constante en países en vías de desarrollo con la intención de disminuir los embarazos adolescentes ya sea por el no uso o por la mala utilización de los mismos (OPS, 2010).

Cuarto: Embarazo adolescente vs. relaciones afectivas.

El inicio de relaciones afectivas y románticas iniciadas a muy temprana edad por las adolescentes es un factor relacionado con el debut sexual. Los “ritmos” de las relaciones románticas son diferentes según la edad de las mujeres. Binstock y Näslund-Hadley (2010), explican que el ritmo de la relación afectiva se refiere al:

(...) lapso que transcurre entre que la pareja se conoce hasta que comienzan a salir, desde que salen hasta que definen su relación como «enamorado», desde que se definen como «enamorado» hasta que tienen su primera relación sexual, y desde que tienen relaciones sexuales hasta, eventualmente, la ocurrencia de un embarazo. (p.52)

En este sentido, en el presente estudio se preguntó a las adolescentes ¿aproximadamente cuánto tiempo transcurrió en total desde las primeras citas pasando por el enamoramiento, el inicio de las relaciones sexuales y el primer embarazo? Los resultados muestran que en Norte de Santander el ritmo de las relaciones románticas tuvo una duración promedio de 11 meses, mínimo 1 mes y máximo 48 meses; mientras que, en el estado Táchira, el 52 % de las adolescentes su ritmo de las relaciones románticas osciló entre 1 y 12 meses, para el 26,6 % entre 1 y 2 años y 21,4 % más de 3 años.

Los resultados anteriores invitan a hacer la siguiente reflexión: si la edad de la primera relación sexual de las adolescentes consultadas en Norte de

Santander es 14,8 años y el ritmo de las relaciones sexuales duró aproximadamente 11 meses, entonces la edad de inicio de dicho ritmo fue 13,7 años de edad. En el caso del Táchira, si la edad promedio de la primera relación sexual es 15 años y el ritmo de las relaciones sexuales del 50 % de las adolescentes duró entre 1 y 12 meses, este grupo de chicas inició dicho ritmo de relaciones afectivas a los 14 años aproximadamente; si para el 26,6 % dicho ritmo duró entre 1 y 2 años el inicio de las relaciones afectivas fue entre 13 y 14 años y para el 21,4 % cuyo ritmo de relaciones románticas duró más de 3 años significa que iniciaron las relaciones afectivas a los 12 años.

Por todo lo anterior, también se observó en los resultados que más del 60 % de las adolescentes consultadas se embarazaron del mismo hombre con el cual tuvieron su primera relación sexual. En Norte de Santander el 64 % y en el Táchira 74,4 %, lo cual es una evidencia del inicio a temprana edad, del ritmo de las relaciones afectivas y una débil educación en materia de salud sexual y reproductiva.

CONCLUSIONES

El embarazo adolescente tiene múltiples causas y algunas veces deseado y en otros no deseado. Algunos estudios indican que es influenciado por la menarquia e inicio de relaciones sexuales a temprana edad.

El estudio muestra que las adolescentes, estando embarazadas e incluso tener un hijo menor de 18 meses al momento de ser consultadas, aproximadamente la mitad de ellas manifestaron no conocer su ciclo menstrual y período fértil.

Tanto en Norte de Santander como en Táchira, la edad promedio de la primera relación sexual de las adolescentes encuestadas se ubica en los 15 años, edad legalmente permitida para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, se reportan edades por debajo del promedio, que se configura en el delito de abuso sexual.

El uso del condón cuando tuvieron la primera relación sexual, tanto en Táchira como en Norte de Santander, cerca del 60 % de las adolescentes manifestaron que su pareja no utilizó condón en su primera relación sexual.

No solo se presentan vacíos en el uso de los métodos anticonceptivos, sino que las adolescentes sexualmente activas, los utilizan con poca frecuencia. Un 47 % de las adolescentes de Norte de Santander manifestaron que utilizan condón, 60 % pastillas anticonceptivas. En Táchira, el 8,9 % utiliza condón y 37,3 % pastillas anticonceptivas.

Con relación al ritmo de las relaciones románticas (duración de la relación amorosa hasta el primer embarazo), tuvo una duración promedio de 11 meses, mínimo 1 mes y máximo 48 meses en Norte de Santander; mientras que el estado Táchira, el 52 % de las adolescentes su ritmo de las relaciones románticas osciló entre 1 y 12 meses, para el 26,6 % entre 1 y 2 años y 21,4 % más de 3 años.

Los resultados del presente estudio muestran que el embarazo adolescente a temprana edad podría ser producto del imaginario que tienen los jóvenes acerca del noviazgo, algunos dan por sentado que están frente a una relación abierta y libre a practicar la sexualidad (Pérez, 2012); siendo el verdadero problema la carencia de una educación sexual adecuada para un ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez R., J. J. (2013). Los derechos sexuales y reproductivos de los géneros no-normativos. *Nomadías*, (18), 109-129.
- Alzate H. (1997). *Sexualidad Humana*. Segunda edición. Bogotá, Colombia: Editorial Temis
- Andreani, F. (1998). *Vida cotidiana y malestar de las mujeres*. Caracas, Venezuela: Ediciones FACES/UCV.
- Aritzizábal, A. N. (1995). *Psicología Evolutiva*. Cúcuta, Colombia: Litografía CREAD UFPS.

- Balvet, P., Bernard, J., Brès, Y., Brun, J., Ceccaty, M. de; Chasteland, C., Chatignon, M., Chauchard, P., Chirpaz, F., Deguy, M., Dufrenne, M., Dumas, A., Dumas, F., Fríase, P., Grégoire, M., Guichard-Meili, S., Hecht, J., Henry, P. M., Hesnard, A., Koupernik, C., Lebovici, S., Lestapis, R. P. Stanislas de; Muller, P., Nodet, Ch. H., Oraison, A. M., Ricoeur, P., Robert, R., Sarano, J., Simon, A., Texier, G., Vièlle-M. A. (1965). *La sexualidad*. Barcelona, España: Editorial Fontanella.
- Berlofi, L. M., Alkmin, C. A., E. L., Barbieri, M., Falbo, G., C. A. y De Araújo, F. F. (2006). Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 196-200. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200011>
- Binstock, G. y Näslund-Hadley, E. (2010). Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima: una aproximación cualitativa. *Debates en Sociología*, (35), 45-67.
- Blanco, R. (2010). Sexualidades adolescentes: amor, placer y control en la Argentina contemporánea. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Brasil. *Rio de Janeiro*, (6), 144-152. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872010000100010>
- Bres, I., Balvet, P., Bernard, J., Brès, Y., Brun, J., Ceccaty, M. de., Chasteland, C., Chatignon, M., Chauchard, P., Chirpaz, F., Deguy, M., Dufrenne, M., Dumas, A., Dumas, F., Fríase, P., Grégoire, M., Guichard-Meili, S., Hecht, J., Henry, P. M., Hesnard, A., Koupernik, C., Lebovici, S., Lestapis, R. P. S., Muller, P., Nodet, C., Oraison, A. M., Ricoeur, P., Robert, R., Sarano, J., Simon, A., Texier, G., Vièlle-Michel, A. (1965). *La ética ante la sexualidad*. En *la sexualidad*. Barcelona, España: Editorial Fontanella.
- Cáceres R. y Rivera de P. (2004). Características relacionadas con el inicio de Actividad sexual en Mujeres Adolescentes de 15 a 19 años. San Salvador 2003. *Crea Ciencia, junio 2005*, 2, 10-13.
- Cañón, S.C.; Castaño C., J.J.; Díaz, S.A.; Hernández, J. A.; Hoyos M., Y.; López M., F.; Manchego A., K.; Narváez, C.W.; Noguera, V.; Ortega,

- A.M. (2011). Prácticas y comportamientos sexuales de estudiantes de la Universidad de Manizales Colombia 2010: *Psicología desde el Caribe*, (28), 77-106.
- Cardona-Lozada, D. (2014). Mujeres y anticonceptivos ¿liberación femenina? *Persona y Bioética*, 18(1), 12-21.
- Carrillo S., Arenas V., Cadrazco U., y Amaya S., (2017). Representaciones Sociales de la función de la Familia -Escuela en la educación. En Graterol, M. E., Mendoza, M.I, Contreras, J., Graterol, R., Espinosa, J.F. (Eds), *La Base de la Pirámide* (pp.353-372). Maracaibo, Venezuela: Publicaciones Universidad del Zulia.
- Climent, G. I. (2009). Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(29), 236-275.
- Colombia, Consejo Nacional Legislativo, Ley 57 de 1887, sobre la adopción de códigos y unificación de la legislación nacional, Código Civil. Diario Oficial No. 7.019 del 20 de abril de 1887. Código Civil sancionado el 26 de mayo de 1873.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 459 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Diario Oficial No. 48.367 de 9 de marzo de 2012. http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_0459_2012.htm
- Coria, C. (2012). *Erotismo, mujeres y sexualidad. Después de los 60*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Craig G. J. (1994). *Desarrollo Psicológico*. Naucalpan, México: Editorial Prentice Hall.
- Chauchard, P. (1965). Dimensiones de la Sexualidad. En *La sexualidad*. Balvet, P.; Bernard, J.; Brès, Y.; Brun, J.; Ceccaty, M.; Chasteland, C.; Chatignon, M.; Chauchard, P.; Chirpaz, F.; Deguy, M.; Dufrenne, M.; Dumas, A.; Dumas; F.; Fríase, P.; Grégoire, M.; Guichard-Meili, S.; Hecht, J.; Henry, P. M.; Hesnard, A.; Koupernik, C.; Lebovici, S.;

- Lestapis, R. P. S.; Muller, P.; Nodet, C.; Oraison, A. M.; Ricoeur, P.; Robert, R.; Sarano, J.; Simon, A.; Texier, G.; Vièlle-Michel, A. Barcelona, España: Editorial Fontanella.
- Díaz A., G. (1995). Historia de la anticoncepción. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11(2), 192-194. Recuperado en 14 de abril de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200015&lng=es&tylng=es
- Fantasia, H. C. (2008). Concept Analysis: Sexual Decision Making in Adolescence. *Nursing Forum*, 43(2), 80-90.
- Fraisse, P. (1969). Why is naming longer than reading? *Acta Psychologica*, 30, 90-103.
- Galán Ch., G. (2010). 50 años de la píldora anticonceptiva. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(4), 217-220. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000400001>
- Glosario de Educación Sexual Integral. (s.f.). Recuperado de: <http://www.arzeno.edu.ar/attachments/article/45/Glosario%20de%20Educacion%20Sexual%20Integral.pdf>
- Gregoire M. (1965). Una última palabra sobre el amor. En *La sexualidad*. Balvet, P.; Bernard, J.; Brès, Y.; Brun, J.; Ceccaty, M.; Chasteland, C.; Chatignon, M.; Chauchard, P.; Chirpaz, F.; Deguy, M.; Dufrenne, M.; Dumas, A.; Dumas, F.; Fríase, P.; Grégoire, M.; Guichard-Meili, S.; Hecht, J.; Henry, P. M.; Hesnard, A.; Koupernik, C.; Lebovici, S.; Lestapis, R. P. S.; Muller, P.; Nodet, C.; Oraison, A. M.; Ricoeur, P.; Robert, R.; Sarano, J.; Simon, A.; Texier, G.; Vièlle-Michel, A. Barcelona, España: Editorial Fontanella.
- Hech J. y Chasteland J.C. (1965). Demografía y conocimiento de la sexualidad. En *La sexualidad*. Balvet, P.; Bernard, J.; Brès, Y.; Brun, J.; Ceccaty, M.; Chasteland, C.; Chatignon, M.; Chauchard, P.; Chirpaz, F.; Deguy, M.; Dufrenne, M.; Dumas, A.; Dumas, F.; Fríase, P.; Grégoire, M.; Guichard-Meili, S.; Hecht, J.; Henry, P. M.; Hesnard, A.; Koupernik, C.; Lebovici, S.; Lestapis, R. P. S.; Muller, P.; Nodet, C.; Oraison, A. M.; Ricoeur, P.; Robert, R.; Sarano, J.; Simon, A.; Texier, G.; Vièlle-

- Ile-Michel, A. Barcelona, España: Editorial Fontanella.
- Henaó E., J; Vargas T., E; González, C; (2007). Fecundidad adolescente, género y desarrollo. Territorios, 47-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35701704>
- Hernández, M I.; Unanue, N.; Gaete, X.; Cassorla, F. y Codner, E. (2007). Edad de la menarquia y su relación con el nivel socioeconómico e índice de masa corporal. Revista médica de Chile, 135(11), 1429-1436. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001100009>
- Ibarra, M. L. (2003). Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer. Revista cubana de Psicología, 20(1), 43-48.
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (s.f.). Anticoncepción de Emergencia. Recuperado de http://icmer.org/wp_ae/informacion-general-2/
- Juárez H. y C., (2009). Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. La ventana. Revista de estudios de género, 4(30), 148-180.
- Lagarde M. (2001). Claves feministas para la negociación en el amor. 1° edición. Managua, Nicaragua: Puntos de Encuentro. Recuperado en <https://docs.google.com/file/d/0BwaXltUWX02VOTg1N-2Q1ZWItM2FhMi00ZDE0LWE4ZDEtMWY1Y2RhMjc2ODA0/edit?hl=es>
- Lugones B., M. y Ramírez B., M. (2013). El preservativo más viejo del mundo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 39(3), 306-310. Recuperado en 14 de abril de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000300010&lng=es&tylng=es
- Magallanes D.E.A.; Albornoz A.N.; Mazuera, A.R.; Machado M.J.E.; Ramírez L.; R.H.; Vivas F., C.Z.; Aleta A., J.D. (2015). El Táchira en cifras 2014. Maternidad y Embarazo en adolescentes. San Cristóbal, Venezuela: Observatorio Social, Universidad Católica del Táchira. Recuperado de: www.ucat.edu.ve/oset
- Martínez T., J.; Parada C., L. y Duarte, K. (2014). Uso de condón en la primera relación sexual en estudiantes entre 18 y 26 años de una Universidad Pública. MedUNAB, 16(3), 112-117.

- Mazuera Arias, R., Albornoz Arias, N.C., Ramírez Martínez, C.; Carreño Paredes, M.T.; Peinado Contreras, Y.C.; Morffe Peraza, M.A.; Gallardo Pérez, H.J. (2017). Maternidad adolescente en el Norte de Santander. Maracaibo, Venezuela: Universidad del Zulia.
- México, Secretaría de Salud (2002). Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. Distrito Federal, México: Dirección General de Salud Reproductiva.
- Moreno, S.; León C.M.; y Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espacio Abierto*, 15(4), 787-803.
- Muuss R.E. (1966). Teorías de la adolescencia. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- OMS (s.f.). Salud del Adolescente. Derecho de la adolescencia. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OPS (2010). Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018. Washington, D.C.: OPS. Recuperado en <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- Pacheco S., C. I. (2015). Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29), 62-82.
- Papalia, D.; Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). *Psicología del Desarrollo*. Bogotá, Colombia: McGraw-Hill. 8va ed.
- Pérez B., M. C. (2012). Edu-entretenimiento: estrategia comunicativa para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en Montería-Córdoba. *Revista Anagramas*, 10(21), 123-132.
- Reich, W. (1972). La Función del orgasmo, el descubrimiento del orgón: problemas económico-sexuales de la energía biológica. Barcelona, España: Editorial Paidós. Traducción de *The discovery of the Organ. The function of the orgasm* (1945), Vol. 1.

- Rodríguez, F., Primo, S. E., Martínez Calvo, E. & Sánchez, M. (2006). Sida/ITS y sexualidad en ingresantes universitarios. *Ciencia, docencia y tecnología*, (33), 135-150.
- Ruíz, L.F. (2012). Amor adolescente por una persona mayor. *Vanguardia.com* (enero, 18). Entrevista realizada al psicólogo Juan Gabriel Sánchez. Recuperado de <http://www.vanguardia.com/vida-y-estilo/jovenes/139730-amor-adolescente-por-una-persona-mayor>
- Sánchez B., M. (2005). Poder de negociación sexual en la adolescencia. *Programa Especial de Investigación en Ciencias Sociales de la Organización Mundial de la Salud*.1 (8), pp.5-73.
- Singh, G.K. y Yu, S.M. (1996). Trends and differentials in adolescent and young adult mortality in the United States, 1950 through 1993. *American Journal of Public Health*. Dro., 86, 560-564.
- Stern, C. (2007). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios sociológicos*, 105-129.
- UNICEF (2011). *La adolescencia. Una época de oportunidades*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Recuperado de http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/50WC-2011-Executive-Summary_SP_01122011.pdf
- UNICEF y Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (2014). *Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años*. Recuperado de <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Estrategia-prevencion-embarazo-adolescencia.pdf>
- Uribe, J.I., Riaño, M.E., Bonilla, N.J., Carrillo, S.M., Hernández, Y., Bahamón, M.J. (2017). Percepción de autoeficacia vs. rechazo del uso del condón en las prácticas sexuales de mujeres y hombres jóvenes. *Psicogente*, 20(37), p.25-35.
- Valenzuela O., C. y Villavicencio M., L. (2015). *La constitucionalización de los derechos sexuales y reproductivos: Hacia una igual ciudadanía*

para las mujeres. *Ius et Praxis*, 21(1), 271-314.

Valenzuela R., E. y Casas B., L. (2007). Derechos sexuales y reproductivos: confidencialidad y VIH/SIDA en adolescentes chilenos. *Acta Bioethica*, 13(2), 207-215.

Yepes V., C. (2014). Hechos de acción colectiva: Derecho a la planificación familiar ya la libre opción de la maternidad. *La Manzana de la Discordia*, 9(2), 89-99.

Cómo citar este capítulo:

Albornoz-Arias, N., Mazuera-Arias, R., Carreño-Paredes, M.T., Cuberos, M.A., Vivas-García, M., Morffe-Peraza, M.A., y Pabón Rodríguez, A.F. (2017). Adolescencia, sexualidad, fecundidad y embarazo. Una mirada en el departamento Norte de Santander y estado Táchira. En Albornoz-Arias, N., Mazuera-Arias, R., Espinosa-Castro, J.F. (Ed.), *Adolescencia: su relación con la familia, educación y sexualidad. Un enfoque transdisciplinario* (pp.17-56). Barranquilla, Colombia: Ediciones Universidad Simón Bolívar.