

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:  
ABORTO INDUCIDO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADAS DE 13 A 15  
AÑOS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, COLOMBIA**

*Ponencia presentada al Quinto Congreso de la Asociación Latinoamericana de  
Población. Montevideo, Uruguay, 23 a 26 de octubre de 2012*

**AUTORAS:**

*Stephanía Villamizar Cubides<sup>1</sup>*

*Paola Robayo Escobar<sup>2</sup>*

**COAUTORAS:**

*Yenny Marcela Hernández<sup>3</sup>*

*Nataly Moreno Arce<sup>4</sup>*

## **1. RESUMEN**

La presente ponencia tiene como objetivo principal dar a conocer los datos obtenidos en la primera fase de la investigación *Salud sexual y reproductiva: aborto inducido en adolescentes escolarizadas en la ciudad de Bogotá*, que tiene como base un total de 5.000 formularios de consignación reservada, diligenciados en 42 instituciones públicas de educación media por sendas estudiantes de 13 a 15 años de edad. Teniendo en cuenta que en Colombia, no existen investigaciones acerca de la salud sexual y reproductivo en menores de 15 años.

---

<sup>1</sup> Psicóloga de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia. (tifanuff5@hotmail.com)

<sup>2</sup> Estudiante de noveno semestre de Psicología, de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia. (pao.robayo@hotmail.com)

<sup>3</sup> Trabajadora Social de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia.

<sup>4</sup> Psicóloga de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia.

De las cinco mil participantes, el 25,5% (1.261) había iniciado vida sexual en el momento de la encuesta. De ellas, el 61,3% (773) han creído estar embarazadas; el 30,4% (235) ha estado realmente en embarazo, y de estas últimas el 46% (108) se ha practicado un aborto inducido.

Este trabajo es la continuación de la prueba piloto realizada entre agosto y octubre del 2009, y que fue presentada en el V Congreso de ALAP que tuvo lugar en octubre de 2010 en La Habana, Cuba. La prueba fue realizada en 12 instituciones de educación media de la ciudad de Bogotá, Colombia, para conocer la incidencia del aborto inducido en adolescentes escolarizadas. Se aplicaron 2.467 encuestas a mujeres estudiantes de 12 instituciones de educación media que se encontraban entre los 13 y 15 años de edad. El instrumento evidenció que el 24,6% de las entrevistadas había iniciado vida sexual; que el 22,8% inició vida sexual a los 14 años; que el 58,1% de quienes habían iniciado vida sexual había creído estar embarazada alguna vez y que el 23,5% de ellas se había practicado un aborto. El método más utilizado entre ellas fueron las pastillas, con un 39,1%.

La presente ponencia da a conocer los datos obtenidos al final de la primera fase de esta investigación, para lo cual se han diligenciado 5.000 formularios de consignación reservada en 42 instituciones públicas de educación media. El trabajo, titulado *Salud sexual y reproductiva: aborto inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años en la ciudad de Bogotá*, se ha realizado gracias al apoyo del Centro de Estudios Sobre Dinámica Social, CIDS, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Externado de Colombia. En la obtención de los resultados que se presentan en esta ponencia han participado como coautoras Yenny Marcela Hernández y Nataly Moreno Arce, egresadas de los programas de Trabajo Social y Psicología, respectivamente. Como autoras, Paola Robayo Escobar, estudiante de noveno semestre de Psicología, y Stefanía Villamizar Cubides, egresada de Psicología.

## 2. MARCO CONCEPTUAL -ABORTO INDUCIDO

### 2.1 Definición de aborto

El término aborto proviene del latín *abortus*, en donde la partícula *ab* significa mal y *ortus*, nacimiento. En su acepción más usada, aborto significa ***parto anticipado, privación del nacimiento, nacimiento antes de tiempo***. El aborto es la muerte del feto por expulsión, natural o provocada, en cualquier momento de la vida intrauterina. Desde un punto de vista más jurídico, el investigador Leonelo Marthe Zapata (1994)<sup>5</sup> lo ha definido como la interrupción prematura, natural o violenta del embarazo y por consiguiente la expulsión en las primeras 28 semanas, después de la concepción, es decir, antes de la viabilidad (p.31). En esta investigación, el aborto inducido hace referencia al mecanismo de expulsión del feto de manera provocada, ya sea por medios químicos o quirúrgicos.

### 2.2 Aborto inducido a nivel mundial

En 1967, la resolución 20.41 de la Organización Mundial de la Salud reconoció que el aborto constituía un importante problema de salud pública para las mujeres en muchos países; de acuerdo con la OMS, las consecuencias del aborto practicado sin precauciones representan una parte importante de la mortalidad materna, y las mujeres que sobreviven pueden sufrir secuelas a largo plazo, entre ellas la afectación de la fecundidad<sup>6</sup>.

En 1995 se practicaron en Europa 7'700.000 abortos, 6'800.000 legales y 900.000 ilegales; en Asia ocurrieron 26'800.000; de ellos 16'900.000 fueron legales y 9'900.000, ilegales. En África se practicaron 5'000.000, todos ellos ilegales. En Oceanía, en cambio,

---

<sup>5</sup> Marthe Zapata, L. (1994). El aborto en Colombia y en otros países: aspectos médico-jurídicos. Bogotá, Editorial Grijalbo, p. 31.

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud (1995). Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. P. 7

hubo 100.000 procedimientos, todos legales. En Alemania, Bélgica, Suiza y los Países Bajos, las tasas de aborto inducido son inferiores a 10 por cada mil mujeres.

Sólo en 56 de los 190 países del mundo es permitido el aborto (22%). De ellos, el 6% corresponde a países en vía de desarrollo y el 16%, a países desarrollados. Para 1996, en Estados Unidos, se cuentan 1'365.700 abortos inducidos, todos legales. No obstante, no existen estadísticas de los ilegales.

### ***2.3 Aborto en América Latina y el Caribe***

Como lo mencionan la OMS (1994) y el estudio realizado por el Instituto Alan Guttmacher, el panorama general del aborto en nuestra región puede resumirse así:

*“en América Latina el aborto es permitido en Cuba, Puerto Rico y algunos países pequeños del Caribe y se practica en clínicas del gobierno por personal calificado en condiciones seguras, pero también por personal poco idóneo en condiciones de riesgo. La OMS calcula que en todo el mundo mueren cada año alrededor de 500.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, en 1995 se registraron 26 millones de abortos legales, 20 millones ilegales, obteniendo una tasa mundial de 35 abortos por 1.000 mujeres entre los 15 y 44 años, En Sur América, estas cifras corresponden a 3 millones al año con una tasa de 39 abortos por 1.000 mujeres entre los 15 y 44 años. Según estimaciones recientes, alrededor del 15% de las muertes mencionadas podrían ser debidas a complicaciones del aborto provocado sin garantías de seguridad”<sup>7</sup>.*

En América Latina se producen 4'200.000 abortos al año, distribuidos así: en las islas del Caribe, 400.000; en países de América Central, 800.000, y en Suramérica, 3'000.000. Todos estos procedimientos son ilegales, pues en estos países el aborto no es permitido<sup>8</sup>. *Según la OMS, América Latina es la región con más altas tasas de aborto inseguro con 41 por 1.000 mujeres. Esta cifra es casi tres veces más alta que el promedio mundial (15 x 1.000), y cinco veces más alta que los países industrializados”.*

---

<sup>7</sup> The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Bol. OMS 1994; 5-32.

<sup>8</sup> The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Bol. OMS 1994; 5-32.

## ***2.4 Aborto en Colombia***

En su libro sobre los aspectos legales y jurídicos del aborto, Leonelo Marthe Zapata (1994)<sup>9</sup> hace un breve recuento histórico del significado legal que ha tenido el aborto en Colombia en los siglos IXX y XX, que se puede resumir de la siguiente manera:

Para 1837, el aborto era un delito de “culpas contra los particulares”, es decir, el bien jurídico tutelado no era la vida ni la integridad física, sino que se refería a una especie de protección de intereses colectivos, como la moral y las buenas costumbres, concediéndose una rebaja de penas cuando era practicado por razones de “honoris causa”, es decir, para salvar el honor de la mujer o de la familia. El procedimiento tampoco era punible en caso de peligrar la vida de la madre<sup>10</sup>.

Para 1886, por influjo de la Constitución de ese año y teniendo en cuenta el principio de la divina enseñanza religiosa y la restricción de los derechos individuales, el aborto fue prohibido bajo cualquier circunstancia<sup>11</sup>. Esta tendencia se modificó en 1890 con nuevas formas jurídicas; éstas no sólo penalizaban la realización o el intento de aborto sino que lo consideraban una decisión no autónoma de las mujeres. Por ello se condenaba a aquel que practicara un aborto, con o sin el consentimiento de la mujer, y se exoneraba al médico cirujano que realizara el procedimiento con el fin de salvar la vida de la gestante<sup>12</sup>.

En 1936 entró en vigor la justificación *honoris causa*, la cual establecía que la sanción penal podía disminuir a la mitad o a las dos terceras partes, o incluso concederse el perdón judicial, si el aborto se había causado para salvar el honor propio, el de la madre, la mujer descendiente, hija adoptiva o hermana. Con esta disposición, lejos de reconocer el

---

<sup>9</sup> Marthe Zapata, L. (1994). El aborto en Colombia y en otros países: aspectos médico-jurídicos. Bogotá, Editorial Grijalbo, p.p. 81-96.

<sup>10</sup> Marthe Zapata, L. (1994). El aborto en Colombia y en otros países: aspectos médico jurídicos. Bogotá, ed. Grijalbo, p. 81

<sup>11</sup> Marthe Zapata, L. (1994). El aborto en Colombia y en otros países: aspectos médico jurídicos. Bogotá, ed. Grijalbo, p. 84.

<sup>12</sup> Marthe Zapata, L. (1994): p.p. 81-84. en Hernández, Marcela. “Colombia y el aborto inducido”. *En La decisión de un aborto inducido para 2.210 adolescentes escolarizadas entre 13 y 15 años en la ciudad de Bogotá*. Tesis de grado para optar al título de Trabajadora Social, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2012 p. 36.

aborto como derecho o la autonomía de la mujer, la ley se limitaba a eximir de pena a aquel (médico, cirujano) que aplicara el procedimiento amparado en la reserva del honor. Vale aclarar que la iglesia católica seguía condenando el aborto en todos los casos<sup>13</sup>.

En 1979, Consuelo Lleras puso a consideración del Congreso un proyecto de ley de despenalización del aborto en circunstancias especiales. La propuesta obedecía a políticas poblacionales en salud pública y a la presión internacional que se originó en los encuentros políticos internacionales de México en 1975, el año internacional de la mujer. Por primera vez, se buscaba que el Legislativo avanzara en un proyecto para permitir la interrupción *terapéutica* del embarazo (cesar la gestación por diversas causas de origen médico). La intención era reducir la carga moral del aborto e iniciar la discusión en el marco de los derechos reproductivos de las mujeres. Este proyecto de ley, que ocasionó malestar en la sociedad de la época, no alcanzó siquiera a entrar en debate legislativo<sup>14</sup>.

Para 1991, la nueva Constitución proclamó a Colombia como un Estado Social de Derecho y separó formalmente el poder eclesiástico del Estado. Este nuevo estado de cosas, como lo enuncia en su tesis Marcela Hernández,

permite que en 1993 la penalización del aborto sea demandada por inconstitucional, y que en 1994 se retome el debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo, esta vez desde el punto de vista de los derechos. En este orden de ideas, la Iglesia refuerza su posición tradicional con respecto a los valores familiares y, por supuesto, al principio de la inviolabilidad de la vida. Así las cosas, la demanda de inconstitucionalidad se resuelve en el mismo sentido de la posición católica: La Corte considera que, al ser la vida un derecho reconocido como fundamental por el Estado, la penalización del aborto *es constitucional*<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Marthe Zapata, L. (1994): p. 87. en Hernández, Marcela. "Colombia y el aborto inducido". En *La decisión de un aborto inducido para 2.210 adolescentes escolarizadas entre 13 y 15 años en la ciudad de Bogotá*. Tesis de grado para optar al título de Trabajadora Social, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2012 p. 36-37.

<sup>14</sup> Marthe Zapata, L. (1994): p.p. 93-95; 413. en Hernández, Marcela. "Colombia y el aborto inducido". En *La decisión de un aborto inducido para 2.210 adolescentes escolarizadas entre 13 y 15 años en la ciudad de Bogotá*. Tesis de grado para optar al título de Trabajadora Social, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2012 p. 37.

<sup>15</sup> Hernández, Marcela. "Colombia y el aborto inducido". En *La decisión de un aborto inducido para 2.210 adolescentes escolarizadas entre 13 y 15 años en la ciudad de Bogotá*. Tesis de grado para optar al título de Trabajadora Social, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2012 p. 37.

Con esta declaración de la Corte, nuestro país seguía siendo uno de los tres en Latinoamérica que aún mantenía la sanción penal al aborto en todos los casos. Los otros dos eran Chile y El Salvador.

Pero en esa misma década, Lucero Zamudio y el CIDS de la Universidad Externado adelantaron la primera investigación representativa sobre interrupción voluntaria del embarazo: *Aborto inducido en Colombia: características demográficas y socioculturales* (1992)<sup>16</sup>. El estudio tomó a 33.275 mujeres de 15 a 55 años, en lo que constituye una muestra representativa del país por región y estrato socioeconómico.

Para mostrar la magnitud del fenómeno en el país, Zamudio y el CIDS plantearon cuatro indicadores: El primero es la *proporción de mujeres embarazadas alguna vez que han tenido una o más experiencias de aborto*. En Colombia el 30,3% de las mujeres que alguna vez han estado embarazadas acepta haberse practicado un aborto. El segundo indicador es la *proporción de mujeres con más de un aborto*. Aunque la mayoría de las mujeres que han abortado acepta haber tenido sólo un aborto (79,2%), una quinta parte de ellas (20,8%) ha pasado por dos procedimientos o más: 16,2% ha tenido dos, 3,4% ha tenido tres y 1,2% ha tenido cuatro o más abortos. El tercer indicador es el *promedio de abortos por cada mujer bajo riesgo*. Por cada mujer que ha estado embarazada alguna vez, el índice de riesgo es de 0,29, pero la proporción asciende a 1,27 entre las mujeres que han abortado alguna vez. El cuarto y último indicador es el *impacto del aborto en la reducción de la descendencia*. En Colombia, el promedio de hijos por mujer en el sector urbano es de 1,9, y en todo el país es de 2,2; entretanto, el promedio de abortos es de 0,29<sup>17</sup>.

Luego del estudio del CIDS, en 2005, la abogada Mónica Roa y la organización *Women's Link Worldwide (WLW)* interpusieron una nueva demanda de inconstitucionalidad a la penalización total del aborto. Para ello se empleó el litigio de alto impacto, que consiste en presentar una demanda basada en un caso particular con el objetivo de que los efectos legales de la misma trasciendan el interés individual y generen cambios sociales más amplios. Además de la ampliación del caso particular, este tipo de litigio busca articular el

---

<sup>16</sup> Zamudio, L. y Otros (1992). El aborto inducido en Colombia. Cuadernos del CIDS serie número 1, centro de investigación sobre dinámicas social. Universidad Externado De Colombia, Bogotá, 1999.

<sup>17</sup> Zamudio, L (2000). El aborto en Colombia: Dinámica sociodemográfica y tensiones socioculturales.

proceso jurídico con estrategias de comunicación a gran escala, de manera que se genere presión social sobre el ente que ha de decidir sobre el caso. Pero, pese a todo lo anterior, en esa oportunidad la Corte se declaró inhibida para expedir un fallo, argumentando errores de forma en la demanda.

Finalmente, en el año 2006 la Corte Constitucional se ve obligada a emitir un fallo, y en él consagra la despenalización del aborto en tres casos específicos:

- Riesgo para la salud de la madre, el cual debe demostrarse con certificado expedido por un médico.
- Incompatibilidad del feto con la vida, es decir, por malformaciones fetales.
- Que el embarazo sea causado por violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidos por la mujer. Para hacer efectivo el aborto, estos hechos deben haberse denunciado ante la Fiscalía.

### **3. ANTECEDENTES**

Han pasado seis años desde la despenalización del aborto en Colombia para los tres casos señalados, y cerca de veinte desde que el CIDS realizara la primera investigación sobre aborto inducido basada en una muestra representativa. Por ello, la Universidad ha incursionado nuevamente en el tema, tomando en cuenta un hallazgo clave, proveniente de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005: Las mujeres no sólo experimentan la menarquia a menor edad, sino que la fecundidad de las menores se ha incrementado.

Teniendo en cuenta este reporte, se consideró fundamental conocer la problemática del aborto inducido en adolescentes. Se planteó entonces un piloto de investigación relativo a la problemática de aborto en adolescentes de 13 a 15 años, que se realizó entre agosto y

octubre de 2009. Diligenciaron el cuestionario 2.467 adolescentes de 13 a 15 años, estudiantes de 12 colegios públicos de la ciudad de Bogotá seleccionados aleatoriamente. Para garantizar la obtención de información en un marco ético, en condiciones de legalidad y confidencialidad, se decidió trabajar en instituciones educativas públicas con autorización del rector, y emplear el mecanismo de encuesta de autodiligenciamiento secreto y consignación reservada. El instrumento se elaboró tratando de conservar al máximo la secuencia lógica entre las preguntas formuladas.

El tema del aborto provocado pone de manifiesto que existe un prejuicio para observar la relación entre edad y prácticas sexuales, que en América Latina probablemente se mantiene por razones morales: Se asume que las mujeres acceden a este procedimiento sólo después de los 15 años. En consecuencia, quedan invisibles todas las problemáticas relacionadas con salud sexual y reproductiva que puedan darse por debajo de este rango de edad. Lo que al respecto pudo detectar la prueba piloto es que el 23,5% de las adolescentes escolarizadas que han iniciado vida sexual se han practicado al menos un aborto inducido. Dentro de este porcentaje, el 79,7% han pasado por el procedimiento una vez; al otro 16,7% se le ha practicado dos veces.

La penalización al aborto inducido para la mayoría de los casos, que existe en Colombia y en la mayoría de países de América Latina; la falta de acceso a anticonceptivos; la escasa o inoportuna información sobre el uso de estos, hace que las adolescentes tengan que acudir a procedimientos poco ortodoxos para abortar, y a establecimientos que no cumplen con las medidas de salubridad que requiere esta práctica. Las consecuencias de ello para la mujer van desde infecciones intrauterinas, quistes a largo plazo, cáncer y esterilidad, hasta la muerte.

Es difícil pensar que la toma de decisión sobre el aborto está libre de determinantes como la escasa experiencia de las adolescentes, la presión de los padres o el control de la vida sexual por parte de los mismos. El tema de las motivaciones es una veta interesante para explorar, y puede tener un impacto positivo en la prevención del embarazo

adolescente, pues implica un acercamiento a las condiciones reales en que los jóvenes actúan y toman decisiones.

## **4. METODOLOGÍA**

El presente trabajo hace parte de una investigación sobre aborto inducido en adolescentes escolarizadas que se realiza en las cinco ciudades colombianas de mayor densidad poblacional. A su vez, toda la construcción sobre aborto en adolescentes se relaciona con una investigación de mayor envergadura sobre aborto inducido en mujeres de 15 a 55 años de edad de 23 ciudades del país, que viene realizando el CIDS de la Universidad Externado de Colombia.

La investigación sobre *aborto inducido en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Bogotá* ha recogido información por medio de un estudio descriptivo exploratorio transversal, de tipo cuantitativo y cualitativo. Los datos estadísticos que se ofrecen pueden contribuir a la comprensión de las problemáticas de salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la capital de la república.

En seguida se presentan los resultados de la investigación sobre *aborto inducido farmacológico y uso de las píldoras del día después en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad*. En primer lugar, se da una descripción del marco muestral empleado y se justifica el tamaño de la muestra utilizada. Luego, se da a conocer el diseño de la muestra con base en la información disponible; de igual forma, se señalan los procedimientos utilizados para la selección de las áreas de investigación y se explican los métodos para el cálculo de la muestra: expansión, nivel del universo y cálculo de errores muestrales, con base en lo cual se lleva a cabo la recolección y el procesamiento de la información.

#### ***4.1 BASE MUESTRAL***

Para la muestra de investigación, se seleccionaron las cinco ciudades con mayor densidad poblacional con respecto a las demás ciudades de Colombia, que en su orden son Bogotá, Barranquilla, Medellín, Cali y Bucaramanga. Adicionalmente, y en virtud de su población, estas ciudades son también las que cuentan con mayores recursos para el desarrollo de la educación en el país.

Para la aplicación del instrumento de recolección de información se seleccionó la población escolarizada femenina que se encuentra entre los 13 y los 15 años de edad, la cual se ubicó en las instituciones de educación secundaria. En Colombia, como en el resto de Latinoamérica, las instituciones educativas pueden ser de carácter oficial (público) o no oficial (privado). Para efectos de esta investigación con la muestra de colegios de carácter oficial. Los resultados que se utilizan en esta investigación corresponden al 26,6% de la muestra total de este proyecto.

#### ***4.2 REPRESENTATIVIDAD Y DISEÑO DE LA MUESTRA***

El problema central para el diseño de la muestra fue la representatividad con respecto a la población que se pretendía conocer. En principio, se trabajó con una muestra representativa de los colegios privados y públicos de las cinco ciudades seleccionadas, sin tener un marco muestral de edades simples, escolaridad o de adolescentes con experiencia de aborto inducido. La base de colegios disponible, en donde se especifican los datos por institución, procede del directorio de colegios del Ministerio de Educación Nacional, y está disponible en medio magnético.

El universo de la investigación son todos los colegios con presencia de adolescentes femeninas con edades de 13 a 15 años, residentes en el área urbana. Se utilizó un método de muestreo aleatorio simple, por medio del método coordinado negativo, por tipo y por conglomerados de tamaño desigual.

### **4.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Debido que en Colombia no se ha desarrollado hasta el momento una investigación cuantitativa con relación a la problemática del aborto en menores de 15 años, no existen datos estadísticos que permitan dar cuenta del comportamiento próximo de este fenómeno. Para dar cuenta del mismo, se ha estimado el tamaño de muestra de la siguiente manera: La unidad de información son las estudiantes escolarizadas de 13 a 15 de colegios públicos de años. Las unidades de análisis son el grupo de edades de 13, 14 y 15 años de edad, y la ciudad de Bogotá. La estimación de error es del 2%.

### **4.4 UNIVERSO**

#### *Colegios públicos de Bogotá:*

<i>Total de colegios</i>	<i>Colegios de básica secundaria</i>	<i>Colegios con presencia de estudiantes femeninas</i>	<i>Muestra colegios públicos</i>	<i>1ª. Fase</i>
358	244	243	158	40

### **4.5 ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN**

Como ya se mencionó, una investigación sobre aborto en adolescentes presenta un problema ético en cuanto a la ilegalidad de la práctica del aborto inducido en la mayoría de los casos y de los métodos abortivos que eventualmente declaren las participantes. Al cruzarse con la edad de las personas que detentan la información, la dificultad ético legal se acentúa.

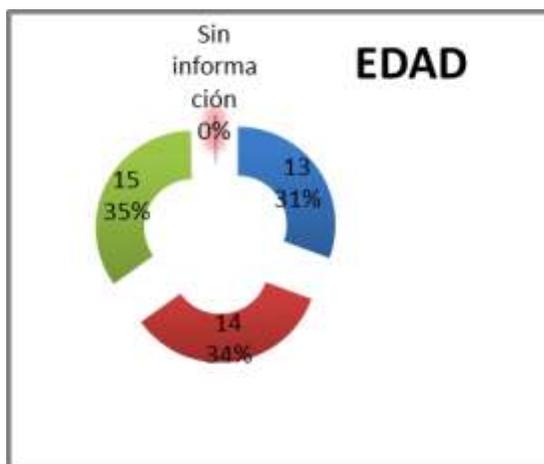
Para solventar el problema, se resolvió recolectar la información a través de un método que permitiera tanto acceder a los datos necesarios como garantizar a las participantes las mejores condiciones de reserva, confiabilidad, anonimato y respeto. Con estos propósitos se utilizó una encuesta estructurada en un formulario de consentimiento

secreto, estrategia y aprobada en otras investigaciones sobre aborto inducido en la Facultad para garantizar privacidad y aumenta así la veracidad de las respuestas.

*El microrregistro de autodiligenciamiento para la información cuantitativa.* Es una encuesta que consta de 19 preguntas de autodiligenciamiento secreto y consignación reservada, de las cuales se pretende obtener la información necesaria para el cálculo de las medidas básicas con relación a la temática de salud sexual y reproductiva en adolescentes entre los 13 a 15 años de edad.

## 5. HALLAZGOS DE LA PRIMERA FASE DE LA INVESTIGACIÓN

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION: EDAD Y ESTRATO SOCIAL



Fuente: Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012)

Los formularios fueron aplicados a 5.000 adolescentes entre 13 y 15 años estudiantes de 40 colegios públicos de la ciudad de Bogotá. De las 5.000 adolescentes están distribuida en las adolescentes de 15 años son el grupo porcentualmente más significativo con el 34,6% las adolescentes de 15 años, seguido del 34,5% de las adolescentes de 14 años y del 34,6% de la muestra, que corresponde a las adolescentes de 13 años.

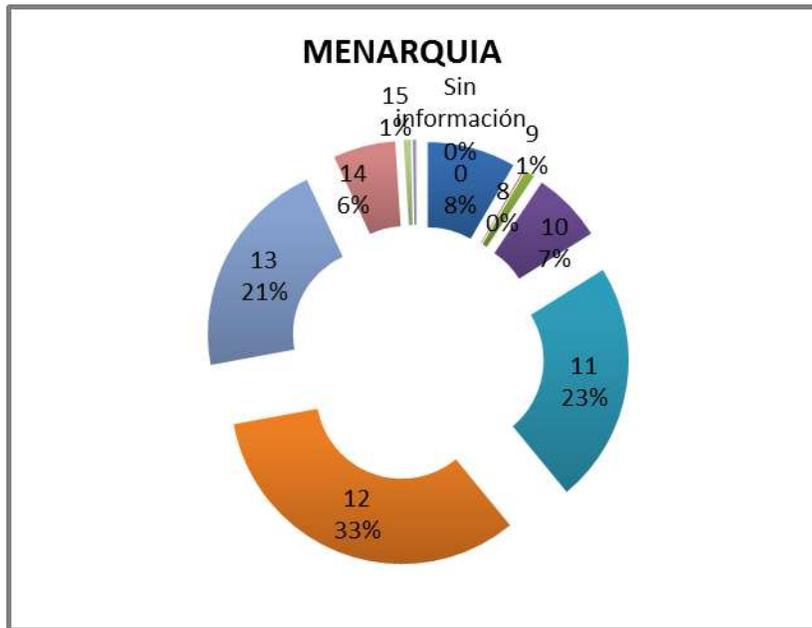
En Colombia, se reconocen seis niveles socioeconómicos: los niveles 1 y 2 corresponden al nivel socioeconómico más bajo, seguidos por los estratos 3 y 4, que corresponden a los estratos medios, y por los niveles 5 y 6 que corresponden a los estratos de mayores ingresos. La mayoría de las adolescentes encuestadas se encuentran en los tres primeros niveles, con un mayor presencia de los estrato 2(42,5%), 3 (35,5%) y del estrato 1 (15,6%). Porque los datos corresponden a parte de la muestra de colegios públicos de Bogotá

<b>ESTRATO</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	1	778	15,6	15,6	15,6
	2	2123	42,5	42,5	58,0
	3	1774	35,5	35,5	93,5
	4	171	3,4	3,4	96,9
	5	14	,3	,3	97,2
	6	8	,2	,2	97,4
	Sin información	132	2,6	2,6	100,0
	<b>Total</b>	<b>5000</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## **5.2 MENARQUIA, INICIACIÓN SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN<sup>18</sup>**

La menarquia es el primer paso de las transformaciones, tanto físicas como psicológicas que van configurando las condiciones su nuevo rol social de “mujeres”. El 91,6% de las adolescentes encuestadas ya ha experimentado su primera menstruación, evento que ha tenido lugar entre los 8 y los 15 años de edad. El 33%, de la muestra tuvo su primera menstruación a los 12 años, seguido del 23% a los 11 años y el 21% a los 13 años de edad.

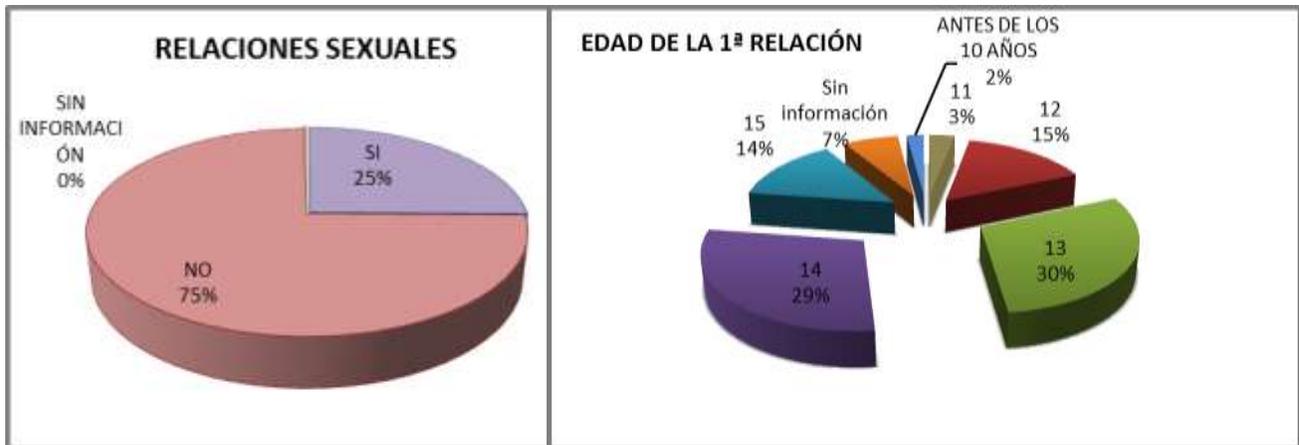
<sup>18</sup>En esta investigación no se tuvo en cuenta el inicio de la vida sexual antes de la menarquia.



**Fuente:** Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012).

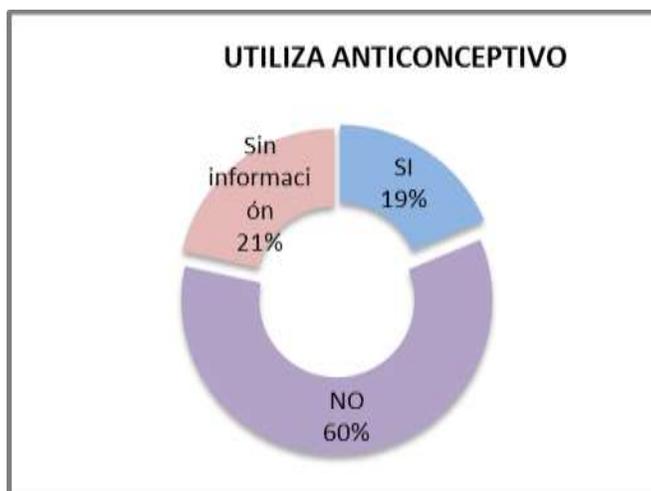
En seguida, se preguntó a las adolescentes *si han tenido o no relaciones sexuales*, dejando claro que se entienden como tales las relaciones sexuales penetrativas. Es pertinente hacer esta aclaración, pues se puede referir experiencias no relacionadas directamente con los hechos sobre los cuales se quiere indagar. El 25,2% de las adolescentes participantes en el estudio (1.261) ya han iniciado vida sexual, mientras el restante 74,4% no ha tenido relaciones sexuales penetrativas.

Al analizar el *inicio de las relaciones sexuales por edad*, los resultados arrojaron que el 29,7% de las adolescentes ha iniciado su vida sexual a los 13 años de edad; el 29% lo ha hecho a los 14 años; el 15,3%, a los 12 años y el 15%, a los 15. Es importante destacar que un 3% dice haber iniciado relaciones sexuales a los 11 años, y un 2% reporta haber comenzado antes de los 10 años de edad. Finalmente, el 6,6% de las entrevistadas no suministra información sobre el tema.



Fuente: Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012).

El 18,7% de las adolescentes que había empezado vida sexual *utiliza algún método anticonceptivo*, mientras que el 59,7% no emplea ningún método en el momento de la encuesta. El resto (21,6%) no ofreció ningún tipo de información. Los métodos anticonceptivos que las adolescentes afirmaron utilizar son, en orden descendente, la inyección (26,6%), el condón (26,2%), las pastillas (21,6%) y Jadelle (13,5%).



Fuente: Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012).

En seguida, el cuestionario indagaba si *ha creído estar embarazada alguna vez*. Al respecto, el 61,3% (773) de las adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales lo ha

creído. A este porcentaje de las entrevistadas se le preguntó por *la utilización de métodos de emergencia o Post day*. De este grupo, el 32,6% ha empleado la píldora del día después o *Post day* (252 adolescentes), mientras el 67,7% no la ha utilizado.

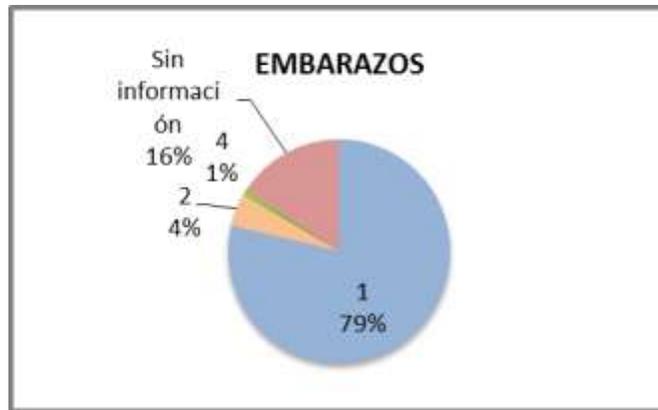


Fuente: Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012).

### 5.3 EMBARAZO Y ABORTO<sup>19</sup>

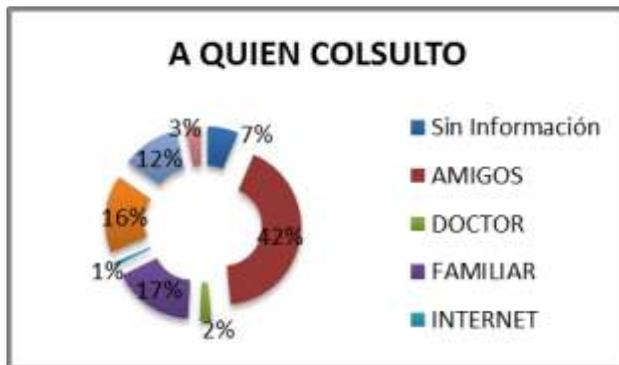
La frecuencia de abortos desempeña un papel importante en el control de la fecundidad, y, en conjunto con la concepción, ha determinado diversos factores. Por ello, se preguntó a las adolescentes que han creído estar embarazadas alguna vez *si han tenido la certeza de estarlo*. Como resultado, del 61,3% que han creído estar embarazadas, el 30,4% (235) ha estado embarazada realmente; entretanto, el 69,5% no lo ha estado. De las adolescentes que han quedado embarazadas realmente, el 78,7% lo ha estado una vez, y un 4,7%, en dos ocasiones.

<sup>19</sup> Es importante recordar que en esta investigación participaron 5.000 adolescentes, de las cuales el 25,5% (1.261) había iniciado su vida sexual en el momento de la encuesta. De ellas, el 61,3% (773) ha creído estar embarazada y el 30,4% (235) ha estado embarazada realmente. Este recuento es oportuno para dar contexto a las siguientes preguntas



Fuente: Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012).

A las encuestadas que han estado embarazadas alguna vez, se les preguntó si *consultaron a alguien qué hacer ante la situación*. Se encontró que el 52,8% (124) consultó al respecto. La mayoría de quienes consultaron -el41,9%- buscó a algún amigo o amiga; el 16,9% habló con algún familiar; el 16,1% acudió a la madre y el 12%, a su pareja.



Fuente: Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012).

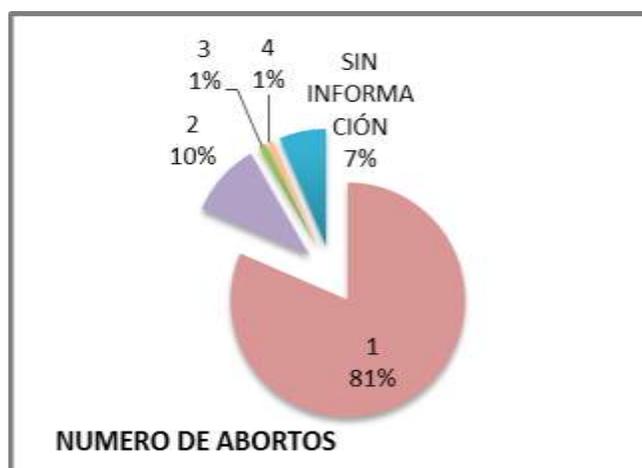
Al grupo de quien ha estado embarazada se le preguntó si *ha utilizado una pastilla abortiva*; las respuestas afirmativas alcanzaron el 40,4% (95). Las dos denominaciones utilizadas para este tipo de píldoras abortivas son: Misoprostol (nombre del elemento activo) y Cytotec (nombre del medicamento). Con la información que se tiene hasta el momento, no es posible establecer de manera clara si el consumo de estas píldoras interrumpió la gestación de las adolescentes. De las estudiantes entrevistadas que han estado embarazadas alguna vez, el 46% (108 adolescentes) contestó que *se ha practicado un aborto inducido*, y el 32,3% (76) no se ha realizado ningún procedimiento abortivo (se

asume que la mayoría de ellas continuó su embarazo). Finalmente el 21,7 (51) se abstuvo de contestar.

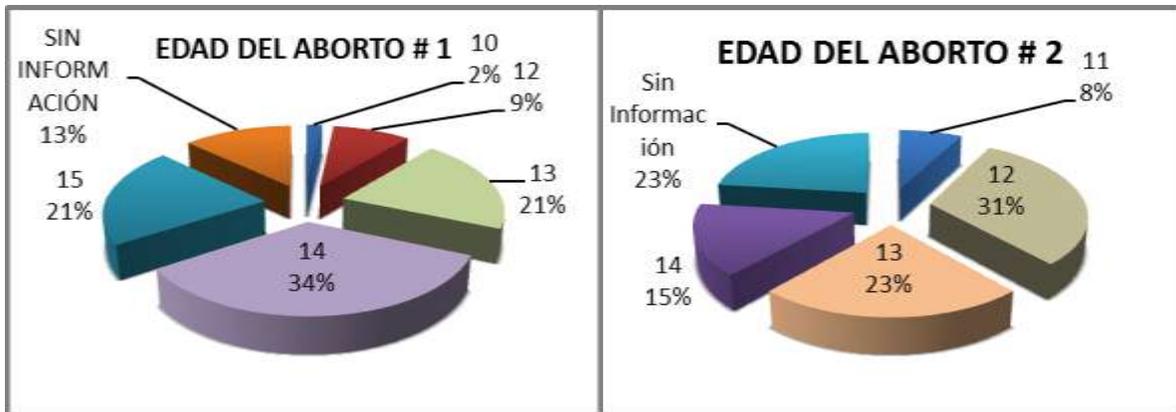


Fuente: Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012).

De las adolescentes que se han inducido un aborto, el 81,5% se ha realizado *un solo aborto*; mientras, el 10,2% respondió que *ha sufrido el procedimiento en dos ocasiones*. Las edades en las cuales el grupo mencionado ha experimentado esta práctica oscilan entre los 10 y los 15 años de edad. El 34,3% de estas adolescentes pasó por el procedimiento a los 14 años; el 21,3%, a los 15 años, y el 20,4%, a los 13 años de edad.

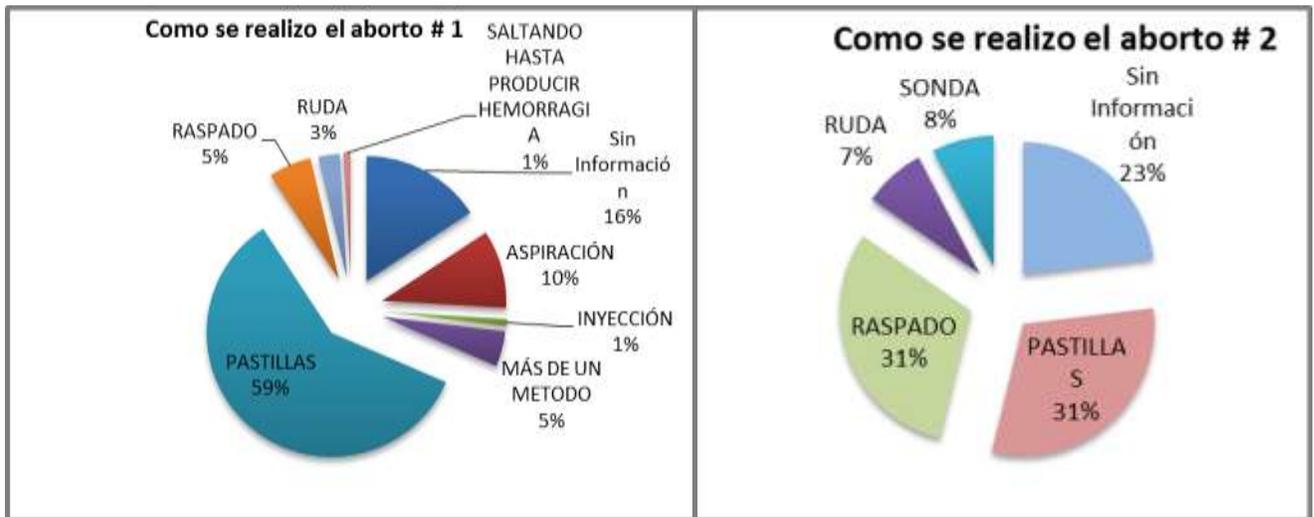


Fuente: Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012).



Fuente: Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012).

El procedimiento por el cual fue efectuado el aborto varía circunstancialmente, esto debido a la falta de conocimientos, recursos y orientación de estas adolescentes. Es así que el 59,2% recurrió a las pastillas como *forma de interrupción*; el 15,7% realizó el procedimiento mediante aspiración; el 10,1%, con inyecciones; el 5,5%, con raspado, y un 2,7% recurrió a métodos naturales, que, según ellas funcionaron.

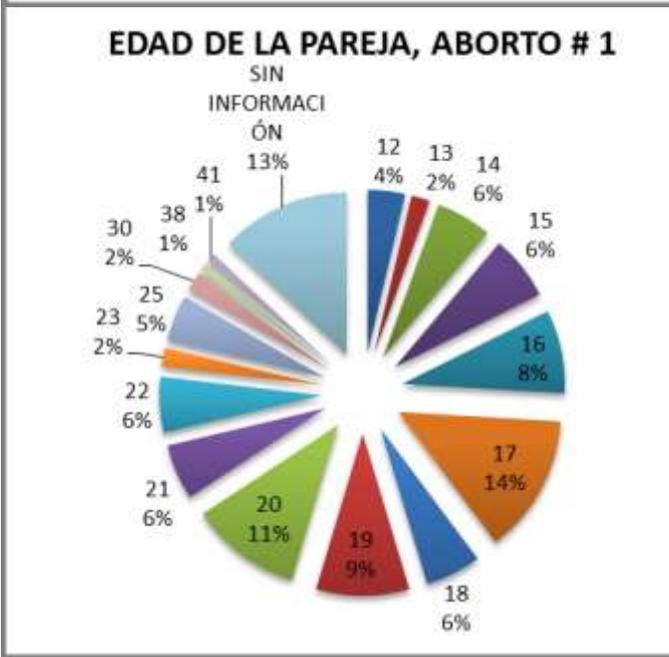


Fuente: Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012).

De aquellas adolescentes que se sometieron a un aborto inducido, muy pocas reconocen haber tenido complicaciones graves: apenas el 7,4%. El 63,9% menciona que no ha sufrido *complicaciones de salud con motivo del procedimiento*; mientras, el 19,4% declara haber tenido complicaciones leves durante el procedimiento.

Además de la forma como se realizó el procedimiento y de las complicaciones que se dieron en el momento de la práctica, interesa conocer *a quién acudieron* las entrevistadas para que llevara a cabo la interrupción. El 34,3% de quienes aceptaron haber abortado afirmó que un médico realizó la intervención y el 40,7% sostuvo que lo hizo otra persona. Dentro de este último porcentaje, el 59% se mencionó a sí misma como ejecutora de la práctica, mientras el 27,2% recibió ayuda de una amiga.

En cuanto a las *personas responsables del embarazo*, es notoria la variedad en los tipos de pareja con que se involucran las adolescentes: –novio, amigo, familiar, conocido, entre otros. El 58,3% de las adolescentes que han quedado embarazadas alguna vez menciona como responsable a su novio; de igual manera, los amigos y el ítem sin información alcanzan sendos porcentajes: 16,7%. Con respecto al rango de edad de las parejas que provocaron el embarazo que condujo al aborto inducido, oscila entre los 12 y los 41 años de edad. El 13,9%, de las parejas responsables tenía 17 años, seguida por 20 años, para el 11,1% de las parejas.



Fuente: Salud Sexual y Reproductiva: Aborto Inducido en adolescentes escolarizadas de 13 a 15 años de edad de Bogotá, Colombia. (2012).

Finalmente, se buscó información sobre quien influyen en la toma de la decisión para realizar un aborto inducido. Del 46% de las adolescentes que se ha realizado un aborto, el 61,1% afirmó haberlo decidido por sí misma. En cambio, un 19,4% se sintió presionada para provocar el aborto. En este último grupo, se identificó al novio como principal presión en el momento de decidirse.

## 6. CONCLUSIONES

Los resultados expuestos muestran la pertinencia de la investigación social para la construcción de una política pública sobre salud sexual y reproductiva. Es fundamental abordar la problemática desde una perspectiva más amplia y cercana a la realidad, de modo que no se omitan, por ejemplo, fenómenos como la tendencia de las adolescentes a iniciar sus experiencias sexuales a una edad cada vez más temprana, la falta de confiabilidad de las fuentes de información a la que éstas acuden, la gran diferencia de edad entre las adolescentes que optan por el aborto inducido y las parejas responsables del embarazo y el hecho de que los modelos para el ejercicio de la sexualidad son las experiencias y decisiones de los pares, los cuales suelen estar expuestos a información errónea y la difunden. Adicionalmente, las implicaciones de conocer la problemática del aborto inducido y el embarazo a nivel de costes del sistema de salud, morbilidad y mortalidad femenina, entre otras, señalan la importancia de abordar el tema desde datos concretos más que desde estimaciones.

Los datos suministrados por las adolescentes corroboran que el aborto de ninguna manera es una decisión fácil, y que esta práctica también se presenta en menores de 15 años. Al verse enfrentadas a un embarazo no deseado y con el estigma social del tema, las adolescentes llevan a cabo un proceso en el que ellas mismas se evalúan, diagnostican y administran el procedimiento, desconociendo casi siempre las consecuencias de una mala ejecución y afrontando solas las secuelas.

Las discusiones sobre la sexualidad de las adolescentes latinoamericanas evidencian que la fecundidad en este grupo de edad va en aumento. Adicionalmente, las condiciones socioeconómicas del entorno de las adolescentes juegan un papel importante en el momento de decidirse por uno u otro procedimiento abortivo.

La edad de aparición de la menarquia, que se ha reducido en los últimos años, y el inicio más temprano de las relaciones sexuales son, al parecer, directamente proporcionales. Entre los 13 y los 15 años, el uso de anticonceptivos es escaso y los métodos se emplean de

modo inadecuado y poco oportuno. Esta puede ser una de las causas de la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente y de una mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Adicionalmente, hay que considerar aquí algunas causas más complejas que pueden explicar la problemática del embarazo temprano desde lo estructural. La falta de oportunidades educativas y laborales, las escasas posibilidades de generar proyectos de vida autónomos para las adolescentes y la desarticulación entre dichos proyectos, las familias y la sociedad son algunas de ellas. Por otra parte, sería interesante conocer cómo la pobreza acompaña los anteriores determinantes, y cómo incide en las posibilidades de acceso a métodos anticonceptivos y de planificación apropiados y oportunos para las condiciones de vida de los adolescentes.

El aborto inducido, un tema polémico de por sí en Colombia, se hace más álgido cuando involucra a adolescentes. Podría decirse que la resistencia a considerar este fenómeno en términos menos ideologizados y más cercanos a la realidad de quienes lo viven, oculta tensiones sociales múltiples, mantenidas por sectores específicos de la sociedad.

Abortar en la adolescencia, como lo muestra este estudio, corresponde a una decisión propia, que suele omitir la participación de los padres y de la pareja. No obstante, las presiones sociales que se canalizan a través de ellos determinan en gran medida la decisión de practicar el aborto inducido para las adolescentes comprometidas en esta situación, aunque esta presión no se dé en forma directa. Dichas presiones están representadas, en su mayoría, por la dificultad de continuar con los proyectos en el mediano plazo -estudiar, superarse-; por el temor a la reacción de los padres, la pareja y las personas del entorno; por la responsabilidad y la incertidumbre que trae el embarazo. Tras estas consideraciones, muchas adolescentes manifiestan su deseo de volver a la normalidad, que se concreta en la práctica de un aborto inducido. Pese a ello, la decisión no resulta fácil, pues muchos adolescentes tienen conocimiento de que el aborto es un acto punible, y de que puede traerles serias complicaciones de salud.

En Colombia, el aborto clandestino es practicado en condiciones sanitarias deficientes, con lo cual se convierte en la segunda causa de mortalidad por causas obstétricas para el grupo de 15 a 19 años de edad (Estudio Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud, 1998). Los riesgos y secuelas que acarrea un aborto pueden ir desde sepsis, hemorragias, infertilidad, daños a órganos como riñón, cerebro, hígado y sistema nervioso, hasta la muerte. La penalización parcial del aborto dificulta la prevención, seguimiento adecuado y tratamiento de estas complicaciones.

## **7. AGRADECIMIENTO**

Tanto esta ponencia como el trabajo de investigación que le dio origen no hubieran podido llevarse a cabo sin el apoyo de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia. Dentro de ella, se viene cultivando sistemáticamente nuestra inquietud por la investigación y por los problemas sociales actuales.

La perseverancia de la Decana, Lucero Zamudio, por dar continuidad a la línea de investigación en salud sexual y reproductiva, ha sido fundamental para la formación de nuestras propias expectativas como investigadores y como seres humanos. Por ello, además de la Decana, es necesario agradecer a quienes han sido compañeros de esta experiencia: a Alejandro Forero, Katherine Salazar, Nataly Moreno Arce y Yenny Marcela Hernández.