	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
		PAGINA: 1 de 8

26.

FECHA	viernes, 3 de agosto de 2018
--------------	------------------------------

Señores
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
 BIBLIOTECA
 Ciudad

UNIDAD REGIONAL	Seccional Girardot
TIPO DE DOCUMENTO	Trabajo De Grado
FACULTAD	Ciencias De la Salud
NIVEL ACADÉMICO DE FORMACIÓN O PROCESO	Pregrado
PROGRAMA ACADÉMICO	Enfermería

El Autor(Es):

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
RUIZ SUAREZ	PAOLA ANDREA	1.031.140.934
QUESADA FLORES	ANGY NATALIA	1.007.316.806

Director(Es) y/o Asesor(Es) del documento:

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS
Castro Quintana	Carlota
Vargas	Yamile

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
 Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
 www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
 NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
 Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
	PAGINA: 2 de 8

TÍTULO DEL DOCUMENTO

MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE LA ACADEMIA IPA 2018

SUBTÍTULO

(Aplica solo para Tesis, Artículos Científicos, Disertaciones, Objetos Virtuales de Aprendizaje)

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

Aplica para Tesis/Trabajo de Grado/Pasantía
ENFERMERO

AÑO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO

18/06/2018

NÚMERO DE PÁGINAS

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS (Usar 6 descriptores o palabras claves)

ESPAÑOL	INGLÉS
1.Madre adolescente	Teenage mother
2.embarazo en la adolescencia	pregnancy in adolescence
3.Puerperio	puerperium
4.Lactante	lactating
5.determinantes sociales	Social determinants
6.embarazo de alto riesgo	high risk pregnancy



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
	PAGINA: 3 de 8

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS

(Máximo 250 palabras – 1530 caracteres, aplica para resumen en español):

RESUMEN

El programa de madres adolescentes, un reto social de academia, es liderado por la unidad amiga de los jóvenes y adolescentes de la universidad de Cundinamarca seccional Girardot, en donde las enfermeras en formación realizan atención primaria en salud a través de captación comunitaria, bases de datos por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), la secretaria salud del municipio de Girardot, reporte de instituciones educativas del municipio; valoración de las adolescentes con el diligenciamiento de formato de visita domiciliaria para gestantes de alto riesgo y el instrumento de valoración y seguimiento a la puérpera, recién nacido y su núcleo familiar estandarizados por la gobernación de Cundinamarca y la universidad de Cundinamarca, y seguimiento de las gestantes adolescentes (hasta los 19 años de edad) o a las puérperas (hasta los 21 años) con sus recién nacidos y lactantes hasta los 2 años con alto riesgo.

El objetivo de este proyecto es realizar una valoración integral a la adolescente en estado de gestación, puerperio, recién nacido y/o lactante, y establecer un plan de cuidado de Enfermería de acuerdo a la necesidad encontrada, brindando un acompañamiento en la reestructuración del proyecto de vida, el desarrollo del nuevo rol y promover la adherencia a la anticoncepción con el fin de evitar un embarazo subsecuente.

Se encontró que existen varios determinantes sociales que influyen para un embarazo en la adolescencia. Desde la edad de la menarquia, la diferencia de edad con la pareja, el nivel educativo de las jóvenes y la educación recibida en temas de sexualidad, la percepción de la sexualidad y el desconocimiento sobre la sentencia C-355/206.

Se concluyó que el reto de los profesionales de la salud, las IPS y EPS es captar a la población vulnerable, Orientar (derechos sexuales y reproductivos, temas de sexualidad y autocuidado) y proporcionarle las herramientas (métodos anticonceptivos modernos) para prevenir embarazos tempranos y/o embarazos subsecuentes, que se requiere de un trabajo intersectorial para dar respuesta a la atención y acompañamiento a este grupo poblacional en busca de mejorar su condición de vida y la oportunidad de lograr un proyecto de vida que mejore su calidad de vida a futuro.

ABSTRAC

The program of teen mothers, a social challenge of academy, is led by the unit friend of the young persons and teenagers of the university of sectional Cundinamarca Girardot, where the nurses in formation realize primary care in health across



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
	PAGINA: 4 de 8

community capture, databases for the Entities Administratrices of Plans of Benefits (EAPB), the secretary health of Girardot's municipality, report of educational institutions of the municipality; Valuation of the teenagers with the diligenciamiento of format of domiciliary visit for gestantes of high risk and the instrument of valuation and follow-up to the puérpera, newborn child and his familiar core standardized by Cundinamarca's government and Cundinamarca's university, and follow-up of the teen gestantes (up to 19 years of age) or to the puérperas (up to 21 years) with his newborn children and breast-fed babies up to 2 years with high risk.

The objective of this project is newborn child and / or breast-fed baby realize an integral valuation to the teenager in condition of gestation, puerperio, and to establish a plan of care of Infirmary of agreement to the opposing need, offering an accompaniment in the restructuring of the project of life, the development of the new role and to promote the adherence to the contraception in order to avoid a subsequent pregnancy.

One thought that there exist several social determinants that influence for a pregnancy the adolescence. From the age of her first menstruation, the difference of age with the pair, the educational level of the young women and the education received in topics of sexuality, the perception of her on the sexuality and the ignorance on the judgment C-355/206.

One concluded that the challenge of the professionals of the health, the IPS and EPS is to catch the vulnerable population, To orientate (sexual and reproductive rights, topics of sexuality and elegant car) and to provide to him the tools (contraceptive modern methods) to anticipate early pregnancies and / or subsequent pregnancies, that is needed of an intersectorial work to give response to the attention and accompaniment to this population group in search of to improve his condition of life and the opportunity of a project of life that improves his quality of life to future.

AUTORIZACION DE PUBLICACIÓN

Por medio del presente escrito autorizo (Autorizamos) a la Universidad de Cundinamarca para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mí (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que, en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autoriza a la Universidad de Cundinamarca, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad; así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado una alianza, son: Marque con una "X":

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
NIT: 890.680.062-2



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
	PAGINA: 5 de 8

Autorizo (Autorizamos)	SI	NO
1. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer.	X	
2. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet.	X	
3. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previa alianza perfeccionada con la Universidad de Cundinamarca para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones.	X	
4. La inclusión en el Repositorio Institucional.	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

Para el caso de las Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, de manera complementaria, garantizo(garantizamos) en mi(nuestra) calidad de estudiante(s) y por ende autor(es) exclusivo(s), que la Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi(nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestra) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que, de acuerdo con la



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
	PAGINA: 6 de 8

legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Universidad de Cundinamarca está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: (Para Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía):

Información Confidencial:

Esta Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de la investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado.

SI ___ NO ___x__.

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

LICENCIA DE PUBLICACIÓN

Como titular(es) del derecho de autor, confiero(erimos) a la Universidad de Cundinamarca una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito. (Para el caso de los Recursos Educativos Digitales, la Licencia de Publicación será permanente).

b) Autoriza a la Universidad de Cundinamarca a publicar la obra en formato y/o soporte digital, conociendo que, dado que se publica en Internet, por este hecho circula con un alcance mundial.

c) Los titulares aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
	PAGINA: 7 de 8

d) El(Los) Autor(es), garantizo(amos) que el documento en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

e) En todo caso la Universidad de Cundinamarca se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

f) Los titulares autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

g) Los titulares aceptan que la Universidad de Cundinamarca pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

h) Los titulares autorizan que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en el “Manual del Repositorio Institucional AAAM003”

i) Para el caso de los Recursos Educativos Digitales producidos por la Oficina de Educación Virtual, sus contenidos de publicación se rigen bajo la Licencia Creative Commons: Atribución- No comercial- Compartir Igual.



j) Para el caso de los Artículos Científicos y Revistas, sus contenidos se rigen bajo la Licencia Creative Commons Atribución- No comercial- Sin derivar.





MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
	PAGINA: 8 de 8

Si el documento se basa en un trabajo que ha sido patrocinado o apoyado por una entidad, con excepción de Universidad de Cundinamarca, los autores garantizan que se ha cumplido con los derechos y obligaciones requeridos por el respectivo contrato o acuerdo.

La obra que se integrará en el Repositorio Institucional, está en el(los) siguiente(s) archivo(s).

Nombre completo del Archivo Incluida su Extensión (Ej. PerezJuan2017.pdf)	Tipo de documento (ej. Texto, imagen, video, etc.)
1. MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE LA ACADEMIA IPA 2018	Archivo en PDF y Presentación en PDF

En constancia de lo anterior, Firmo (amos) el presente documento:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FIRMA (autógrafa)
RUIZ SUAREZ PAOLA ANDREA	
QUESADA FLORES ANGY NATALIA	

12.1.50

**MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE LA
ACADEMIA**

**ANGY NATALIA QUESADA FLORES
PAOLA ANDREA RUIZ SUAREZ
I PA 2018
LEYDI TATIANA CRUZ ROJAS
NORMA CONSTANZA HERNANDEZ GARCIA
IIPA 2017
STEFANY VANESSA CASTILLO SIERRA
MARÍA ANTONIA MOLINA PÁEZ
IPA 2017
JORGE BLANDON JARAMILLO
JENNIFER PATRICIA RODRIGUEZ
LUISA FERNANDA ROJAS
ERIK LOPEZ VARGAR
MARIA ANTONIA MOLINA PAEZ
II 2016
MARÍA ALEJANDRA CORREALES HERNÁNDEZ
ERIC LÓPEZ
MARIA ANTONIA MOLINA PAEZ
IPA 2016
LUISA FERNANDA CAICEDO BARBOSA
DIRIK JAHAIRA GALINDO RAMÍREZ
IVONNE ANDREA LEAL BARRAGÁN
ZHARICH YERALDIN RODRÍGUEZ ZÚÑIGA
IIPA 2015
NIYID CAMILA RIVERA REY
ADA CAROLINA SALAS QUINTERO
I PA 2015
KELLY JOHANNA GUARNIDO CABALLERO
II PA 2014
LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ FANDIÑO
LEIDY YESENIA VILAFRADE ROJAS
I PA 2014
JOHANNA MORENO
JENNY MORA
TATIANA SUAREZ
II PA 2013**

**CARLOTA CASTRO QUINTANA
Autora y responsable del proyecto**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
SECCIONAL GIRARDOT
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
2018**

**MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE LA
ACADEMIA**

ANGY NATALIA QUESADA FLORES

PAOLA ANDREA RUIZ SUAREZ

I PA 2018

LEYDI TATIANA CRUZ ROJAS

NORMA CONSTANZA HERNANDEZ GARCIA

IIPA 2017

STEFANY VANESSA CASTILLO SIERRA

MARÍA ANTONIA MOLINA PÁEZ

IPA 2017

JORGE BLANDON JARAMILLO

JENNIFER PATRICIA RODRIGUEZ

LUISA FERNANDA ROJAS

ERIK LOPEZ VARGAR

MARIA ANTONIA MOLINA PAEZ

II 2016

MARÍA ALEJANDRA CORREALES HERNÁNDEZ

ERIC LÓPEZ

MARIA ANTONIA MOLINA PAEZ

IPA 2016

LUISA FERNANDA CAICEDO BARBOSA

DIRIK JAHAIRA GALINDO RAMÍREZ

IVONNE ANDREA LEAL BARRAGÁN

ZHARICH YERALDIN RODRÍGUEZ ZÚÑIGA

IIPA 2015

NIYID CAMILA RIVERA REY

ADA CAROLINA SALAS QUINTERO

I PA 2015

KELLY JOHANNA GUARNIDO CABALLERO

II PA 2014

LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ FANDIÑO

LEIDY YESENIA VILAFRADE ROJAS

I PA 2014

JOHANNA MORENO

JENNY MORA

TATIANA SUAREZ

II PA 2013

CARLOTA CASTRO QUINTANA

Autora y responsable del proyecto

YAMILE VARGAS

Docente Externa

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

SECCIONAL GIRARDOT

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

2018

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Jurado

Girardot, 03 de agosto de 2018

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	15
1. JUSTIFICACION	18
2. OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GENERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. PROPÓSITOS	22
4. MARCOS DE REFERENCIA	23
4.1 ESTADO DEL ARTE	23
4.2 MARCO CONCEPTUAL	26
4.3 MARCO LEGAL	32
4.3.1 Ley 1616 De 2013 (Ley De Salud Mental)	32
4.3.2 Ley 100 de 1993	32
4.3.3 Ley 1804 del 2 agosto del 2016	33
4.3.4 Ley 911 2004, Ejercicio de la Profesion de Enfermeria en Colombia	33
4.3.5 Codigo de Infancia y Adolescencia.	33
4.3.6 Resolución 412 de 2000	34
4.3.7 Modelo política de atención integral en salud (Pais)	35
4.3.8 Modelo integral de atencion en salud (MIAS)	35

4.3.9 Rutas integrales de atención en salud, RIAS	36
4.3.10 Política Nacional De Seguridad Alimentaria Y Nutricional (PSAN)	38
4.4 MARCO INSTITUCIONAL	39
4.4.1 Ruta materno-perinatal unidad amigable.	40
4.4.2 Aspectos éticos para el desarrollo del trabajo	41
4.5 MARCO TEÓRICO	43
4.5.1 Aplicación de la teoría en relación con la enfermera-paciente-familia	43
5. METODOLOGÍA	45
5.1 POBLACION	45
5.2 MUESTRA	45
5.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	46
5.3.1 Técnicas.	46
5.3.2 Instrumentos	46
5.3.3 Obtención de la muestra.	48
6. VARIABLES	50
7. PROCESO DE TABULACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LOS FORMATOS DE PUÉRPERAS, GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES DEL IPA DEL 2018	52
7.1 GEORREFERENCIACIÓN	52
7.2 DETERMINANTES SOCIALES	54
7.3 PATRON PERCEPCION Y MANEJO DE LA SALUD	67

7.4 PATRON NUTRICIONAL METABOLICO	75
7.5 PATRON ELIMINACION URINARIA E INTESTINAL	78
7.6 PATRON DE SUEÑO Y DESCANSO	79
7.7 PATRON REPRODUCTIVO SEXUAL	80
7.8 PATRON ROL Y RELACIONES	91
7.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	99
7.10 VALORACION DEL RECIEN NACIDO	101
7.11 APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO DE SEGUIMIENTO A LA MADRE ADOLESCENTE	110
7.12 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PRIORITARIOS SEGÚN NANDA	131
7.12.1 Adolescentes en gestación.	131
7.12.2 Adolescentes en periodo de puerperio/lactancia y recién nacido/lactante.	133
7.13 ANALISIS DE RESULTADOS	135
8. CONCLUSIONES	143
9. RECOMENDACIONES	146
BIBLIOGRAFIA	147

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Valoraciones IPA 2018	52
Cuadro 2. Comunas de Girardot.	53

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Resumen determinantes próximos y distales del embarazo en los adolescentes	31
Figura 2. Georreferenciación	53

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Tiempo de gestación/puerperio al momento de la visita	52
Gráfica 2. Edad.	54
Gráfica 3. ¿Estudia actualmente?	55
Gráfica 4. Nivel de escolaridad	56
Gráfica 5. Grado escolaridad.	57
Gráfica 6. Estado civil	59
Gráfica 7. Régimen de afiliación	60
Gráfica 8. Tipo de vivienda	61
Gráfica 9. Fuente de ingreso	62
Gráfica 10. Ocupación	63
Gráfica 11. Comunas	64
Gráfica 12. Nivel socioeconómico	65
Gráfica 13. ¿En cuál institución de salud le asistieron el parto?	66
Gráfica 14. Embarazo planeado – deseado	67
Gráfica 15. Como se enteró del embarazo	68
Gráfica 16. Le ofrecieron interrupción voluntaria del embarazo	69
Gráfica 17. Asistió al curso psicoprofilactico	70
Gráfica 18. Número de controles prenatales a los que asistió hasta el momento de la visita	71

Gráfica 19. ¿Ha recibido información sobre temas de sexualidad?	72
Gráfica 20. ¿Para usted que es la sexualidad?	73
Gráfica 21. ¿Sabe el riesgo que le genera el iniciar una vida sexual activa a temprana edad?	74
Gráfica 22. Higiene dental	75
Gráfica 23. Toma micronutrientes	76
Gráfica 24. Interpretación IMC	77
Gráfica 25. Higiene genital	78
Gráfica 26. Cuantas horas duerme (sumatoria diurnas-nocturnas)	79
Gráfica 27. Menarquia	80
Gráfica 28. ¿A qué edad fue su primera relación sexual?	81
Gráfica 29. ¿Qué la motivo a iniciar su vida sexual?	82
Gráfica 30. Compañeros sexuales	83
Gráfica 31. Valoración de mamas	84
Gráfica 32. Valoración abdominal	84
Gráfica 33. Cambio de toallas por día	85
Gráfica 34. Episiorrafia	86
Gráfica 35. ¿Le realizaron cesárea?	86
Gráfica 36. Anticoncepción previa al embarazo	87
Gráfica 37. Método de planificación utilizado previo al embarazo	88
Gráfica 38. Método de planificación antes del alta hospitalaria	89
Gráfica 39. Método de planificación que desea utilizar	90

Gráfica 40. Edad de la primera gestación de la mamá	91
Gráfica 41. Edad del compañero	92
Gráfica 42. Tiempo de relación con la pareja	93
Gráfica 43. Escolaridad de la pareja	94
Gráfica 44. ¿Cuál era su proyecto de vida antes de quedar en gestación?	95
Gráfica 45. ¿Cuál es su proyecto de vida ahora?	96
Gráfica 46. ¿Considera que puede lograr lo que se propone?	97
Gráfica 47. Trabaja actualmente	97
Gráfica 48. Riesgo psicosocial	98
Gráfica 49. Educación a gestantes	99
Gráfica 50. Educación a puérperas	100
Gráfica 51. Remisiones	100
Gráfica 52. Sexo	101
Gráfica 53. Vacunación según la edad	102
Gráfica 54. Crecimiento y desarrollo	103
Gráfica 55. Peso-Talla	104
Gráfica 56. Higiene	105
Gráfica 57. Signos de infección-hospitalizaciones	106
Gráfica 58. ¿Quién está al cuidado del recién nacido y/o lactante?	107
Gráfica 59. Acepta y tolera lactancia materna	108
Gráfica 60. ¿Tiene conocimientos sobre los cuidados básicos del recién nacido y/o lactantes?, ¿Quién le brinda educación?	109

Gráfica 61. Seguimientos	110
Gráfica 62. Derechos sexuales y reproductivos	110
Gráfica 63. ¿Alguna vez asistió a consulta preconcepcional?	111
Gráfica 64. Anticoncepción	112
Gráfica 65. Conoce y hace respetar sus DDSSRR	113
Gráfica 66. ¿Se le ha realizado la citología en el último año?	114
Gráfica 67. ¿Recibió asesoría por el grupo interdisciplinario al considerarla posibilidad de la IVE?	115
Gráfica 68. Causales de la IVE	116
Gráfica 69. Acompañamiento y asesoría en IVE	117
Gráfica 70. Si es menor de 15 años: ¿ha sido remitida a ICBF, psicología, trabajo social, medico obstetra u otra especialidad?	118
Gráfica 71. ¿Usted ha tenido en cuenta la educación brindada y ha aplicado lo aprendido? (signos de alarma - estimulación prenatal)	119
Gráfica 72. ¿Usted ha tenido en cuenta la educación brindada y ha aplicado lo aprendido? (asistencia a controles prenatales – asistencia curso preparación para la maternidad y la paternidad)	120
Gráfica 73. ¿Usted ha tenido en cuenta la educación brindada y ha aplicado lo aprendido? (toma de micronutrientes- adherencia al tratamiento medico)	121
Gráfica 74. Continuidad del proyecto de vida	122
Gráfica 75. Citas de control postparto	123
Gráfica 76. Cita de control durante el puerperio mediato	124
Gráfica 77. Recibió educación sobre los métodos de anticoncepción que puede utilizar durante el proceso de lactancia	124

Gráfica 78. Anticoncepción al alta hospitalaria	125
Gráfica 79. Recibió educación en lactancia materna y/o puericultura antes del alta hospitalaria	126
Gráfica 80. ¿Es informada acerca de la importancia de registrarse y consultar en servicios amigables y asistencia a consulta del adulto joven?	127
Gráfica 81. ¿Es informada sobre la importancia de registrar al recién nacido en un programa de crecimiento y desarrollo para su atención integral?	128
Gráfica 82. Está al día con los controles de crecimiento y desarrollo y con las vacunas del recién nacido y/o lactante?	129
Gráfica 83. El recién nacido y/o lactante está afiliado a una EPS	130
Gráfica 84. ¿El recién nacido y/o lactante toma leche materna?	131

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formato valoración gestante	152
Anexo B. Formato valoración puérpera	164
Anexo C. Formato valoración recién nacido	170
Anexo D. Familiograma	172
Anexo E. Ecomapa	173
Anexo F. Plan de cuidado de Enfermería para gestantes /puerperas y recién nacidos	174
Anexo G. Lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente	175
Anexo H. Formato de seguimiento a la madre adolescente	178
Anexo I. Escala de clasificación del riesgo psicosocial	179
Anexo J. Consentimiento informado	180

INTRODUCCION

La situación en Colombia actualmente, de embarazo en adolescencia a partir de 2010, como lo confirman los hallazgos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo o hija disminuyó pasando del 19,5 % en 2010 al 17,4 % en 2015. Vale la pena resaltar que el descenso del porcentaje de adolescentes madres o embarazadas del primer hijo o hija entre 2010 y 2015 se presentó en todos los niveles de desagregación: edad, zona, región, nivel educativo y quintil de riqueza, siendo mayor entre las mujeres de 19 años. (1)

Otro hallazgo importante es que, en Colombia, la tasa de fecundidad ha disminuido sistemáticamente de 6,7 hijos o hijas por mujer en 1967 a 2,1 en 2010. Y para la ENDS 2015 se reporta una tasa global de fecundidad de 2 hijos por mujer. En comparación con la ENDS 2010, otro de los cambios más relevantes es el número de mujeres que accedieron a la educación superior en los últimos cinco años, y que pasó de 24,4 % a 33,5 %. Con relación a la tasa de fecundidad se observa que el 24,8 % de los embarazos en mujeres de 15 a 19 años se da en zona rural y el 15,1 % en la urbana. Con respecto a los temas de sexualidad se observa que el 11,2 % de las mujeres y el 10,9 % de los hombres de 13 a 49 años han accedido a un promedio de temas sobre sexualidad. En cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo el DANE 2015, reporta que El 60,4 % de las mujeres de 13 a 49 años de zona urbana sabe que la IVE es legal en algunos casos, frente al 4 % en zona rural. (1)¹

En el municipio de Girardot, desde el año 2012 se da apertura de uno de los proyectos de la unidad amigable, madres adolescentes un reto social y de academia al observar que los nacidos vivos según reporte del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) por grupo de edad entre los 10-14 años es de 18 nacidos vivos y entre la edad 15-19 años es de 351 nacidos vivos y de 20 a 24 años 449 nacidos vivos en el municipio de Girardot (2)², datos alarmantes para el municipio, razón por la cual se ve la necesidad de crear una red de apoyo en conjunto con la secretaria de salud del municipio de Girardot y articulados con las EAPB e IPS, para intervenir a esta población desde la adolescencia y disminuir estas tasas.

¹ Ministerio salud y Profamilia, Encuesta Nacional Demografía en Salud, Colombia 2015 pag. 286 consultado el 21/05/2018 Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>

² Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), nacimientos por grupos de edad de la madre, según departamento y municipio de residencia de la madre, Colombia 2013 consultado el 21/05/2018 Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2013>

El programa de madres adolescentes, un reto social y de academia, es liderado por la unidad amiga de los jóvenes y adolescentes de la universidad de Cundinamarca seccional Girardot, en donde las enfermeras en formación realizan atención primaria en salud a través de captación comunitaria, bases de datos por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), la secretaria salud del municipio de Girardot, reporte de instituciones educativas del municipio; valoración de las adolescentes con el diligenciamiento de formato de visita domiciliaria para gestantes de alto riesgo y el instrumento de valoración y seguimiento a la puérpera, recién nacido y su núcleo familiar estandarizados por la gobernación de Cundinamarca y la universidad de Cundinamarca, y seguimiento de las gestantes adolescentes (hasta los 19 años de edad) o a las puérperas (hasta los 21 años) con sus recién nacidos y lactantes hasta los 2 años con alto riesgo.

Tras identificar los determinantes sociales asociados a la gestación y a partir de los hallazgos encontrados en la valoración de las madres adolescentes, familiar y entorno social se elaboran diagnósticos NANDA, NIC Y NOC, dirigidos a reducir el riesgo de un embarazo subsiguiente, empoderando a estas adolescentes en prácticas sexuales seguras, adherencia a la anticoncepción, proyecto de vida y pautas de crianza. Por otro lado, se activan las rutas: promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal, embarazada menor de 15 años, ruta prevención del embarazo subsiguiente y ruta integral a víctimas de violencia sexual con enfoque de género en el municipio de Girardot.

Además, que el embarazo y la maternidad en adolescentes causan preocupación en la sociedad, precisamente por el inicio temprano de la sexualidad que conlleva el riesgo del embarazo precoz, riesgo incrementado por la falta de orientación, de comunicación, acompañamiento de los adolescentes en los procesos de maduración biológica y psicológica en esta etapa crucial del ciclo de vida. Sabiendo aún más que la edad promedio de etapa fértil o reproductiva según LEAL y STUARDO en Santiago de Chile en el año 2015, donde la mediana de la edad para la menarquía eran los 12 años.³

Durante el IPA del 2018 se valoraron a 44 gestantes, 76 adolescentes en periodo de puerperio y/o lactancia, 75 recién nacidos y/o lactantes y de esta población se realizaron 40 seguimientos (13 gestantes y 27 puérperas), hubo 20 visitas fallidas. Es decir que en total en total se valoraron 160 adolescentes y se realizaron 180 visitas domiciliarias.

³ ROJAS BETANCUR, MAURICIO; MÉNDEZ VILLAMIZAR, Raquel. El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 2016, vol. 48, no 1, p. 82-90. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5419>

Dentro de los determinantes asociados al embarazo se encontró que la edad de la menarquia y el inicio temprano de las relaciones sexuales es un desencadenante del embarazo, además de los conocimientos relacionados con la sexualidad y la anticoncepción previa, también se veía influenciado en el embarazo a temprana edad.

Se evidencio que la edad de la pareja también era un factor influyente, debido a que muchas de las adolescentes se encontraban con una diferencia con respecto a la de su pareja mayor a 6 años. Por lo que el embarazo desencadena en estas adolescentes una serie de complicaciones durante la gestación y posterior al parto. Se hallaron en la valoración alteraciones nutricionales relacionados con el patrón de alimentación, lo que también repercute en el peso al nacer de los recién nacidos, al momento de la valoración se encontraban con signos de alarma como cefalea intensa, edema, fosfenos, entre otros, por los que habían consultado ya a la Institución Prestadora de Salud.

En las adolescentes en puerperio y/o lactancia se encontraron hallazgos en el patrón reproductivo sexual como; cesárea indicada por complicaciones en el embarazo como preeclamsia, desproporción céfalo-pélvica especialmente en las menores de 15 años, niño macrosómico y prematuridad. Por otro lado, las alteraciones nutricionales como bajo peso, sobrepeso y obesidad. En el puerperio también se vieron problemas relacionados con la lactancia materna debido a que muchas de las adolescentes referían no lactar a su bebe por la baja producción leche materna o por alteraciones como el pezón corto, grietas, por lo que recurrían a leches de formula.

Por lo anterior se puede concluir que las respuestas humanas mas frecuentes estaban relacionadas con estas alteraciones y por lo que se realizan intervenciones educativas para las gestantes y puérperas durante las visitas domiciliarias, de esta manera modificar sus estilos de vida y así potenciar el autocuidado teniendo en cuenta el binomio madre-hijo.

1. JUSTIFICACION

El programa de madres adolescentes un reto social y de academia, se centra en el embarazo en la adolescencia, puérperas adolescentes, recién nacidos y lactantes relacionando todos los determinantes sociales de la salud influyentes en la gestación, además de las condiciones que propician a desencadenar factores de riesgo para la salud de las adolescentes.

Esto debido a que el panorama internacional de Colombia incluido dentro de los países latinoamericanos, “se observa que en la fecundidad en adolescencia sorprende a escala mundial por sus elevados índices de fecundidad adolescente, que sólo son más altos que en África, además se observa que de los 18 países latinoamericanos las mujeres adolescentes de 15 a 19 años según Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de microdatos censales de población alrededor 2010, Uruguay se posiciona con menor tasa de fecundidad a nivel de Latinoamérica, mientras que Colombia con una fecundidad 14,4 y Nicaragua con 19.9 como el país con mayor porcentaje de fecundidad.”⁴ En comparación con los datos obtenidos en el año 2017 en el programa de madres adolescentes un reto social y de academia, no se encuentra lejano a la realidad nacional, puesto que la situación que se vive en la ciudad de Girardot, es compatible con los datos presentados, se observa para el año 2017 la edad promedio de gestantes adolescentes es de 16-21 años, mientras que para puérperas la edad es de 16-19 años.

Desde una mirada en el tiempo, en algunos países de “américa latina se han producido descensos en los porcentajes de adolescentes entre 15 y 19 años que fueron madres antes de cumplir los 15 años, y en algunos países muy significativos, como es el caso de Honduras que redujo de 3,3 a 1,9. Por el contrario, en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú se ha incrementado la maternidad antes de los 15 años, llegando incluso a duplicarse como es el caso de Colombia con un incremento de 0,7 a 1,8 datos reportado del año 2010 por la comisión económica para américa latina y el caribe (cepal)”.⁵ Sin embargo, la encuesta nacional de demografía de 2015 la tasa específica de fecundidad en el

⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organismo Andino de Salud. Diagnostico de situación del embarazo en la adolescencia, en la subregión andina 2017 pag. 58-60 disponible en: <http://www.orasconhu.org/node/3283>

⁴ *Ibíd.* pág. 60-71

⁴ Ministerio de salud y Profamilia. *Óp. Cit.* pág. 286

⁴ UNFPA. *Et al.* *Óp. Cit.*

grupo 15 a 19 años baja de 99 a 70 por mil entre 1969 y 1990, año a partir del cual aumenta consistentemente hasta llegar a 90 por mil en 2005, para luego empezar a descender llegando a 74 por mil en 2015 ⁶

La atención sobre la fecundidad adolescente se ha centrado de manera general en las adolescentes embarazadas. En el 2011, un informe de la OMS señalaba que “en los países de ingresos bajos, la actividad sexual de las niñas a menudo comienza en el marco del matrimonio, o de relaciones sexuales forzadas, casi siempre con hombres mayores que ellas” (OMS, 2011).⁷ En el año 2015 en el programa de madres adolescentes un reto social y de academia, la edad del compañero era un factor asociado debido a que el 51% se encontraba entre la edad de 19-20 años, siendo la pareja mayor de edad con respecto a la edad de las madres adolescentes. ⁸

Sin duda las parejas mayores es un determinante relacionado con el embarazo ya que en el año 2013 en Colombia, el UNFPA realizó un estudio a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010, concluyendo que, en promedio, las parejas son seis años mayores que las adolescentes, con casos empezó en los que la edad se duplicaba: “Según el documento, existen casos de niñas de 10 años que ya son madres y cuyos compañeros estables tienen hasta 26 años. Las de 11, 12, 13 y 14 años suelen tener parejas de entre 21 y 22 años”.⁹

La iniciación de la actividad sexual, sigue siendo un determinante para ser madre adolescente, ya que para Colombia los datos recientes de “la ronda 2015 indican que la proporción de mujeres que se inició antes de los 18 años ascendió al 65 por ciento, comparado con el 60 por ciento registrado en el año 2010”¹⁰. En comparativo con el programa de madres adolescentes un reto social y de academia, en el año 2017 se observa que la edad promedio de menarquia se encuentra entre 12-13 años para gestantes y puérperas, existiendo una estrecha relación con la edad promedio de inicio de actividad sexual que se observa entre los 13-15 años, lo cual se asocia como un determinante para desencadenar una concepción a temprana edad.

⁶ Ministerio salud y Profamilia, Encuesta Nacional Demografía en Salud, Colombia 2015 pag. 287 consultado el 08/06/2018 Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>

⁷ Organización mundial de salud, 2011

⁸ CRUZ ROJAS, Leydi Tatiana. HERNANDEZ GARCIA, Norma Constanza, et al. Madres adolescentes un reto social y de academia. Girardot, Colombia. 2017. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad de Cundinamarca. Unidad amiga de los jóvenes y los adolescentes.

⁹ UNFPA, et al. pág. 46

¹⁰ *Ibíd.* pág. 58

El conocimiento en la anticoncepción es un determinante para desencadenar embarazo en adolescencia, debido a que aunque exista conocimiento en métodos anticonceptivos modernos en las mujeres, “la relación con las mujeres entre los 15 y 19 años que los han utilizado es bajo ya que en América latina se observa necesidades insatisfechas en la planificación familiar de esta población, se observa que Colombia se encuentra en el porcentaje de 24, siendo la mínima 17 para Perú y la máxima 37 para el país de Bolivia.”¹¹ En comparación con el programa de madres adolescentes un reto social y de academia, de la ciudad de Girardot se observa que un determinante es la planificación previa al embarazo de 154 gestantes, el 72% manifestaron no utilizar ninguno, mientras que de las 184 púerperas solo el 42%, manifestaron no haber utilizado anticoncepción previa al embarazo.¹²

En el programa de madres adolescentes un reto social y de academia para el año 2017, se observa también que el 74 % de las madres adolescentes refieren tener una relación con la pareja del hijo actual entre 6 meses a 17 meses, con lo que se puede asociar en que el tiempo de relación con la pareja es muy corto, con respecto al de embarazo.

El embarazo adolescente continúa siendo un problema social y de salud pública, que repercute sobre lo social, económico y cultural, resaltando la relación existente entre pobreza, exclusión y fecundidad temprana. El tema del embarazo en la adolescencia no deja de ser una problemática social y de desigualdad social, que debe ser intervenida desde cada región, por lo que nace el programa de madres adolescentes un reto social y de academia para acompañar a la adolescente en este momento de su vida y apoyar en la prevención del embarazo subsiguiente.

¹¹ *Ibíd.* pág. 59

¹² CRUZ ROJAS, et al. *Óp. cit.*

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar una valoración integral a la adolescente en estado de gestación, puerperio, recién nacido y/o lactante, y establecer un plan de cuidado de Enfermería de acuerdo a la necesidad encontrada, brindando un acompañamiento en la reestructuración del proyecto de vida, el desarrollo del nuevo rol y promover la adherencia a la anticoncepción con el fin de evitar un embarazo subsecuente

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Valorar de manera integral a la gestante, puérpera recién nacido y/o lactante determinando el estado físico, psicosocial.
- ❖ Elaborar un plan de cuidado de enfermería con el fin de orientar las acciones de cuidado que requieren el trinomio y su familia y/o cuidador.
- ❖ Asesorar en métodos de planificación familiar, con énfasis en la doble protección, prevenir un embarazo subsecuente.
- ❖ Gestionar el apoyo del núcleo familiar y las diferentes instancias gubernamentales, públicas y privadas que faciliten al desarrollo y alcance del proyecto de vida de las madres adolescentes.
- ❖ Abordar las pautas de crianza con los padres adolescentes y su manejo con la familia extensa.

3. PROPÓSITOS

- ❖ Disminuir embarazos subsecuentes en las adolescentes del municipio de Girardot-Cundinamarca.
- ❖ Articular a los sectores sociales involucrados en el embarazo durante la adolescencia como el sector educativo, justicia, protección y sector salud.
- ❖ Elaborar un plan de cuidados de enfermería, con diagnósticos de enfermería NANDA, NIC Y NOC.
- ❖ Informar sobre la importancia de seguir con el proyecto de vida de cada una de las madres adolescentes para que logren las metas propuestas antes de la gestación.
- ❖ Educar sobre pautas de crianza para brindar herramientas de la forma correcta de la educación de sus hijos y su nuevo rol.
- ❖ Asesorar en métodos de anticoncepción modernos posparto y acordes según la condición de cada madre adolescente y la importancia de doble protección para prevenir ITS.

4. MARCOS DE REFERENCIA

4.1 ESTADO DEL ARTE

Las adolescentes y jóvenes del municipio de Girardot están iniciando su maternidad antes de cumplir los 20 años de edad; se puede deducir que ésta situación es proveniente por situaciones posiblemente desventajosas en términos de información, conocimiento, aspectos sociales y afectivos, según datos suministrados por algunos de los establecimientos educativos del municipio en el segundo periodo del 2012 se encuentra que 48 jóvenes adolescentes están en estado de gestación, posparto y/o lactancia materna, donde la mayor parte de ellas pertenecen a estratos socioeconómicos bajos (estratos 1 y 2).¹³

Éstas adolescentes en embarazo a temprana edad, restringe las posibilidades de completar sus estudios, asumir un rol que aún no era “suyo”, es muy frecuente observar que algunas adolescentes son abandonadas por su pareja o ésta no se ocupa de ella. También es frecuente que los padres las rechacen, algunos las aceptan en su hogar oprimiéndolas, humillándolas, reprochándoles continuamente por su situación, en otros casos las expulsan del hogar, dejándolas en completa situación de abandono, cambiando la visión que tienen ahora acerca de sus vidas una vez que han quedado en gestación. Dado todas estas circunstancias descritas, la Universidad de Cundinamarca desde el servicio de la Unidad Amigable realiza un acompañamiento y orientación a éstas jóvenes adolescentes en estado de Gestación, Puerperio y Lactancia Materna ayudándoles en su transición en esta nueva etapa de sus vidas.

En el año 2013 se da apertura al programa, titulado “MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE ACADEMIA”, los autores en este año fueron Kelly Jhoana Bocanegra Albadan, Tatiana Marcela Suarez Diaz, quienes tenían el objetivo general del programa de “Establecer un plan de trabajo a partir de la condición de vida de la gestante, puérpera, lactante, hasta los dos años de vida de su hijo con el fin de apropiarla de su rol materno y su proyecto de vida como SER, mujer, madre y esposa”, se tomó una muestra de 16 gestantes, 33 puérperas y 34 recién nacidos para un total 83 valoraciones, los factores que inciden en el embarazo en la adolescencia son la edad entre 17 a 19 años en el año 2013.¹⁴ En el municipio de Girardot el barrio que presenta mayor índice de embarazos es Corazón de Cundinamarca donde a su vez predominan los estratos

¹³ MORENO. Johana, MORA. Jenny, SUAREZ. Tatiana, et al. Madres adolescentes un reto social y de academia. Girardot, Colombia. IIPA 2013. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad de Cundinamarca. Unidad amiga de los jóvenes y los adolescentes.

¹⁴ CRUZ ROJAS, Leydi Tatiana, et al. Óp. Cit.

I y II en las viviendas. El 57,1% de las adolescentes gestantes y puérperas han abandonado sus estudios de bachillerato e inician una vida de pareja, se observa que el 58% convive en unión libre, dedicándose a las labores del hogar; que va relacionado con la ocupación ya que el 75% son amas de casa, originándose un cambio inesperado de sus roles por lo tanto un afrontamiento ineficaz de su nueva vida como madres y esposas. Además, el concepto de sexualidad lo desconocen un 15% de la muestra y un 16% lo asocian al hecho de tener relaciones sexuales.

Para el año 2014 en el informe titulado “PROYECTO MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE ACADEMIA”, los autores en este año fueron Kelly Johanna Guarnizo Caballero, Luisa Fernanda Rodriguez Fandiño, Leidy Yesenia Villafrade Rojas, Johanna Moreno, Jenny Mora y Tatiana Suarez, quienes tenían el objetivo general del programa, “Relacionar los determinantes sociales en que se contextualizan las gestantes adolescentes escolarizadas del municipio de Girardot con la percepción de su nueva condición de vida”. Se tomó una muestra de 90 valoraciones y se obtuvo que los factores que inciden en el embarazo en la adolescencia son la edad entre 16 a 21 años, la escolaridad ya que el 77% de las madres adolescentes continúan con su escolaridad asumiendo su nuevo rol de madre y continuando con su proyecto de vida académico, en cuanto al inicio de las relaciones sexuales a temprana edad se evidencia durante las valoraciones que inician a los 15 años equivalente al 51% de la población valorada, factor que va relacionado con los datos obtenidos de la menarquia en las adolescentes valoradas y se presenta con mayor prevalencia a los 12 años de edad, lo que incrementa el riesgo de embarazo adolescente.¹⁵ Se evidenció que las adolescentes que no empleaban métodos de planificación equivalen al 74% de la población valorada argumentando desconocimiento de métodos anticonceptivos y su utilización. No solo se encuentran madres adolescentes, también se evidencio la paternidad joven ya que el 53% de las parejas de las madres adolescentes oscila entre 19 y 21 años de edad y las alteraciones que mayor relevancia tienen en la gestante, puérperas y sus lactantes pertenecen a los patrones funcionales autopercepción y manejo de la salud, eliminación urinaria e intestinal, nutricional metabólica, rol y relaciones.

Durante el año 2015, el informe se titula “MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE ACADEMIA” los autores en este año fueron Luisa Fernanda Caicedo Barbosa, Dirik Jahaira Galindo Ramirez, Ivonne Andrea Leal Barragan y Zharich Yeraldin Rodriguez Zuñiga, quienes tenían el objetivo general del programa “Brindar acompañamiento a las adolescentes participantes del

¹⁵ GUARNIDO CABALLERO, Kelly Johanna, et al. Madres adolescentes un reto social y de academia. Girardot, Colombia. 2014. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad de Cundinamarca. Unidad amiga de los jóvenes y los adolescentes.

programa de la unidad amigable de la universidad de Cundinamarca, seccional Girardot, en la reestructuración del proyecto de vida como herramienta fundamental para el desarrollo personal y social, el cual le permita asumir el nuevo rol de mujer, madre y esposa”. Se toma una muestra de 68 valoraciones, hallando que los determinantes asociados al embarazo en la adolescencia, se encuentra que la edad oscila entre 16-18 años en un 79%.¹⁶ La nupcialidad también es un determinante asociado al embarazo ya que el 64% de las madres adolescentes se encuentran viviendo en unión libre con su pareja, mientras que el 35% se encuentran solteras. La ocupación de las madres adolescentes se encuentra que el 50% son amas de casa, además que está relacionado con que 50% no se encuentran estudiando. Además la edad de la menarquia se observa que el 43% refieren que su menarquia fue a los 13 años, el 22% indican que fue a los 12 años, lo cual está asociado al inicio de primera relación sexual ya que según resultados su primera relación sexual; un 36% a los 14 años, seguido de un 23% a los 16 años, ya que el tiempo de inicio de la primera menstruación con relación a la primera relación sexual es muy próximo. Uno de los determinantes asociados al embarazo también es la anticoncepción previa al embarazo, puesto que el 43% no utilizaban anticoncepción previa a la gestación, la edad del compañero es otro factor asociado debido ya que el 51% se encuentra entre la edad de 19-20 años.

Durante el año 2016, el informe se tituló “MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE ACADEMIA” los autores en este año fueron Luisa Fernanda Rojas Acosta, Jennifer Patricia Rodriguez Sanchez, Jorge Alberto Blandon Jaramillo, quienes tenían el objetivo general del programa “Describir la condición física, emocional y social de la púérpera y el recién nacido hasta los dos años para orientar el cuidado de enfermería que requiere el trinomio con el fin de facilitar la apropiación de la crianza de su hijo y la continuidad de proyecto de vida de la adolescente madre”. Se tomó una muestra de 316 valoraciones, dentro de las variables como la edad ya que se encuentran las edades más frecuentes de las madres adolescentes fueron entre los, 16 a 19 años en un 81% para el año 2016 como determinante incidente en el embarazo en la adolescencia.¹⁷ Otro determinantes es la escolaridad ya que el 31% de las madres adolescentes refieren bachiller incompleto, en cuanto al inicio de las relaciones sexuales a temprana edad se logró evidenciar durante las valoraciones que inician a los 15 años, esto equivale al 51% de la población valorada que va relacionado con los datos obtenidos de la menarquia en las adolescentes

¹⁶ CAICEDO BARBOSA. Luisa Fernanda, GALINDO RAMÍREZ. Dirik Jahaira, et al. Madres adolescentes un reto social y de academia. Girardot, Colombia. 2015. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad de Cundinamarca. Unidad amiga de los jóvenes y los adolescentes.

¹⁷ LOPEZ VARGAS. Erik, MOLINA PAEZ. María Antonia, et al. Madres adolescentes un reto social y de academia. Girardot, Colombia. 2016. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad de Cundinamarca. Unidad amiga de los jóvenes y los adolescentes.

valoradas se presenta con mayor prevalencia a los 12 años de edad, lo que incrementa el riesgo de embarazo adolescente. Se evidenció que las adolescentes que no empleaban métodos de planificación equivalen al 62% de la población valorada argumentando desconocimiento de métodos anticonceptivos y su utilización. No solo se encuentran madres adolescentes, también se evidencio la paternidad joven ya que el 31% de las parejas de las madres adolescentes oscila entre 17 a 19 años de edad. De las adolescentes visitadas 16 afirman que sus parejas tienen 25 años, 12 comentan que su compañero sentimental tiene 23 años, 36 refieren que sus pareja se encuentran entre las edades de 17,18,19 años, 10 hablan de una edad de 27 años, 18 mencionan edades entre los 20,21 años, 5 reportan edades de 22 años, 9 hacen referencia a 24,26,30 años, 10 dicen que sus parejas se encuentran entre los 15, 16, 29,34,36 años y 5 se hayan entre las edades 28,31,37,43y 59 años.

Finalmente en el año 2017 se titula “MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA”, con el objetivo de realizar una valoración integral a la adolescente en estado de gestación, puerperio, recién nacido y/o lactante, y establece un plan de cuidado de Enfermería de acuerdo a la necesidad encontrada, brindando un acompañamiento en la reestructuración del proyecto de vida, el desarrollo del nuevo rol y promover la adherencia a la anticoncepción con el fin de evitar un embarazo subsecuente.¹⁸ Los autores en este año fueron Leydi Tatiana Cruz Rojas, Norma Constanza Hernandez Garcia, Stefany Vanessa Castillo Sierra Y María Antonia Molina Páez, obteniendo una muestra 333 valoraciones, dentro de las variables influyentes se encuentran la edad en un 88% en donde se presenta mayor número de embarazos son en las edades entre 16-19 años. Por otro lado el estado civil en un 69% de la población valorada se encuentra en unión libre, el 80% se encuentra como amas de casa determinante asociado con la deserción en la escolaridad ya que se presentó que el 55% se encuentra con bachiller incompleto y el restante ha continuado estudiar. Otro factor determinante ha sido la edad de menarquia ya que el 76%, se encuentra entre la edad de 11 a 13 años, factor que se encuentra asociado a la edad de primera relación sexual del 80% de la muestra oscila entre 13 y 15 años. Otro determinante es la anticoncepción previa al embarazo el 72% manifestaron no haber utilizado, lo cual está muy asociado con que no han recibido asesoría en métodos de planificación familiar.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

PUERPERIO: El puerperio o la “dieta” es uno de los periodos más importantes en la vida de muchas de las mujeres, que se ha visto influenciado

¹⁸ CRUZ ROJAS, Leydi Tatiana, et al. Op. Cit.

desde siempre por variadas formas de cuidado orientadas por conocimientos empíricos transmitidos de generación en generación.¹⁹

PUERPERIO EN LA ADOLESCENCIA: Mujer en etapa de posparto, que experimenta modificaciones anatómicas, funcionales, emocionales y familiares, ante las cuales debe adaptarse para responder satisfactoriamente a las necesidades de cuidado de sí y de su nuevo hijo. En este proceso deberá contar con las diferentes fuentes de apoyo familiares y de su entorno para lograr una adecuada recuperación y adaptación. Es puérpera adolescente porque cursa por el periodo de vida que inicia al finalizar la niñez y que termina al comenzar la vida adulta, el cual comprende las edades entre 11 y 20 años.²⁰

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente²¹

EMBARAZO SUBSECUENTE: El embarazo subsecuente hace referencia a la o las gestaciones posteriores al primer nacimiento de un hijo o hija, cuando éste se presenta en mujeres entre 10 y 19 años de edad se entiende como embarazo subsecuente adolescente con riesgos de salud para el binomio madres – hijo²². Desde el Enfoque de Derechos Humanos, el embarazo subsecuente en la adolescencia es el resultado de deficiencias en la accesibilidad o disponibilidad de servicios de los sistemas de salud, educación y protección, y de condiciones de vulnerabilidad tales como la pobreza y la violencia²³.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO: Aquellos casos que por cursar durante la gestación circunstancias biomédicas, psicológicas, sociales o de otra índole, pueden afectar la salud de la madre o del feto.²⁴

¹⁹ SILVA, SANDRA LILIANA CARDOZO; ROLDÁN, MARÍA DEL CARMEN BERNAL. Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. Avances en enfermería, 2009, vol. 27, no 2, p. 82-91. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12970> (consultado el: 22/05/18)

²⁰ Márquez L, Phillippi A. La adolescencia: características y necesidades. Técnicos medios especialistas en menores. De la Generalitat Valenciana. En: <http://books.google.com.co/books> (consultado el 22/05/18)

²¹ López, Lizette. DEFINICIÓN DE Embarazo y Adolescencia SEGUN LA OMS Y LA UNICEF. [en línea] disponible en: <https://es.scribd.com/document/280296129/DEFINICION-DE-Embarazo-y-Adolescencia-SEGUN-LA-OMS-Y-LA-UNICEF>

²³ ESCOBAR José. Conferencia 4: Prevención del embarazo subsecuente, “una tarea impostergable”. Ecuador. 2006. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/268342320_CONFERENCIA_4_PREVENCION_DEL_EMBARAZO_SUBSECUENTE_Una_tarea_impostergable

²⁴ Federacion Colombia de Perinatologia FECOPEN. Embarazo de alto riesgo. [en línea] disponible en: http://www.fecopen.org/images/Embarazo_de_Alto_Riesgo.pdf (citado el 24/05/18)

LA ADOLESCENCIA: La OMS define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años.²⁵ La adolescencia se divide en tres etapas: adolescencia temprana (10-13), adolescencia media (14-16) y adolescencia tardía (17-19). En cada etapa de la adolescencia se presentan unos cambios físicos, psicológicos y emocionales, en donde cada suceso en esta etapa puede llegar a ser un determinante importante que desencadene acciones que empoderen o limiten al adolescente. Un desencadenante es la gestación en la adolescencia. En donde la sociedad y la familia recarga el peso de la gestación en la mujer adolescente más que en el varón, ya que históricamente, la mujer tiene la imagen de ser quien se encarga del cuidado y la crianza de los hijos. Mientras el hombre es quien deba llevar el sustento dejándolo ajeno al cuidado.

ADOLESCENCIA: El código de infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006), las clasifica en: 1) la Primera Infancia va de los 0 a los 5 años, 2) la infancia de los 6 a los 11 años y 3) la adolescencia de los 12 a los 18 años. Sin embargo, para efectos del presente documento y según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se considera el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad. Esto obedece a que el embarazo en adolescentes puede darse en niñas de 10 años incluso en menores de esta edad, configurando preocupantes casos de violencia sexual. La adolescencia es un periodo muy importante en el cual se completa la maduración sexual y se fortalecen las habilidades sociales. Es en este periodo donde las personas tienen su formación secundaria y se desarrollan muchas de las competencias y habilidades laborales.²⁶

VIOLENCIA SEXUAL: El embarazo en las menores de 14 años constituye en Colombia una forma de violencia sexual independiente de la edad del padre. Para el año 2010, en Colombia hubo al menos 4.000 embarazos en menores de 14 años, en los cuales la edad del padre excedía de forma significativa a la de la madre. El modelo causal del embarazo en este grupo de edad se discute más adelante. Definen la violencia sexual como todo acto sexual, tentativa de consumir un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona. Es necesario aclarar que no todas las formas en que se manifiesta la violencia sexual

²⁵ GENERALES, CONCEPTOS. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N, 2001, vol. 107, p. 11-12 disponible en: <http://estimulomental.com/wp-content/uploads/2013/05/Embarazo-en-Adolescentes.pdf> (consultado el 22/05/18)

²⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional e Intersectorial de Embarazo Adolescente ONIEA Colombia. Documento [en línea] 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ross-embarazo-adolescentes-oniea.pdf> (consultado el 29/05/18)

son delitos, aunque la mayoría de ellas son incluidas en el Código Penal Colombiano.²⁷

PROYECTO DE VIDA: El Proyecto de Vida es la estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, en sus direcciones esenciales y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales. De esta manera, la configuración, contenido y dirección del Proyecto de Vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados a la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad.²⁸

PAUTAS DE CRIANZA: Las prácticas de crianza son acciones concretas que los adultos, en especial los padres de familia y cuidadores llevan a cabo con el propósito de orientar la educación de los niños, niñas y adolescentes, buscando su desarrollo, supervivencia e integración emocional, mental, física y espiritual. Es a través de la educación como se transmiten, tanto los valores, como las formas de pensar y de actuar que repercutirán en el futuro de los niños, niñas y adolescentes, facilitando el desarrollo sano de la personalidad, el cual es un pilar fundamental para una buena salud mental.²⁹

DETERMINANTES SOCIALES: La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas lo que explica la mayor parte de las inequidades sanitarias.³⁰

PROCESO DE ENFERMERIA: El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a

²⁷ *Ibíd.*

²⁸ Hernandez, Ovidio SD'Angelo. Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. Revista cubana de Psicología, 2000, vol. 17, no 3, p. 270-276. <http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA146893238&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=02574322&p=AONE&sw=w> (consultado el 29/05/18)

²⁹ Secretaria de Salud de Manizales, Material Educativo para la Comunidad: El Buen Trato Es Fundamental En El Adecuado Ejercicio De La Autoridad En Los Niños, Niñas Y Adolescentes, 2006 consultado el: 01/06/18, disponible en: <http://manizalesalud.com/campana-convivencia-familiar/>.

³⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Determinantes sociales de la salud. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/es/

los problemas reales o potenciales de la salud”³¹ es por esto por lo que el proceso de atención de enfermería, se convierte en el pilar de este programa, puesto de aquí parten las necesidades humanas de las gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia.

DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: Dado el carácter multifactorial del embarazo en la adolescencia se adopta para los lineamientos de esta estrategia, la teoría de los Determinantes Sociales, la cual refiere al conjunto de variables individuales, sociales y estructurales que, relacionadas entre sí, condicionan el proceso vital y explican el conjunto de fenómenos asociados a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.

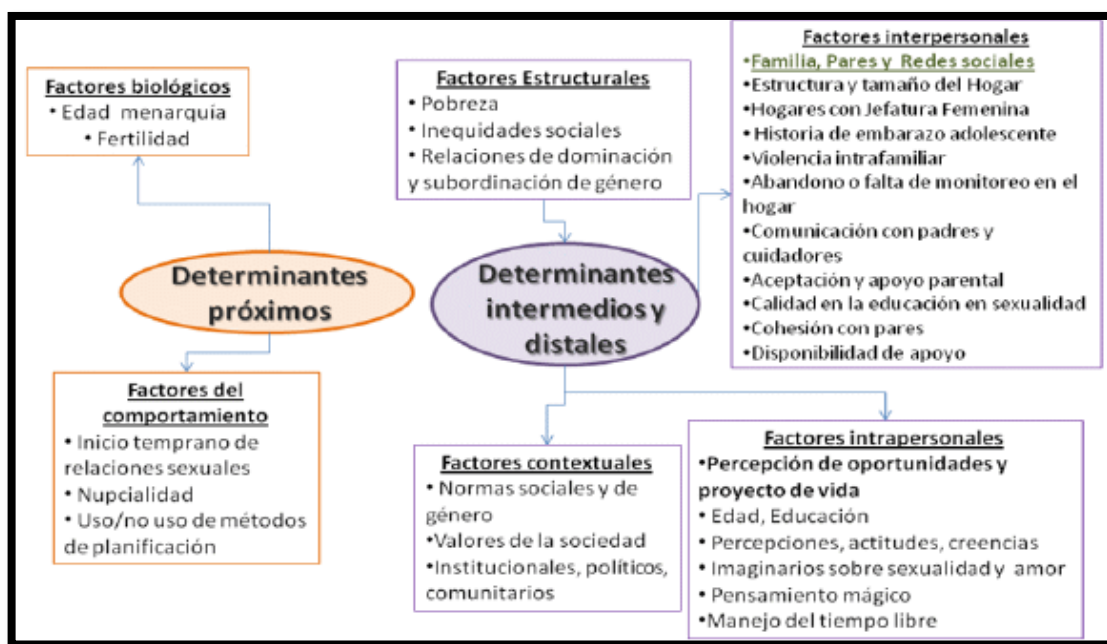
Los determinantes próximos están relacionados con las características individuales en los que se destacan factores biológicos como el desarrollo puberal y factores del comportamiento como el inicio de relaciones sexuales, la nupcialidad o las uniones tempranas, el uso de los métodos de anticoncepción, y el acceso a servicios de salud y educación (Zamudio, L. et al, 1999).

Los determinantes intermedios se refieren a la familia o el hogar en el que se encuentre el niño, niña o adolescente y en su escuela, entre los que se consideran las condiciones familiares, la existencia de abuso o violencia, la supervisión y el diálogo entre padres o cuidadores y adolescentes y jóvenes, las normas de funcionamiento del hogar, el cuidado por mantener al niño, niña o adolescente en el sistema escolar, la formación de calidad en SSR y DSR en la escuela, entre otros. En especial se considera el nivel educativo como un factor protector, no solo por las oportunidades que representa tener una mayor educación, sino por las habilidades que se adquieren a través de la misma para propiciar el propio desarrollo; tener percepciones más ajustadas y positivas sobre sí mismo, sobre la identidad de género, y por la capacidad que se adquiere para valorar y evaluar la adecuación de las normas sociales, las creencias sobre el rol de género, el lugar que se ocupa en las familias, el trabajo, la comunidad o la sociedad, e incluso sobre los comportamientos de autocuidado, lo que conduce a tener comportamientos sexuales menos riesgosos y decisiones con mayor autonomía y responsabilidad.

³¹ P. Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Mc Graw -Hill. 1997. p.11. disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol15_1_01/ems04101.pdf

Los determinantes distales están relacionados con los ingresos, pobreza, la cobertura y acceso oportuno a servicios públicos, la oportunidad de participar en las decisiones públicas y el ejercicio de la democracia, los legados culturales que trascienden las instituciones, las comunidades, el macro entorno social, las normas sociales sobre la sexualidad, la feminidad, la masculinidad, las relaciones de pareja o la participación de las niñas(os) y adolescentes en los procesos de decisión e identidad social, de la existencia de oportunidades de desarrollo personal y alternativas de vida y la atención de la comunidad a los DSR, a la prevención de su vulneración y la adecuada valoración de los mensajes transmitidos a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's), así como en aspectos estructurales como la pobreza o la permanencia escolar y la existencia de opciones para la generación de ingresos.”³²

Figura 1. Resumen determinantes próximos y distales del embarazo en los adolescentes



Fuente: Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años

³² SOCIAL, Documento CONPES. 147, lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vidas para los Niños, Niñas, adolescentes y Jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Bogotá DC Enero, vol. 31. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_0147_2012.htm

4.3 MARCO LEGAL

4.3.1 Ley 1616 De 2013 (Ley De Salud Mental.) El Objeto de esta ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.³³

Se plantea la presente ley, ya que durante la ejecución de las visitas domiciliarias se trata de preservar la salud mental de las adolescentes mediante la técnica de escucha e intervención en breve en los casos en que estas jóvenes adolescentes presentan algún inconveniente emocional o físico

4.3.2 Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, el sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Es importante resalta que la ley 100, pretende que El Gobierno Nacional organice un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a las adolescentes.³⁴ Por ello, la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca crea el programa de MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE LA ACADEMIA, el cual está orientado a realizar la atención primaria en salud a las jóvenes madres a través de las visitas domiciliarias orientando en temas de salud sexual y reproductiva a las mujeres en la adolescencia, en área rural como urbana en la ciudad de Girardot.

³³ Descentraliza Droga, oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito UNODC. Ley 1616 de salud mental. [en línea] <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/ley-1616-de-salud-de-2013/> (consultado el 21/05/18)

³⁴ Alcaldía de Bogotá. Ley 100 de 1993 Nivel Nacional, Artículo 166 parágrafo 2, Colombia. [en línea] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248> (consultado el 22/05/18)

4.3.3 Ley 1804 del 2 agosto del 2016. Programa De cero a Siempre. Es una estrategia nacional de atención integral a la primera infancia creada por el gobierno de Juan Manuel Santos, busca unir esfuerzos de los sectores públicos y privado, de organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional a favor de la primera infancia.

Dicha ley busca transformar la manera sectorizada en la que se ha brindado servicios de atención a la primera infancia dando apertura a la estrategia nacional de cero a siempre, reúnen políticas, programas, proyectos, acciones y servicios dirigidos a la primera infancia, para prestar una verdadera atención integral. Teniendo en cuenta que los derechos de la primera infancia son la garantía de su bienestar y quienes deben garantizarlo es la familia, la sociedad y el estado.³⁵

A través de las visitas domiciliarias realizadas se busca dar una atención integral al binomio, prestando especial atención a los recién nacidos, lactantes y niños con el fin de detectar alteraciones que puedan corregirse para preservar la salud de ellos mediante la remisión a su respectiva E.P.S e I.P.S primaria para dar manejo y mejorar su salud.

4.3.4 Ley 911 2004, Ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia. Por la cual se dictan disposición en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

A través de esta ley se establecen los principios y valores éticos, el acto del cuidado de enfermería, la responsabilidad del profesional de enfermería en la práctica, de la responsabilidad del profesional de enfermería con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud³⁶. Lo cual está ligado a la atención que se brinda en la unidad amigable, a las madres adolescentes durante las visitas domiciliarias ya que se debe aplicar los principios y valores éticos durante la atención de casos de gestantes adolescentes y púerperas.

4.3.5 Código de Infancia y Adolescencia. El presente proyecto toma como base la importancia que tiene la pareja en la formación y desarrollo adecuado e

³⁵ Gobierno de Colombia. De cero a siempre. [en línea] <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx> (consultado 25/05/18).

³⁶ Universidad la Sabana. Ley Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Ley 911 05 de octubre de 2004. Pág. 9 [en línea] https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf (consultado 25/05/18).

integral de los niños y niñas, por lo que se retoma el código de infancia y adolescencia donde se plantea como su finalidad garantizar a niños, niña y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo, para que crezcan en el seno de la familia, amor y comprensión, donde prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y a la dignidad humana, sin discriminación alguna; el Código establece además la protección integral de los infantes y adolescentes a través de un sistema de derechos y garantías, de políticas públicas y de restablecimiento de los derechos.

El código de infancia y adolescencia, centra a los niños, niñas y adolescentes, quienes son población vulnerable expuesta a consumos de sustancias psicoactivas o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización. Además por los factores de riesgo en los cuales se encuentran los niños, niñas y adolescentes por ser población de estratos socioeconómicos bajos, en el código de infancia y adolescencia hace partícipe a la familia como principal garante de hacerle informar a los niños, niñas y adolescentes de estos riesgos, además de las instituciones educativas para el control de riesgos.³⁷.

4.3.6 Resolución 412 de 2000. Esta retoma las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, con base en el acuerdo 117. Además de la obligación administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso Ético para garantizar los derechos reproductivos y la protección anticonceptiva de hombres y mujeres en edad reproductiva.

Consulta de planificación familiar. Esta consulta es realizada, de acuerdo al método seleccionado y al nivel de complejidad, por un médico o enfermera capacitado. Se tiene en cuenta los criterios médicos de elegibilidad para el inicio del uso de métodos anticonceptivos. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud OMS; en varias reuniones científicas, ha aclarado las condiciones o enfermedades que podrían afectar la elegibilidad, para el uso de un método anticonceptivo temporal.³⁸

³⁷ DE, PROMOCIÓN. infancia y adolescencia. En Índice del Especial: XXII Congreso Español de Pediatría Social. 2006. p. 33. http://retjapan.org/wp-content/uploads/2015/07/RET_COL_Derechos_de_infancia_y_adolescencia_2013.pdf (Consultado el 25/05/18)

³⁸ LA PAZ, CAMBIO PARA CONSTRUIR. NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES. pág. 4 disponible en: http://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/images/calidad/mapa3/5%20Intervencion%20Comunitaria/2%20Subprocesos/1%20Deteccion%20Temprana%20y%20Proteccion%20Especifica/3%20Guias/EIC-S1G6-V1Planificacion_Familiar.pdf

4.3.7 Modelo política de atención integral en salud (País). El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015).

En la formulación de la Ley, la subordinación de los agentes del Sistema de Seguridad Social a ese modelo regulado y la implantación del Sistema de Salud como mecanismo central del Estado para operar la garantía del Derecho.

El marco de referencia expuesto, plantea la preeminencia del Sistema de Salud sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SSSS) en la formulación y aplicación de las políticas de salud. En un Sistema de Salud, la articulación y armonización de principios, normas, políticas, procedimientos, financiamiento, controles y demás acciones del Estado para garantizar el acceso integral, conforma el núcleo de su intervención. En el Sistema de Seguridad Social ese núcleo es definido desde la garantía de las prestaciones para las contingencias financieras que puedan tener las familias frente al gasto en salud. En el desarrollo del SSSS planteado por la Ley 100, la regulación se dirigió hacia asegurar la sostenibilidad del sistema, en un ámbito de Ley Estatutaria el acceso y equidad pasan a adquirir un estatus preponderante³⁹.

4.3.8 Modelo integral de atención en salud (MIAS). La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización,

³⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud, “un sistema de salud al servicio de la gente” Documento [en línea] 2016 disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

El propósito del MIAS es por tanto la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud. No obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias.

El Modelo Integral de Atención en Salud propuesto, trasciende la dimensión técnico instrumental de las acciones en salud, transformándola en medios que propicien la “expansión de la libertad”, fundamento ético de las acciones en salud, donde prima la concepción de la persona como “sujeto con capacidad de gestión de su propia vida”.

El Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. Esto implica que la norma básica para la evaluación de los efectos del Modelo sean las ganancias en equidad, tanto en estado de salud como en acceso integral a los servicios, buscando el cierre de brechas entre grupos 47 poblacionales considerados en sus diferencias socioeconómicas y en sus contextos territoriales⁴⁰.

4.3.9 Rutas integrales de atención en salud, RIAS. Las RIAS son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador,

⁴⁰ *Ibíd.*

prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales. A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia disponible.

El conjunto de RIAS, PIC; PB y GPC deben cubrir la mayor parte de las contingencias de salud de la población. Las RIAS son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social. Los objetivos sociales últimos de la RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad. Sin embargo, el objetivo transversal del modelo es la legitimidad del Sistema a través de la consolidación de la confianza del ciudadano, la pertenencia, aceptabilidad, oportunidad de la atención para la garantía del derecho a la salud.

El MSPS ha planteado tres tipos de RIAS, las cuales aplican para el programa de madres adolescentes un reto social y de academia, que se describen a continuación:

4.3.9.1 Promoción y mantenimiento de la salud.

Primera infancia: esta ruta va orientada a la edad comprendida de 0 a 5 años donde se realizan cuidados inmediatos del recién nacido, detección temprana de alteraciones en el recién nacido, promover la adopción de prácticas seguras en el cuidado del recién nacido y se realiza valoración del recién nacido, su desarrollo, salud bucal, visual, vacunación, articulado con el proyecto ya que se busca garantizar los hitos de la ruta de la primera infancia.

Adolescencia: valoración integral de la salud para crecimiento y desarrollo, salud del estado nutricional, salud bucal, salud auditiva y comunicativa, salud mental y valoración de salud sexual y reproductiva. Unánime con el programa de madres adolescentes un reto social de academia, es imprescindible remitir a

la salud y garantizar todos aquellos momentos que deben ser atendidos oportunamente.

Juventud: valoración integral de la persona joven para crecimiento y desarrollo, salud del estado nutricional, salud bucal, salud auditiva y comunicativa, salud mental y valoración de salud sexual y reproductiva. Articulado con el programa y clasificando el curso de vida de las madres adolescentes se remite a salud para la atención oportuna y manifestar la atención de estos momentos de la salud en la juventud.

Materno perinatal: diseñada por el ministerio de salud y protección social, inicialmente se identifica si la mujer se encuentra en edad fértil con intención reproductiva a corto plazo, se identifica si la mujer es adolescente, informar a los adolescentes de acuerdo a la identificación deseo de gestación para postergar la maternidad, preparación para el embarazo y atención preconcepcional, se confirma la gestación y se asesora para la identificación riesgos que afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres, incluye la identificación de embarazos no deseados. Si la mujer es adolescente activar la ruta de embarazo en la adolescencia, realizar una atención integral en salud para la adolescente en gestación. El programa de madres adolescentes un reto social y de academia, se basa en la ruta de atención integral en salud de acuerdo al curso de vida y la situación en la que se encuentra la madre adolescente, y se remite a salud para así garantizar los hitos de la ruta materno perinatal.

4.3.10 Política Nacional De Seguridad Alimentaria Y Nutricional (PSAN). La Seguridad Alimentaria y Nutricional. Según el Consejo Nacional De Política Económica Y Social 1 (CONPES) Social 113 de 2008, la Seguridad Alimentaria Nacional se refiere a la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa.⁴¹

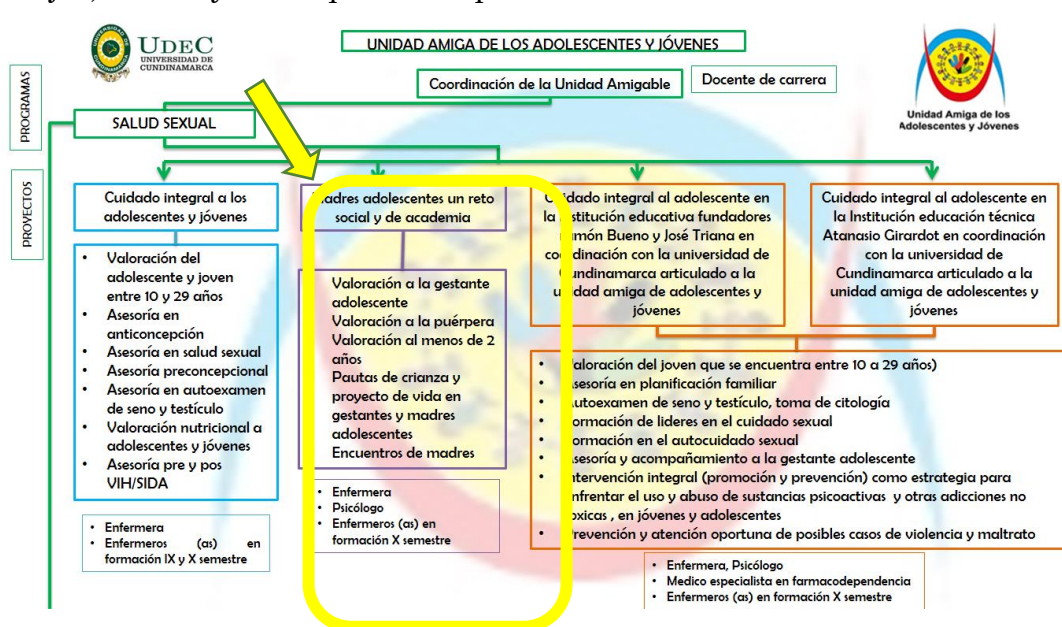
La Constitución Política De Colombia: Establece el derecho a la alimentación equilibrada como un derecho fundamental de los niños y en cuanto a la oferta y la producción agrícola se establecen los deberes del Estado en esta materia.

⁴¹ Consejo Nacional de Política Económica Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, POLÍTICA NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (PSAN), Bogotá, 2007. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SEGURIDAD%20ALIMENTARIA%20Y%20NUTRICIONAL.pdf>

Al identificar los niños que presenten alteraciones de tipo nutricional, se remiten a la E.P.S e I.P.S solicitando una valoración médica y nutricional con el fin de que estos recién nacidos, lactantes y niños sean intervenidos de manera oportuna. Además desde la educación, se orienta a la madre adolescente sobre la manera de brindar una alimentación adecuada para el niño.

4.4 MARCO INSTITUCIONAL

La unidad amigable de la Universidad de Cundinamarca, seccional Girardot, cuenta con el programa de MADRES ADOLESCENTES, UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA el cual, por medio de visitas domiciliarias valora y elabora talleres que promuevan la formulación del proyecto de vida de las gestantes, púerperas y lactantes como herramienta fundamental para su desarrollo como mujer, madre y otros que desempeñe.



fuentes: Flujograma Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca

Realiza también la unidad un trabajo extra institucional, con trabajadoras sexuales y sitios de lenocinio, para capacitar a los administradores de los Hoteles y a las trabajadoras sexuales en los riesgos de Salud Sexual y fomentar prácticas de Autocuidado, para el logro del mejoramiento en la prestación de los servicios y un seguimiento al riesgo en Salud Pública, generado por la práctica de la prostitución.

Para el logro de los objetivos de la unidad, se cuenta con el personal idóneo para la atención de esta población, los cuales están en la capacidad de prestar el

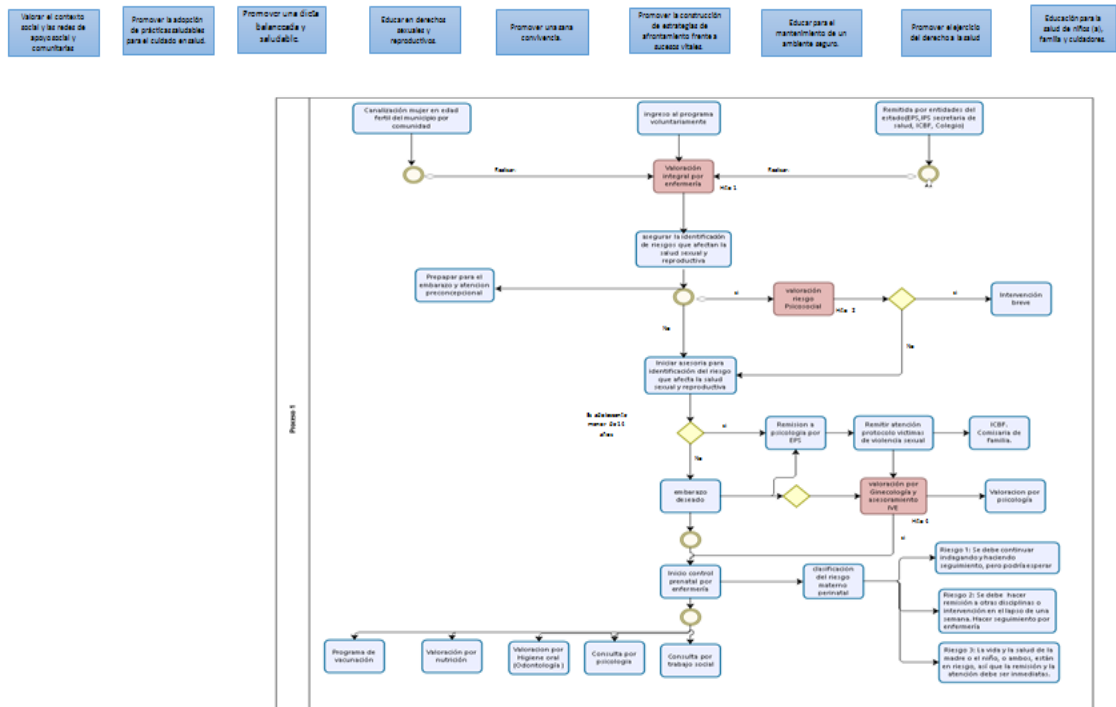
servicio y brindar consejería de pareja y planificación familiar, atención a gestantes y madres adolescentes, autoexamen de seno y testículo, toma de citología, servicios de capacitación y educación en salud, formación de líderes en cuidado sexual, formación en autocuidado sexual y mejoramiento de los riesgos en salud publica el sector hotelero y sitios de lenocinio; a la población adolescente, como también a joven de la Universidad de Cundinamarca y las instituciones educativas públicas y privadas del municipio de Girardot.

4.4.1 Ruta materno-perinatal unidad amigable. La mejora de salud materna es uno de los ocho objetivos de desarrollo del milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000.⁴² En base a la mortalidad materna, se crea la ruta de atención materno perinatal para lograr el mejoramiento de la calidad de la atención y no atender la morbilidad, sino detectar oportunamente para prevenir y en vista que la unidad amigable maneja el programa de madres adolescentes, cuenta con atención de población vulnerable como lo es la adolescencia y sobre todo mujeres menores de 15 años, quienes tienen el riesgo obstétrico.

⁴² Organización Mundial de la Salud OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna. [en línea]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/

RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD – RUTA MATERNO PERINATAL, UNIDAD AMIGABLE

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA MUJER EN ESTADO DE GESTACIÓN



fuente: Flujograma Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca

4.4.2 Aspectos éticos para el desarrollo del trabajo. La unidad amiga de los adolescentes y jóvenes, cuenta con un manual de los aspectos éticos y legales en la prestación del servicio del cual se retoma para el presente programa los soportes éticos para su desarrollo teniendo en cuenta que se aborda el cuidado de enfermería y de la salud de adolescentes en gestación, parto y/o puerperio quienes viven con sus padres y/o sus parejas y/o cuidadores asignados por el ICBF:

Consentimiento informado: el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación mayor de 15 años años o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.⁴³ La unidad amigable, crea el consentimiento informado para las madres adolescentes, de modo que participe en el cuidado de su salud y permita hacer partícipe a los enfermeros en formación, para que estos sean los orientadores del cuidado y la madre

⁴³ Ministerio de Salud. Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, Título II, Artículo 14. [en línea] disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

adolescente tome la libre capacidad decisión y autonomía en el contexto de su cuidado. (Ver anexo 10)

Acuerdo de confidencialidad: Para los profesionales de la salud que brindan el cuidado y orientan a los enfermeros en formación el cuidado a brindar deben revisar y firmar el acta de confidencialidad y manejo de la información.

Este trabajo por estar contextualizado en la atención primaria responde a un riesgo mínimo según lo establece la ley 911 de 2004 en el capítulo de las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado, mencionan el secreto profesional y como responsabilidad en el cuidado de enfermería el consentimiento informado cuando sea sujetos de prácticas de docencia o investigación, como soporte al desarrollo del presente programa se anexan los modelos de consentimiento, asentimiento y acta de confidencialidad.

Este trabajo según la **Resolución 8430 de 1993 – artículo 1**, se considera investigación con riesgo mínimo:

Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.”

4.5 MARCO TEÓRICO

Teoría de la adopción del rol maternal (Ramona T. Mercer)

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo|, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal. se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna ⁴⁴.

El nuevo rol de madre se ve influenciado por el entorno en el que ella crece y se desenvuelve, por las tareas que ahora debe desempeñar y las que deja de hacer por estar a cargo de su hijo. El interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de "madre tradicional", abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo. El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato⁴⁵

4.5.1 Aplicación de la teoría en relación con la enfermera-paciente-familia. El trabajo de la unidad amigable con las madres adolescentes de Girardot, es realizado conjuntamente con la adolescente, familia, enfermera en formación, para brindar un cuidado integral a la gestante, puérpera, recién

⁴⁴ ALVARADO, Laura; GUARIN, Luzmila; CAÑON-MONTAÑEZ, Wilson. Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Revista cuidarte*, 2011, vol. 2, no 1, p. 196.

⁴⁵ Ibid. P. 196

nacido y/o lactante y así ejecutar un plan de cuidados holístico, para mejorar y prevenir complicaciones durante el embarazo, parto y postparto.

Existen diversos factores biopsicosociales relacionados con la salud mental de los padres que generan estrés, depresión, agresividad u otras alteraciones que a su vez afectan los estilos de crianza y las relaciones con los hijos⁴⁶. la adolescencia es una etapa que se caracteriza por cambios físicos, mentales y psico-emocionales en donde cualquiera de estas dimensiones se puede alterar con situaciones que marquen esa etapa de la vida, como el conflicto intrafamiliar, conflicto en la institución de educación, gestación no planeada, antecedentes de castigo en la madre, gestación no planeada, la percepción negativa del bebé, entre otros, que se convierten en factores de riesgo para maltrato y alteraciones emocionales⁴⁷ en los niños

En algunos adolescentes las condiciones socioeconómicas o culturales en las cuales se desarrollan, propicia un replanteamiento de las metas y objetivos que quería alcanzar, pues ahora debe asumir la responsabilidad de su rol como madre, y en algunas de estas también su rol como esposa, sin haber tenido un acompañamiento adecuado que les brinde las herramientas necesarias para el replanteamiento del proyecto de vida.

Por ello, desde la unidad amigable, las enfermeras dentro de sus intervenciones, fortalecen la educación en pautas de crianza donde de acuerdo a la edad se brindan estrategias que fortalezcan el vínculo madre-hijo y generen habilidades para el nuevo rol de madre; además, se motiva a la continuidad del proyecto de vida y replanteamiento de metas a corto, mediano y largo plazo con el fin de que se superen y puedan brindarse un mejor futuro, a sus hijos y familia.

⁴⁶ CUERVO MARTÍNEZ, Ángela. Pautas de crianza y desarrollo socio-afectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 2010, vol. 6, no 1. Pag.112 disponible en: <http://www.redalyc.org/html/679/67916261009/> (citado el: 26/05/2018)

⁴⁷ *Ibíd.*

5. METODOLOGÍA

La metodología utilizada para trabajar con las adolescentes esta direccionada mediante el proceso de búsqueda de todas las madres puérperas del municipio a través de todas las bases de datos proporcionadas por las diferentes E.P.S, las que remite la secretaria de salud del municipio y las adolescentes remitidas por la comunidad, realizando un proceso de selección de estas adolescentes de acuerdo a la edad y tiempo del periodo puerperio y/o lactancia.

Por lo anterior es un trabajo de campo con enfoque cuasi experimental, permitiendo una interacción directa con el binomio madre e hijo, lo que facilita realizar un acompañamiento y valoración de los mismos, lo cual nos permite identificar factores de riesgo mediante la observación directa en las prácticas de cuidado, entorno y el planteamiento de su nuevo proyecto de vida y propiciar métodos los cuales incentiven a las adolescente a continuar con su proyecto de vida; Además este acompañamiento permite direccionar a la adolescente y su hijo a recibir una atención oportuna cuando se identifiquen signos de alarma que afecten el bienestar del binomio.

Se utiliza una estrategia etno-metodológica; debido a que esta permite la interacción de las enfermeras con el entorno social de la adolescente, de una manera individualizada y facilita la interpretación de la influencia de su entorno en su estilo de vida y la orientación del cuidado a partir de los recursos que posea.

Es un estudio longitudinal prospectivo basado en registros individuales de la experiencia personal de cada adolescente durante su periodo de gestación, Post-parto, puerperio y lactancia materna.

5.1 POBLACION

Mujeres adolescentes en estado de gestación hasta los 19 años y adolescentes en periodo de puerperio y/o lactancia hasta los 21 años de edad con hijo/a no mayor a dos años.

5.2 MUESTRA

120 Mujeres adolescentes de (12 A 21 años de edad), 44 en periodo de gestación y 76 en puerperio y lactancia hasta dos años de edad del niño. Resaltando que, de las visitas realizadas a puérperas, se lograron visitar a sus 75 recién nacidos

y lactantes debido a que uno se encontraba en proceso con el ICBF, por lo cual no se pudo valorar.

5.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.3.1 Técnicas.

- ❖ Ubicación de las usuarias. por medio de las bases de datos se obtienen los datos pertinentes.
- ❖ Llamadas telefónicas: para ubicación y confirmación de la visita.
- ❖ Visita Domiciliaria. Permite tener contacto directo con el entorno social y familiar de las adolescentes y de esta manera poder determinar la influencia de este contexto en las condiciones de vida.
- ❖ Entrevista. Facilita guiar una conversación directa entre el entrevistador y la adolescente y/o familia donde se realizan preguntas de diversos grados de formalidad logrando obtener datos, opiniones, ideas, experiencias entre otros. Esta técnica apoya la recolección de la información requerida en la valoración de enfermería.
- ❖ Valoración de Enfermería. Por medio de la cual se realiza la valoración física y emocional, social y espiritual de la gestante, puérpera y lactante, logrando identificar las necesidades de cada una de ellas para plantear el cuidado de enfermería y ejecutar las actividades planeadas a partir del mismo.
- ❖ Proceso de Atención de Enfermería. Con la aplicación del Proceso de Enfermería, se logra identificar las necesidades de las adolescentes, de manera individual y de esta manera plantear las actividades e intervenciones que se requieren para realizar de manera adecuada e integral el acompañamiento a las jóvenes y a su pareja y/o familia.

5.3.2 Instrumentos. Se han definido para los registros de los hallazgos el instrumento de Valoración y seguimiento a la puérpera, recién nacido y su núcleo

familiar, consentimiento informado, plan de cuidados de Enfermería y hoja de registro para el seguimiento.

❖ **Instrumento de valoración a la adolescente Gestante:** Documento seccionado en forma secuencial iniciando con datos de identificación, aspectos socio-demográficos, seguidos por datos necesarios durante la gestación para cada patrón funcional según M. Gordon y, valoración obstétrica a la gestante. Para el presente periodo se incluye los antecedentes personales y familiares, algunos ítems sobre la sexualidad y, se actualiza el formato teniendo en cuenta la guía de práctica clínica prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo y parto (gráfica de evaluación de la embarazada según índice de masa corporal y escala de clasificación de riesgo biopsicosocial prenatal). (Ver anexo A.)

❖ **Instrumento de valoración a la adolescente Puérpera:** Este formato cuenta con un diseño similar al instrumento de valoración a la adolescente gestante, dividido en datos de identificación, antecedentes socioeconómicos, obstétricos, personales y familiares, por patrones funcionales de M. Gordon, haciendo énfasis en el periodo de puerperio, una descripción de las condiciones generales del sector de residencia de la adolescente. (ver anexo B.)

❖ **Formato ficha de Valoración al Recién Nacido:** Como el RN es un individuo que solo se comunica a través de facies, movimientos corporales o el llanto, la principal fuente de información subjetiva es su madre, teniendo en cuenta esto el documento se encuentra seccionado de la siguiente forma: identificación básica, datos antropométricos y de inmunización al momento del nacimiento, medidas antropométricas actuales, seguida de la valoración céfalo-caudal y neurológica con evaluación de reflejos del recién nacido. (ver anexo C.)

❖ **Familiograma:** Instrumento de representación esquemática de la familia, para proveer información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. Permite valorar la composición familiar (miembros que la componen, resaltando los que viven en el hogar), las relaciones biológicas y legales, las relaciones afectivas, los problemas de salud o causas de fallecimiento y el tipo de ocupación o datos laborales de importancia. (ver anexo D)

❖ **Ecomapa:** Instrumento que permite de forma rápida identificar las interrelaciones de la familia con el ambiente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve, es decir, da información sobre la red extra familiar de recursos. Nutrición, abrigo, protección, salud, sentido de pertenencia relaciones interpersonales, comunicaciones y movilización, educación y enriquecimiento,

fuentes de crecimiento espiritual, autonomía y destreza, generatividad. (ver anexo E)

❖ **Plan de cuidado de Enfermería:** Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de Enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico que - cada persona o grupo de personas - responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Para la organización del plan de cuidado se trabaja con los lineamientos de los diagnósticos de la NANDA. (ver anexo F)

❖ **Hoja de registro para el seguimiento:** Documento seccionado en forma secuencial iniciando con datos de identificación, aspectos socio-demográficos necesarios para continuar con un estudio específico a cada usuaria, en este documento se registran los datos significativos de las visitas necesarias con el fin de poder brindar un cuidado continuo a la gestante, puérpera o recién nacido que así lo amerite, se tiene en cuenta además de los datos personales, las evidencias fotográficas y las firmas de las usuarias y de sus familiares si así se requiere. (ve anexo G)⁴⁸.

❖ **Lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente:** es un instrumento que consta de 35 preguntas, las cuales se califican con cumple, no cumple, no aplica. Se evalúan los conocimientos adquiridos durante su gestación y puerperio y la aplicación de estos. (ver anexo H)

❖ **Escala de clasificación de riesgo psicosocial:** los riesgos son aquellos que presentan una amenaza para la salud física, mental y social de la persona, los cuales tienen en la escala un puntaje nominal 1; que significa que debe continuar indagando y haciendo seguimiento, pero podría esperar hasta la próxima cita. El 2 significa: que se debe hacer remisión a otras disciplinas o intervención en el lapso de una semana. Hacer seguimiento por enfermería y el 3: que representa para la vida y la salud de la madre o el niño, o ambos, un riesgo, así que la remisión y la atención debe ser inmediatas. (Ver anexo I)

5.3.3 Obtención de la muestra.

❖ La información se obtuvo de la base de datos de las jóvenes valoradas por el programa de madres adolescentes, un reto social de la academia.

⁴⁸ M. Johnson; G. Bulechek; J. McCloskey; M. Maas; S. Moorhead. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2006 disponible en: <http://revistas.um.es/global/article/view/669/701>

- ❖ Los factores de inclusión para la selección de las adolescentes de seguimiento fueron: nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, edad, alto riesgo psicosocial y quienes en la valoración manifestaron algún cambio emocional.

- ❖ Una vez seleccionada la adolescente de seguimiento, se llegó de sorpresa a la residencia de ellas para aplicar la lista de chequeo

6. VARIABLES

Variable Independiente	Definición	Dimensión	Indicador
Madres Adolescentes	Adolescente que se encuentra en estado de gestación, puerperio y/o lactancia materna	EDAD	12 a 21 años
Variable Dependiente	Definición	Dimensión	Indicador
Determinantes Sociales.	Son todos aquellos factores del entorno social que influyen la conducta del adolescente, la toma de decisiones o afirmar una orientación sexual específica, estos son variados y contribuirán en conductas favorables o no en su salud sexual y reproductiva	Estrato socioeconómico	1 2 3 4
		Nivel de escolaridad	Primaria Primaria Incompleta Bachiller Bachiller Incompleto. Técnico Tecnólogo Universitario
		Ha recibido información sobre IVE	Si No
		Uso de método de anticoncepción	Si No
		Tipo de método de anticoncepción usado	Anticonceptivos Orales Inyectables mensuales Inyectables trimestrales. Métodos de Barrera. Métodos naturales

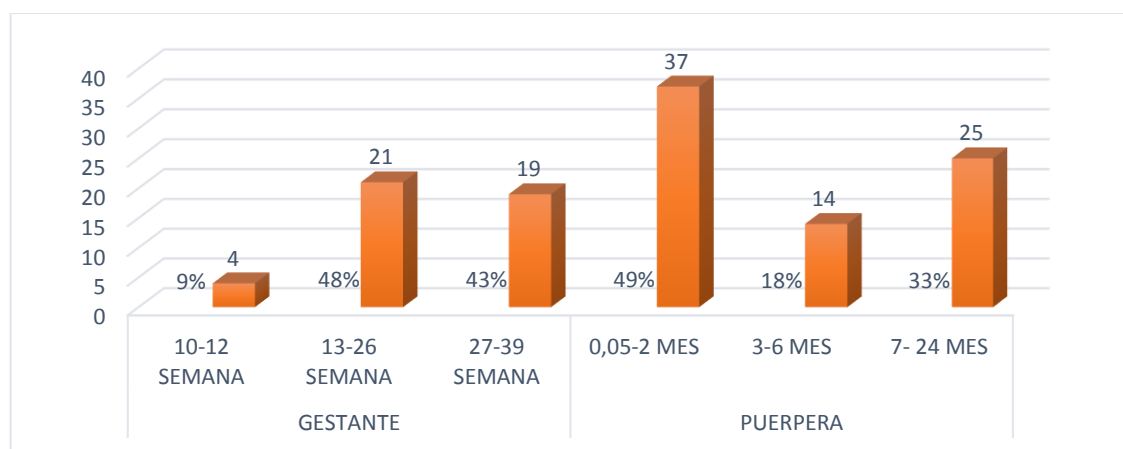
Variable Independiente	Definición	Dimensión	Indicador
		Ha recibido información sobre sexualidad	Si No
		Edad de inicio de la Vida sexual de la adolescente	10,11,12...
		Número de parejas sexuales	1,2,3,4....
		Fuente de ingresos	Padres Pareja Propio Otros
		Proyecto de vida antes de la gestación	Estudiar Trabajar
		Proyecto de vida actual	Estudiar Trabajar Crianza
		Tiempo de relación con la pareja (en meses)	1,2,3.....
		Edad de la pareja	13,14,15.....
		Edad de la gestación de la madre	12,13,14.....
		Menarquia	9,10,11....

7. PROCESO DE TABULACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LOS FORMATOS DE PUÉRPERAS, GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES DEL IPA DEL 2018

Cuadro 1. Valoraciones IPA 2018

Valoraciones En El I Pa 2018	Visitas Efectivas
Total de primera vez de gestantes	44
Total de primera vez de puérperas	76
Total de visitas por primera vez al niño	75
Visitas fallidas	20
Seguimientos	40
Total valoraciones	160
Total visitas	180

Gráfica 1. Tiempo de gestación/puerperio al momento de la visita

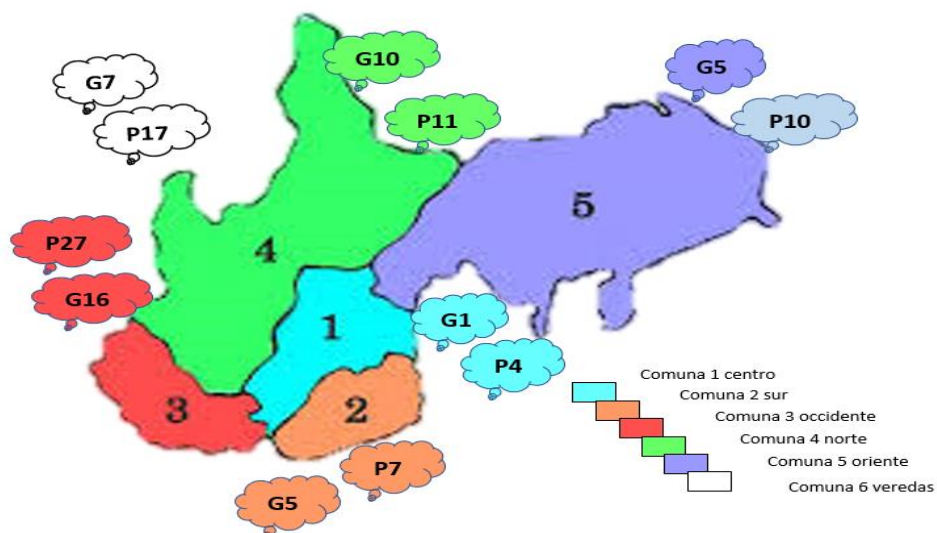


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

7.1 GEORREFERENCIACIÓN

La zona urbana del municipio de Girardot se encuentra dividida en 5 comunas conformadas por 148 barrios y la zona rural en dos corregimientos, uno al sur y otro en el norte de la geografía local, con 12 veredas, de los cuales se visitaron las siguientes comunas para valoración por enfermería a gestantes y puérperas.

Figura 2. Georreferenciación



Fuente: Concejo municipal de Girardot, Acuerdo no. 012 de 2008 por medio del cual se adopta el plan de desarrollo e inversiones, Colombia, Girardot 2008 p.13

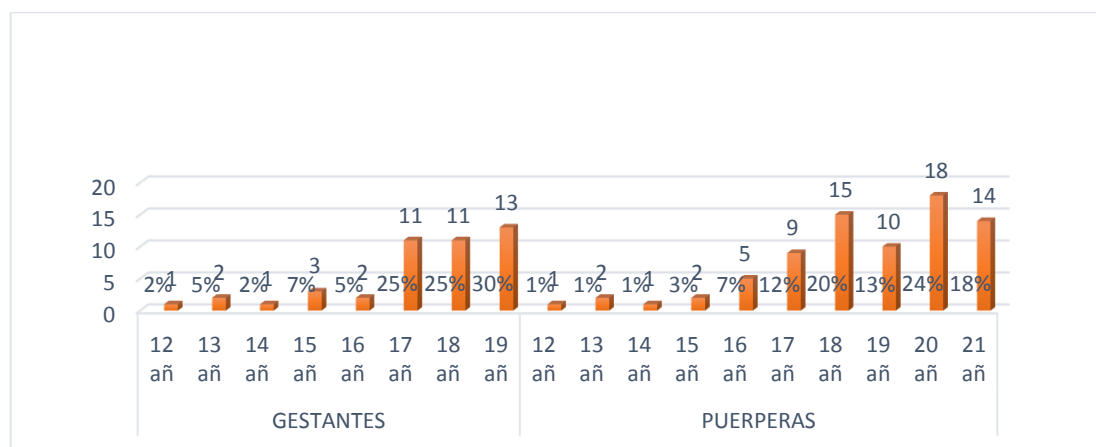
Cuadro 2. Comunas de Girardot.

COMUNA	BARRIOS PERTENECIENTES
1 CENTRO	Acacias, Centro, Granada, La Magdalena, Miraflores, San Antonio, San Miguel, Santander y Sucre.
2 SUR	Alto de la Cruz, Alto de las Rosas, Bocas del Bogotá, Las Rosas
3 OCCIDENTE	La Esperanza, Pozo Azul, Santa Helena, Santa Isabel, Villa Alexander, Santa Isabel, Gaitán, Estación, Centenario
4 NORTE	Ciudad Montes, Corazón de Cundinamarca, Diamante Central, Diamante Nororiental, Diamante Etapa 5, Esmeralda I Sector, Esmeralda, Rosa Blanca, San Fernando, Valle del Sol, Algarrobos
5 ORIENTE	Brisas del Bogotá, Kennedy, Portachuelo, San Jorge, El Triunfo,
6 VEREDAS	Barzalosa, Galán

Fuente: Hernández Norma, Cruz Leydi, Madres adolescentes un reto social y de academia, Universidad de Cundinamarca Colombia, 2017. P.116

7.2 DETERMINANTES SOCIALES

Gráfica 2. Edad.



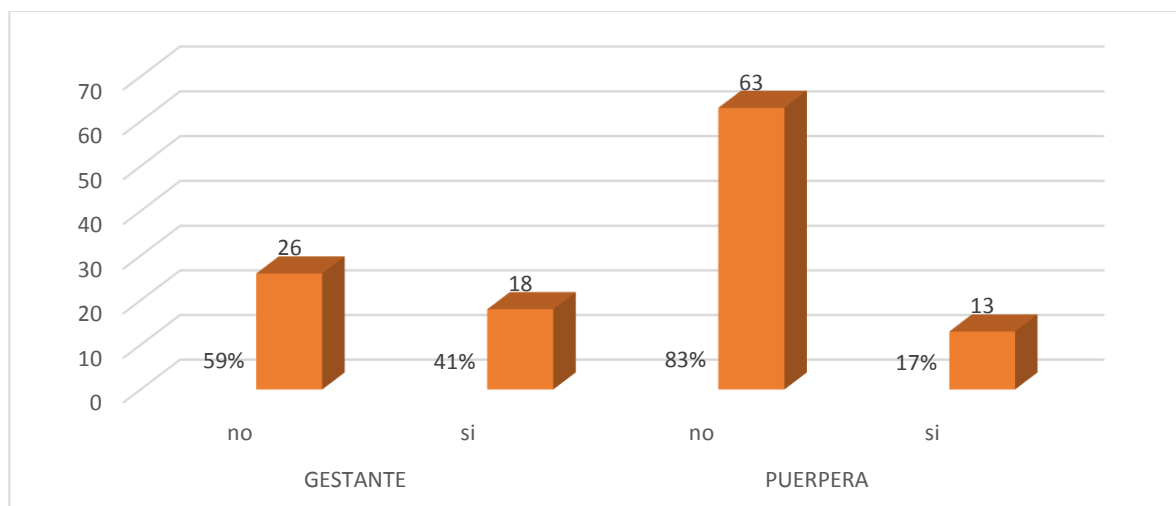
Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, se evidenció que el rango mínimo de edad es de 12 años, máxima edad de 19 años, edad promedio 15,5 años. Entre las edades que predominan son de 17 años con un 25% (11), 18 años con un 25% (11) y 19 años con un 30% (13). En relación con las De las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, se evidencia que la edad mínima es de 12 años y la máxima los 21 años, edad promedio de 16,5 años. Las edades que predominan son 17 años con un 12% (9), 18 años con un 20% (15), 19 años con un 13% (10), 20 años con un 24 (18) y 21 años con un 18% (14). De las edades en las que menos se valoraron están las de 12 años a 16 años de gestantes en un 20% y puérperas en un 13%.

Al contrastar estos datos con los de los años 2016 y 2017, se encuentra que la edad mínima de puérperas valoradas es menor para el IPA 2018 iniciando desde los 12 años, al de los años 2016 y 2017 que inician desde los 13 años. Según la UNFPA El porcentaje de adolescentes madres o embarazadas de 15 a 19 años de su primer hija o hijo disminuyó del 2005 (20,5%) al 2015 (17,4%), por otro lado, los datos de los embarazos en el grupo de niñas y adolescentes de los 10 a 14 años, tendían a crecer, pues para los años 2010 con 6.315 casos y el año 2014 con 6.593 casos, mostraron un incremento. Pero, se evidenció que para el año 2015

se registraron 6.045 casos, siendo un número menor de embarazos con relación a 5 años atrás⁴⁹.

Gráfica 3. ¿Estudia actualmente?



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

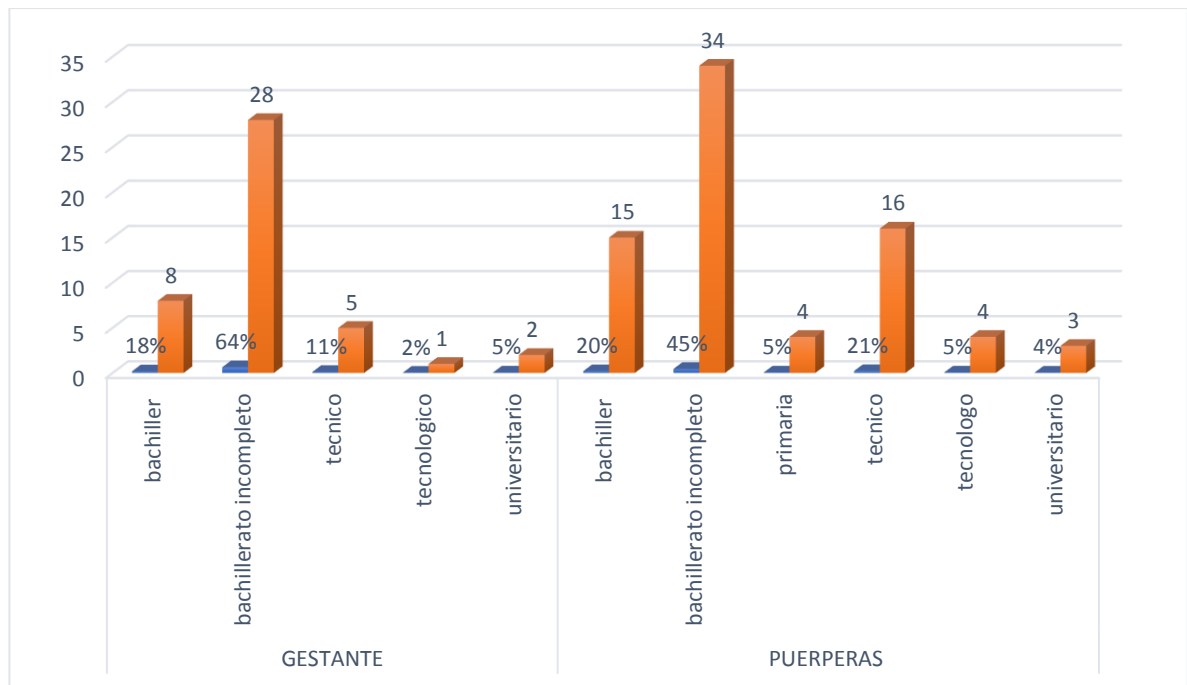
De las 44 gestantes adolescentes valoradas el 59% (26) manifestaron no estar estudiando por haber culminado el bachiller, por la maternidad, porque no quisieron continuar y por factores económicos. Mientras que el 41% (18) manifestaron si estar estudiando. En relación con las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencio que el 83% (63) manifestaron no estar estudiando por haber culminado su bachiller, por la maternidad, porque no quisieron continuar, por factores económicos, por trabajo y por repitencia. Mientras que el 17% (13) manifestaron si estar estudiando.

Al contrastar estos datos con Diagnostico de situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina 2016, el factor de la escolaridad es resultado de la combinación de dos factores: por un lado, la mayor probabilidad de ser madre entre quienes han dejado de asistir a la escuela, y, por el otro, de estar asistiendo la mayor probabilidad de abandonar los estudios en caso de embarazo. Ambos factores se potencian y resultan en una mayor prevalencia de madres entre las adolescentes de menor educación en comparación con quienes tienen

⁴⁹ UNFPA, semana andina para la prevención de embarazos en la adolescencia. 2017 citado de: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/InfografiaSituacionPEA2017_web.pdf (consultado el 9/07/18)

mayor educación. Las adolescentes que se embarazan tienden a dejar la escuela, y se someten a trabajos de baja productividad, bajos salarios y sin cobertura de seguridad social, limitándoles su crecimiento personal, lo que les afecta no sólo a ellas, sino también a su familia y entorno.⁵⁰ O como lo señala el Estudio sobre el mejoramiento de la educación secundaria en la República Dominicana. 2018 las razones de abandono que más se señalan corresponden a quehaceres del hogar y tareas de cuidado de otros (incluida en esta última el embarazo).⁵¹ En comparación con la ENDS 2015 las primeras causas para la deserción escolar (hombres y mujeres) son las razones económicas (cerca del 7,5 %) y el no querer estudiar (cerca del 7,5 %). Embarazo es la tercera causa con un 7 % y, alcanzó lo que quería, con un 5 %.⁵²

Gráfica 4. Nivel de escolaridad



Fuente: Base de datos de gestantes, puerperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

⁵⁰ UNFPA, Organismo Andino de Salud. Óp. Cit. pág. 73

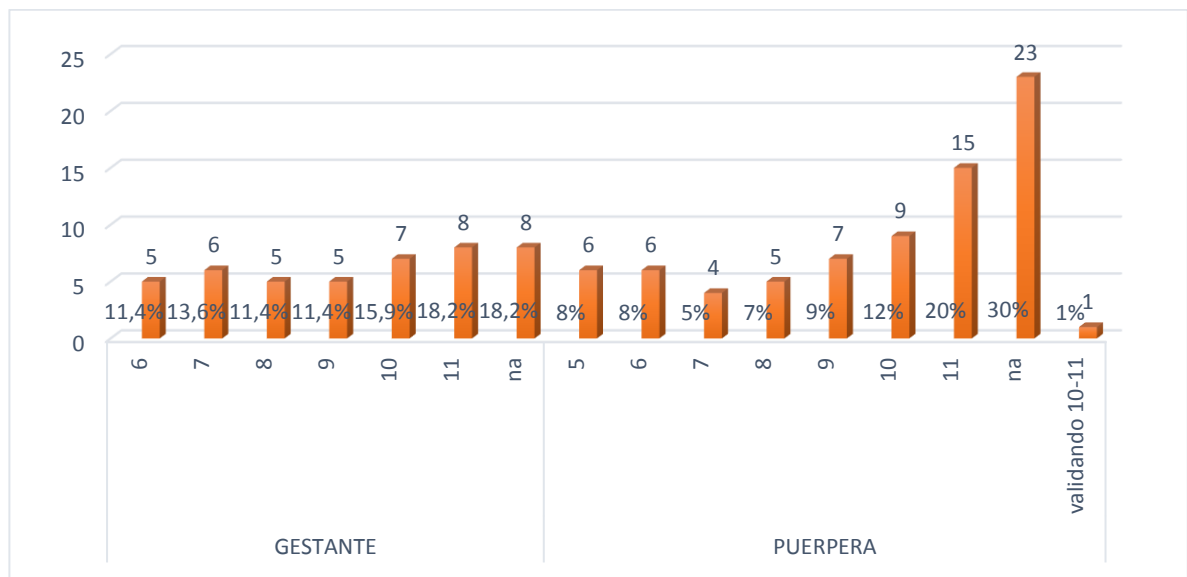
⁵¹ ARANEDA, Paulina; LEYTON, César; BOBADILLA, Catalina. Estudio sobre el mejoramiento de la educación secundaria en la República Dominicana. 2018. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/43559>

⁵² QUIÑONES, Juan Carlos González. Resumen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Carta Comunitaria, 2017, vol. 25, no 142, p.23 <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/72>

De las 44 adolescentes gestantes valoradas se evidencio que la escolaridad se encuentra desde bachillerato incompleto hasta universitario. De las escolaridades predominantes están; bachiller con un 18% (8), bachiller incompleto con un 64% (28). En relación con las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencio que la escolaridad se encuentra desde primaria hasta universitario. La escolaridad que predomina es bachiller incompleto 45% (34), bachiller 20% (15) y técnico 21% (16).

Al contrastar estos datos con el documento de la Reproducción temprana: diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. 2017, los resultados confirman la bien documentada desigualdad social de la maternidad adolescente, pues las adolescentes con educación universitaria tienen menos de 10% de probabilidades de haber sido madre durante la adolescencia mientras que aquellas con baja educación registran probabilidades de 81% en Colombia 2010. De esta manera, la probabilidad de las adolescentes con baja escolaridad es al menos 5 veces la de las adolescentes con educación universitaria.⁵³

Gráfica 5. Grado escolaridad.



De las 44 adolescentes gestantes valoradas se evidencio que el grado mínimo se encuentra desde 6° y el máximo hasta 11° y/o validación. De los grados que

⁵³ RODRÍGUEZ VIGNOLI, Jorge; DI CESARE, Mariachiara; PÁEZ, Katherine. Reproducción temprana: diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. 2017 disponible en: <http://200.9.3.98/handle/11362/41609>

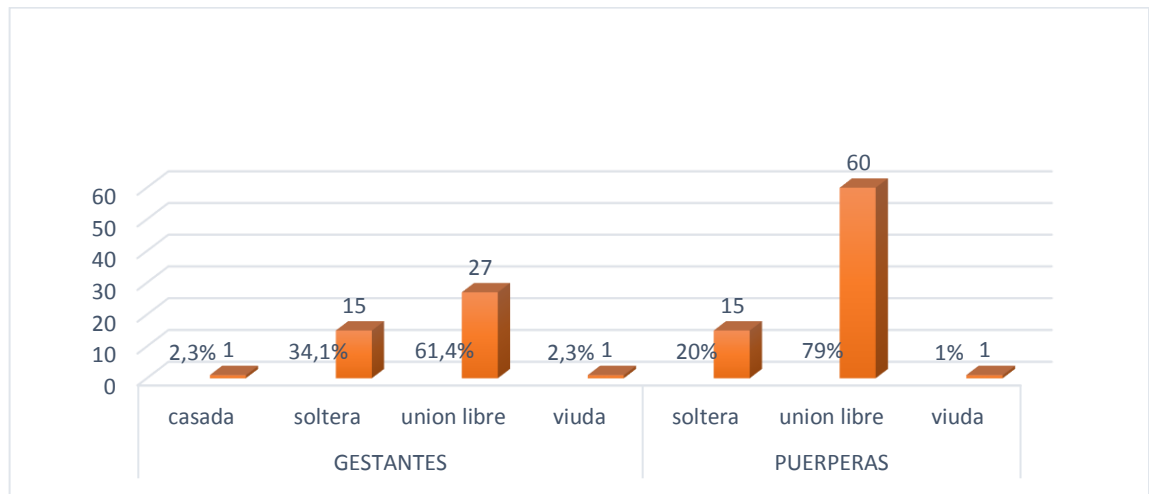
predominan están; 11° con un 18,2% (8), no aplican 18,2% (8) aclarando que son adolescentes que se encuentran en educación superior, y 10° con un 15,9% (7). Es de aclarar que de esta población de gestantes; el 59% (26) manifestaron no estar estudiando por haber culminado el bachiller, por la maternidad, porque no quisieron continuar y por factores económicos.

En relación con las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, se evidencia que el grado mínimo es 5° hasta 11° y/o validación. De los grados que predominan están; 11° con un 20% (15), no aplican con un 30% (23) aclarando que estas se encuentran en la educación superior y en el grado 9° en un 12% (9). Es de aclarar que de adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia se evidencia que el 83% (63) manifestaron no estar estudiando por haber culminado su bachiller, por la maternidad, porque no quisieron continuar, por factores económicos, por trabajo y por repitencia.

Al contrastar estos datos con Diagnostico de situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina 2016 en el análisis de la Evolución de la tasa neta de escolarización primaria y tasa neta de escolarización secundaria en países de la Subregión Andina se observa que la tasa neta de escolarización primaria, que expresa en qué medida la población que por su edad debiera estar asistiendo a la educación primaria efectivamente está escolarizada en ese nivel, varía entre el 90 y 96 por ciento en los países de la Subregión Andina siendo Colombia el de 90%. Mientras el de básica secundaria, las tasas netas de escolarización son, como es de esperar, algo más bajas que las de básica primaria, y en el caso de Colombia alcanza el 76% de adolescentes.⁵⁴

⁵⁴ UNFPA, Organismo Andino de Salud. Óp. Cit. pág. 75

Gráfica 6. Estado civil



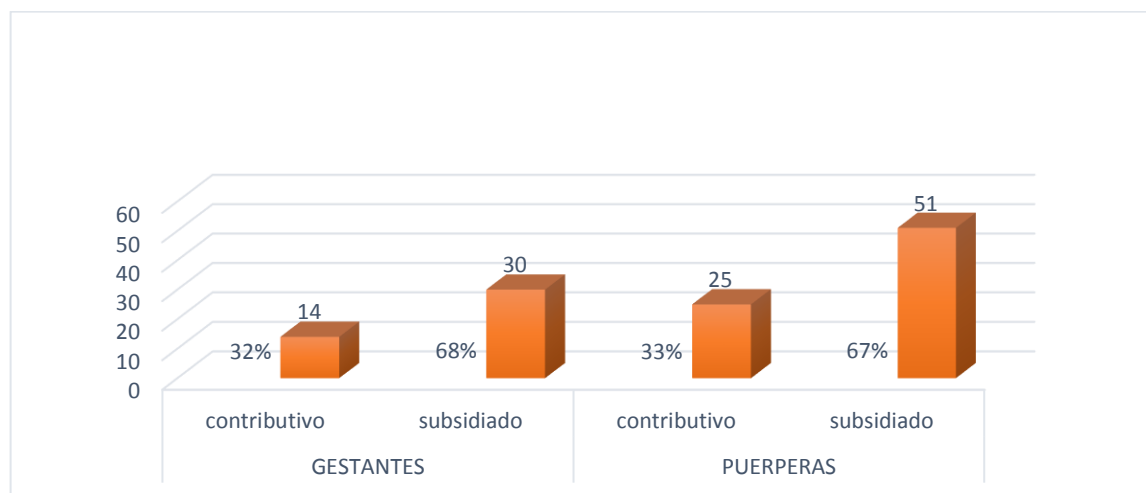
Fuente: Base de datos de gestantes, puerperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que el estado civil predominante está la unión libre 61,4% (27) y de estas el tiempo de relación que lleva con su pareja oscila entre 12-72 meses. En relación con las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidenció que el estado civil predominante está la unión libre en un 79% (60) y de estas el tiempo de relación que lleva con su pareja oscila entre 8-50 meses.

Al contrastar estos datos con Diagnóstico de situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina 2017 en el análisis de La unión (todo tipo de cohabitación, no sólo el matrimonio formal que en general es infrecuente entre las adolescentes de la Subregión), sí parece tener un vínculo estrecho con los niveles de fecundidad y maternidad adolescentes. Todos los países de la Subregión registran probabilidades de tener la primera unión durante la adolescencia específicamente en Colombia antes de los 15 años en un 4% y antes de los 18 años en un 23%.⁵⁵

⁵⁵ UNFPA, Organismo Andino de Salud. Óp. Cit. pág. 63

Gráfica 7. Régimen de afiliación



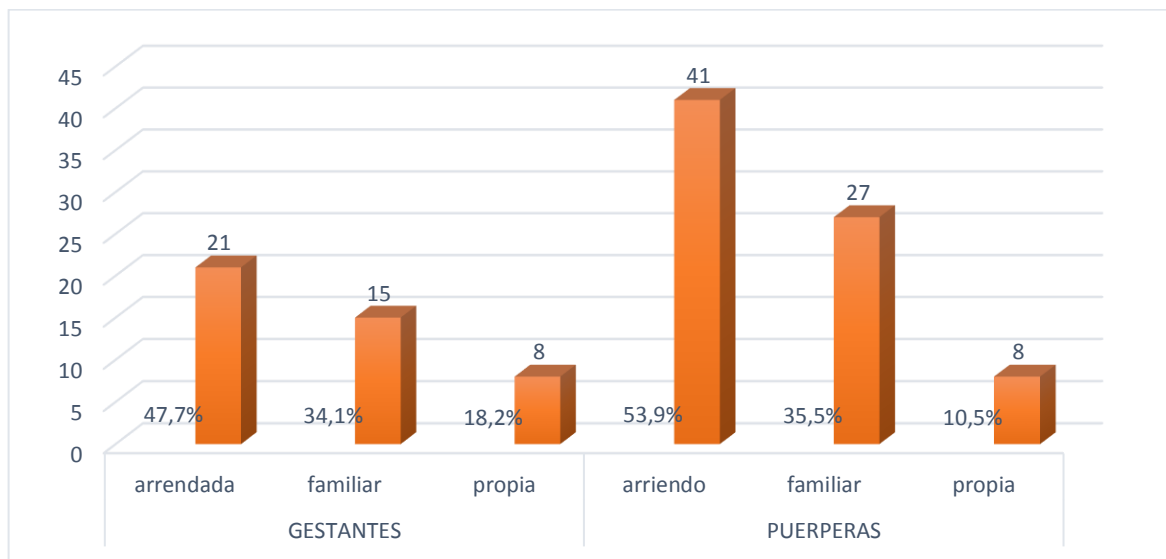
Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que el régimen de afiliación predominante es subsidiado en un 68% (30) en las comunas 1, 2, 3, 4, 5 y en el área rural (veredas) comuna 6. En relación con las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidenció que el régimen de afiliación es subsidiado en un 67% (51).

La afiliación al régimen subsidiado es característica de los menores (sobre el 50% para menores de 20 años) y la afiliación al régimen contributivo se concentra en las edades activas (20 a 59 años) y menos en los menores de 20 y los mayores de 59 años.⁵⁶

⁵⁶ de salud y protección social, Ministerio; Profamilia. Resumen ejecutivo encuesta nacional de demografía y salud ENDS. Colombia. 2015. pág. 20 disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>

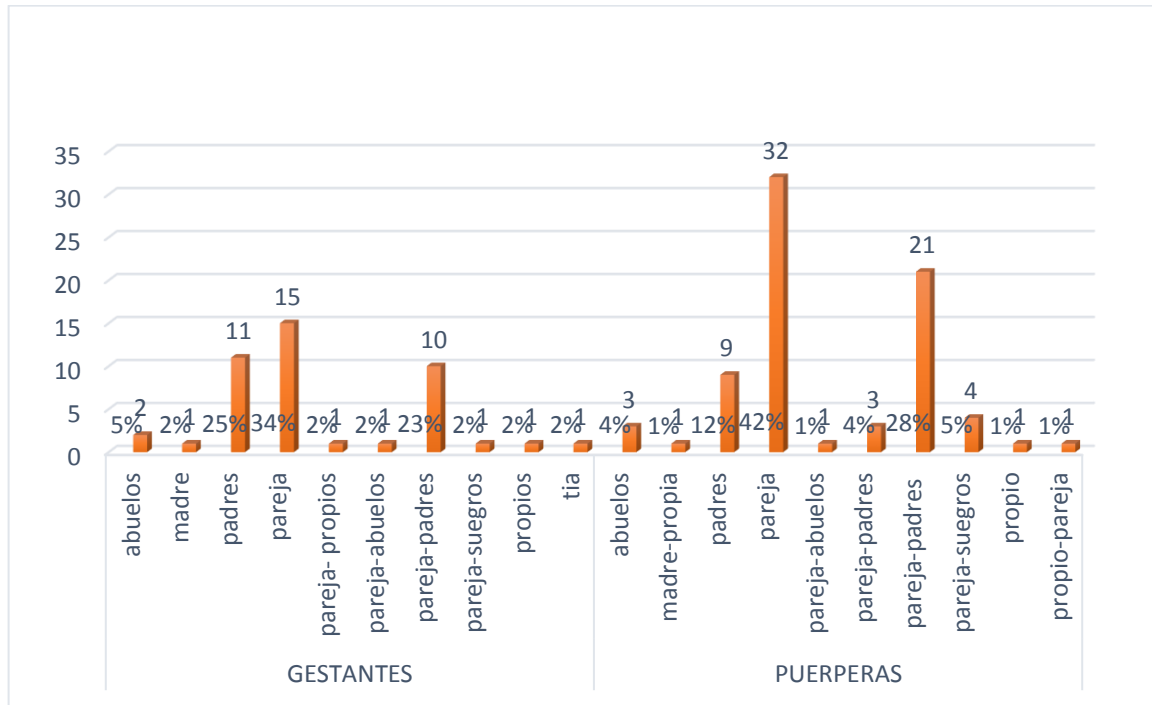
Gráfica 8. Tipo de vivienda



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes valoradas se evidencia que los tipos de viviendas predominantes están; arrendada en un 47,7% (21) y familiar 34,1% (15) donde gran parte de estos hogares la fuente de ingreso es la pareja. En relación con las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia valoradas se evidenció que los tipos de viviendas predominantes están; arriendo 53,9% (41) y familiar 35,5% (27) donde se observa la misma tendencia de fuente de ingreso familiar.

Gráfica 9. Fuente de ingreso



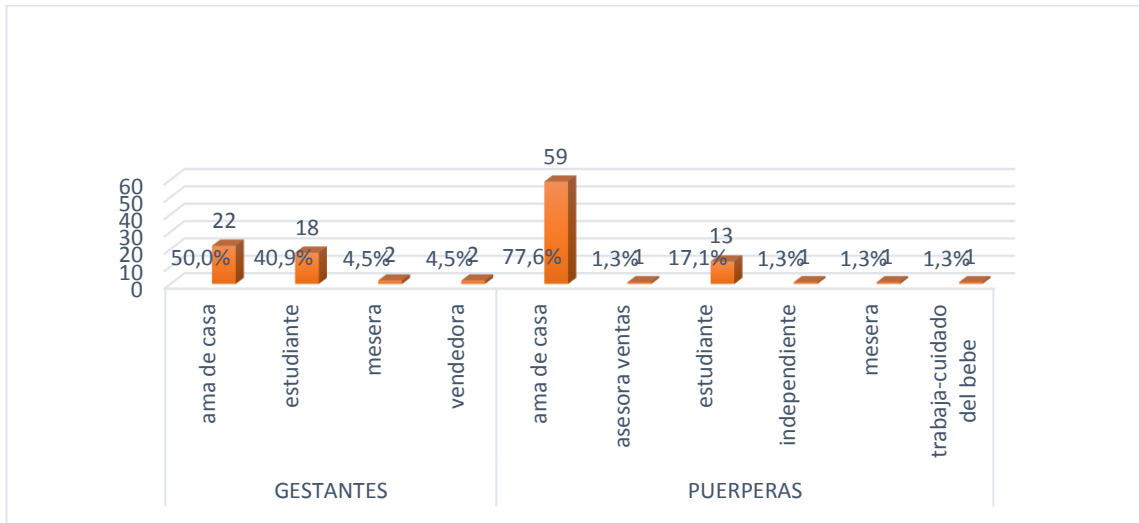
Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que las fuentes de ingreso predominantes están; la pareja en un 34% (15), padres 25% (11) y pareja-padres 23% (10). De las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia valoradas las fuentes de ingresos predominantes están la pareja en un 43% (32), pareja-padres 28% (21) y padres en un 12% (9).

Al contrastar con la ENDS cuando la mujer trabaja, en dos de cada tres hogares, toman las decisiones en torno a los recursos de la pareja. Los hombres cuando trabajan, buscan más a su pareja (75 %) para el uso de los recursos. Sin embargo, cerca de la mitad de las mujeres aporta todo lo que gana al hogar, en tanto que solo uno de cada cuatro hombres lo hace.⁵⁷

⁵⁷ QUINONES, Juan Carlos González. Óp. Cit. pág. 25.

Gráfica 10. Ocupación



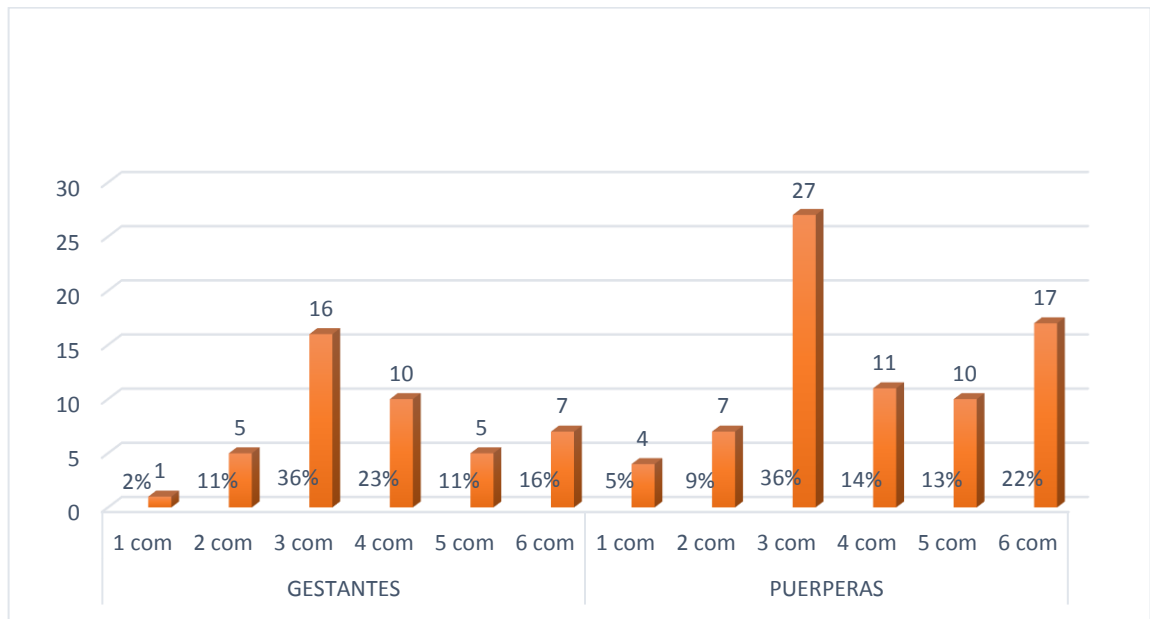
Fuente: Base de datos de gestantes, púerperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes valoradas se evidencio que de las ocupaciones más predominantes están; la de ama de casa 50% (22) y estudiante 39% (17) debido a que gran parte de estas gestantes deciden dedicarse al cuidado de sus bebés y por ende desertan de su escolaridad. Mientras que de las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancias valoradas, la ocupación más predominante está: la de ama de casa 77,6% (59) y estudiante 17,1% (13) debido a que gran parte se dedican a actividades del hogar.

Al contrastar estos datos con ENDS 2015, como se observa en el análisis de desempleo por grupo de edad en Colombia la mujer padece de más desempleo en todas las edades de 13 a 19 años específicamente en un 23,2%. Sin duda el cuidado de los hijos es una de las limitantes del empleo ya que, en dos de cada tres familias con trabajo, la mujer cuida los hijos. De las mujeres de 13 a 49 años que trabajaron en los doce meses anteriores a la encuesta, la mayor proporción, un 59,1 %, eran trabajadoras de ventas y servicios, seguido por un 16,7 % que trabajaban como profesionales, técnicos o gerentes y un 9,8 % que trabajaban como oficinistas.⁵⁸

⁵⁸ QUINONES, Juan Carlos González. Óp. Cit. p. 23-24

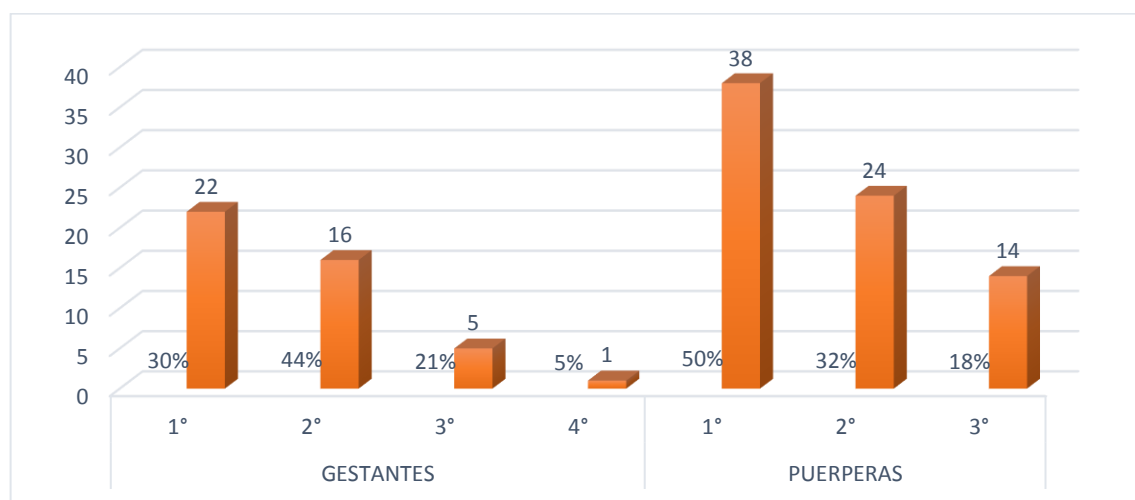
Gráfica 11. Comunas



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes valoradas en la ciudad de Girardot las comunas que predominaron están; la comuna 3 con un 36% (16), comuna 4 con un 23% (10) y comuna 6 con un 16% (7) resaltando que la gran parte se ubican en un nivel socioeconómico entre 1 y 2. De las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia valoradas en la ciudad de Girardot las comunas que predominaron están; la comuna 3 con un 36% (27), comuna 6 con un 22% (17) y comuna 4 con un 14% (11) donde gran parte se ubican en el nivel socioeconómico 1 y 2, y se observa el área rural (veredas) como el segundo lugar con mayor concentración de puérperas.

Gráfica 12. Nivel socioeconómico



Fuente: Base de datos de gestantes, puerperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

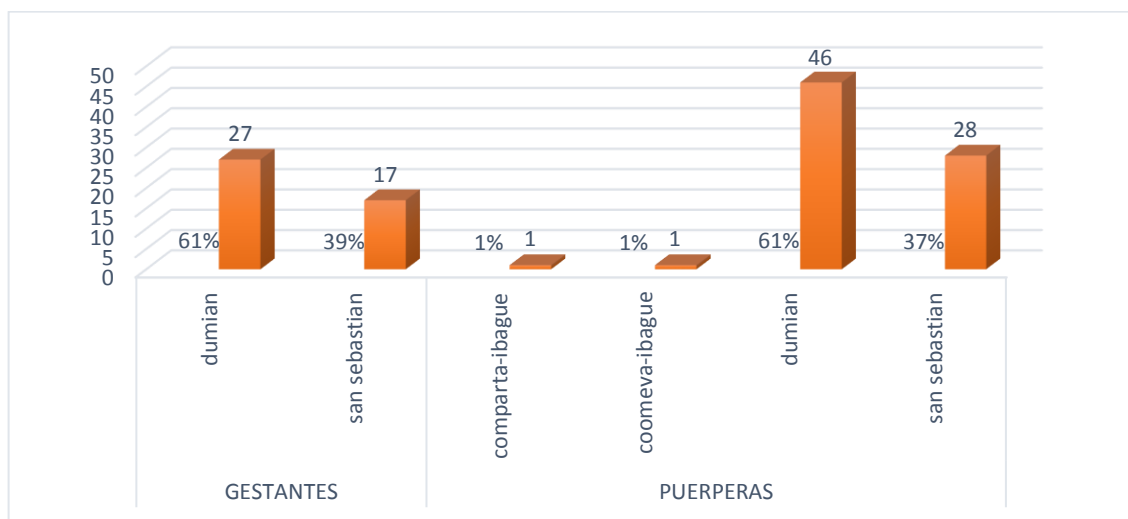
De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que los niveles socioeconómicos predominantes están; el nivel 1° con un 30% (22) y el nivel 2° con un 44% (16) donde gran parte de las gestantes se encuentran en bachillerato incompleto. En relación con las puerperas adolescentes se evidencia que los niveles socioeconómicos predominantes están; 1° en un 50% (38) y 2° en un 32% (24). De los niveles socioeconómicos menos predominantes están 3° en un 21% (5) y 4° en un 5% (1) para gestantes y, en puerperas los menos predominantes son 3° en un 18% (14) donde gran parte de las gestantes se encuentran en bachillerato incompleto.

Al contrastar estos datos con Diagnostico de situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina 2017 en el análisis de **mujeres de 15 a 19 años de edad: porcentaje de madres, según quintil socioeconómico circa 2010** se halla, que las adolescentes de nivel socioeconómico más bajos tienden a desear un embarazo en edades tempranas al asociarlos a un proyecto de vida

debido a las menores condiciones que tienen para optar por otros proyectos educacionales y/o laborales, mientras que la de estratos socioeconómicos más altos, debido a las mayores oportunidades socioeconómicas con las que disponen, tienden a planificar sus proyectos de vida reproductiva a largo plazo.⁵⁹

⁵⁹ UNFPA, Organismo Andino de Salud. Óp. Cit. pág. 72

Gráfica 13. ¿En cuál institución de salud le asistieron el parto?

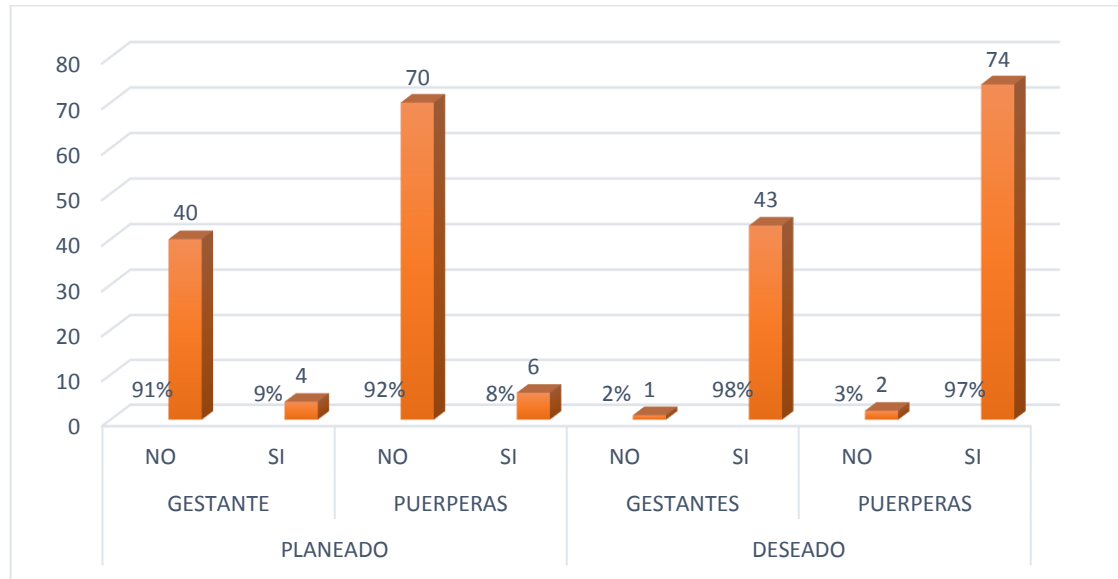


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que la IPS de atención primaria predominantes esta Dumian en un 61% (27). En relación con las puérperas adolescentes se evidencia la IPS de atención predominantes están; Dumian 61% (46) y Nueva Clínica San Sebastián en un 37% (28).

7.3 PATRON PERCEPCION Y MANEJO DE LA SALUD

Gráfica 14. Embarazo planeado – deseado



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

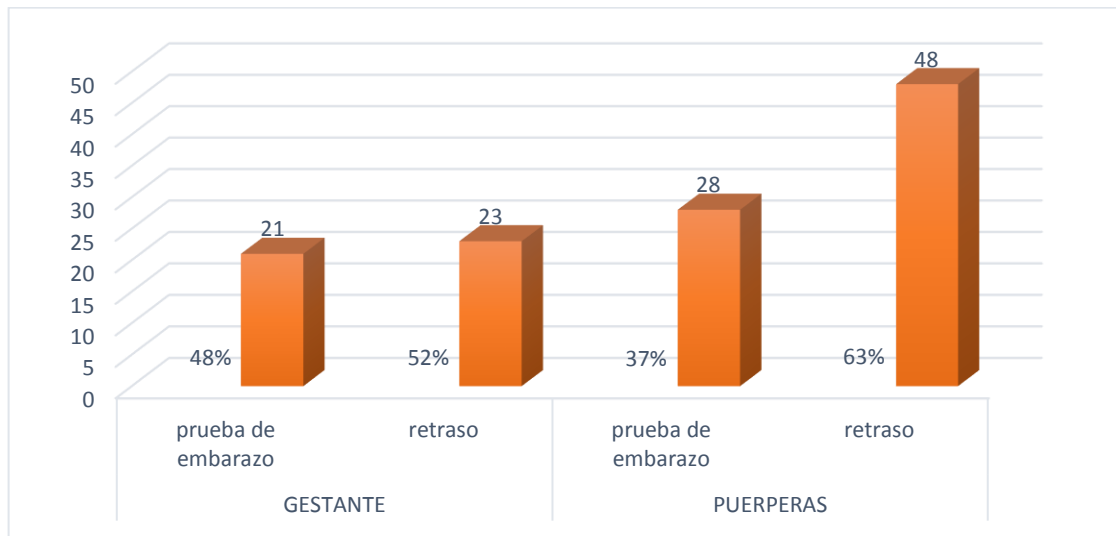
De las 44 adolescentes gestantes, el 91 % (40) ha quedado en gestación sin haberlo planeado, pero al preguntar si es un producto deseado al momento de la visita, el 98% (43) si desea tener a su hijo/a. De las 76 adolescentes en puerperio y lactancia el 92% (70) refiere haber quedado en gestación sin planearlo, pero al preguntar si fue un producto deseado al momento de enterarse de la gestación, el 97% (74) refiere haber deseado tenerlo. Además, porque muchas adolescentes desde su contexto familiar les han enseñado que “el aborto es malo, porque sería matar a un ser humano”.

La UNFPA señala que el 64,1% de mujeres menores de 20 años no planearon tener su hijo.⁶⁰ En relación con la ENDS Colombia 2015, de los nacimientos y embarazos al momento de la encuesta, el 49.5% fueron deseados, el 29.2% eran deseados para después y el 21.3% fueron declarados no deseados⁶¹. Lo que indica que una vez se enteran de su embarazo, el mayor número porcentual de gestantes, desean tener a su hijo/a.

⁶⁰ O UNFPA. Óp. Cit. Pág. 7

⁶¹ QUIÑONES, Juan Carlos González. Óp. Cit. pág. 33.

Gráfica 15. Como se enteró del embarazo

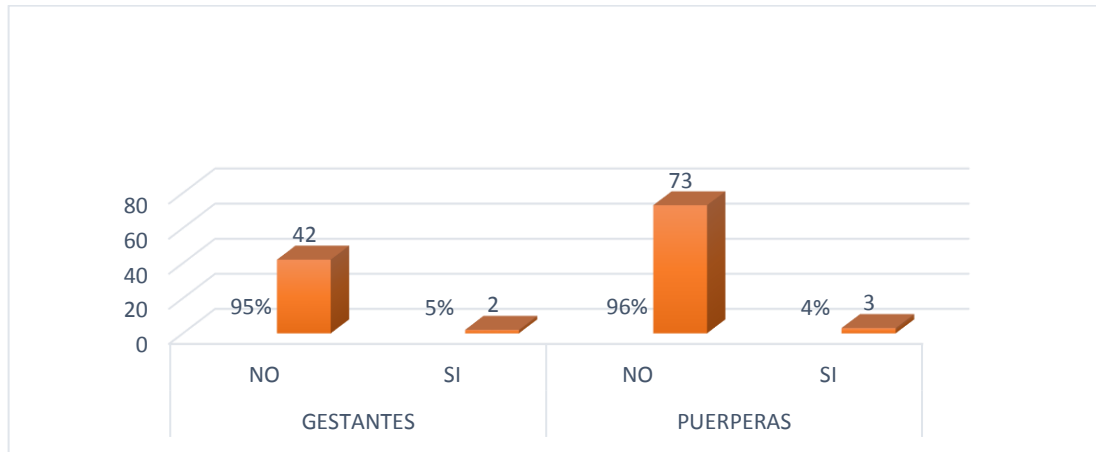


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, el 52% (23) se enteraron de su gestación porque tuvieron un retraso en su menstruación de uno o varios meses, lo que las llevó a identificar su embarazo en edad gestacional avanzada, el otro 48% (21) se enteró por la realización de una prueba de embarazo que hicieron tras una sospecha por haber tenido una relación sexual sin protección o por acudir al servicio de urgencias por sintomatología. En relación con las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia, el 63% (48) se enteraron de su gestación porque tuvieron un retraso en su menstruación de uno o varios meses, lo que las llevó a identificar su embarazo en edad gestacional avanzada, el otro 37% (28) también se enteró por la realización de una prueba de embarazo que hicieron tras una sospecha por haber tenido una relación sexual sin protección o por acudir al servicio de urgencias por sintomatología.

Es importante que a las adolescentes se les proporcionen las herramientas indispensables para detectar oportunamente un embarazo como lo son las pruebas de embarazo, pero más que ello, se deben proporcionar los métodos anticonceptivos modernos de fácil acceso y con baja carga hormonal para la prevención del embarazo como son las píldoras e inyectables.

Gráfica 16. Le ofrecieron interrupción voluntaria del embarazo



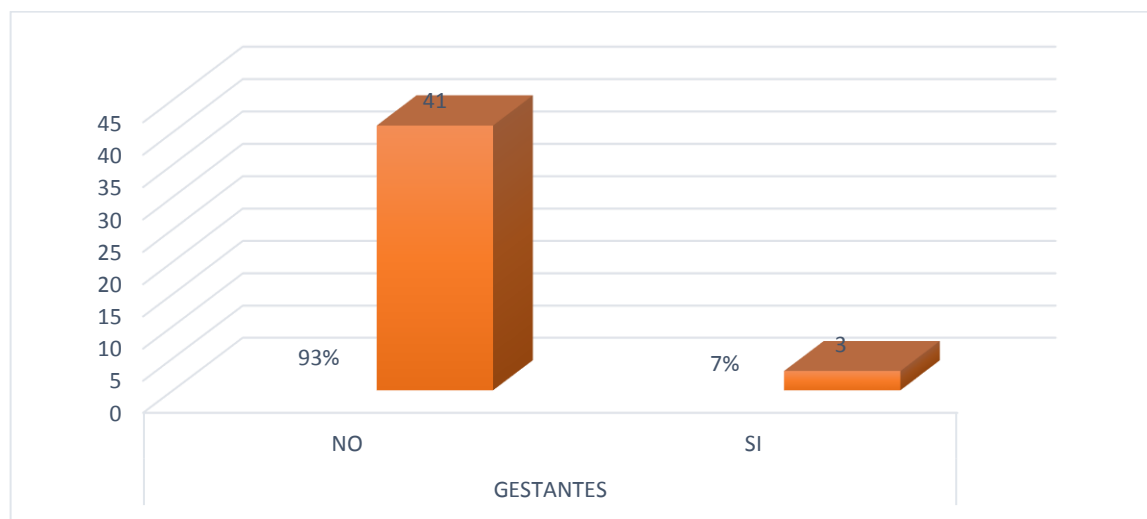
Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, el 95% (42) no recibieron asesoría sobre las causales para la interrupción voluntaria del embarazo, tan solo el 5% (2) recibieron la asesoría por un médico y una enfermera, y una de ellas decidió el procedimiento pero en la institución de salud le obstaculizaron el proceso al punto de involucrar creencias religiosas personales del profesional de la salud que se negó continuar el proceso. Por otro lado, de las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia valoradas, el 96% (73) tampoco recibieron asesoría sobre las causales para la interrupción voluntaria del embarazo, solo el 4% (3) recibió asesoría por un médico o una enfermera, las cuales decidieron continuar la gestación por creencias religiosas y/o presión de su familia.

De acuerdo a la ENDS 2015, el 56,1 % de las mujeres de 13 a 49 años saben que la IVE es legal en algunos casos⁶². Lo que indica que solo un poco más de la mitad de la población es informada sobre las causales de interrupción voluntaria del embarazo, limitando la capacidad de decisión sobre continuar o interrumpir la gestación por cualquiera de los casos que contempla la C-355/2006 a la población a quien se le omite la información.

⁶² de salud y protección social, Ministerio; Profamilia. Óp. Cit. Pág. 64

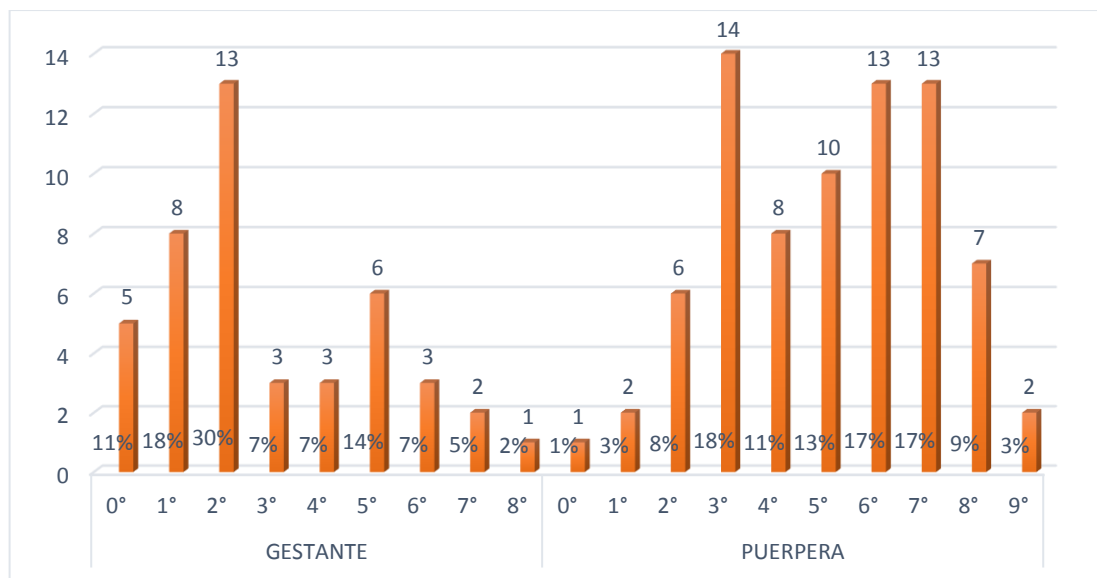
Gráfica 17. Asistió al curso psicoprofilactico



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, al momento de la visita el 93% (41) no había asistido al curso de preparación para la maternidad y la paternidad, refiriendo en su mayoría que su IPS no le había ofrecido el curso, una mínima parte refería haber sido informada pero no haber asistido por falta de tiempo o recurso económico para el transporte. Solo el 7% (3) fue informada y asistió al curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Gráfica 18. Número de controles prenatales a los que asistió hasta el momento de la visita



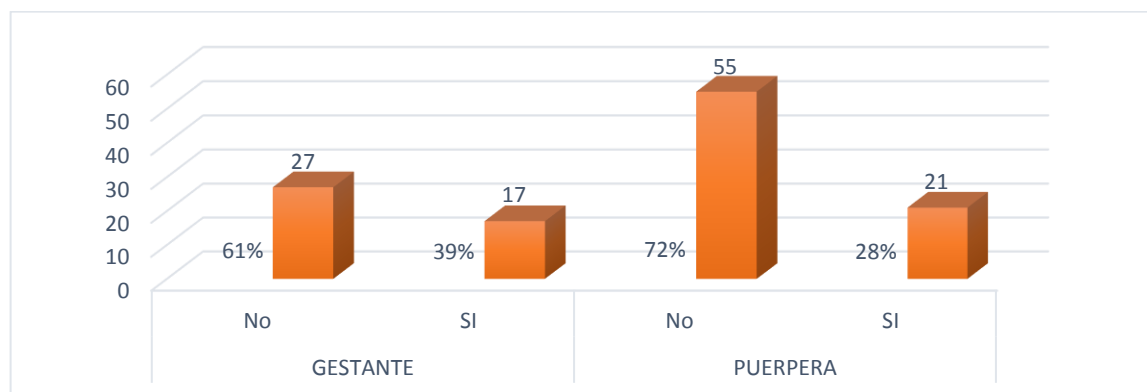
Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, al momento de la visita el 30% (13) tenían dos controles, el 18% (8) tenían un control, el 14% (6) tenían cinco controles, el 11% (5) no tenían ningún control, el 3% tenían tres, cuatro o seis controles, el 5% (2) tenían siete controles y solo una tenía ocho controles. De las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, el 18% (14) refirieron que durante su gestación tuvieron tres controles prenatales, el 17% (13) tuvo seis y siete controles, el 13% (10) tuvo cinco controles, el 11% (8) cuatro controles, el 9% (7) ocho controles, el 8% (6) controles, el 3% (2) tuvo nueve controles y una no tuvo ningún control prenatal.

Según estadísticas de la ENDS 2015, El 97,5 % de las mujeres de 13 a 49 años recibió atención prenatal por parte de un(a) médico(a) o enfermera(o). Con respecto al número de visitas el 92% obtuvo cuatro o más visitas en zona rural y el 83,7% en zona urbana⁶³. Al contrastar estos datos de la ENDS con este trabajo, se concuerda que el 99% de puérperas tuvo algún control prenatal, y en cuanto al número de visitas, se evidenció que tuvo tres a más visitas. El 89% de las gestantes ha tenido al menos un control prenatal, sin contar que algunas se valoraron en el primer trimestre.

⁶³ Ibid. pág. 59-60

Gráfica 19. ¿Ha recibido información sobre temas de sexualidad?



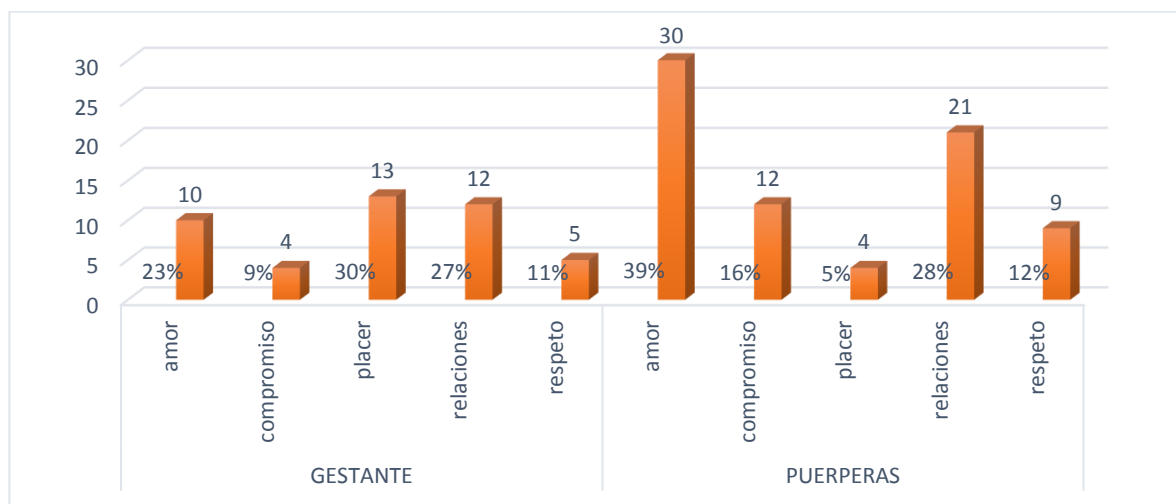
Fuente: Base de datos de gestantes, puerperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, el 61% (27) no ha recibido información sobre temas de sexualidad, tan solo el 39% (17) si ha recibido información. Por otro lado, de las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, el 72% (55) no ha recibido información sobre temas de sexualidad y el 28% (21) si ha recibido información.

Según la ENDS 2015, El 95.1% de las mujeres ha recibido información sobre asuntos relacionados con la sexualidad. El porcentaje aumenta con el nivel educativo y el quintil de riqueza y es más alto en las zonas urbanas que en las rurales⁶⁴. En relación con el año 2017 de las 154 gestantes valoradas, 96% (148) respondieron que si han recibido información sobre temas de sexualidad. Estos resultados en la ENDS 2015 y en la investigación para el año 2017 controvierten los hallazgos obtenidos durante las visitas domiciliarias en el IPA 2018 en donde se evidencia que predomina la desinformación.

⁶⁴ Ibid. pág. 92

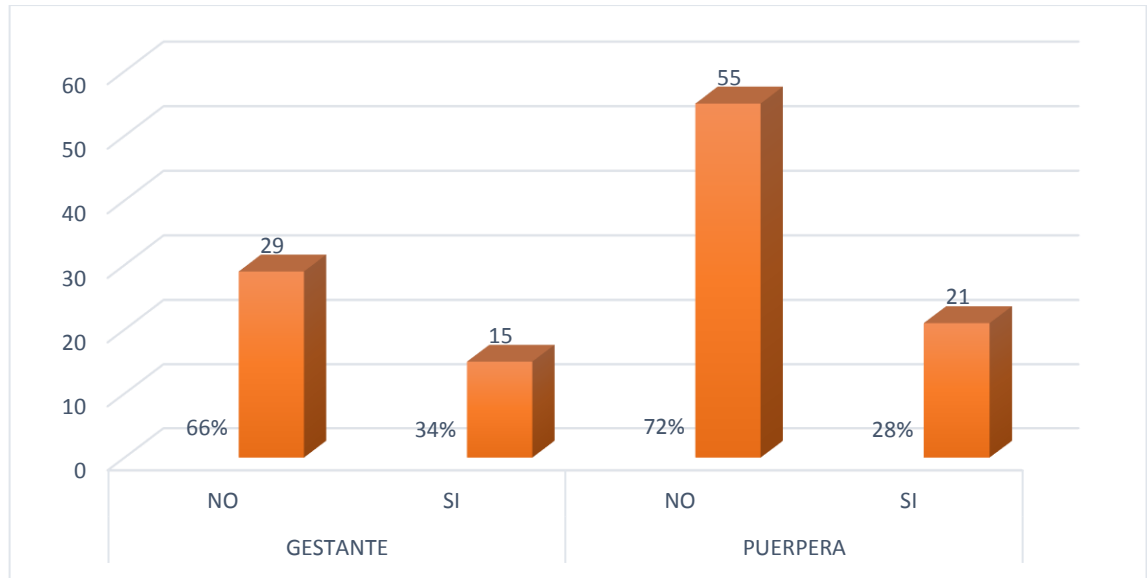
Gráfica 20. ¿Para usted que es la sexualidad?



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, el 30% (13) considera que la sexualidad es placer, el 27% (12) consideran que la sexualidad es tener relaciones, el 23% (10) consideran que la sexualidad es amor, el 11% (5) consideran que la sexualidad es respeto y el restante 9% (4) consideran que la sexualidad es compromiso. De las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, el 39% (30) consideran que la sexualidad es amor, el 28% (21) consideran que la sexualidad es tener relaciones, 16% (12) consideran que la sexualidad es compromiso, el 12% (9) consideran que la sexualidad es respeto y el restante 5% (4) consideran que la sexualidad es placer.

Gráfica 21. ¿Sabe el riesgo que le genera el iniciar una vida sexual activa a temprana edad?



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

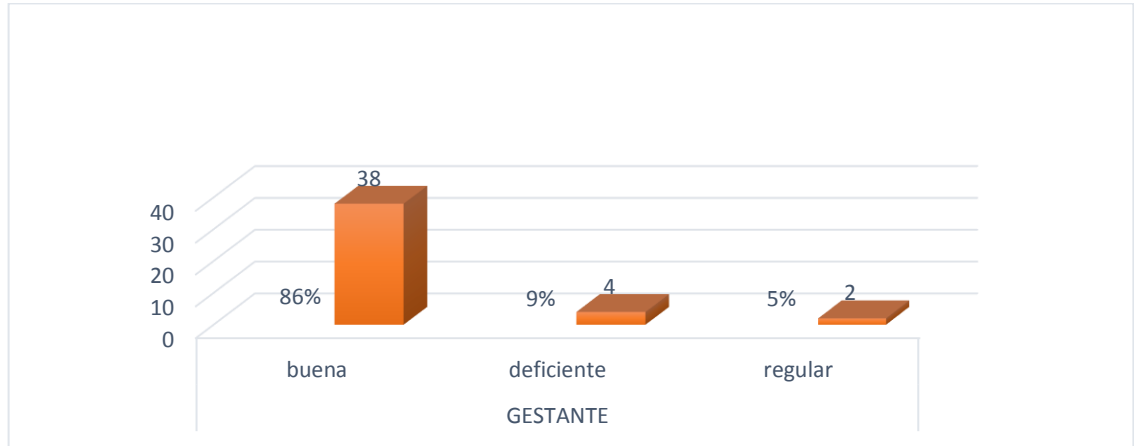
De las 44 adolescentes gestantes valoradas, el 66% no sabe el riesgo que le genera iniciar una vida sexual a temprana edad, el otro 34% (15) refiere saber el riesgo y nombran como consecuencias los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual. De las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, el 72% (55) no sabe el riesgo que le genera iniciar una vida sexual a temprana edad, por otro lado, el 28% (21) refiere conocer el riesgo indicando que los embarazos no planeados y las enfermedades de transmisión como consecuencias.

En relación al año 2017 de las 154 gestantes valoradas el 96% (148) consideran que si conocen los riesgos que conlleva el iniciar una vida sexual a temprana edad⁶⁵. Evidenciándose que en el IPA 2018 se elevan los porcentajes de adolescentes que desconocen el riesgo que general iniciar una vida sexual activa a temprana edad.

⁶⁵ CRUZ ROJAS, Leydi Tatiana. Et al. Óp cit

7.4 PATRON NUTRICIONAL METABOLICO

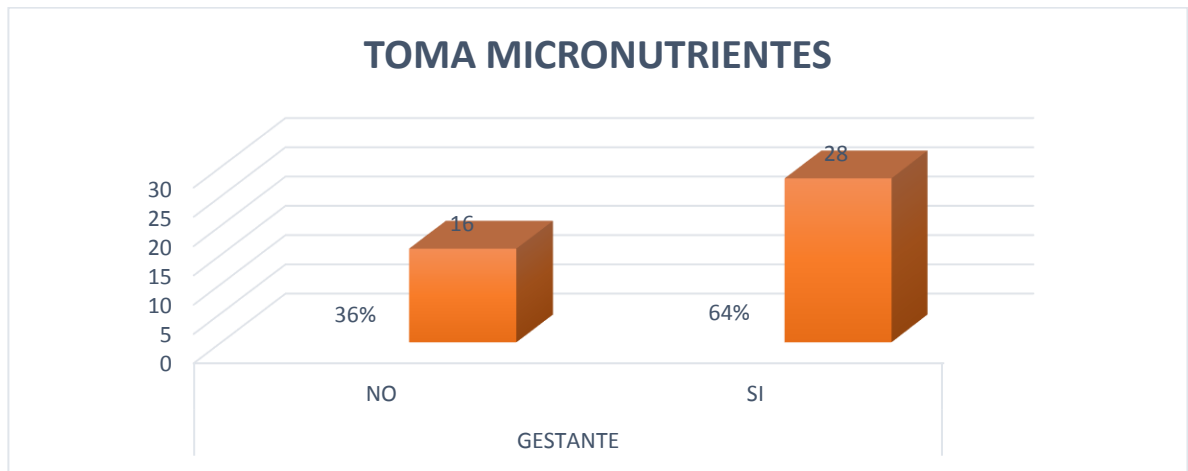
Gráfica 22. Higiene dental



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, el 86% (38) tiene una buena higiene dental, el 9% (4) tiene una higiene dental deficiente, en donde se pudo observar la ausencia de piezas dentales y deterioro significativo de estas y tan solo el 5% (2) tienen una higiene regular encontrándose halitosis, sarro y pigmentación amarilla en los dientes.

Gráfica 23. Toma micronutrientes



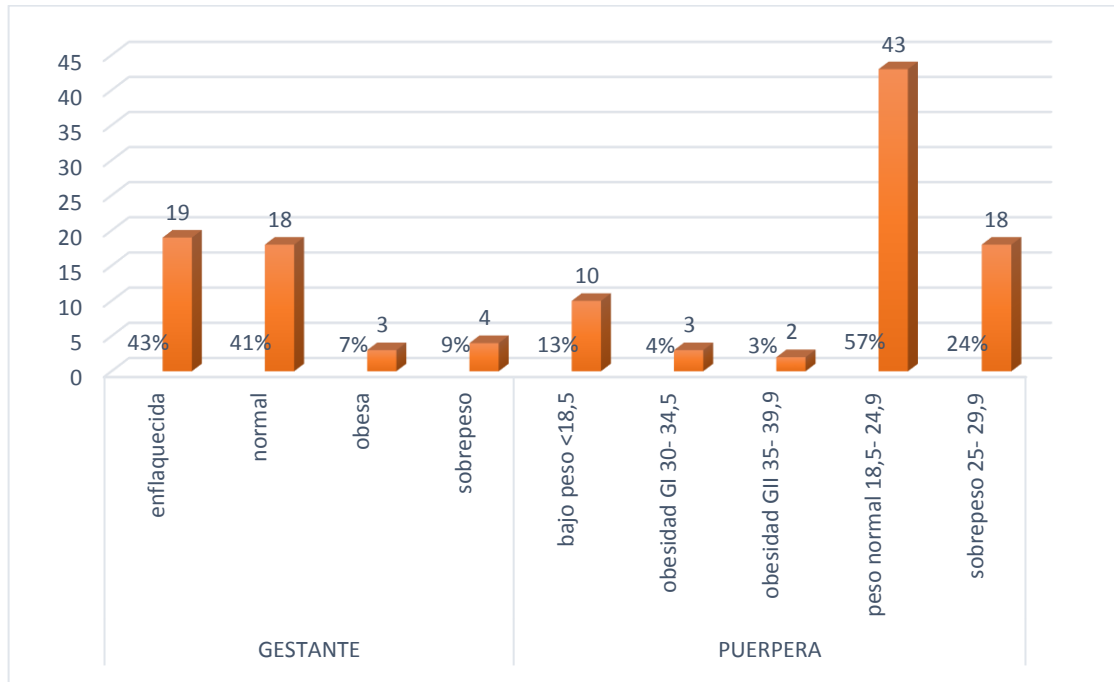
Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, el 64% (28) toman los micronutrientes ordenados por la IPS, algunas, las que tienen mayores recursos consumen gestavit o similac mamá. El 36% (16) refiere no consumirlos, dentro de lo que indican es: no han iniciado aun controles prenatales, se les acabaron y no han podido obtener otra cita porque no hay agenda en la IPS o no toleran los medicamentos haciendo énfasis en que les generan nauseas/vomito

De acuerdo con los resultados de la ENDS 2015, el promedio de tiempo en meses durante el cual se consumió el suplemento para todas las mujeres es de 5.4 para hierro y de 5.6 tanto para calcio como ácido fólico⁶⁶. Esto se relaciona mucho con la investigación, pues el 59% han tenido de 0 a 2 controles prenatales, con edades gestacionales mayor a las 13 semanas, lo que hace que sea en un menor tiempo consumidos los micronutrientes.

⁶⁶ de salud y protección social, Ministerio; Profamilia. Óp. cit. Pág. 60

Gráfica 24. Interpretación IMC



Fuente: Base de datos de gestantes, púerperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, se hizo la relación de las semanas de gestación y el IMC en donde el 59% tenían algún tipo de alteración distribuidos así, 43% (19) se encontraron enflaquecidas, el 9% (4) con sobre peso y el 7% (3) estaban obesas. Esto se relaciona con los estratos socioeconómicos más bajos como los 1 y 2, en donde sus hábitos nutricionales son deficientes en su mayoría o con estilos de vida sedentarios. De las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, al relacionar el peso y la talla se encontró que el 43% tienen algún tipo de alteración nutricional, en donde el sobrepeso con un 24% (18) tiene a ser la alteración más marcada seguido del bajo peso con un 13% (10).

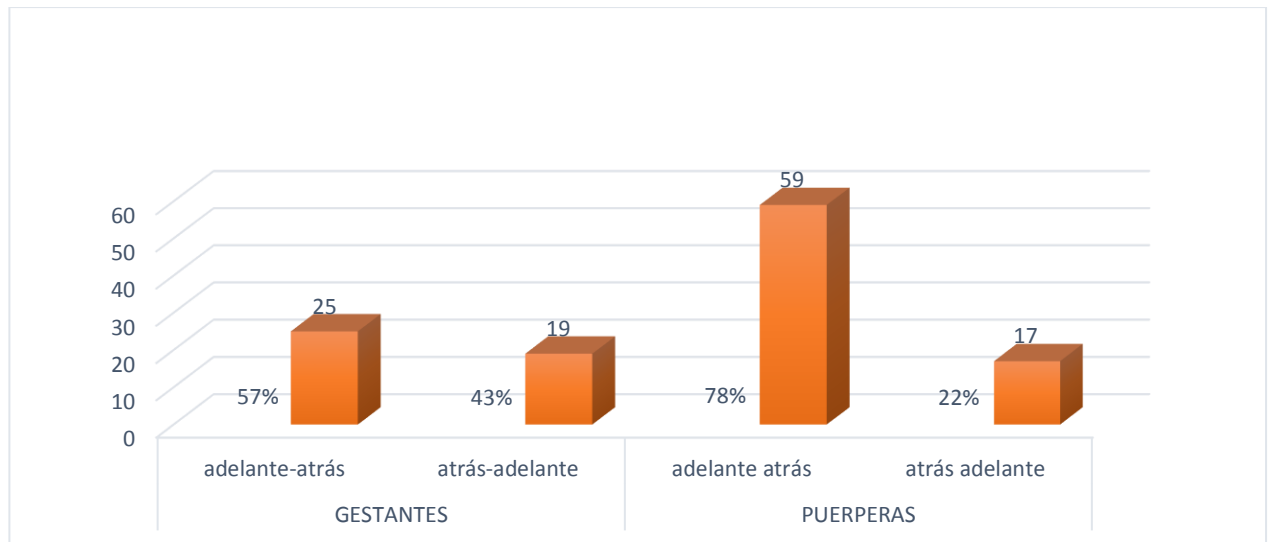
Según un artículo del Hospital Clínico de Niños en Chile, con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo.⁶⁷ Trayendo consigo

⁶⁷ LEÓN, Paula, et al. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec, 2008, vol. 5, no 1, p. 44. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31929260/EMBARAZO_ADOLESCENTE.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1532318601&Signature=WqPmms5WDooKTHOaQxE

complicaciones como anemia, diabetes mellitus, bajo peso al nacer, etc. Esto se puede contrastar con los resultados en la curva de peso para la talla de los recién nacidos y lactantes y se puede evidenciar que los porcentajes se asemejan en cuanto a las alteraciones encontradas en ellos y la de las adolescentes en puerperio y/o lactancia.

7.5 PATRON ELIMINACION URINARIA E INTESTINAL

Gráfica 25. Higiene genital

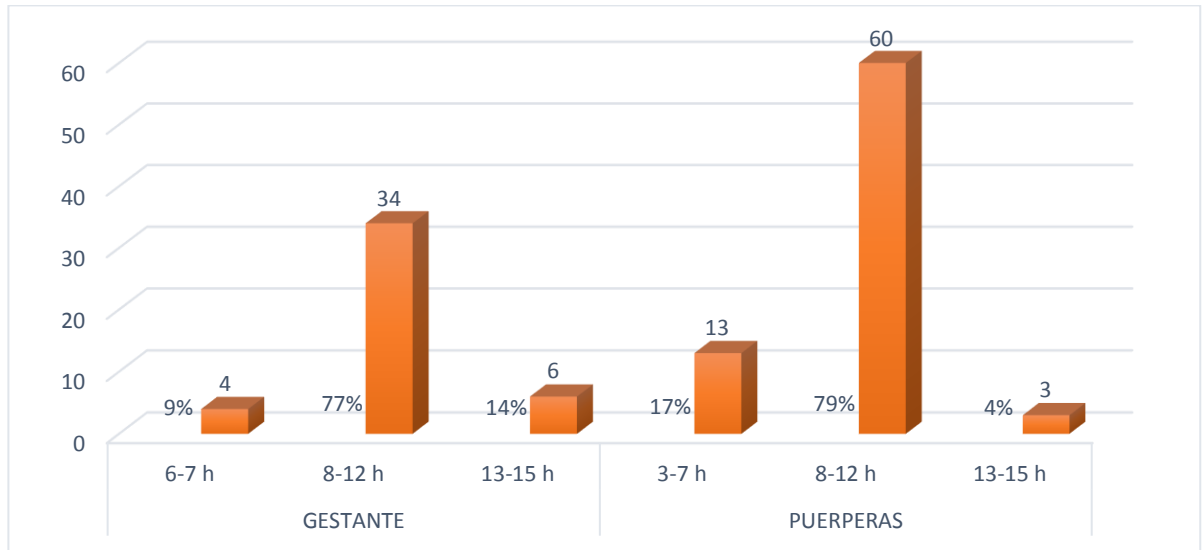


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes en gestación valoradas, el 57%(25) conoce y practica la manera adecuada de realizarse la higiene genital, mientras que el 43%(19) desconoce la forma adecuada, al preguntar si han consultado al médico por algún signo de alarma, en su mayoría refieren haber sido tratadas medicamente por haber tenido una infección de vías urinarias o infección vaginal. De las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, el 78%(59) realizan su higiene genital de manera adecuada, mientras que el 22%(17) se secan de manera incorrecta haciendo que aumente el riesgo de presentar IVU.

7.6 PATRON DE SUEÑO Y DESCANSO

Gráfica 26. Cuantas horas duerme (sumatoria diurnas-nocturnas)

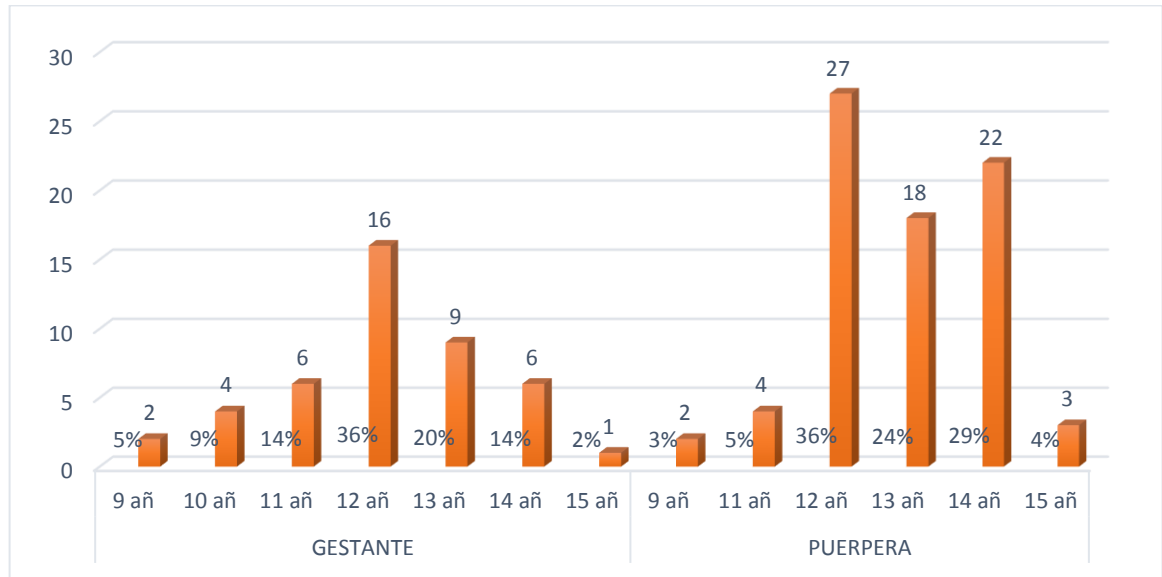


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes, el 77%(34) duermen un promedio de 8 a 12 horas diarias, durante la valoración la mayoría refirió distribuir ese tiempo de sueño entre horas nocturnas y horas en la tarde. De las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, el 79%(60) duerme en promedio de 8 a 12 horas.

7.7 PATRON REPRODUCTIVO SEXUAL

Gráfica 27. Menarquia



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

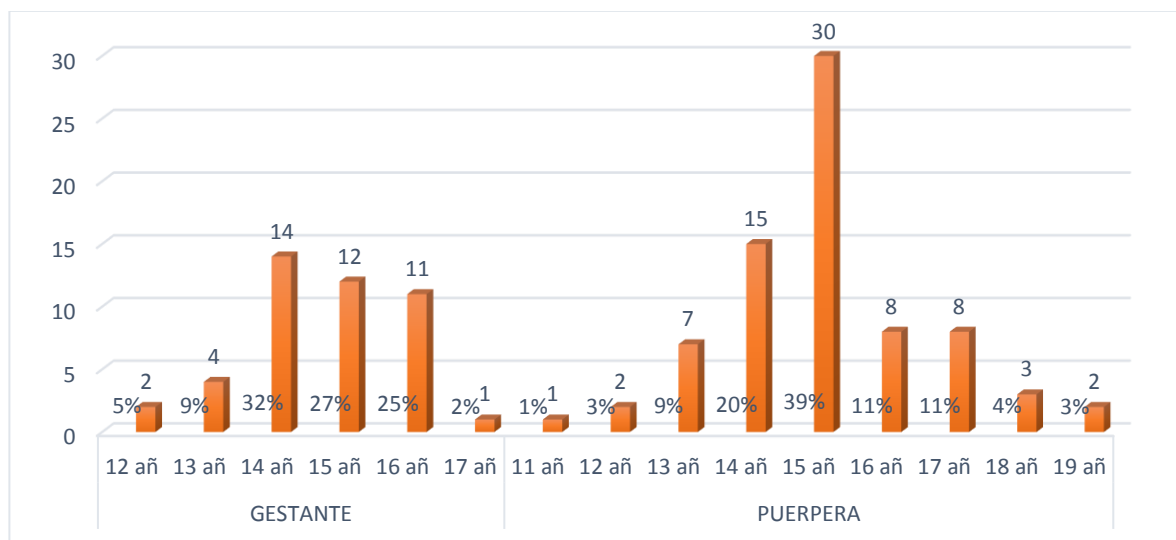
De las 44 adolescentes gestantes valoradas, se encontró que la edad mínima es de 9 años, la edad máxima es de 15 años y la edad promedio de inicio de la menarquia es de 12 años. Al relacionarlo con la edad de inicio de la vida sexual, se evidencia que desde los 12 años las adolescentes están iniciando su sexualidad. De las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, la edad mínima es de 9 años, la edad máxima es de 15 años y la edad promedio es de 12 años. Relacionándolo con el inicio de la actividad sexual encontrada en las puérperas y/o lactantes, se evidencia que desde los 11 años inicia su sexualidad.

Según la ENDS 2015, el adelanto de la menarquía marca el inicio del período reproductivo en la mujer. Actualmente las adolescentes en Colombia adquieren su capacidad reproductiva desde los 12 años⁶⁸. Datos que confirman los hallazgos obtenidos en la valoración a las adolescentes maternas. Otras investigaciones, asocian la menarquia temprana a variables como: relaciones sexuales precoces, embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual, ya que es una etapa que se caracteriza por rápidos cambios físicos, lo que lleva a una inadecuada

⁶⁸ de salud y protección social, Ministerio; Profamilia. Op. Cit. Pág. 48

autopercepción, impulso de experimentación y búsqueda de identidad, donde los pares toman gran importancia.⁶⁹

Gráfica 28. ¿A qué edad fue su primera relación sexual?

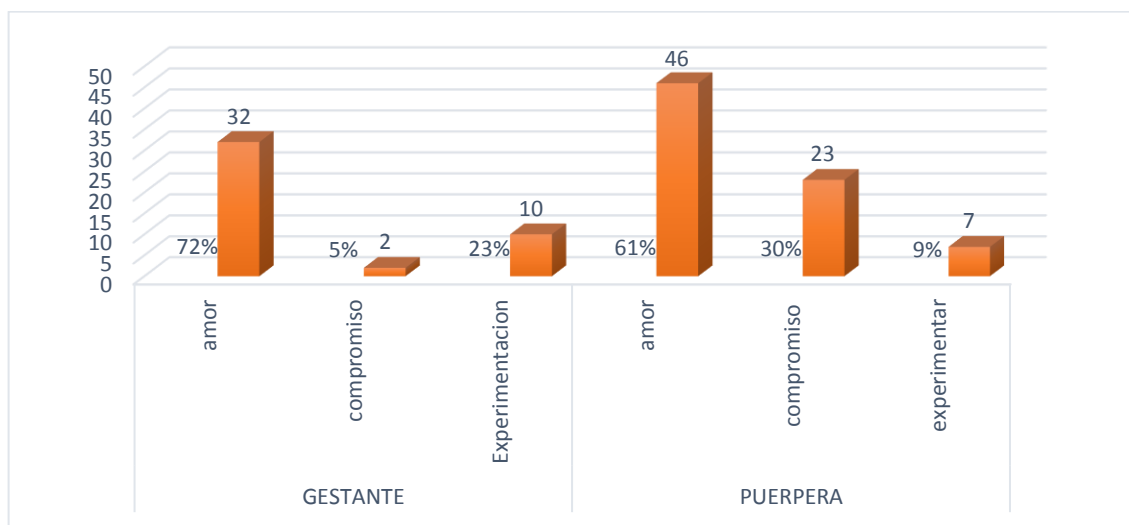


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, el rango de edad mínima de inicio de la actividad sexual es 12 años y la edad máxima 17 años. La edad promedio es de 14,6 años. El 32% (14) inicio su vida sexual a los 14 años, el 27% (12) inicio su vida sexual a los 15 años, el 25% (11) inicio su vida sexual a los 16 años. De las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, la edad mínima es de 11 años y la máxima de 19 años, la edad promedio es de 15 años. El 39% (30) inicio su vida sexual a los 15 años, el 20% (15) inicio vida sexual a los 14 años, al 11% (8) inicio vida sexual a los 16 y 17 años, al 9% (7) inicio a los 13 años y en menor porcentaje, el 4% (3) inicio a los 18 años, el 3% (2) inicio a los 12 y 19 años, el 1% inicio a los 11 años. Según la ENDS 2015 El inicio cada vez más temprano en las relaciones sexuales es evidente cuando se compara a través del tiempo el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años, para el año 2000 fue de 44,5% al año 2015 que fue 65%. Al relacionar los datos, se evidencia una relación entre la ENDS 2015 y los resultados en obtenidos para el IPA 2018 del programa madres adolescentes, un reto social de la academia.

⁶⁹ LEAL, Ingrid, et al. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2015, vol. 80, no 1, p. 42. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n1/art06.pdf> (citado el: 11/07/2018)

Gráfica 29. ¿Qué la motivo a iniciar su vida sexual?

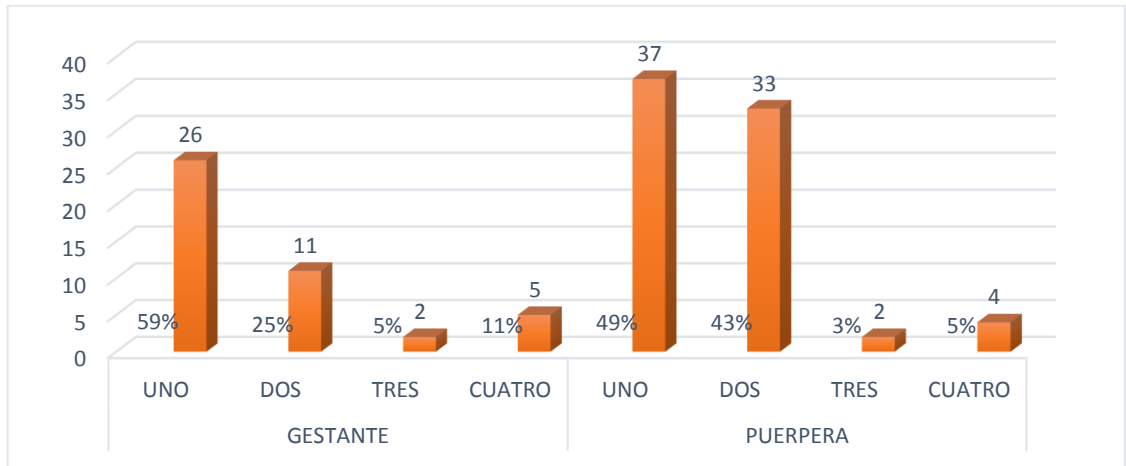


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, al 72% (32) el amor las motivó a iniciar su vida sexual, al 23% (10) iniciaron su actividad sexual por experimentar y al 5% (2) el compromiso con su pareja fue lo que las motivó. De las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, al 61% (46) el amor fue lo que las motivó a iniciar por primera vez su vida sexual, al 30% (23) de las puérperas el compromiso con su pareja fue lo que las motivó a iniciar su vida sexual, siendo un mayor porcentaje a diferencia de las gestantes, y al 9% (7) las ganas de experimentar fue lo que las motivó. Según la UNFPA, la iniciación sexual se ha adelantado y de forma creciente ocurre antes de la unión de pareja y sin necesidad de que exista una unión (aunque en la gran mayoría de los casos en los que es voluntaria, la iniciación sexual acontece en el contexto de una relación romántica sentimental de cierta duración),⁷⁰ como es el caso de las adolescentes valoradas por el programa de la unidad amigable de la universidad de Cundinamarca.

⁷⁰ UNFPA. Óp. Cit. Pág. 33

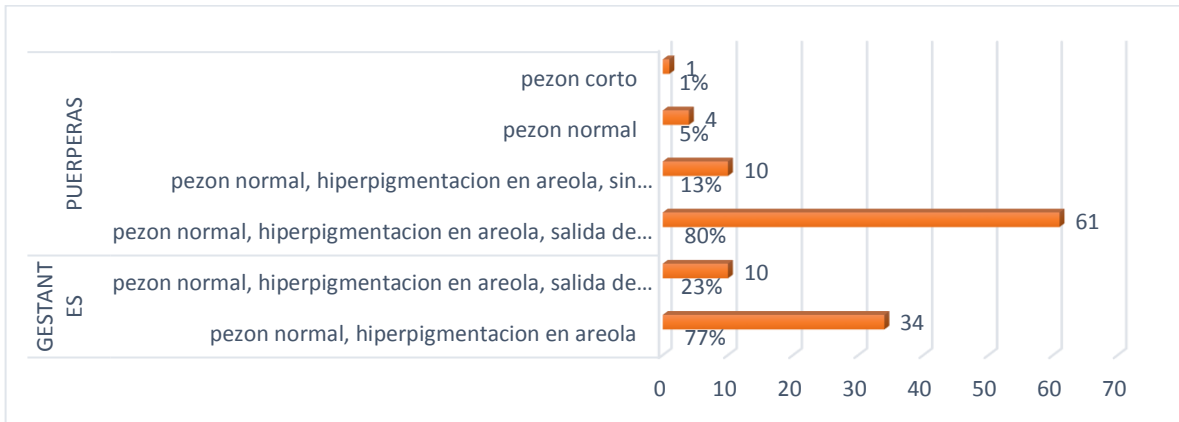
Gráfica 30. Compañeros sexuales



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes en gestación valoradas, el 59% (26) han tenido solo un compañero sexual, el 25% (11) ha tenido dos compañeros sexuales, en menor porcentaje se encuentran las gestantes que han tenido cuatro compañeros sexuales con un 11% (5) y tres parejas sexuales con un 5% (2). De las 76 adolescentes valoradas en puerperio y/o lactancia, en su mayoría han estado solo con un compañero sexual representando el 49% (37), las que han estado con dos compañeros sexuales representan el 43% (33), en un mínimo porcentaje indican haber tenido cuatro compañeros sexuales con un 5% (4) y tres compañeros sexuales con un 3% (2). Se evidencia que, en ambos grupos de adolescentes, tanto en las gestantes 84% como en las puérperas 92%, ha prevalecido tener uno o dos compañeros sexuales en su vida.

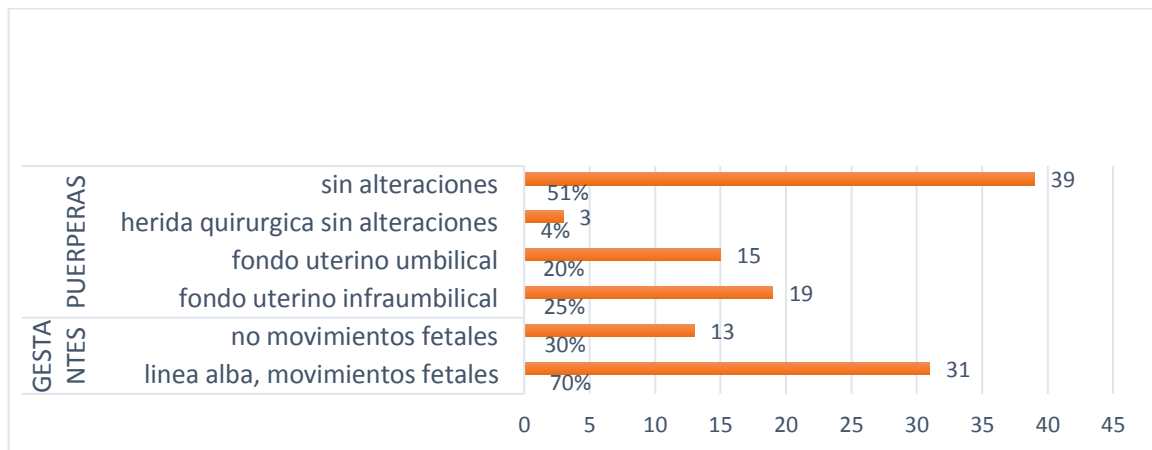
Gráfica 31. Valoración de mamas



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 adolescentes gestantes valoradas, el 23%(10) tenían producción láctea (salida de calostro), y se evidenció en las gestantes con 33 semanas o más de embarazo. Al valorar a las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia, se evidencio que en su mayoría 80%(61) tenía producción de leche en las mamas, aunque una no ha lactado la primera vez, ya que su hija está bajo la custodia del ICBF y no le permiten lactarla porque sustentan que la leche que produce no es apta para la recién nacida.

Gráfica 32. Valoración abdominal

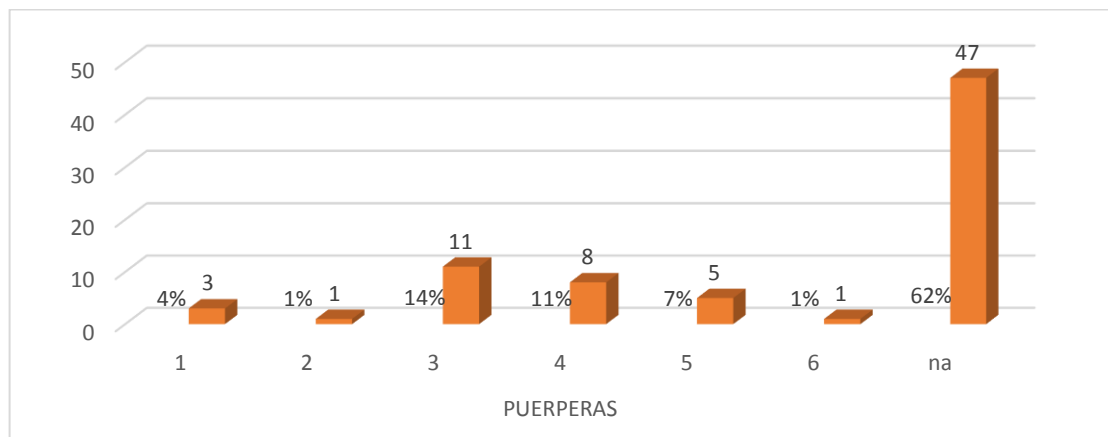


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencio en la valoración abdominal; ausencia de movimientos fetales en un 30% (13) y la línea alba-movimientos fetales en un 70%(31).

En relación con las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencio la valoración abdominal que predomino fue; sin alteraciones en un 51% (39), fondo uterino infraumbilical en un 25% (19) y fondo uterino umbilical en un 20% (15). De la valoración abdominal que menos predomino la herida quirúrgica sin alteraciones 4% (3) resaltando que se valora en los días de dieta de las púerperas que les practicaron cesárea.

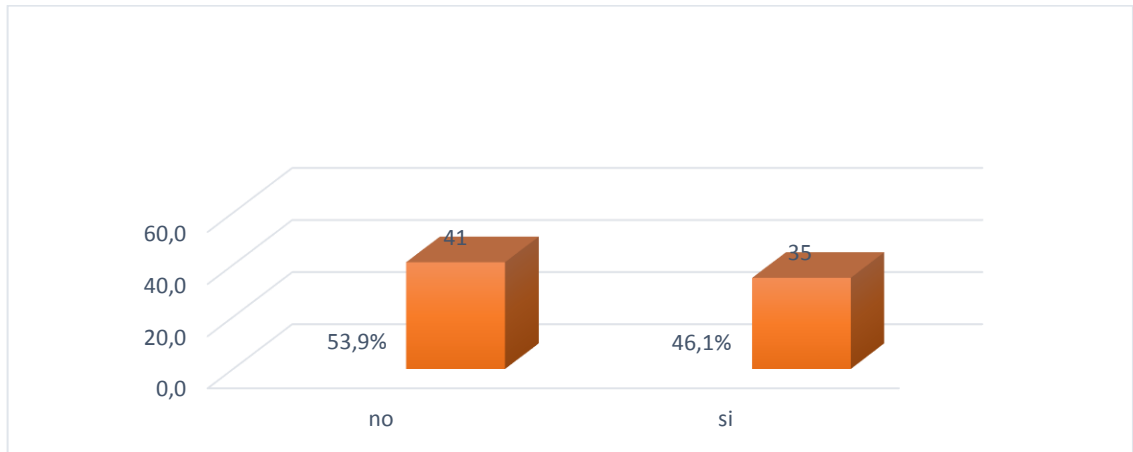
Gráfica 33. Cambio de toallas por día



Fuente: Base de datos de gestantes, púerperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencio que; la toalla que se cambian por día más predominante es; en un 62% (47) no aplicaban para cambio de toalla debido a que no había presencia de loquios, por día se cambiaban 3 veces la toalla en un 14% (11), 4 veces por día en un 11% (8) y 5 veces por día en un 7% (5).

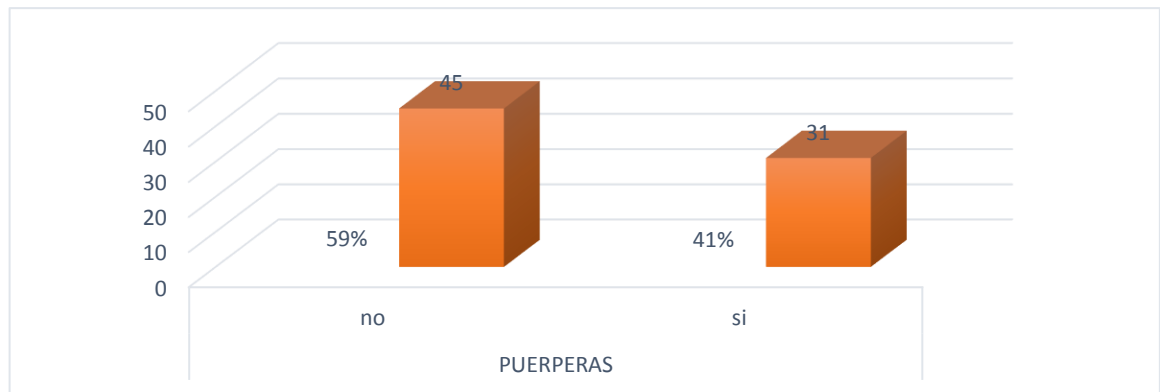
Gráfica 34. Episiorrafia



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencio que le realizaron episiorrafia a un 46,1% (35), mientras que a un 53,9% (41) no le realizaron episiorrafia donde se encuentran incluidas las 31 puérperas que le realizaron cesárea.

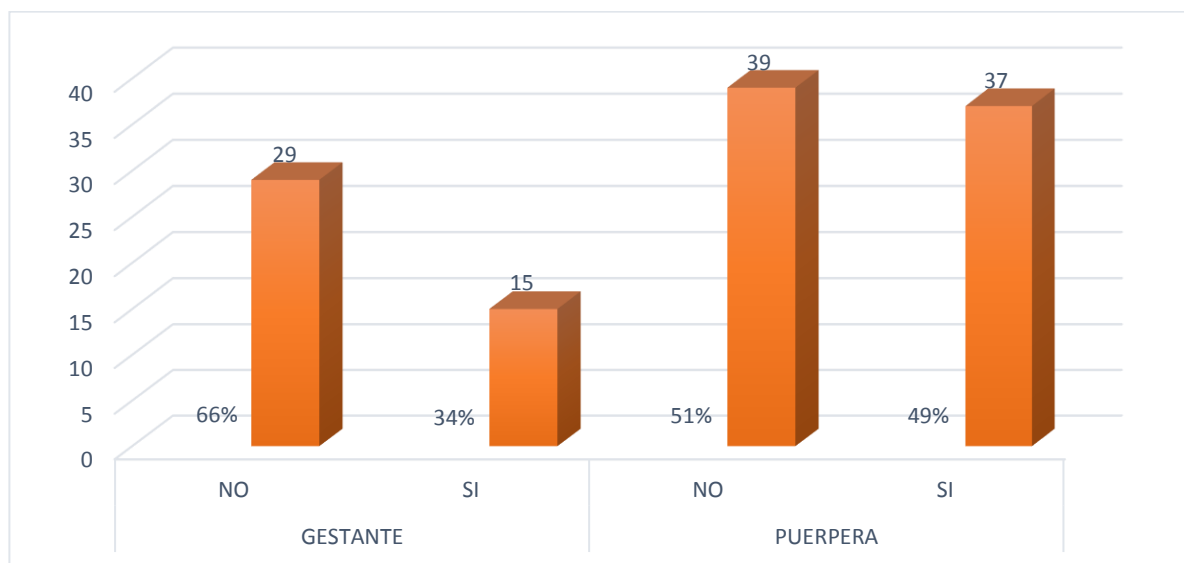
Gráfica 35. ¿Le realizaron cesárea?



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 76 puérperas adolescentes se evidencia que un 41% (31) le realizaron cesárea, de las cuales a 3 se le valora la herida quirúrgica sin alteraciones 4% (3) y se retiran puntos. Mientras que no le realizaron cesárea a un 59% (45)

Gráfica 36. Anticoncepción previa al embarazo



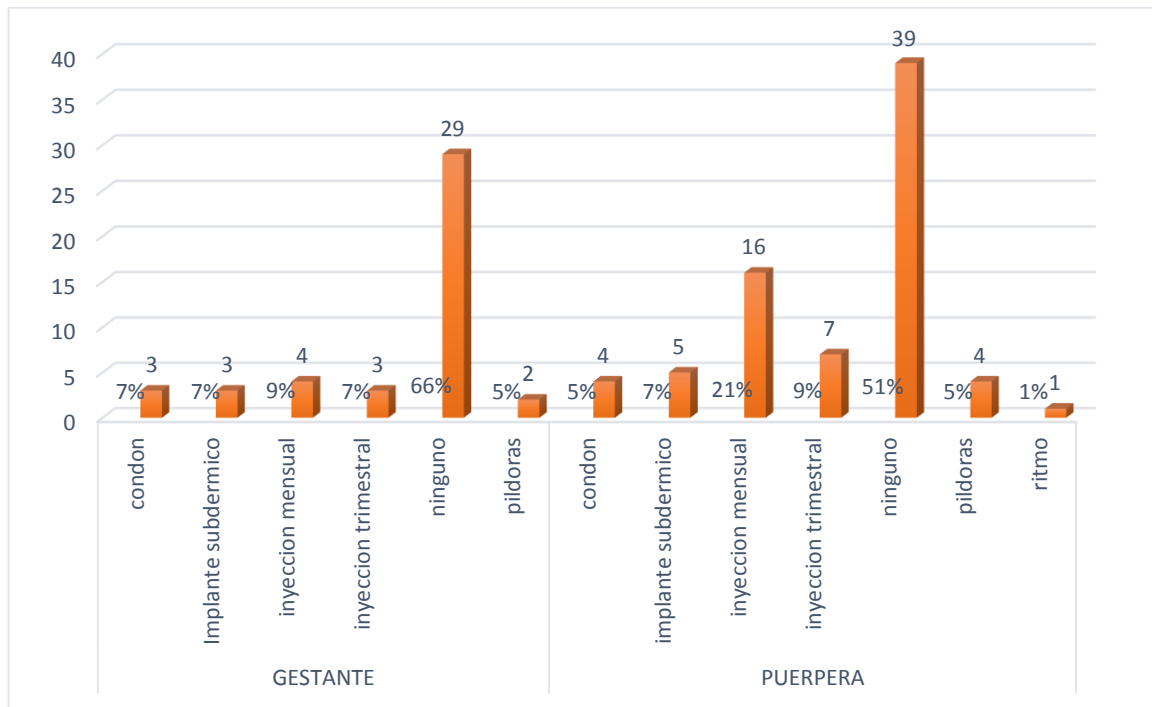
Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidenció que previo al embarazo un 66% (29) no planificaban y un 34% (15) planificaban. En relación con las 76 puérperas adolescentes se evidenció que previo al embarazo un 51% (39) no planificaban y un 49% (37) sí planificaban.

Al contrastar con la ENDS 2015 se evidencia que de las mujeres entre 13 y 49 años en unión y las que reportan actividad sexual reciente sin vivir en unión, el uso en el pasado de métodos anticonceptivos modernos es del 96.7 por ciento y 88.3 por ciento, respectivamente.⁷¹

⁷¹ de salud y protección social, Ministerio; Profamilia. Óp. Cit. Pág 43

Gráfica 37. Método de planificación utilizado previo al embarazo

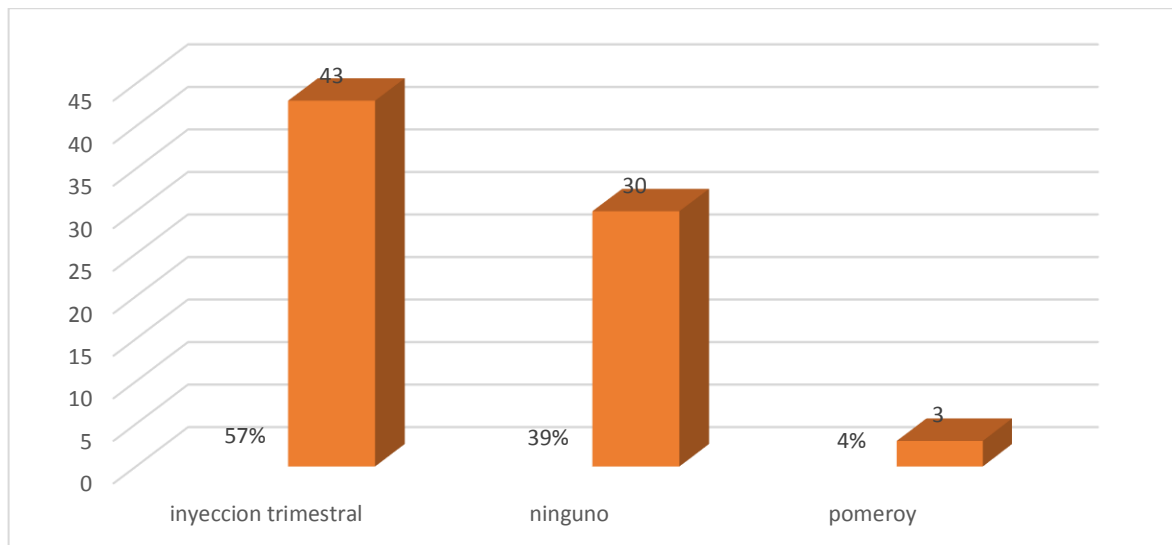


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que en cuanto a los métodos de planificación se encontró: la inyección mensual en un 9%, las adolescentes refirieron que previo al embarazo, planificaban con este método. También utilizaban la inyección trimestral no mayor a un año posterior al nacimiento de su hijo quedaban en gestación en un 7%, las que usaron implante subdérmico 7% refieren que no asistieron a controles y se les había desplazado el dispositivo quedando en gestación o que se retiraron el dispositivo y no planificaron el mes siguiente. Quienes refirieron usar el condón mencionaron hacerlo de manera intermitente lo que aumenta el riesgo de embarazo no planeado. De las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que los métodos de planificación utilizados previo al embarazo predominantes están; inyección mensual en un 21% (16) e inyección trimestral en un 9% (7) ya que usaban ese método de planificación incluso por más de un año porque desconocían cuando debían cambiar de método anticonceptivo. Cabe resaltar que muchas de las que planificaban con inyecciones, eran administradas de manera particular en las farmacias.

Al contrastar con la ENDS 2015 se evidencia que, entre las mujeres en unión, la esterilización femenina es el método más usado, seguida por la inyección y la píldora. Para las mujeres sexualmente activas sin unión marital, los métodos modernos de anticoncepción de uso actual más reportados fueron condón masculino, inyección y píldora. Además de que se reporta que El 69.9 por ciento de las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años no usan métodos anticonceptivos.⁷²

Gráfica 38. Método de planificación antes del alta hospitalaria

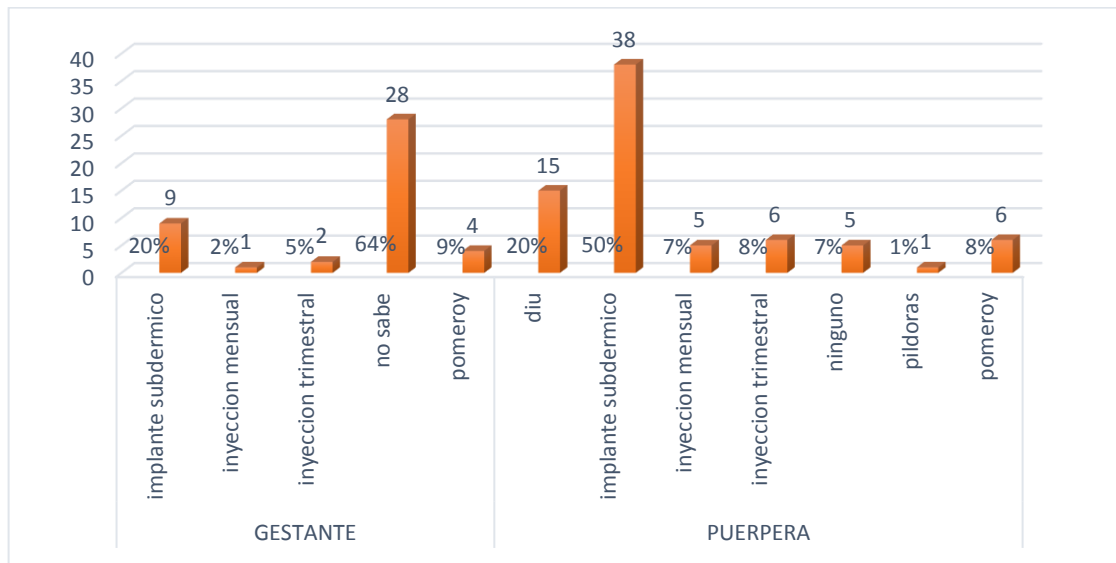


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia los métodos de planificación antes del alta hospitalaria predominantes son; la inyección trimestral en un 57% (43) donde gran parte manifestaron habersele aplicado sin asesoría en anticoncepción y ninguno en un 39% (30).

⁷² *Ibíd.* pág. 44

Gráfica 39. Método de planificación que desea utilizar



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

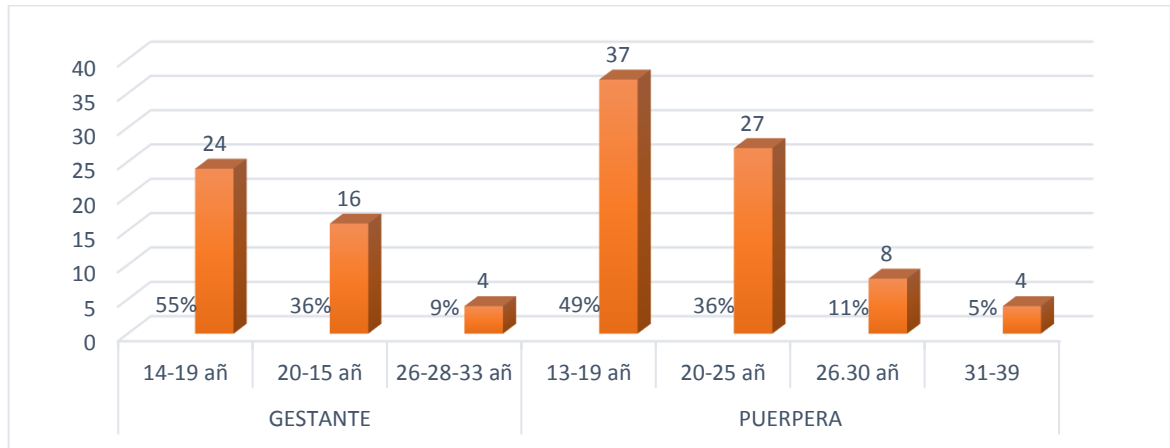
De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que de los métodos que desean utilizar predominantes son; implante subdérmico en un 20% (9), pomero en un 9% (4) y no saben un 64% (28). En relación con las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que de los métodos que desean utilizar predominantes son; implante subdérmico en un 50% (38) y dispositivo intrauterino en un 20% (15).

Al contrastar estos datos con la ENDS 2015 se evidencia que entre las adolescentes de 15 a 19 años que no están usando, los métodos preferidos de uso futuro son implantes (43.8%), inyección (27.7%) y píldora (11.3%).⁷³

⁷³ *Ibíd.* Pág. 47

7.8 PATRON ROL Y RELACIONES

Gráfica 40. Edad de la primera gestación de la mamá



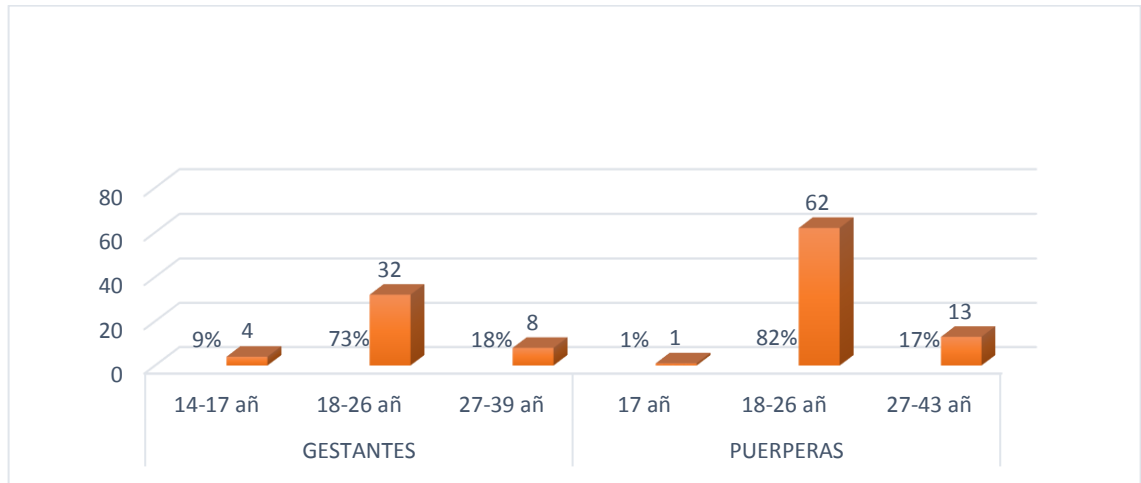
Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidenció que la edad mínima de la primera gestación de las madres es de 13 años, la edad máxima es de 39 años, y la edad promedio es 24,3 años. De las cuales predominaron; la edad de 14-19 años en un 55% (24) y la edad de 20-25 años en un 36% (16). En relación con las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que la edad mínima es 14 años, la edad máxima es 33 y la edad promedio es 21,8 años. De las cuales predominaron; la edad de 13-19 años en un 49% (37) y la edad 20-25 años en un 36% (27).

Al contrastar con el estudio de las características de la maternidad adolescentes de madres a hijas, se encuentra que el promedio de la edad al inicio de la maternidad de las madres fue de 19,7 años, para las hijas fue 16,2 años. Esta transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente tal como lo muestran diversos autores perpetuó una serie de desventajas en las hijas de estas mujeres, ya que sus hijas alcanzaron menor escolaridad, tuvieron menos expectativas de alcanzar estudios superiores y mayor proporción de ellas habían desertado del sistema escolar para ejercer labores de casa previo al embarazo, cuando se comparan con aquellas hijas de madres no adolescentes pertenecientes al mismo nivel socioeconómico.⁷⁴

⁷⁴ GONZÁLEZ, Electra; MOLINA, Temístocles. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2007, vol. 72, no 6, p. 374-382. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v72n6/art04.pdf>

Gráfica 41. Edad del compañero



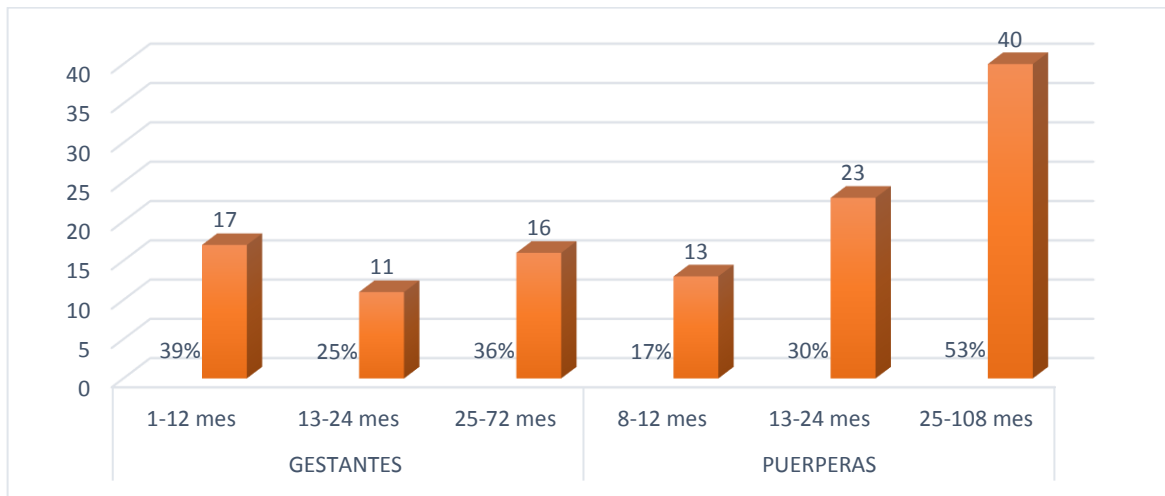
Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que la edad mínima es de 14 años, la edad máxima es de 39 años y la edad promedio es de 24,7 años. De las cuales predominaron las edades de; 18-26 años en un 73% (32) y 27-39 años en un 18% (8). Mientras que de las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia valoradas se evidencia que la edad del compañero mínima es de 17 años, la edad máxima es de 43 años y la edad promedio es de 26,2 años. De las cuales predominaron las edades de; 18-26 años en un 82% (62) y 27-43 años en un 17% (13).

Al contrastar con el resumen ejecutivo de la ENDS 2015 la diferencia de edad de la mujer con la pareja padre del hijo o hija refleja condiciones de asimetría de poder en negociación en pareja sobre temas de sexualidad, decisiones, planes de vida, etcétera, como también aspectos de desigualdad de género: a mayor edad del hombre con respecto a la de la mujer, mayor la asimetría de poder desfavorable a la mujer y mayor la desigualdad de género. Un 4.6 por ciento de las adolescentes madres era por lo menos 20 años menor que la pareja al momento del nacimiento del primer hijo o hija; un 18.5 por ciento era por lo menos 10 años menor, y un 43.5 por ciento era por lo menos 6 años menor. Es decir, un poco menos de la mitad de las adolescentes está en condiciones de asimetría de poder con el padre de su primer hijo o hija.⁷⁵

⁷⁵ de salud y protección social, Ministerio; Profamilia. Óp. Cit. pág. 41- 42

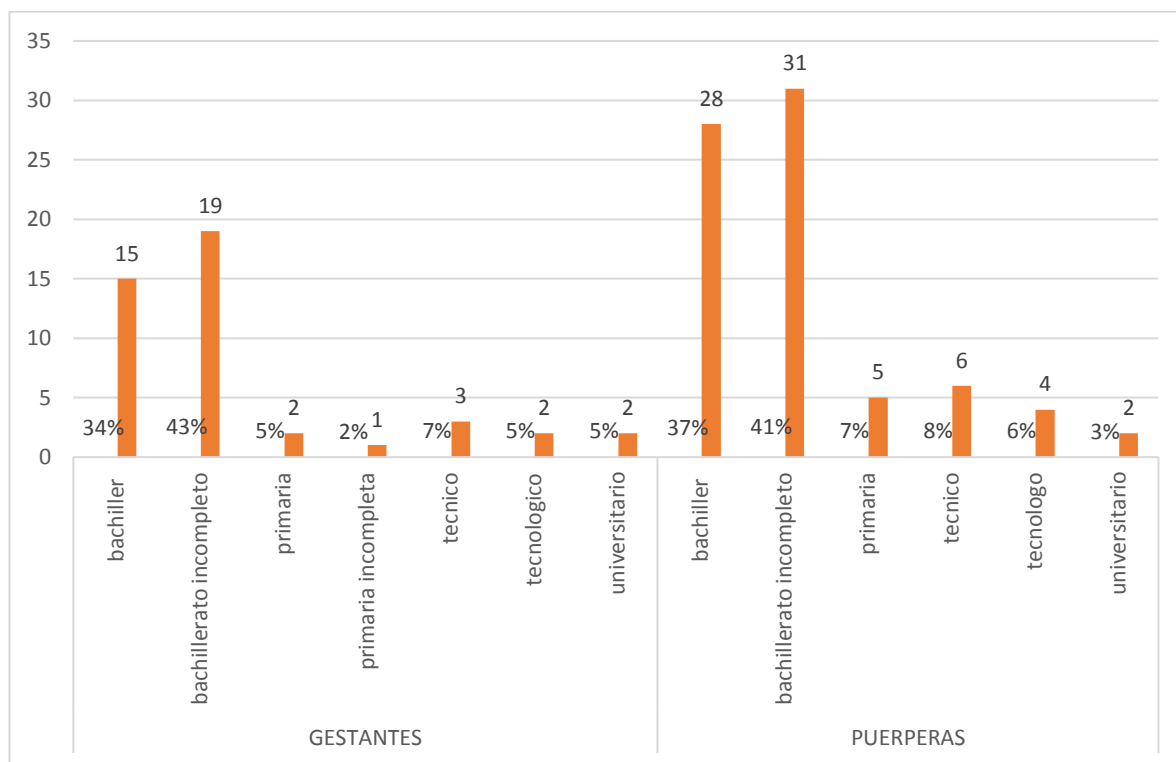
Gráfica 42. Tiempo de relación con la pareja



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que el tiempo de relación mínimo es de 1 mes, máximo 72 meses y el promedio es de 25,5 meses. Del tiempo de relación con la pareja predominante esta entre; 1-12 meses en un 39% (17) y 25-72 meses en un 36% (16), aclarando que las adolescentes no habían formado un hogar con su pareja al momento del embarazo, con un tiempo relación muy corto y sin haber formado una relación estable y que un menor porcentaje (34,1 % gestantes y 20% puérperas) eran solteras. En relación con las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que el tiempo de relación mínimo es de 8 meses, máximo de 108 meses y el promedio es de 39,3 meses. Del tiempo de relación con la pareja predominante esta entre; 25-108 meses en un 53% (40) y 13-24 meses en un 30% (23).

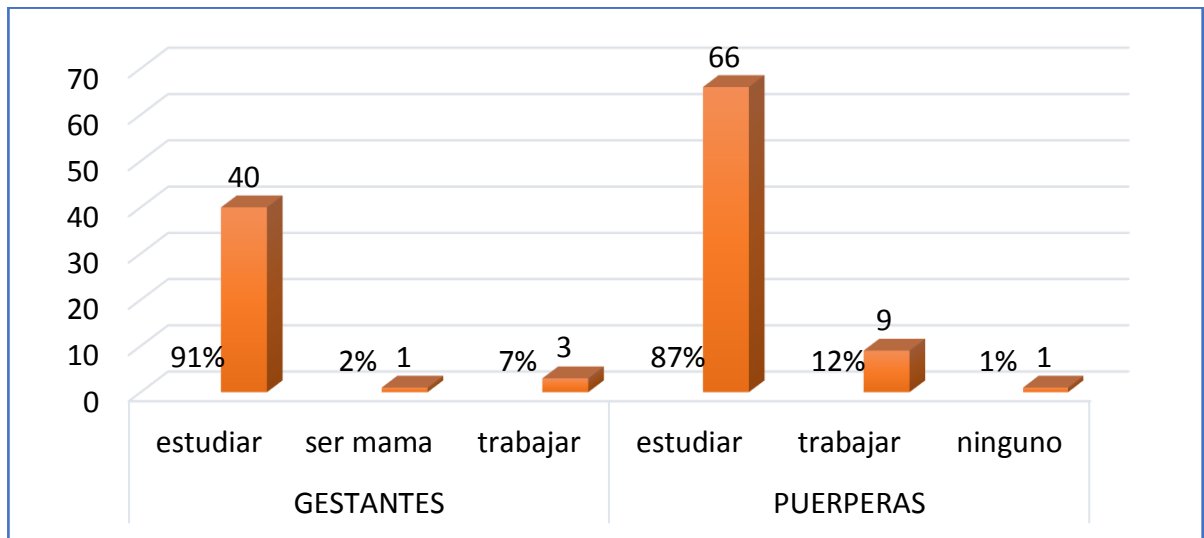
Gráfica 43. Escolaridad de la pareja



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que la escolaridad de la pareja predominante es bachiller incompleto en un 43% (19) y bachiller en un 34%(15). En relación con las 76 puérperas adolescente se evidencia que la escolaridad de la pareja predominante es bachiller incompleto en un 41% (31) y bachiller en un 37% (28).

Gráfica 44. ¿Cuál era su proyecto de vida antes de quedar en gestación?



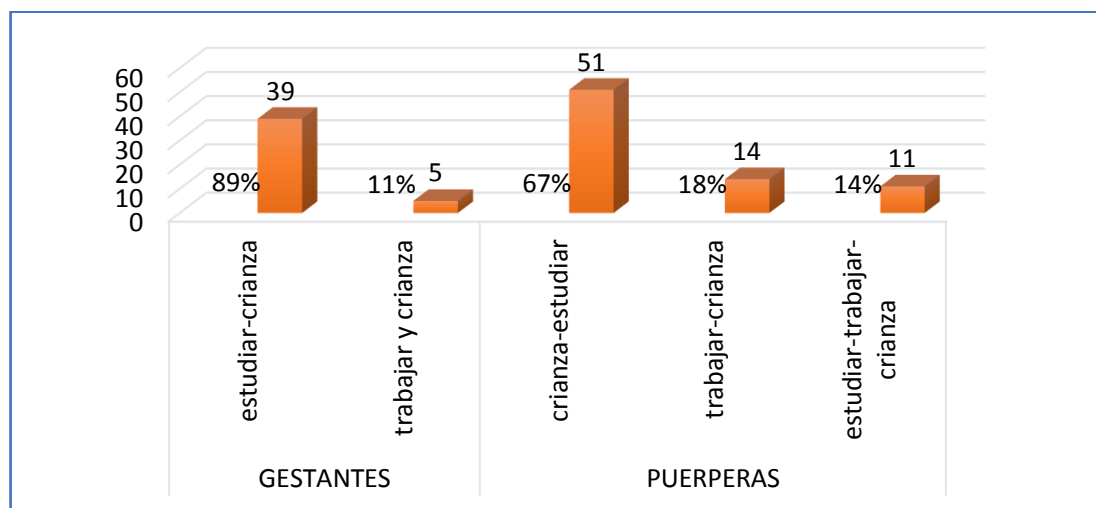
Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que el proyecto de vida antes de quedar embarazada predominante era estudiar en un 91% (40). En relación con las 76 puérperas adolescentes se evidencia que el proyecto de vida antes de quedar embarazada era estudiar en un 87% (66) y trabajar en un 12% (9).

Al contrastar con el estudio realizado en la subregión andina dirigido por organismo andino de salud convenio hipólito unanue se evidencia que las percepciones de las adolescentes de estratos socioeconómicos más altos, debido a las mayores oportunidades socioeconómicas con las que disponen, tienden a planificar sus proyectos de vida reproductiva a largo plazo, ya que por un lado tienen mayor información y acceso a métodos de prevención, y por ende, manejan un mayor cuidado de su sexualidad, aunque tienen mayor cantidad de parejas sexuales que quienes representan estrato socioeconómico más bajos ya que este último grupo de población se proyecta su reproducción y conformación familiar a más temprana edad debido a las menores condiciones que tienen para optar por otros proyectos educacionales y/o laborales.⁷⁶

⁷⁶ UNFPA, Organismo Andino de Salud. Óp. Cit. pág. 73

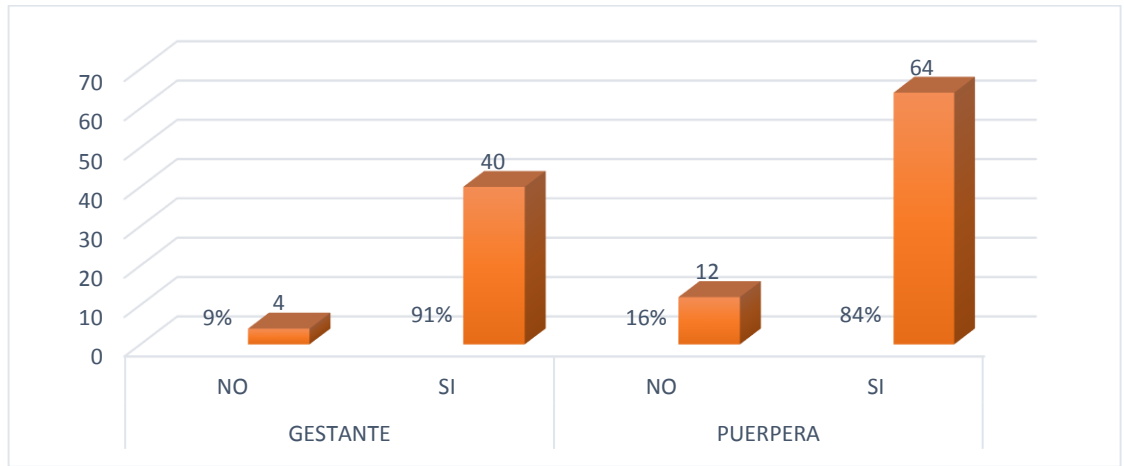
Gráfica 45. ¿Cuál es su proyecto de vida ahora?



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que el proyecto de vida ahora continua el deseo de estudiar, pero a la vez dedicarse a la crianza en un 89% (39) debido a que se empoderan de su rol maternal. En relación con las 76 puérperas adolescentes se evidencia que el proyecto de vida ahora es la crianza y estudiar en un 67% (51) y trabajar y estudiar en un 18% (14). La percepción de las adolescentes sobre su proyecto de vida cambia en el momento que inician la maternidad. Algunas piensan que sus proyectos quedaron pospuestos.

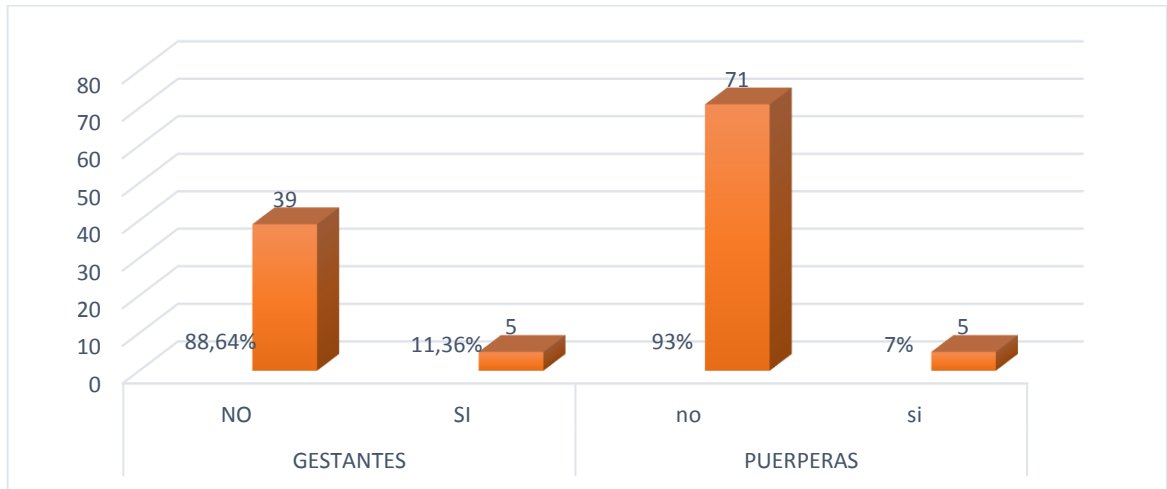
Gráfica 46. ¿Considera que puede lograr lo que se propone?



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que consideran que pueden lograr lo que se propone un 91% (40) y un 9% (4) consideran que no pueden lograr lo que se proponen. En relación con las 76 puérperas adolescentes un 84% (64) considera que puede lograr lo que se propone y un 16% (12) consideran que no pueden lograr lo que se proponen.

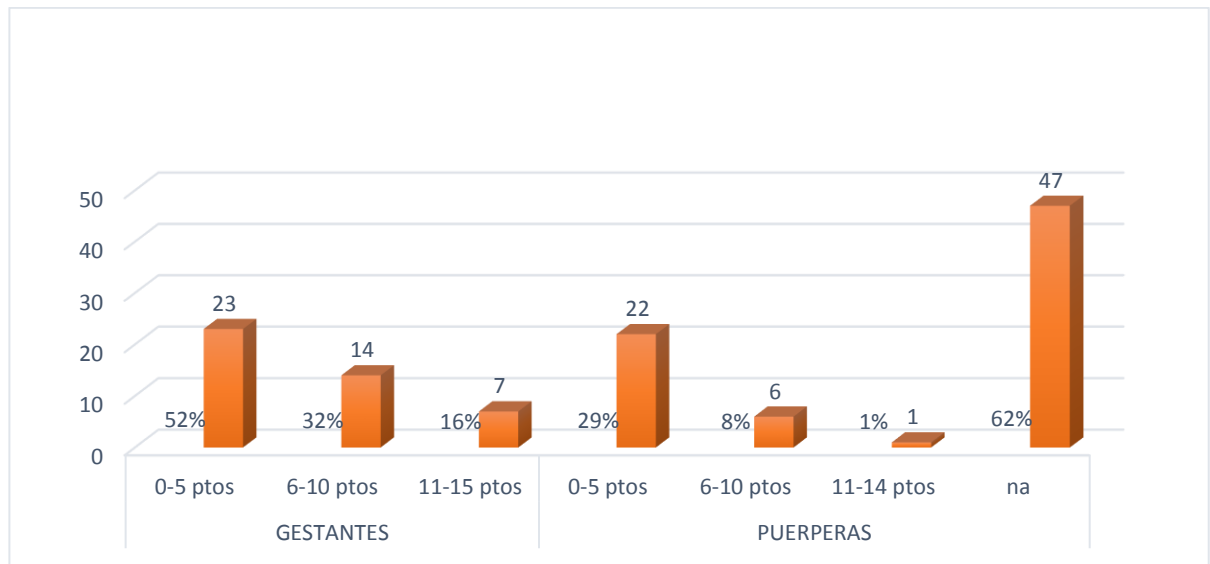
Gráfica 47. Trabaja actualmente



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que no trabajan 88,64% (39) y si trabajan un 11,36% (5). En relación con las 76 adolescente en puerperio y/o lactancia se evidencia que no trabajar un 93% (71) y que si trabaja un 7% (5). Lo cual está relacionado con la ocupación de estas adolescentes.

Gráfica 48. Riesgo psicosocial

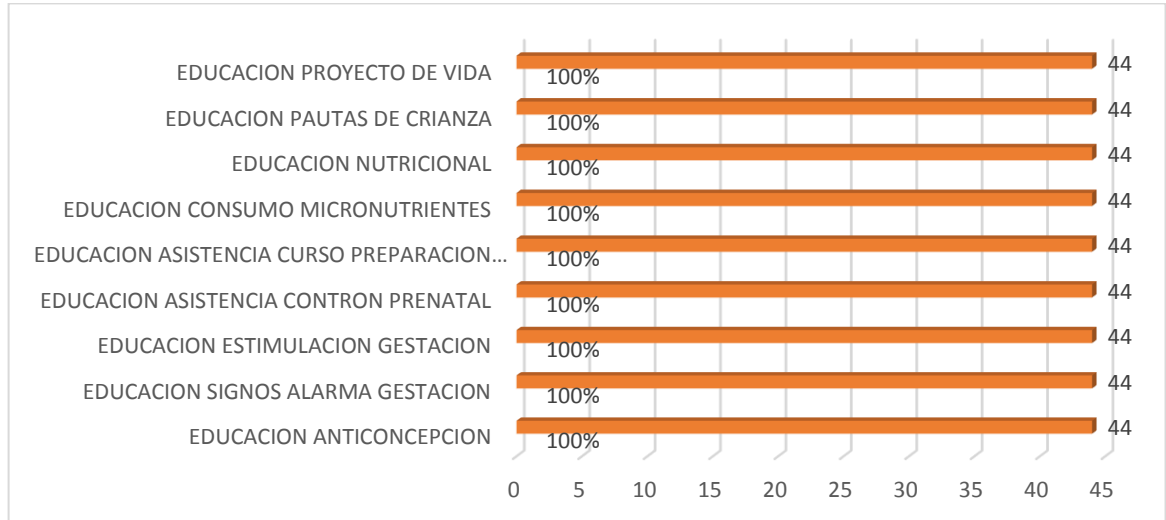


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes adolescentes se evidencia que el puntaje de riesgo psicosocial oscilo entre 0-5 puntos en un 52% (23) y 6-10 puntos en un 32% (14). En relación con las puérperas en periodo de dieta se evidencia que el puntaje de riesgo psicosocial oscilo entre 0-5 puntos en un 29% (22), 6-10 puntos en un 8% (6) y no aplican un 62% (47).

7.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

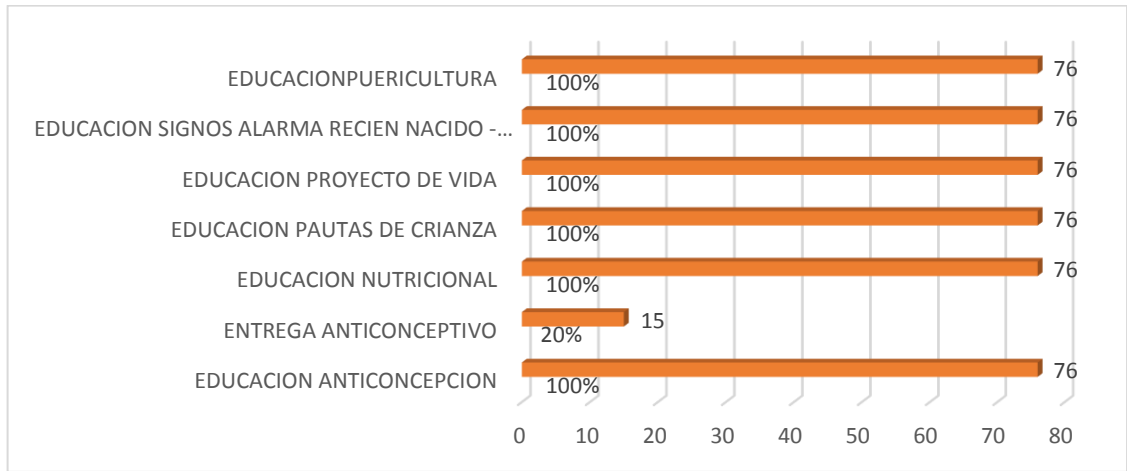
Gráfica 49. Educación a gestantes



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes valoradas, se brindó educación al 100% en temas de: continuidad del proyecto de vida, pautas de crianza, educación nutricional, toma de micronutrientes, asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad, asistencia a control prenatal, estimulación en la gestación, signos de alarma y anticoncepción postparto.

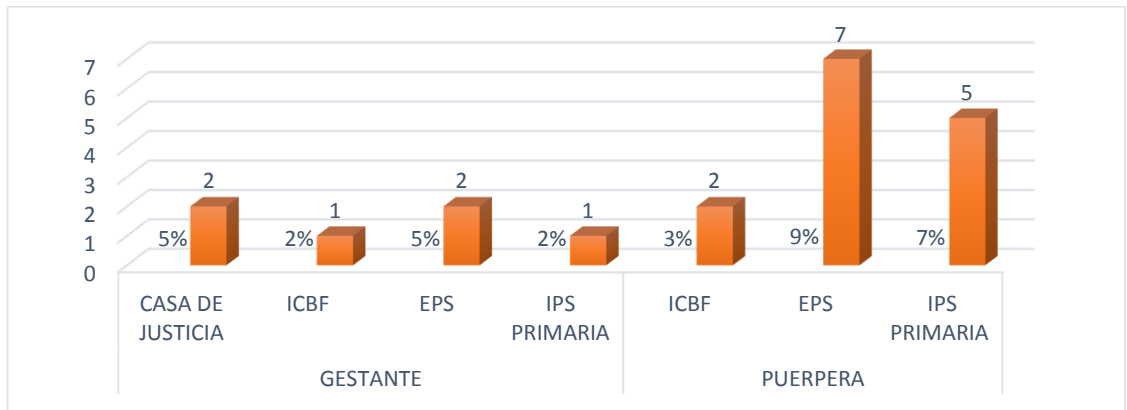
Gráfica 50. Educación a puérperas



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 76 adolescentes en periodo de puerperio y/o lactancia se brindó educación al 100% en temas de: signos de alarma del recién nacido y lactante, puericultura (lactancia materna, baño, higiene genital, cuidados de la piel, cuidado del ombligo), educación nutricional del niño y la madre, continuidad del proyecto de vida, pautas de crianza.

Gráfica 51. Remisiones

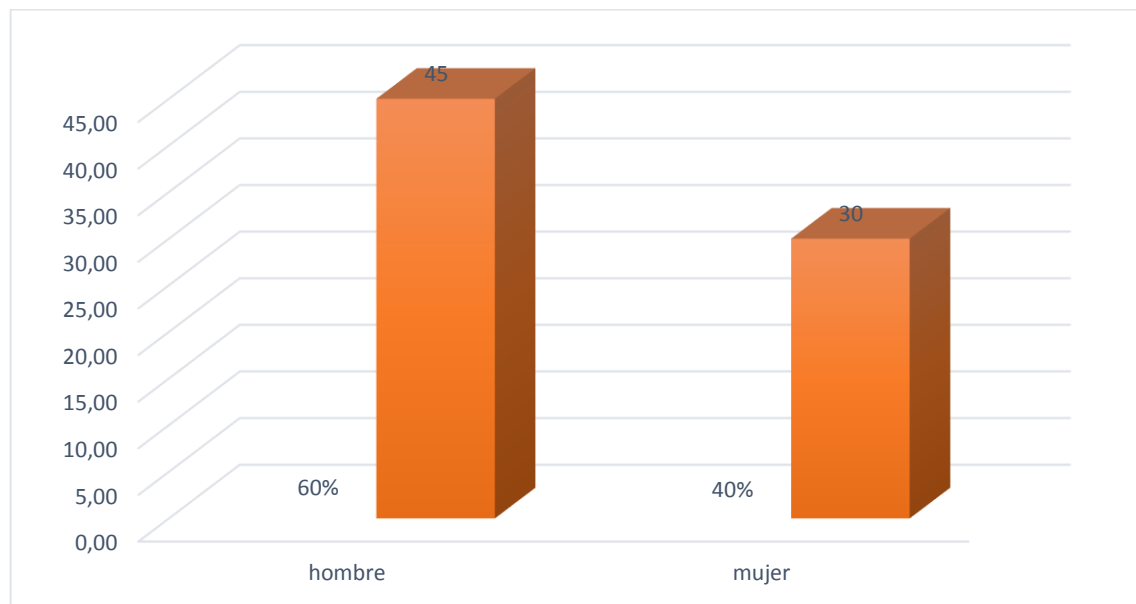


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De las 44 gestantes valoradas, se remitieron al 5% a casa de justicia por haber identificado consumo o violencia intrafamiliar, el 5% fueron remitidas a la EPS y un 2% a la IPS a planificación familiar y se remite un caso a ICBF por ser una gestante de 12 años. De las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia, el 9% se remitieron a EPS y el 7% a su IPS primaria (Clínica San Rafael Dumian) para solicitar consultas de planificación familiar, psicología, valoración médica.

7.10 VALORACION DEL RECIEN NACIDO

Gráfica 52. Sexo

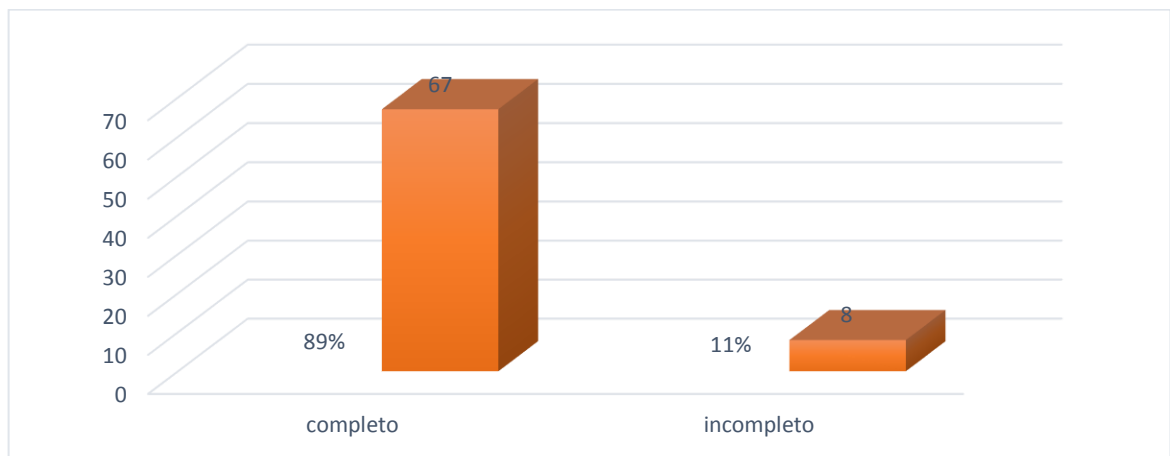


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 75 recién nacidos y/o lactantes, el mayor porcentaje de nacimientos 60%(45) es de hombres, este dato concuerda con las estadísticas del DANE 2017 donde indica que hubo 52,1%(1.673) nacimientos de hombres y 47,9%(1.536) nacimientos de mujeres⁷⁷.

⁷⁷ DANE. Óp. Cit.

Gráfica 53. Vacunación según la edad

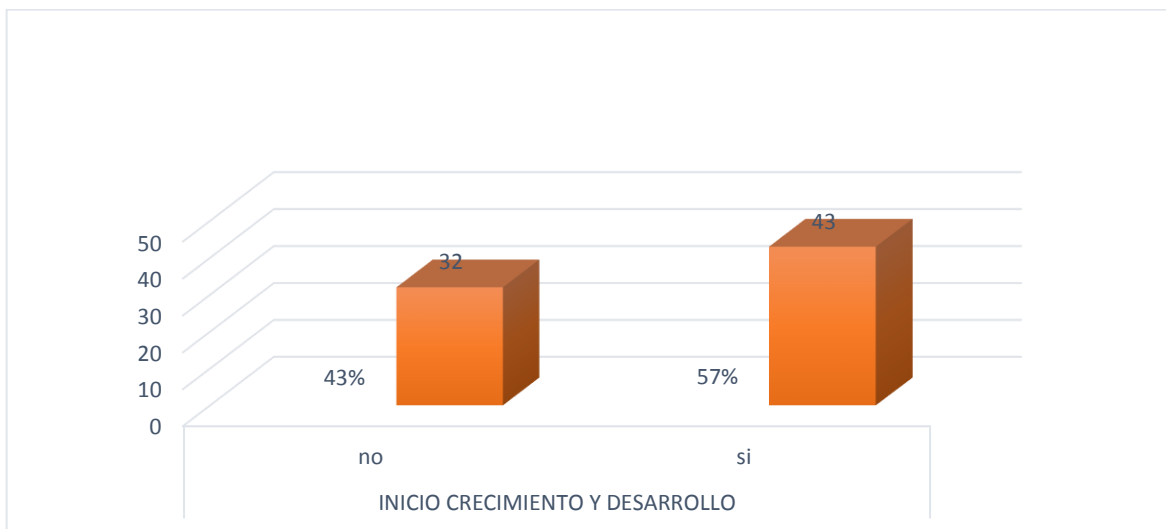


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 75 recién nacidos y/o lactantes valorados, el 11% (8) se encontraron con un esquema de vacunación incompleto. Es un porcentaje alto teniendo en cuenta que el plan decenal de salud pública 2012-2021 establece tener una cobertura del 95% en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional con el fin de disminuir el riesgo de enfermar o morir por enfermedades prevenibles con la vacunación⁷⁸.

⁷⁸ de la protección social en salud, Ministerio. Manual técnico administrativo del PAI. Segunda edición. Colombia. 2016 p. 12

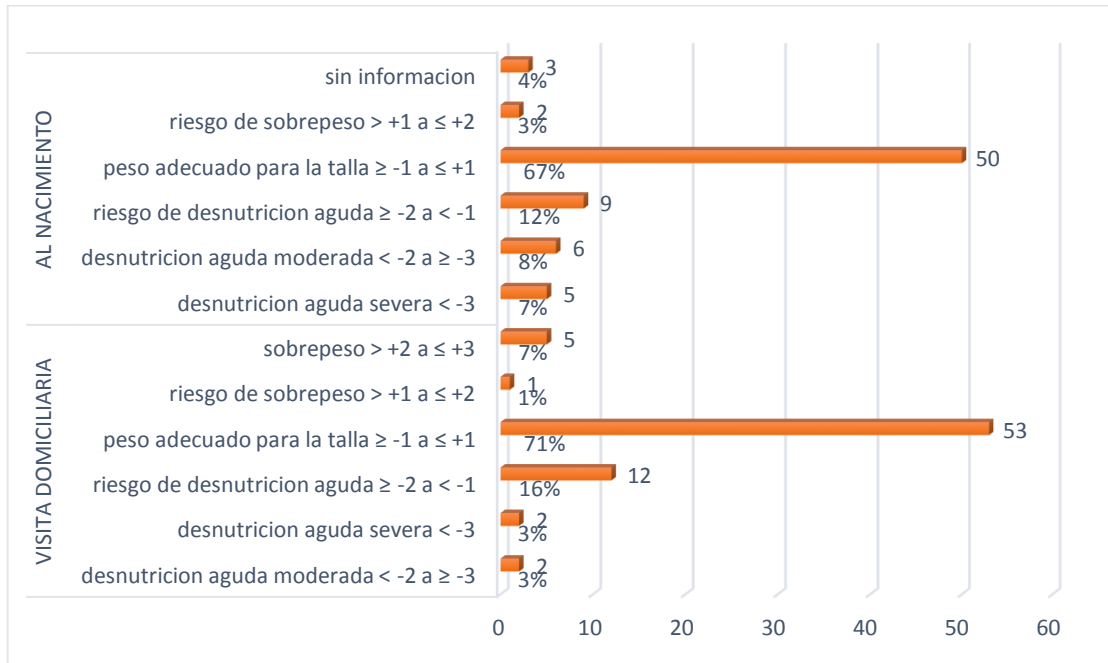
Gráfica 54. Crecimiento y desarrollo



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 75 recién nacidos y/o lactantes valorados, se evidencia que el 43%(32) no está al día con los controles de crecimiento y desarrollo, algunas referirían que sacar una cita de control se demoraba en la IPS por la espera para la asignación de la cita y/o que les programaban la cita para más de 20 días o un mes. Algunas otras refirieron que cuando iban al control, no les realizaban el registro en el carné de crecimiento y desarrollo, por lo tanto, sin el dato, se tomaron como inasistencia.

Gráfica 55. Peso-Talla

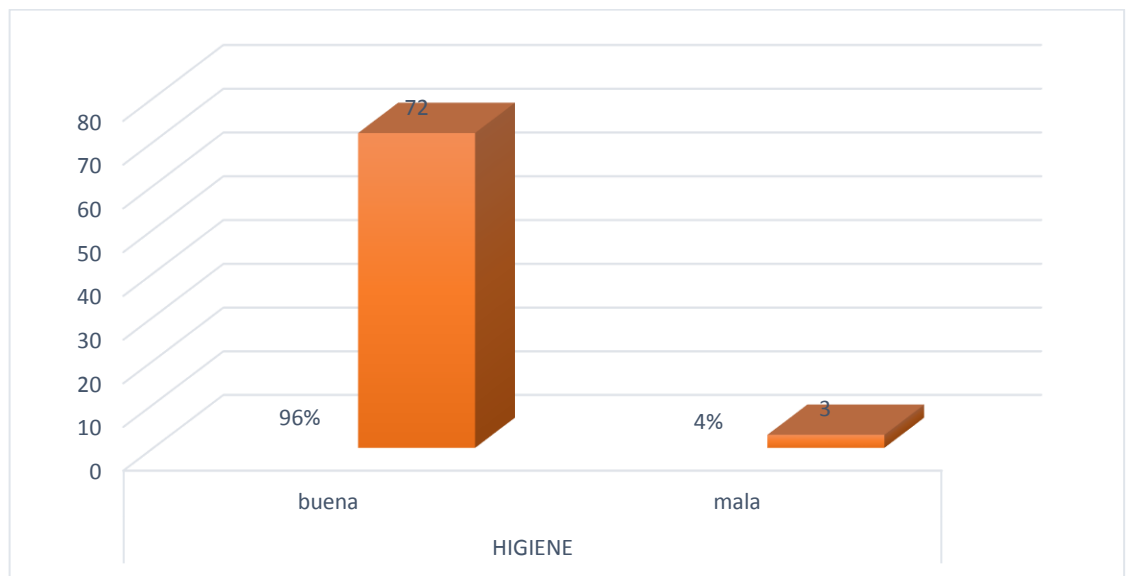


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 75 recién nacidos y/o lactantes, el 30% tiene algún tipo de alteración al nacimiento, de acuerdo a la información dada de talla y peso. En esta población se evidencia la desnutrición aguda moderada o severa en un 15% (11) y riesgo de desnutrición 12%(9). Al momento de la visita domiciliaria, durante la valoración se encontró que el 29% tienen algún tipo de alteración sobresaliendo el riesgo de desnutrición aguda con un 16% (12) y sobrepeso 7%(5). Aquí se evidencia que la desnutrición no se corrió en el 16% de los niños. En relación con los controles de C y D, el 43%(32) no está al día con los controles de crecimiento y desarrollo, algunas referirían que sacar una cita de control se demoraba en la IPS por la espera para la asignación de la cita y/o que les programaban la cita para más de 20 días o un mes. Algunas otras refirieron que cuando iban al control, no les realizaban el registro en el carné de crecimiento y desarrollo, por lo tanto, sin el dato, se tomaron como inasistencia.

Esto va directamente relacionado con el IMC de las madres adolescentes en periodo de puerperio y/o lactancia valoradas, pues prevalece el bajo peso y el sobre peso.

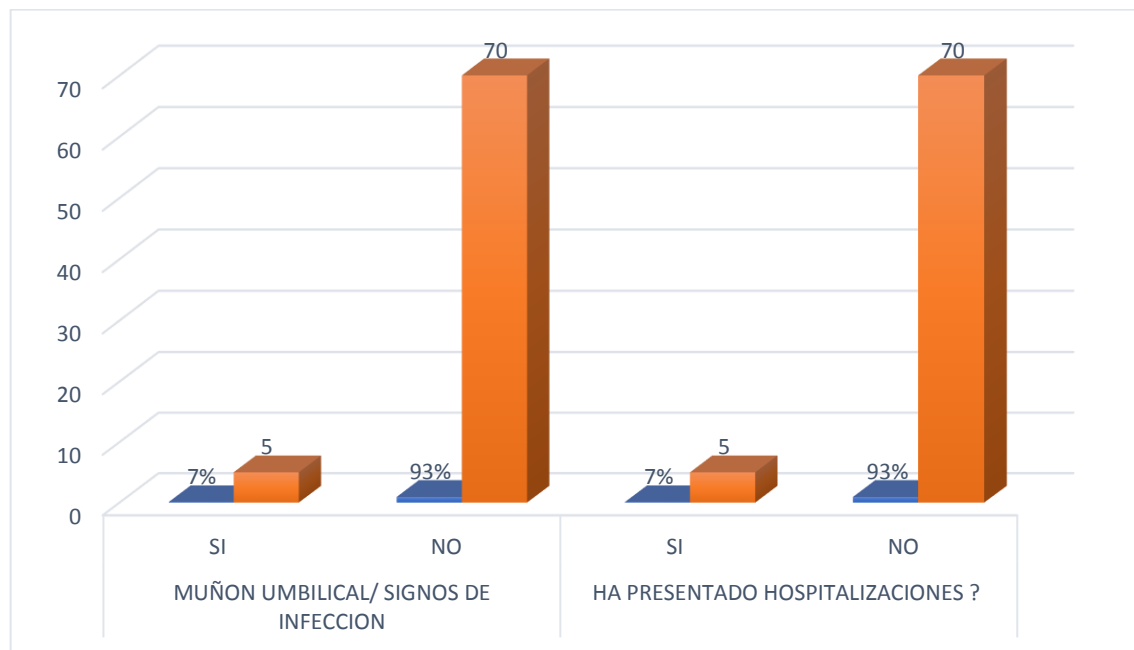
Gráfica 56. Higiene



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 75 recién nacidos y/o lactantes se evidencia que el 96% (72) se observa una higiene buena y el 4% (3) se observan con una higiene mala, lo cual se encuentra relacionada con el aspecto general del niño en la visita se encontraban sin el baño diario y con las uñas largas y sucias.

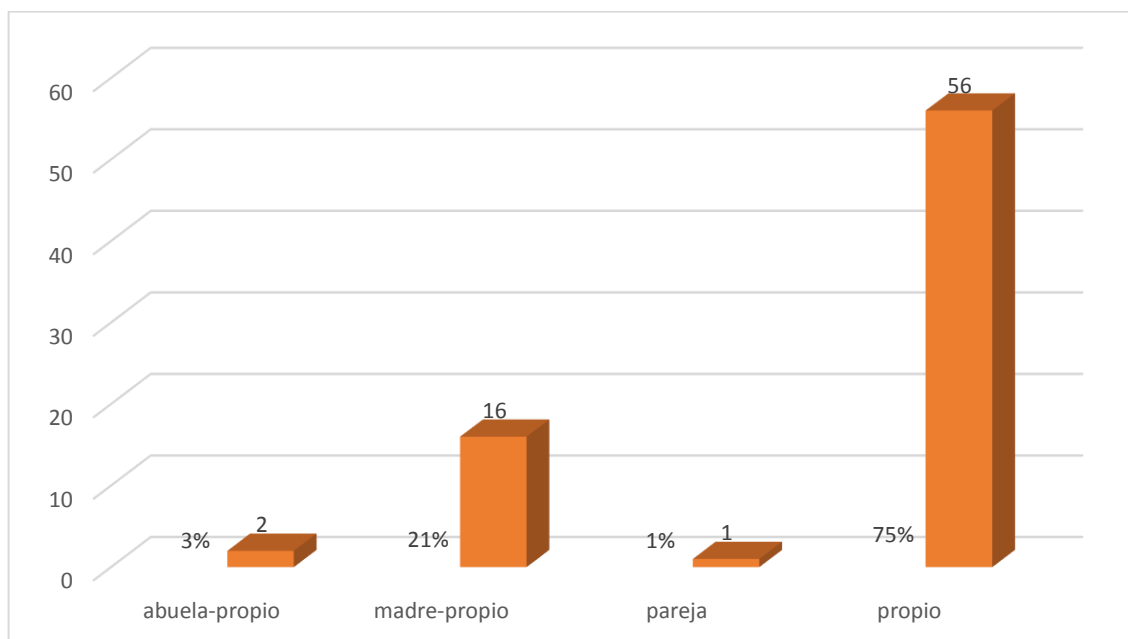
Gráfica 57. Signos de infección-hospitalizaciones



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 75 recién nacidos y/o lactantes se evidencia que el 93% (70) no presentaron signos de infección ni hospitalizaciones, mientras que el 7% (5) presentaron signos de infección en el muñón umbilical y hospitalizaciones, se observaba calor local, eritema y secreción purulenta, esto debido a la creencia de las madres y abuelas de estas adolescentes, de que el ombligo debe taparse para que no quede hacia afuera.

Gráfica 58. ¿Quién está al cuidado del recién nacido y/o lactante?

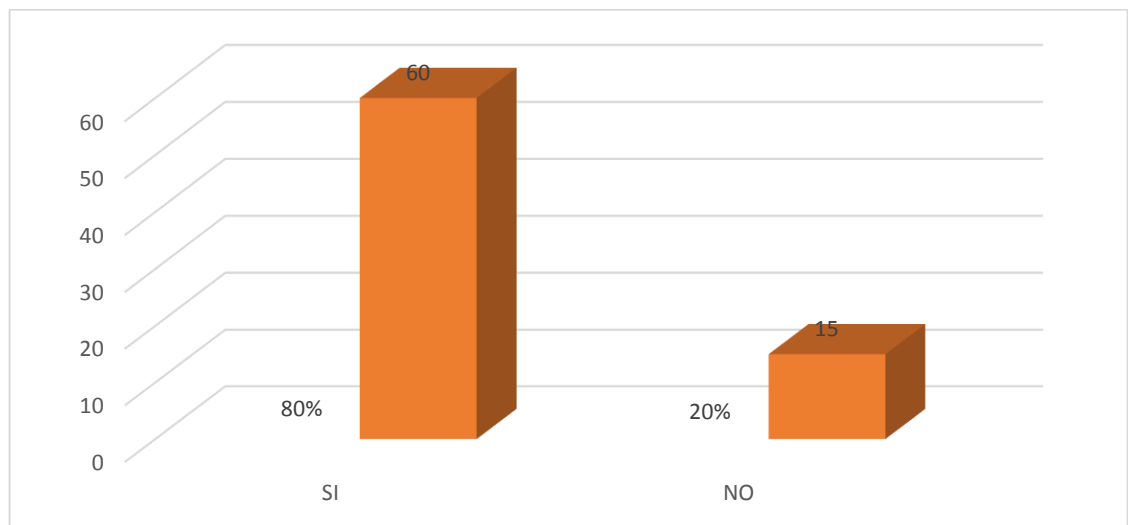


De los 75 recién nacidos y/o lactantes se evidencio que el cuidado está a cargo propio de la madre en un 75% (56), madre-propio en un 21% (16) y la menos predominante a cargo de la pareja, abuela-propio en un 4% (3).

Al contrastar con resumen de la encuesta nacional de demografía y salud sin duda el cuidado de los hijos es una de las limitantes del empleo. En dos de cada tres familias con trabajo, la pareja cuida los hijos. Los abuelos en cerca del 42 % son los siguientes responsables de tal cuidado (habitualmente los maternos). Los hogares que están en el quintil superior de riqueza, son los que más usan a los abuelos.⁷⁹

⁷⁹ QUIÑONES, Juan Carlos González. Óp. Cit. 24-25

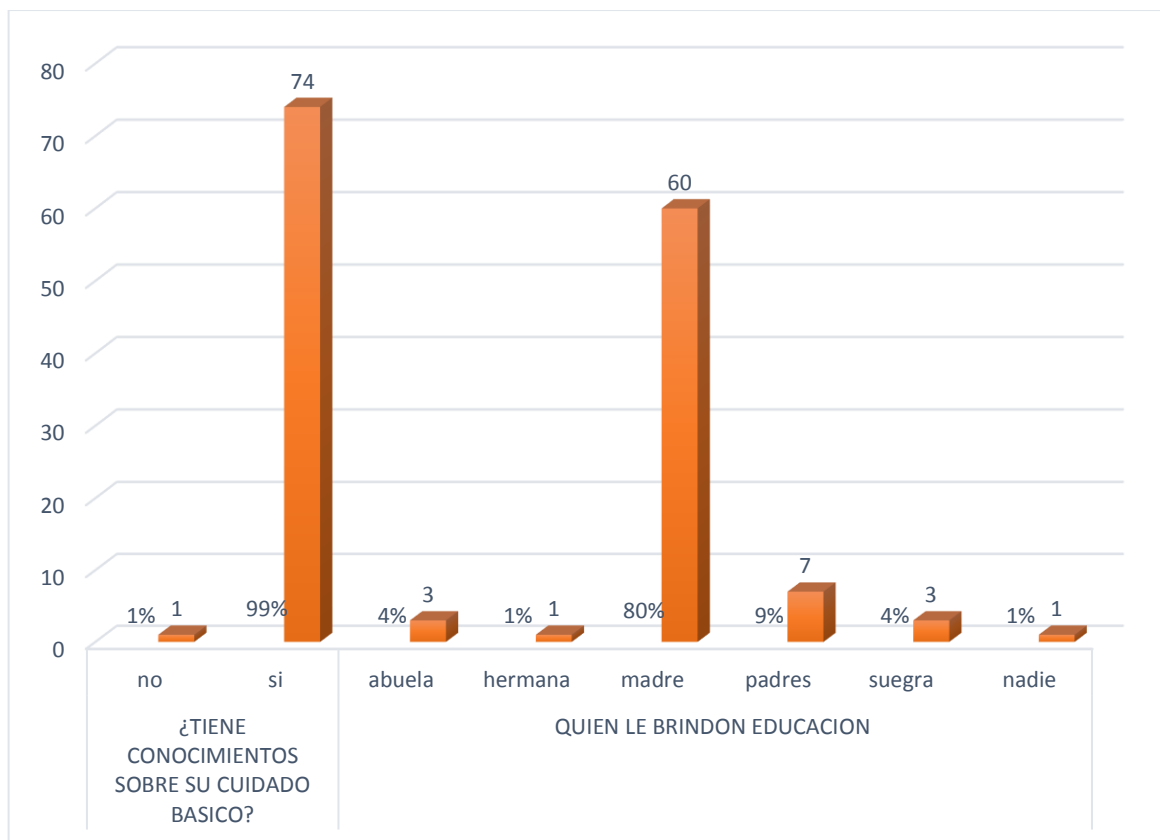
Gráfica 59. Acepta y tolera lactancia materna



Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 75 recién nacidos y/o niños valorados, el 20%(15) no consume leche materna, del cual el 26,6% (4) están en el rango de 2 a 4 meses, lo cual es preocupante pues bien se sabe la lactancia materna exclusiva va hasta los 6 meses. Las madres refieren que su producción de leche no fue buena desde el nacimiento de su hijo “el niño quedaba con hambre”, o que este no quiso recibir pecho. El restante 73,4%(11) que dejó de consumir leche materna, según refieren las adolescentes, lo hicieron porque: iniciaron la alimentación complementaria y se apoyaron en leche de tarro, no quiso continuar tomando del pecho, consideraron que la leche materna no era suficiente y decidieron suspenderla y brindar leche de fórmula (klim, nestogeno).

Gráfica 60. ¿Tiene conocimientos sobre los cuidados básicos del recién nacido y/o lactantes?, ¿Quién le brinda educación?

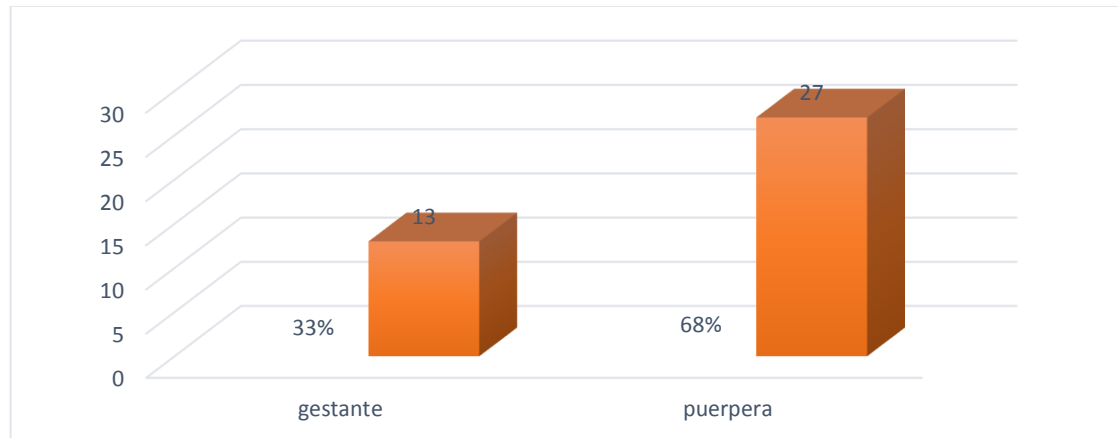


Fuente: Base de datos de gestantes, puérperas, recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social de academia. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

Las madres de las adolescentes juegan un papel importante en la educación y crianza, pues son un modelo para el nuevo rol de mamá que asume la adolescente. El 75% de las puérperas valoradas, asumen el rol de cuidadoras de sus hijos, otro porcentaje lo hacen en compañía de su madre. Al indagar sobre quien les brindó la educación sobre los cuidados que se deben tener con el recién nacido y/o lactante, ellas en un 80% refirieron que su mamá se los transmitió.

7.11 APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO DE SEGUIMIENTO A LA MADRE ADOLESCENTE

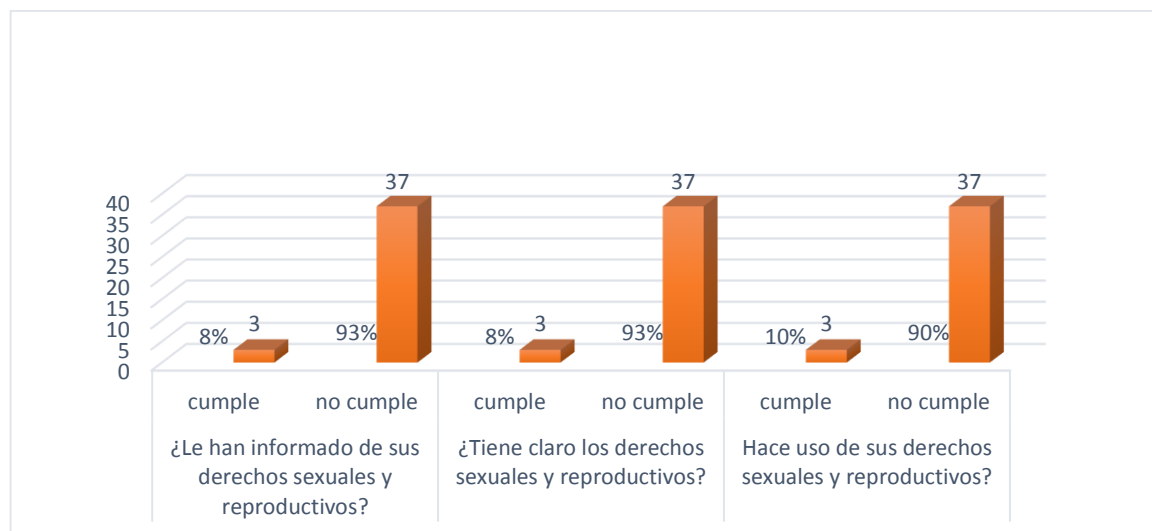
Gráfica 61. Seguimientos



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos, el 33% son gestantes y el 68% son puérperas, de las puérperas valoradas en seguimiento, 2 se valoraron inicialmente como gestantes pero al momento de la visita de seguimiento ya habían tenido a sus hijos.

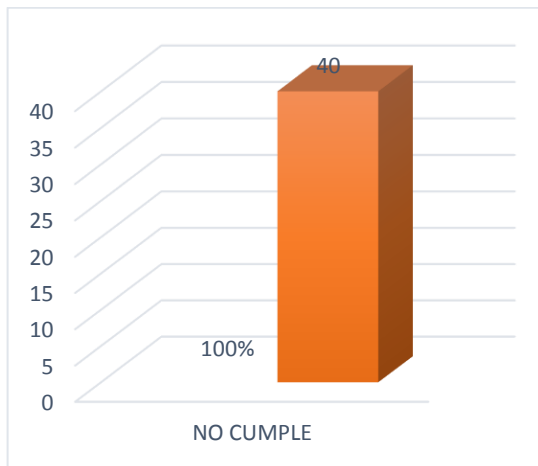
Gráfica 62. Derechos sexuales y reproductivos



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que no se les han informado sobre sus derechos sexuales y reproductivos en un 93% (37) lo cual está relacionado con que no tienen claro sus derechos y no hacen uso de ellos. Mientras que se les ha informado a un 8% (3) donde mencionan la EPS, colegio y la universidad Cundinamarca como fuentes de información.

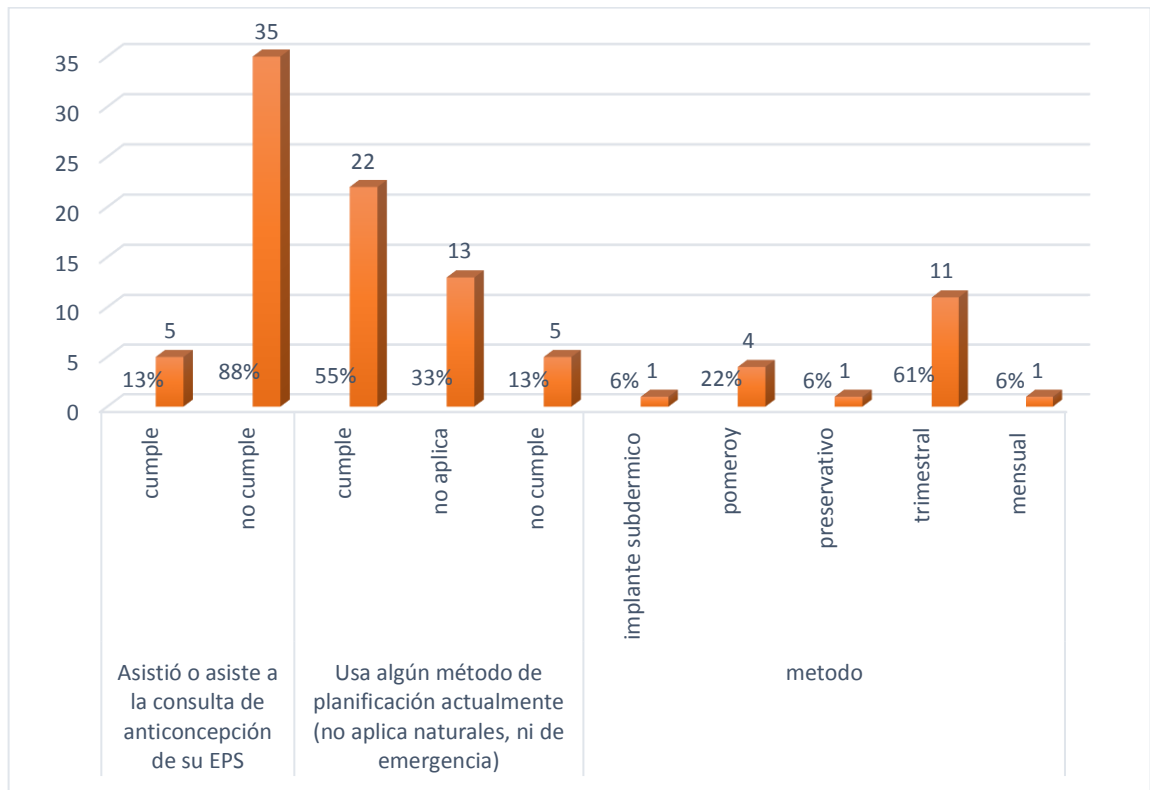
Gráfica 63. ¿Alguna vez asistió a consulta preconcepcional?



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que no han asistido a consulta preconcepcional en un 100% (40), lo cual puede estar relacionado con que el embarazo no fue planeado para las madres adolescentes.

Gráfica 64. Anticoncepción



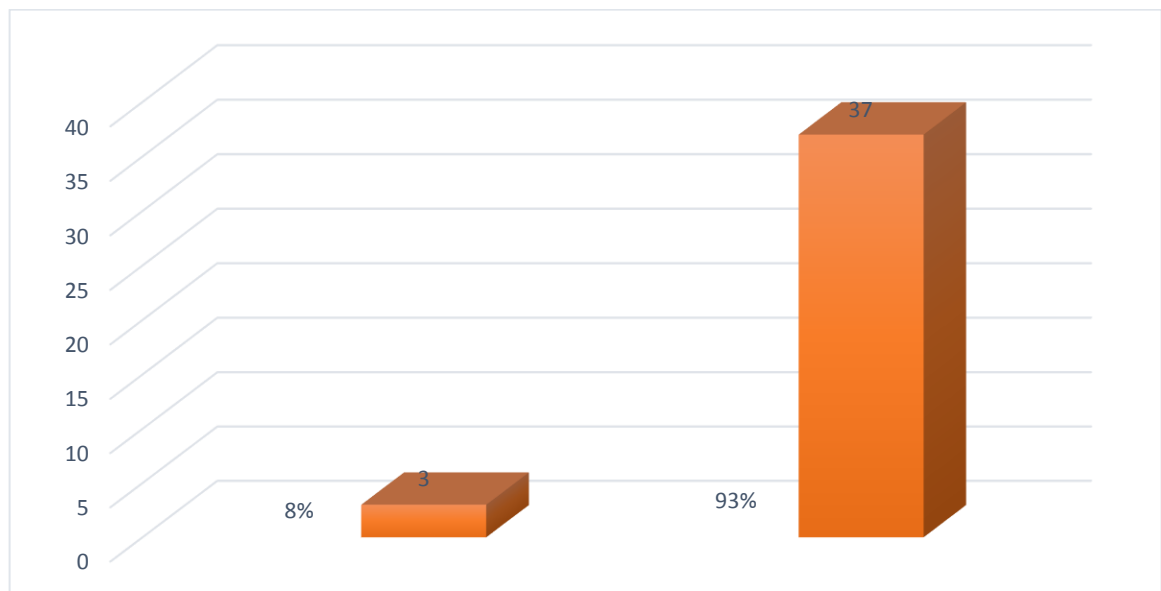
Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos de gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia valoradas, se evidencia que un 88% no ha asistido ni asiste a consulta de anticoncepción con su EPS, debido a que el servicio no se les ofrece y no han tenido la iniciativa por las demoras en las citas con su EPS.

De los 40 seguimientos se evidencia que no usan método de planificación actualmente un 13% (5), por recursos económicos, tiempo y demoras en la entrega de anticonceptivos con la EPS, no aplican un 13% (13) debido a su estado de gestación.

De los seguimientos se observa que el 55% (22) usan método anticonceptivo, que de la gran mayoría no es proporcionado por la EPS, sino de manera particular en las droguerías. Además, se evidencia que los métodos que más utilizan son la inyección trimestral o pomeroy.

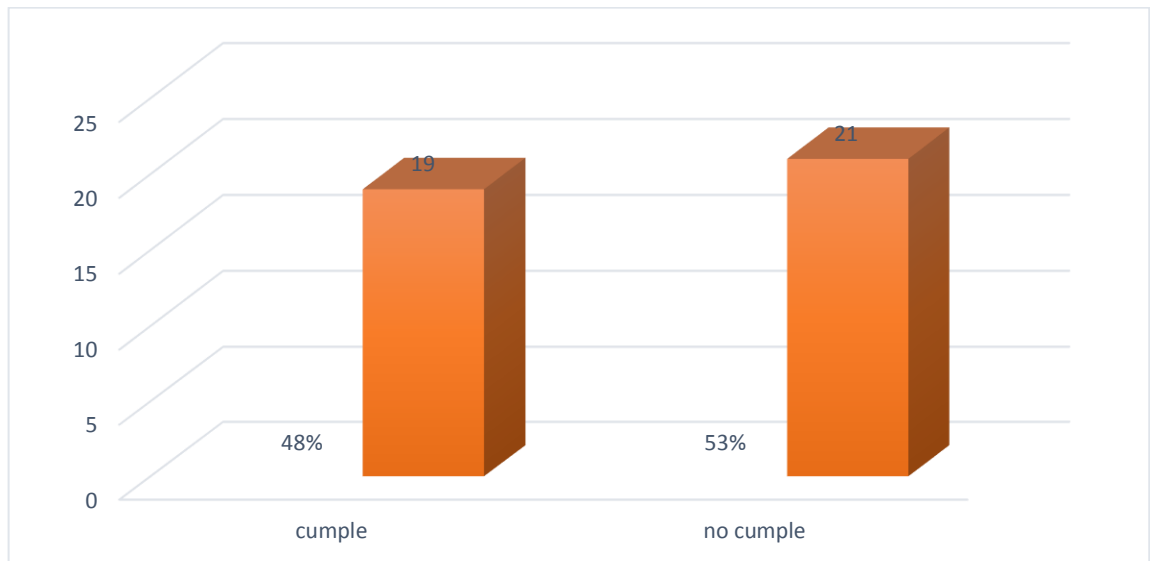
Gráfica 65. Conoce y hace respetar sus DDSSRR



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que un 93% (37) no conoce ni hace respetar sus derechos sexuales y reproductivos, lo cual se encuentra relacionado con que no hay claridad, ni información sobre el uso de sus derechos sexuales y reproductivos.

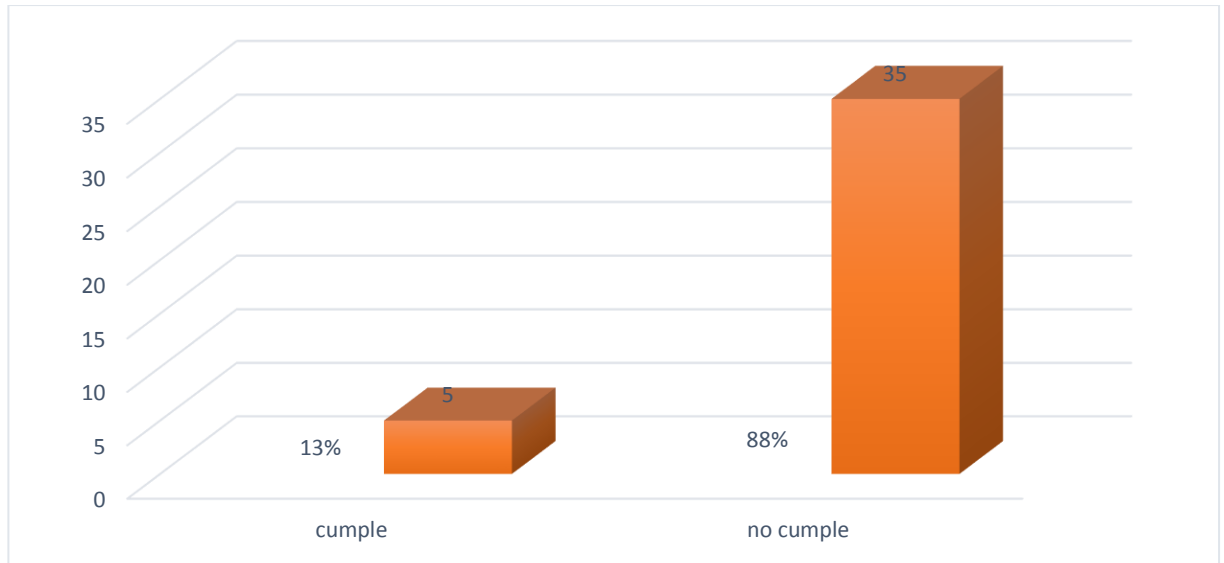
Gráfica 66. ¿Se le ha realizado la citología en el último año?



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los seguimientos a las gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que un 53% no le han realizado la citología en el último año, porque no quieren, por miedo o dolor durante el procedimiento y que un 48% (19) se la han realizado en el último año.

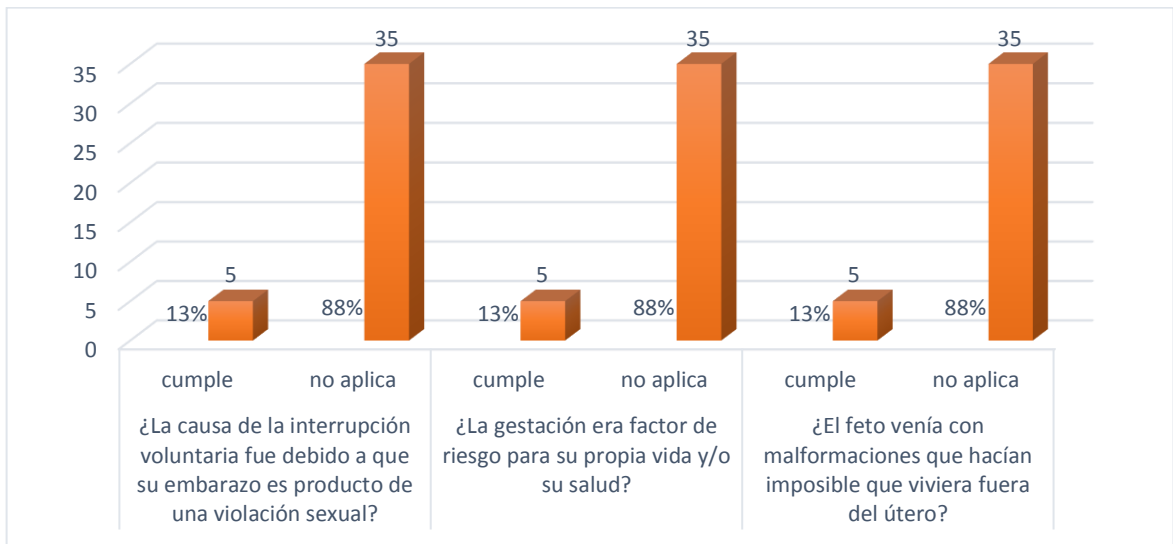
Gráfica 67. ¿Recibió asesoría por el grupo interdisciplinario al considerarla posibilidad de la IVE?



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia, se evidencia que predomina la población a quien no se le ha brindado asesoría por el grupo interdisciplinario sobre la interrupción voluntaria del embarazo en un 88%(35)

Gráfica 68. Causales de la IVE

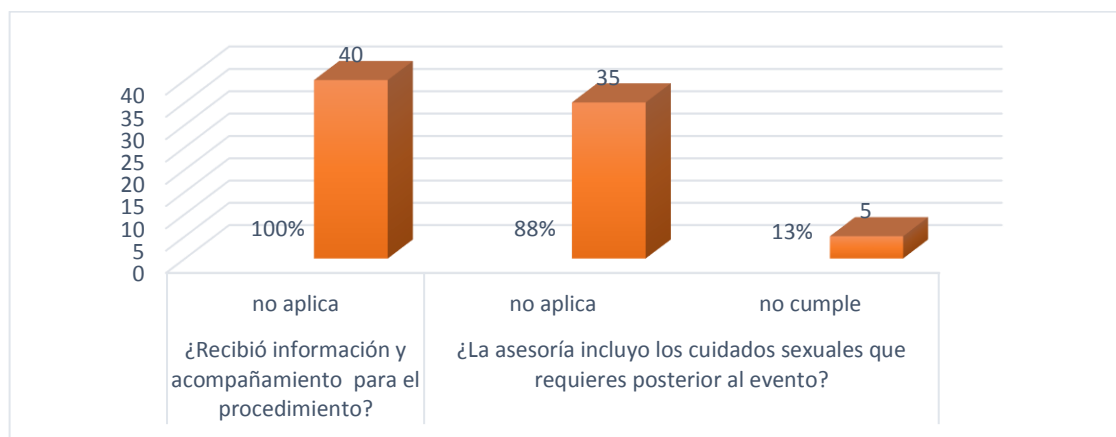


Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia, se evidencia que el 88% que no fue informado sobre la interrupción voluntaria del embarazo, desconoce las causales que cobija la ley para permitir el procedimiento de IVE. A quienes se les brindó educación conocían las causales, pero, en la causal de: la gestación es un factor de riesgo para la vida y salud de la madre, hacían referencia a la salud física exclusivamente. Esto ocurre en el panorama nacional, pues se confirma que menos del 41% de las mujeres y hombres de 13 a 49 años conoce que la causal salud, incluye el riesgo para la salud mental de la mujer.⁸⁰

⁸⁰ de salud y protección social, Ministerio; Profamilia. Óp. cit. Pág. 64

Gráfica 69. Acompañamiento y asesoría en IVE

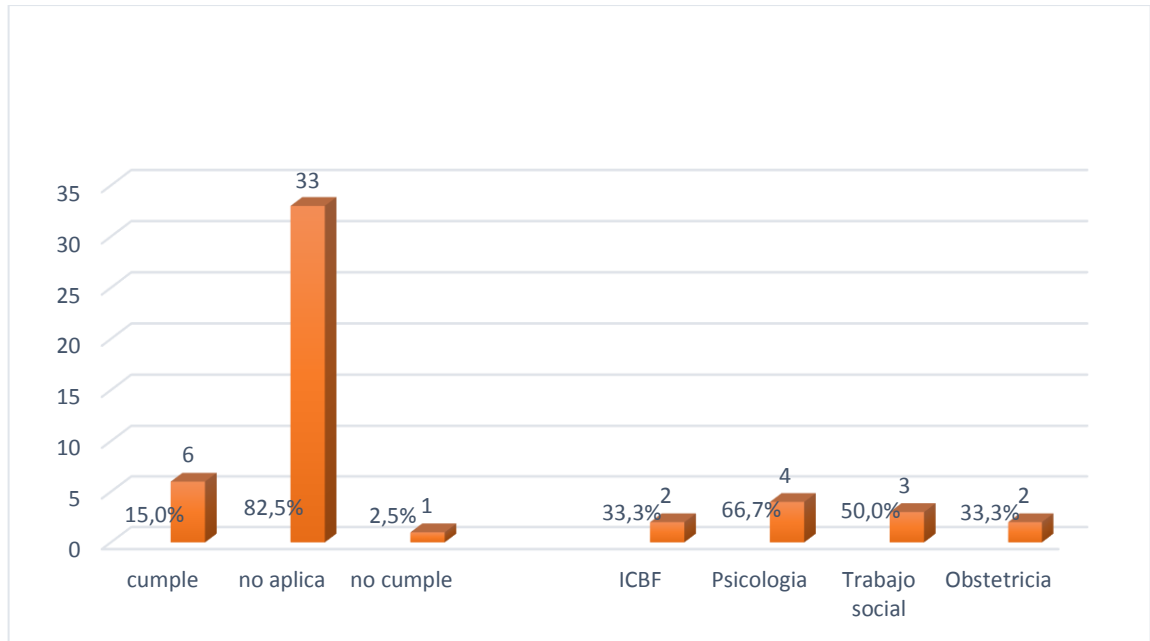


Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia, el 100% no aplica, ya que ninguno se realizó el procedimiento en su mayoría por desconocimiento y quienes recibieron asesoría sobre IVE, no lo realizaron por decisión propia o influencia de terceros.

De acuerdo a si la asesoría incluyó los cuidados sexuales que requiere el posterior evento, no aplicó para quienes no recibieron la asesoría, y no cumplió para quienes conocieron sobre la C-355/2006 pero recibieron dicha educación.

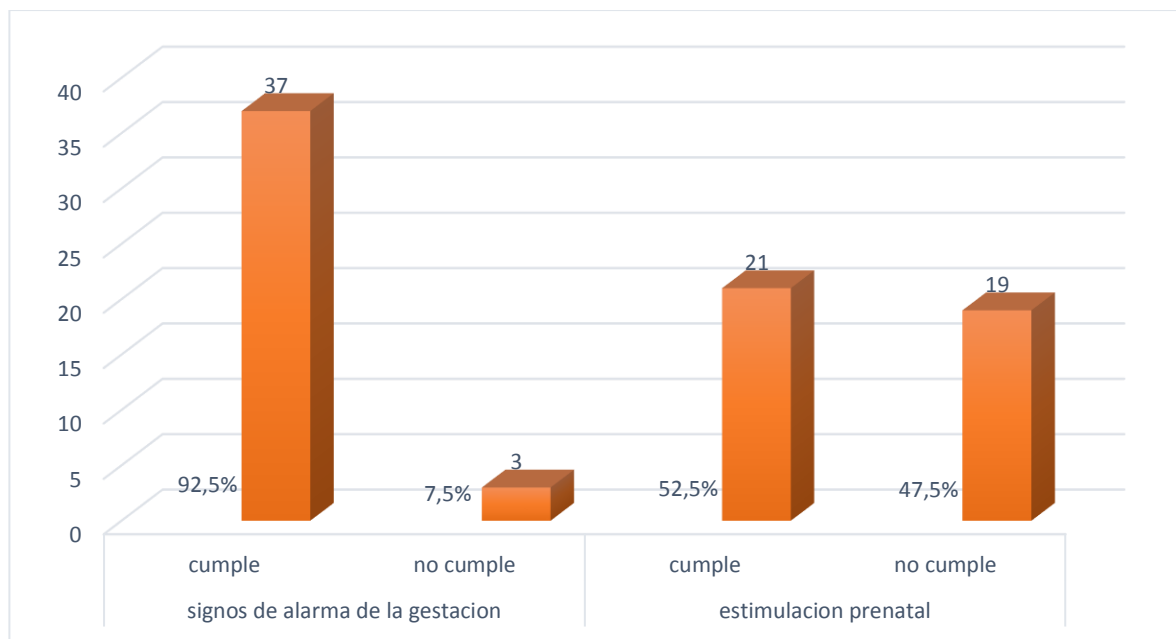
Gráfica 70. Si es menor de 15 años: ¿ha sido remitida a ICBF, psicología, trabajo social, medico obstetra u otra especialidad?



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos, 7 son menores de 15 años. De las menores de 15 años valoradas una fue remitida a las cuatro especialidades, otra solo a tres (ICBF, psicología, trabajo social), dos a psicología, otra adolescente a obstetricia únicamente, y una a trabajo social y psicología. Solo la mitad fue remitida a trabajo social y psicología.

Gráfica 71. ¿Usted ha tenido en cuenta la educación brindada y ha aplicado lo aprendido? (signos de alarma - estimulación prenatal)



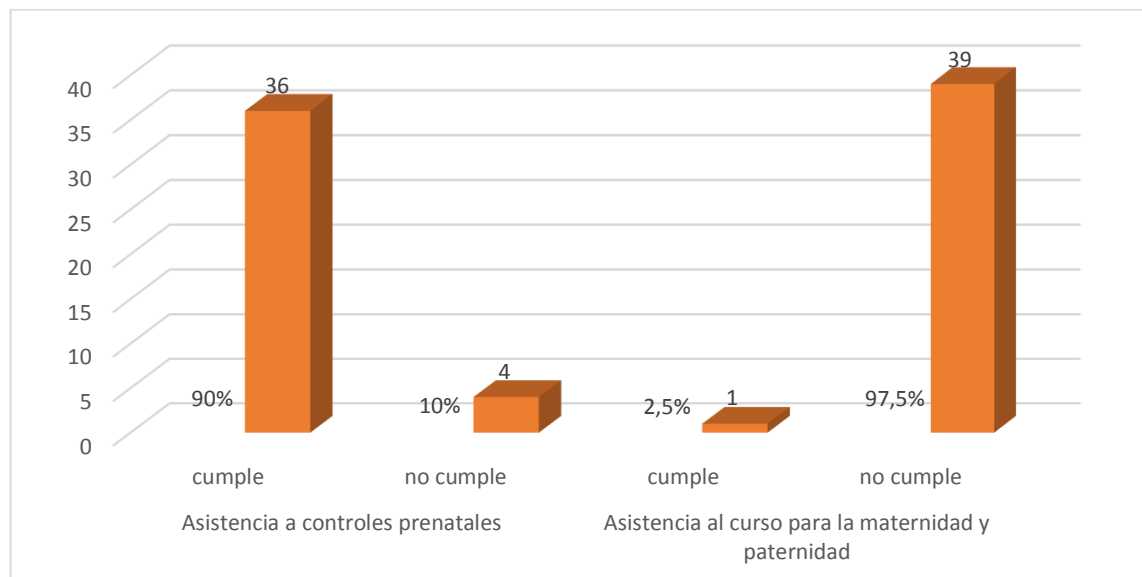
Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia, se indago sobre los conocimientos que recordaban haber recibido por el personal de salud de su IPS y las enfermeras en formación de la UDEC durante las visitas domiciliarias y se encontró:

En su mayoría el 92,5%, conocen los signos de alarma de su recién nacido y/o lactante. Del 3% que no cumple, una no tiene a cargo su hijo porque la custodia la ganó el papá y no ha compartido con él tiempo de calidad, otra adolescente no tuvo ningún control prenatal y desconoce los signos de alarma y otra no los recordaba, por otro lado, se puede relacionar con su nivel de escolaridad que es bajo.

El 52,5% conocía y cumplió con la estimulación prenatal de acuerdo a la educación brindada por los profesionales de la salud. Dentro del 47,5% de las que no cumplieron, refieren no haber recordado, o se relacionaron con ser de zona rural, el bajo nivel de escolaridad y las que tuvieron un embarazo no deseado.

Gráfica 72. ¿Usted ha tenido en cuenta la educación brindada y ha aplicado lo aprendido? (asistencia a controles prenatales – asistencia curso preparación para la maternidad y la paternidad)



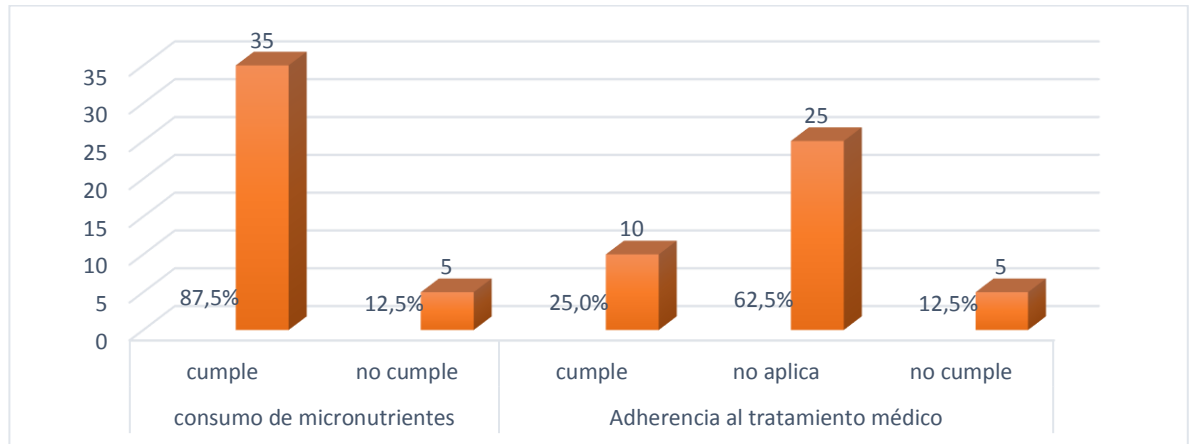
Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia, se indago sobre los conocimientos que recordaban haber recibido por el personal de salud de su IPS y las enfermeras en formación de la UDEC durante las visitas domiciliarias y se encontró:

En gran porcentaje (90%) asistieron al menos a un control prenatal posterior a la educación brindada por parte de las enfermeras en formación de la unidad amigable de la UDEC. Quienes no cumplieron, también se vieron afectadas por las inconsistencias en su EPS con sus IPS primarias, o por la no motivación a asistir a los controles.

En contraste, se evidencia que la educación brindada para promover la asistencia al curso de preparación para la maternidad y la paternidad, sigue siendo de gran preocupación la inasistencia. Aunque, las adolescentes en su mayoría refieren que nunca fueron informadas para asistir a este, o de lo contrario lo habrían hecho.

Gráfica 73. ¿Usted ha tenido en cuenta la educación brindada y ha aplicado lo aprendido? (toma de micronutrientes- adherencia al tratamiento médico)



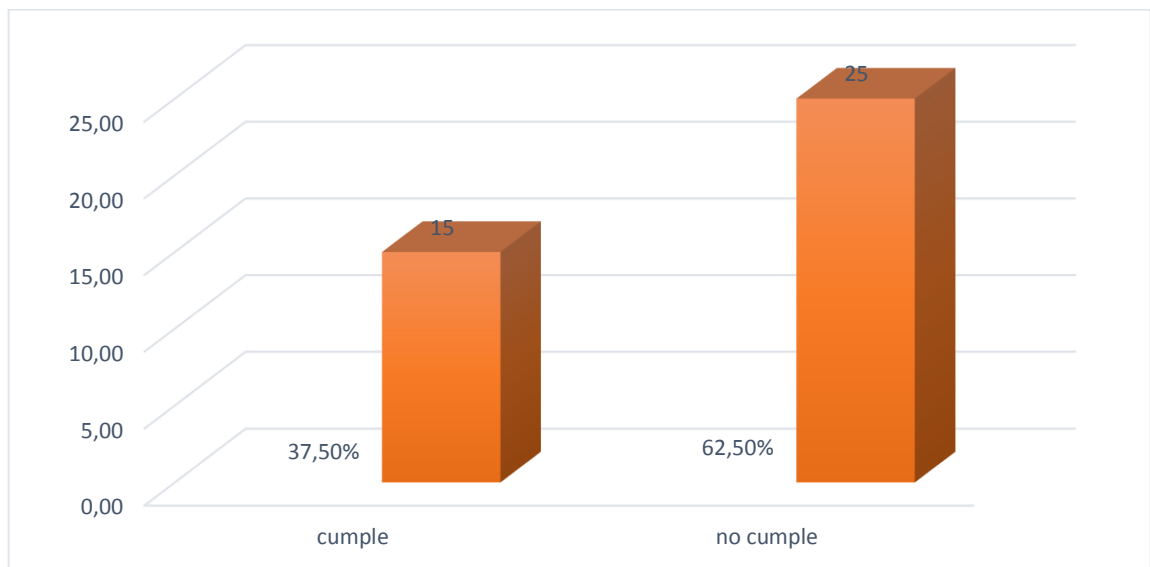
Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia, se indagó sobre los conocimientos que recordaban haber recibido por el personal de salud de su IPS y las enfermeras en formación de la UDEC durante las visitas domiciliarias y se encontró:

El 12,5% que no cumple con la toma de los micronutrientes, refiere que conseguir una cita de control en donde les hacen entrega la fórmula para los micronutrientes es tediosa, pues las citas no son próximas o deben destinar casi todo un día para hacer conseguir la ficha y obtener su cita, lo que hace que ellas no busquen ir a su IPS primaria.

Del 37,5% al que le enviaron tratamiento médico, el 5% que incumple, refiere no haber entendido las recomendaciones dadas por el personal médico o abandonaron el tratamiento al ver mejoría, y no completaron el tiempo indicado.

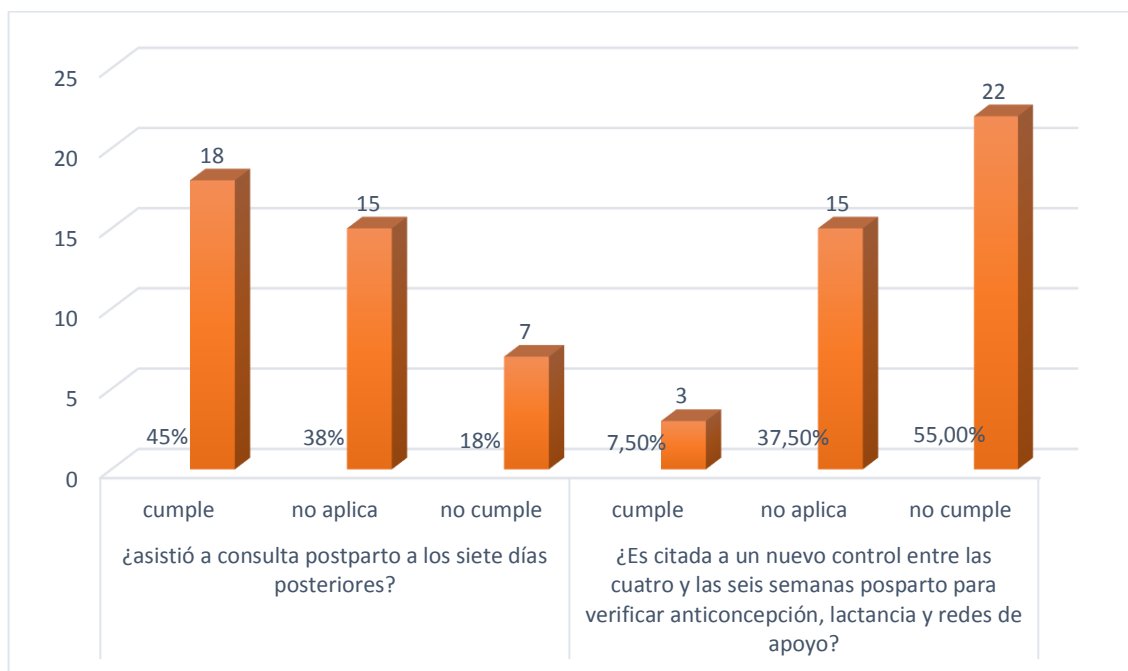
Gráfica 74. Continuidad del proyecto de vida



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que no hay continuidad con el proyecto de vida (educación) de un 62,50% (25) debido a recursos económicos, tiempo para dedicar al estudio y por el rol de madre, por lo cual se dedican a las labores del hogar y/o familia.

Gráfica 75. Citas de control postparto

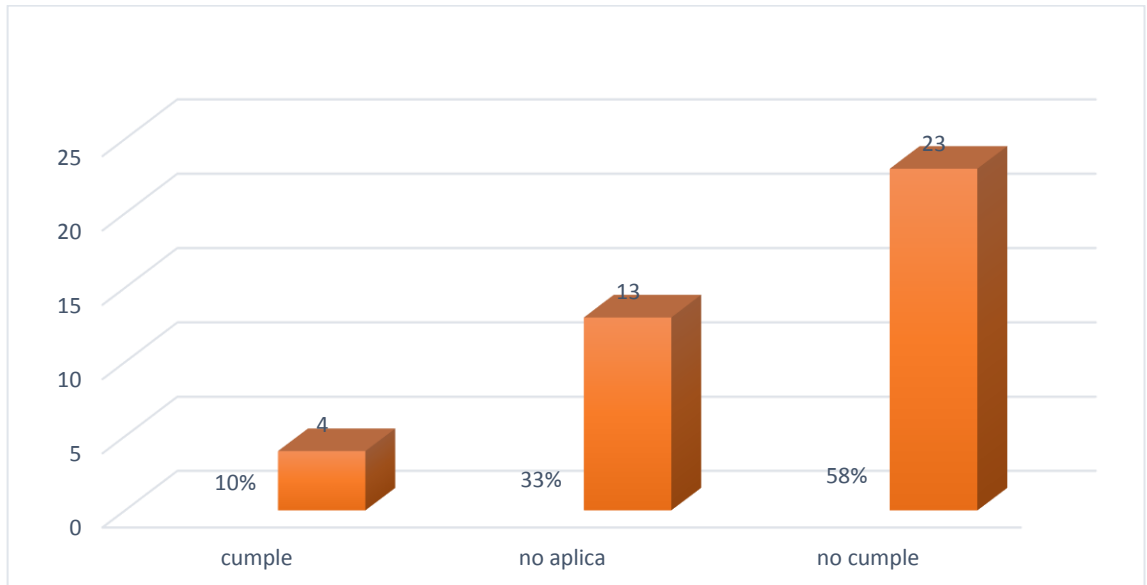


Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que han asistido a consulta postparto en un 18% (1), esto debido a que no quisieron, no les informaron o se les olvidó. Es de aclarar que el 38% (15) que no aplican es por el estado de embarazo.

En cuanto a si es citada a un nuevo control entre los cuatro y las seis semanas postparto para verificar anticoncepción, lactancia y redes de apoyo no cumplen en un 55% (22), debido a que desconocen de que deben asistir a este control.

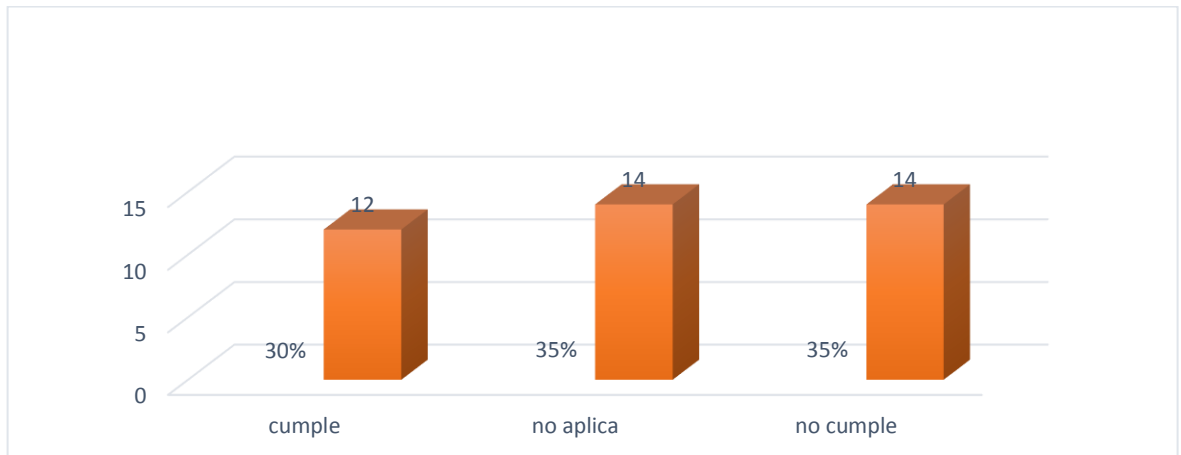
Gráfica 76. Cita de control durante el puerperio mediato



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que no tienen controles durante su proceso de puerperio mediato en un 58% (23) lo cual podría estar relacionado con que no se les informa de estos controles en el alta hospitalaria.

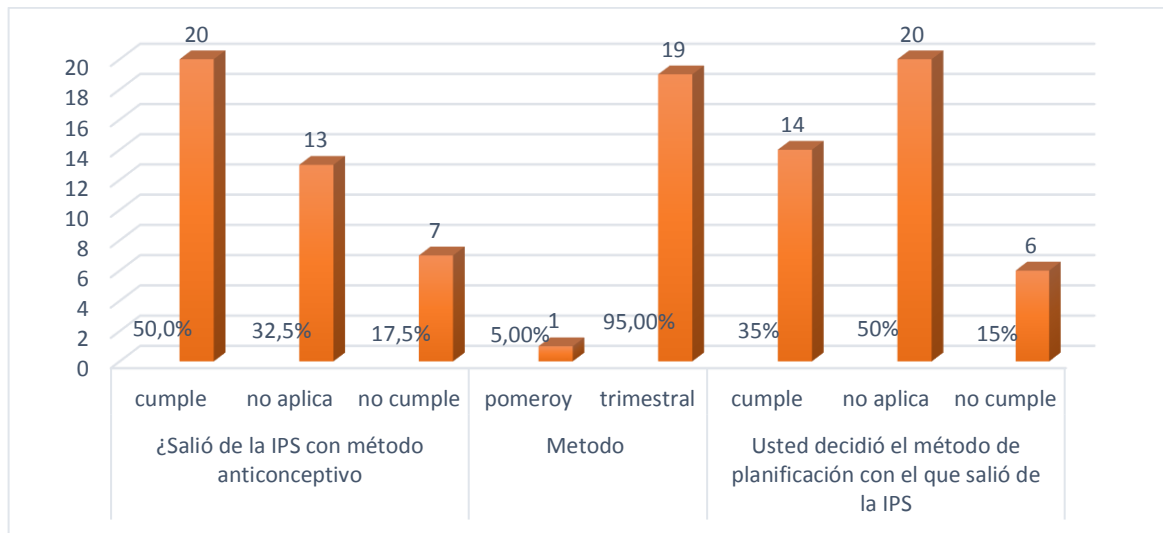
Gráfica 77. Recibió educación sobre los métodos de anticoncepción que puede utilizar durante el proceso de lactancia



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que no recibieron educación sobre métodos de anticoncepción durante el proceso de lactancia en un 35% (14), ya que a gran parte en el alta hospitalaria, les administran la inyección trimestral.

Gráfica 78. Anticoncepción al alta hospitalaria

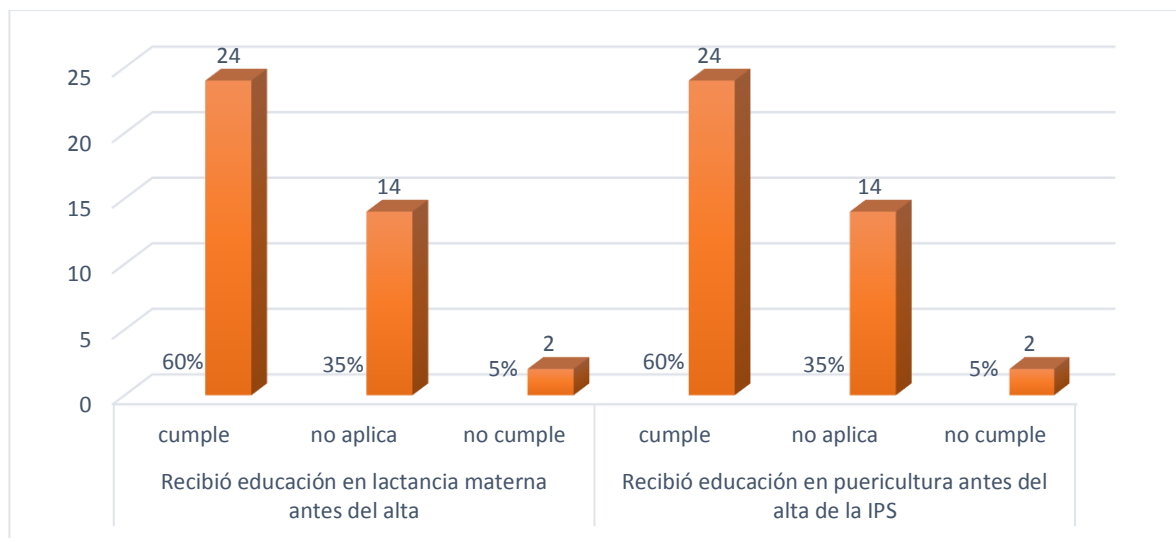


Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que no salieron de la IPS con método anticonceptivo un 17,5% (7) debido a que no se les ofreció asesoría en anticoncepción posparto.

Por otro de los seguimientos realizados el 50% (20) de las adolescentes que salieron con método anticonceptivo la gran mayoría se les administro la inyección trimestral, de las cuales un 35% (14) manifestaron haber decidido dicho método anticonceptivo posparto, mientras que un 15% (6) manifestaron que solo se la administraron para el alta hospitalaria, sin haber recibido asesoría en anticoncepción.

Gráfica 79. Recibió educación en lactancia materna y/o puericultura antes del alta hospitalaria

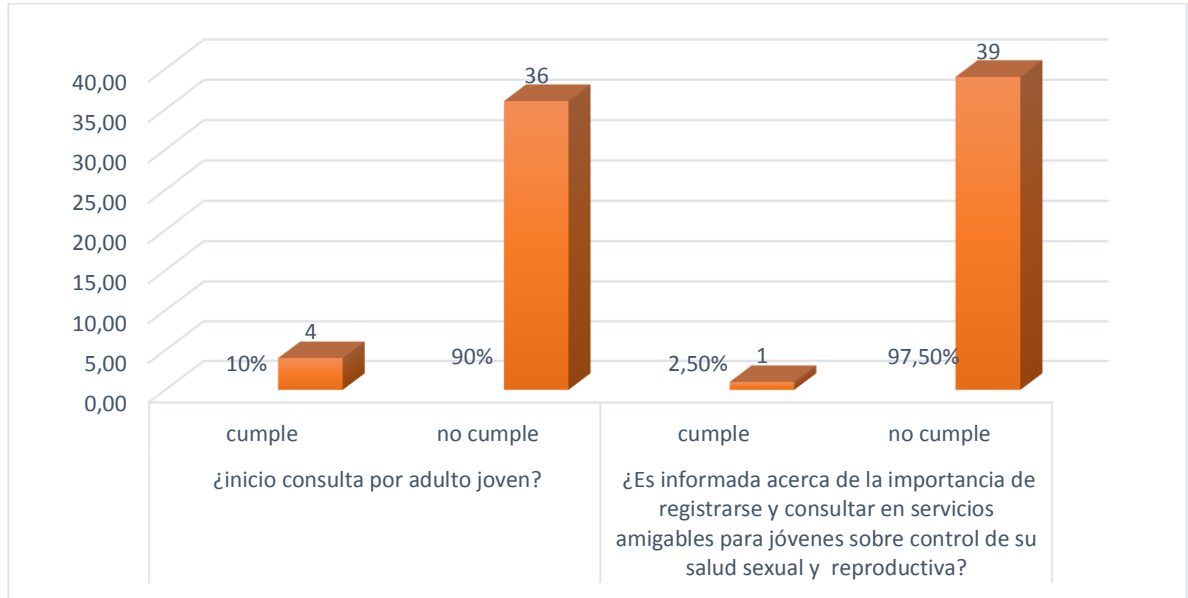


Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia, se indago sobre los conocimientos que recordaban haber recibido por el personal de salud de su IPS y las enfermeras en formación de la UDEC durante las visitas domiciliarias y se encontró:

El 35%(14) no aplicaron porque eran 13 gestantes y una puérpera a quien el ICBF tomó en custodia a su recién nacida al momento del nacimiento. Por otro lado, está muy ligada la educación en lactancia materna y puericultura al momento del alta hospitalaria y en su mayoría recibieron educación sobre estos temas antes de salir de la institución de salud donde le fue atendido su parto o cesárea.

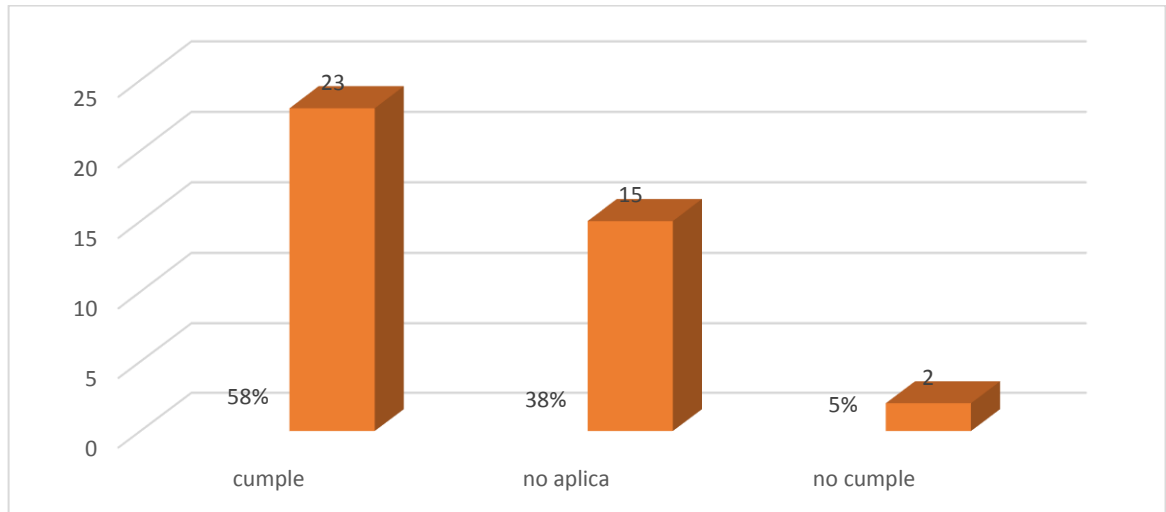
Gráfica 80. ¿Es informada acerca de la importancia de registrarse y consultar en servicios amigables y asistencia a consulta del adulto joven?



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencia que un 90% (36) no han iniciado consulta por adulto joven debido al desconocimiento y a que no les han ofrecido el servicio por parte de la EPS o IPS. De los seguimientos se evidencia que las adolescentes no son informadas de consultar a servicios amigables para jóvenes en un 97,5% (39), por desconocimiento y que un 2,5% (1) si es informada.

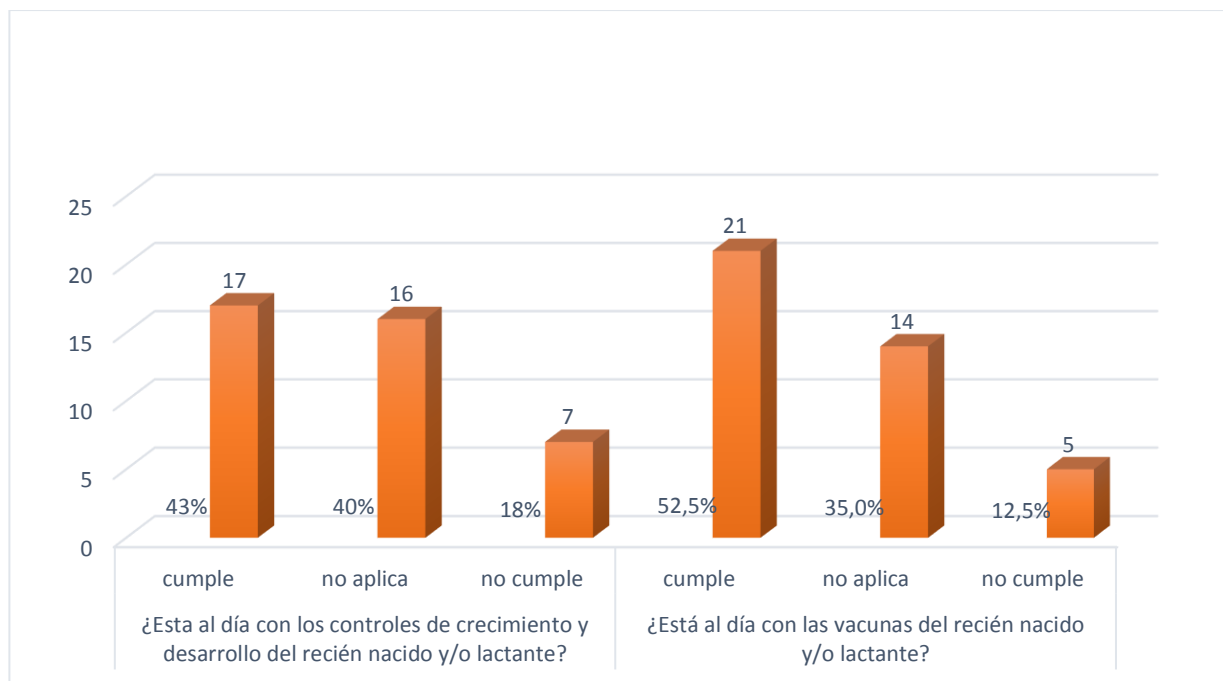
Gráfica 81. ¿Es informada sobre la importancia de registrar al recién nacido en un programa de crecimiento y desarrollo para su atención integral?



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia, el 38%(15) no aplica ya que 13 son gestantes, una adolescente una vez nació el ICBF tomó en custodia a la menor y otra adolescente ha tenido a su hijo hospitalizado desde el nacimiento por una alteración cardíaca. En su mayoría 58% fueron informadas antes del alta sobre la importancia de iniciar controles de CyD.

Gráfica 82. Está al día con los controles de crecimiento y desarrollo y con las vacunas del recién nacido y/o lactante?



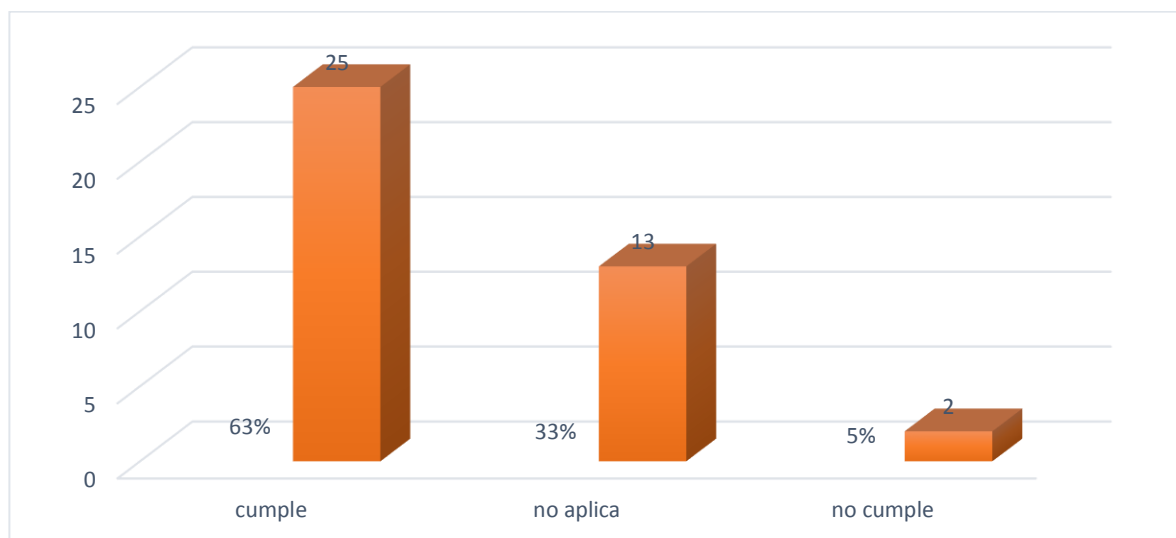
Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia, al verificar si sus hijos se encuentran al día con los controles de crecimiento y desarrollo y vacunación se encontró:

El 40% que no aplica en estar al día con los controles de crecimiento y desarrollo hace referencia a las 13 gestantes, y tres puérperas de las cuales una no tiene en custodia a su hija, otra tiene hospitalizado desde el nacimiento a su hijo, y la otra se encontraba en 5 días de puerperio. El 18%(7) que no cumple algunas refiere haber dejado pasar la fecha por descuido y otras continuar con inconvenientes a la hora de pedir citas de crecimiento y desarrollo.

Del 35% que no aplica en estar al día con las vacunas 13 son gestantes y el dato del otro recién nacido no lo está claro (niña en custodia del ICBF)

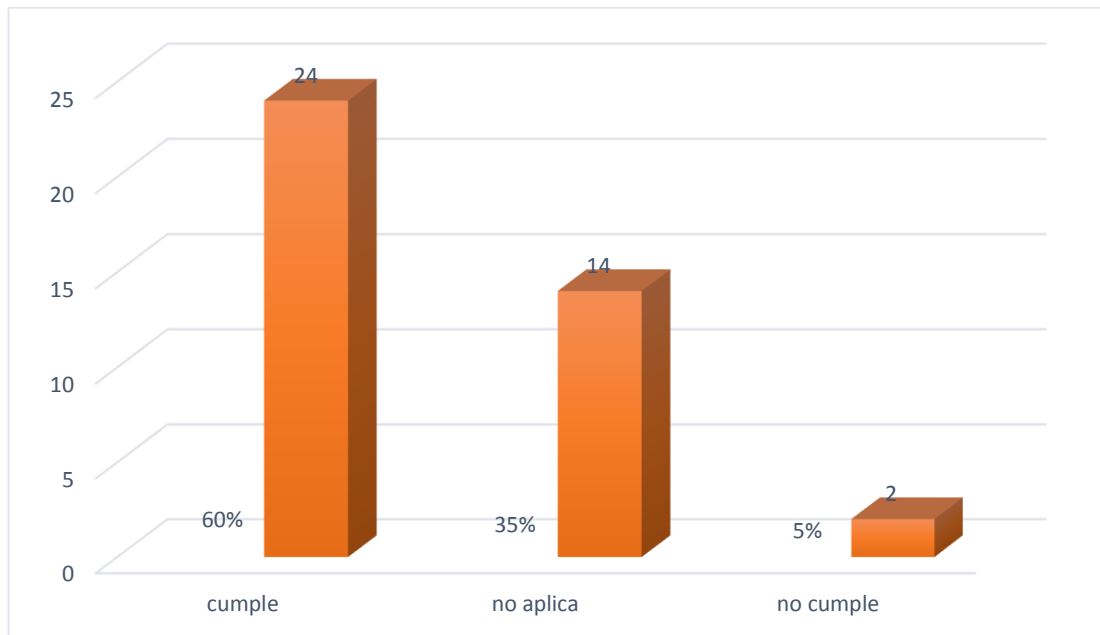
Gráfica 83. El recién nacido y/o lactante está afiliado a una EPS



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia, al verificar si sus hijos se encontraban afiliados a una EPS, se observa que el 63% (25) si se encuentran afiliados a una EPS. Del 33% que no aplica, 13 son gestantes valoradas. El 5% (2) no cumple debido a que se encontrabas en 5 días de puerperio y la otra adolescente por descuido no lo tiene afiliado.

Gráfica 84. ¿El recién nacido y/o lactante toma leche materna?



Fuente: Base de datos de lista de chequeo de seguimiento a la madre adolescente. Unidad amigable. Universidad de Cundinamarca. IPA-2018.

De los 40 seguimientos a gestantes y adolescentes en puerperio y/o lactancia, al verificar si sus hijos toman leche materna, se observa que el 60% continúa su lactancia materna exclusiva o complementaria. Del 35% que no aplica, 13 son gestantes valoradas y una puérpera el ICBF tiene a su hija bajo custodia. El 5% no cumple ya que expresaron que sus hijos no quedaban llenos con el seno y decidieron pasar a leche de fórmula.

7.12 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PRIORITARIOS SEGÚN NANDA

7.12.1 Adolescentes en gestación.

(00126) Conocimientos deficientes sobre el autocuidado r/c falta de una alimentación balanceada, desconoce signos de alarma, gestantes múltiparas con periodo intergenésico corto e/p gestante verbaliza

(00162) Disposición para mejorar la gestión de la salud r/c paciente expresa deseos de conocer acerca de los cuidados en la gestación (signos de alarma, estimulación, alimentación) y cuidados al nacer.

(00209) Riesgo de alteración de la diada materno-fetal r/c embarazo no planeado, no deseado, ausencia de controles prenatales, falta de pruebas diagnósticas, no consumo de micronutrientes, conocimientos deficientes, RPM, poli hidramnios, falta de apoyo de la pareja

Intervenciones de enfermería:

- ❖ Información de signos de alarma durante la gestación
- ❖ Información sobre la importancia de tomar los micronutrientes con el fin de prevenir alteraciones en el feto y la gestación
- ❖ Orientación en autocuidado e higiene genital con el fin de prevenir infecciones urinarias.
- ❖ Orientación sobre derechos sexuales y reproductivos.
- ❖ Información sobre la importancia de la asistencia de controles prenatales
- ❖ Información acerca de la importancia de la asistencia al curso de preparación para la maternidad y la paternidad
- ❖ Información en infecciones de transmisión sexual
- ❖ Asesoría en planificación familiar con énfasis en la doble protección
- ❖ Orientación a la gestante sobre: cuidados de la piel, preparación de los pezones para la lactancia.
- ❖ Asesoría en las causales para interrupción voluntaria del embarazo IVE según la C-355/2006
- ❖ Orientación sobre la continuidad del proyecto de vida y planteamiento de metas en un corto, mediano y largo plazo.
- ❖ Orientación en pautas de crianza de acuerdo a la edad del menor. (estimulación en la gestación: musicoterapia, juego de luces de colores, cantó, hablar al bebé, decir frases positivas)

- ❖ Remisión para valoración con equipo interdisciplinario ante el riesgo psicosocial
- ❖ Remisión del caso al ICBF, EPS, secretaria de salud de Girardot, casa de justicia
- ❖ Seguimiento y acompañamiento al caso de alto riesgo evidente.

7.12.2 Adolescentes en periodo de puerperio/lactancia y recién nacido/lactante.

(00162) Disposición para mejorar la gestión de la salud r/c paciente expresa deseos de conocer acerca del cuidado con su hijo (vacunación, cuidados del recién nacido, lactancia materna)

(00161) Disposición para mejorar los conocimientos r/c expresa interés en el aprendizaje e/p verbalización de la adolescente por querer culminar sus estudios y dar continuidad a su proyecto de vida.

(00221) proceso de maternidad ineficaz r/c preparación cognitiva insuficiente, inadecuado estilo de vida posparto e/p conocimientos insuficientes para la crianza y el cuidado de hijos, tiempo intergenésico muy corto, falta de anticoncepción, patrón nutricional inadecuado, consumo de sustancias psicoactivas (un caso), no busca sistemas de apoyo.

(00104) lactancia materna ineficaz r/c succión del pecho no mantenida, interrupción de la lactancia materna y déficit de conocimientos e/p puérpera refiere que en el momento no lacta a su bebe porque que este no quiso continuar tomando pecho, puérpera que refiere que el niño queda insatisfecho, incremento insuficiente del peso del lactante, uso de chupón y biberón con leche artificial

Intervenciones de enfermería:

- ❖ Información de signos de alarma del recién nacido y/o lactante
- ❖ Información sobre la importancia de asistir a los controles de crecimiento y desarrollo

- ❖ Información sobre la importancia de la vacunación en los niños para la prevención de enfermedades prevalentes en la primera infancia
- ❖ Orientación en lactancia materna (tiempo para lactar por cada seno, tipos de leche, los 3 momentos de la leche durante la toma, extracción y almacenamiento, posición para lactar, cuidados con el pezón)
- ❖ Orientación en puericultura (baño, higiene dental, higiene genital, cuidado del ombligo, signos de infección, fototerapia en casa, alimentación, sueño)
- ❖ Orientación sobre derechos sexuales y reproductivos.
- ❖ Información sobre la importancia de la asistencia de controles postparto y asistencia a cita de planificación familiar.
- ❖ Asesoría en prevención de infecciones de transmisión sexual
- ❖ Asesoría en planificación familiar con énfasis en la doble protección y método de larga duración para prevenir embarazos subsiguientes
- ❖ Asesoría en las causales para interrupción voluntaria del embarazo IVE según la C-355/2006
- ❖ Orientación sobre la continuidad del proyecto de vida y planteamiento de metas en un corto, mediano y largo plazo.
- ❖ Orientación en pautas de crianza de acuerdo a la edad del menor. (estimulación, juego, medidas correctivas)
- ❖ Remisión para valoración con equipo interdisciplinario ante el riesgo psicosocial
- ❖ Remisión del caso al ICBF, EPS, secretaria de salud de Girardot, casa de justicia
- ❖ Seguimiento y acompañamiento al caso de alto riesgo evidente.

7.13 ANALISIS DE RESULTADOS

Los determinantes del embarazo en los adolescentes relacionados con los objetivos del programa de Madres adolescentes un reto social de academia, según CONPES 2012, los refiere como “al conjunto de variables individuales, sociales y estructurales que, relacionadas entre sí, condicionan el proceso vital y explican el conjunto de fenómenos asociados a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.”⁸¹

Por lo que en esta investigación son los determinantes próximos de los que se dividen en biológicos y comportamentales; de los cuales se destaca la menarquia como factor biológico ya que se evidencia Según la ENDS 2015, el adelanto de la menarquía marca el inicio del período reproductivo en la mujer. Actualmente las adolescentes en Colombia adquieren su capacidad reproductiva desde los 12 años⁸². Datos que confirman los hallazgos obtenidos en la valoración a las adolescentes maternas en donde la edad promedio de la menarquia es de 12 años, siendo la mínima de 9 años y la máxima de 15 años. Estos resultados se encuentran muy relacionados con la edad de inicio de las relaciones sexuales, investigaciones asocian la menarquia temprana a variables como: relaciones sexuales precoces, embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual, ya que es una etapa que se caracteriza por rápidos cambios físicos, lo que lleva a una inadecuada autopercepción, impulso de experimentación y búsqueda de identidad, donde los pares toman gran importancia.⁸³, y en el estudio se encuentra que la edad de inicio de la actividad sexual es de 11 años, de modo que un factor biológico es probable que influya sobre los factores comportamentales de las adolescentes y así desencadenar un riesgo de embarazo a temprana edad.

Otro de los determinantes próximos es el factor de comportamiento del uso/ no uso de la anticoncepción, lo cual se puede evidenciar en que de las 44 gestantes adolescentes un 66% no planificaban y de las 76 púerperas valoradas un 51% tampoco lo hacían previo a su embarazo. Lo anterior, debido al desconocimiento, difícil acceso a los servicios de salud (planificación) como también al temor de que su cuerpo cambiara, cabe destacar que de la población que refirió planificar, se observó que los métodos más utilizados son la inyección mensual e inyección trimestral, destacando que los obtenían de manera particular en farmacias y por recomendaciones de sus pares o de auxiliares de farmacia. Se puede concluir que el uso previo de anticoncepción es considerado como un factor comportamental

⁸¹ Consejo nacional de política económica y social, República de Colombia, Departamento nacional de planeación, Colombia. Documento Conpes Social 147. 2012, pag 10 disponible en: https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3496_documento.pdf

⁸² de salud y protección social, Ministerio; Profamilia. Óp. Cit. Pág. 48

⁸³ LEAL, Ingrid, et al. óp. Cit. pág. 42..

que sin duda es un determinante que desencadena el embarazo en la adolescencia. Al contrastar con los datos nacionales de la ENDS 2015 se evidencia que, para las mujeres sexualmente activas sin unión marital, los métodos modernos de anticoncepción de uso actual más reportados fueron condón masculino, inyección y píldora. Además de que se reporta que El 69.9% de las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años no usan métodos anticonceptivos.⁸⁴ De modo que el panorama nacional es similar al que se encuentra con esta investigación por la carencia de conocimientos de las que no usan anticoncepción y de quienes si lo usan, que no son asesoradas por un profesional de la salud, sino por personas sin formación en anticoncepción. Por otro lado, posterior al seguimiento realizado a las adolescentes se logró identificar que la educación brindada, junto con las remisiones han servido para que las adolescentes reconozcan que el uso de un método moderno de anticoncepción previene un embarazo subsiguiente, pues de las puérperas valoradas, el 81% usaban algún método de planificación al momento de la visita de seguimiento. El 61% usa trimestral y el 22% pomey.

Dentro de los determinantes distales se encuentra: la historia de embarazo en la adolescencia como un factor interpersonal, relacionado con la edad de la primera gestación de la mama de las adolescentes, donde se evidencia que la edad mínima de la primera gestación de las madres es de 13 años, y la edad promedio es 21,8 años. Por lo que la edad de la primera gestación de las madres de las gestantes y puérperas como determinante distal es probable que influya sobre los factores comportamentales de las adolescentes. Puesto que, al comparar con un estudio chileno, se encuentra que el promedio de la edad al inicio de la maternidad de las madres fue de 19,7 años y para sus hijas fue de 16,2 años, una edad mucho menor para la maternidad. Esta transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente tal como lo muestran diversos autores perpetua en una serie de desventajas para las hijas de estas mujeres, ya que la probabilidad de que las hijas alcancen menor escolaridad, tengan menos expectativas de alcanzar estudios superiores es mayor.⁸⁵

Dentro de los determinantes distales se encuentra la educación en sexualidad, considerado como un factor interpersonal, como resultado hallado en la investigación el 61% de las gestantes y el 72% de las puérperas valoradas no ha recibido información sobre temas de sexualidad, lo cual nos lleva a concluir que se debe reforzar las estrategias de educación en sexualidad desde las instituciones educativas y también la percepción que estas adolescentes tienen del concepto de sexualidad. Durante el seguimiento realizado a 40 adolescentes

⁸⁴ *Ibíd.* pág. 44

⁸⁵ GONZÁLEZ, Electra; MOLINA, óp. Cit.

entre gestantes y puérperas, el 93% desconoce sus derechos sexuales y reproductivos. A nivel nacional según la ENDS 2015, el 95.1% de las mujeres ha recibido información sobre asuntos relacionados con la sexualidad. El porcentaje aumenta con el nivel educativo y el quintil de riqueza y es más alto en las zonas urbanas que en las rurales⁸⁶. Estos resultados controvierten con los presentados en la ENDS 2015, ya que durante las visitas domiciliarias se evidencia que predomina la desinformación y que en relación con el año 2017 de la actual investigación, 96% de las gestantes valoradas referían haber recibido información sobre temas de sexualidad.

La percepción que tienen muchas adolescentes de la sexualidad, se convierte en un factor interpersonal que hace parte de los determinantes intermedios, que dentro de la investigación se evidencia que las adolescentes en gestación en un 57% y las puérperas en un 31% consideran que la sexualidad es placer y tener prácticas sexuales, centrándose más en la genitalidad que en el aspecto emocional, psicoafectivo, social y sin la conciencia de la implicación sobre el cuerpo y la reproducción en el manejo de una sexualidad sin control.

Otro de los factores interpersonales es la edad de la pareja clasificado dentro de los determinantes distales. Se evidencia en la investigación que la edad mínima es de 14 años, la edad máxima es de 39 años y la edad promedio es de 24,7 años para las gestantes. Mientras que la edad mínima del compañero de las adolescentes en puerperio y/o lactancia de 17 años, la edad máxima es de 43 años y la edad promedio es de 26,2 años. Por otro lado, La diferencia de edad de la gestante con su pareja va de -1 año a 20 años, en donde, las que tienen diferencia de >6 años son 13, >10 años son 6 y 20 años es 1. Se encuentra que la diferencia de edad va desde los 0 años hasta los 28 años para puérperas, encontrando una diferencia de edad >6 años a 13, >10 años a 8, y 28 años 1.

Al comparar con la ENDS 2015 la diferencia de edad de la mujer con la pareja padre del hijo o hija refleja condiciones de asimetría de poder en negociación en pareja sobre temas de sexualidad, decisiones, planes de vida, etcétera, como también aspectos de desigualdad de género: a mayor edad del hombre con respecto a la de la mujer, mayor la asimetría de poder desfavorable a la mujer y mayor la desigualdad de género. Un 4.6% de las adolescentes madres era por lo menos 20 años menor que la pareja al momento del nacimiento del primer hijo o hija; un 18.5% era por lo menos 10 años menor, y un 43.5 por ciento era por lo menos 6 años menor. Es decir, las adolescentes están en condiciones de asimetría

⁸⁶ Ibid. pág. 92

de poder con el padre de su primer hijo o hija en los casos de marcada diferencia de edad.⁸⁷

El tiempo de relación que llevan con su pareja, también es un factor interpersonal considerado como un determinante distal influyente en el embarazo, puesto que se evidencia en la investigación que, el tiempo de relación mínimo es de 1 mes, máximo 108 meses y el promedio es de 25,5 meses para gestantes y 39,3 meses para púerperas. La edad en la que iniciaron una relación sentimental con su pareja para gestantes y púerperas es de 11 años hasta los 18,9 años (las que llevan de 1-4 meses de relación sentimental). Se encuentra a 4 gestantes con edades de 17 a 19 años en su tercera gestación que llevan entre 2 y 5 años de relación y dos de ellas diferencias de edad de 10 y 20 años. Se evidencia 8 adolescentes en puerperio en edades entre los 17 a 21 años con 3 hijos que llevan entre 1 y 9 años de relación sentimental. Con una diferencia de edad >6 años 2 adolescentes y 2 con diferencia de >10 años.

Un determinante intrapersonal que se observa en esta investigación considerado como determinante intermedio es la proyección de vida que tienen las adolescentes, puesto que se evidencia que el proyecto de vida antes de quedar embarazada predominante era estudiar en un 91%, en relación con las púerperas adolescentes donde se evidencia que el proyecto de vida antes de quedar embarazada era estudiar en un 83% y trabajar en un 12%. De las gestantes adolescentes valoradas el 59% manifestaron no estar estudiando por haber culminado el bachillerato o técnico (12), por la maternidad no quisieron continuar (12) o por factores económicos (3). Tan solo el 41% manifestaron si estar estudiando. De las escolaridades predominantes están; bachillerato con un 18%, bachiller incompleto con un 64%, que el grado mínimo se encuentra en 6° y el máximo en 11° y/o validación. En relación con las adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidenció que el 83% manifestaron no estar estudiando por culminado el bachillerato o técnico (25), por la maternidad no quisieron continuar (26), por factores económicos o laborales (7) o por repitencia (6). Tan solo el 17% manifestaron si estar estudiando. La escolaridad que predomina es bachiller incompleto 45%, bachiller 20% y técnico 21%. Se evidencia que el grado mínimo es 5° hasta 11° y/o validación. Durante el seguimiento de las 40 adolescentes gestantes y púerperas, se evidencia que para 25 de ellas se le ha obstaculizado la continuidad del proyecto de vida debido a los bajos recursos económicos, el tiempo para dedicar al estudio y por el rol de madre, por lo cual se dedican a las labores del hogar y/o familia. Al contrastar estos datos con el documento de la Reproducción temprana: diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. 2017, los resultados confirman la

⁸⁷ de salud y protección social, Ministerio; Profamilia. Óp. Cit. pág. 41- 42

bien documentada desigualdad social de la maternidad adolescente, pues las adolescentes con educación universitaria tienen menos de 10% de probabilidades de haber sido madre durante la adolescencia mientras que aquellas con baja educación registran probabilidades de 81% en Colombia 2010. De esta manera, la probabilidad de las adolescentes con baja escolaridad es al menos 5 veces la de las adolescentes con educación universitaria.⁸⁸

Al indagar si durante su embarazo fueron informadas sobre la capacidad de decidir sobre la interrupción voluntaria del embarazo IVE, el 95% de las gestantes y el 96% de las puérperas y/o lactantes no recibieron asesoría sobre las causales para la IVE, tan solo el 5% (2) en gestantes y el 4% (3) recibieron la asesoría por un médico y una enfermera, y una de las gestantes decidió el procedimiento pero en la institución de salud le obstaculizaron el proceso al punto de involucrar creencias religiosas personales del profesional de la salud que se negó continuar el proceso, las otras adolescentes que decidieron continuar su embarazo lo hicieron por las creencias religiosas de ellas y/o presión de su familia. De acuerdo a la ENDS 2015, el 56,1 % de las mujeres de 13 a 49 años saben que la IVE es legal en algunos casos⁸⁹. Lo que indica que no toda la población es informada sobre las causales de interrupción voluntaria del embarazo, limitando la capacidad de decisión sobre continuar o interrumpir la gestación por cualquiera de los casos que contempla la C-355/2006 a la población a quien se le omite la información.

A la valoración física de las adolescentes se encuentra que los hallazgos en el índice de masa corporal de gestantes el 59% tenían algún tipo de alteración como enflaquecimiento 43%, sobrepeso 9% u obesidad 7%. Mientras que el 43% de las adolescentes en puerperio y/o lactancia tienen algún tipo de alteración nutricional como sobrepeso 24% y bajo peso 13% u obesidad 7%. Esto se relaciona con los estratos socioeconómicos más bajos como los 1 y 2, en donde sus hábitos nutricionales son deficientes en su mayoría o con estilos de vida sedentarios. Esto influye directamente con la salud de los niños. Se evidencia que de los 75 recién nacidos y/o lactantes, el 50% tiene algún tipo de alteración al nacimiento, de acuerdo a la información dada de talla y peso. En esta población se ve marcada la desnutrición aguda moderada o severa en un 15% y riesgo de desnutrición 12%. Al momento de la visita domiciliaria, durante la valoración se encontró que el 29% continúa con algún tipo de alteración, sobresaliendo el riesgo de desnutrición aguda con un 16% y sobrepeso 7%. Aquí se evidencia que la desnutrición no se corrigió en el 16% de los niños. De las 27 puérperas de seguimiento, 7 no están al día con los controles de crecimiento y desarrollo de

⁸⁸ RODRÍGUEZ VIGNOLI, Jorge, et al. Óp. cit.

⁸⁹ de salud y protección social, Ministerio; Profamilia. Óp. Cit. Pág. 64

sus hijos, algunas refieren haber dejado pasar la fecha por descuido y otras por presentar inconvenientes a la hora de pedir citas de crecimiento y desarrollo.

Al indagar sobre la lactancia materna brindada, el 20%(15) no consume leche materna, 4 están en el rango de 2 a 4 meses, lo cual es preocupante pues bien se sabe la lactancia materna exclusiva va hasta los 6 meses, las madres refieren que su producción de leche no fue buena desde el nacimiento de su hijo *“el niño quedaba con hambre”*, o que este no quiso recibir pecho; los otros 11 niños superan los 6 meses y dejaron de consumir leche materna, según refieren las adolescentes, lo hicieron porque: *“iniciaron la alimentación complementaria y se apoyaron en leche de tarro”*, por ende, el niño no quiso continuar tomando del pecho, además, consideraron que la leche materna no era suficiente y decidieron suspenderla y brindar leche de fórmula (Klim, Nestogeno). Se concluye que el papel de la educación en la adolescente sobre la importancia de la lactancia materna, permite sensibilizarlas y generar cambios positivos que beneficien tanto a la adolescente como a su hijo, pues al realizar la valoración a las 26 puérperas de seguimiento, se evidencia que el 92% (24) continúa con la lactancia materna, aun después de los 6 meses.

Se encuentra que, de las 76 puérperas adolescentes, al 41% le realizaron cesárea, al indagar las razones, de las causales halladas fueron: presentación podálica, preclamsia, antecedente de cesárea con periodo intergenésico menor a 2 años, niño macrosómico, desproporción cefalo-pélvica especialmente en las menores de 15 años, poli hidramnios, niño prematuro.

Se consultó sobre si al momento del alta hospitalaria les brindaron un método de anticoncepción y se halló que de las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia, al 57% le suministraron la inyección trimestral en donde el 34% manifestaron habersele aplicado sin asesoría en anticoncepción y sin haber decidido si la querían. El 4% salieron con pomey y el 39% no obtuvo ningún método, aunque salieron con orden para solicitar cita con planificación familiar. En el seguimiento se encontró una adherencia a la anticoncepción de un %%% pero no cumplen con la asistencia al control del método, prefieren adquirirlos en las farmacias.

Los diagnósticos de enfermería que surgen de acuerdo a la valoración y partiendo de las etiquetas Nanda son: en gestantes: (00126) Conocimientos deficientes sobre el autocuidado r/c falta de una alimentación balanceada, desconoce signos de alarma, gestantes multíparas con periodo intergenésico corto e/p gestante verbaliza en un 45%, (00209) Riesgo de alteración de la diada materno-fetal r/c embarazo no planeado, no deseado, ausencia de controles prenatales, falta de

pruebas diagnósticas, no consumo de micronutrientes, conocimientos deficientes, RPM, poli hidramnios, falta de apoyo de la pareja en un 23% y (00162) Disposición para mejorar la gestión de la salud r/c paciente expresa deseos de conocer acerca de los cuidados en la gestación (signos de alarma, estimulación, alimentación) y cuidados al nacer en un 16%.

Los diagnósticos para puérpera son: (00162) Disposición para mejorar la gestión de la salud r/c paciente expresa deseos de conocer acerca del cuidado con su hijo (vacunación, cuidados del recién nacido, lactancia materna) con un 34%, (00161) Disposición para mejorar los conocimientos r/c expresa interés en el aprendizaje e/p verbalización de la adolescente por querer culminar sus estudios y dar continuidad a su proyecto de vida con un 16%, (00221) proceso de maternidad ineficaz r/c preparación cognitiva insuficiente, inadecuado estilo de vida posparto e/p conocimientos insuficientes para la crianza y el cuidado de hijos, tiempo intergenésico muy corto, falta de anticoncepción, patrón nutricional inadecuado, consumo de sustancias psicoactivas (un caso), no busca sistemas de apoyo en un 13% y (00104) lactancia materna ineficaz r/c succión del pecho no mantenida, interrupción de la lactancia materna y déficit de conocimientos e/p puérpera refiere que en el momento no lacta a su bebe porque que este no quiso continuar tomando pecho, puérpera que refiere que el niño queda insatisfecho, incremento insuficiente del peso del lactante, uso de chupón y biberón con leche artificial en un 12%.

De acuerdo a lo anterior, se plantearon unas intervenciones en las cuales el papel de la educación primó en diferentes temas. A las gestantes se enfatizó en signos de alarma de la gestación, asistencia al control prenatal, asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad, toma de micronutrientes para la prevención de alteraciones en el feto o complicaciones del embarazo, estimulación del feto. A las puérperas se educó en signos de alarma del recién nacido y/o lactante, puericultura, vacunación, asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo. En ambos grupos de adolescentes se orientó en pautas de crianza, continuidad del proyecto de vida, nutrición y educación en anticoncepción, brindándose el método al 20% (15) de las puérperas valoradas y realizando la gestión ante la IPS para la consulta con planificación familiar.

Al valorar el riesgo psicosocial de las adolescentes grado de riesgo. Con riesgo bajo (23 gestantes y 22 puérperas), riesgo moderado (14 gestantes y 6 puérperas) y riesgo alto (7 gestantes y 1 puérpera). Para realizar las remisiones se tuvo en cuenta las adolescentes de alto riesgo psicosocial. De las 44 gestantes valoradas, se remitieron 5% () a casa de justicia por haber identificado consumo o violencia intrafamiliar, el 5% fueron remitidas a la EPS y un 2% a la IPS a planificación

familiar y se remite un caso a ICBF por ser una gestante de 12 años. De las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia, el 9% se remitieron a EPS y el 7% a su IPS primaria (Clínica San Rafael Dumian) para solicitar consultas de planificación familiar, psicología y valoración médica.

8. CONCLUSIONES

❖ A la valoración física de las adolescentes se encuentra que los hallazgos en el índice de masa corporal de gestantes el 59% tenían algún tipo de alteración como enflaquecimiento, sobrepeso u obesidad. Mientras que el 43% de las adolescentes en puerperio y/o lactancia tienen algún tipo de alteración nutricional como sobrepeso y bajo peso. Esto se relaciona con los estratos socioeconómicos más bajos como los 1 y 2, en donde sus hábitos nutricionales son deficientes en su mayoría o con estilos de vida sedentarios.

❖ Se evidencia que de los 75 recién nacidos y/o lactantes, el 30% tiene algún tipo de alteración al nacimiento. Se ve marcada la desnutrición aguda moderada o severa en un 15% y riesgo de desnutrición 12%. Al momento de la visita domiciliaria, durante la valoración se encontró que el 29% continúa con algún tipo de alteración, sobresaliendo el riesgo de desnutrición aguda con un 16% y sobrepeso 7%. Aquí se evidencia que aumenta el riesgo de desnutrición durante su crecimiento y desarrollo

❖ Al indagar sobre la lactancia materna brindada, el 20% (15) no consume leche materna, 4 están en el rango de 2 a 4 meses, lo cual es preocupante pues bien se sabe la lactancia materna exclusiva va hasta los 6 meses. Se concluye que el papel de la educación en la adolescente sobre la importancia de la lactancia materna, permite sensibilizarlas y generar cambios positivos que beneficien tanto a la adolescente como a su hijo, pues al realizar la valoración a las 26 puérperas de seguimiento, se evidencia que el 92% (24) continúa con la lactancia materna, aun después de los 6 meses.

❖ Sobre la anticoncepción antes del alta hospitalaria se halló que de las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia, al 57% le suministraron la inyección trimestral en donde el 34% manifestaron habersele aplicado sin asesoría en anticoncepción y sin haber decidido si la querían. El 4% salieron con pomey y el 39% no obtuvo ningún método, aunque salieron con orden para solicitar cita con planificación familiar. se orientó al 100% en métodos anticonceptivos modernos y se entregó al 20% de las puérperas y/o lactantes un método de planificación, además se gestiona antes la IPS primaria y EPS la consulta por planificación familiar.

❖ Por otro lado, posterior al seguimiento realizado a las adolescentes se logró identificar que la educación brindada, junto con las remisiones han servido para que las adolescentes reconozcan que el uso de un método moderno de anticoncepción previene un embarazo subsiguiente, pues de las puérperas

valoradas, el 81% usaban algún método de planificación al momento de la visita de seguimiento. El 61% usa trimestral y el 22% pomeroy

❖ Sobre la interrupción voluntaria del embarazo IVE, el 95% de las gestantes y el 96% de las puérperas y/o lactantes no recibieron asesoría sobre las causales para la IVE. Lo que indica que no toda la población es informada sobre las causales de interrupción voluntaria del embarazo, limitando la capacidad de decisión sobre continuar o interrumpir la gestación por cualquiera de los casos que contempla la C-355/2006 a la población a quien se le omite la información.

❖ En el proyecto de vida actual (educación y trabajo) de las adolescentes se encuentra: De las gestantes adolescentes valoradas el 59% manifestaron no estar estudiando por haber culminado el bachillerato o técnico (12), por la maternidad no quisieron continuar (12) o por factores económicos (3). Tan solo el 41% manifestaron si estar estudiando. De las escolaridades predominantes están; bachillerato con un 18%, bachiller incompleto con un 64%, que el grado mínimo se encuentra en 6° y el máximo en 11° y/o validación. En relación con las adolescentes en puerperio y/o lactancia se evidencio que el 83% manifestaron no estar estudiando por culminado el bachillerato o técnico (25), por la maternidad no quisieron continuar (26), por factores económicos o laborales (7) o por repitencia (6). Tan solo el 17% manifestaron si estar estudiando. La escolaridad que predomina es bachiller incompleto 45%, bachiller 20% y técnico 21%. Se evidencia que el grado mínimo es 5° hasta 11° y/o validación.

❖ Durante el seguimiento de las 40 adolescentes gestantes y puérperas, se evidencia que para 25 se ha obstaculizado la continuidad del proyecto de vida debido a los bajos recursos económicos, el tiempo para dedicar al estudio y por el rol de madre, por lo cual se dedican a las labores del hogar y/o familia.

❖ Los diagnósticos Nanda que surgieron de las valoraciones son: en gestantes: (00126) Conocimientos deficientes sobre el autocuidado r/c falta de una alimentación balanceada, desconoce signos de alarma, gestantes multíparas con periodo intergenésico corto e/p gestante verbaliza en un 45%, (00209) Riesgo de alteración de la diada materno-fetal r/c embarazo no planeado, no deseado, ausencia de controles prenatales, falta de pruebas diagnósticas, no consumo de micronutrientes, conocimientos deficientes, RPM, poli hidramnios, falta de apoyo de la pareja en un 23%. Los diagnósticos para puérpera son: (00162) Disposición para mejorar la gestión de la salud r/c paciente expresa deseos de conocer acerca del cuidado con su hijo (vacunación, cuidados del recién nacido, lactancia materna) con un 34%, (00161) Disposición para mejorar los conocimientos r/c expresa interés en el aprendizaje e/p verbalización de la

adolescente por querer culminar sus estudios y dar continuidad a su proyecto de vida con un 16%, (00221) proceso de maternidad ineficaz r/c preparación cognitiva insuficiente, inadecuado estilo de vida posparto e/p conocimientos insuficientes para la crianza y el cuidado de hijos, tiempo intergenésico muy corto, falta de anticoncepción, patrón nutricional inadecuado, consumo de sustancias psicoactivas (un caso), no busca sistemas de apoyo en un 13%

❖ Al valorar el riesgo psicosocial de las adolescentes se encontró con riesgo bajo (23 gestantes y 22 puérperas), riesgo moderado (14 gestantes y 6 puérperas) y riesgo alto (7 gestantes y 1 puérpera). Para realizar las remisiones se tuvo en cuenta las adolescentes de alto riesgo psicosocial. De las 44 gestantes valoradas, se remitieron al 5% a casa de justicia por haber identificado consumo o violencia intrafamiliar, el 5% fueron remitidas a la EPS y un 2% a la IPS a planificación familiar y se remite un caso a ICBF por ser una gestante de 12 años. De las 76 adolescentes en puerperio y/o lactancia, el 9% se remitieron a EPS y el 7% a su IPS primaria (Clínica San Rafael Dumian) para solicitar consultas de planificación familiar, psicología y valoración médica.

❖ Los diagnósticos de enfermería que surgen de acuerdo a la valoración y partiendo de las etiquetas Nanda son: en gestantes: (00126) Conocimientos deficientes sobre el autocuidado, (00162) Disposición para mejorar la gestión de la salud y los diagnósticos relevantes para puérpera son: (00162) Disposición para mejorar la gestión de la y (00161) Disposición para mejorar los conocimientos. Que, en concordancia con estas respuestas humanas, priman intervenciones de educación que fortalezcan el autocuidado y cuidado de sus hijos.

❖ Actualmente en el sector salud se evidencian falencias en el conocimiento y el cumplimiento de las rutas de atención integral en salud, para primera infancia y adolescencia-juventud. Igualmente, con la ruta de atención integral en salud “maternidad segura, saludable y feliz” de la gobernación de Cundinamarca, ya que es notorio el déficit de conocimiento de las adolescentes en las causales de la Interrupción voluntaria del embarazo planteadas en la C-355/2006. Puesto que, el 95% de las gestantes valoradas y el 96%, de las adolescentes en puerperio y/o lactancia, no recibieron asesoría sobre las causales para la interrupción voluntaria del embarazo, las cuales decidieron continuar la gestación por creencias religiosas y/o presión de su familia.

9. RECOMENDACIONES

- ❖ Se destinen recursos para la ejecución del programa madres adolescentes, puesto que se necesitan sacar los formatos de valoración, formatos de seguimiento, listas de chequeo, formatos de asistencia, consentimiento informado, encuestas de satisfacción, etc. Además del transporte y minutos a celular para coordinar las visitas.

- ❖ No entrar en barrios de alta peligrosidad sin el acompañamiento de la policía o previo acuerdo con la adolescente que los recoja en un punto seguro y lleve hasta el domicilio.

- ❖ Utilizar el nuevo formato de valoración de la gestante de alto riesgo, puérpera, recién nacido y/o lactante, los cuales ya fueron entregados a la secretaria de salud de Cundinamarca.

- ❖ Se hace entrega de la relación de adolescentes que necesitan continuar estudiando a la secretaria de educación del municipio de Girardot.

BIBLIOGRAFIA

Ministerio de salud y protección social, Profamilia. Encuesta Nacional Demografía en Salud, componente demográfico. Documento [en línea] Tomo I pág. 286 Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf> (citado el 21/05/2018)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Nacimientos por grupos de edad de la madre, según departamento y municipio de residencia de la madre. [en línea] <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2013> (citado el 21/05/2018)

ROJAS BETANCUR, MAURICIO; MÉNDEZ VILLAMIZAR, Raquel. El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 2016, vol. 48, no 1, p. 82-90. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5419>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organismo Andino de Salud. Diagnostico de situación del embarazo en la adolescencia, en la subregión andina 2017 pag. 58-60 disponible en: <http://www.orasconhu.org/node/3283>

CRUZ ROJAS, Leydi Tatiana. HERNANDEZ GARCIA, Norma Constanza, et al. Madres adolescentes un reto social y de academia. Girardot, Colombia. 2017. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad de Cundinamarca. Unidad amiga de los jóvenes y los adolescentes.

MORENO. Johana, MORA. Jenny, SUAREZ. Tatiana, et al. Madres adolescentes un reto social y de academia. Girardot, Colombia. IIPA 2013. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad de Cundinamarca. Unidad amiga de los jóvenes y los adolescentes.

GUARNIDO CABALLERO, Kelly Johanna, et al. Madres adolescentes un reto social y de academia. Girardot, Colombia. 2014. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad de Cundinamarca. Unidad amiga de los jóvenes y los adolescentes.

CAICEDO BARBOSA. Luisa Fernanda, GALINDO RAMÍREZ. Dirik Jahaira, et al. Madres adolescentes un reto social y de academia. Girardot, Colombia. 2015. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad de Cundinamarca. Unidad amiga de los jóvenes y los adolescentes.

LOPEZ VARGAS. Erik, MOLINA PAEZ. María Antonia, et al. Madres adolescentes un reto social y de academia. Girardot, Colombia. 2016. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad de Cundinamarca. Unidad amiga de los jóvenes y los adolescentes.

SILVA, SANDRA LILIANA CARDOZO; ROLDÁN, MARÍA DEL CARMEN BERNAL. Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. *Avances en enfermería*, 2009, vol. 27, no 2, p. 82-91.

Márquez L, Phillippi A. La adolescencia: características y necesidades. Técnicos medios especialistas en menores. De la Generalitat Valenciana. En: <http://books.google.com.co/books>

López, Lizette. DEFINICIÓN DE Embarazo y Adolescencia SEGUN LA OMS Y LA UNICEF. [en línea] disponible en: <https://es.scribd.com/document/280296129/DEFINICION-DE-Embarazo-y-Adolescencia-SEGUN-LA-OMS-Y-LA-UNICEF>

ESCOBAR José. Conferencia 4: Prevención del embarazo subsecuente, “una tarea impostergable”. Ecuador. 2006. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/268342320_CONFERENCIA_4_PREVENCION_DEL_EMBARAZO_SUBSECUENTE_Una_tarea_impostergable

GENERALES, CONCEPTOS. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina N*, 2001, vol. 107, p. 11-12 disponible en: <http://estimulomental.com/wp-content/uploads/2013/05/Emarazo-en-Adolescentes.pdf>

Federación Colombia de Perinatología FECOPEN. Embarazo de alto riesgo. [en línea] disponible en: http://www.fecopen.org/images/Embarazo_de_Alto_Riesgo.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Determinantes sociales de la salud. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/es/

P. Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Mc Graw -Hill. 1997. p.11. disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol15_1_01/ems04101.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional e Intersectorial de Embarazo Adolescente ONIEA Colombia. Documento [en línea] 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ross-embarazo-adolescentes-oniea.pdf> (consultado el 29/05/18)

Hernandez, Ovidio SD'Angelo. Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Revista cubana de Psicología*, 2000, vol. 17, no 3, p. 270-276.

Secretaría de Manizales, Material Educativo para la Comunidad: El Buen Trato Es Fundamental En El Adecuado Ejercicio De La Autoridad En Los Niños, Niñas Y Adolescentes, 2006 consultado el: 01/06/18, disponible en: <http://manizallessalud.com/campana-convivencia-familiar/>.

SOCIAL, Documento CONPES. 147, lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vidas para los Niños, Niñas, adolescentes y Jóvenes en edades entre 6 y 19 años. *Bogotá DC Enero*, vol. 31. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_0147_2012.htm

Hernandez, Ovidio SD'Angelo. Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Revista cubana de Psicología*, 2000, vol. 17, no 3, p. 270-276. <http://go.galegroup.com/ps/anonymouse?id=GALE%7CA146893238&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=02574322&p=AONE&sw=w>

Secretaria de Salud de Manizales, Material Educativo para la Comunidad: El Buen Trato Es Fundamental En El Adecuado Ejercicio De La Autoridad En Los Niños, Niñas Y Adolescentes, 2006 disponible en: <http://manizalessalud.com/campana-convivencia-familiar/>

SOCIAL, Documento CONPES. 147, lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vidas para los Niños, Niñas, adolescentes y Jóvenes en edades entre 6 y 19 años. *Bogotá DC Enero*, vol. 31. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_0147_2012.htm

Descentraliza Droga, oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito UNODC. Ley 1616 de salud mental. [en línea] <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/ley-1616-de-salud-de-2013/>

Alcaldía de Bogotá. Ley 100 de 1993 Nivel Nacional, Artículo 166 parágrafo 2, Colombia. [en línea] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Gobierno de Colombia. De cero a siempre. [en línea] <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx>

Universidad la Sabana. Ley Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Ley 911 05 de octubre de 2004. Pág. 9 [en línea] https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf

DE, PROMOCIÓN. infancia y adolescencia. En *Índice del Especial: XXII Congreso Español de Pediatría Social*. 2006. p. 33. http://retjapan.org/wp-content/uploads/2015/07/RET_COL_Derechos_de_infancia_y_adolescencia_2013.pdf

LA PAZ, CAMBIO PARA CONSTRUIR. NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES. pag 4 disponible en: http://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/images/calidad/mapa3/5%20Intervencion%20Comunitaria/2%20Subprocesos/1%20Deteccion%20Temprana%20y%20Proteccion%20Especificas/3%20Guias/EIC-S1G6-V1Planificacion_Familiar.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud, “*un sistema de salud al servicio de la gente*” Documento [en línea] 2016 disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Consejo Nacional de Política Económica Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, POLÍTICA NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

(PSAN), Bogotá, 2007. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SEGURIDAD%20ALIMENTARIA%20Y%20NUTRICIONAL.pdf>

Organización Mundial de la Salud OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna. [en línea]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/

Ministerio de Salud. Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, Título II, Artículo 14. [en línea] disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

ALVARADO, Laura; GUARIN, Luzmila; CAÑON-MONTAÑEZ, Wilson. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Revista cuidarte*, 2011, vol. 2, no 1, p. 196. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v2n1/v2n1a15.pdf>

CUERVO MARTÍNEZ, Ángela. Pautas de crianza y desarrollo socio-afectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 2010, vol. 6, no 1. Pag.112 disponible en: <http://www.redalyc.org/html/679/67916261009/> (citado el 26/05/2018)

M. Johnson; G. Bulechek; J. McCloskey; M. Maas; S. Moorhead. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2006 disponible en: <http://revistas.um.es/global/article/view/669/701>

UNFPA, semana andina para la prevención de embarazos en la adolescencia. 2017 citado de: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/InfografiaSituacionPEA2017_web.pdf (consultado el 9/07/18)

ARANEDA, Paulina; LEYTON, César; BOBADILLA, Catalina. Estudio sobre el mejoramiento de la educación secundaria en la República Dominicana. 2018. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/43559>

QUIÑONES, Juan Carlos González. Resumen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Carta Comunitaria, 2017, vol. 25, no 142, p.23 <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/72>

RODRÍGUEZ VIGNOLI, Jorge; DI CESARE, Mariachiara; PÁEZ, Katherine. Reproducción temprana: diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. 2017 disponible en: <http://200.9.3.98/handle/11362/41609>

de salud y protección social, Ministerio; Profamilia. Resumen ejecutivo encuesta nacional de demografía y salud ENDS. Colombia. 2015. pág. 20 disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>

LEÓN, Paula, et al. Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec*, 2008, vol. 5, no 1, p. 42-51. Disponible en:

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31929260/EMBARAZO_ADOLESCENTE.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1532318601&Signature=WqPms5WDooKTHOaQxEV%2B1dnFXc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRevista_Pediatrica_Electronica_Universida.pdf

LEAL, Ingrid, et al. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 2015, vol. 80, no 1, p. 42. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n1/art06.pdf> (citado el: 11/07/2018)

GONZÁLEZ, Electra; MOLINA, Temístocles. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 2007, vol. 72, no 6, p. 374-382. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v72n6/art04.pdf>

de la protección social en salud, Ministerio. Manual técnico administrativo del PAI. Segunda edición. Colombia. 2016 p. 12

Consejo nacional de política económica y social, República de Colombia, Departamento nacional de planeación, Colombia. Documento Conpes Social 147. 2012 pag 10 disponible en: https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3496_documento.pdf

ANEXO A. FORMATO VALORACIÓN GESTANTE

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA PARA GESTANTE DE ALTO RIESGO

Municipio: _____

Fecha de Visita: __//__//_____ **Hora de Llegada:** _____ **Hora de Salida:** _____

Motivo De Consulta:

Captación Directa: _____ Demanda Inducida: _____ ¿Por Quién? :
Búsqueda Propia: _____

NOMBRES:		APELLIDOS:		EDAD:
TI: __ CC: __ D. E.: __ Nº: _____	FECHA DE NACIMIENTO:	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:		DE
TELEFONO: MOVIL _____ FIJO _____	ESTADO CIVIL:		OCUPACIÓN:	
NIVEL SOCIECONOMICO:	REGIMEN DE SALUD:	EPS:	IPS PRIMARIA:	

ASPECTOS SOCIO-DEMOGRAFICOS

INSTITUCION EDUCATIVA:		
GRADO:	AÚN ESTUDIA SI: NO:	NIVEL ESCOLARIDAD:
MOTIVO DE RETIRO:		

NOMBRE DEL PADRE:	EDAD DEL PADRE:
ESCOLARIDAD:	OCUPACIÓN:

NOMBRE DE LA MADRE:	OCUPACIÓN:
---------------------	------------

EDAD:	
NIVEL ESCOLARIDAD:	EDAD DE 1ra GESTACIÓN DE LA MADRE:

I. PATRON REPRODUCTIVO Y SEXUAL

G:	P:	C:	A:	V:	M:	EDAD GESTACIONAL ACTUAL:
----	----	----	----	----	----	--------------------------

¿PARA USTED QUE ES LA SEXUALIDAD?	¿HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE TEMAS DE SEXUALIDAD? SI ___ NO ___	¿QUIÉN LE HA BRINDADO ESTA INFORMACION?	
¿SABE EL RIESGO QUE GENERA EL INICIAR UNA VIDA SEXUAL ACTIVA A TEMPRANA EDAD? SI:___ NO:___ CUALES	¿COMO CALIFICA LA INFORMACION RECIBIDA? B___ R___ M___	¿QUÉ EXITOS HA LOGRADO EN SU VIDA?	
¿CONSIDERA QUE PUEDE LOGRAR LO QUE SE PROPONE? SI___ NO ___ ¿Por qué?			
EDAD MENARQUIA :	FUM:	CICLO MENTRUAL:	FPP:
FECHA DE ULTIMA CITOLOGÍA:	RESULTADO:	¿FROTIS VAGINAL? SI NO	
RESULTADO FROTIS VAGINAL:	VACUNACIÓN: INFLUENZA: ____. TD: _____, _____ FIEBRE AMARILLA: _____ DPTA:_____	Edad G/1er. CONTROL	
ANTICONCEPCION PREVIA AL EMBARAZO			

Nº DE CONTROLES A LA FECHA _____	SI	NO	METODO ANTICONCEPTIVO USADO:	TIEMPO USO:
RECIBIO ALGUN TIPO DE ORIENTACION EN METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR SI ___ NO ___				
QUIÉN LE ORIENTO EN EL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:	MAMÁ: ___ PAPÁ: ___ PROFESORA: ___ AMIGA: ___ ENFERMERA: ___ MÉDICO: ___ OTRO: _____			
¿ASISTIO A CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR? SI: _____ NO: _____	EDAD INICIO DE RELACIONES SEXUALES:	¿QUÉ LA MOTIVO A INICIAR SU VIDA SEXUAL?		
CON QUIÉN INICIO SU VIDA SEXUAL:	Nº DE PAREJAS PREVIAS AL EMBARAZO:	TIEMPO DE RELACIÓN CON EL PADRE DEL NIÑO:		
ASISTIO A CONSULTA PRECONCEPCIONAL: SI : ___ NO : ___	REALIZÓ TODO EL PROCEDIMIENTO SEGÚN EXPLICARON RECOME SI : ___ NO : ___			

II.PATRON ACTIVIDAD Y EJERCICIO

TA:	PAM:	FC:	FR:	T°:
PULSOS PERIFERICOS:	PRESENTES SI: NO:	AUSENTES SI: NO:	INGURGITACION YUGULAR SI: NO:	
CARACTERISTICAS DE LOS RUIDOS CARDIACOS:				
USO DE ACCESORIOS: SI ___ NO ___	MUSCULOS	¿ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS? SI: ___ NO: ___ ¿CÚALES?		
SINDROME VARICOSO: SI ___ NO ___	UBICACIÓN:	TRATAMIENTO:		

PRESENCIA DE HEMORROIDES : SI___ NO___		TRATAMIENTO:	
CUAL DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES USTED HA EVITADO DURANTE EL EMBARAZO:			
MONTAR EN MOTO: ___	MONTAR EN BICICLETA: ___	HACER EJERCICIO ___	COCINAR: ___
LAVAR ROPA:--	COITO ___	OTRO ___ ¿CÚAL?	
REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FISICA: : SI___ NO ___ CUAL:			
¿SE SIENTE CON ENERGÍA SUFICIENTE PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DIARIAS, INCLUYE LO LABORAL? SI: ___ NO: ___ ¿POR QUÉ?			
PRESENCIA DE EDEMA: SI___ NO ___		UBICACIÓN DEL EDEMA:	

III.PATRÓN PERCEPCIÓN Y MANEJO DE SALUD

¿SI APLICA, FUE INFORMADA QUE SU GESTACIÓN ES DE ALTO RIESGO? SI ___ NO: ___

ALCOHOL (marque con una X antes del embarazo o durante el embarazo en caso de consumo)		TABAQUISMO (marque con una X antes del embarazo o durante el embarazo en caso de consumo)	
ANTES	DURANTE	ANTES	DURANTE
No. AL DIA	No. AL DIA	CANTIDAD	CANTIDAD
SUSTANCIA PSICOACTIVA (marque con una X antes del embarazo o durante el embarazo en caso de consumo) ANTECEDENTES 3 ACTUAL:3			
ANTES	DURANTE	No. DE COMPAÑEROS SEXUALES DESDE EL INICIO DE SU VIDA SEXUAL	
CUAL	CUAL		

LE OFRECIERON LA PRUEBA DE DETECCIÓN VIH		RECIBIO ASESORIA PRE-TEST VIH		ACEPTO PRUEBA VIH		RESULTADO DE LA PRUEBA VIH
Si	NO	Si	NO	Si	NO	

RECIBIO ASESORIA POS TEST						
Si	NO					

¿RECIBIO ASESORIA EN IVE (SENTENCIA C- 355)?	¿Quién LE ORIENTO LA ASESORIA?
¿CUÁL FUE SU DECISION?	

¿HA TENIDO MOLESTIAS ULTIMAMENTE?

CEFALEA INTENSA ____	NAUSEAS/VOMITO ____	FOSFENOS ____	TINITUS ____	MOLESTIAS URINARIAS ____
EPIGASTRALGÍA ____	PERDIDA DE LÍQUIDO O SANGRE ____	FLUJO VAGINAL ____	DISMINUCIÓN O AUSENCIA MOVIMIENTOS FETALES ____	

¿QUÉ DIFICULTADES HA PRESENTADO PARA EL CUIDADO QUE REQUIERE EN SU GESTACIÓN?: “Alimentación, Ejercicio, Consumo De Micronutrientes.”

FRENTE A ESTAS MOLESTIAS, ¿HA ASISTIDO A LA INSTITUCION DE SALUD?

SI	NO	<i>escriba el motivo por el cual ha asistido o no a la institución de salud:</i> <i>RECIBIÓ TRATAMIENTO: ¿CUAL?</i>

SI TIENE HIJOS MENORES DE DIEZ AÑOS (marque con una X las opciones coloreadas de acuerdo a las prácticas de autocuidado con sus hijos)						SE REALIZA EL AUTOEXAMEN DE SENO
NUMERO DE HIJOS _____		ASISTIO A CCYD EN EL ULTIMO AÑO – SI _____ NO _____				SI ____ NO ____
						¿PERIODICIDAD ¿

¿QUÉ CONOCIMIENTOS TIENE ACERCA DEL CURSO DE PREPARACIÓN PARA MATERNIDAD Y PATERNIDAD? SI

IV.PATRÓN ROL RELACIONES

EDAD DE LA PAREJA:	OCUPACION DE LA PAREJA:
NIVEL ESCOLARIDAD:	ACTUALMENTE ESTUDIA : SI: NO:
SI APLICA, TIENE CLARO QUE LA EDAD DE SU PAREJA CON RELACIÓN A SU EDAD TIENE IMPLICACIONES LEGALES SI: NO:	

CONVIVENCIA FAMILIAR (marque con una X UNA única opción)			
FAMILIA DE LA PAREJA ____	CON LA PAREJA ____	CON SU FAMILIA ____	CON SU FLIA. Y PAREJA ____
FAMILIA DE LA PAREJA Y LA PAREJA ____	VIVE SOLA ____	OTRO/CUAL	
DIFICULTAD EN LA RELACION CON LA MADRE O PADRE		<i>Describe la situación</i>	
DIFICULTAD EN LA RELACION DE PAREJA		<i>Describe la situación</i>	

¿COMO HA VINCULADO A SU PAREJA EN LE PROCESO Y AL CUIDADO DE LA GESTACIÓN?

V.PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

SITUACION	OBSERVACIONES
¿HA HABIDO CAMBIOS EN SUS SENTIMIENTOS HACIA SÍ MISMA O HACIA SU CUERPO DESDE QUE SE ENTERÓ DE SU EMBARAZO? SI ___ NO ___	<i>Describe la situación</i>
¿SE SIENTE QUERIDA POR LO DEMÁS? SI ___ NO ___	<i>Describe la situación</i>

VII. PATRON SUEÑO Y DESCANSO

CUANTAS HORAS DUERME	DIURNAS _____ NOCTURNAS _____
¿SE ENCUENTRA DESCANSADA Y PREPARADA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DESPUES DE DORMIR?	SI ___ NO ___
	<i>Describe la situación?</i>
SUFRE DE INSOMNIO	<i>Describe las situaciones que lo aumentan o disminuyen</i>

SI ESTUDIA ¿JORNADAS DE ACADEMIA?	<i>Describa el número de horas y lugar de academia</i>
JORNADAS LABORALES PROLONGADAS	<i>Escriba el número de horas y lugar de trabajo</i>
JORNADAS LABORALES NOCTURNAS	<i>Escriba el número de horas y lugar de trabajo</i>

VIII. PATRON ELIMINACION URINARIA E INTESTINAL

Describa su patrón de eliminación urinaria:		¿Cómo realiza su higiene genital después de orinar?	
FRECUENCIA		Hacia adelante:	
CARACTERÍSTICAS		Hacia atrás:	
MOLESTIAS			
DE ROPA INTERIOR			
MATERIAL ES LA ROPA QUE USTED UTILIZA?			
Describa su patrón de eliminación Intestinal:			
FRECUENCIA		HA PRESENTADO ESTREÑIMIENTO DURANTE LA GESTACION SI ____ NO ____ ¿QUÉ HIZO ANTE ESTA SITUACIÓN?	
CARACTERÍSTICAS		HA PRESENTADO DIARREA DURANTE LA GESTACION SI ____ NO ____ ¿QUÉ HIZO ANTE ESTA SITUACIÓN?	
MOLESTIAS		¿QUÉ HIZO ANTE ESTA SITUACIÓN?	

IX. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

PESO PREVIO A LA GESTACIÓN O DEL I TRIMESTRE						ACTUAL	
TALLA		PESO				PESO:	TALLA:
BAJO PESO	NORM O PESO	SOBR E PESO			OBE SIDA D	IMC:	
			CONSUMO DE MICRONUTRIENTES (Marque con una X si se los han prescrito y los consume) :				
HIERRO: SI _____ NO : _____		ACIDO FOLICO: SI _____ NO : _____				CALCIO: SI _____ NO : _____	

1. De los prescritos, ¿cuáles y como los consume?

2. En caso de no consumirlos, ¿porque no lo hace?

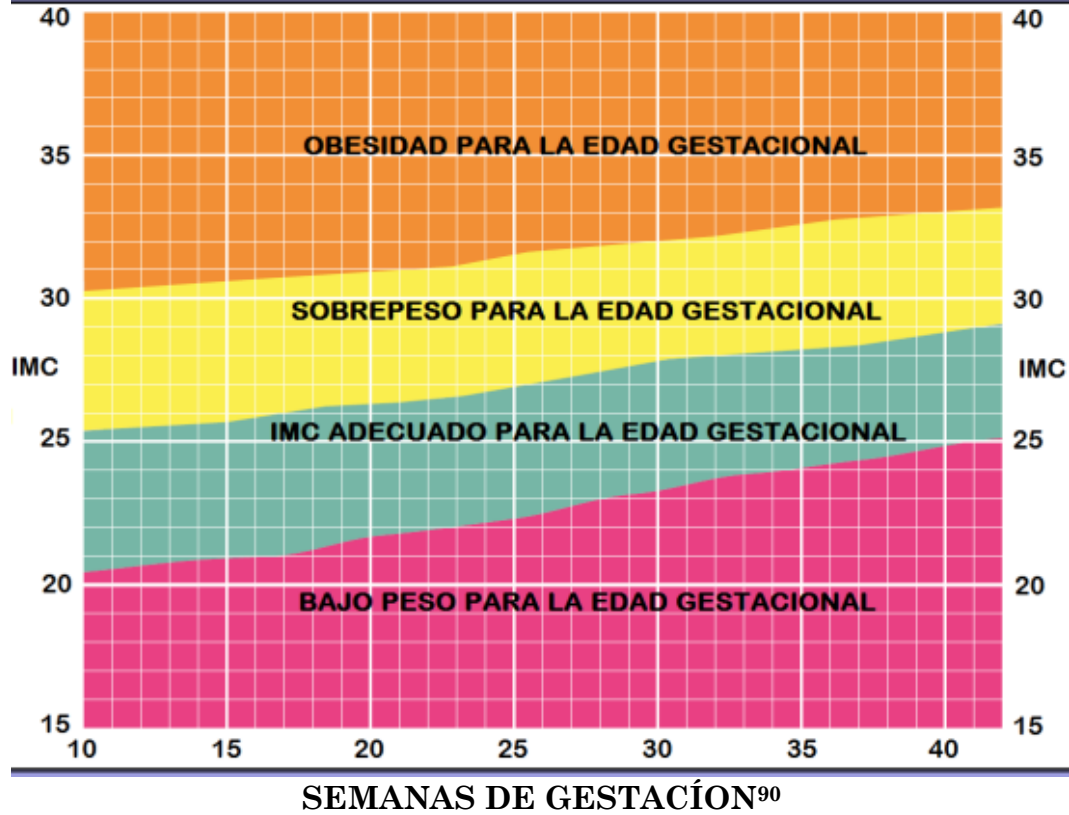
¿Con qué frecuencia Visita el odontólogo?	
	La Higiene dental es
	APROPIADA
	INAPROPIADA

CARACTERISTICAS DE LA PIEL:

CARACTERISTICAS UÑAS Y CABELLO:

CARACTERISTICAS MUCOSAS:

IMC PARA LA EDAD GESTACIONAL:



⁹⁰ Curvas de crecimiento y desarrollo OMS 2017. Resolución 2465 de 2016

GESTACION

EDAD GESTACIONAL: SEMANAS	¿QUÉ LA MOTIVO A EMBARAZARSE?
¿CUÁL ERA SU PROYECTO DE VIDA ANTES DEL EMBARAZO?	
¿CUÁL ES SU PROYECTO AHORA QUE ASUME LA RESPONSABILIDAD DE SU MATERNIDAD?	
¿QUÉ ASPECTOS CAMBIARON EN SU VIDA CON EL EMBARAZO?	
¿CÓMO SE ENTERÓ DE SU EMBARAZO?	EN ALGÚN MOMENTO PENSÓ EN ABORTAR <i>¿Por qué?</i>
¿CÓMO LE INFORMO A SU PAREJA Y FAMILIA?	CÓMO SE SIENTE EN EL CONTEXTO ESCOLAR / LABORAL EN SU ESTADO (EMBARAZO, POS-PARTO, LACTANCIA MATERNA)
¿SE SIENTE O SE SINTIÓ DISCRIMINADA DE ALGUNA FORMA?:	¿A QUE INSTITUCIONES ASISTE A LOS CONTROLES PRENATALES?

VALORACION OBSTETRICA

VALORACION MAMAS
HALLAZGOS DEL ABDOMEN

ALTURA UTERINA: _____

MANIOBRAS DE LEOPOLD	
MANIOBRA N° 1	MANIOBRA N° 2
MANIOBRA N° 3	MANIOBRA N° 4
FCF:	

OBSERVACIONES DELA GESTANTE

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR

FIRMA DEL ENTREVISTADOR: _____

FIRMA DEL ENTREVISTADO: _____

ANEXO B. FORMATO VALORACIÓN PUÉRPERA
INSTRUMENTO DE VALORACION Y SEGUIMIENTO A LA
PUERPERA RECIEN NACIDO Y SU NUCLEO FAMILIAR

Nota: al registrar el formato colocar en los espacios del SI__ o NO__ y en las preguntas cerradas una X y especificar en las observaciones si es necesario.

Fecha de visita _____

Hora de llegada: _____ Hora de Salida _____

1.IDENTIFICACION

Nombres y apellidos completos

Escolaridad (grado): _____ Aun estudia: SI__ NO__ Motivo de retiro: _____

Estado civil: Soltera: ____ Casada: ____ Unión libre: ____ Otro: _____

Nº de Documento de Identidad: _____

Régimen: S: __ C: __ V: __ Aseguradora: _____

Ocupación: _____ Nivel de escolaridad: _____

Dirección residencia: _____ IPS Primaria:

Antecedentes socioeconómicos:

Ingreso familiar: trabajo temporal: SI__ NO__ Fijo: SI __ NO__ Fuente de ingresos: _____

Con quien vive: Pareja: _____ Padres: _____ Abuelos: _____ Otro: _____ Cual: _____

Nombre padre _____ Edad _____ Escolaridad _____

Ocupación _____

Nombre madre _____ Edad _____ Escolaridad _____ Ocupación _____

Edad de la 1ra Gestación _____

2. PATRON PERCEPCION Y MANEJO DE LA SALUD

Asistió al control prenatal: SI: ____ NO: ____ IPS:

Nº de controles: ____ Inicio: 1er trimestre ____ 2do trimestre ____ 3er trimestre _____

Como se enteró de su embarazo _____ Asistió al curso psicoprofiláctico: SI__

NO__ Institución _____ Asistió a consulta preconcepcional SI__

NO__ Recibió asesoría IVE SI__ NO__ Quien le oriento la asesoría _____

Cual fue su decisión _____

Recibió tratamiento médico durante la gestación: SI___ NO___
Cual_____

Consume sustancias psicoactivas: SI___ NO___ Frecuencia: _____

Se le administro la vacuna contra la rubeola: SI___ NO___

3. PATRON NUTRICIONAL METABOLICO

Color de piel: Rosada___ Pálida___ Cianótica___

Higiene: Buena___ Regular___ Mala___

Cesárea: SI___ NO___

Características de la herida: Segmentaria___ Clásica___ Secrecion: _____

Rubor___ Edema___ Calor local_____

4. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Peso: ___ Kg Talla: _____ cm I.M.C _____ Interpretación del IMC: _____

Alimentos que consume:

	Reguladores	Formadores	Energéticos
Desayuno			
Onces			
Almuerzo			
Cena			

Que alimentos cree que le hacen daño:

Que alimentos son de su preferencia:

Como es su apetito: Bueno: _____ Regular: _____ Malo: _____

Toma algún tipo de suplemento: Vitaminas___ Micro Nutrientes_____

5. MANTENIMIENTO DEL APOORTE DE AGUA

	SI	NO	PORQUE
Cuenta de acueducto			
Recogida de lluvia			
Recogida de nacedero			
Hierve el agua			

Cuantos vasos de líquido consume al día: _____

6. PATRON ELIMINACION URINARIA E INTESTINAL

Características de la orina

Cantidad: Escasa____ Moderada____ Abundante____ Frecuencia Urinaria____ veces al día.

Molestias al orinar: SI__ NO__ Oliguria____ Poliuria____ Disuria____

Retención____ Como realiza su higiene genital: Adelante-atrás____ Atrás-adelante____

Características de la deposición: Normal____ Presenta diarrea: SI__ NO__

Presenta estreñimiento: SI__ NO__ Hace cuanto____

Frecuencia deposiciones____ veces al día

En caso de estreñimiento ha utilizado algún medicamento SI__ NO__ Cual____

En caso de diarrea ha utilizado algún medicamento SI__ NO__ Cual____

Presenta hemorroides SI__ NO__ Hace cuanto____

7. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

F.R____ resp x min F.C____ lat x min T.A mm Hg T°____°C

Presencia de tos: SI__ NO__ Tiempo de evolución____

Expectoración: SI__ NO__ Características____

Deambulación SI__ NO__ Postura: Normal:____ Algica____

Llenado capilar____seg

Signo de Hoffman: SI__ NO__

Que tipo de ejercicios realiza en el puerperio:

Tiene energía para realiza ejercicios que debe y desea cumplir: SI__ NO__

Porque____

¿Requiere algún medicamento o remedio casero para conciliar el sueño?

SI__ NO__ Porque____

En que ocupa su tiempo libre____

8. PATRON COGNOSCITIVO PERCEPTUAL

Nivel de conciencia____ Orientación:____

Memoria: Conservada SI__ NO__ Porque____

Juicio y raciocinio SI__ NO__ Porque____

Movimientos oculares Normal____ Anormal____

Agudeza visual: Utiliza gafas SI__ NO__ Causa____

Valoración Auditiva Buena____ Regular____ Mala____

9. PATRON REPRODUCTIVO SEXUAL

G__ P__ A__ C__ M__ V__ Edad Gestacional al Parto:____

Edad menarquia_____ Edad inicio de relaciones sexuales_____ Que la motivo a iniciar su vida sexual_____ N° parejas sexuales_____ Tiempo de relación en meses con el padre del niño _____
Recibió orientación durante la gestación para la lactancia SI___ NO___
Amamanta a su bebe: SI___ NO___ Porque_____
Conoce las ventajas de la lactancia: SI___ NO___ Cuales_____
Características del pezón: Plano___ Corto___ Invertido___ Protráctil (evertido)_____
Ha sufrido molestias con la lactancia SI___ NO___ Cuales_____
Para usted que es la sexualidad_____ Ha recibido información sobre temas de sexualidad_____
Quien le ha brindado esta información_____
Sabe el riesgo que genera iniciar una vida sexual activa a temprana edad SI___ NO___ Cuales_____

INVOLUCION UTERINA

Firmeza del útero: SI___ NO___
Altura del fondo uterino: Supraumbilical___ Umbilical___
Infraumbilical_____
Loquios: Cantidad_____ Color_____ Olor_____
Piensa usted que su sangrado vaginal es normal: SI___ NO___
Cuantas veces al día realiza el cambio de toalla higiénica:

Entuertos SI___ NO___

EPISIORRAFIA

Características y/o desgarró: Deshidencia de sutura___ Secreción SI___ NO___
Rubor___ Edema___ Dolor___ Hematoma_____
Conoce los cuidados que debe realizar con la episiorrafia SI___ NO___
Cuales_____
Prolapso SI___ NO___

ANTICONCEPCION

Ha recibido consejería en planificación familiar SI___ NO___ De quien_____
Asistió a consulta de planificación familiar SI___ NO___
Cual método ha utilizado (previo al embarazo) _____ Tiempo uso_____
Cual método desea utilizar_____
Conoce en que momento debe iniciar la anticoncepción SI___ NO___
Conoce cuando debe iniciar las relaciones sexuales SI___ NO___ Cuando_____

Que temores tiene para iniciar la relación sexual_____

10. PATRON AUTOPERCEPCION Y AUTOCONCEPTO

¿Se siente feliz por el nacimiento de su hijo? SI___ NO___

¿Tiene apoyo de su pareja? ¿SI___ NO___ ¿Tiene apoyo de su familia? SI___ NO___

¿Auto imagen frente a los cambios durante el puerperio? B___ R___ D___
Observación

Pareja___ Padres___ Amigos___ Otros_____

Quien_____

¿Qué es lo que mas le preocupa en etapa de tu vida?

Toma sus propias decisiones Siempre___ Algunas veces_____
Nunca_____

Que éxitos ha logrado en su vida_____ Considera que puede lograr lo que se propone SI_NO__

Cual era su proyecto de vida antes del embarazo_____ Cual es su proyecto de vida ahora_____

11. PATRON ROL Y RELACIONES

Nombre de la pareja: _____ Edad_____ Ocupación:_____
Escolaridad_____

Acepta y asume el nuevo rol como madre SI___ NO___ Porque

Considera que su rol de madre le ha obstaculizado sus planes SI___ NO___
Cuales

Actualmente tiene una relación de pareja SI___ NO___

Siente apoyo afectivo del padre de su hijo SI___ NO___ Porque

Que otras personas considera usted son un apoyo para la crianza de su hijo:

Padres___ Hermanos___ Amigos___ Otros___ Cual

Qué momento del día comparte con su hijo: Mañana___ Tarde_____
Noche_____

Acaricia a su hijo: SI___ NO___ Le habla: SI___ NO___ Porque

12. TOLERANCIA Y ENFRENTAMIENTO AL ESTRÉS

Se siente: Nerviosa SI___ NO___ Angustiada SI___ NO___ Tensa SI___ NO___

Aburrida SI___ NO___ Porque

Ha sentido situaciones difíciles actualmente: SI___ NO___ Cuales

13. VALORES Y CREENCIAS

Que costumbres tiene con respecto al cuidado durante el puerperio

Tiene alguna creencia con respecto al cuidado con el recién nacido SI___ NO___

Cual

Cree usted que debe tener alguna precaución relacionada con el puerperio para hacer actividades de la vida diaria SI___ NO___ Porque

ANEXO C. FORMATO VALORACIÓN RECIÉN NACIDO

Nombre _____ Sexo: F _____ M _____ Edad en Meses: _____

Fecha y hora nacimiento _____

Vacunas: Antipolio SI ___ NO ___ Antihepatitis B SI ___ NO ___ BCG SI ___ NO ___

Esta al día con los controles de crecimiento y desarrollo: SI ___ NO ___ Esta al día con las vacunas SI ___ NO ___

Porque _____

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

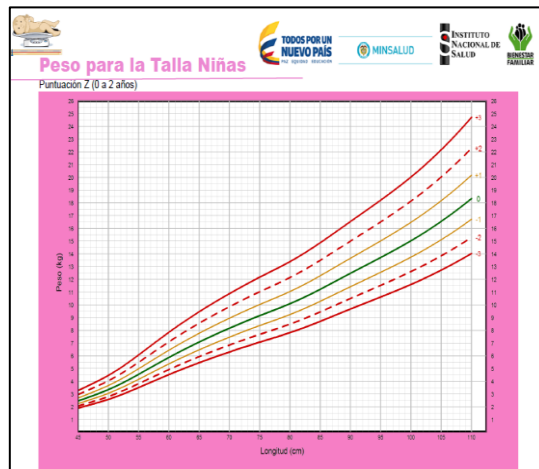
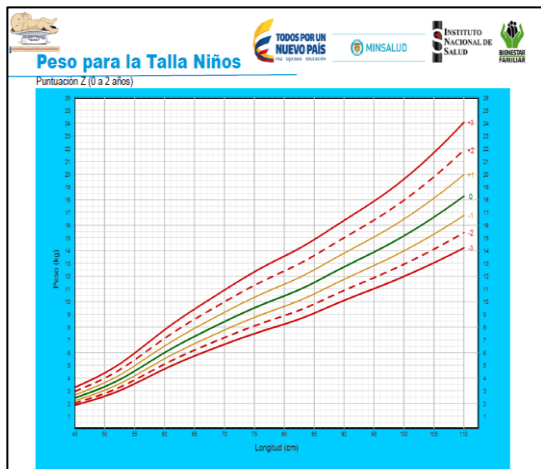
Fuente: Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016 publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016 & Patrones de crecimiento infantil, Organización mundial de la salud

Peso _____ kg Talla _____ cms PC _____ cms PT _____ cms PA _____ cms

Interpretación de curvas de crecimiento y desarrollo peso para la talla: _____

F.R _____ resp x min F.C _____ lat x min T° _____ °C

ASPECTO GENERAL



Higiene: B ___ R ___ M ___

Piel: Color: Rosada _____ Ictérico _____ Textura: Lisa ___ Seca ___ Descamación _____

Hidratación: Buena SI ___ NO ___ Vermix SI ___ NO ___

Eritema toxico SI ___ NO ___ Lesiones SI ___ NO ___ Que tipo _____

Erupción o pigmentación SI ___ NO ___ Características _____

Eliminación: SI ___ NO ___

ABDOMEN

Forma _____ Simétrico: SI ___ NO ___

Muñon umbilical: signos de infección: SI ___ NO ___ Rubor SI ___ NO ___

Eritema SI ___ NO ___ Calor local SI ___ NO ___ Secrecion SI ___ NO ___

Higiene adecuada SI ___ NO ___

Ruidos intestinales: Presentes ___ Ausentes ___

Pulsos femorales: simétricos SI ___ NO ___

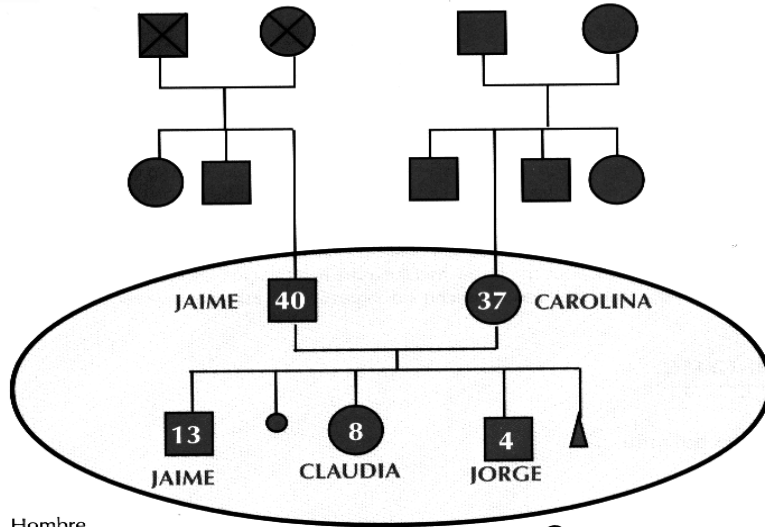
OBSERVACIONES _____

Nombre, Firma y cargo de quien realiza la visita:

Nombre y firma de la puérpera

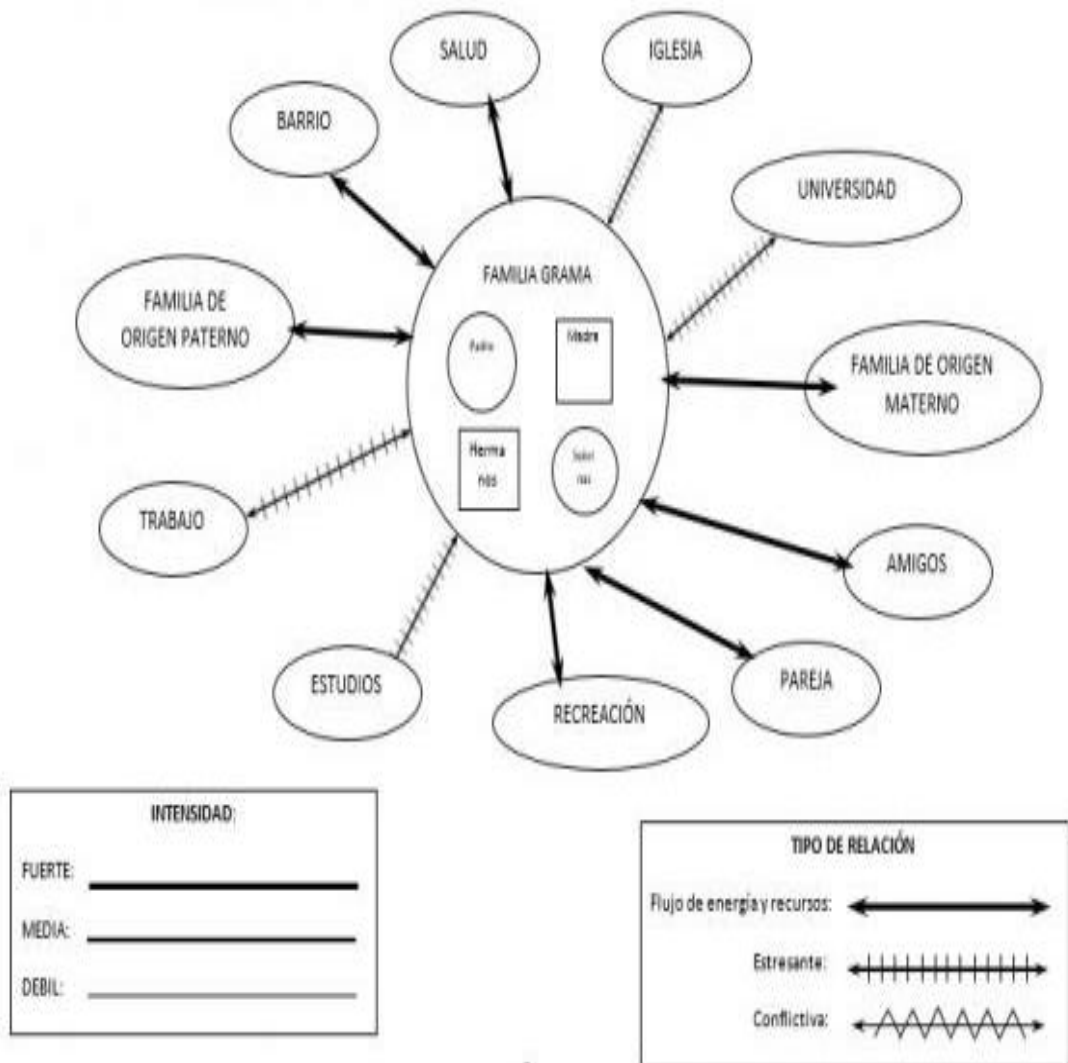
ANEXO D. FAMILIOGRAMA

Genograma



- | | |
|---|---|
| Hombre | Matrimonio y año |
| Mujer | Divorcio y año |
| Muerte | Separación y año |
| Paciente índice o probando | No casados
año en que iniciaron convivencia |
| Dos hombres normales | Línea continua o discontinua
indica a los individuos que
viven juntos |
| Tres mujeres normales | Relación conflictiva |
| Cuatro nacimientos, sexo no
especificado o desconocido | Relación distante |
| Aborto espontáneo | Relación cercana |
| Aborto inducido | Relación extremadamente cercana |
| Embarazo - niño en útero | Relación dominante |
| Gemelos dicigotos | Desavenencia conyugal |
| Gemelos monocigotos | Desavenencia conyugal
con relación extra marital |
| Adoptado | Divorcio - madre tiene la
custodia de dos niños |
| Año de nacimiento | Año de nacimiento y muerte |
| Nombre | Causa de muerte |
| Edad (o año) al fallecer | Pareja casada cada
uno con múltiples
cónyuges |

ANEXO E. ECOMAPA



ANEXO F. PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA GESTANTES /PUERPERAS Y RECIEN NACIDOS

FECHA: _____ **NOMBRE DE ENFERMERO:** _____ **CIUDAD:** _____

NOMBRE PACIENTE: _____ **EDAD:** _____ **NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD** _____

PATRON: _____ **DOMINIO:** _____ **CLASE:** _____

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<i>Etiqueta Nanda</i>		

ANEXO G. LISTA DE CHEQUEO DE SEGUIMIENTO A LA MADRE ADOLESCENTE

UNIDAD AMIGA DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES DE LA UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA					
SECCIONAL GIRARDOT					
LISTA DE CHEQUEO DE SEGUIMIENTO A LA MADRE ADOLESCENTE					
PERIODO ACADEMICO _____ FECHA _____ FICHA N° _____					
OBJETIVO: Medir el impacto de la gestión y educación brindada por los enfermeros del programa "MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE ACADEMIA", durante las valoraciones realizadas en el domicilio de las adolescentes.					
NOMBRES Y APELLIDOS		EDAD		ID: CC__TI__	
DIRECCION DE RESIDENCIA (CIUDAD Y BARRIO)		TELEFONO		ESTADO CIVIL	
SEGURO MEDICO (EPS) SEGURIDAD SOCIAL		FORMULA OBSTETRICA	G__P__C__A__M__V__		
RESPONSABLE DE DILIGENCIAR LA FICHA					
PROGRAMA	ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
Derechos sexuales y reproductivos	Le han informado de sus derechos sexuales y reproductivos?				
	Tiene claro los derechos sexuales y reproductivos?				
	Hace uso de sus derechos sexuales y reproductivos?				
PRECONCEPCION	Alguna vez asistió a consulta preconcepcional				
	Asistió o asiste a la consulta de anticoncepción de su EPS				
	Usa algún método de planificación actualmente (no aplica naturales, ni de emergencia)				
	¿conoce y hace respetar sus derechos sexuales y reproductivos?				
	¿se ha realizado la citología en el último año?				
ATENCION PRENATAL	¿Recibió asesoría por el grupo interdisciplinario al considerarla posibilidad de la IVE?				

	¿La causa de la interrupción voluntaria fue debido a que su embarazo es producto de una violación sexual en el que el agresor es un hombre conocido, es un familiar o es un desconocido?				
	¿La gestación era factor de riesgo para su propia vida y/o su salud?				
	¿El feto venía con malformaciones que hacían imposible que viviera fuera del útero?				
	¿Recibió información y acompañamiento para el procedimiento?				
	¿La asesoría incluyó los cuidados sexuales que requiere posterior al evento?				
	Si es menor de 15 años: ¿ha sido remitida a icbf, psicología, trabajo social, medico obstetra u otra especialidad? (anotar en observaciones cual)				
	¿Usted ha tenido en cuenta la educación brindada y ha aplicado lo aprendido? <ul style="list-style-type: none"> ❖ Signos de alarma de la gestación ❖ Consumo de micronutrientes ❖ Estimulación prenatal ❖ Asistencia a controles prenatales ❖ Asistencia al curso para la maternidad y paternidad ❖ Adherencia al tratamiento médico (si ha sido ordenado) ❖ Continuidad del proyecto de vida (educación) 				
	Tuvo o tiene controles durante su proceso de puerperio mediato				
	Recibió educación sobre los métodos de anticoncepción que puede utilizar durante el proceso de lactancia				
	¿Salió de la IPS con método anticonceptivo?				
	Usted decidió el método de planificación con el que salió de la IPS				
	Recibió educación en lactancia materna antes del alta				
	Recibió educación en puericultura antes del alta de la IPS				
SEGUIMIENTO AL BINOMIO:	¿asistió a consulta postparto a los siete días posteriores?				
MADRE	¿Es informada sobre la importancia de registrar al recién nacido en un programa de crecimiento y desarrollo para su atención integral?				
	¿Es citada a un nuevo control entre las cuatro y las seis semanas posparto para verificar anticoncepción, lactancia y redes de apoyo?				

	¿Es informada acerca de la importancia de registrarse y consultar en servicios amigables para jóvenes sobre control de su salud sexual y reproductiva?				
	¿Inicio consulta por adulto joven?				
HIJO	¿El recién nacido y/o lactante está afiliado a una eps?				
	¿Esta al día con los controles de crecimiento y desarrollo del recién nacido y/o lactante?				
	¿Está al día con las vacunas del recién nacido y/o lactante?				
	¿El recién nacido y/o lactante consume leche materna?				
TOTAL					

OBSERVACIONES

177

Firma de la adolescente

Firma de quien valora

**ANEXO H. FORMATO DE SEGUIMIENTO A LA MADRE
ADOLESCENTE**

**VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO A LA GESTANTE,
PUERPERA, RECIEN NACIDO Y/O LACTANTE**

NOMBRE:	APELLIDOS:	EDAD:
IDENTIFICACION:	VISITA N°	FECHA:
NOTA DE ENFERMERIA		

ANEXO I. ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

RIESGO	ANTECEDENTES	GESTACIÓN ACTUAL
Falta apoyo familiar o social	1	3
Falta de apoyo del compañero o la compañera	1	3
Familia reconstruida		1
Diferencia amplia de edad (diez o más años) entre ambos	2	2
Relaciones conflictivas con las personas con quienes convive		2
Madre cabeza de familia	1	2
La gestante tiene a cargo a niños menores de 5 años o a personas con discapacidad	1	2
Bajo nivel educativo de la pareja gestante	1	3
Nivel bajo de ingresos (menos de medio salario mínimo al mes)	3	3
Violencia intrafamiliar	3	3
Abuso sexual	3	3
Explotación sexual	3	3
Consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o de la pareja	3	3
Difícil acceso geográfico (desplazamiento complicado para llegar a la institución de salud)	2	2
Traslado constante de domicilio (ha cambiado de domicilio cuatro veces en el año)	3	3
Situación de desplazamiento forzado	3	3
Habitante de la calle	2	3
Reinsertada	2	2
Privada de la libertad o en detención domiciliaria	1	3
Estrés laboral	2	3
Condición de trabajo difícil	3	3
Etnia (indígenas, afro descendientes, [gitanos], raizales); creencias religiosas y culturales	2	3
Gestante en condición de discapacidad permanente	2	2
Experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores	2	2
Trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia)	2	3
Embarazo no deseado	3	3
Manifestaciones psicológicas y emocionales (nerviosismo permanente, tristeza y llanto constantes, aislamiento, agresividad, ideas repetitivas y fijas, falta de concentración, falta de sueño, ve o escucha cosas que otros no ven, no puede quedarse quieta o es multiconsultante)	3	3
Pensamientos y acciones de autoagresión	3	3

Elaborado por: Autores: Nubia Castiblanco López (coordinación genera y otros, 2012)

Para prevenir el riesgo laboral usted notifico su estado de gestación: SI: ____ NO: ____

Ha recibido orientación para la prevención del riesgo laboral: SI: ____ NO: ____

¿Como ha evidenciado el apoyo laboral, familiar o academico? :

Recibe algún tipo de subsidio: SI: ____ NO: ____ ¿Pertenece a algún grupo de apoyo? SI: ____ NO: ____

ANEXO J. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

OBJETIVO: Lograr que las adolescentes o padres de familia permitan la viabilidad del proceso de recolección de datos necesarios para la investigación “MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE LA ACADEMIA”, para realizar la recolección se requiere Autorización de la adolescente o padre de familia acudiente.

Yo, _____ como _____ Identificado con _____ N° _____ de _____ Autorizo a las enfermeras en formación del programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca para realizar la entrevista a _____, cuya información quedara consignada en la ficha que hará parte de la historia clínica de la gestante; identificada con documento, _____ N° _____, dirección _____ teléfono _____.

FIRMA DE ACUDIENTE

FIRMA ADOLESCENTE

26.

FECHA	viernes, 3 de agosto de 2018
--------------	------------------------------

Señores
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
BIBLIOTECA
Ciudad

UNIDAD REGIONAL	Seccional Girardot
------------------------	--------------------

TIPO DE DOCUMENTO	Trabajo De Grado
--------------------------	------------------

FACULTAD	Ciencias De la Salud
-----------------	----------------------

NIVEL ACADÉMICO DE FORMACIÓN O PROCESO	Pregrado
---	----------

PROGRAMA ACADÉMICO	Enfermería
---------------------------	------------

El Autor(Es):

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
RUIZ SUAREZ	PAOLA ANDREA	1.031.140.934
QUESADA FLORES	ANGY NATALIA	1.007.316.806

Director(Es) y/o Asesor(Es) del documento:

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS
Castro Quintana	Carlota

Vargas	Yamile
--------	--------

TÍTULO DEL DOCUMENTO
MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE LA ACADEMIA IPA 2018

SUBTÍTULO (Aplica solo para Tesis, Artículos Científicos, Disertaciones, Objetos Virtuales de Aprendizaje)

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Aplica para Tesis/Trabajo de Grado/Pasantía
ENFERMERO

AÑO DE EDICION DEL DOCUMENTO	NÚMERO DE PÁGINAS
18/06/2018	

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS (Usar 6 descriptores o palabras claves)	
ESPAÑOL	INGLÉS
1.Madre adolescente	Teenage mother
2.embarazo en la adolescencia	pregnancy in adolescence
3.Puerperio	puerperium
4.Lactante	lactating
5.determinantes sociales	Social determinants
6.embarazo de alto riesgo	high risk pregnancy

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS

(Máximo 250 palabras – 1530 caracteres, aplica para resumen en español):

RESUMEN

El programa de madres adolescentes, un reto social de academia, es liderado por la unidad amiga de los jóvenes y adolescentes de la universidad de Cundinamarca seccional Girardot, en donde las enfermeras en formación realizan atención primaria en salud a través de captación comunitaria, bases de datos por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), la secretaria salud del municipio de Girardot, reporte de instituciones educativas del municipio; valoración de las adolescentes con el diligenciamiento de formato de visita domiciliaria para gestantes de alto riesgo y el instrumento de valoración y seguimiento a la puérpera, recién nacido y su núcleo familiar estandarizados por la gobernación de Cundinamarca y la universidad de Cundinamarca, y seguimiento de las gestantes adolescentes (hasta los 19 años de edad) o a las puérperas (hasta los 21 años) con sus recién nacidos y lactantes hasta los 2 años con alto riesgo.

El objetivo de este proyecto es realizar una valoración integral a la adolescente en estado de gestación, puerperio, recién nacido y/o lactante, y establecer un plan de cuidado de Enfermería de acuerdo a la necesidad encontrada, brindando un acompañamiento en la reestructuración del proyecto de vida, el desarrollo del nuevo rol y promover la adherencia a la anticoncepción con el fin de evitar un embarazo subsecuente.

Se encontró que existen varios determinantes sociales que influyen para un embarazo en la adolescencia. Desde la edad de la menarquia, la diferencia de edad con la pareja, el nivel educativo de las jóvenes y la educación recibida en temas de sexualidad, la percepción de la sexualidad y el desconocimiento sobre la sentencia C-355/206.

Se concluyó que el reto de los profesionales de la salud, las IPS y EPS es captar a la población vulnerable, Orientar (derechos sexuales y reproductivos, temas de sexualidad y autocuidado) y proporcionarle las herramientas (métodos anticonceptivos modernos) para prevenir embarazos tempranos y/o embarazos subsecuentes, que se requiere de un trabajo intersectorial para dar respuesta a la atención y acompañamiento a este grupo poblacional en busca de mejorar su condición de vida y la oportunidad de lograr un proyecto de vida que mejore su calidad de vida a futuro.

ABSTRAC

The program of teen mothers, a social challenge of academy, is led by the unit friend of the young persons and teenagers of the university of sectional Cundinamarca Girardot, where the nurses in formation realize primary care in health across community capture, databases for the Entities Administratrices of Plans of Benefits (EAPB), the secretary health of Girardot's municipality, report of educational institutions of the municipality; Valuation of the teenagers with the diligenciamiento

of format of domiciliary visit for gestantes of high risk and the instrument of valuation and follow-up to the puérpera, newborn child and his familiar core standardized by Cundinamarca's government and Cundinamarca's university, and follow-up of the teen gestantes (up to 19 years of age) or to the puérperas (up to 21 years) with his newborn children and breast-fed babies up to 2 years with high risk.

The objective of this project is newborn child and / or breast-fed baby realize an integral valuation to the teenager in condition of gestation, puerperio, and to establish a plan of care of Infirmary of agreement to the opposing need, offering an accompaniment in the restructuring of the project of life, the development of the new role and to promote the adherence to the contraception in order to avoid a subsequent pregnancy.

One thought that there exist several social determinants that influence for a pregnancy the adolescence. From the age of her first menstruation, the difference of age with the pair, the educational level of the young women and the education received in topics of sexuality, the perception of her on the sexuality and the ignorance on the judgment C-355/206.

One concluded that the challenge of the professionals of the health, the IPS and EPS is to catch the vulnerable population, To orientate (sexual and reproductive rights, topics of sexuality and elegant car) and to provide to him the tools (contraceptive modern methods) to anticipate early pregnancies and / or subsequent pregnancies, that is needed of an intersectorial work to give response to the attention and accompaniment to this population group in search of to improve his condition of life and the opportunity of a project of life that improves his quality of life to future.

AUTORIZACION DE PUBLICACIÓN

Por medio del presente escrito autorizo (Autorizamos) a la Universidad de Cundinamarca para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mí (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que, en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autoriza a la Universidad de Cundinamarca, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad; así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado una alianza, son:
 Marque con una "X":

AUTORIZO (AUTORIZAMOS)	SI	NO
1. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer.	X	

2. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet.	X	
3. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previa alianza perfeccionada con la Universidad de Cundinamarca para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones.	X	
4. La inclusión en el Repositorio Institucional.	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

Para el caso de las Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, de manera complementaria, garantizo(garantizamos) en mi(nuestra) calidad de estudiante(s) y por ende autor(es) exclusivo(s), que la Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi(nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestra) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles,

inembargables e inalienables. En consecuencia, la Universidad de Cundinamarca está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: (Para Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía):

Información Confidencial:

Esta Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de la investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado.

SI ___ NO ___x.

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

LICENCIA DE PUBLICACIÓN

Como titular(es) del derecho de autor, confiero(erimos) a la Universidad de Cundinamarca una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito. (Para el caso de los Recursos Educativos Digitales, la Licencia de Publicación será permanente).

b) Autoriza a la Universidad de Cundinamarca a publicar la obra en formato y/o soporte digital, conociendo que, dado que se publica en Internet, por este hecho circula con un alcance mundial.

c) Los titulares aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.

d) El(Los) Autor(es), garantizo(amos) que el documento en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones

contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

e) En todo caso la Universidad de Cundinamarca se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

f) Los titulares autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

g) Los titulares aceptan que la Universidad de Cundinamarca pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

h) Los titulares autorizan que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en el “Manual del Repositorio Institucional AAAM003”

i) Para el caso de los Recursos Educativos Digitales producidos por la Oficina de Educación Virtual, sus contenidos de publicación se rigen bajo la Licencia Creative Commons: Atribución- No comercial- Compartir Igual.



j) Para el caso de los Artículos Científicos y Revistas, sus contenidos se rigen bajo la Licencia Creative Commons Atribución- No comercial- Sin derivar.



Si el documento se basa en un trabajo que ha sido patrocinado o apoyado por una entidad, con excepción de Universidad de Cundinamarca, los autores garantizan que se ha cumplido con los derechos y obligaciones requeridos por el respectivo contrato o acuerdo.

La obra que se integrará en el Repositorio Institucional, está en el(los) siguiente(s) archivo(s).

Nombre completo del Archivo Incluida su Extensión (Ej. PerezJuan2017.pdf)	Tipo de documento (ej. Texto, imagen, video, etc.)
1. MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE LA ACADEMIA IPA 2018	Archivo en PDF y Presentación en PDF

En constancia de lo anterior, Firmo (amos) el presente documento:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FIRMA (autógrafa)
RUIZ SUAREZ PAOLA ANDREA	
QUESADA FLORES ANGY NATALIA	

12.1.50