

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 4
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2020-12-10
		PAGINA: 1 de 7

16

FECHA	viernes, 19 de marzo de 2021
--------------	------------------------------

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
León León	Gisella	1070611791
Ortegón Serrano	Angie Julieth	1105687485
Rojas Ortiz	Juan Camilo	1070616178

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
 Teléfono: (091) 8281483 Línea Gratuita: 018000180414
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*

 UDECA UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 4
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2020-12-10
		PAGINA: 2 de 7

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

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS
Castro Quintana	Carlota

TÍTULO DEL DOCUMENTO
EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL “PROGRAMA MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA” DE LA UNIDAD AMIGABLE SECCIONAL GIRARDOT, UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA AÑO 2014-2018”

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	NÚMERO DE PÁGINAS
16/03/2021	138

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS (Usar 6 descriptores o palabras claves)	
ESPAÑOL	INGLÉS
1.Madres Adolescentes	Teen Mothers
2.Unidad Amigable	Friendly drive
3.Evaluacion del Impacto	Impact assessment
4.Salud Sexual	Sexual health
5.Embarazo subsiguiente	Subsequent pregnancy
6.	

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
 Teléfono: (091) 8281483 Línea Gratuita: 018000180414
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: 4
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2020-12-10
		PAGINA: 3 de 7

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS

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

El embarazo en adolescente es un problema que ocasiona un gran impacto en los ambientes familiares, económicos y socioculturales convirtiéndose en un tema relevante para abordar en la actualidad con el fin de acompañar desde la gestación temprana a la adolescente para disminuir el riesgo, evitar la deserción escolar, garantizando la continuidad de su proyecto de vida articulada con la crianza y en evitar un nuevo embarazo antes de los dos años. Este propósito fue planteado hace 6 años en el programa Madres Adolescentes un Reto Social de la Academia, en el cual en un trabajo coordinado con la secretaria de salud municipal se realizaba un acompañamiento a la gestante adolescente su pareja o su familia para disminuir los riesgos durante esta etapa a través de la orientación de los cuidados prenatales, el parto, puerperio y lactancia; durante este tiempo se realizaron 1.127 seguimientos, lo que permitió realizar la evaluación del impacto para verificar que tanta adherencia se logró en la anticoncepción, en la crianza de su hijo y en la continuidad de sus estudios, para esto se tomó una muestra de 287 madres adolescentes, la recolección de la información se hará a través de visitas domiciliarias teniendo en cuenta una guía de conversatorio, lista de chequeo para la prevención de embarazo subsiguiente y protocolo de atención a víctimas de violencia sexual a niñas menores de 14 años, en caso de ser requerido se aplicara a las IPS primarias la lista de chequeo ruta de atención intersectorial a las niñas menores de edad embarazadas. Los instrumentos se sometieron a prueba de expertos arrojando una calificación de 3.94 a 3.97 y un índice de validación de 4, indicando la aprobación de las listas de chequeo.

INGLES

The Adolescent pregnancy is a problem that causes a great impact on family, economic and socio-cultural environments, becoming a relevant issue to learn into today in order to accompany the adolescent from early pregnancy to reduce risk, avoid school desertion, guarantering the continuity of her life project articulated with parenting and to avoid a new pregnancy before the age of two. This purpose was raised 6 years ago in the program "Adolescent Mothers" a Social Challenge of the Academy, in its which in a coordinated work with the municipal health secretary, the pregnant adolescent, her partner or her family was accompanied to reduce the risks during this stage through the orientation of prenatal care, childbirth, puerperium and breastfeeding; During this time, 1,127 follow up'ps were carried out, its which allowed to carry out the impact evaluation to verify that so much adherence was achieved in contraception, in the up bringing of their child and in the continuity of their studies, for this a take sample of 287 mothers was taken adolescents of 1,127, the recollection of information will be done through home visits applying the subsequent pregnancy prevention checklist, checklist of the protocol of care for victims of sexual violence to girls under 14 years old, checklist of the route of Intersectoral care for pregnant underage girls designed by subjecting them to expert testing, generating the following results. Regarding the checklist for adolescent mothers in the prevention of subsequent pregnancy and off course to the evaluative scale for the instrument, them present a validity index of 3.97. In the checklist for the care protocol for Victims of sexual violence to girls underage 14 years and according to the evaluation scale for the instrument, I present a validity index of 3.94. and in the intersectoral care route checklist for pregnant underage girls, and according to the evaluation scale for the instrument, them present a validity index of 3.96. As for the average validation of the three instruments submitted to the expert test, a validation index of 4.0 was obtained, indicating to approve in the application of the checklists.

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
 Teléfono: (091) 8281483 Línea Gratuita: 018000180414
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: 4
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2020-12-10
		PAGINA: 4 de 7

AUTORIZACIÓN 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

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 4
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2020-12-10
		PAGINA: 5 de 7

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

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 4
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2020-12-10
		PAGINA: 6 de 7

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.

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 4
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2020-12-10
		PAGINA: 7 de 7



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



Nota:

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. Evaluación Del Impacto Del “Programa Madres Adolescentes Un Reto Social Y De Academia” De La Unidad Amigable Seccional Girardot, Universidad De Cundinamarca Año 2014-2018”	Texto
2.	

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FIRMA (autógrafo)
LEON LEON GISELA	
ORTEGON SERRANO ANGIE JULIETH	
ROJAS ORTIZ JUAN CAMILO	

21.1-51.20

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL “PROGRAMA MADRES ADOLESCENTES
UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA” DE LA UNIDAD AMIGABLE SECCIONAL
GIRARDOT, UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA AÑO 2014-2018”

INVESTIGADORA PRINCIPAL
Magister CARLOTA CASTRO QUINTANA

AUXILIARES DE INVESTIGACIÓN
ADRIANA CAROLINA HERNÁNDEZ MORENO
WENDY YURLADY ESCOBAR CABALLERO
ANGIE JULIETH ORTEGÓN SERRANO
GLORIA ESTELLA MONROY SILVA
GISELA LEÓN LEÓN
JUAN CAMILO ROJAS ORTIZ

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
GIRARDOT

2020

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL “PROGRAMA MADRES ADOLESCENTES
UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA” DE LA UNIDAD AMIGABLE SECCIONAL
GIRARDOT, UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA AÑO 2014-2018”

INVESTIGADORA PRINCIPAL
Magister CARLOTA CASTRO QUINTANA

AUXILIARES DE INVESTIGACIÓN
ADRIANA CAROLINA HERNÁNDEZ MORENO
WENDY YURLADY ESCOBAR CABALLERO
ANGIE JULIETH ORTEGÓN SERRANO
GLORIA ESTELLA MONROY SILVA
GISELA LEÓN LEÓN
JUAN CAMILO ROJAS ORTIZ

Trabajo de grado para optar por el título de Enfermera)

Magister CARLOTA CASTRO QUINTANA

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
GIRARDOT
2020

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Girardot y 23 de marzo de 2021

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios por darnos la vida y permitirnos llegar dar finalidad a este trabajo y a las personas que de alguna y otra manera nos dieron el apoyo y aportaron un granito de arena.

AGRADECIMIENTOS

A: Dios primero que todo, por habernos regalado la vida, la salud y la sabiduría en este camino a la formación profesional.

A: nuestros **padres** por acompañarnos en este proceso, por su apoyo infinito e incondicional.

A: nuestras **madres adolescentes** que aceptaron y permitieron el aprendizaje, ya que sin ellas no fuese posible obtener la información como la que hoy estamos finalizando, gracias por su ayuda y comprensión.

A: nuestros **docentes**, quienes de una u otra forma nos brindaron cada día su conocimiento desinteresadamente, también por sus enseñanzas y consejos para el ejercicio de nuestra profesión.

Por último, a: nuestra **docente** asesora e investigadora principal la enfermera **Carlota Castro Quintana** por brindarnos sus conocimientos, acompañarnos en este proceso y tiempo para el asesoramiento y desarrollo de este trabajo, facilitándonos las herramientas para concluirlo con éxito.

A todos... Gracias.

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	20
2. OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GENERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
3.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	22
3.1.2 Formulación del Problema	25
3.2 JUSTIFICACIÓN	26
4. MARCO REFERENCIAL	29
4.1. ESTADO DEL ARTE	29
4.2. MARCOS TEÓRICO-CONCEPTUALES	34
4.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	34
4.3.1. Etnografía	34
4.3.2. Madres Adolescentes	34
4.3.3 Impacto	36
4.3.4. Evaluación Del Impacto Del Programa	37
4.3.5. Pautas de Crianza	39
4.3.6. Proyecto De Vida	39
4.3.7. Prevención Embarazo Subsiguiente	40
4.3.8. Anticoncepción En La Adolescente Y Joven	40
4.4. MARCO ÉTICO	41
4.5. MARCO INSTITUCIONAL	43
4.5.1. Plataforma Estratégica Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes:	45
4.6. MARCO LEGAL	47
4.7. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA MATERNIDAD SEGURA, SALUDABLE Y FELIZ DE CUNDINAMARCA	49
4.7.1. Resolución Número 3280 De 2018	51
5. DISEÑO METODOLOGICO	54
5.1 DISEÑO DE ENFOQUE	54

5.2 TIPO DE ESTUDIO	54
5.2.1. Universo.....	54
5.2.2. Población:	55
5.2.3. Muestra	56
5.2.4. Criterios de Inclusión:	56
5.3. MUESTREO	56
5.4. CUADRO DE VARIABLES	56
5.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:	63
5.5.1. Técnicas.	63
5.5.2. INSTRUMENTOS	66
6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN LOS AÑOS 2014 – 2018.	67
6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES	67
6.1.1. Edad de Gestación En Seguimiento	67
6.1.2. Edad Actual de la Madre Adolescente	68
6.1.3. Escolaridad de la Madre Adolescente.....	69
6.1.4. Estado Civil de la Madre Adolescente	70
6.1.5. Continuidad de la Madre Adolescente con su pareja.....	70
6.1.6. Régimen SGSSS de la Madre Adolescente.....	71
6.1.7. Procedencia, Ubicación, Residencia y Zona Territorial de la Madre Adolescente	72
6.2. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES	73
6.2.1. Ocupación de la Madre Adolescente	73
6.2.2. Experiencia Laboral de la Madre Adolescente.....	74
6.2.3. Dinero mensual que cubre las necesidades básicas familiares de la Madre Adolescente.....	74
6.3. VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON DEL PROGRAMA EN LOS AÑOS 2014 – 2018.	75
6.3.2. Número de veces que usa el mismo Condón la Madre Adolescente....	76
6.3.3. Acceso a los condones por la Madre Adolescente	77

6.3.4. Recepción de condones por parte EAPB o SSAAJ por la Madre Adolescente	77
6.3.5. Condones recibidos por la Madre Adolescente de la IPS/EPS	78
6.3.6. Uso de la anticoncepción antes del embarazo y método utilizado por la Madre Adolescente	79
6.3.7. Método de planificación usado actualmente por la Madre Adolescente	79
6.3.8. Asistencia a controles prenatales durante el segundo embarazo de la madre adolescente	80
6.3.9. Total de controles prenatales a los que asistió durante el embarazo posterior de la madre adolescente.....	81
6.3.10. Consejería de Anticoncepción recibida durante los últimos controles del embarazo de la madre adolescente.....	82
6.3.11. Recepción del método anticonceptivo después del parto de la madre adolescente	82
6.3.12. Continuidad del seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva	83
6.3.13. Asistencia a la consulta promocional después del embarazo de la madre adolescente	84
6.3.14. Deseo de volver a quedar embarazada	84
6.4.1. Continuidad en la formación académica	85
6.4.2. Asistencia a las consultas de adolescencia y juventud.....	85
6.4.3. Relación que tiene con su hijo la madre adolescente	86
6.4.4. Corrección oportuna del hijo de la madre adolescente	87
6.4.5. Persona con quien comparte más tiempo su hijo	87
6.4.6. Toma de las decisiones para el cuidado de su hijo	88
6.4.7. Persona quién se responsabiliza del cuidado diario de su hijo.....	89
6.4.8. Aporte Económico para el sustento de su hijo	89
6.4.9. Persona quién corrige al niño	90
6.5. TABLAS DE CONTINGENCIA DEL PROGRAMA MADRES ADOLESCENTES	91
6.5.1. Relación entre la Escolaridad y la Edad Actual de la Madre Adolescente	91
6.5.2. Relación entre Total de hijos y la Edad Actual de la Madre Adolescente	93
6.5.3. Relación entre la Escolaridad y la Ocupación de la Madre Adolescente	94

6.5.4. Relación entre Continuidad con su formación académica y Estado Civil de la Madre Adolescente	96
6.5.5. Relación entre Total de hijos y Estado Civil de la Madre Adolescente .	97
6.5.6. Relación entre Estado Civil y Método usado por la Madre Adolescente	99
6.5.7. Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Continuidad con el seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva de la Madre Adolescente	101
6.5.8. Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Método de planificación usado por la Madre Adolescente	103
6.5.9. Relación entre Deseo volver a quedar embarazada y Segunda Gestación de la Madre Adolescente	104
6.5.10. Relación entre Continuidad a su formación académica y Edad de la gestación en seguimiento de la Madre Adolescente.....	105
6.5.11. Relación entre Estado Civil y Persona quien comparte más tiempo con su hijo.	107
6.5.12. Relación entre Persona quién corrige al niño y Relación que tiene con su hijo.	109
6.6. DISCUSIÓN DE LOS ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN EN LA POBLACIÓN CONTACTADA PARA LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA MADRES ADOLESCENTES.	111
6.6.1. Características Sociodemográficas	111
6.6.2. Características Socioeconómicas	111
6.6.3. Vida Sexual y Reproductiva.....	112
6.6.4. Proyecto De Vida.....	112
6.6.5. Apropiación del Rol Materno y la Crianza.....	113
6.7 CRONOGRAMA.....	113
CONCLUSIONES	114
RECOMENDACIONES.....	115
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	116
ANEXOS.....	118

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Mujeres Menores de 18 años reportadas por las IPS/ESE a la Secretaria de Salud de Girardot del 2015 al 2018	54
Tabla 2. Distribución por Edad de Gestación de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	67
Tabla 3. Distribución por Edad de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	68
Tabla 4. Distribución por Escolaridad de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	69
Tabla 5. Distribución por Estado Civil de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	70
Tabla 6. Distribución por Continuidad de las Madres adolescentes con su pareja, Girardot, 2014-2018.....	70
Tabla 7. Distribución por Régimen SGSSS de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	71
Tabla 8. Distribución por Ocupación de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	73
Tabla 9. Distribución por Experiencia laboral de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	74
Tabla 10. Distribución del Dinero mensual que cubre las necesidades básicas familiares de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018	74
Tabla 11. Distribución del Uso del Condón por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	75
Tabla 12. Distribución del número de veces que usa el mismo condón la Madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	76
Tabla 13. Distribución del Acceso a los condones por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	77
Tabla 14. Distribución por Recepción de condones por parte EAPB o SSAAJ por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	77
Tabla 15. Distribución por Condones recibidos por la Madre adolescente de la IPS/EPS, Girardot, 2014-2018.....	78
Tabla 16. Distribución por Uso de la anticoncepción antes del embarazo y método utilizado por la Madre Adolescente de la IPS/EPS, Girardot, 2014-2018	79

Tabla 17. Distribución por Método de planificación usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018.....	80
Tabla 18. Distribución por Asistencia a controles prenatales durante el embarazo posterior de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	80
Tabla 19. Distribución del Total de Controles Prenatales a los que asistió durante el embarazo posterior de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	81
Tabla 20. Distribución por Consejería de Anticoncepción recibida durante los últimos controles del embarazo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	82
Tabla 21. Distribución por Recepción del método anticonceptivo después del parto de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	82
Tabla 22. Distribución por Continuidad del seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	83
Tabla 23. Distribución por Asistencia a la consulta promocional después del embarazo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	84
Tabla 24. Distribución por Deseo de volver a quedar embarazada de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	84
Tabla 25. Distribución por Continuidad a la formación académica de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	85
Tabla 26. Distribución por Asistencia a las consultas de adolescencia y juventud de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	86
Tabla 27. Distribución por la Relación que tiene con su hijo la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	86
Tabla 28. Distribución por Corrección oportuna del hijo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	87
Tabla 29. Distribución por Persona con quien comparte más tiempo su hijo, Girardot, 2014-2018.....	87
Tabla 30. Distribución por Toma de las decisiones para el cuidado de su hijo, Girardot, 2014-2018.....	88
Tabla 31. Distribución por Persona quién se responsabiliza del cuidado diario de su hijo, Girardot, 2014-2018.....	89
Tabla 32. Distribución por Persona que Aporta Económicamente para el sustento de su hijo, Girardot, 2014-2018.....	90
Tabla 33. Distribución por Persona quién corrige al niño, Girardot, 2014-2018.....	90
Tabla 34. Distribución de la Relación entre la Escolaridad y la Edad Actual de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018.....	91

Tabla 35. Distribución de la Relación entre Total de hijos y la Edad Actual de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018.....	93
Tabla 36. Distribución de la Relación entre la Escolaridad y la Ocupación de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018	94
Tabla 37. Distribución de la Relación entre Continuidad de la Madre Adolescente con su pareja y Estado Civil de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018	96
Tabla 38. Distribución de la Relación entre Estado Civil y Método usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018	99
Tabla 39. Distribución de la Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Continuidad con el seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva, Girardot, 2014-2018.....	101
Tabla 40. Distribución de la Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Método de planificación usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018.....	103
Tabla 41. Distribución de la Relación entre Desea volver a quedar embarazada y Segunda Gestación de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018.....	104
Tabla 42. Distribución de la Relación entre Continuidad a su formación académica y Edad de la gestación en seguimiento, Girardot, 2014-2018	105
Tabla 43. Distribución de la Relación entre Estado Civil y Persona quien comparte más tiempo su hijo, Girardot, 2014-2018	107
Tabla 44. Distribución de la Relación entre Persona quién corrige al niño y Relación que tiene con su hijo, Girardot, 2014-2018	109

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Gestión del Riesgo individual en Salud, Flujograma Ruta de la Maternidad Segura y Saludable.....	49
Figura 2. Distribución por Edad de Gestación de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	67
Figura 3. Distribución por Edad de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018	68
Figura 4. Distribución por Escolaridad de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	69
Figura 5. Distribución por Estado Civil de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	70
Figura 6. Distribución por Continuidad de las Madres adolescentes con su pareja	71
Figura 7. Distribución por Régimen SGSSS de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	71
Figura 8. . Distribución por Zona Territorial de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	72
Figura 9. Distribución por Ocupación de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	73
Figura 10. Distribución por Experiencia laboral de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	74
Figura 11. Distribución del Dinero mensual que cubre las necesidades básicas familiares de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018	75
Figura 12. Distribución del Uso del Condón por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	76
Figura 13. Distribución del número de veces que usa el mismo condón la Madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	76
Figura 14. Distribución del Acceso a los condones por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018.....	77
Figura 15. Distribución por Recepción de condones por parte EAPB o SSAAJ por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018	78
Figura 16. Distribución por Condones recibidos por la Madre adolescente de la IPS/EPS, Girardot, 2014-2018.....	78

Figura 17. Distribución por Uso de la anticoncepción antes del embarazo y método utilizado por la Madre Adolescente de la IPS/EPS, Girardot, 2014-2018	79
Figura 18. Distribución por Método de planificación usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018.....	80
Figura 19. Distribución por Asistencia a controles prenatales durante el embarazo posterior de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	81
Figura 20. Distribución del Total de Controles Prenatales a los que asistió durante el embarazo posterior de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018	81
Figura 21. Distribución por Consejería de Anticoncepción recibida durante los últimos controles del embarazo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018 ...	82
Figura 22. Distribución por Recepción del método anticonceptivo después del parto de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	83
Figura 23. Distribución por Continuidad del seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	83
Figura 24. Distribución por Asistencia a la consulta promocional después del embarazo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	84
Figura 25. Distribución por Deseo de volver a quedar embarazada de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	85
Figura 26. Distribución por Continuidad a la formación académica de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	85
Figura 27. Distribución por Asistencia a las consultas de adolescencia y juventud de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	86
Figura 28. Distribución por la Relación que tiene con su hijo la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	86
Figura 29. Distribución por Corrección oportuna del hijo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018.....	87
Figura 30. Distribución por Persona con quien comparte más tiempo su hijo, Girardot, 2014-2018.....	88
Figura 31. Distribución por Toma de las decisiones para el cuidado de su hijo, Girardot, 2014-2018.....	88
Figura 32. Distribución por Persona quién se responsabiliza del cuidado diario de su hijo, Girardot, 2014-2018.....	89
Figura 33. Distribución por Persona que Aporta Económicamente para el sustento de su hijo, Girardot, 2014-2018.....	90
Figura 34. Distribución por Persona quién corrige al niño, Girardot, 2014-2018 ...	91

Figura 35. Distribución de la Relación entre la Escolaridad y la Edad Actual de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018	92
Figura 36. Distribución de la Relación entre Total de hijos y la Edad Actual de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018.	93
Figura 37. Distribución de la Relación entre la Escolaridad y la Ocupación de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018	95
Figura 38. Distribución de la Relación entre Continuidad de la Madre Adolescente con su pareja y Estado Civil de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018	97
Figura 39. Distribución de la Relación entre Total de hijos y Estado Civil de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018	98
Figura 40. Distribución de la Relación entre Total de hijos y Estado Civil de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018	98
Figura 41. Distribución de la Relación entre Estado Civil y Método usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018	100
Figura 42. Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Continuidad con el seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva, Girardot, 2014-2018	101
Figura 43. Distribución de la Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Método de planificación usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018.....	103
Figura 44. Distribución de la Relación entre Desea volver a quedar embarazada y Segunda Gestación de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018.....	104
Figura 45. Distribución de la Relación entre Continuidad a su formación académica y Edad de la gestación en seguimiento, Girardot, 2014-2018	107
Figura 46. Distribución de la Relación entre Estado Civil y Persona quien comparte más tiempo su hijo, Girardot, 2014-2018	108
Figura 47. Distribución de la Relación entre Persona quién corrige al niño y Relación que tiene con su hijo, Girardot, 2014-2018	110

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Guía de Conversatorio.....	119
Anexo 2. Lista de Chequeo para la Atención a Víctimas de Violencia Sexual a Niñas Menores de 14 Años.....	121
Anexo 3. Lista de Chequeo de Atención Intersectorial en Menores de Edad	125
Anexo 4. Lista de Chequeo de Prevención del Embarazo Subsiguiente.	129
Anexo 5. Formato de Consentimiento Informado.....	130
Anexo 6. Autorización para el Tratamiento de Datos Personales	133
Anexo 7. Lista de Chequeo Inspección de Historia Clínica.....	134
Anexo 8. Prueba de Expertos a Los Instrumentos Diseñados:.....	135

GLOSARIO

ADOLESCENTES: Persona de 13 a 18 años.¹

EVALUACIÓN: Trabajos sobre estudios que determinan la efectividad o el valor de los procesos, el personal y el equipo, o el material sobre la realización de dichos estudios.²

IMPACTO: Proceso crítico y reflexivo, continuo y sistemático sobre las prácticas y los procesos desarrollados en el área de la Salud, sintetizado por los indicadores cuantitativos y/o cualitativos. Su propósito es proporcionar información para ayudar a los procesos de toma de decisiones.³

SALUD SEXUAL: Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, según la Organización Mundial de la Salud.⁴

MADRE: Persona que ha tenido uno o más hijos.⁵

¹ Descriptores en ciencias de la salud, (sitio web), disponible en: <https://beta.decs.bvsalud.org/es/> (consultado el 03 de julio del 2019)

² Descriptores en ciencias de la salud, (sitio web), disponible en: <https://beta.decs.bvsalud.org/es/> (consultado el 03 de julio del 2019)

³ Descriptores en ciencias de la salud, (sitio web), disponible en: <https://beta.decs.bvsalud.org/es/> (consultado el 03 de julio del 2019)

⁴ Descriptores en ciencias de la salud, (sitio web), disponible en: <https://beta.decs.bvsalud.org/es/> (consultado el 03 de julio del 2019)

⁵ Descriptores en ciencias de la salud, (sitio web), disponible en: <https://beta.decs.bvsalud.org/es/> (consultado el 03 de julio del 2019)

RESUMEN

Al evaluar el impacto del programa Madres Adolescentes un Reto Social y de Academia, se abordó desde la metodología cuantitativa, descriptivo retrospectivo, con una muestra limitada 312 madres adolescentes, donde se contactaron a 153 madres adolescentes por llamada telefónica y obteniendo la aceptación de 28 madres adolescentes. Para una recolección mediada por las tecnologías, específicamente llamadas telefónicas y por WhatsApp, en una entrevista personalizada y dirigida por el auxiliar de investigación. La tabulación se realizó mediante tablas de Excel, organizada teniendo en cuenta las variables definidas de la investigación, evidenciando las características sociodemográficas como: 26 madres adolescentes que se encontraban en el momento de la gestación en un grupo etáreo de 15-19 años y 2 en un rango de edad de 10-14 y 20-24; la edad actual de las madres, 24 se encuentran en un grupo etáreo de 20-24; 13 madres terminaron su secundaria completa, 4 se encuentran cursando la universidad, 6 terminaron sus estudios complementarios (técnico, tecnólogo y universidad) y 5 no han culminado sus estudios; las madres adolescentes, 19 tienen un estado civil en unión libre, 8 se encuentran separadas y solteras y una casada; 20 si continúan con su misma pareja; 18 tienen un régimen de salud subsidiado; también se evidencia que las 28 madres adolescentes residen, proceden y se ubican en la ciudad de Girardot, distribuidas 9 en la comuna 4, 7 en la comuna 5, 6 distribuidas entre la comuna 2 y 3, 5 en las veredas y 1 en la comuna 1. Las características socioeconómicas se evidencio que 15 madres se encuentran desempleadas y 13 distribuidas en trabajo formal e informal; 24 madres refieren que el dinero mensual que ellas obtienen si alcanza para cubrir las necesidades básicas de su hijo. En la vida sexual y reproductiva 23 madres no tuvieron un segundo hijo, 5 tuvieron un segundo hijo; 11 madres utilizan método anticonceptivo (dispositivo subdérmico), 10 inyección mensual y 2 distribuidas en inyección mensual y/o DIU; las 5 madres que tuvieron su segunda gestación asistieron a sus controles prenatales. En la continuidad con su proyecto de vida se evidencia que 18 madres no dieron continuidad con sus estudios. Para finalizar en la apropiación de la crianza que tienen las 28 madres adolescentes hacia su hijo es buena, 5 madres comparten el cuidado de su hijo con algún familiar (abuelo, tía), y el aporte económico para el sustento del hijo lo hace el padre.

PALABRAS CLAVE: “Madres Adolescentes” “Unidad Amigable” “Evaluación del Impacto”, “Salud Sexual”, “Embarazo Subsiguiente”

When evaluating the impact of the Adolescent Mothers a Social and Academy Challenge program, it was approached from the quantitative, descriptive

retrospective methodology, with a limited sample of 312 adolescent mothers, where 153 adolescent mothers were contacted by phone call and obtaining the acceptance of 28 mothers teenagers. For a collection mediated by technologies, specifically phone calls and WhatsApp, in a personalized interview directed by the research assistant. The tabulation was carried out using Excel tables, organized taking into account the defined variables of the research, showing the sociodemographic characteristics such as: 26 adolescent mothers who were at the time of gestation in an age group of 15-19 years and 2 in an age range of 10-14 and 20-24; the current age of the mothers, 24 are in an age group of 20-24; 13 mothers finished their complete high school, 4 are attending university, 6 finished their complementary studies (technical, technologist and university) and 5 have not finished their studies; the adolescent mothers, 19 have a civil status in common union, 8 are separated and single and one married; 20 if they continue with the same partner; 18 have a subsidized health regime; It is also evidenced that the 28 adolescent mothers reside, come from and are located in the city of Girardot, distributed 9 in commune 4, 7 in commune 5, 6 distributed between commune 2 and 3, 5 in the villages and 1 in the Commune 1. The socioeconomic characteristics showed that 15 mothers are unemployed and 13 distributed in formal and informal work; 24 mothers report that the monthly money they obtain is enough to cover the basic needs of their child. In sexual and reproductive life, 23 mothers did not have a second child, 5 had a second child; 11 mothers use a contraceptive method (subdermal device), 10 monthly injections and 2 distributed as monthly injections and / or IUD; the 5 mothers who had their second pregnancy attended their prenatal check-ups. In the continuity with her life project, it is evident that 18 mothers did not continue with their studies. To conclude, the appropriation of the upbringing that the 28 adolescent mothers have towards their child is good, 5 mothers share the care of their child with a relative (grandfather, aunt), and the economic contribution for the sustenance of the child is made by the father.

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el periodo en el cual se comprende la madurez física, psicológica, afectiva, intelectual y social. También es comprendida la etapa del ser humano en la que, en gran medida se define el porvenir de la persona, es el espacio en que las y los jóvenes deben tomar decisiones que permiten definir el proyecto de vida a seguir, y es a este grupo etario que los adultos deben ofrecer las condiciones adecuadas para que se obtengan las herramientas necesarias que le permitan preparar y desarrollar su futuro.

El embarazo en la adolescencia es comprendido en niñas y adolescentes a partir de los 10 y 19 años, considerada un problema de salud socioeconómica y demográfica. En las repercusiones del embarazo hay que tener en consideración si se trata de una adolescente temprana (10 a 14 años), media (14 a 17 años) o tardía (18 y más) ya que las implicaciones psicológicas son diferentes tanto al inicio del embarazo como en la experiencia en sí de ser madre. " ... Los países de América Latina y El Caribe albergan a 193 millones de niños, niñas y adolescentes, los que representan un 38% de toda la población de la región. De los 13 millones de nacimientos anuales que registra el continente, dos millones corresponden a partos de madres adolescentes. En la mayoría de los países de la región, del 1 S al 25% de los recién nacidos son hijos de madres adolescentes" (UNICEF, 1999:7).

En lo anterior se evidencia que el embarazo en la adolescencia es un problema que causa un gran impacto ya sea en los ambientes familiares, económicos y socioculturales, y que se ha venido convirtiendo en un tema relevante para abordar en la actualidad. Es por eso que se vio la necesidad de dar acompañamiento desde la gestación temprana a la adolescente y poder dar como finalidad y/o cumplimiento a diferentes parámetros como evitar la deserción escolar, garantizando la continuidad de su proyecto de vida articulada con la crianza y en evitar un nuevo embarazo antes de los dos años.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el Programa *Madres Adolescentes, un Reto Social y de Academia* con el fin de verificar en las madres adolescentes y sus parejas en la prevención del embarazo subsiguiente, la apropiación de las pautas de crianza de su hijo y la continuidad del proyecto de vida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar las características sociodemográficas de las madres adolescentes que asistieron al programa “Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes de la Universidad de Cundinamarca seccional Girardot año 2014-2018”.
- ❖ Identificar las prácticas cuidantes que adoptan las madres adolescentes en la prevención del embarazo subsiguiente.
- ❖ Identificar la apropiación de la crianza de su hijo por parte del adolescente y su pareja.
- ❖ Identificar los avances en el proyecto de vida de las madres adolescentes.
- ❖ Consolidar a partir de los resultados particulares, los indicadores de impacto del proyecto.
- ❖ Verificar en las IPS primarias el cumplimiento en la atención de la adolescente en los programas de anticoncepción, control a la gestación, parto y puerperio

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La situación en Colombia actualmente el embarazo en la 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 2015.⁶ Vale la pena resaltar que a pesar de presentar una disminución a nivel nacional en los índices de embarazos en adolescentes aún no se cumple con el porcentaje de disminución de las metas frente a los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) puesto que revela Indicadores de pobreza y subdesarrollo en el cual Disminuye el tiempo de vida de subsistencia del nuevo hijo es decir, tiene menos posibilidades de tener proyecto de vida, retrasado el crecimiento en cuanto a oportunidades económicas. La fecundidad en Colombia ha disminuido notoriamente pasando de 6,7 hijos a 2,1 en el 2010, en la ENDS del año 2015 reporta una tasa de fecundidad de 2 hijos por madre respecto al año 2010, se encuentran otros factores asociados a cambios favorables frente a la cantidad de mujeres que lograron el acceso a la educación, pasando de un 24,4% a un 33.5% de la población; en cuanto a la población adolescente se evidencia que el 24,8%⁷ de los embarazos se presentan en la zona rural en comparación al 15,1 de la zona urbana, en cuanto al conocimiento sobre sexualidad se encontró que el 11,2 % de las mujeres y el 10,9 % de los hombres entre los 13 y 49 años tuvieron acceso a diferentes temáticas en sexualidad,⁸ aspectos anteriores que inciden en la disminución en la fecundidad y en las gestaciones a temprana edad.

En el departamento de Cundinamarca, la fecundidad en las adolescentes entre los años 2014 – 2016 evidencio una conducta variable similar al comportamiento a nivel Nacional, teniendo en cuenta que las tasas del departamento han disminuido con relación a las del total nacional.⁹ Según el ASIS (análisis de situación en Salud) durante el periodo de 2015 a 2019 por cada 1.000 mujeres en edad fértil, ocurrieron 70,90 nacimientos, reflejando una tasa superior a la de la nación que registra 69,60 en el cual se ubica en el veinteavo departamento con una tasa mayor de fecundidad, resaltando que Bogotá según datos generados del DANE, registra la menor tasa general de fecundidad con 56,10% nacimientos para ese periodo de tiempo.¹⁰

⁶ Ministerio salud y Profamilia, Encuesta Nacional Demografía en Salud, Colombia 2015 pag. 286 consultado el 15/08/2020 Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>

⁷ Ministerio salud y Profamilia, Encuesta Nacional Demografía en Salud, Colombia 2010 pag. 72 consultado el 06/07/2020 Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-2010.pdf>

⁸ Ministerio salud y Profamilia, Encuesta Nacional Demografía en Salud, Colombia 2010 pág. 119 consultado el 06/07/2020 Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-2010.pdf>

⁹ (ASIS) Encuesta Nacional en demografía y Salud año 2019 pág. 82 consultado el 07/06/2020 Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=20938>

¹⁰(ASIS) Encuesta Nacional en demografía y Salud año 2018 pág. 113 consultado el 07/06/2020 Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=19623>

La Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes de 10 a 19 años en el departamento de Cundinamarca según el reporte del Observatorio Embarazo Adolescentes, en el año 2014 reporta 34,25 en el año 2015 un 32,60, en el año 2016 un 30,60, en el año 2017 un 29,17 y en el año 2018 con 26,54, evidenciándose una disminución en la tasa de fecundidad durante los años 2014 al 2018.¹¹

Según los datos indicados en la tasa de fecundidad en adolescentes gestantes en edades de 10 a 19 años según ASIS Girardot, en el año 2014 se presenta un aumento de 42,67 a 43,99, para los años 2015 al 2017 se logra evidenciar de forma favorable una reducción de 37,93 a 36,43, de acuerdo con la información brindada del análisis situacional de información en Salud del año 2017. Según ASIS (Análisis de Situación en Salud) de Girardot del año 2019 se encuentra que la Tasa de fecundidad es más baja en mujeres de 10 a 14 años con un 1,70% ¹² y con una mayor incidencia las mujeres en edades 15 a 19 años la cual es de 71,03%.

Teniendo en cuenta que en el año 2014 en el municipio se dio un incremento en el número de embarazos, se da inicio a un trabajo articulado entre la Secretaría de salud de Girardot y la Universidad de Cundinamarca a través de la Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes, creando el programa “Madres adolescentes un reto social y de academia” que permite realizar un seguimiento a través de visitas domiciliarias a la valoración e identificación del riesgo a las gestantes adolescentes por considerarse un grupo de alto riesgo para el desarrollo de su gestación, este programa ha permitido desde los años 2012 realizar 1,127 visitas a las adolescentes hasta los 19 años de edad y a las púerpera hasta los 21 años, teniendo en cuenta que se le hace el acompañamiento hasta que el niño cumple los dos años de edad con el fin de disminuir el embarazo subsiguiente. A partir de estos cinco años de evolución del programa se ha visto la necesidad de evaluar los resultados de Impacto que ha tenido las gestantes teniendo en cuenta tres aspectos fundamentales: 1) la continuidad del proyecto de vida, 2) la crianza de su hijo y 3) la adherencia a la anticoncepción para prevenir el embarazo subsiguiente.

El Programa de madres adolescentes un reto social y de academia, liderado por la Unidad Amiga de los adolescentes y jóvenes de la Universidad de Cundinamarca seccional Girardot, realizan la Atención básica en Salud a partir de la captación comunitaria, las bases de datos que las EPS e IPS primaria reportan a la Secretaría de salud de Girardot, los casos identificados en la comunidad y los reportados por las instituciones educativas, información que es sistematizada y depurada para programar las visitas domiciliarias y en ella valorar la adolescente registrando en el formato para el seguimiento a la gestante de alto riesgo los datos los cuales se sistematizan a partir de los patrones funcionales permitiendo la identificación oportuna de los riesgos y planeando en el cuidado de enfermería, este cuidado de

¹¹ Observatorio Embarazo Adolescentes, tasa de fecundidad en niñas, adolescentes y jóvenes, (sitio web), disponible en: <http://rsvr2.sispro.gov.co/ObsEmbAdolesc/> (consultado el 18 de agosto de 2020)

¹² (ASIS) Análisis de Situación en Salud año 2019 pág. 34 consultado el 07/06/2020 Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=20938>

enfermería se proyecta con una prioridad en atención primaria permitiendo el fortalecimiento de prácticas cuidantes tanto para la gestante adolescente como para el cuidador, la madre del adolescente y/o su pareja en el caso de ser mayores de edad, asimismo se plantean acciones que buscan que la adolescente continúe su proyecto de vida, que se haga responsable de la crianza de su hijo y no lo delegue a los abuelos y además que se adhiera a la anticoncepción en busca de aumentar el periodo intergenésico y evitar un embarazo antes de los 2 años. La importancia de prevenir el embarazo antes de los 2 años radica en que está demostrado que entre más temprano inicia la gestación menos oportunidad tiene la adolescente de continuar su formación académica y construir un proyecto de vida realizable dado que dentro de los determinantes sociales del adolescente se encuentran las condiciones sociales, económicas y culturales son las principales causas de una maternidad temprana, dado que esta condición tiene que ver con las estructuras que configuran cada sociedad e inscriben los individuos o grupos en distintos niveles en la estratificación social, y están determinadas por modelos políticos, económicos atravesados por ideologías de clase, género y edad.¹³

Otro determinante asociado al embarazo son las condiciones de vida y entorno familiar; puesto que los aspectos familiares que promueven el embarazo en adolescente se mencionan: “limite estrecho familiar”, cuando hay una restricción excesiva de la autonomía del adolescente; “negligencia paterna”, en el caso de padres poco interesados en la educación y cuidado de su hija; “padre ausentes del hogar” y “familia poco acogedora” entendida como aquella que establece una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas del adolescente, como las familias en que existen conflictos entre los padres así como dificultades en la comunicación directa y honesta.¹⁴

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, siendo aspectos prevenibles en un trabajo articulado, familia, escuela, sistema de Salud.

Sin duda las parejas mayores con las adolescentes son un determinante relacionado con el embarazo ya que en el año 2013 en Colombia, la 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 en los que la edad se duplicaba:¹⁵ “Según el documento, existen casos de niñas de 10 años que ya son madres y cuyos compañeros estables tienen hasta 26. Las de 11, 12, 13 y 14 años suelen tener parejas de entre 21 y 22 años”.

¹³ OMS, Determinantes sociales de embarazo en adolescentes pag.24-40, (sicito web) disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SM-Determ-embarazo-menores-15-a%C3%B1os.pdf> (consulta 22 de ago. de 20 20)

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

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”¹⁶. En comparación 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.

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, no hay utilización de los mismos tal como lo muestra lo siguiente: “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, en Colombia se encuentra en el porcentaje de 24, siendo la mínima 17 para Perú y la máxima 37 para el país de Bolivia.” En comparación con el programa de madres adolescentes un reto social y de academia, de la ciudad de Girardot se observa que en el año 2017 en 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.¹⁷

La experiencia de estos últimos 5 años en el seguimiento y acompañamiento de las adolescentes madres y el descenso en el número de gestaciones presentadas hace que sea importante la evaluación del programa para su retroalimentación en el cual se requiere la interacción con las adolescentes, hoy muchas de ellas cursando la juventud.

3.1.2 Formulación del Problema

La evaluación del Impacto del proyecto para madres adolescentes busca responder la siguiente pregunta.

¿Cuál es el impacto del Programa de la Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes “¿Madres Adolescentes un Reto Social y de Academia” en la prevención del embarazo subsiguiente, la apropiación de las pautas de crianza de su hijo y la continuidad del proyecto de vida?

¹⁶ Ibid.

¹⁷ 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.

3.2 JUSTIFICACIÓN

El programa de madres adolescentes un reto social y de academia, es un escenario creado en el año 2012 por la necesidad de propiciar espacios para el intercambio de conocimientos, valores y prácticas responsables frente a la sexualidad de la población estudiantil y del municipio de Girardot, que son necesarios para la formación integral y el autocuidado sexual y reproductivo, centrándose en la madre adolescente, recién nacidos, lactantes y puérperas, además de las condiciones que propician a desencadenar factores de riesgo para la Salud de las adolescentes.

De acuerdo a los objetivos de desarrollo del milenio, en el informe del 2015 teniendo en cuenta el objetivo número cuatro donde hace referencia a la disminución de la mortalidad de los niños menores de 5 años y la salud sexual y reproductiva, los desafíos son: garantizar el acceso universal efectivo y con calidad a la atención preconcepciones, prenatal, parto, puerperio, del recién nacido y en general a los servicios de Salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, educación e información; vigilar el cumplimiento y la calidad de las intervenciones basadas en evidencia relacionadas con la salud materna, perinatal y SSR y el fortalecimiento de las acciones de Promoción y Prevención, centradas en el empoderamiento de la mujer, niñas/os y adolescentes, campañas de información, educación y comunicación para favorecer la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos, la búsqueda activa de mujeres en edad fértil, el acceso al control prenatal, detección precoz de los signos de peligro y acudir al parto Institucional.¹⁸

El programa Madres Adolescentes, un reto social y de Academia fue creado a partir de las situaciones de alto índice de embarazos en adolescentes en el municipio de Girardot evidenciados en los datos que indicaban un incremento en los nacidos vivos de mujeres Adolescentes y Jóvenes, según las cifras del DANE para el 2014 con 373 ¹⁹nacidos vivos, en el 2015 con 319 ²⁰nacidos vivos, para el 2016 con 282 ²¹nacidos vivos, en el 2017 con 301 ²²nacidos vivos y en el 2018 con 275 ²³nacidos vivos de mujeres adolescentes. Por consiguiente este aumento continuo en cada año, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2015, se

¹⁸ PNUD (Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo) Oblativos del desarrollo del milenio informe 2015. Bogotá D.C, Colombia, Pág. 30. Consultado el 01/08/2020, disponible en: https://www.apccolombia.gov.co/sites/default/files/archivos_usuario/publicaciones/undp-co-odminformeultimo-2015_2.pdf

¹⁹ DANE, Cuadro 7. Nacimientos por grupo de edad de las madres, según departamento, municipio y residencia de la madre 2014, consultado el 3/08/2020, disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2014>

²⁰ DANE, cuadro 7. Nacimientos por grupo de edad de las madres, según departamento, municipio y residencia de la madre 2015, consultado el 3/08/2020, disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2015>

²¹ DANE, cuadro 7. Nacimientos por grupo de edad de las madres, según departamento, municipio y residencia de la madre 2016, consultado el 3/08/2020, disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>

²² DANE, cuadro 7. Nacimientos por grupo de edad de las madres, según departamento, municipio y residencia de la madre 2017, consultado el 3/08/2020, disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2017>

²³ DANE, cuadro 7. Nacimientos por grupo de edad de las madres, según departamento, municipio y residencia de la madre 2018, consultado el 3/08/2020, disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2018>

evidencio que el inicio de la actividad Sexual previa y reciente para las mujeres que no tienen una relación estable, es un indicador potencial para exponerse al riesgo de embarazo, además este riesgo que es presentado potencialmente en las mujeres, desde su edad de inicio del período Reproductivo es 13 años, el porcentaje de mujeres menores de 20 años que iniciaron las relaciones Sexuales antes de los 18 años debido a este aumentó en un 5% en relación con la ENDS 2010 ²⁴.

De acuerdo a esta problemática, el embarazo en la adolescencia trae consigo eventuales riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; ocasionan eventuales deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral, mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral, tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida, todo lo anterior en virtud del nuevo papel de progenitores que enfrentan las adolescentes y otras condiciones que afectan la conformación de los hogares y su funcionamiento . Por lo tanto es importante la definición de los lineamientos para el desarrollo recopilados por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) frente a la Salud Sexual y Reproductiva en la calidad de vida de los adolescentes, de sus familias y de las sociedades, la ocurrencia de embarazos a temprana edad ha sido considerada, una problemática social y de Salud pública necesaria de ser intervenida con el fin de procurar un mejor desarrollo individual, una mejor calidad de vida y mejores índices de desarrollo.

La articulación del trabajo de la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca con Adolescentes y Jóvenes con los diferentes sectores e instituciones del municipio y del departamento en especial con las secretarías de Salud, educación, desarrollo social, coordinación de juventudes, las EAPB e IPS del municipio permite fortalecer los espacios destinados a la Atención y al desarrollo de acciones promocionales centrados en las necesidades reales y sentidas de los adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud mental con participación de un equipo interdisciplinario liderado por las investigadoras de los semilleros FIJI de la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca.

Este acompañamiento se da a los adolescentes y jóvenes padres, se coordina con la Secretaría de Salud de Girardot y de Cundinamarca, quienes brindan acompañamiento técnico y apoyan la coordinación de las remisiones y atención prioritaria que requieran las gestantes y/o sus recién nacidos. Además de ser este Programa una experiencia exitosa para el Departamento de Cundinamarca y el Ministerio de Salud, resaltando la labor de Enfermería en el seguimiento y prevención del riesgo en la adolescente gestante, es un trabajo que potencia la Atención primaria en el ámbito familiar y habitúa la población a un acompañamiento en el cuidado de la Salud y disminución y control del riesgo.

²⁴ Ministerio de Salud hace entrega de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015.

La presente Evaluación de Impacto adquiere su relevancia en la medida que permite obtener un conocimiento sobre el impacto directo o indirecto de las actividades del Programa de madres adolescentes y reorientar sus acciones futuras, este estudio fue realizado para dar a conocer los resultados de las anteriores intervenciones educativas realizadas como: prevención del embarazo subsiguiente a través de la anticoncepción, pautas de crianza de su hijo y la continuidad de proyecto de vida de la madre adolescente, las cuales fueron abordadas por los diferentes estudiantes que hicieron parte de los proyectos investigativos de la Universidad de Cundinamarca a partir del año 2014 hasta el 2018.

Este proyecto también crea un escenario para el fortalecimiento de la investigación formativa del programa de Enfermería a través del semillero de investigación FIJI Formando Integralmente Jóvenes Investigadores y la retroalimentación de los proyectos de interacción universitaria, alimentando las tres funciones misionales de la universidad desde la formación de las enfermeras de la universidad.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. ESTADO DEL ARTE

En el año 2012 se realizó un proyecto de investigación titulado MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE ACADEMIA los autores de este fueron Johana Moreno, Jenny Mora, Tatiana Suarez en el cual se determinó que 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 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)²⁵. Estas Adolescentes en embarazo a temprana edad, restringe las posibilidades de completar sus estudios, asumir un rol que aún no es el adecuado, es muy frecuente observar que algunas Adolescentes son abandonadas por su pareja. También es frecuente que los padres las rechacen, algunos las aceptan en su hogar sintiendo presión, humillación y reproches 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 Amiga de los Adolescentes y Jóvenes realiza un acompañamiento y orientación a estas 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 Johana Bocanegra Albadán, Tatiana Marcela Suarez Díaz, quienes tenían como 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 2013.²⁶ En el municipio de Girardot el barrio que presenta mayor índice de embarazos es Corazón de Cundinamarca donde a su vez predominan los estratos 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

²⁵ 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.

²⁶ Cruz Rojas, Leydi Tatiana, et al. Óp. Cit.

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 el estudio realizado y que hace parte del Programa *MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE ACADEMIA*, desarrollado por los autores en este año fueron Kelly Johanna Guarnizo Caballero, Luisa Fernanda Rodríguez Fandiño, Leidy Yesenia Villafrade Rojas, Johanna Moreno, Jenny Mora y Tatiana Suárez, 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.²⁷ 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 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, se realizó una investigación del Programa titulada *MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE ACADEMIA* los autores en este año fueron Luisa Fernanda Caicedo Barbosa, Dirik Jahaira Galindo Ramírez, Ivonne Andrea Leal Barragán y Zharich Geraldina Rodríguez Zúñiga, quienes tenían el objetivo general del programa “Brindar acompañamiento a las adolescentes participantes del 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

²⁷ 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.

adolescencia, se encuentra que la edad oscila entre 16-18 años en un 79%.²⁸ 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 fue; 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, se desarrolló un nuevo informe también titulado *MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE ACADEMIA*, los autores en este año fueron Luisa Fernanda Rojas Acosta, Jennifer Patricia Rodríguez Sánchez, Jorge Alberto Blandón Jaramillo, quienes tenían el objetivo general del Programa “Describir la condición física, emocional y social de la puérpera 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.²⁹ Otro determinante 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 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 las adolescentes visitadas 16 afirman que sus parejas tienen 25 años, 12 comentan que su compañero sentimental tiene 23 años, 36 refieren que sus parejas se

²⁸ 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.

²⁹ López Vargas. Erik, Molina Páez. 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.

encuentran entre las edades de 17,18 y 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 y 30 años, 10 dicen que sus parejas se encuentran entre los 15, 16, 29, 34, 36 años y 5 se hallan entre las edades 28, 31, 37, 43,y 59 años.

Para el año 2017 se realizó un estudio que se titula *MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE ACADEMIA* con el objetivo de 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.³⁰ Los autores en este año fueron Leidy Tatiana Cruz Rojas, Norma Constanza Hernández García, Estefany 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 estudiando. 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.

Para el año 2018 se realizó un estudio que se titula *MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE ACADEMIA*³¹ con el objetivo de 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, Los autores en este año fueron: Angy Natalia Quesada Flores, Paola Andrea Ruiz Suarez, Karen Lizeth Ortegón Ortiz y Andrés Mauricio Rojas Monroy, obteniendo una muestra 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 se valoraron 160 adolescentes y se realizaron 180 visitas domiciliarias. Durante el IIPA del 2018 se valoraron a 26 gestantes, 24 adolescentes en periodo de puerperio y/o lactancia, 24 recién nacidos y/o lactantes y de esta población se realizaron 10 seguimientos

³⁰ Cruz Rojas, Leydi Tatiana, et al. Óp. Cit.

³¹ Quesada Flores Angy Natalia; Ruiz Suarez Paola Andrea; Ortegón Ortiz Karen Lizeth y Rojas Monroy Andrés Mauricio. Madres adolescentes un reto social y de academia. Girardot, Colombia. 2018. Trabajo de grado (Enfermería). Universidad de Cundinamarca. Unidad amiga de los jóvenes y los adolescentes.

(4 gestantes y 6 puérperas), hubo 12 visitas fallidas. Es decir que en total se valoraron 60 adolescentes y se realizaron 72 visitas domiciliarias, dando como resultado □ 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.³²

En el año 2016 se realizó una tesis titulada “Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense” el autor de este estudio Erika Albertina Cruz Díaz³³, su objetivo fue determinar resultados maternos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del hospital. El embarazo en la adolescencia es una preocupación médica más importante derivada de la conducta sexual de las jóvenes, pues es un resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, han aumentado considerablemente los embarazos en adolescentes en los últimos años. La temprana menarquia y el comienzo más precoz de las relaciones sexuales, entre otros; podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar más problemática. Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública. Aproximadamente 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, convirtiendo esto en complicaciones durante el embarazo y el parto que son la segunda causa de muerte entre las adolescentes, así como cada año suceden unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. De igual manera, los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años, así como se observa una mayor incidencia de parto pretérmino, recién nacidos de bajo peso, depresión respiratoria y complicaciones perinatales.^{3,4} Las madres adolescentes tienen un riesgo sustancialmente mayor de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso, malnutrición fetal y retardo en el desarrollo cognoscitivo. Además, la mortalidad infantil es 3 veces más alta en sus hijos. Sabiendo los problemas que el embarazo adolescente conlleva y menciono en líneas anteriores, se calcula que la cuarta parte de los embarazos adolescentes corresponde a un embarazo consecutivo o reincidente, fenómeno que podría ir de 10 a 45% de ocurrencia. Este documento pretende analizar la situación que ha enfrentado esta unidad de salud ante esta problemática en el último año.

³² Ibid.

³³ Cruz Díaz, Erika Albertina. Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio a noviembre 2015. 2016. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

4.2. MARCOS TEÓRICO-CONCEPTUALES

El embarazo y la maternidad en la adolescencia son fenómenos que afectan la Salud Sexual, la Salud Reproductiva y el bienestar de las mujeres jóvenes, sus familias y comunidades, así como al desarrollo de un país, dados los múltiples efectos en los campos de la Salud física, psicosocial y en los campos políticos, económicos y sociales que interfieren no sólo en la calidad de vida y Salud de los y las adolescentes y sus familias, sino también al colectivo en general y para entender más claramente cada dimensión es importante conocer los diferentes conceptos y fundamentos importantes como base del estudio las cuales encontraremos a continuación:

4.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

4.3.1. Etnografía

Es el estudio de los fenómenos sociales que caracterizan las actividades sociales aprendidas, compartidas y transmitidas de grupos particulares como las madres adolescentes que va centrado en las causas, consecuencias, y complejidades de la variabilidad cultural y social del ser humano. Este tipo de investigación cualitativo o etnográfico ayuda a determinar objetivamente el entorno permitiendo establecer contacto con la realidad a fin de que conozcamos mejor el entorno y por lo tanto la finalidad de esta. El propósito de la investigación etnográfica es conocer el significado de los hechos dentro del contexto del quehacer cotidiano de las madres adolescentes. Su carácter holístico le permite estudiar el objeto de forma integral y tratar de descubrir su realidad histórica, ideológica, y psicológica, esta investigación etnográfica, requiere de tiempo, de agudeza en la observación y análisis de lo que se comprende y se aprende, se conduce eficazmente mediante una serie de elementos que hacen accesible el objeto de conocimiento y cuya sabia elección y aplicación va a depender en gran medida el éxito del trabajo investigativo.

4.3.2. Madres Adolescentes

Es aquel que se produce en niñas y adolescentes a partir de los 10 y 19 años, considerándose un problema de Salud socioeconómico y demográfico, donde se encuentran en la pubertad, comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de la reproducción Sexual. Lo que presenta unos efectos negativos sobre la vida de las niñas, sus familias y su entorno cuando se presentan los embarazos en adolescentes, la mayoría de los estos son considerados como embarazos imprevistos o no deseados, provocados por la práctica de relaciones Sexuales sin protección y uso de métodos anticonceptivos. Al respecto, Reyes y González, destacan que el embarazo a temprana edad tiene consecuencias

biológicas tanto para la madre como para el niño,³⁴ algunas pueden ser: malnutrición, bajo peso y talla, necesidades básicas insatisfechas en los controles prenatales; y consecuencias socioeconómicas (pobreza, deserción escolar, satisfacción en necesidades básicas), causas que determinan la morbilidad materna e infantil. También estas adolescentes experimentan sentimientos de soledad, de poca confianza en sí mismas que intentan suplir con las relaciones íntimas con el otro sexo. En las repercusiones del embarazo hay que tener en consideración si se trata de una adolescente temprana (10 a 14 años), media (14 a 17 años) o tardía (18 y más) ya que las implicaciones psicológicas son diferentes tanto al inicio del embarazo como en la experiencia en sí de ser *Madre*.

En general, las reacciones de las adolescentes ante la noticia de que esperan a un bebé son muy diversas, si bien en la mayoría de los casos experimentan incredulidad, es importante recordar que la adolescencia en sí es un periodo crítico del desarrollo, que se caracteriza por la manifestación de profundos cambios en las distintas áreas de la vida de la adolescente, como por ejemplo, la búsqueda de la propia identidad e independencia de los padres³⁵. El embarazo en adolescentes es consecuencia de la desigualdad social y la falta de oportunidades hacia la educación limitada por la permanencia en el sistema escolar y acceso a un empleo calificado, conllevando a la pobreza, llegando a casos de asimetrías de poder que ponen a la mujer en una situación de desventaja social, son aceptados por la familia de la joven, y podrían llegar a ser un aliciente para que un presunto abusador pueda convertirse en esposo,³⁶ y es allí donde encontramos las diferentes situaciones de violencia de género, dado que los actos Sexuales con niñas menores de 14 años se consideran como violencia Sexual y por lo tanto es un delito, el embarazo refleja la problemática de exclusión, desigualdad y vulnerabilidad, otro factor encontrado, es el entorno familiar en el que se desarrolla, dándose una escasa o nula comunicación con sus padres o con las hermanas mayores, sobre todo, en lo que concierne al sexo. Esto los lleva a buscar y encontrar la opinión y el consejo de otros jóvenes de su edad con su misma inexperiencia y falta de correctos patrones de conducta.

Según estudio realizado en Ecuador en 2011 sobre La Educación en el Amor y la Sexualidad para la Prevención de Embarazos en las Adolescentes donde dice que existe además un desmedido afán por entrar en contacto con "nuevas experiencias" un factor común a todas ellas: Una mala historia de rendimiento escolar. Existe un alto índice de abandono precoz de los estudios, sobre todo entre las madres más jóvenes. Además parece ser que las jóvenes incluidas en Programas de educación

³⁴ Murad Rocío, Rivillas Juan Carlos, Gómez German, Sicachá Jorge, Vargas Victoria, Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas (sitio web), Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – Profamilia, 2018, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>, (consulta: 20 de junio de 2020).

³⁵ RESOLUCIÓN NUMERO 8430 DE 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCIÓN-8430-DE-1993.PDF>

³⁶ Murad Rocío, Rivillas Juan Carlos, Gómez German, Sicachá Jorge, Vargas Victoria, Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas (sitio web), Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – Profamilia, 2018, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>, (consulta: 20 de junio de 2020).

especial tienen también más riesgo de tener un embarazo en su adolescencia, Todas las estadísticas realizadas demuestran que hay mayor número de embarazos en adolescentes cuyas familias están separadas y también en familias con un solo progenitor puesto que no hay una aceptación ni apoyo parental, la violencia intrafamiliar también se considera como un factor relacionado a embarazo en adolescentes con el abandono del hogar o historia de embarazo en adolescente ya sea la madre de la niña o hermana, puesto que los patrones se repiten.

La adolescencia es una etapa de trascendental e importancia en la vida del ser humano, está siendo objeto de atención cada vez más, con un sustancial cambio en los discursos, puesto que ya desde hace algunos años, no se habla de ella solo como futuro, sino también como presente.³⁷

Existen diferentes criterios para establecer en qué momento termina una etapa de la adolescencia y en qué momento empieza otra. De hecho, no hay ningún criterio enteramente objetivo y definitivo para establecer esas fronteras temporales, ni lo puede haber; todo depende de en qué parámetros nos fijemos. Sin embargo, eso no significa que no exista un cierto consenso acerca de cuáles son estas fases. A continuación, puedes verlas explicadas y descritas.

4.3.3 Impacto

La OMS define la evaluación del impacto en la Salud (EIS) como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, Programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la Salud de la población y la distribución de tales efectos.³⁸ Por otro lado se encontró que “El impacto es un proceso que se traduce en sus efectos sobre una población amplia: comunidad, claustro, entorno, estudiante, administración, identificando efectos científico - tecnológicos, económico - social - cultural - institucional, centrado en el mejoramiento profesional y humano del hombre y su superación social. “Miguel Ángel Aguilar. Otra definición al respecto, se refiere al “proceso sistemático que permite la medición de resultados posteriores a través de indicadores, a fin de constatar el grado en que se han alcanzado los objetivos propuestos en un período de tiempo determinado” (Orozco: 2003).

El efecto que determinados fenómenos tienen sobre la realidad. Esto es especialmente claro cuando se habla por ejemplo del impacto que ciertas medidas políticas, económicas o sociales tienen sobre una población: en este caso se trata de expresar que las mismas generarán algún tipo de reacción o efecto. Del mismo modo, otro uso común que se le da a este término es aquel que hace referencia al

³⁷ Rev cubana Med Gen Integr v.22 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2006

³⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, AÑO:2018 encontrado de : <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

impacto ambiental, es decir, al efecto que nuestras acciones como seres humanos generan sobre el medio ambiente cuando lo modificamos o alteramos.

La evaluación de impacto es un tipo particular de evaluación. A continuación, se citan algunas definiciones: Término que indica si el proyecto tuvo un efecto en su entorno en términos de factores económicos, técnicos, socioculturales, institucionales y medioambientales. Se denomina impacto de un proyecto a la contribución significativa de un proyecto al logro del Fin/Propósito, que es un problema sectorial, y es un cambio o conjunto de cambios duraderos en la sociedad, la economía, la ciencia, la tecnología y el medio ambiente que mejora o degrada sus indicadores, como resultado de la ejecución de acciones de Investigación-desarrollo-innovación implementadas en los marcos de la estructura organizacional de un proyecto, y su sinergia con otras contribuciones de proyectos u otras acciones de tipo administrativas, etc. La responsabilidad del logro del FIN/Propósito está fuera del alcance de la gerencia del proyecto. (Ramón Rodríguez Cardona). La evaluación de impacto es un instrumento que contribuye a la toma de decisiones y a la rendición de cuentas, es decir, aporta información tanto para actores a nivel gerencial, como para los ciudadanos sobre la efectividad de los Programas a los cuales se destina un presupuesto público, además se basa en el contraste entre la situación de partida y lo que ocurre una vez que la formación ha tenido lugar. Ese contraste busca revelar los cambios que se pueden atribuir a la intervención que se evalúa. En la evaluación de impacto, como lo indica Aedo (2005) se reconocen varias dimensiones que definen a una amplia variedad de tipos de estimaciones de impacto. Una de ellas se refiere al tipo de variable sobre la que se mide el impacto del Programa. Según esto, se puede clasificar a las investigaciones en cuantitativas o cualitativas. Son cuantitativas si la variable a medir es susceptible de ser descrita en forma métrica; por ejemplo: Rentabilidad de la explotación. Las investigaciones cualitativas se enfocan en variables a las que no se puede aplicar una métrica.

4.3.4. Evaluación Del Impacto Del Programa

El Banco Mundial (2003) define la Evaluación de impacto como la medición de los cambios en el bienestar de los individuos que pueden ser atribuidos a un Programa o a una política específica.³⁹ Su propósito general es determinar la efectividad de las políticas, programas o proyectos ejecutados (Patton, 2002). Al igual que otras técnicas de evaluación sumativa, la evaluación de impacto se puede utilizar para determinar hasta qué punto los resultados planificados fueron producidos o logrados, así como para mejorar otros proyectos o Programas en ejecución o futuros (Brousseau y Montalván, 2002). La evaluación de impacto, al igual que cualquier otra evaluación, puede realizarse antes (ex ante) o después (ex-post) de la ejecución del proyecto. La evaluación ex-ante se ubica entre las etapas de formulación en el ciclo del proyecto (definición de objetivos y diseño de productos) y el análisis de costos y beneficios. Lo que permite realizar ajustes al diseño del

³⁹ Rincón González, Sorayda; Mujica Chirinos, Norbis. Evaluación desde la perspectiva de los beneficiarios del impacto del Programa Barrio Adentro II en el estado Zulia México 2014 consultado: <https://www.redalyc.org/pdf/676/67635359007.pdf>

proyecto en función de los objetivos formulados, y hacia adelante complementa el análisis de costos y beneficios, mediante la construcción de indicadores de costo por unidad de impacto. Suministrando así información adicional en la decisión de inversión. Por su parte, la evaluación de impacto ex-post se ubica al final de la operación del proyecto, determinando si hubo cambios en la población objetivo, su magnitud, y que segmento de la población se benefició, entre otros (Cohen y Franco, 1998).

Según la guía metodológica ONIEA, El Sistema Estándar de Indicadores se refiere a la batería de indicadores que el Observatorio⁴⁰ debe definir o ha priorizado para hacer seguimiento, monitoreo y evaluación a la situación del embarazo en la adolescencia en el país, así como al progreso de políticas e intervenciones que se adelanta para reducirlo o prevenirlo en el tiempo. Algunos sistemas de indicadores pueden obedecer a:

- ❖ Perfil Epidemiológico y Sociodemográfico del País: (Mortalidad materna adolescente).
- ❖ Compromisos internacionales (Indicador Embarazo Adolescentes de los Objetivos De Desarrollo Sostenible - ODS).⁴¹
- ❖ Políticas Públicas como CONPES (CONPES 147 de 2012 o de la Estrategia Nacional de Atención Integral a Niñas, Niños y adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo Adolescente ENPEA).
- ❖ Encuestas poblacionales (Porcentaje de Mujeres que está o han estado en embarazo en la adolescencia definido en la ENDS).
- ❖ El ONIEA Colombia tiene indicadores comunes con varios de los Observatorios, Registros y Sistemas de Información. La batería de indicadores definida y priorizada por cada ROSS reposan en el Catálogo de Indicadores de Salud, que es la herramienta virtual y matricial que almacena la información y atributos de mayor relevancia de cada indicador, y que suministra las características operativas, estadísticas, de medición, obligatoriedad, periodicidad y disponibilidad de los mismos. De esta forma puede obtenerse información de los indicadores del Observatorio de manera automatizada, incluyendo su disponibilidad en el momento de generarse.

De acuerdo al sistema estándar de indicadores de los ROSS (Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales), se establecen criterios para la clasificación de indicadores en el ONIEA a nivel del Ministerio de Salud y Protección Social que a continuación se describe: **Indicadores de impacto:** Donde se refieren los efectos, a mediano y largo plazo, que pueden tener uno o más programas y/o estrategias en el

⁴⁰ ONIEA Observatorio Nacional Intersectorial de Embarazo en la Adolescencia. Sistema Estándar de Indicadores pág. 45 Colombia consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-metodologica-oniea-2018.pdf>

⁴¹ PNUD, programa de las naciones unidas para el desarrollo, ODS objetivos del desarrollo sostenible en Colombia: Los retos para 2030, disponible en: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/undp_co_PUBL_julio_ODS_en_Colombia_los_retos_para_2030_UNU.pdf, consultado en: 31/08/2020

universo de estudio y que repercuten en la sociedad en su conjunto, donde las acciones se aplican. Partiendo de lo anterior se seleccionan algunos indicadores en materia de indicadores de impacto transitoria incorporados en el CONPES 14742 en el cual se dan a conocer los siguientes:

- ❖ Proporción de adolescentes alguna vez embarazadas (15 y 19 años).
- ❖ Proporción de nacidos vivos hijos de mujeres Por grupo de edad (10 y 29 años).
- ❖ Razón de mortalidad materna en adolescentes (10 y 19 años).
- ❖ Razón de mortalidad materna a 1 año (10 y 29 años).
- ❖ Razón de mortalidad materna a 42 días (10 y 29 años).
- ❖ Proporción de mujeres sexualmente activas con uso actual de métodos anticonceptivos. (Unidas y No Unidas. Nivel Nacional, Departamental y Municipal).
- ❖ Tasa de violencia intrafamiliar (Nivel Nacional, Departamental y Municipal)
- ❖ Proporción de padres que tienen más de 4 años de diferencia con la edad de la madre (10 y 29 años).

4.3.5. Pautas de Crianza

La crianza como proceso educativo pretende orientar a los niños, niñas y adolescentes puedan vivir bien en la aventura de la vida, a través del acompañamiento inteligente y afectuoso por parte de los padres o adultos significativos. Las pautas de crianza no son recetas con las cuales se prepara un buen niño, estas son diversas de acuerdo con la cultura, a la idiosincrasia familiar, al contenido social. A pesar de ello se propone a continuación algunas que deben tenerse en cuenta: Conocer y asumir los derechos de los niños, niñas y adolescentes como responsabilidades que tienen los adultos para garantizar su buen desarrollo, La presencia masculina es importante en el desarrollo de los hijos y de la convivencia familiar, por tanto, no es solo tarea de la madre educar y criar. El buen trato es tener alegría y disponibilidad de tiempo y espacio para compartir con los hijos y la pareja, el juego, los cuidados, el acompañamiento en sus labores y el fortalecimiento del vínculo afectivo. Esto implica mantener una buena comunicación y el respeto por el otro desde la diferencia, establecimiento de acuerdos en la pareja en términos de autoridad mediados por el diálogo, acompañamiento en las diferentes etapas del desarrollo, no es lo mismo un bebé de 6 meses a un niño de 6 años, cada uno tiene necesidades diferentes, cada etapa del niño es importante y merece atención y estimulación.

4.3.6. Proyecto De Vida

Un proyecto es un plan que se idea, para poderlo realizar. Un proyecto de vida se refiere a la definición de un plan de lo que se desea hacer en la vida. Es aquello que

⁴² ONIEA. Op. cit.

una persona se traza con el fin de conseguir uno o varios propósitos para su existencia, por lo tanto cuando se da un embarazo a temprana existe una alta posibilidad de abandonar el estudio y volver a quedar en embarazo posiblemente con una fecundidad alta y mayor probabilidad de vivir en condiciones de pobreza, lo que conlleva a que su proyecto de vida que pudiese tener, cambie o se prolongue, dado que en él no estaba el ser madre en cierta etapa de la vida, por lo que debe asumir el rol de madre a temprana edad. la falta de herramientas educativas hace que la joven no tenga el empoderamiento para denunciar situaciones que la ponen en riesgo y tomar decisiones respecto a su vida, los embarazos en adolescentes están asociados a la falta de conocimiento sobre el uso adecuado de métodos anticonceptivos y la falta de educación sexual en instituciones educativas, lo que vulnera el derecho a la información sexual y reproductivo.

Un proyecto de vida le da un por qué y un para qué a la existencia humana. Y con eso, le otorga sentido al presente, porque de alguna manera se vive del presente, pero sin perder de vista que el futuro se construye día a día.

4.3.7. Prevención Embarazo Subsiguiente

El embarazo subsiguiente 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 se entiende como embarazo subsecuente adolescente con riesgos de Salud para el binomio madres – hijo.⁴³ 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 violencia.⁴⁴ En este contexto el prevenir un embarazo subsiguiente hace referencia al evitar la aparición de un nuevo hijo después del anterior a través de estrategias como la adherencia a la anticoncepción por lo tanto con el presente estudio es importante integrar el acompañamiento que tuvo la adolescente y cómo se apropia de la información y educación que le brinda el Programa de la Unidad Amigable, además de las acciones de educación en derechos de Salud, derechos sexuales, anticoncepción, proyecto de vida y de pareja. Este abordaje responde al lineamiento generado por el Ministerio de Salud.

4.3.8. Anticoncepción En La Adolescente Y Joven

El diálogo entre los adolescentes y los miembros del equipo de salud debe estructurarse para ayudar al adolescente a tomar una decisión informada, voluntaria

⁴³ Alba Luz Helena, Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (1): 29-42, enero-marzo, 2010.

⁴⁴ Escobar José. Conferencia 4: Prevención del embarazo subsecuente, "una tarea impostergable". Ecuador. 2006 RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 Óp. Cit.

y adecuada a sus circunstancias particulares. Al seleccionar un método cada adolescente debe tener en cuenta sus conductas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, eficacia del método, la capacidad para cumplir con el uso, de tolerar los efectos secundarios y el costo, así como actitudes y factores personales adicionales que pueden influir en la decisión del uso del método anticonceptivo y su cumplimiento.⁴⁵

4.4. MARCO ÉTICO

Encontramos los lineamientos éticos que nos indica qué normas nos rigen para realizar estudios cuasi experimentales y el consentimiento informado que se debe explicar junto con la protección de datos la cual se hace firmar a las personas que van a participar del estudio, lo anterior está respaldado por el Ministerio de Salud en la resolución número 8430 de 1993⁴⁶ en donde establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud, los aspectos éticos de la investigación en seres humanos donde dice que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación 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. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

⁴⁵Sam-Soto, S., Osorio-Caballero, M., Rodríguez-Guerrero, R. E., & Pérez-Ramírez, N. P. (2014). Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. *Acta pediátrica de México*, 35(6), 490-498.

⁴⁶ MINISTERIO DE SALUD, RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, consultado el 3/08/2020, disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos: Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de ésta resolución, Será revisado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación, Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación, Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.

En el caso de investigaciones con riesgo mínimo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el Consentimiento Informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo, sin embargo la presente investigación opta por el consentimiento informado (*ver Anexo 5*) aprobado con el comité de ética del programa de enfermería según modelo de la unidad amigable de los Adolescentes y Jóvenes, así mismo se gestionó el formato que según la ley 1581 del 2012 en la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales (*ver Anexo 6*).

Según la ley 266 de 1996 reglamenta la práctica del profesional de enfermería donde se fundamenta en general los principios éticos y morales y en el respeto de los derechos humanos, la enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de Atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la Salud y en el bienestar. Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, a la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de Salud en todos los cursos de la vida.

En la ley 911 del 2004 se dictaron disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente, en el cual se tienen en cuenta los principios éticos de Beneficencia, No- Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica - profesional de la enfermería en Colombia. El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De

igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.

La actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado será de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información. Adoptará una conducta respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los sujetos de cuidado.

En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes.

4.5. MARCO INSTITUCIONAL

La Universidad de Cundinamarca se identifica con la prestación de un Servicio de educación superior de alta calidad y excelencia académica. Se soporta en una cultura corporativa inspirada en un enfoque sistémico que asegura, controla, mejora y comunica continuamente el desempeño institucional y que privilegia la satisfacción permanente y continua de los usuarios y demás partes interesadas, mediante el ejercicio oportuno, pertinente y articulado de la docencia, la investigación y la extensión, a partir de una formación y desarrollo integral permanente de la comunidad universitaria y en un contexto de cooperación regional, nacional e internacional.

Es una Institución de Educación Superior del orden Departamental, adscrita al Ministerio de Educación Nacional, autónoma jurídica, presupuestal y administrativamente. Cuenta con ocho sedes en igual número de Municipios del Departamento, siete facultades, 23 Programas aprobados y cerca de 9000 estudiantes en pregrado de los estratos 1, 2 y 3. Su función social es atender las necesidades de formación académica, investigación y extensión de las diferentes regiones del Departamento y del país. Por ello, se ha vinculado al Sector público y privado a través de convenios interadministrativos y de cooperación, con fin de aunar esfuerzos tendientes a lograr la satisfacción de las necesidades de la comunidad en general, los sectores públicos y privados y al mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos.

Nuestras acciones se encuentran enmarcadas dentro de los parámetros establecidos por la Constitución y la Ley, especialmente en lo referido por la Ley 1150 de 2007 y Decreto 2474 de 2008, con los cuales las Universidades Públicas pueden celebrar convenios Interadministrativos en aquellos proyectos relacionados con su objeto específico. En este sentido, la Ley 30 de 1992, por medio de la cual se reglamentan las Instituciones de Educación Superior en el país, establece como los ejes de acción la Docencia, la Investigación y la Extensión. Este último, permite

que el conocimiento que se genera al interior de las Universidades, sea puesto al servicio de la comunidad a través de diferentes formas de aplicación, como lo son la capacitación, asistencia técnica, la innovación tecnológica, la educación continua y el arte, la cultura y el deporte, a través de asesorías, consultorías, interventorías u otras que generen no solo desarrollo regional o local, sino que trasciendan las barreras físicas para abonar el terreno de lo global y que permitan valores agregados a la persona, la familia y la sociedad en general.

El Proyecto Educativo Institucional⁴⁷ con el que cuenta la Universidad de Cundinamarca incluye y define la interacción universitaria como una función que se articula con la ciencia, la tecnología y la innovación, así como con los procesos de formación-aprendizaje. Tiene como finalidad la realización de ejercicios permanentes de producción, construcción y transferencia de conocimiento y cultura que permita la integración, el encuentro y el diálogo con la comunidad y la sociedad en la creación de soluciones que aporten a las políticas nacionales y contribuyan a la comprensión de la realidad social, local, regional y nacional. Lo anterior hace que esta función sustantiva no sea solo proyectos de proyección social o extensión, sino del involucramiento con la comunidad a partir de los diálogos de saberes y los procesos de transformación que se hacen con la comunidad, armonizando con las acciones que provienen de las estrategias de Ciencia y Tecnología.

A partir de este eje misional, en el programa de enfermería de la Universidad de Cundinamarca en el contexto del núcleo de profundización de salud sexual y procreativa se crea un espacio para la atención de adolescentes y jóvenes a partir del referente de los centros amigables del ministerio de salud en el año 2008, el sustento estaba en una problemática de inicio temprano de la vida sexual y de embarazos en los adolescentes, planteando la necesidad de integrar el trabajo de la Unidad Amigable en las instituciones o sectores donde se encontraban los adolescentes, priorizando las instituciones educativas del municipio y la región con el desarrollo de los programas de educación sexual y construcción de ciudadanía. En un trabajo coordinado con la Secretaría de Salud de Cundinamarca y Girardot se inicia el seguimiento al riesgo de las gestantes, puérperas y lactantes adolescentes en busca de prevenir el embarazo subsiguiente, mantenerlas vinculadas al proyecto educativo personal y que se apropiaran de la crianza de sus hijos, disminuyendo así la deserción escolar, mejorado la adherencia a la anticoncepción y fortalecimiento un proyecto de vida centrada en la formación educativa. Este trabajo requiere que los sectores de educación, Salud, ICBF, comisarías de familia, EPS/IPS primarias se vinculen y apoyen el seguimiento y atención de este grupo poblacional para disminuir sus riesgos y adherirlas a los procesos de atención y formación.

⁴⁷ Universidad de Cundinamarca Proyecto Educativo Institucional- PEI- de la Universidad de Cundinamarca (sitio web) consultado en: disponible en: https://www.ucundinamarca.edu.co/documents/normatividad/acuerdos_superior/acuerdo-018-05-may-2016.PDF, consultado en: 22/08/2020

Durante el año 2014 se reportaron y vincularon al Programa “Madres Adolescentes un Reto Social de Academia” de la Unidad Amigable 60 adolescentes en estado de gestación, 45 en etapa de puerperio y 36 lactantes menores, a los cuales se visitaron 86.6% de las gestantes y el 100% de las puérperas y lactantes menores reportados; para un total de 132 visitas cubriendo el 94.2% de la población.

En toda la experiencia como líderes en el proyecto se observaron muchos factores que se encuentran inmersos en un embarazo a temprana edad, Factores biológicos como la edad de la menarquía en donde prevalecían las edades de 11 a 12 años, factores de comportamiento en los cuales se evidencia que las adolescentes inician su vida Sexual desde los 13 años, con una prevalencia en la población entre los 14 y 16 años, el 39,6% de estas jóvenes recibió consejería de planificación familiar, pero el 90,8% no utilizó ningún método de planificación antes de su gestación, evidenciando que la mayoría de las adolescentes pierden la continuidad del método de planificación familiar, a causa de cambio de método repentino sin consejería previa, los factores estructurales en donde se encontró que la mayoría de las adolescentes viven en la periferia del municipio de Girardot, ya sea en las orillas del río Magdalena y Bogotá, predominando el estrato 1 y 2, todos estos datos nos da evidencia de un gran Problema que necesita de mayor Atención por parte de la comunidad y por parte de los entes políticos y de Salud.

4.5.1. Plataforma Estratégica Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes:

4.5.1.1. Misión

Somos una Unidad Amigable que presta servicios de Salud integrales de baja complejidad a los adolescentes y jóvenes del municipio de Girardot, con altos estándares de calidad y mejora continua, basada en la participación social, el desarrollo del talento humano, la relación docencia servicio e investigación, respetando la dignidad del individuo con enfoque diferencial, de derechos logrando satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales del individuo y su familia.

4.5.1.2. Visión

Para el 2025, la Unidad Amiga de los adolescentes y jóvenes de la Universidad de Cundinamarca quiere ser reconocida a nivel institucional, municipal, departamental y nacional como una institución líder e idónea en la prestación de servicios integrales en salud con énfasis en la adolescencia, juventud y sus familias, promoviendo la gestión del conocimiento y autocuidado a través de unos procesos de formación y atención humanizada para mejorar el cuidado y la salud de esta comunidad.

4.5.1.3. Objetivo General

Desarrollar programas y proyectos de promoción de la salud que fomenten el cuidado sexual y mental en los adolescentes, jóvenes y sus familias a partir de acciones como la movilización social, participación en el diseño e implementación de políticas públicas, generación de capacidades sociales e individuales, la participación ciudadana, la generación de entornos saludables, la educación en salud en el entorno escolar, comunitario e identificación oportuna del riesgo.

4.5.1.4. Objetivos Específicos

- ❖ Diseñar programas promocionales en salud sexual y mental con énfasis en atención primaria.
- ❖ Articular las rutas de atención escolar con las rutas de atención en salud.
- ❖ Gestionar los procesos de atención al escolar según los riesgos identificados con las EPS e IPS primaria.
- ❖ Evaluar a través de indicadores la atención brindada.
- ❖ Retroalimentar los procesos de mejora continua.

4.5.1.5. Objetivos Corporativos

- ❖ Contribuir al desarrollo social de la región mejorando la calidad de vida y reducción de la morbilidad, mortalidad e incapacidad evitable en la población adolescente y joven.
- ❖ Prestar servicios de Salud Sexual y Salud Mental, que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas de la población en relación con la promoción, el fomento, la conservación de la salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad desde la Atención Primaria en Salud.
- ❖ Formar integralmente Enfermeros para el cuidado del adolescente y joven contextualizados en la razón de la Unidad Amigable con énfasis en Salud Sexual y Mental.
- ❖ Integrar a la prestación de los servicios de la Unidad la población diversa contribuyendo a las necesidades de promoción del cuidado, prevención del riesgo y mitigación del daño además de la disminución del estigma y rechazo social.
- ❖ Desarrollar investigaciones que busquen mejorar las realidades que viven los adolescentes y jóvenes del municipio y la región.

4.5.1.6. Política de Humanización:

El talento humano de la Unidad Amigable, está comprometido, formado y decidido a brindar un servicio amable, continuo e integral, desde el respeto a las diferencias, la igualdad y la garantía de la privacidad y la comunicación, generan un ambiente de confianza que permite una cálida empática y oportuna atención al adolescente y al joven, que redunde en su bienestar, la de su familia y la sociedad.

4.6. MARCO LEGAL

La constitución política de Colombia en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga.

En Ley 100 de 1993 La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de 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.

La Vigilancia en Salud pública incluye la vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extrema, la interrupción voluntaria del embarazo IVE, el embarazo en adolescentes y del modelo de seguridad clínica que incluya disponibilidad, oportunidad y suficiencia de sangre y componentes sanguíneos en los Servicios de Salud para el manejo de las complicaciones obstétricas; así como el fortalecimiento de sistemas de información y gestión del conocimiento, ligado al Observatorio de maternidad segura, IVE, embarazo en adolescentes. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de los datos y gestión de la información.

El protocolo se sintoniza con la concepción garante de los derechos de niñas y adolescentes, establecida en la Constitución Política del 1991 y en la Ley 1098 del 2006 (Código de infancia y adolescencia). Así, reitera que toda adolescente que ingresa al Servicio de Salud es sujeta de derechos, indistintamente de la edad, etapa de desarrollo en que se encuentre y de las características derivadas de su condición de género, raza, situación socioeconómica, cultural, política e, incluso, de su discapacidad. Se resalta que, aunque ella no cumpla con la mayoría de edad estipulada por la ley en Colombia, prima su derecho individual para tomar las decisiones autónomamente, es decir, libre de coerciones, presiones o imposiciones.

Se garantiza un acompañamiento por parte de los adultos que le genere sensación de confianza y protección, como también la disposición de profesionales e instituciones idóneas y competentes para facilitarle que de manera autónoma tome la mejor decisión para su Salud y su vida.⁴⁸

El decreto 3705 de 2007 declara el día nacional de la prevención del embarazo en adolescentes en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos [41](#) y [46](#) de la Ley 1098 de 2006.⁴⁹

El artículo 45 de la Constitución Política establece que los adolescentes tienen derecho a la protección y a la formación integral, y que el Estado y la sociedad deben garantizar la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

El artículo 7° de la Ley 1098 de 2006, expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, establece que se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior;

Dentro del artículo 41 de la Ley 1098 de 2006 en sus numerales 2 y 8 establece que corresponde al Estado asegurar las condiciones para el ejercicio de los derechos y prevenir su amenaza o afectación a través del diseño y la ejecución de políticas públicas sobre infancia y adolescencia, y promover en todos los estamentos de la sociedad, el respeto a la integridad física, psíquica e intelectual y el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes y la forma de hacerlos efectivos. En su artículo 46 establece como una de las obligaciones especiales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para asegurar el derecho a la Salud de los niños, las niñas y los adolescentes, desarrollar Programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes; Que la prevención de la fecundidad no deseada en adolescentes es una de las prioridades de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos,⁵⁰ el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional de Salud Pública; teniendo en cuenta el incremento de las tasas de fecundidad de esta población en las últimas décadas, se hace necesario sensibilizar a la sociedad colombiana sobre los factores de riesgo que inciden en la problemática del embarazo en adolescentes y sus consecuencias

⁴⁸ Restrepo Olga; Díaz Ivonne; Néstor Balcázar; Quintero Carlos; Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años, Ministerio de Salud y Protección Social.

⁴⁹ LEY 266 DE 1996 (enero 25) Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

⁵⁰ Ministerio de Salud, Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (sitio web) año 2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf> (consultado 31/Agosto/2020).

personales, familiares y sociales, así como, destacar la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado en su Atención, cuidado y protección; Que el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) ha propuesto que en los países de la región, el 26 de Septiembre se conmemora el Día de la Prevención del Embarazo Adolescente, con el propósito de articular acciones entre instancias públicas y privadas para informar y sensibilizar a la sociedad acerca de la importancia de la prevención de embarazos en adolescentes, y velar por el cumplimiento y respeto de los derechos Sexuales y Reproductivos de esta población.

4.7. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA MATERNIDAD SEGURA, SALUDABLE Y FELIZ DE CUNDINAMARCA

La Ruta Materno–Perinatal, es una oportunidad para sacar adelante la Agenda Internacional de Desarrollo Sostenible 2030, específicamente en lo referente a los objetivos *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades* y *Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas*, pues aporta acción y gestión alrededor de las siguientes metas:

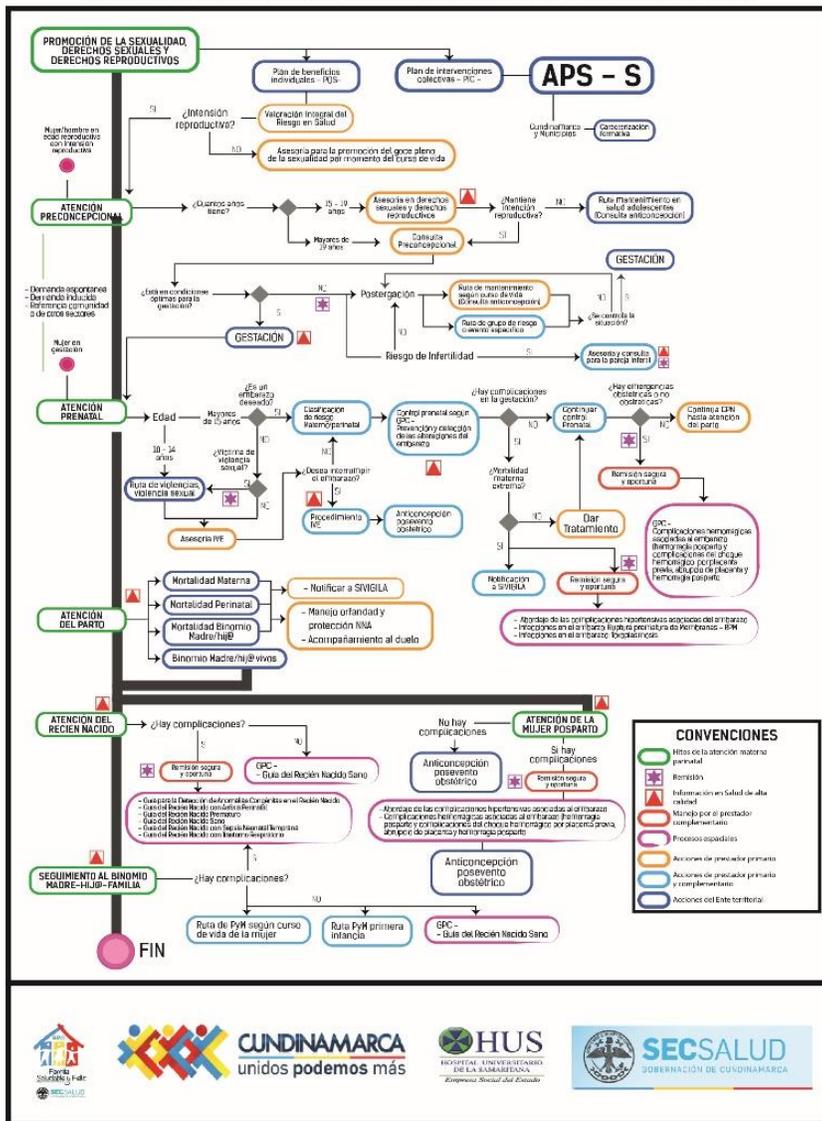
- ❖ De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- ❖ De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.⁵¹

Figura 1. Gestión del Riesgo individual en Salud, Flujograma Ruta de la Maternidad Segura y Saludable.

⁵¹ Ruta integral de atención para la maternidad segura, saludable y feliz de cundinamarca 28-2-2017. Disponible en: https://mailunicundiedumy.sharepoint.com/personal/ccastroq_ucundinamarca_edu_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fccastroq%5Fucundinamarca%5Fedu%5Fco%2FDocuments%2FDatos%20adjuntos%2FDT%20final%20con%20correccion%20de%20estilo%281%29%2Epdf&parent=%2Fpersonal%2Fccastroq%5Fucundinamarca%5Fedu%5Fco%2FDocuments%2FDatos%20adjuntos&originalPath=aHR0cHM6Ly9tYWlsdW5pY3VuZGllZHUtbXkuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOml6L2cvcGVyc29uYWwvY2NhczRyb3FfdWN1bmRpbmFtYXJiYV9lZHVfY28vRVJrRjBRNmkw0pGclZYbVM0UUhuRGdCTG95SVRLalNENlp1UG9QTzNOVmVGZz9ydGltZT1wQXRnaTFTeTJFZW consultado el 01 de diciembre del 2020.

GESTIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL EN SALUD

FLUJOGRAMA RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA, SALUDABLE Y FELIZ



Por lo anterior esta ruta el documento contempla un componente promocional y un componente de acción. Del componente promocional se integra los siguientes momentos de atención:

- ❖ Asesoría Individual para la Promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos⁵²

- ❖ Asesoría Grupal para la Promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos⁵³

- ❖ Atención prenatal (Asesoría Grupal para la preparación a la maternidad y la paternidad segura, saludable y feliz)⁵⁴
- ❖ Información en

Salud, Educación y Comunicación, Redes Comunitarias y Centros de Escucha, RBC para la Promoción de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos⁵⁵

⁵² Médica. MgS (c) Salud Pública. Experta Temática de la Ruta de Atención Integral para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca -Hospital Universitario de La Samaritana. caroroa@yahoo.com

⁵³ Médica. MgS (c) Salud Pública. Experta Temática de la Ruta de Atención Integral para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca -Hospital Universitario de La Samaritana. caroroa@yahoo.com

⁵⁴ Médico. Ginecólogo y Obstetra. Consultor de la Ruta de Atención Integral para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca -Hospital Universitario de La Samaritana. edwin.cruzacruz@gmail.com

⁵⁵ Médica. MgS (c) Salud Pública. Experta Temática de la Ruta de Atención Integral para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca -Hospital Universitario de La Samaritana. caroroa@yahoo.com

Esta ruta también contempla acciones para desarrollar para el reconocimiento, la gestión y respuesta de las necesidades de las mujeres y hombres de Cundinamarca, desde la Gestión del Riesgo en Salud:

- ❖ Consulta de salud para la valoración integral de la salud por profesionales de medicina o enfermería⁵⁶
- ❖ Atención preconcepcional (Asesoría para adolescente con intención reproductiva)⁵⁷
- ❖ Consulta preconcepcional por profesional de medicina o enfermería⁵⁸
- ❖ Atención prenatal (Atención Integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo)⁵⁹
- ❖ Atención Integral de la Mujer gestante menor de 15 años⁶⁰
- ❖ Atención Integral en Control Prenatal de la Mujer y la Familia Gestante de bajo riesgo
- ❖ Atención Integral en Control Prenatal de la Mujer y la Familia Gestante de alto riesgo⁶¹
- ❖ Atención integral en salud oral a las mujeres gestantes ⁶²
- ❖ Atención integral del trabajo de parto⁶³
- ❖ Atención integral de la mujer en el puerperio⁶⁴
- ❖ Anticoncepción post evento obstétrico⁶⁵
- ❖ Seguimiento a la Mujer y la Familia Gestante durante el primer mes postparto⁶⁶

4.7.1. Resolución Número 3280 De 2018

La Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno – Perinatal, ⁶⁷definen e integran las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna

⁵⁶ Médica. MgS (c) Salud Pública. Experta Temática de la Ruta de Atención Integral para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca -Hospital Universitario de La Samaritana. caroroa@yahoo.com

⁵⁷ Médica. MgS (c) Salud Pública. Experta Temática de la Ruta de Atención Integral para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca -Hospital Universitario de La Samaritana. caroroa@yahoo.com

⁵⁸ Médica. Ginecóloga y Obstetra. Consultora de la Ruta de Atención Integral para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca -Hospital Universitario de La Samaritana. magaro2000@gmail.com

⁵⁹ Médico, Ginecólogo y Obstetra. Consultor de la Ruta para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca. Hospital Universitario de La Samaritana. eper047@gmail.com

⁶⁰ Médica. Ginecóloga y Obstetra. Consultora de la Ruta de Atención Integral para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca -Hospital Universitario de La Samaritana. indira_na@hotmail.com

⁶¹ Médico, Ginecólogo y Obstetra. Consultor de la Ruta para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca. Hospital Universitario de La Samaritana.

⁶² Médica. Ginecóloga y Obstetra. Consultora de la Ruta de Atención Integral para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca -Hospital Universitario de La Samaritana. indira_na@hotmail.com

⁶³ robertogallo99@gmail.com

⁶⁴ Médico. Ginecólogo y Obstetra. Coordinador General y Consultor de la Ruta de Atención Integral para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca -Hospital Universitario de La Samaritana. robertogallo99@gmail.com

⁶⁵ Médica. Ginecóloga y Obstetra. Consultora de la Ruta de Atención Integral para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca -Hospital Universitario de La Samaritana. indira_na@hotmail.com

⁶⁶ Médico, Ginecólogo y Obstetra. Consultor de la Ruta para la Maternidad y la Paternidad Segura, Saludable y Feliz de Cundinamarca. Hospital Universitario de La Samaritana. eper047@gmail.com

⁶⁷ Resolución 3280 de 2016, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018, pag: 2 disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>, consultado en: 31 de agosto de 2020

e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de las gestantes,⁶⁸ el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para el grupo de riesgo materno perinatal. Esta herramienta procura la gestión que da lugar a las atenciones e intervenciones en salud a partir de la promoción del bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, las atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y las acciones de cuidado que se esperan de las personas para el mantenimiento o recuperación de su Salud.

Objeto: La presente resolución tiene por objeto⁶⁹ adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación.

En el artículo 6 se da a conocer el Monitoreo y evaluación⁷⁰ de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Los obligados al cumplimiento de esta resolución realizarán, en el marco de sus competencias, el monitoreo de las intervenciones de las rutas a que alude el presente acto administrativo y la evaluación de los resultados en salud y reducción de las inequidades en salud en las personas, familias y comunidades, derivadas de su implementación.

Los resultados del monitoreo y evaluación constituirán insumo para la toma de decisiones requeridas para garantizar la calidad de la atención en salud, determinar el impacto de las intervenciones contenidas en las rutas y el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

A partir de la Ruta nacional para la atención de la mujer en gestación la Secretaria de Salud de Cundinamarca adopta la Ruta Integral de Atención para la Maternidad Segura Saludable y Feliz de Cundinamarca, en esta se reconoce que la maternidad y la paternidad son decisiones que los sujetos asumen autónoma y libremente en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, los cuales se deben promover

⁶⁸ Ruta para mejorar la Salud materna, Ministerio de Salud, disponible: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx>

⁶⁹ Resolución 3280 de 2016, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018, pag: 3 disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>, consultado en: 31 de agosto de 2020

⁷⁰ Resolución 3280 de 2016, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018, pag: 4 disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>, consultado en: 31 de agosto de 2020

en los entornos donde se desarrolla la vida tales como el hogar, la escuela, el trabajo, la comunidad y la institucionalidad⁷¹

⁷¹ Cruz Almaguer, C. D. L. C., Cruz Sánchez, L., López Menes, M., & González, J. D. (2012). Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(1), 168-175.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 DISEÑO DE ENFOQUE

Cuantitativo desde un abordaje etnográfico; este generalmente estudia y ayuda a determinar objetivamente el entorno permitiendo establecer contacto con la realidad a fin de conocer mejor el entorno y las situaciones que ocurren en condiciones naturales es decir que describe el impacto del Programa de la Unidad Amigable con las Madres Adolescentes que estén o hayan estado vinculadas, mirando los cambios y la adopción de prácticas cuidantes en su vida Sexual específicamente en la prevención del embarazo subsiguiente, en la adherencia a la anticoncepción, en la crianza de su hijo y en la continuidad de su proyecto de vida.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo retrospectivo, ya que la recolección de datos será de cinco años atrás con base a la información que suministre la Unidad Amigable y la entrevista a cada adolescente a través de la visita domiciliaria.

5.2.1. Universo

1.245 madres adolescentes que se encuentran reportadas por las diferentes IPS/ESE del municipio a la secretaria de salud de Girardot en los periodos a estudiar.

Tabla 1. Mujeres Menores de 18 años reportadas por las IPS/ESE a la Secretaria de Salud de Girardot del 2015 al 2018

NUMERO DE MUJERES MENORES DE 18 AÑOS -2015	EDAD	TOTAL
78	12 AÑOS	1
	13 AÑOS	2
	14 AÑOS	7
	15 AÑOS	27
	16 AÑOS	46
	17 AÑOS	54
	18 AÑOS	76
TOTAL		213
NUMERO DE MUJERES MENORES DE 18 AÑOS -2016	EDAD	TOTAL
56	14 AÑOS	6
	15 AÑOS	29
	16 AÑOS	43
	17 AÑOS	63
	18 AÑOS	56

TOTAL		197
NUMERO DE MUJERES MENORES DE 18 AÑOS -2017	EDAD	TOTAL
51	12 AÑOS	1
	13 AÑOS	1
	14 AÑOS	5
	15 AÑOS	18
	16 AÑOS	43
	17 AÑOS	56
TOTAL	18 AÑOS	75
	TOTAL	199
NUMERO DE MUJERES MENORES DE 18 AÑOS -2018	EDAD	TOTAL
648	13 AÑOS	2
	14 AÑOS	6
	15 AÑOS	9
	16 AÑOS	25
	17 AÑOS	22
	18 AÑOS	32
TOTAL		96

5.2.2. Población:

1.127 adolescentes que se encuentran en las bases de datos como participantes del Programa *MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA* de la Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes de la Universidad de Cundinamarca del periodo 2014 a 2018.

Es de considerar que por la época de la pandemia no fue posible realizar las visitas domiciliarias iniciales para motivar la participación de las adolescentes por lo que se procedió a hacer contacto telefónico dificultando la aceptación de participación por parte de las adolescentes o negar su existencia. Durante la verificación de la población participante del estudio se encontró que de las 1.127 adolescentes en gestación y/o puérperas registradas en la base de datos se halló:



Por lo anterior se inició la recolección de la información, con las personas que aceptaron, teniendo en cuenta que durante el proceso de recolección de información se contactaron.

5.2.3. Muestra

Se proyectó una muestra de 287 madres adolescentes, con un nivel de confianza: 95%, margen de error: 5%.

5.2.4. Criterios de Inclusión:

- ❖ Que hayan estado vinculadas al Programa.
- ❖ Que se encuentren viviendo en Girardot.
- ❖ Que acepten la visita domiciliaria.



5.3. MUESTREO

Es de tipo probabilístico dado que es una técnica de muestreo en virtud de la cual las muestras son recogidas en un proceso que brinda a todos los individuos de la población las mismas oportunidades de ser seleccionados y se tendrá en cuenta que de la muestra calculada se tomará equitativamente adolescentes menores de 14 (10 a 13 años, 11 meses y 29 días) adolescentes mayores de 14 años a 17 años, 11 meses y 29 días, jóvenes de 18 a 21 años 11 meses y 29 días, y que haya representación de todas las comunas y sector rural del municipio.

5.4. CUADRO DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo de Variable	Escala
	Son adolescentes	Componente Sociodemográfica	1. Edad	cualitativo	Intervalo

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo de Variable	Escala
Madres Adolescentes	entre los 10 y 19 años, son jóvenes de matrimonios o relaciones apresurados y poco durables, de crisis económicas personales o de pareja y de afecciones graves de salud tanto para la madre como para el pequeño, además son madres que no tuvieron protección sexual adecuada, por lo general no terminan sus estudios y donde se ve afectado su desarrollo tanto físico como psicológico	Características Personales Incluye la descripción de las características sociales y demográficas de un grupo de madres adolescentes, tales como: grado de escolaridad, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, estado civil.	2. Escolaridad	cualitativo	Nominal
			3. Estado Civil	cualitativo	Nominal
			4. Conformación Familiar	cualitativo	Nominal
			5. SGSSS	cualitativo	Nominal
			6. EAPB	cualitativo	Nominal
			7. EPS Primaria	cualitativo	Nominal
		Características Socioeconómicas: Es un indicador que surge a partir del análisis del salario o del dinero que obtiene un individuo; de sus condiciones de empleo.	9. Dirección	cuantitativo	discreta
			10. Residencia	cualitativo	Nominal
			11. Procedencia	cualitativo	Nominal
			12. Zona	cualitativo	Nominal
			1. Ocupación	cualitativo	Nominal
			2. Experiencia Laboral	cualitativo	Nominal
Evaluación del Impacto del Programa	Medición de los cambios en el bienestar de los individuos que pueden ser atribuidos a un programa específica. Su propósito general es determinar la efectividad de las políticas, programas o proyectos ejecutados. (Patton, 2002)	Prevención Del Embarazo Subsiguiente: Conjunto de decisiones políticas y acciones planificadas de carácter nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes con énfasis en la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos- DSR- para contribuir a la prevención del embarazo y la	3. Tipo de trabajo	cualitativo	Nominal
			4. Tipo de contrato	cualitativo	Nominal
			5. Ingreso económico	cualitativo	Nominal
			1. Conocimiento del uso del condón	cualitativo	Nominal
			2. Colocación del condón	cualitativo	Nominal
			3. Retiro del condón	cualitativo	Nominal
			4. número de veces que utiliza el mismo condón	cuantitativo	Continuo
5. Acceso a condones	cualitativo	Nominal			
6. Recibe condones por parte de la EAPB o SSAAJ	cualitativo	Nominal			
7. Cantidad a la cual accede	cuantitativo	Intervalo			

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo de Variable	Escala
		reducción del embarazo subsiguiente".	8. Antecedentes Obstétricos	cualitativo	Nominal
			9. Experiencias anticonceptivas desde la sexarquia	cualitativo	Nominal
			10. Antes de quedar en embarazo utilizó algún método de planificación	cualitativo	Nominal
			11. Qué método de planificación usa	cualitativo	Nominal
			12. Durante los embarazos posteriores asistió a los controles prenatales y al finalizar su estadía hospitalaria conto con una asesoría anticoncepción	cualitativo	Nominal
			13. Se encuentra actualmente en embarazo	cualitativo	Nominal
			14. Planificaba antes de quedar embarazada	cualitativo	Nominal
			15. Si hubo un embarazo posterior al acompañamiento asistió a controles prenatales durante el embarazo	cuantitativo	discreta
			16. Recibió consejería de anticoncepción durante los últimos	cualitativo	Nominal

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo de Variable	Escala
			controles de su embarazo		
			17. Ha tenido la intención o desea volver a quedar embarazada	cualitativo	Nominal
		Continuidad del Proyecto de Vida: Impulsa al individuo a tomar decisiones o perseguir sus aspiraciones, el propósito u objetivo es el de alcanzar las metas trazadas	1. Expectativas tenía antes de quedar en embarazo, logro fortalecer su hogar o por lo contrario encontró una nueva pareja, debido a este acontecimiento	cualitativo	Nominal
			2. En qué pensaba o que soñaba ser antes de su embarazo?	cualitativo	Nominal
			3. Cómo cambio su vida el embarazo y el nacimiento de su hijo?	cualitativo	Nominal
			4. Actualmente cuál es su proyecto de vida?	cualitativo	Nominal
			5. Qué le faltó para poder dar continuidad a su proyecto de vida a nivel de la familia, de la pareja, del sector educativo, del sector Salud, del sector productivo?	cualitativo	Nominal
			6. Qué le faltó a usted misma para poder dar continuidad a	cualitativo	Nominal

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo de Variable	Escala
			su proyecto de vida?		
			7. continuidad a su formación académica?	cuantitativo	Nominal
			8. Si no dio continuidad a sus estudios cuanto tiempo los suspendió?	cuantitativo	Nominal
			9. Cómo organizó su tiempo para poder continuar con sus estudios?	cuantitativo	Nominal
			10. Cómo fue el apoyo que recibió por parte de su familia en este proceso?	cuantitativo	Nominal
			11. Cómo fue el apoyo que recibió por parte de su pareja en este proceso?	cuantitativo	Nominal
			12. Cómo fue el apoyo que recibió por parte de la institución educativa en este proceso?	cuantitativo	Nominal
		Apropiación De La Crianza: Acciones de socialización dirigidas por adultos, estimando a los adolescentes como personas no aptas para lograr las trayectorias de desarrollo ideal esperado en los niños y niñas	1. Definieron normas y límites en su relación de pareja?	cuantitativo	Nominal
			2. Relación afectiva con su hijo		
			3. ¿Tienen acuerdos con su pareja o familia para corregir a su hijo?		

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo de Variable	Escala
			4. ¿Quién manda en la casa? Como se toman decisiones?		
			2. Dentro de su jornada laboral le dan la posibilidad de asistir a las diferentes actividades educativas o de Salud de su hijo, el tiempo de ocio en su hogar lo pasa con su hijo realizando actividades familiares o comparte la crianza de su hijo con otra persona?	cualitativo	Nominal
			3. Asiste a las consultas de adolescencia y juventud?	cualitativo	Nominal
			4. Como es la relación que tiene con su hijo.	cualitativo	Ordinal
			5. Corrige oportunamente a su hijo?	cualitativo	Ordinal
			6. Con quien comparte más tiempo su hijo	cualitativo	Nominal
			7. Quien toma las decisiones para el cuidado de su hijo?	cualitativo	Nominal
			8. Quién se responsabiliza de su cuidado diario?	cualitativo	Nominal
			Quien lleva a su hijo a los controles de		

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo de Variable	Escala
			crecimiento y desarrollo?		
			9. Económicamente quien aporta para el sustento de su hijo?	cuantitativo	Nominal
			10. Qué le ha hecho falta para asumir el cuidado de su hijo?	cuantitativo	Nominal
			11. Quién corrige al niño?	cuantitativo	Nominal
		Atención Intersectorial en Menores de Edad Víctimas de Violencia Sexual. Dentro de ella corresponde la Ruta de atención integral e intersectorial para el restablecimiento de los derechos en niñas y adolescentes embarazadas, se evaluará la atención brindada de acuerdo al sector Salud, protección, justicia, educación, ministerio público y anspe/ red unido.	1. Qué implica la atención inmediata.	cuantitativo	Nominal
			2. Por tratarse de un caso de sospecha de violencia sexual, se sigue el protocolo de atención integral a la víctima de violencia Sexual.	cuantitativo	Ordinal
			3. Procedimiento Si la menor de edad, opta por realizar la IVE.	cuantitativo	Ordinal
			4. Acciones de seguimiento se realiza después de la IVE.	cuantitativo	Ordinal
			5. Procedimiento si la menor opta por continuar el embarazo.	cuantitativo	Ordinal
			6. Seguimiento después del parto.	cuantitativo	Ordinal
			7. Remisiones que deben	cuantitativo	Ordinal

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo de Variable	Escala
			hacerse desde Salud a otros sectores.		
		Atención a Víctimas de Violencia Sexual Menores De 14 Años.	1. Protocolo de Atención a víctimas de violencia sexual a las niñas menores de 14 años.	cuantitativo	Ordinal
		Basado en la Ruta Integral de atención materno perinatal en el cual incluye en los diferentes momentos de atenciones que se le brindan a la adolescente menor de 14 años, de acuerdo con el protocolo antes mencionado.	2. Promoción de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.	cuantitativo	Ordinal

5.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La recolección de la información seguirá el método cuantitativo, tomando registros de visitas de seguimiento al riesgo de las gestantes adolescentes de los periodos 2014 al 2018 como un trabajo retrospectivo para evaluar el impacto del trabajo realizado, es importante resaltar que este seguimiento se realizará a través de visitas domiciliarias registrando la información en una guía de observación, entrevista a la madre adolescente, su pareja y la familia si vive con ella, en caso de ser necesario se verificara también la atención recibida en su EPS, ICBF, comisaria de familia, institución educativa como instituciones encargadas de garantizar su protección y acompañamiento en la continuidad de su desarrollo y garantía de derechos.

5.5.1. Técnicas.

5.5.1.1. Entrevista Dirigida

Consiste en un cuestionario de preguntas que servirán como soporte, convirtiéndola en un conversatorio, donde existe un importante grado de información que permite enriquecer y profundizar en el tipo de información necesaria para Evaluar el impacto del Programa “Proyecto Madres Adolescentes un Reto Social y de Academia” mediante la adopción de prácticas cuidantes en su vida sexual específicamente en la prevención del embarazo subsiguiente y en la adherencia a la anticoncepción, en la crianza de su hijo y en la continuidad de su proyecto de vida.

5.5.1.1.1. Guía de Entrevista

Se elaboró un instrumento diseñado para identificar en las madres adolescentes del Programa de la Unidad Amiga de los Adolescentes y Jóvenes de la Universidad de Cundinamarca entre los años 2014-2018, las experiencias personales en cuanto a la apropiación de las pautas de crianza, las acciones de cuidado para la prevención del embarazo subsiguiente y continuación de su proyecto de vida. el instrumento contiene una serie de preguntas que se resaltan al inicio de cada indicador, con el fin de dar apertura a una conversación amplia que nos lleva a recopilar la información de las demás preguntas sin que este se convierta en un cuestionario, teniendo en cuenta el instrumento como base para llevar a cabo el desarrollo del conversatorio. (Ver Anexo 1).

5.5.1.2. Listas de Chequeo

Las listas de chequeo, son formatos creados para verificar el cumplimiento de los protocolos establecidos a través de un listado de preguntas en forma de cuestionario y de requisitos para recolectar datos ordenadamente y de manera sistemática toda la información que se podrá reunir de acuerdo con los sujetos de aplicación en el cual incluye la madre adolescente, las niñas menores de edad, menores de 14 años y su atención intersectorial en cuanto a la violencia Sexual.

5.5.1.2.1. Lista de Chequeo Para La Madre Adolescente En La Prevención Del Embarazo Subsiguiente

Es una herramienta dispuesta y creada para la verificación de la adherencia en la atención de acuerdo con los programas de planificación familiar y reducción del embarazo subsiguiente en su EPS e IPS primaria la cual está basada en las dos rutas de atención: Ruta de atención a la maternidad y a la anticoncepción, y la Ruta de prevención del embarazo subsiguiente del ministerio de Salud permitiendo obtener la recolección de la información⁷² (ver Anexo 4)

5.5.1.2.2. Lista de Chequeo En Atención A Víctimas De Violencia Sexual En Niñas Menores De 14 Años.

Es una herramienta que busca verificar el cumplimiento de la Ruta Integral de Atención en Salud Materna perinatal, para aquellas adolescentes y jóvenes, que han sido víctimas de violencia sexual o que su gestación se tipifique como producto

⁷² Quintero Rondón, A. P. (2014). *El Embarazo a Temprana Edad, Un Análisis desde la Perspectiva de Madres Adolescentes* (Doctoral dissertation, Universidad Industrial de Santander, Escuela De Trabajo Social).

de un caso de abuso sexual, verificando el cumplimiento de los procedimientos contemplados en la RIAMP con énfasis en: derechos sexuales, Conductas de la atención, está dividida en dos aspectos: 1. protocolo de atención a víctimas de violencia sexual a niñas menores de 14 años, la cual contiene 12 criterios de evaluación, 2. Promoción de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, que contiene 17 criterios de evaluación. (ver Anexo 2)

5.5.1.2.3. Lista De Chequeo Ruta De Atención Intersectorial A Las Niñas Menores De Edad Embarazada.

Es un herramienta definida para las Instituciones y Sectores en sus diferentes dimensiones que permitirá verificar el cumplimiento y diligenciamiento en los diferentes programas a los que tienen derecho la menor de edad víctima de violencia sexual, se realizó de acuerdo a la Ruta de atención intersectorial niñas menores de 14 años y mayores 14 años embarazadas⁷³ y cuenta con 5 criterios que corresponde a los diferentes sectores de la ruta: evaluación, Protección, Justicia, educación, Ministerio Público y ANSPE/red unidos. (ver Anexo 3)

⁷³ CONPES SOCIAL 147/2012: Rutas de atención para la prevención del embarazo en la adolescencia AJ-Ruta-Atención-Integral-EA - Ministerio de Salud Biblioteca Digital RID. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresultsf.aspx?k=CONPES%20SOCIAL%20147/2012:%20Ruta%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20salud%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescencia.%20Prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20subsiguiente.pdf>.

5.5.1.2.4. Lista De Chequeo Inspección De Historia Clínica

La siguiente herramienta creada y definida para las instituciones prestadoras de Salud dispuesta para la verificación del cumplimiento de los protocolos y programas establecidos para la una atención integral a las adolescentes que se encuentren en gestación y la atención brindada a la adolescente víctima de violencia Sexual y madre adolescente, se presenta un solo estándar de Historia Clínica y Registros, basada en la resolución 3100 de 2019, cuenta con diez criterios de evaluación, cada uno con sus diferentes opciones de calificación, evidencia, observación y semaforización y se aplicara a la institución de Salud que se esté evaluando. (ver Anexo 7)

5.5.2. INSTRUMENTOS

5.5.2.1 Plan de visita domiciliaria

Consiste en una visita que se realiza a la madre adolescente en su domicilio, la cual nos permite obtener información amplia y objetiva sobre el medio físico y familiar imposible de lograr desde otro medio, Valorando las practicas cuidantes en la anticoncepción y en la prevención del embarazo subsiguiente a partir de su experiencia, valorar la apropiación de la adolescente en el cuidado y educación de su hijo y la continuidad de su proyecto de vida. (Ver Anexo 8)

5.5.2.2 Ficha de registro de observación

Es una guía que nos permite establecer criterios a observar durante las visitas domiciliarias y entrevista con madres adolescentes para complementar desde las observaciones durante la interacción con la adolescente y/o pareja de la adolescente en el cumplimiento de la adopción de la crianza, en la prevención del embarazo subsiguiente y continuidad de su proyecto de vida y en la adherencia a la anticoncepción.

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN LOS AÑOS 2014 – 2018.

La tabulación de la información fue organizada teniendo en cuenta las variables definidas en la investigación:

- ❖ Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes que participaron del programa en los años 2014 – 2018.
- ❖ Características socioeconómicas de las gestantes adolescentes que participaron del programa en los años 2014 – 2018.
- ❖ Vida sexual y reproductiva de las gestantes adolescentes que participaron del programa en los años 2014 – 2018.
- ❖ Proyecto de vida de las gestantes adolescentes que participaron del programa en los años 2014 – 2018.
- ❖ La apropiación del rol materno y la crianza

6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

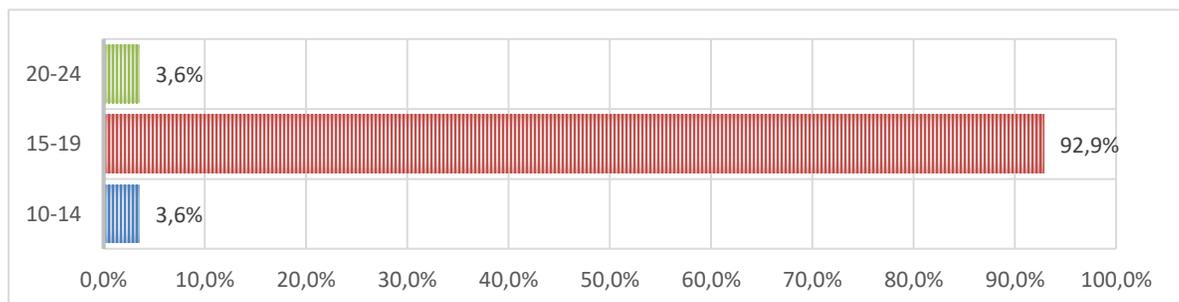
6.1.1. Edad de Gestación En Seguimiento

Tabla 2. Distribución por Edad de Gestación de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

Grupo Etéreo	Frecuencia	Porcentaje (%)
10-14	1	3,6%
15-19	26	92,9%
20-24	1	3,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 2. Distribución por Edad de Gestación de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres adolescentes que fueron encuestadas equivalentes al 100%, 26 (92,9%) tuvieron su gestación en los rangos de edades entre (15- 19 años). 1 (3,6%) adolescente presento su gestación entre (10-14 años) y 1 (3,6%) adolescente tuvo su gestación entre los rangos de edad (20- 24 años). El (92.9%) de las madres adolescentes tuvieron su gestación en la adolescencia media – tardía (15-19años) ⁷⁴

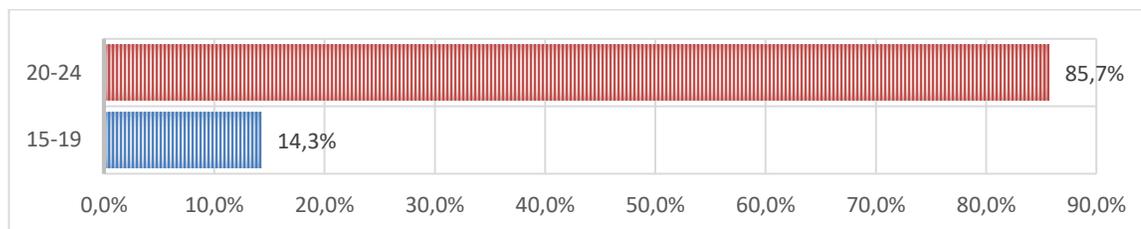
6.1.2. Edad Actual de la Madre Adolescente

Tabla 3. Distribución por Edad de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

1. Edad actual	Frecuencia	Porcentual (%)
15-19	4	14,3%
20-24	24	85,7%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 3. Distribución por Edad de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018



Fuente: sistematización y análisis propia del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres encuestadas, 24 (85,7%) se encuentran en una edad actual de (20 – 24 años) cursando por la juventud⁷⁵ 4 (14,3%) se encuentran en los rangos de (15 a 19 años).

⁷⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN DE 10 A 29 AÑOS. Consultado el día: 22 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/7/Deteccion%20temprana%20alteraciones%20joven.pdf>

⁷⁵ Ministerio de Salud y Protección Social... Resolución 3280 de 2018, pag. 57. Consultado el: 22 de febrero de 2021. Disponible en: https://procex.co/archivos/normatividad/Resoluci%C3%B3n_No_3280_de_2018.pdf

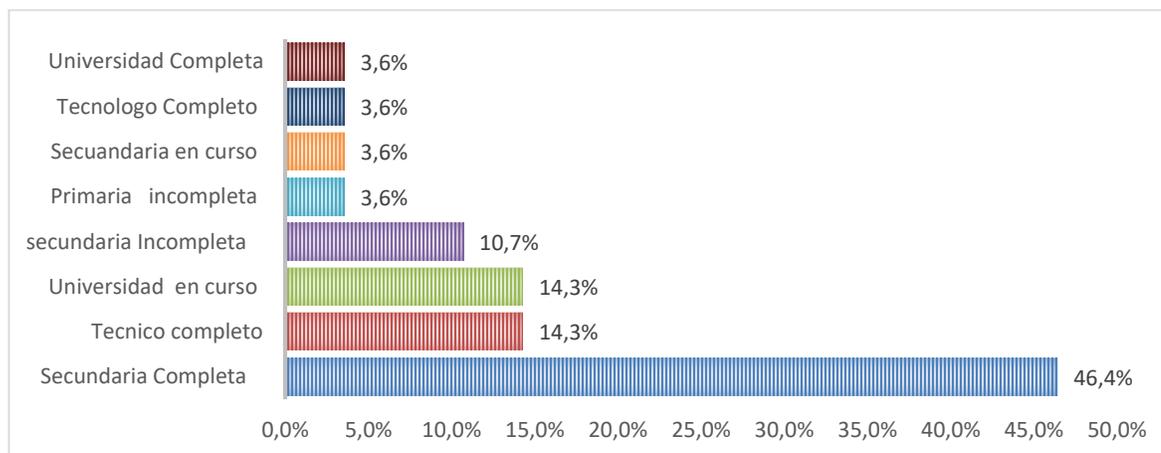
6.1.3. Escolaridad de la Madre Adolescente

Tabla 4. Distribución por Escolaridad de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

Escolaridad	Frecuencia	Porcentual (%)
Secundaria Completa	13	46,4%
Técnico completo	4	14,3%
Universidad en curso	4	14,3%
Secundaria Incompleta	3	10,7%
Primaria incompleta	1	3,6%
Secundaria en curso	1	3,6%
Tecnólogo Completo	1	3,6%
Universidad Completa	1	3,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 4. Distribución por Escolaridad de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018



Fuente: sistematización y análisis propia del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres encuestadas, el 46,4% (13) alcanzaron a culminar su secundaria, el 14,3% (4) lograron culminar su técnico, el 14,3% (4) adolescentes que se encuentran estudiando actualmente una carrera profesional, el 10,7% (3) adolescentes no lograron culminar con sus estudios, el 3,6% (1) adolescente en primaria incompleta, el 3,6% (1) adolescente en secundaria en curso, el 3,6% (1) adolescente que logro culminar su tecnólogo y el 3,6% (1) adolescente que pudo culminar sus estudios profesionales.

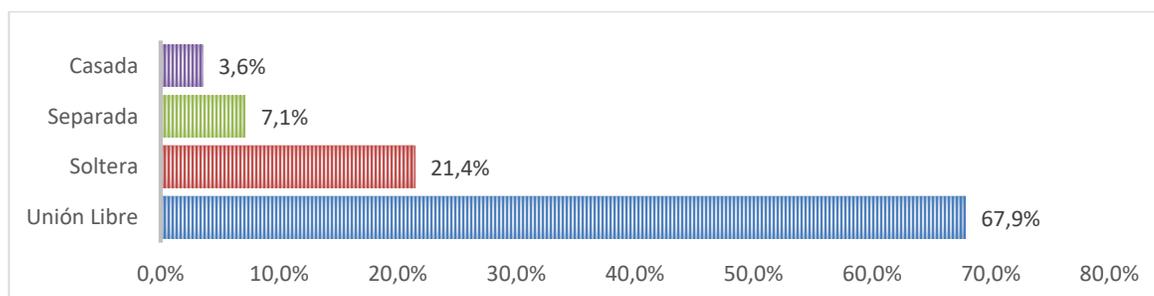
6.1.4. Estado Civil de la Madre Adolescente

Tabla 5. Distribución por Estado Civil de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

Estado Civil	Frecuencia	Porcentual (%)
Unión Libre	19	67,9%
Soltera	6	21,4%
Separada	2	7,1%
Casada	1	3,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 5. Distribución por Estado Civil de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018



Fuente: sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

Se evidencia que 28 madres adolescente equivalentes al 100%, 19 (67.9%) mujeres se encuentran viviendo en unión libre, el 21,4 % (6) madres adolescentes se encuentran solteras, el 7,1% (2) madres adolescentes se separaron de su pareja y el 3,6 % (1) madre adolescente está casada.

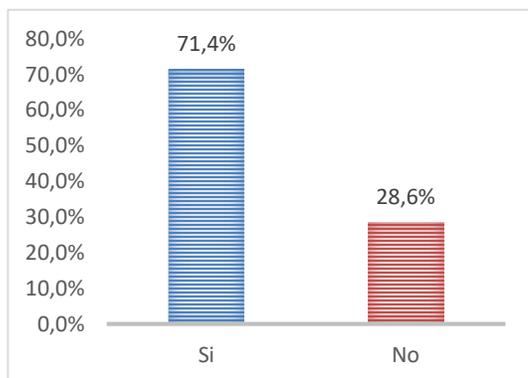
6.1.5. Continuidad de la Madre Adolescente con su pareja

Tabla 6. Distribución por Continuidad de las Madres adolescentes con su pareja, Girardot, 2014-2018

Continuidad con su pareja	Frecuencia	Porcentual (%)
Si	20	71,4%
No	8	28,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 6. Distribución por Continuidad de las Madres adolescentes con su pareja



De las 28 madres adolescentes equivalentes al 100%, 20 (71.4%) mujeres se encuentran conviviendo con la misma pareja, el (28,6%) 8 madres adolescentes que no continuaron con su misma pareja.

Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

6.1.6. Régimen SGSSS de la Madre Adolescente

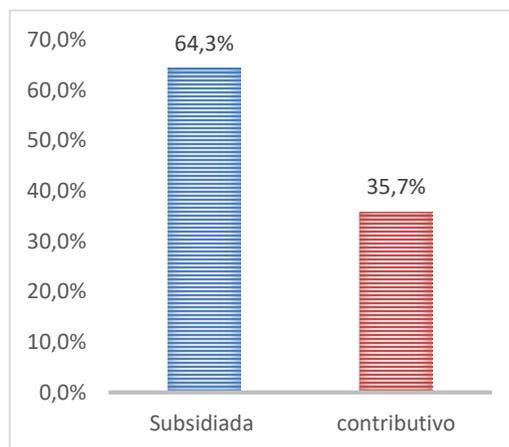
Tabla 7. Distribución por Régimen SGSSS de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

Régimen SGSSS	Frecuencia	Porcentual (%)
Subsidiado	18	64,3%
Contributivo	10	35,7%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 7. Distribución por Régimen SGSSS de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

Se evidencia que 28 madres equivalentes al 100%, el 64,3% (18) mujeres que pertenecen al SGSSS subsidiado, el 35,7% (10) mujeres pertenecen al régimen contributivo.



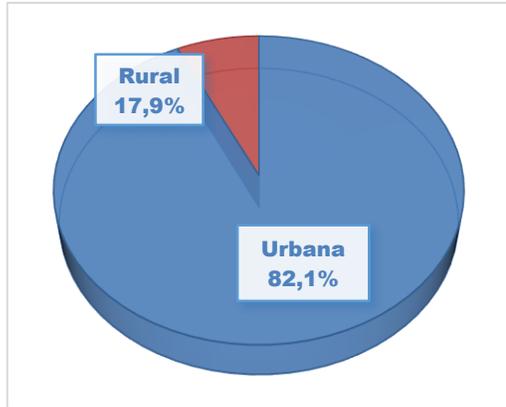
Fuente: sistematización y análisis propia

del grupo. Inv. 2014-2018

6.1.7. Procedencia, Ubicación, Residencia y Zona Territorial de la Madre Adolescente

Todas las madres adolescentes del Programa proceden, se ubican y residen en Girardot y su distribución por zonas territoriales (comunidades y veredas) es como se muestra a continuación:

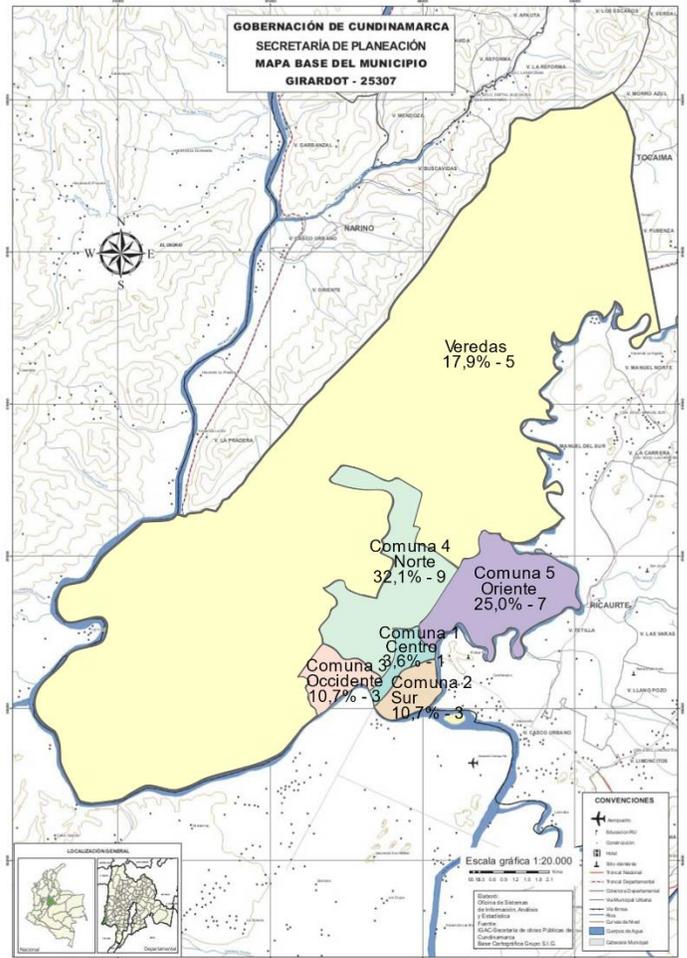
Figura 8. . Distribución por Zona Territorial de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 encuestadas, 17,9% viven en zona rural (Veredas: 5) y el 82,1% en zona urbana (Comunas: 23).

El 17,9% (5) madres adolescentes se encuentran en zona rural en entre las veredas de Barzalosa, y la entrada de villa Maritza. Su estrato es 0 y 1, estas adolescentes cuentan con poca disponibilidad económica y educativa.



En el casco urbano se encuentran: En la comuna 1 vive el 3,6% (1) madre adolescente ubicada en el barrio Granada,

En la comuna 2 el 10,7 % (3) madres adolescentes se encuentran ubicadas en el barrio Alto de las Rosas, vereda Guabinal , Sendero de las Acacias Portachuelo evidenciando que son estratos de 1 y 2 las viviendas donde habitan actualmente estas adolescentes. Estos barrios se categorizan por ser inseguro, y las personas cuentan con un trabajo informal, siendo también un tipo de familia disfuncional.

En la comuna 3 el 10,7 % (3) madres adolescentes se encuentran ubicadas en el barrio; Valle del Sol, San Jorge, y la Esperanza, evidenciándose que son barrios vulnerables con mayor riesgo en sus viviendas, siendo el barrio del Valle del Sol con mayor riesgo de deslizamientos de sus viviendas, y contaminación ambiental por cercanía del río. Son barrios que están en estrato 0-1- y 2, estas adolescentes pertenecen a una familia disfuncional y con un tipo de trabajo informal.

En la comuna 4 el 32,1 % (9) madres adolescentes se encuentran ubicadas en los barrios; de villa del sol, Kennedy y Rosablanca, se evidencia los estratos de 1, y 2 evidenciando trabajo formal en una de ellas y las otras con trabajo informal.

En la comuna 5 el 25,0% (7) madres adolescentes viven en el barrio San Jorge y el Kennedy, estos barrios se ve con mayor riesgo de la inseguridad de la comunidad presentándose así la delincuencia. Son familias vulnerables que hacen parte de un estrato 1 y 2. Se evidencia que son adolescentes que laboran como independientes con sus parejas.

6.2. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES

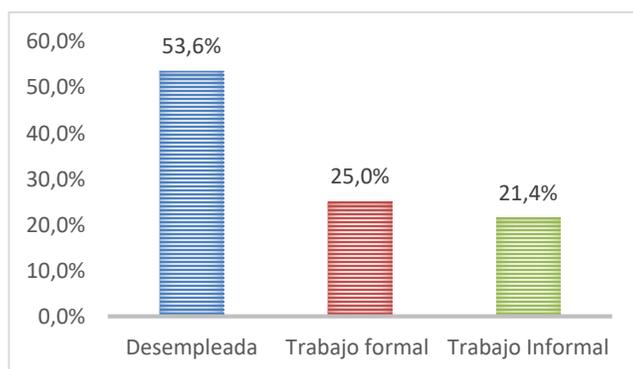
6.2.1. Ocupación de la Madre Adolescente

Tabla 8. Distribución por Ocupación de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

Ocupación	Frecuencia	Porcentual (%)
Desempleada	15	53,6%
Trabajo formal	7	25,0%
Trabajo Informal	6	21,4%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 9. Distribución por Ocupación de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018



De 28 madres adolescentes encuestadas, el 53,6% (15) se encuentran desempleadas, el 25,0% (7) se encuentran con un trabajo formal y el 21,4% (6) cuentan con un trabajo informal.

Fuente: sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

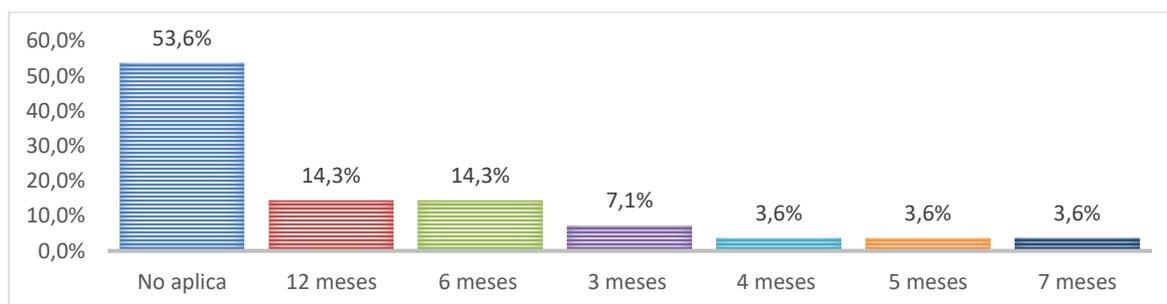
6.2.2. Experiencia Laboral de la Madre Adolescente

Tabla 9. Distribución por Experiencia laboral de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

Experiencia laboral	Frecuencia	Porcentual (%)
No aplica	15	53,6%
12 meses	4	14,3%
6 meses	4	14,3%
3 meses	2	7,1%
4 meses	1	3,6%
5 meses	1	3,6%
7 meses	1	3,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 10. Distribución por Experiencia laboral de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018



Fuente: sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres encuestadas, el 53,6% (15) no cuentan con experiencia laboral, el 14,3% (4) cuentan con una experiencia laboral de 12 meses, el 14,3% (4) cuentan con 6 meses de experiencia, el 7,1% (2) con 3 meses de experiencia, el 3,6% (1) cuenta con 4 meses, el 3,6% (1) con experiencia laboral de 5 meses y el 3,6% (1) cuenta con experiencia laboral de 7 meses.

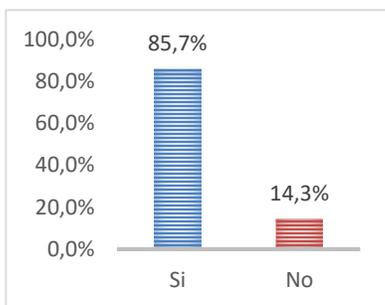
6.2.3. Dinero mensual que cubre las necesidades básicas familiares de la Madre Adolescente

Tabla 10. Distribución del Dinero mensual que cubre las necesidades básicas familiares de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

Dinero mensual que cubre las necesidades básicas familiares	Frecuencia	Porcentual (%)
Si	24	85,7%
No	4	14,3%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 11. Distribución del Dinero mensual que cubre las necesidades básicas familiares de las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018



De 28 madres encuestadas, el 85,7% (24) si les alcanza el dinero para cubrir necesidades básicas, el 14,3% (4) no les alcanza el dinero para cubrir las necesidades básicas de la familia.

Fuente: sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

6.3. VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON DEL PROGRAMA EN LOS AÑOS 2014 – 2018

Ninguna madre adolescente actualmente se encuentra embarazada

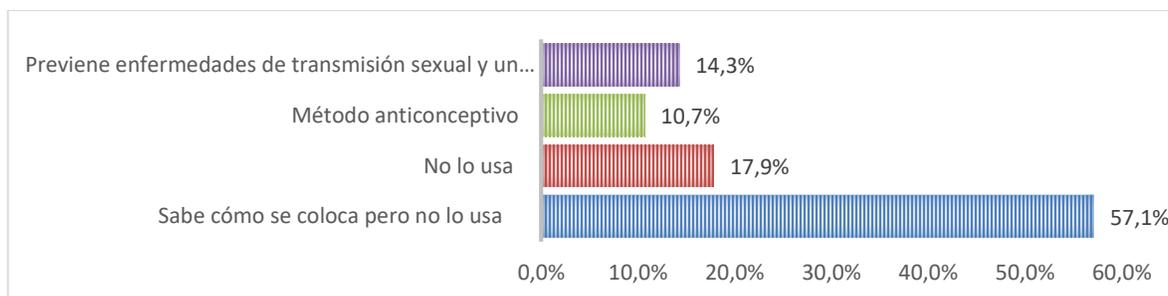
6.3.1. Conocimiento en el uso del condón

Tabla 11. Distribución del Uso del Condón por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

Uso del condón	Frecuencia	Porcentual (%)
Sabe cómo se coloca pero no lo usa	16	57,1%
No lo usa	5	17,9%
Previene enfermedades de transmisión sexual y un embarazo	4	14,3%
Método anticonceptivo	3	10,7%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 12. Distribución del Uso del Condón por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

Se evidencia que de 28 madres adolescentes encuestadas, 16 (57.1%) saben cómo se coloca el condón, pero no lo usan, 5 (17.9%) no lo usan, 4 (14,3%) saben que el condón previene enfermedades de transmisión sexual y embarazo, 3 (10.7%) saben que el uso del condón es un método. De resaltar que ninguna de las participantes usa actualmente el condón.

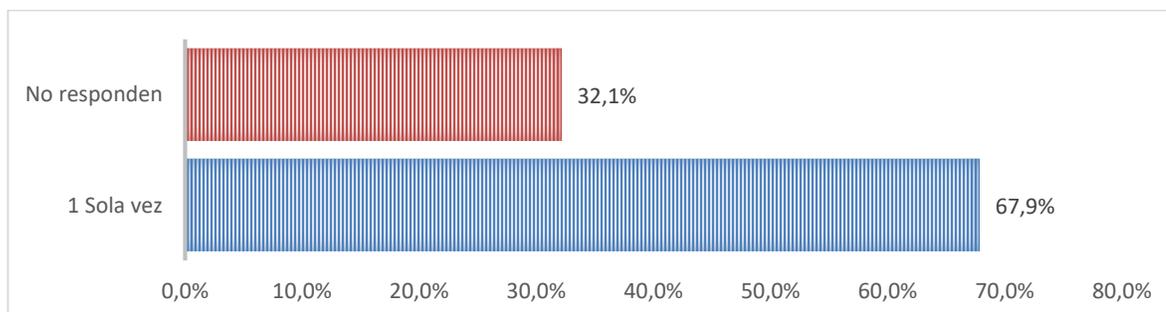
6.3.2. Número de veces que usa el mismo Condón la Madre Adolescente

Tabla 12. Distribución del número de veces que usa el mismo condón la Madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Uso del mismo condón	Frecuencia	Porcentual (%)
1 Sola vez	19	67,9%
No responden	9	32,1%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 13. Distribución del número de veces que usa el mismo condón la Madre adolescente, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres adolescentes encuestadas, 19 (67.9%) usan 1 sola vez el condón y 9 (32.1%) no responden

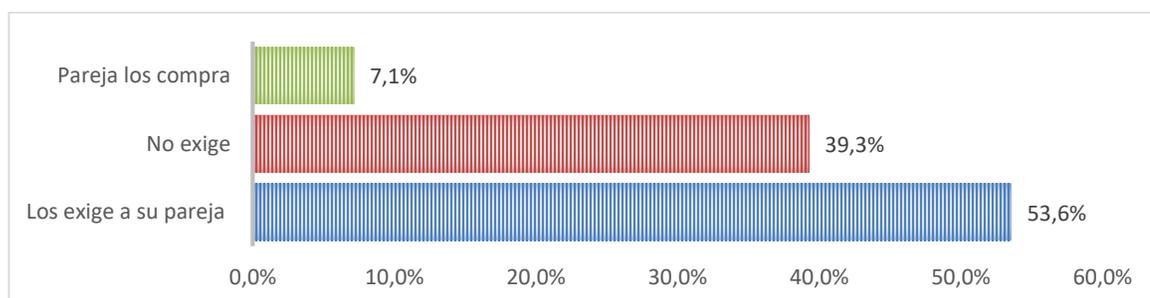
6.3.3. Acceso a los condones por la Madre Adolescente

Tabla 13. Distribución del Acceso a los condones por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

Acceso a los condones	Frecuencia	Porcentual (%)
Los exige a su pareja	15	53,6%
No exige	11	39,3%
Pareja los compra	2	7,1%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 14. Distribución del Acceso a los condones por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres adolescentes encuestadas, 15 (53.6%) el condón los exige a sus parejas, 11 (39.3%) no los exigen y 2 (7.1%) es la pareja la que compra el condón.

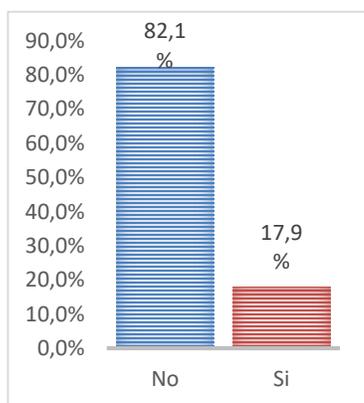
6.3.4. Recepción de condones por parte EAPB o SSAAJ por la Madre Adolescente

Tabla 14. Distribución por Recepción de condones por parte EAPB o SSAAJ por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018

Recepción de condones por parte EAPB o SSAAJ	Frecuencia	Porcentual (%)
No	23	82,1%
Si	5	17,9%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 15. Distribución por Recepción de condones por parte EAPB o SSAAJ por las Madres adolescentes, Girardot, 2014-2018



De 28 madres adolescentes encuestadas, 23 (82.1%) no hacen uso de las EAPB para la obtención de los condones y 5 (17.9%) si hacen uso de las EAPB para la obtención de los condones.

Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

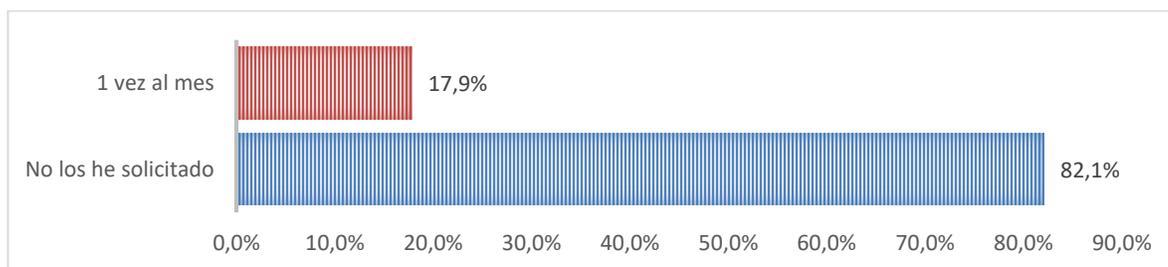
6.3.5. Condones recibidos por la Madre Adolescente de la IPS/EPS

Tabla 15. Distribución por Condones recibidos por la Madre adolescente de la IPS/EPS, Girardot, 2014-2018

Condones recibidos por IPS/EPS	Frecuencia	Porcentual (%)
No los he solicitado	23	82,1%
1 vez al mes entre 5 y 10 condones	5	17,9%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 16. Distribución por Condones recibidos por la Madre adolescente de la IPS/EPS, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres adolescentes encuestadas, 23 (82.1%) no solicitan a las IPS los condones y 5 (17.9%) una vez al mes solicitan los condones a las IPS entre (5 a 10 condones).

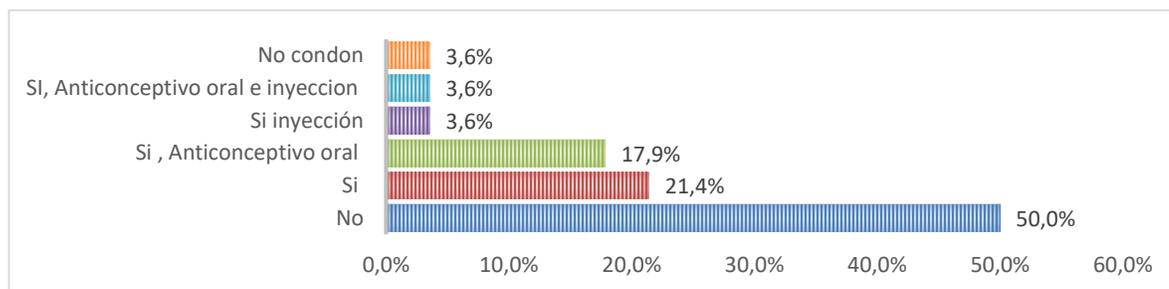
6.3.6. Uso de la anticoncepción antes del embarazo y método utilizado por la Madre Adolescente

Tabla 16. Distribución por Uso de la anticoncepción antes del embarazo y método utilizado por la Madre Adolescente de la IPS/EPS, Girardot, 2014-2018

Uso de la anticoncepción antes del embarazo y método utilizado	Frecuencia	Porcentual (%)
No	14	50,0%
Si	6	21,4%
Si, Anticonceptivo oral	5	17,9%
Si, inyección	1	3,6%
SI, Anticonceptivo oral e inyección	1	3,6%
No, condón	1	3,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 17. Distribución por Uso de la anticoncepción antes del embarazo y método utilizado por la Madre Adolescente de la IPS/EPS, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres adolescentes encuestadas, 14 (50%) no utilizaron método anticonceptivo antes de quedar en embarazo, 6 (21.4%) si utilizaron método anticonceptivo, pero no recuerdan cual, 5 (17.9%) utilizaron anticonceptivo oral, 1 (3.6%) utilizaron anticonceptivo oral e inyección y 1 (3.6%) no utilizo ningún anticonceptivo, pero si condón.

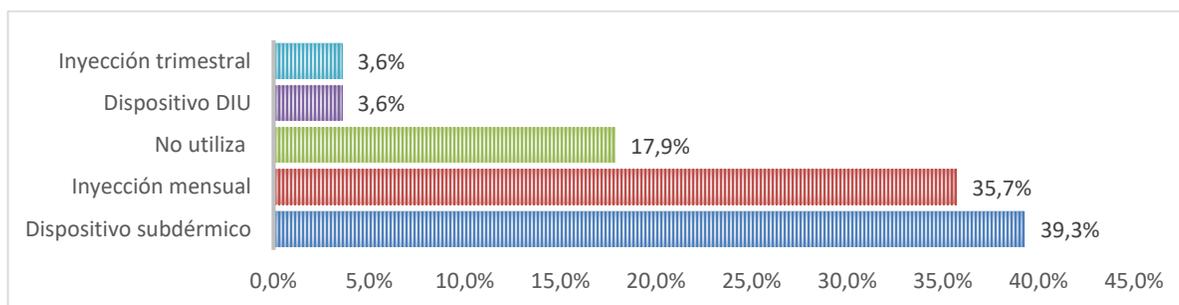
6.3.7. Método de planificación usado actualmente por la Madre Adolescente

Tabla 17. Distribución por Método de planificación usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018

Método de planificación usado	Frecuencia	Porcentual (%)
Dispositivo subdérmico	11	39,3%
Inyección mensual	10	35,7%
No utiliza	5	17,9%
Dispositivo DIU	1	3,6%
Inyección trimestral	1	3,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 18. Distribución por Método de planificación usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres adolescentes encuestadas, 11 (39.3%) utilizan como método anticonceptivo el dispositivo subdérmico, 10 (35.7%) utilizan la inyección mensual, 5 (17.9%) no utiliza ningún método anticonceptivo, 1 (3.6%) utiliza el dispositivo intrauterino (DIU) y 1 (3.6%) utilizan la inyección trimestral.

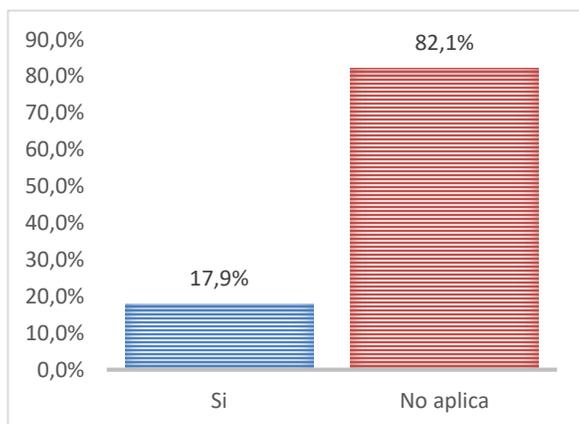
6.3.8. Asistencia a controles prenatales durante el segundo embarazo de la madre adolescente

Tabla 18. Distribución por Asistencia a controles prenatales durante el embarazo posterior de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Asistencia a controles prenatales durante el embarazo posterior	Frecuencia	Porcentual (%)
No aplica	23	82,1%
Si	5	17,9%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 19. Distribución por Asistencia a controles prenatales durante el embarazo posterior de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018



El (82,1) equivale a 23 madres adolescentes que han tenido su segunda gestación, el (17,9) equivale a 5 mujeres que tuvieron una segunda gestación y asistieron a los controles prenatales.

Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

grupo. Inv. 2014-2018

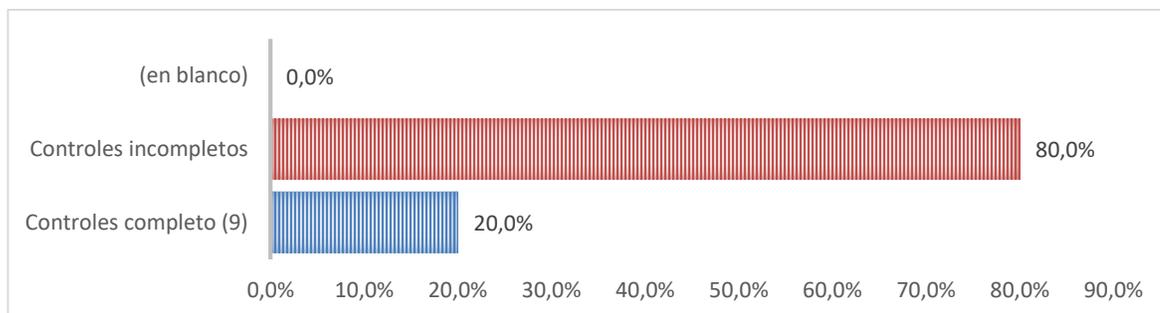
6.3.9. Total de controles prenatales a los que asistió durante el embarazo posterior de la madre adolescente

Tabla 19. Distribución del Total de Controles Prenatales a los que asistió durante el embarazo posterior de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Total de controles prenatales a los que asistió	Frecuencia	Porcentual (%)
Controles completos (9)	1	20%
Controles incompletos (De 1 a 8)	4	80%
Total general	5	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 20. Distribución del Total de Controles Prenatales a los que asistió durante el embarazo posterior de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De las 5 madres adolescentes con un segundo embarazo el (20%) que equivale a 1 madre adolescente asistió a nueve controles prenatales durante el embarazo posterior, y el (80%) equivale a 4 adolescentes que durante su embarazo posterior solo asistieron entre 1 y 8 controles prenatales.

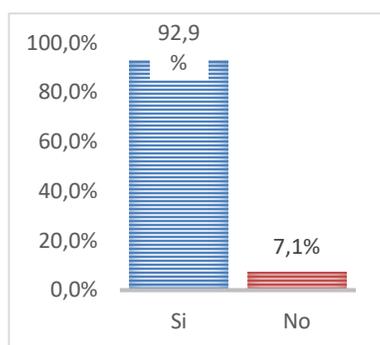
6.3.10. Consejería de Anticoncepción recibida durante los últimos controles del embarazo de la madre adolescente

Tabla 20. Distribución por Consejería de Anticoncepción recibida durante los últimos controles del embarazo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Consejería de anticoncepción recibida durante los últimos controles del embarazo	Frecuencia	Porcentual (%)
Si	26	92,9%
No	2	7,1%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 21. Distribución por Consejería de Anticoncepción recibida durante los últimos controles del embarazo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018



De 28 madres adolescentes encuestadas, 26 (92.9%) si recibieron consejería de anticoncepción durante los últimos controles y 2 (7.15) no recibieron consejería de anticoncepción.

Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

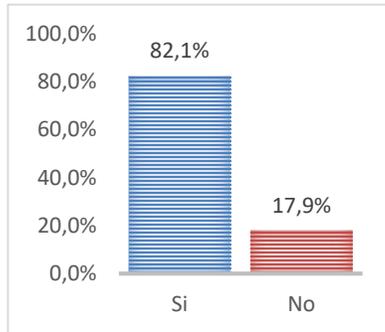
6.3.11. Recepción del método anticonceptivo después del parto de la madre adolescente

Tabla 21. Distribución por Recepción del método anticonceptivo después del parto de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Recepción del método anticonceptivo después del parto	Frecuencia	Porcentual (%)
Si	23	82,1%
No	5	17,9%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 22. Distribución por Recepción del método anticonceptivo después del parto de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018



De 28 madres adolescentes encuestadas, 23 (82.1%) si recibieron el método anticonceptivo y 5 (17.9%) no lo recibieron.

Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

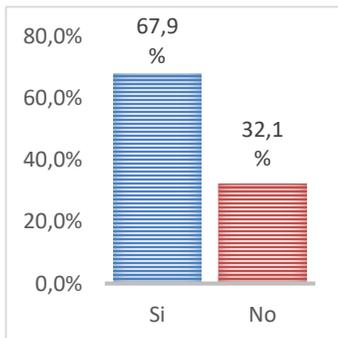
6.3.12. Continuidad del seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva

Tabla 22. Distribución por Continuidad del seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Continuidad del seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva	Frecuencia	Porcentual (%)
Si	19	67,9%
No	9	32,1%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 23. Distribución por Continuidad del seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018



De 28 madres encuestadas, 19 (67.9%) continuaron con el seguimiento y control a la anticoncepción después de los 6 meses de lactancia exclusiva y 9 (32.1%) no continuaron con el seguimiento y control.

Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

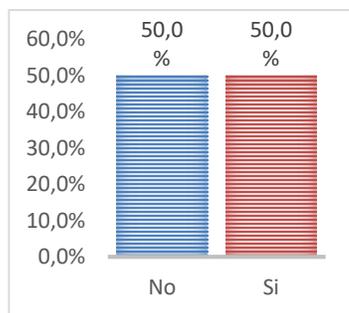
6.3.13. Asistencia a la consulta promocional después del embarazo de la madre adolescente

Tabla 23. Distribución por Asistencia a la consulta promocional después del embarazo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Asistencia a la consulta promocional después del embarazo	Frecuencia	Porcentual (%)
No	14	50,0%
Si	14	50,0%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 24. Distribución por Asistencia a la consulta promocional después del embarazo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018



De 28 madres encuestadas, el 50% asistió a la consulta promocional y el otro 50% no asistió a la consulta promocional

Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

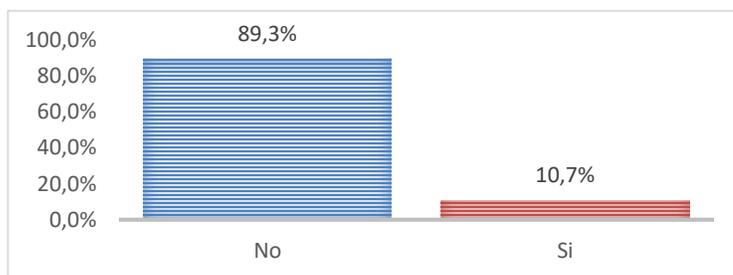
6.3.14. Deseo de volver a quedar embarazada

Tabla 24. Distribución por Deseo de volver a quedar embarazada de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Deseo de volver a quedar embarazada	Frecuencia	Porcentual (%)
No	25	89,3%
Si	3	10,7%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 25. Distribución por Deseo de volver a quedar embarazada de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018



De 28 madres adolescentes encuestadas, el 89.3% (25) no tienen la intención de quedar embarazadas y el 10.7% (3) si tiene la intención de volver a quedar en embarazo.

Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

6.4. PROYECTO DE VIDA DE LAS MADRES ADOLESCENTES

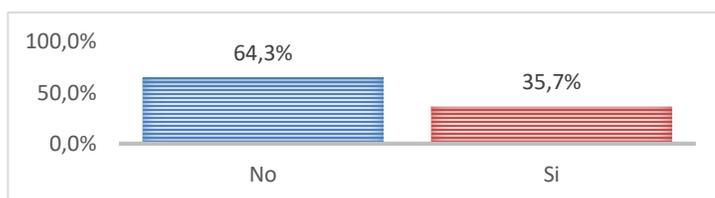
6.4.1. Continuidad en la formación académica

Tabla 25. Distribución por Continuidad a la formación académica de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Continuidad a su formación académica	Frecuencia	Porcentual (%)
No	18	64,3%
Si	10	35,7%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 26. Distribución por Continuidad a la formación académica de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018



De 28 madres adolescentes encuestadas, el (64.3%) 18 no dieron continuidad a su formación académica y el (35.7%) 10 si la continuaron.

Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

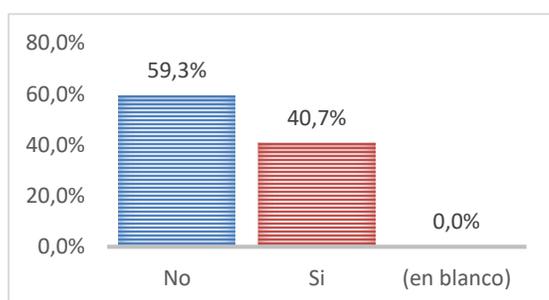
6.4.2. Asistencia a las consultas de adolescencia y juventud

Tabla 26. Distribución por Asistencia a las consultas de adolescencia y juventud de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Asistencia a las consultas de adolescencia y juventud	Frecuencia	Porcentual (%)
No	16	59,3%
Si	11	40,7%
(en blanco)		0,0%
Total general	27	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 27. Distribución por Asistencia a las consultas de adolescencia y juventud de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018



De 28 madres encuestadas, el 59.3% (16) no asistió a la consulta de adolescencia y juventud y el 40.7% (11) si asistieron a la consulta de adolescencia y juventud.

Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

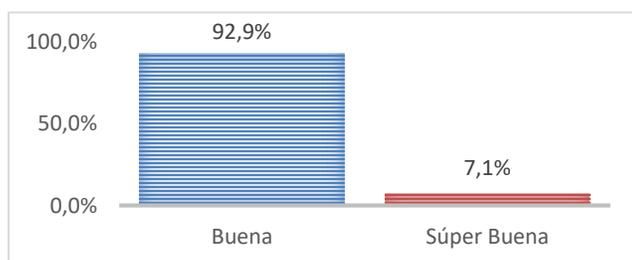
6.4.3. Relación que tiene con su hijo la madre adolescente

Tabla 27. Distribución por la Relación que tiene con su hijo la madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Relación que tiene con su hijo	Frecuencia	Porcentual (%)
Buena	26	92,9%
Súper Buena	2	7,1%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 28. Distribución por la Relación que tiene con su hijo la madre adolescente, Girardot, 2014-2018



De 28 madres encuestadas, el 92.9 (26) mantiene una relación buena con su hijo y el 7.1% (2) mantiene una relación super buena con su hijo.

grupo. Inv. 2014-2018

Fuente: sistematización y análisis propia del

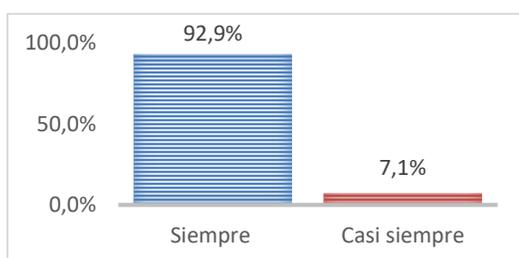
6.4.4. Corrección oportuna del hijo de la madre adolescente

Tabla 28. Distribución por Corrección oportuna del hijo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018

Corrección oportuna del hijo	Frecuencia	Porcentual (%)
Siempre	26	92,9%
Casi siempre	2	7,1%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 29. Distribución por Corrección oportuna del hijo de la madre adolescente, Girardot, 2014-2018



De 28 madres encuestadas, el 92.9% (26) corrigen siempre a sus hijos y el 7.1% (2) corrigen casi siempre a su hijo.

Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

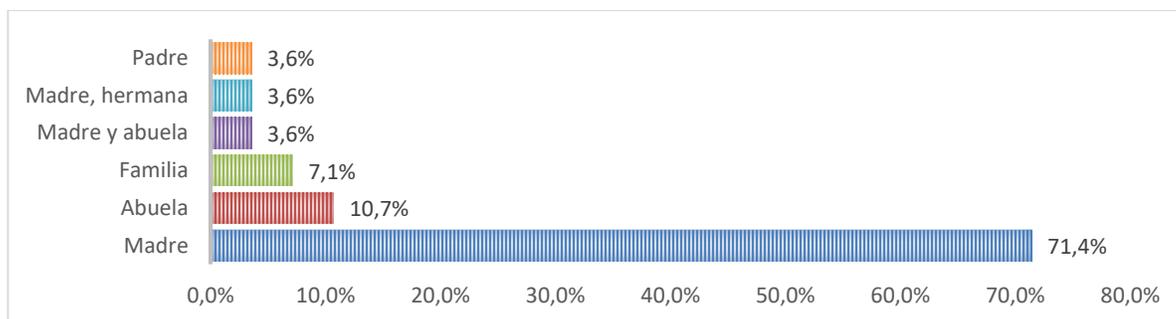
6.4.5. Persona con quien comparte más tiempo su hijo

Tabla 29. Distribución por Persona con quien comparte más tiempo su hijo, Girardot, 2014-2018

Persona con quien comparte más tiempo su hijo	Frecuencia	Porcentual (%)
Madre	20	71,4%
Abuela	3	10,7%
Familia	2	7,1%
Madre y abuela	1	3,6%
Madre, hermana	1	3,6%
Padre	1	3,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 30. Distribución por Persona con quien comparte más tiempo su hijo, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres encuestadas, el 71,4% (20) el hijo comparte tiempo con la madre, el 10,7% (3) el hijo comparte tiempo con su abuela, el 7,1% (2) comparte el hijo tiempo con la familia y el 10,8% su hijo comparte el tiempo ya sea con la madre y abuela, madre y hermana y con el padre.

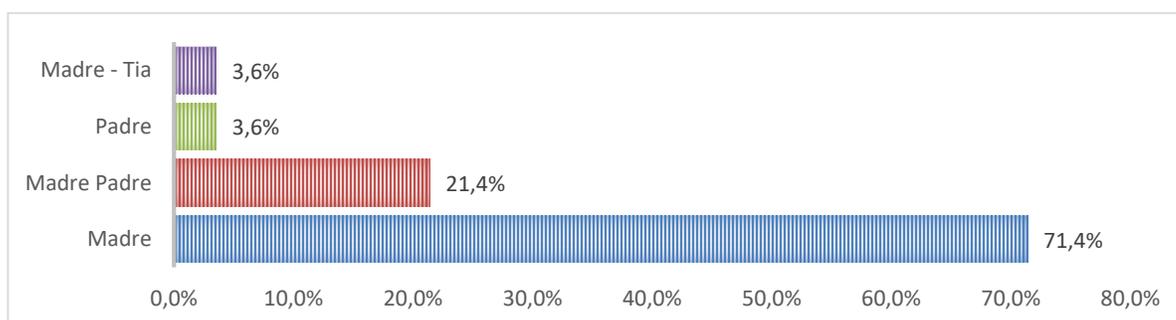
6.4.6. Toma de las decisiones para el cuidado de su hijo

Tabla 30. Distribución por Toma de las decisiones para el cuidado de su hijo, Girardot, 2014-2018

Toma de las decisiones para el cuidado de su hijo	Frecuencia	Porcentual (%)
Madre	20	71,4%
Madre - Padre	6	21,4%
Padre	1	3,6%
Madre - Tía	1	3,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 31. Distribución por Toma de las decisiones para el cuidado de su hijo, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres encuestadas, el 71,4% (20) las madres son las que toman las decisiones para el cuidado de su hijo. El 21,4% (6) la madre y el padre toman las decisiones para el cuidado de su hijo, el 3,6% (1) quien toma las decisiones del cuidado del su hijo es el padre y el 3,6% (1) la madre y la tía toman decisiones para el cuidado de su hijo.

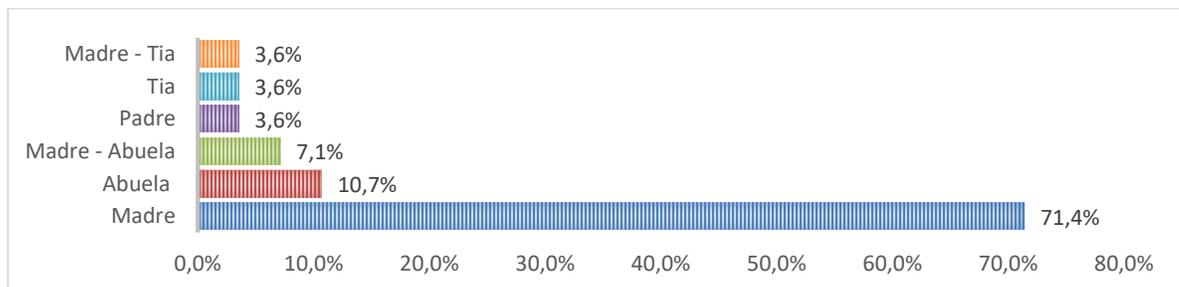
6.4.7. Persona quién se responsabiliza del cuidado diario de su hijo

Tabla 31. Distribución por Persona quién se responsabiliza del cuidado diario de su hijo, Girardot, 2014-2018

Persona quién se responsabiliza del cuidado diario de su hijo	Frecuencia	Porcentual (%)
Madre	20	71,4%
Abuela	3	10,7%
Madre - Abuela	2	7,1%
Padre	1	3,6%
Tía	1	3,6%
Madre - Tía	1	3,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 32. Distribución por Persona quién se responsabiliza del cuidado diario de su hijo, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres encuestadas, el 71.4% (20) la madre es la que se responsabiliza del cuidado del hijo, el 10.7% (3) la abuela se responsabiliza del cuidado del hijo, el 7.1% (2) el cuidado del hijo lo comparte la madre y la abuela y el 10.8% (3) se responsabiliza el cuidado del hijo entre estos el padre, la tía, y la madre-tía.

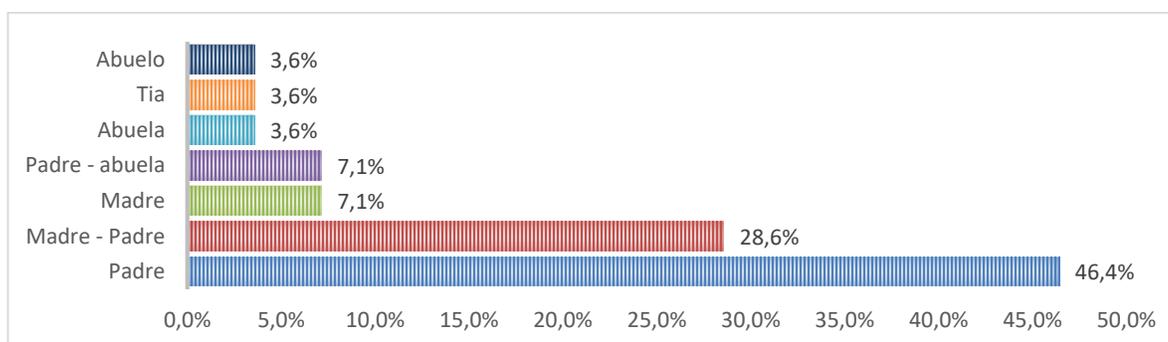
6.4.8. Aporte Económico para el sustento de su hijo

Tabla 32. Distribución por Persona que Aporta Económicamente para el sustento de su hijo, Girardot, 2014-2018

Aporte Económico para el sustento de su hijo	Frecuencia	Porcentual (%)
Padre	13	46,4%
Madre – Padre	8	28,6%
Madre	2	7,1%
Padre – Abuela	2	7,1%
Abuela	1	3,6%
Tía	1	3,6%
Abuelo	1	3,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 33. Distribución por Persona que Aporta Económicamente para el sustento de su hijo, Girardot, 2014-2018



Fuente: sistematización y análisis propia del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres encuestadas, el 46,4% (13) el padre aporta económicamente para el sustento de su hijo, el 28,6% (8) la madre – padre aportan económicamente para el sustento de su hijo, el 7,1% (2) la madre aporta económicamente para el sustento de su hijo, el 7,1% (2) el padre – abuela aporta económicamente para el sustento de su hijo, el 10,8% (3) personas entre ellas la abuela, tía y abuelo que aportan económicamente para el sustento de su hijo.

6.4.9. Persona quién corrige al niño

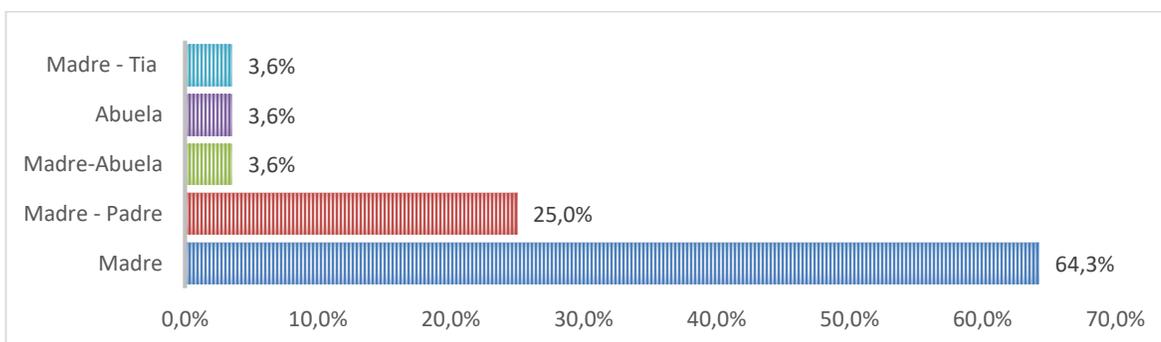
Tabla 33. Distribución por Persona quién corrige al niño, Girardot, 2014-2018

Persona quién corrige al niño	Frecuencia	Porcentual (%)
Madre	18	64,3%
Madre – Padre	7	25,0%

Madre-Abuela	1	3,6%
Abuela	1	3,6%
Madre - Tía	1	3,6%
Total general	28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 34. Distribución por Persona quién corrige al niño, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propia del grupo. Inv. 2014-2018

De 28 madres adolescentes encuestadas, el 64,3% (18) la madre es la persona quien corrige al niño, el 25,0% (7) madre y padre son las personas quien corrige a su hijo, el 3,6% (1) madre y abuela corrigen al niño, el 3,6% (1) la abuela es la persona que corrige al niño, y el 3,6% (1) madre y tía corrigen al niño.

6.5. TABLAS DE CONTINGENCIA DEL PROGRAMA MADRES ADOLESCENTES

6.5.1. Relación entre la Escolaridad y la Edad Actual de la Madre Adolescente

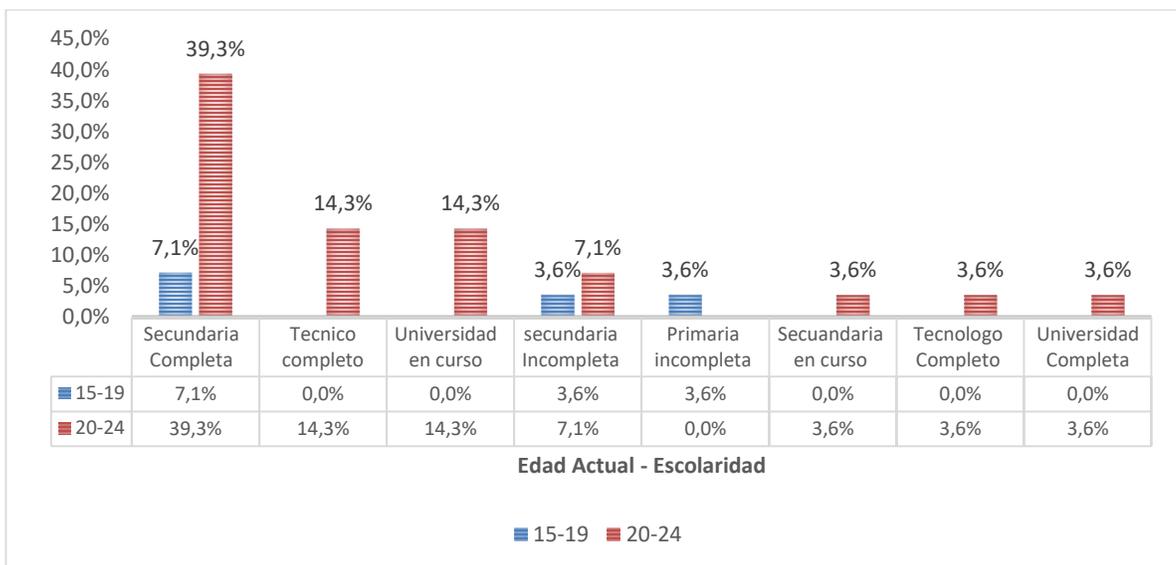
Tabla 34. Distribución de la Relación entre la Escolaridad y la Edad Actual de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018

Escolaridad	Edad actual	Frecuencia	Porcentual (%)
Secundaria Completa		13	46,4%
Secundaria Completa	15-19	2	7,1%
Secundaria Completa	20-24	11	39,3%
Técnico completo		4	14,3%
Técnico completo	20-24	4	14,3%
Universidad en curso		4	14,3%
Universidad en curso	20-24	4	14,3%
Secundaria Incompleta		3	10,7%
Secundaria Incompleta	15-19	1	3,6%
Secundaria Incompleta	20-24	2	7,1%

Escolaridad	Edad actual	Frecuencia	Porcentual (%)
Primaria incompleta		1	3,6%
Primaria incompleta	15-19	1	3,6%
Secundaria en curso		1	3,6%
Secundaria en curso	20-24	1	3,6%
Tecnólogo Completo		1	3,6%
Tecnólogo Completo	20-24	1	3,6%
Universidad Completa		1	3,6%
Universidad Completa	20-24	1	3,6%
Total general		28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014- 2018

Figura 35. Distribución de la Relación entre la Escolaridad y la Edad Actual de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propia del grupo. Inv. 2014-2018

Con relación a la escolaridad y edad actual de las 28 madres adolescentes se encontró 4 grupos así:

- ❖ Las adolescentes que no culminaron sus estudios: son 4 de las cuales 2 se encuentran en el rango de edad 15-19 años y 2 entre 20-24 años.
- ❖ La adolescente que está en rango de edad entre 20-24 años y se encuentra cursando la secundaria.
- ❖ Las madres adolescentes que se encuentran en el rango de edad entre 20-24 años: son 16 de las cuales 11 terminaron su secundaria, 4 realizaron un técnico, 1 un tecnólogo y 1 realizó un pregrado.
- ❖ 2 adolescentes que terminaron su secundaria y se encuentran en el rango de edad entre 15-19

A partir de estos resultados se puede evidenciar que las adolescentes encuestadas que no culminaron su estudio son un 14.3% (4) donde el rango de edad es de (15-19) y (20-24) esto infiere en su proyecto de vida y además la mayoría señaló que las responsabilidades familiares no son obstáculo para continuar estudiando. Contrasta con el reporte del estudio **Relación entre embarazo en la adolescencia y escolaridad** (Tejarcillos de Alajuelita, 2002) donde identificó que un 33.3% de las participantes completó la educación primaria; un 26.7% no la completó, para un total de 60%. Un 6.7% poseía secundaria incompleta y más de la mitad tenía bajo grado de escolaridad⁷⁶.

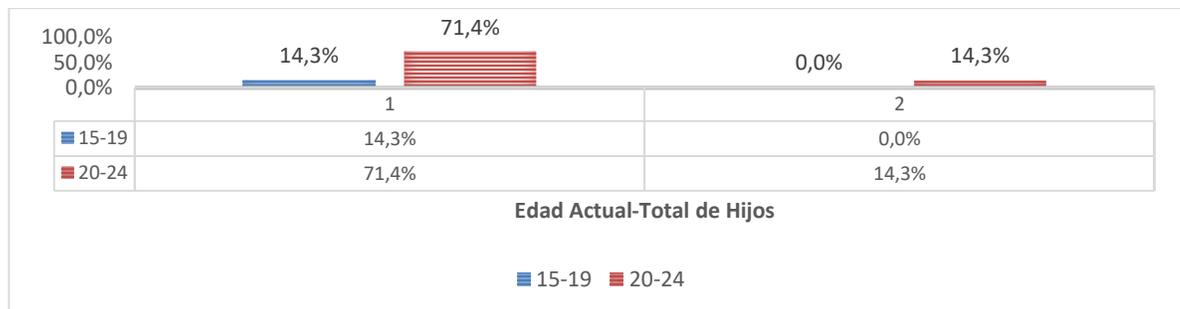
6.5.2. Relación entre Total de hijos y la Edad Actual de la Madre Adolescente

Tabla 35. Distribución de la Relación entre Total de hijos y la Edad Actual de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018.

Hijos	1. Edad actual	Frecuencia	Porcentaje (%)
1		24	85,7%
1	15-19	4	14,3%
1	20-24	20	71,4%
2		4	14,3%
2	20-24	4	14,3%
Total general		28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014- 2018

Figura 36. Distribución de la Relación entre Total de hijos y la Edad Actual de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018.



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

El 85,7% equivalentes a (24) madres encuestadas tienen un hijo, el 14,3% (4) están en los rangos de edad actual (15-19 años), el 71,4% (20) de las adolescentes se encuentran con una edad actual de (20-24 años). El 14,3% (4) han tenido su segundo hijo y pertenecen al grupo etáreo de (20 – 24 años).

⁷⁶Tejarcillos de Alajuelita, 2002. Relación entre embarazo en la adolescencia y escolaridad <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n2/4.pdf> consultado 26 de febrero 2021

Para el grupo de madres adolescentes participantes de la evaluación del impacto se encontró que por cada 7 adolescentes 1 decidió tener su segundo hijo con un periodo intergenésico de más de dos años. Este resultado contrasta con El estudio de los determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia del año 2018, donde refiere que teniendo en cuenta la situación de pareja, el 54% de los embarazos adolescentes se presentan en mayor porcentaje entre quienes viven solas o en unión libre; el 32% no viven con su madre, la proporción las que viven en familias compuestas o extensas es de 20% y el 21% representa los casos en los que la progenitora tiene más de 4 hijos.⁷⁷

6.5.3. Relación entre la Escolaridad y la Ocupación de la Madre Adolescente

Tabla 36. Distribución de la Relación entre la Escolaridad y la Ocupación de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018

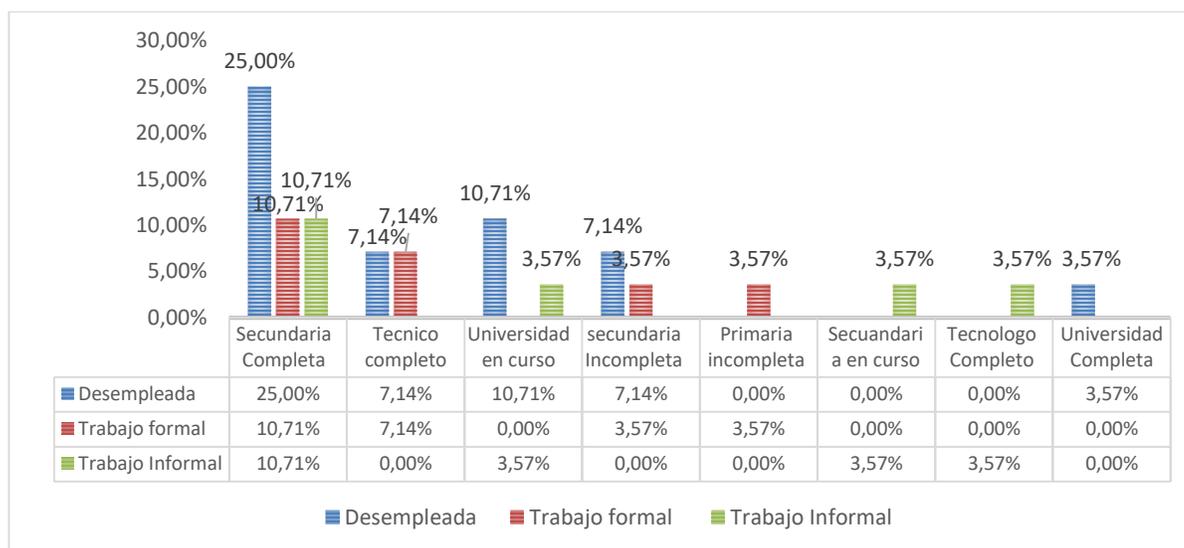
Escolaridad	Ocupación	Frecuencia	Porcentual (%)
Secundaria Completa		13	46,43%
Secundaria Completa	Desempleada	7	25,00%
Secundaria Completa	Trabajo formal	3	10,71%
Secundaria Completa	Trabajo Informal	3	10,71%
Técnico completo		4	14,29%
Técnico completo	Desempleada	2	7,14%
Técnico completo	Trabajo formal	2	7,14%
Universidad en curso		4	14,29%
Universidad en curso	Desempleada	3	10,71%
Universidad en curso	Trabajo Informal	1	3,57%
Secundaria Incompleta		3	10,71%
Secundaria Incompleta	Desempleada	2	7,14%
Secundaria Incompleta	Trabajo formal	1	3,57%
Primaria incompleta		1	3,57%
Primaria incompleta	Trabajo formal	1	3,57%
Secundaria en curso		1	3,57%
Secundaria en curso	Trabajo Informal	1	3,57%
Tecnólogo Completo		1	3,57%

⁷⁷ Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia del año 2018
http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2893/Embarazo_adolescente.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 consultado 26 de febrero 2021.

Escolaridad	Ocupación	Frecuencia	Porcentual (%)
Tecnólogo Completo	Trabajo Informal	1	3,57%
Universidad Completa		1	3,57%
Universidad Completa	Desempleada	1	3,57%
Total general		28	100,00%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 37. Distribución de la Relación entre la Escolaridad y la Ocupación de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propia del grupo. Inv. 2014-2018

Con relación a la escolaridad y ocupación actual de las 28 madres adolescentes se encontró cinco grupos así:

- ❖ Las que terminaron una carrera universitaria: se encontró una, que actualmente se encuentra desempleada.
- ❖ Las que cursaron un técnico completo: hay cuatro adolescentes quienes actualmente dos tienen un trabajo formal y dos están desempleadas.
- ❖ La que curso una tecnología y que actualmente tiene un trabajo informal
- ❖ Las adolescentes que no culminaron sus estudios: son cuatro, de las cuales tres se quedaron en secundaria y una en primaria. Laboralmente dos están desempleadas y dos tienen un contrato de trabajo
- ❖ Las adolescentes que actualmente siguen estudiando: cuatro cursan estudios universitarios y una la secundaria, de las cuales tres se encuentran desempleadas y dos en trabajo informal.

Esta realidad de desempleo del 50% de las mujeres que han tenido hijos durante la adolescencia y que participaron en este estudio, contrasta con el reporte del estudio

observatorio nacional de familias⁷⁸ donde se evidencia que Las adolescentes madres que combinan el trabajo con el estudio alcanza tan solo el 2,6% frente al 6,0% de las no madres; las madres que buscan trabajo y estudian llega tan solo al 0,8%, valor similar al porcentaje de las no madres, 0,9%. por lo tanto la deserción escolar, es el mayor factor para emplearse en el sector informal, así como también el vincularse al subempleo.

6.5.4. Relación entre Continuidad con su formación académica y Estado Civil de la Madre Adolescente

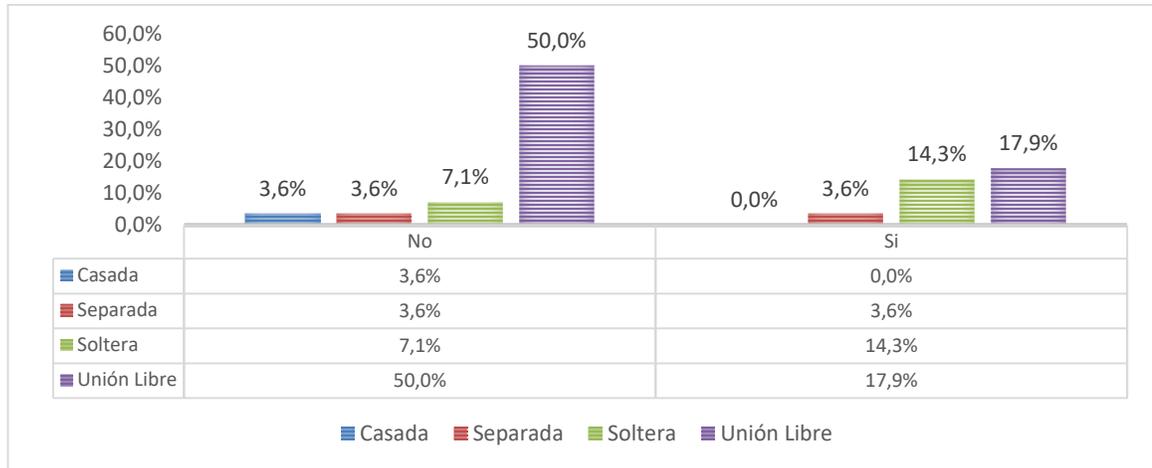
Tabla 37. Distribución de la Relación entre Continuidad de la Madre Adolescente con su pareja y Estado Civil de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018

Continuidad a su formación académica	Estado Civil	Frecuencia	Porcentual (%)
No		18	64,3%
No	Casada	1	3,6%
No	Separada	1	3,6%
No	Soltera	2	7,1%
No	Unión Libre	14	50,0%
Si		10	35,7%
Si	Separada	1	3,6%
Si	Soltera	4	14,3%
Si	Unión Libre	5	17,9%
Total general		28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014- 2018

⁷⁸ Observatorio Nacional de Familias
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/6.%20Boletin%20Familia%20Embarazo%20en%20la%20Adolescencia.pdf> consultado el 27 de febrero 2021

Figura 38. Distribución de la Relación entre Continuidad de la Madre Adolescente con su pareja y Estado Civil de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

El 64,3% (18) madres adolescentes encuestadas evidenciaron no haber continuado con sus estudios de los cuales: 5,5% (1) está casada, 5,5% (1) está separada, 11,1% (2) se encuentran solteras, 77,7% (14) se encuentran en unión libre. El 35,7% (10) madres adolescentes encuestadas evidenciaron si haber continuado con sus estudios de los cuales: 10% (1) está separada, 40% (4) están solteras, 50% (5) se encuentran en unión libre.

A partir de este resultado se puede inferir que las adolescentes en un 83,2% (15) no continuaron sus estudios y su estado civil es de unión libre o casadas lo que pudo influir en la no continuidad de este proceso formativo. Del grupo de adolescentes que continuaron con su proceso formativo el 50% (5) se encuentran en unión libre y el resto solteras. El estudio de **observatorio nacional de familias**⁷⁹, halló las razones principales de la inasistencia a establecimientos educativos de la población entre 12 y 19 años, En las zonas rurales del país, el “deber” encargarse de los oficios y del cuidado de personas del hogar, pesa más dentro de las razones de inasistencia a establecimientos educativos en las adolescentes (55%).

En este sentido, sale a relucir como el hecho de estar embarazada o haber tenido un hijo, para una adolescente puede disminuir la motivación educacional o imponer barreras en el proceso de formación de madres adolescentes.

6.5.5. Relación entre Total de hijos y Estado Civil de la Madre Adolescente

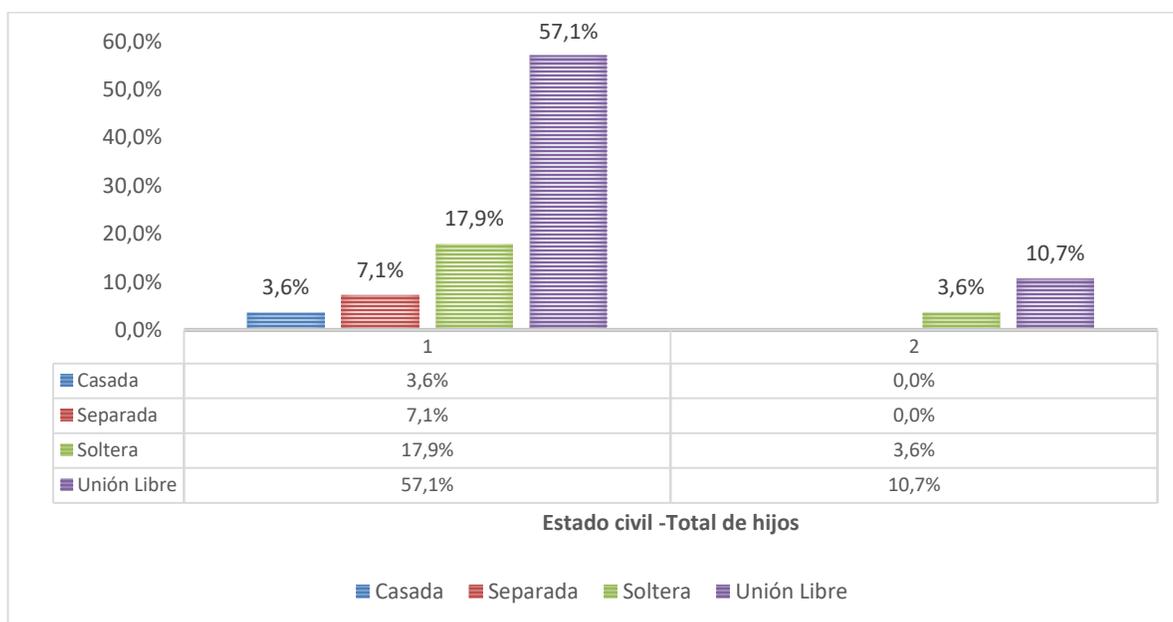
⁷⁹ Ibid.

Figura 39. Distribución de la Relación entre Total de hijos y Estado Civil de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018

Hijos	3. Estado Civil	Frecuencia	Porcentual (%)
1		24	85,7%
1	Casada	1	3,6%
1	Separada	2	7,1%
1	Soltera	5	17,9%
1	Unión Libre	16	57,1%
2		4	14,3%
2	Soltera	1	3,6%
2	Unión Libre	3	10,7%
Total general		28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 40. Distribución de la Relación entre Total de hijos y Estado Civil de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

Con relación al total de hijos y estado civil de las 28 madres adolescentes se encontró:

- ❖ Las que se encuentran en unión libre: hay 19 adolescentes, que actualmente 16 tienen 1 hijo y 3 tienen 2 hijos.
- ❖ La que se encuentra casada actualmente tiene 1 hijo

- ❖ Las que se encuentran actualmente solteras cinco tienen 1 hijo y una tiene dos hijos

Se evidencia de este resultado que más del 50% de las adolescentes sin importar su estado civil optaron por tener un solo hijo. En Contraste se halló un estudio llamado **observatorio nacional de familia**⁸⁰, identificó que la tercera parte de las adolescentes madres o embarazadas de 12-19 años son solteras (nunca unidas), y un 10% están separadas/divorciadas o son viudas. Es decir, por lo menos el 44,4% de las adolescentes madres/embarazadas debe asumir la crianza de su hijo sin pareja, situación en la cual la familia entra a jugar un papel importante de apoyo en esta tarea. Este resultado implícitamente evidencia que un porcentaje importante de las adolescentes madres/embarazadas probablemente no constituye nuevos hogares, sino que permanece en el hogar de sus padres, quienes terminan asumiendo la crianza del hijo de la adolescente, afectando la configuración de la estructura familiar, y la asignación de recursos y de roles al interior del hogar.

6.5.6. Relación entre Estado Civil y Método usado por la Madre Adolescente

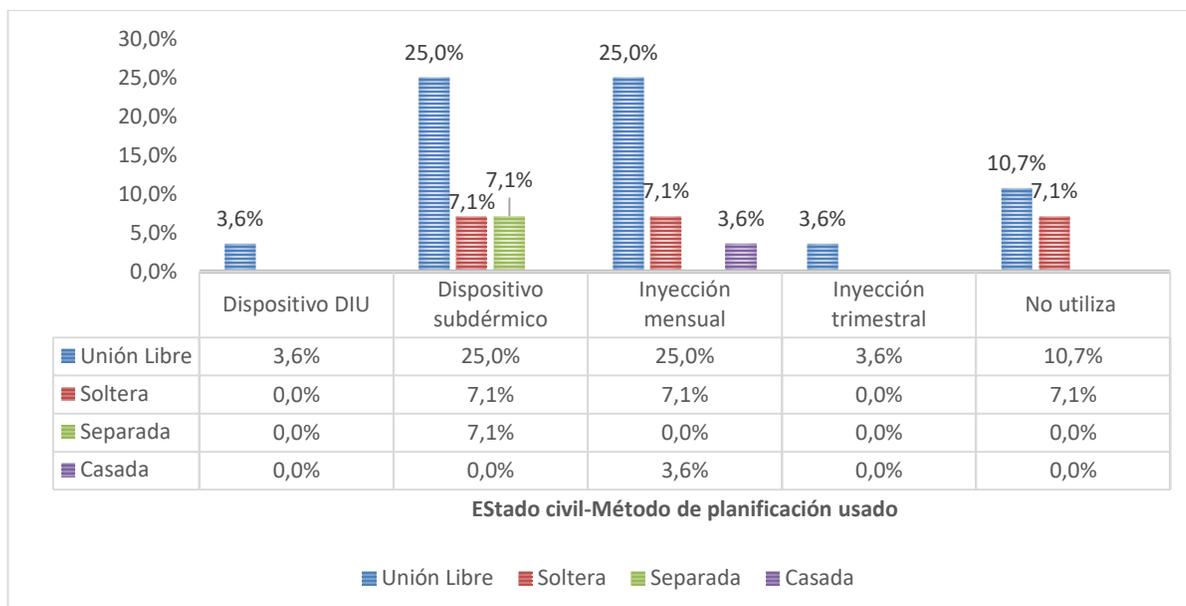
Tabla 38. Distribución de la Relación entre Estado Civil y Método usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018

Estado Civil	Método de planificación usado	Frecuencia	Porcentual (%)
Unión Libre		19	67,9%
Unión Libre	Dispositivo DIU	1	3,6%
Unión Libre	Dispositivo subdérmico	7	25,0%
Unión Libre	Inyección mensual	7	25,0%
Unión Libre	Inyección trimestral	1	3,6%
Unión Libre	No utiliza	3	10,7%
Soltera		6	21,4%
Soltera	Dispositivo subdérmico	2	7,1%
Soltera	Inyección mensual	2	7,1%
Soltera	No utiliza	2	7,1%
Separada		2	7,1%
Separada	Dispositivo subdérmico	2	7,1%
Casada		1	3,6%
Casada	Inyección mensual	1	3,6%
Total general		28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

⁸⁰ Ibid.

Figura 41. Distribución de la Relación entre Estado Civil y Método usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

Con relación entre estado civil y método usado de las 28 madres adolescentes se encontró grupos así:

- ❖ Las que no utilizan ningún método: son 5 adolescentes, de las cuales tres se encuentran en unión libre y dos son solteras
- ❖ Las que utilizan la inyección mensual: son diez adolescentes, de las cuales se encuentran siete en unión libre, dos solteras y una casada.
- ❖ Las dos que se encuentran separadas utilizan métodos subdérmicos.

A partir de este resultado se puede inferir que el 73.7% (10) utiliza métodos de planificación como la inyección mensual y siendo estas solteras, unión libre y casadas lo que quiere decir que su estado civil no influye en seguir con su vida sexual activa y por ende seguir planificando. En contraste se halló un estudio de la

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, y a través de la encuesta realizada a las adolescentes y jóvenes que asistían a la C/S villa libertad-managua, evidencio que el método anticonceptivo más utilizado es la inyección mensual (19.2%) y los anticonceptivos orales (14.4%), es así como con el uso de estos métodos las adolescentes disfrutaban al máximo la vida íntima con responsabilidad, para prevenir el contagio de

enfermedades de transmisión sexual como el VIH o un embarazo no deseado.⁸¹

6.5.7. Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Continuidad con el seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva de la Madre Adolescente

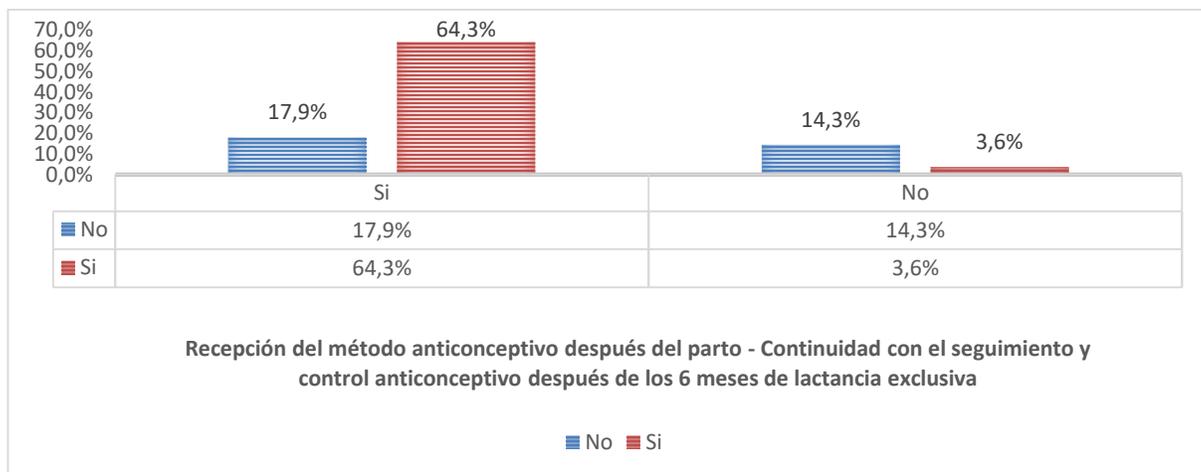
Tabla 39. Distribución de la Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Continuidad con el seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva, Girardot, 2014-2018

Recepción del método anticonceptivo después del parto	Continuidad con el seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva	Frecuencia	Porcentual (%)
Si		23	82,1%
Si	No	5	17,9%
Si	Si	18	64,3%
No		5	17,9%
No	No	4	14,3%
No	Si	1	3,6%
Total general		28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014- 2018

Figura 42. Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Continuidad con el seguimiento y control anticonceptivo después de los 6 meses de lactancia exclusiva, Girardot, 2014-2018

⁸¹ Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. <https://core.ac.uk/download/pdf/84460568.pdf> consultado 1 marzo 2021



Fuente: Sistematización y análisis propio del grupo. Inv. 2014-2018

Con relación entre recepción del método después del parto y continuidad con el seguimiento y control anticonceptivo después de la lactancia exclusiva de las 28 madres adolescentes se encontró:

- ❖ De las que no continuaron con el seguimiento y control anticonceptivo después de la lactancia: hay nueve adolescentes de las cuales cinco si receptionaron el método anticonceptivo y 4 no.
- ❖ Las que receptionaron el método anticonceptivo son 18 y continuaron con el seguimiento y control de la anticoncepción después de la lactancia exclusiva.

De estos resultados se evidencia que el 44.4% (4) no receptionaron el método anticonceptivo posparto y no dieron continuidad con el seguimiento y control del método anticonceptivo después de la lactancia exclusiva lo que se puede inferir a que pudieron estar propensas a un embarazo subsiguiente.

En contraste se halló un estudio, Encuesta Nicaragüense de demografía y salud (ENDESA 2011/12)⁸² evidencio que el uso actual de métodos de planificación familiar es del 80%, representando un aumento del 8% respecto al año 2006/7, y entre los factores más importantes que influyen en el uso de anticonceptivos se encuentran la religión, deficiente calidad en la promoción de los métodos y el machismo por parte de los hombres. De este modo Cabe destacar que las razones correspondientes a las barreras culturales y económicas no repercuten en el motivo de no uso de métodos anticonceptivos, esto demuestra la eficacia de los programas de insumos de métodos y de la educación en salud sexual y reproductiva brindada a las pacientes, ya que la gran mayoría de las mujeres conocen o han oído hablar acerca de anticoncepción postparto.

⁸² ENDESA.2012. <https://repositorio.unan.edu.ni/1385/1/63591.pdf> consultado el 1 marzo 2021

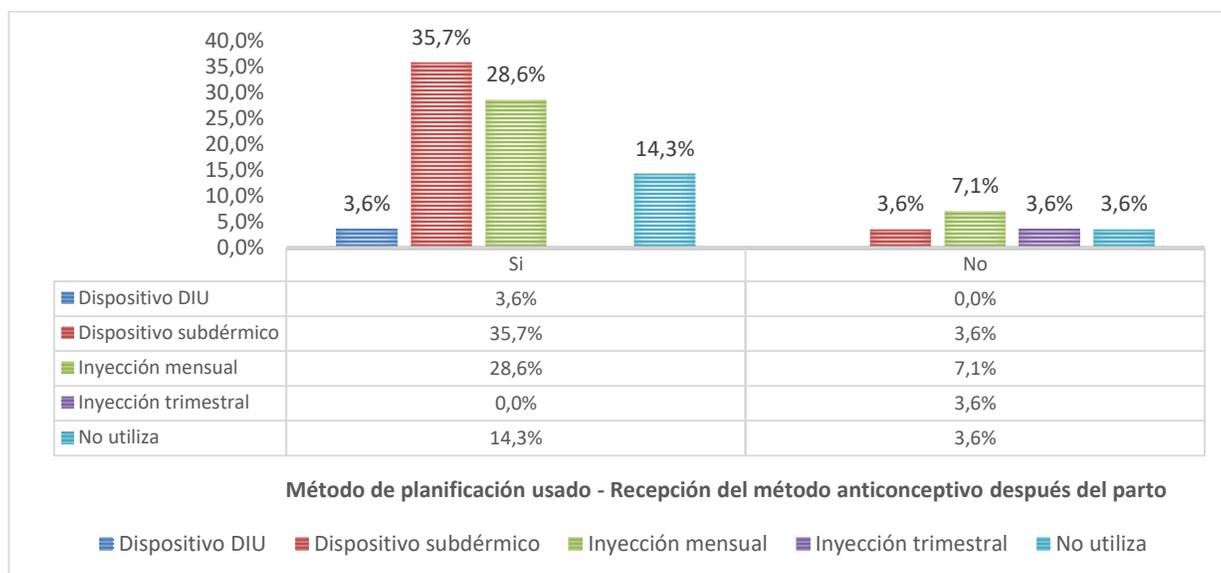
6.5.8. Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Método de planificación usado por la Madre Adolescente

Tabla 40. Distribución de la Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Método de planificación usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018

Recepción del método anticonceptivo después del parto	Método de planificación usado	Frecuencia	Porcentual (%)
Si		23	82,1%
Si	Dispositivo DIU	1	3,6%
Si	Dispositivo subdérmico	10	35,7%
Si	Inyección mensual	8	28,6%
Si	No utiliza	4	14,3%
No		5	17,9%
No	Dispositivo subdérmico	1	3,6%
No	Inyección mensual	2	7,1%
No	Inyección trimestral	1	3,6%
No	No utiliza	1	3,6%
Total general		28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 43. Distribución de la Relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y Método de planificación usado por la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018



Fuente: sistematización y análisis propia del grupo. Inv. 2014-2018

Con relación entre Recepción del método anticonceptivo después del parto y método usado de las 28 madres adolescentes se encontró:

- Las que utilizan método de planificación dispositivo subdérmico: hay 11 adolescentes de las cuales diez si recibieron la información después del parto y una no recibió la información.
- Las que utilizan método de planificación inyección mensual: hay diez de las cuales ocho si recibieron la información del método de planificación después del parto y dos no recibieron la información.

Se halla un estudio de métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes, Blum⁸³ afirmó que llama la atención que la mayoría de las adolescentes no desean método anticonceptivo alguno (62,03%). Esto se debería a la falta de conocimiento de las mismas sobre los métodos anticonceptivos y lo que es más importante aún, podría deberse a los prejuicios del entorno familiar y social sobre los anticonceptivos. en correspondencia a las que eligieron algún método, siendo el método anticonceptivo de mayor predilección el dispositivo subdérmico lo cual concuerda con la OMS (2002) que afirma que el DIU y el dispositivo subdérmico es utilizado por 160 millones de mujeres.

6.5.9. Relación entre Deseo volver a quedar embarazada y Segunda Gestación de la Madre Adolescente

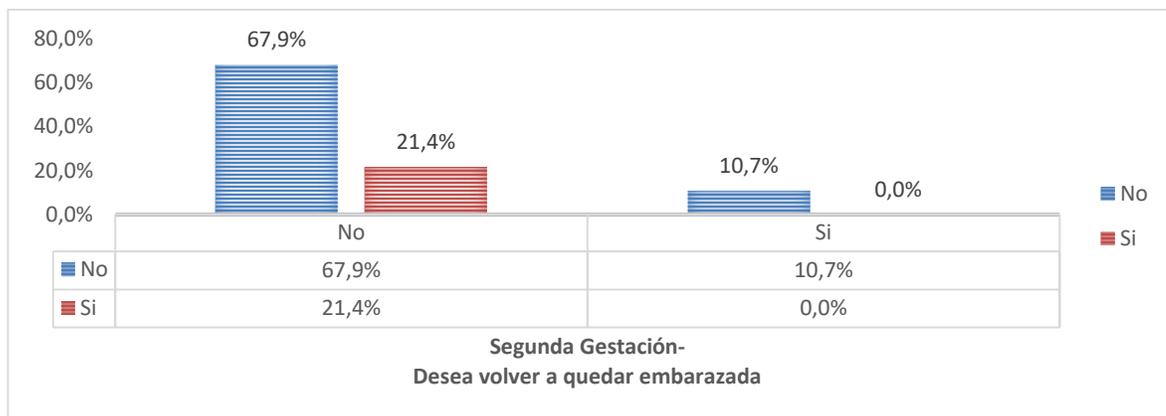
Tabla 41. Distribución de la Relación entre Desea volver a quedar embarazada y Segunda Gestación de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018

Deseo volver a quedar embarazada	Segunda Gestación	Frecuencia	Porcentual (%)
No		25	89,3%
No	No	19	67,9%
No	Si	6	21,4%
Si		3	10,7%
Si	No	3	10,7%
Total general		28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes

Figura 44. Distribución de la Relación entre Desea volver a quedar embarazada y Segunda Gestación de la Madre Adolescente, Girardot, 2014-2018

⁸³ Blum. <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v7n2/v7n2a05.pdf> consultado 28 febrero 2021



Fuente: sistematización y análisis propia del grupo. Inv. 2014-2018

Se puede evidenciar en este resultado que las adolescentes que no querían volver a quedar embarazadas (25), 6 (24%) tuvieron su segunda gestación donde se puede inferir que el deseo de no tener más hijos fue decisión propia, pero el tenerlos fue por complacer a su esposo y las 3 madres adolescentes que si desean volver a quedar embarazadas esta decisión no a inferido en tener su siguiente hijo. Esto contrasta con el estudio Embarazo Repetido En La Adolescencia: La Realidad Chilena⁸⁴ (2016) donde se evidencia que el total de embarazadas del período en estudio fue de 2.796. De este total, 852 (30%) correspondió a embarazadas adolescentes. De éstas 852 embarazadas adolescentes, el 15,6% (n: 133) eran embarazos repetidos. También identificando en el DANE de Colombia⁸⁵ que la tasa de fecundidad en el grupo de mujeres de 15 a 19 años descendió de 72 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2012, a 57 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2019

6.5.10. Relación entre Continuidad a su formación académica y Edad de la gestación en seguimiento de la Madre Adolescente

Tabla 42. Distribución de la Relación entre Continuidad a su formación académica y Edad de la gestación en seguimiento, Girardot, 2014-2018

Continuidad a su formación académica	Edad de la gestación en seguimiento	Frecuencia	Porcentual (%)
No		18	64,3%
No	10-14	1	3,6%

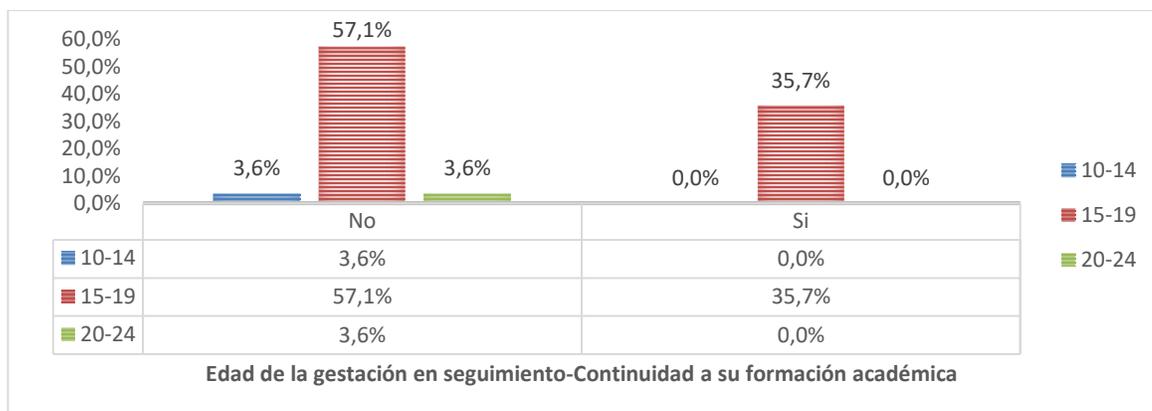
⁸⁴ Embarazo Repetido en La Adolescencia: La Realidad Chilena. 2016. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000500002#:~:text=Tener%20un%20segundo%20hijo%20durante,nacimiento%20\(6%2C7\)](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000500002#:~:text=Tener%20un%20segundo%20hijo%20durante,nacimiento%20(6%2C7).). consultado 6 de marzo 2021

⁸⁵ DANE, Colombia. [https://consultorsalud.com/embarazos-en-adolescentes-disminuyen-en-colombia/#:~:text=Cifras%20de%20embarazos%20seg%C3%BAAn%20el,mujeres%20en%20el%20a%C3%B1o%202019](https://consultorsalud.com/embarazos-en-adolescentes-disminuyen-en-colombia/#:~:text=Cifras%20de%20embarazos%20seg%C3%BAAn%20el,mujeres%20en%20el%20a%C3%B1o%202019.). consultado 6 marzo 201

No	15-19	16	57,1%
No	20-24	1	3,6%
Si		10	35,7%
Si	15-19	10	35,7%
Total general		28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes

Figura 45. Distribución de la Relación entre Continuidad a su formación académica y Edad de la gestación en seguimiento, Girardot, 2014-2018



Fuente: sistematización y análisis propia del grupo. Inv. 2014-2018

El 93% (26) adolescentes encuestadas se encontraban en los rangos de edades de 15 a 19 años de su gestación. de las cuales el 61% no continuaron con su formación académica, eso infiere que esta decisión afecta en la deserción de sus estudios. Esto contrasta con el estudio *Embarazo y Maternidad Adolescente en Bogotá y Municipios Aledaños*⁸⁶ donde se evidencia que 8 de las mujeres entrevistadas continuaron estudiando después del embarazo (40%), mientras que 12 mujeres (60%) no continuaron sus estudios. De las mujeres que continuaron estudiando, el mayor número se encontraba en los grados de 10° y 11°, con 4 mujeres (50%), 3 mujeres en pregrado (37,5%) y solo 1 en posgrado (12,5%). El fenómeno encontrado en las Figuras 5 y 6 constata que ninguna mujer desertó mientras estaba embarazada y que continuaron sus estudios hasta después del nacimiento de sus bebés; y una alcanzó el pregrado y otra el posgrado, equivalente a 12,5% para cada una de ellas.

6.5.11. Relación entre Estado Civil y Persona quien comparte más tiempo con su hijo.

Tabla 43. Distribución de la Relación entre Estado Civil y Persona quien comparte más tiempo su hijo, Girardot, 2014-2018

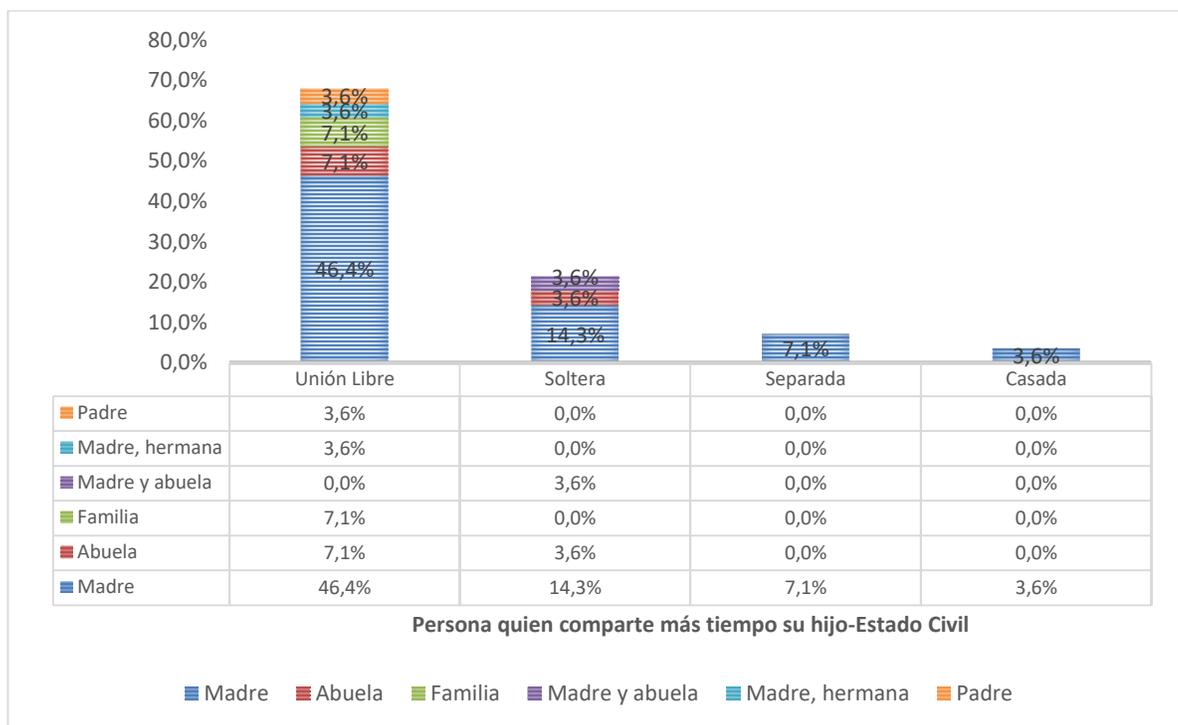
Estado Civil	Persona quien comparte más tiempo con su hijo	Frecuencia	Porcentual (%)
Unión Libre		19	67,9%
Unión Libre	Madre	13	46,4%
Unión Libre	Abuela	2	7,1%

⁸⁶ Embarazo y Maternidad Adolescente en Bogotá y Municipios Aledaños.
<http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v11n2/v11n2a07.pdf> consultado 4 marzo 2021

Estado Civil	Persona quien comparte más tiempo con su hijo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Unión Libre	Familia	2	7,1%
Unión Libre	Madre, hermana	1	3,6%
Unión Libre	Padre	1	3,6%
Soltera		6	21,4%
Soltera	Madre	4	14,3%
Soltera	Abuela	1	3,6%
Soltera	Madre y abuela	1	3,6%
Separada		2	7,1%
Separada	Madre	2	7,1%
Casada		1	3,6%
Casada	Madre	1	3,6%
Total general		28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

Figura 46. Distribución de la Relación entre Estado Civil y Persona quien comparte más tiempo su hijo, Girardot, 2014-2018



Fuente: sistematización y análisis propia del grupo. Inv. 2014-2018

De los resultados se puede inferir que 20 (71.4%) son las madres adolescentes las que comparten más tiempos con sus hijos sin importar su estado civil esto no limita

a las madres a pasar tiempo con sus hijos, mientras que el (28.6%) comparten ese pasa tiempo con su familia, ya que algunos abuelos adoptan de manera informal al niño de la adolescente y asumen el cuidado del bebe y apoyan a la nueva madre. Esto contrasta con el estudio *Embarazo y Maternidad Adolescente en Bogotá y Municipios Aledaños* observa que el hogar de las mujeres entrevistadas está constituido principalmente por dos tipos de familia; ocupa el primer lugar aquella en la que la mujer vive con el hijo y la pareja o esposo –7 mujeres (35%)–, siguen las mujeres que viven solo con sus hijos –6 mujeres (30%)–. Estos serían hogares nucleares y monoparentales con madre cabeza de familia. También se observa que hay familias mosaico (en las que viven los padres de la entrevistada⁸⁷ y su hijo), con un 10%, y familias en las que el hijo vive con el padre o la madre de la mujer entrevistada, con un valor de 10% cada uno, y solo una mujer vive con la pareja (5%).

6.5.12. Relación entre Persona quién corrige al niño y Relación que tiene con su hijo.

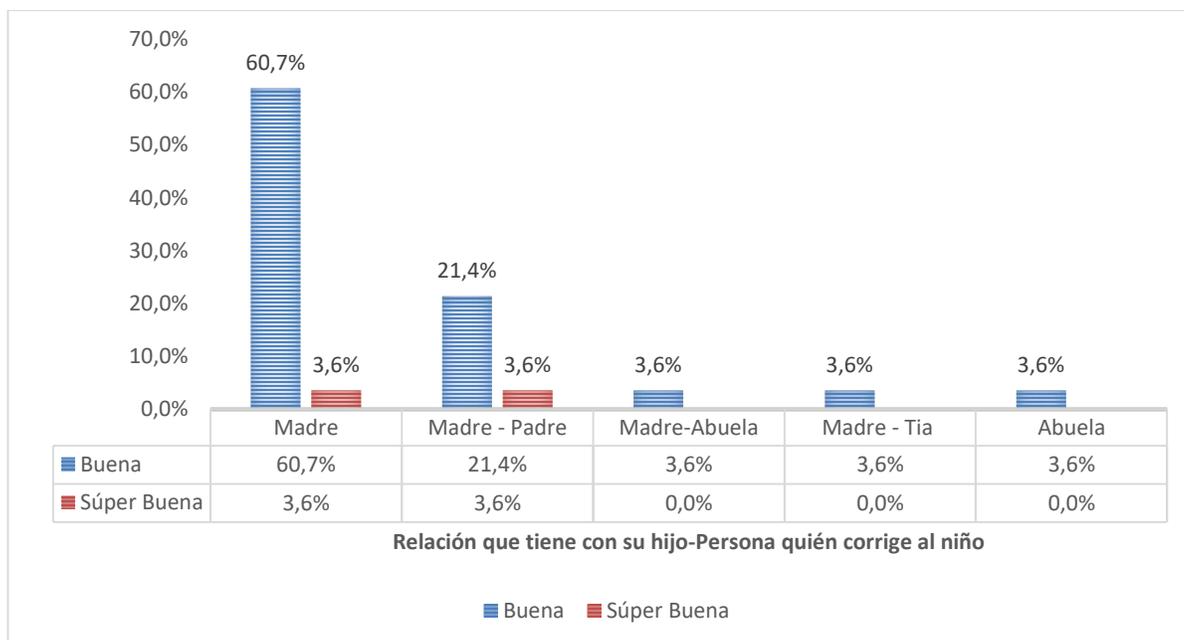
Tabla 44. Distribución de la Relación entre Persona quién corrige al niño y Relación que tiene con su hijo, Girardot, 2014-2018

Persona quién corrige al niño	Relación que tiene con su hijo	Frecuencia	Porcentual (%)
Madre		18	64,3%
Madre	Buena	17	60,7%
Madre	Súper Buena	1	3,6%
Madre – Padre		7	25,0%
Madre – Padre	Buena	6	21,4%
Madre – Padre	Súper Buena	1	3,6%
Madre-Abuela		1	3,6%
Madre-Abuela	Buena	1	3,6%
Madre - Tía		1	3,6%
Madre - Tía	Buena	1	3,6%
Abuela		1	3,6%
Abuela	Buena	1	3,6%
Total general		28	100,0%

Fuente: Base de datos del Programa Madres Adolescentes 2014-2018

⁸⁷ Embarazo y Maternidad Adolescente en Bogotá y Municipios Aledaños.
<http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v11n2/v11n2a07.pdf> consultado 5 marzo 2021

Figura 47. Distribución de la Relación entre Persona quién corrige al niño y Relación que tiene con su hijo, Girardot, 2014-2018



Fuente: sistematización y análisis propia del grupo. Inv. 2014-2018

De los resultados se puede inferir que los padres y madres corrigen a sus hijos, pero esto no afecta en la relación con su hijo ya que en un 92.9% (26) tienen una relación buena con su hijo y el 7.1% tiene una relación super buena, evidenciando que la corrección no infiere en el amor y cuidado que tenga con sus hijos. Esto contrasta con el estudio realizado por la (Universidad Nacional Autónoma de México) entre enero y julio del 2008 llamado (Responsabilidades en la Crianza de los Hijos)⁸⁸ La mayoría de las mujeres (58%) opinan que su responsabilidad para con sus hijos e hijas es educarlos, cuidarlos, vestirlos y alimentarlos; en segundo término, consideran (29%) que es darles amor, respeto y enseñarles a que sean responsables de sus actos. En cuanto a la responsabilidad del padre, las madres de familia dijeron que, al igual que ellas, las responsabilidades de su esposo son las de educarlos, cuidarlos, vestirlos y alimentarlos (51.6%); en segundo término, que debían dar amor y respeto a los hijos (16.13%), y finalmente, apoyarlos y comunicarse con ellos (9.67%).

⁸⁸ Universidad Nacional Autónoma de México. Responsabilidades en la Crianza de los Hijos. 2008. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29213107.pdf>. consultado 4 marzo 2021

6.6. DISCUSIÓN DE LOS ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN EN LA POBLACIÓN CONTACTADA PARA LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA MADRES ADOLESCENTES.

La población madres adolescentes que participaron en los programas de la Unidad Amiga, en el periodo 2014-2018, en la actualidad se encuentran entre los rangos de edades (19 – 24 años), su gestación adolescente fue entre las edades de 14– 19 años, encontrando que actualmente 46,4% terminaron la secundaria completa de estas que terminaron 21,5% han culminado su formación complementaria (técnico, tecnólogo) y superior (universidad). El 71,4% continúan con la misma pareja.

Es de resaltar que la adolescente que se embarazó a los 14 años se encontraba cursando noveno grado de primaria no continuo con su proyecto de vida y actualmente se encuentra viviendo con sus padres este dato es importante teniendo en cuenta que el 30% de los estudiantes indígenas abandonan los estudios durante la enseñanza primaria según REICE (Revista iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en la educación) no continúan con sus estudios porque entre menor escolaridad asociada a la gestación menos posibilidad hay para continuar con su proyecto de vida.⁸⁹

6.6.1. Características Sociodemográficas

El 92,9% se ubicaban en el grupo etáreo entre 15-19 años cuando estaban en etapa de gestación y el 7.1% distribuido de a 3.6% respectivamente en el grupo etáreo de 10-14 años y 20-24 años; en cuanto al curso de vida actual predomina el grupo etáreo de 20-24 años en un 85.7%, seguido por la edad de 15 a 19 años con un 14,3%; respecto al nivel escolar de la madre se resalta que el 46,4% cuenta con la escolaridad de secundaria completa, el 21.5% ha culminado su formación complementaria (técnico y tecnólogo) y superior (universidad), el 10.7% no han terminado su secundaria y el 3,6% tiene la primaria incompleta; en relación con el estado civil 67.9% se encuentra en unión libre, el 28,5% son solteras y/o separadas y el 3.6% casada; con base a la continuidad de la madre adolescente con su pareja el 71.4% si continua actualmente con su pareja y el 28.6% no continua; el régimen de afiliación de las madres fue de un 64.3% subsidiado y el 35.7% régimen contributivo y por último se evidencia que el 100% de las madres adolescentes del programa proceden, se ubican y residen en la ciudad de Girardot, encontrándose el 7% en zona rural y 93% en zona urbana.

6.6.2. Características Socioeconómicas

⁸⁹ Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación (2013) - Volumen 11, Número 2 encontrado en : <https://www.redalyc.org/pdf/551/55127024002.pdf> consultado 19 febrero 2021

El 53.5% de las madres adolescentes encuestadas se encuentran desempleadas encargadas de las labores domésticas, el 25% con trabajo informal y el 21.4% con trabajo formal; el 53.6% no cuenta con experiencia laboral, el 28.6% cuenta con experiencia laboral de 12 y 6 meses y el 17.9% cuentan con una experiencia laboral entre 3, 4, 5 y 7 meses; el 85.7% del dinero mensual si cubre con las necesidades básicas tal vez porque algunas reciben apoyo económico de su familia y el 14.3% no les alcanza el dinero para las necesidades básicas.

6.6.3. Vida Sexual y Reproductiva

En relación con este rubro, el 57.1% tiene conocimiento de cómo se coloca un condón, pero no lo usa, el 17.9% no lo usa, el 14.3% refiere que el condón sirve para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazo y el 10.7% el condón es un método anticonceptivo; el 67.9% usa el mismo condón una sola vez; el 53.6% le exige el condón a su pareja, el 39.3% no los exige y el 7.1% es la pareja el que los compra; el 82.1% no recepciona por parte de las EAPB los condones y el 17.9% si; el 82.1% no solicita condones a las EAPB y el 17.9% solicitan entre 5 a 10 condones a las EAPB; antes del embarazo el 50% no utilizaba ningún método anticonceptivo, el 25.1% si uso métodos anticonceptivos de los cuales utilizaron (anticonceptivo oral, inyección, oral e inyección) y el 3.6% uso el condón; para el 39.3% el método más utilizado actualmente es el Dispositivo subdérmico, seguido por el 35.7% inyección mensual, pero el 17.9% no utiliza ningún método y el 7.2% utilizan el DIU e inyección trimestral.

El 82.1% no tuvo un siguiente embarazo en cambio el 17.9% si y asistió a los controles prenatales de su segundo hijo, el 20% de las madres que fueron a sus controles de su segundo hijo las tuvieron completas (9 controles) y el 80% tuvieron de 1 a 8 controles; el 92.9% si recibió consejería de anticoncepción durante los últimos controles y el 7.1% refiere no haber recibido consejería; el 82.1% si recepcionó el método anticonceptivo después del parto; el 67.9% dio continuidad al seguimiento y control después de la lactancia exclusiva; el 50% asistió a la consulta promocional, y el otro 50% no asistió; el 89.3% no desea volver a quedar embarazada y el 10.7% si desea.

6.6.4. Proyecto De Vida

En relación con este rubro , se identifica que el 64.3% de las madres encuestadas decidido no dar continuidad con su formación académica tal vez por no recibir apoyo familiar o decisión de ellas mismas, pero el 35.7% si decidido dar continuidad con sus estudios con el fin de superarse y brindarle un buen futuro a su hijo; el 59.3% no asistió a las consultas de adolescencia y juventud y el 40.7% si asistió a los controles.

CONCLUSIONES

- ❖ El grupo de las madres adolescentes abordado en la presente investigación, el 92,9% (26), hicieron parte del programa madres adolescente un reto social y de academia cuando tenían entre 15-19 años, el 7.1% (2) entre 10-14 años y 20-24 años. El curso de vida actual de este grupo poblacional predomina las edades de 20-24 años con un 85.7% (24), Seguido por la edad de 15 a 19 años con un 14,3% (4)
- ❖ El nivel de escolaridad de la madre adolescente se halló que el 46,4% (13) cuenta con la escolaridad de secundaria completa, el 21.5% (6) ha culminado su formación complementaria (técnico y tecnólogo) y superior (universidad), el 10.7% (3) no ha terminado su secundaria y el 3,6% (1) tiene la primaria incompleta.
- ❖ 71.4% (20) de las madres adolescentes continúan actualmente con su misma pareja.
- ❖ El 17,9 % (5) de las madres adolescentes se ubicaron en zona rural y 82,1% (23) en zona urbana.
- ❖ Ninguna de las madres adolescentes captadas presentó actualmente embarazo subsiguiente, y solamente 17.9% (5) optaron por su segunda gestación después de haber cumplido su periodo intergenésico.
- ❖ Se observó un 14,2% (4) de las madres adolescentes que no tienen pareja actualmente, continúan con su método anticonceptivo de larga duración.
- ❖ En el 89.2% (25) de los casos el cuidado de los hijos los asume la abuela y la madre adolescente y el 10.8% (3) la familia.
- ❖ El 35.7% (10) de las madres adolescentes continuaron con su formación académica manifestando que la importancia está en superarse, formarse académicamente y poder brindarle un futuro a su hijo.

RECOMENDACIONES

- ❖ Es importante continuar ampliando la muestra tan pronto se pueda realizar trabajo de campo.
- ❖ Se recomienda que la universidad de Cundinamarca con el programa de madres adolescentes continúe realizando estos estudios no solo en la ciudad de Girardot si no en municipios aledaños, aportando nuevas estrategias de impacto y acompañamiento a las madres adolescentes.
- ❖ Para el diseño de políticas públicas, planes y proyectos sería muy importante realizar un futuro estudio donde se evalúe y analice el impacto que tienen en el crecimiento y desarrollo de los niños la crianza de unos padres adolescentes y la influencia de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- CANCINO, AM Mora; VALENCIA, M. Hernández. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatología y reproducción humana, 2015, vol. 29, no 2, p. 76-82.
- CHACÓN, Manuel. El proceso de evaluación en educación no formal: Un camino para su construcción. Revista Electrónica Educare, 2015, vol. 19, no 2, p. 21-35.
- Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda. © "Leyes desde 1992 - Vigencia Expresa y Sentencias de Constitucionalidad" ISSN [1657-6241 En línea) Última actualización: 26 de agosto de 2018 <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- ESPINOSA Maydel; AREVALO; Lina; RODRIGUEZ Cornelio. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad; El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad
- Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasi experimental. (s.f.).
- GIBBONS, María Amelia; ROSSI, Martín Antonio. Evaluación de impacto de un programa de inclusión social y prevención de violencia estudiantil. IDB Working Paper Series, 2015.
- KOLLODGE Richard; maternidad en la niñez; El Estado de la Población Mundial; 2013 pág. 28
- MARCHANT, Teresita; MILICIC, Neva; ÁLAMOS, Pilar. Impacto en los niños de un programa de desarrollo socioemocional en dos colegios vulnerables en Chile. Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa, 2016, vol. 6, no 2.
- Morales López Esperanza, Etnografía (sitio web), Publicat a Diccionari de lingüística on line, 2014, <http://www.ub.edu/diccionarilinguistica/print/6820>, (consulta: 31 de junio de 2020).
- MURAD, Rocío, RIVILLAS Juan Carlos, GÓMEZ German, SICACHÁ Jorge, VARGAS Victoria, Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas (sitio web), Asociación PROBIENESTAR de la Familia Colombiana – Profamilia, 2018, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>, (consulta: 20 de junio de 2020).

ORTIZ TORRES, Emilio Alberto. La evaluación del impacto científico en las investigaciones educativas a través de un estudio de caso. Revista electrónica de investigación educativa, 2015, vol. 17, no 2, p. 89-100.

PASCUAL LÓPEZ, Viviana; TOIRAC LAMARQUE, Abelardo S. Patrón de riesgo en la gestante adolescente primípara: un problema latente. Medisan, 2011, vol. 15, no 12, p. 1720-1728.

PROFAMILIA. Embarazo Adolescente.
<http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf;2020>
[https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf). Fecha de consulta.

RESTREPO Olga; Díaz Ivonne; Néstor Balcázar; Quintero Carlos; Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años, Ministerio de Salud y Protección Social.

SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES.
<http://www.unfpa.org.ni/wp-content/uploads/2014/10/Servicios-amigables-para-adol-y-jov.pdf>

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Guía de Conversatorio



CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN MADRES ADOLESCENTES DE LA UNIDAD AMIGA DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LA UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA, SECCIONAL GIRARDOT, AÑO 2014- 2018*

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Objetivo: Determinar las características de la población madres adolescentes de la unidad amiga de los adolescentes y jóvenes de la universidad de Cundinamarca, seccional Girardot, año 2014- 2018*

COMPONENTE SOCIODEMOGRÁFICO	
CARACTERÍSTICAS PERSONALES	
Nombres completo y Apellidos: _____	
Fecha de la encuesta: _____	
1. Edad: 10-13 <input type="checkbox"/> 14-17 <input type="checkbox"/> 18-21 <input type="checkbox"/>	
2. Escolaridad: Primaria Completa <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria Completa <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/>	
Técnico <input type="checkbox"/> Pregrado Completo <input type="checkbox"/> Pregrado Incompleto <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____	
3. Estado Civil: Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>	
4. Eps: subsidiado <input type="checkbox"/> contributivo <input type="checkbox"/> vinculado <input type="checkbox"/>	
Ubicación: 5. Municipio _____ 6. _____	
Departamento _____	
8. Residencia: _____ 8. Procedencia: _____	
7. Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	
8. experiencia laboral: Empleado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/>	
EVALUACION DEL IMPACTO DEL PROGRAMA (Prevención del embarazo subsecuente)	
9. Número de hijos vivos: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
10. Se encuentra actualmente en embarazo? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
11. Usa métodos de planificación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuáles? inyección <input type="checkbox"/> anticonceptivos orales <input type="checkbox"/> dispositivo DIU <input type="checkbox"/> implante <input type="checkbox"/>	
12. tiene conocimiento y/o uso del condón? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
13. tiene acceso a condones? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
14. Se ha realizado alguna vez la prueba de VIH? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> hace cuánto? _____	
15. Asistencia a controles durante el embarazo? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> cuantos? _____	
16. Uso de vitaminas prenatales o micronutrientes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuáles? _____	
17. Prevalencia de vulvovaginitis o infecciones vaginales? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual? _____	
18. ¿ha tenido la intención de volver a quedar embarazada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> por qué? _____	
19. tuvo asesoría de la maternidad, dentro del control prenatal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> por qué? _____	
20. ha recibido asesoría de anticoncepción? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> por qué? _____	
21. Después de la atención del parto, recibió métodos anticonceptivos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> por qué? _____	
22. ¿conoce usted sus derechos sexuales y reproductivos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> por qué? _____	
(Continuidad del proyecto de vida)	
23. Años de educación? Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>	
24. Realizara estudios superiores? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuáles? _____	
25. Trabaja actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> en qué? _____	
26. Tipo de contrato en donde trabaja? Definido <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>	

27. Salario promedio? Menor a un salario mínimo <input type="checkbox"/> el Mínimo <input type="checkbox"/> Mayor al salario mínimo <input type="checkbox"/>
(APROPIACIÓN DE LA CRIANZA)
28. Relación afectiva con su hijo Buen <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>
29. Corrige oportunamente a su hijo? Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>
30. Con quien comparte más tiempo su hijo Madre <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Otro cual: _____
31. Está inscrita actualmente en el proyecto de la unidad amigable? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> hace cuánto? __
32. Ya es egresada del programa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuáles? _____

Anexo 2. Lista de Chequeo para la Atención a Víctimas de Violencia Sexual a Niñas Menores de 14 Años



**LISTA DE CHEQUEO
PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL A
NIÑAS MENORES DE 14 AÑOS**

Fecha: _____ Municipio _____

Nombre y Apellidos del entrevistado: _____

Tipo de documento: CC. ___ T.I. ___ N° de documento: _____

Responsable de la visita: _____

Responsable del programa: _____

N°	CRITERIOS A EVALUAR	EVALUACION			EVIDENCIA	OBSERVACION	SEMAFORIZACION
		C	C/P	N/C			
	PROTOCOLO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL A NIÑAS MENORES DE 14 AÑOS						
1	Fue usted victima de violencia Sexual ?						
2	¿Le fue informada que su embarazo se tipificó producto de violencia sexual por ser menor de 14 años?						
3	Consultó inmediatamente después de la violencia sexual a un servicio de salud o por ser menor de 14 años se tipifico como violencia sexual su gestación?						
4	Durante la atención médica le permitieron contar su historia sin presionarle y respetando sus tiempos.						
5	Le fue entregada toda la información necesaria por los profesionales de la Salud, para que pueda						

	<p>participar significativamente en todas las decisiones necesarias para el abordaje integral de su situación como:</p> <p>LEGALES: Posibilidad de denunciar, derecho a recibir apoyo del estado</p> <p>y contención de su red de confianza.</p> <p>MÉDICO S: Alternativas de atención de su salud biopsico psico-social, en ese y otros servicios de salud, derivación a servicios especializados en este tipo de violencia, etc.</p> <p>OPERATIVO S: Cómo se puede llevar adelante esa atención teniendo en cuenta sus condiciones particulares, el tipo de violencia que ha sufrido o sufre, cercanía del último episodio y entidad, identidad del/a agresor/a, etc.</p>						
6	Se le brindo la anticoncepción de emergencia?						
7	Le realizaron la profilaxis de VIH e ITS y vacunas?						
8	Se le brindo internación para poder observar y proteger en caso de que conviva con su agresor?						
9	Si la pareja es mayor de edad hubo acompañamiento del ICBF?						
10	Si la pareja es menor de edad hubo acompañamiento del ICBF?						

11	Si la pareja era mayor de edad hubo proceso legal (fiscalía)?						
12	¿Se le brindó una consejería con diferentes opciones que incluyen el asesoramiento sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)?						
	PROMOCIÓN DE LA SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS						
1	Conoce usted sus derechos sexuales y reproductivos?						
2	Se le brindó asesoría individual o grupal en derechos sexuales y derechos reproductivos?						
3	Participa en servicios amigables para adolescentes y jóvenes?						
4	Se le brindó atención preconceptual?						
5	Se le brindó una atención prenatal?						
6	Recibió asesoría por parte del personal de salud para la interrupción voluntaria del embarazo?						
7	Asistió al curso preparación para la maternidad y la paternidad seguras, saludables y felices?						
8	Se le brindó seguimiento y acompañamiento a usted y a sus familiares						
9	Se le brindó atención durante el parto?						
10	Se le brindó consejería en la lactancia materna?						
11	¿Se le brindó consejería sobre la anticoncepción?						
12	Se le brindó atención al recién nacido?						
13	¿Tuvo atención después del parto?						
14	Se le dio seguimiento a binomio madre e hijo y familia?						
15	Recibió acompañamiento para continuar con sus estudios?						
16	Recibió acompañamiento para el cuidado de su hijo(a)?						
17	Recibió acompañamiento para la crianza de su hijo(a)?						
	TOTAL:	100%					

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL ENTREVISTADO: _____

FIRMA DEL ENTREVISTADOR: _____

Anexo 3. Lista de Chequeo de Atención Intersectorial en Menores de Edad



LISTA DE CHEQUEO RUTA DE ATENCIÓN INTERSECTORIAL A LAS NIÑAS MENORES DE EDAD EMBARAZADAS.

Fecha: _____ Municipio: _____
 Sector: _____
 Entidad: _____ NIT: _____
 Persona que recibe la visita: _____ N° de documento: ____
 Responsable de la visita: _____ N° de documento: _____
 Responsable del programa: _____

SECTOR	N°	CRITERIOS A EVALUAR	EVALUACION			EVIDENCIA	OBSERVACION	SEMAFORIZACION
			C	CP	NC			
SALUD		¿Qué implica la atención inmediata?						
	1	Se realiza Confirmación Diagnóstica del Embarazo de la Adolescente: (Pruebas confirmatorias: test en sangre - Estadístico o en orina y Ecografía transvaginal).						
	2	Se activa la Ruta. Se realiza el reporte de sospecha de violencia Sexual a Protección (Defensoría, Comisaría de Familia) Justicia (Fiscalía/URICAVAS, Policía Judicial de Infancia y Adolescencia, SIJIN) y al Sistema de Vigilancia Epidemiológica						

3	Se realiza la Valoración de la madurez mental de la adolescente menor de 14 años previa a la asesoría: (continuidad del embarazo, orientación de métodos de anticonceptivos, aborto sin riesgos).							
4	Se brinda asesoría sobre las opciones que tiene la niña frente al embarazo.							
5	Se realiza el chequeo de las causales para la IVE en las tres causales legales que enuncia la sentencia							
Por tratarse de un caso de sospecha de violencia sexual, se sigue el protocolo de atención integral a la víctima de violencia sexual.								
6	Se da atención del caso como urgencia médica.							
7	Se brinda información sobre los derechos y procedimientos a seguir, incluida la posibilidad de escoger el Sexo del profesional médico sobre consentimiento informado, evaluación y atención en Salud física y mental, exámenes y tratamiento para infecciones de transmisión Sexual.							

13	Utilizan después de las 12 semanas los métodos de...							
----	--	--	--	--	--	--	--	--

15	Se realiza control con el profesional durante los siguientes 7 a 15 días							
----	--	--	--	--	--	--	--	--

8	Se brinda atención psicosocial y de Salud mental.							
9	Si el embarazo es producto de violencia Sexual. La EPS garantiza el servicio de atención médica y de Salud mental a la víctima, durante el tiempo de recuperación.							
¿Cuál es el procedimiento Si la menor de edad, opta por realizar la IVE?								
10	Se aplica el PROTOCOLO IVE (OMS), teniendo en cuenta la circular 03/2013 de la Superintendencia de Salud el cual prohíbe entre otros "exigir a las adolescentes menores de 14 años en estado de gravidez, el consentimiento de sus representantes legales para acceder a los servicios de IVE".							

11	Al aplicar el protocolo IVE incluye: Métodos Médicos: Métodos quirúrgicos: Admisión, asesoramiento, información y consentimiento informado. • Consulta de primera vez por Medicina General. • Información sobre procedimiento de IVE. • Elaboración de Historia Clínica Completa: Anamnesis y Examen Físico, Exámenes Paraclínicos.							
12	Utilizan hasta las 12 semanas los métodos de: • Aspiración al Vacío Manual o Eléctrica. • Misoprostol. • Combinación. Mifepistona más prostaglandina. • Dilatación y Curetaje, cuando ninguno de los anteriores esté disponible.							

PROTECCION	1	La IPS le brindó el debido acompañamiento, en conjunto con las demás instituciones, (ICBF, Fiscalía, y comisaría de familia), para interponer acciones de tutela e identificar qué tipo de vulneración estuvo la menor.																		
	2	Se realiza apoyo psicosocial y se garantiza atención en Salud mental cuando se interponer acción de tutela para lograr acciones judiciales que ordenen la práctica de la IVE.																		
JUSTICIA	1	Para la atención integral en la niña o adolescente víctima de los delitos contra la libertad, integridad y formación Sexual se entrevista preferiblemente una sola vez. De manera excepcional podrá realizarse una segunda entrevista, teniendo en cuenta en todo caso el interés superior del niño.																		
	2	Para el proceso judicial si el agresor es mayor de 18 años se realiza la etapa de Indagación: Recolección de pruebas 2. Audiencias Preliminares: Formulación de Imputación 3. Audiencia de Formulación de Acusación 4. Audiencia Preparatoria. 5. Audiencia																		

		de Juicio Oral 6. Incidente de Reparación Integral.																			
	3	Para el proceso judicial si el responsable de la fecundación es mayor de 14 y menor de 18 años es estos casos son remitidos al interior del sector justicia. La privación de la libertad será aplicada con excepcionalidad y solo procederá como medida pedagógica.																			
	4	Si el responsable de la fecundación es menor de 14 años, es vinculado a procesos de educación y de protección de Bienestar Familiar, los cuales observarán todas las garantías propias del debido proceso y el derecho de defensa.																			
EDUCACIÓN	1	Las Instituciones Educativas (IE): (Docentes, Directivas, Estudiantes, Orientadores/as), comunican a las IPS y secretaria de salud local si hay evidencia de adolescentes en estado de embarazo.																			

	2	El equipo técnico interdisciplinario, le ofrece a la adolescente entrevistas psicosocial, entrevista domiciliaria, evaluación de recuperación nutricional y evaluación de garantía de derechos.																			
	3	Las instituciones educativas están reportando los casos de abuso Sexual y se realiza el seguimiento a la menor.																			
	4	La Secretaría de Educación realiza el análisis de cifras de embarazos en adolescentes para fortalecer la prevención y mitigación de casos de embarazo en adolescentes en articulación con las entidades pertenecientes al Comité municipal.																			
MINISTERIO PUBLICO	1	La Defensoría del Pueblo y Personería garantizan el derecho de la adolescente a recibir información ética, oportuna y veraz, sobre sus opciones frente al embarazo, incluida la de interrumpir el embarazo.																			

	2	La personería da garantía de los derechos humanos y la protección y defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el territorio nacional, atendiendo las peticiones, consultas y quejas en materia de derechos humanos en la localidad.																			
	3	La Defensoría del Pueblo realiza recomendaciones y observaciones a las autoridades y a los particulares en caso de amenaza o violación a los Derechos Humanos.																			
	4	La Defensoría del Pueblo una vez recibe la solicitud le brinda asesoría y acompañamiento a la víctima de violencia Sexual para la formulación de la denuncia para garantizar su acceso a la justicia.																			
ANSPE/RED UNIDOS	1	Las Cogestoras sociales Elaboran los planes de vida familiar. (Lineamiento Programa Familias con Bienestar).																			

2	Realizan el Seguimiento junto con la secretaría de desarrollo social a las adolescentes que presentan gestación, parto, puerperio y lactancia, seguimiento que se realiza hasta por cinco años al plan familiar que se articula Con la oferta institucional local.																	
TOTAL:																		

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL ENTREVISTADOR: _____

FIRMA DEL ENTREVISTADO: _____

Anexo 4. Lista de Chequeo de Prevención del Embarazo Subsiguiente.



LISTA DE CHEQUEO PARA ADOLESCENTE MADRE EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO SUBSIGUIENTE

Fecha: _____ Municipio _____
 Nombre y Apellidos del entrevistado: _____
 Tipo de documento: CC. ____ T.I ____
 N° de documento: _____

N°	CRITERIOS A EVALUAR	EVALUACION			EVIDENCIA	OBSERVACION	TEMATIZACION
		C	C/P	N/C			
	RUTA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO SUBSIGUIENTE						
1	¿Se encuentra afiliada al sistema de Salud? ¿Cuál?						
2	¿Asiste a consulta de planificación familiar? ¿Dónde?						
3	¿Recibió asesoría para la elección del método que usado actualmente?						
4	¿Se encuentra en embarazo actualmente y asiste a los controles prenatales?						
5	¿O han considerado en su vida de familia tener otro embarazo?						
6	¿Qué método de planificación familiar usa?						
7	¿Asiste puntualmente a los controles del método usado?						
8	¿El equipo de Salud le ha realizado visita domiciliaria para seguimiento?						
9	¿Su EPS promociona la entrega mensualmente el método anticonceptivo?						
10	¿En la inasistencia a las consultas de seguimiento para la entrega del método, la EPS						

	verifica la ausencia y seguimiento?						
	RUTA DE ATENCIÓN A LA MATERNIDAD Y ANTICONCEPCIÓN						
1	¿Su gestación fue notificada por la institución educativa al ICBF (si aplicaba)?						
2	¿Fue notificada a la secretaria de Salud del municipio?						
3	¿Se le coordinó la atención en su IPS primaria?						
4	¿Recibió atención por Psicología durante la gestación?						
5	¿En el último mes de embarazo recibió consejería sobre la anticoncepción?						
6	¿La entidad de Salud le brindó el método de anticoncepción después del parto?						
7	¿Asistió a la consulta para control pos parto?						
8	¿En la consulta de posparto le fue informado el método anticonceptivo después de la lactancia?						
9	¿Después del parto fue remitida al programa de planificación familiar?						
10	¿Segue asistiendo a la entidad de Salud a que le proporcionen el método de anticoncepción?						
11	¿Recibió apoyo en flexibilidad en su formación académica por parte de la institución educativa durante la lactancia y crianza de su hijo?						
	EDUCACION AVANZADA						
1	¿Recibe o recibió educación Sexual en la institución educativa? ¿Qué recuerda de esa educación?						
2	¿Recibió asesoría en la institución educativa para la prevención del embarazo subsiguiente ¿De quién?						
	TOTAL:	100%					

OBSERVACIONES: _____

Anexo 5. Formato de Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MADRES ADOLESCENTES

El Programa de la Unidad Amigable *MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA* es un programa realizado y liderado por profesionales de enfermería que conforman la unidad amiga del adolescente y joven de la universidad de Cundinamarca, que tiene como objetivo la 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 restructuración del proyecto de vida, el desarrollo del nuevo rol y promover la adherencia a la anticoncepción con el fin de evitar un embarazo subsecuente

¿Porque usted es importante para este proyecto? Porque cumple con los criterios de inclusión en la atención: que describe el impacto del Programa de la Unidad Amigable con las Madres Adolescentes que estén o hayan estado vinculadas, mirando los cambios y la adopción de prácticas cuidantes en su vida Sexual específicamente en la prevención del embarazo subsiguiente, en la adherencia a la anticoncepción, en la crianza de su hijo y en la continuidad de su proyecto de vida.

Es importante informarle que se le realizará una entrevista estructurada apoyada en una guía de conversatorio en el cual se indagará a cerca de las experiencias vividas teniendo en cuenta tres aspectos fundamentales: prevención del embarazo subsiguiente, pautas de crianza de su hijo y proyecto de vida.

El equipo está conformado por profesionales de la Salud y estudiantes del Programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca, seccional Girardot, con altas cualidades y calidades humanas, científicas y éticas que estarán atentos para despejarle a usted cualquier inquietud y/o duda que requiera. Si considera haber comprendido el objetivo de esta valoración, lo invitamos a firmar voluntariamente este documento acompañado de la persona responsable, si cuenta con ella en este momento y si es su decisión.

GARANTIAS PARA SU PARTICIPACION

Toda información suministrada por usted se manejará confidencialmente, los registros serán manejados en la unidad amigable de la universidad de Cundinamarca y pueden ser estos resultados parte de investigaciones en la unidad amigable, respetando la identidad y todo dato que permita identificar la persona valorada. Para mayor seguridad, usted puede solicitar una copia de este documento. Es importante aclarar que la Unidad Amigable reportara datos de obligatoria notificación para el sistema nacional de vigilancia en salud pública a la Secretaria de Salud local.

La participación en este estudio no tiene costo alguno por la cual, no recibirá ningún beneficio económico. Su participación es importante como madre adolescente del municipio de Girardot ¡Muchas gracias!

Como beneficio a esta valoración la madre adolescente recibirá información de prácticas cuidantes, prácticas de autocuidado en la gestante, recién nacido y puerperio educando

sobre prevención de riesgos, signos de alarma, nutrición adecuada, toma de micronutrientes, puericultura y lactancia materna, fomentando prácticas de autocuidado sexual y en derechos sexuales y reproductivos, promoviendo en el núcleo familiar pautas de crianza para brindar herramientas de la forma correcta de la educación de sus hijos y su nuevo rol. En caso de identificar necesidades de Atención médica, psicológica, social y de restablecimiento de los derechos, la unidad amigable lo remitirá a su EPS, IPS primaria, comisaria de familia e ICBF, según prioridad y se contactará con sus padres y/o cuidador.

Este proyecto, fue aprobado por el comité de ética del Programa de enfermería de la Universidad de Cundinamarca.

SI ESTA DE ACUERDO, POR FAVOR DELIGENCIE SU APROBACION A CONTINUACION.

Yo, _____ Identificado con Cedula de Ciudadanía, N° _____ de _____ como estudiante de _____ VOLUNTARIAMENTE acepto brindar los datos para la recolección de información de la investigación madres adolescentes del Programa "MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA"

Nombre del participante

Documento de identificación

Como Unidad Amiga de los adolescentes y jóvenes de la Universidad de Cundinamarca, me comprometo a guardar la identificación de los participantes de acuerdo a las normas establecidas para la investigación en seres humanos del ministerio de salud resolución 8430 de 1993 confidencialidad de la historia clínica sistematizada de la resolución 1995 de 1999.

Nombre del investigador

Documento de identidad

Responsable: unidad amiga de los adolescentes y jóvenes

Universidad de Cundinamarca, seccional Girardot.

Nombre y cargo: Carlota Castro Quintana

Teléfono 3002186658

Correo: unidadamigable.girardot@ucundinamarca.edu.co

Carrera 19 No 24-209 Barrio Gaitán.

Fecha _____

Mi nombre es _____, soy estudiante del grado _____, de la colegio/Universidad _____. El Enfermero en formación _____ me ha invitado a participar de un proyecto que se llama "_____". Acepto participar en la actividad a la que me ha invitado, y además quisiera decir que:

1. He sido informado verbalmente de la actividad en la que he considerado participar.
2. He leído lo anterior, o me lo han leído, y he entendido toda la información.
3. Cuando no entendí algo, pude preguntar, y me han contestado a todas mis preguntas.
4. Sé que puedo decidir no participar, y nada malo ocurrirá por ello. Si tengo alguna duda en cualquier momento de la actividad, puedo preguntar todas las veces que necesite.
5. Sé que puedo elegir participar, pero después puedo cambiar de opinión en cualquier momento, y nadie me retará por ello.
6. Sé que la información que entregue en esta actividad sólo la sabrán los enfermeros en formación y docentes encargados del proyecto y la usarán sólo para la orientación de mi cuidado y su investigación y programas de atención del adolescente y joven. Si mis respuestas llegasen a ser publicadas, no estarán relacionadas con mi nombre, así que nadie sabrá cuales fueron mis decisiones o respuestas.
7. De tener alguna pregunta sobre la actividad una vez haya terminado, podré llamar o escribir a un docente que podrá responder todas mis preguntas y comentarios. El nombre de este docente es Carlota Castro Quintana, y sus contactos ccastroq@ucundinamarca.edu.co o carlotacastroquintana@gmail.com o en la sede de la unidad amigable en la dirección carrera 19 No. 24-209 Barrio Gaitán. Teléfono 831 4854-831 2561 línea gratuita 018000976000 o celular 3002186658
8. Tengo claro que si acepto participar en la actividad debo firmar este papel, y me entregarán una copia para guardarla y tenerla en mi poder por si tengo cualquier duda después.
9. Al final de todo, podré pedirle al Docente y al enfermero en formación que me invitó a participar, información sobre los resultados de su proyecto. Sus datos de contacto son

_____ CORREO ELECTRÓNICO
_____ TELÉFONO _____

Nombre, firma y/o huella dactilar del
participante

CARLOTA CASTRO QUINTANA
Coordinadora Unidad Amigable



Anexo 7. Lista de Chequeo Inspección de Historia Clínica



LISTA DE CHEQUEO INSPECCION DE HISTORIA CLINICA

NOMRES Y APELLIDOS: _____
 NUMERO DE HISTORIA CLINICA: _____
 FECHA: _____
 MUNICIPIO: _____

LISTA DE CHEQUEO INSPECCION DE HISTORIA CLINICA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014						
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones	Semaforización
Historia Clínica y Registros	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada					

LISTA DE CHEQUEO INSPECCION DE HISTORIA CLINICA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014						
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones	Semaforización
	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento o intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación. Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas. Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con: 1. Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente. 2. Registro de la información post-transfusional. 3. Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre el estadístico mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos. 4. Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma. 5. Registro de entrega para monitorización de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas. 6. Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y					

LISTA DE CHEQUEO INSPECCION DE HISTORIA CLINICA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014						
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones	Semaforización
	paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias clínicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario. El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros. Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyen datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de ensayos. Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.					

LISTA DE CHEQUEO INSPECCION DE HISTORIA CLINICA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014						
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones	Semaforización
	volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión.					

FIRMA DEL ENTREVISTADO: _____

FIRMA DEL ENTREVISTADOR: _____

Anexo 8. Prueba de Expertos a Los Instrumentos Diseñados:

Nos permite validar el contenido de los instrumentos: lista de chequeo de prevención del embarazo subsiguiente, lista de chequeo de atención a víctimas de violencia sexual en menor de 14 años y lista de chequeo atención intersectorial a las niñas menores de edad embarazadas, los cuales fueron contruidos para la población madre adolescente, y para la institución de salud, permitiendo evaluar cinco dimensiones: Suficiencia, Claridad, coherencia, Redacción, Relevancia; dándole a cada una las correspondientes observaciones; generando una puntuación que oscila entre 1 a 4, siendo 1 con un criterio que no cumple, 2 un criterio con bajo nivel que indica que el ítem requiere de varias modificaciones para medir la dimensión, 3 un criterio de nivel moderado que indica que el ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total y 4 un criterio de nivel alto el cual hace referencia a el cumplimiento del ítem, corresponde a cada una de las preguntas plasmadas en la lista de chequeo.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO Y TÉCNICA UTILIZADA PARA LA PRUEBA DE EXPERTOS:

Inicialmente se escogieron 3 expertos que fueron seleccionados teniendo en cuenta los criterios y el perfil que se requiere para poder realizar de manera más objetiva la revisión, debido a situaciones imprevistas se obtuvo la participación de 2 expertos, quienes revisaron los instrumentos y el instructivo del mismo, definieron las características a modificar, teniendo en cuenta la redacción, ortografía, claridad, suficiente, coherencia, aplicada a cada una de las preguntas establecidas para poder recolectar la información pertinente al proyecto investigativo. Se utilizó el Método Jerárquico Saaty⁹⁰ se tomó como referencia cada criterio de evaluación de impacto del proyecto (suficiente, claridad, coherencia, redacción y relevancia), asignándoles valores cualitativos en una escala de 1 a 4. Los expertos estudiaron de manera independiente cada instrumento de evaluación y redactaron un informe, donde incluyeron y fundamentaron sus evaluaciones cuantitativa y cualitativamente de los criterios expuestos anteriormente, a partir de esta calificación se diligenció la escala evaluativa de acuerdo a las observaciones por cada dimensión, una vez se tuvo esta información se determinó el índice de validez de acuerdo a la escala evaluativa dividida entre el total de los ítems arrojando un promedio de las 4 dimensiones y un valor, para dar validación a los instrumentos, el índice obtenido debía ser un número mayor >3.50

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA PRUEBA DE EXPERTOS

EXPERTO 1: YURI VIVIANA CHÁVEZ MARÍN.

Perfil: Enfermera profesional, especialista en auditoria en Salud, Docente de la Universidad de Cundinamarca, docente de la profundización Gestión de la Calidad y Auditoría en los Servicios de enfermería

⁹⁰ Martínez, I. P. METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO...

OBSERVACIONES:

La docente y enfermera auditora Yuri Viviana Chávez, recomendó: definir cuál es el método de recolección de la información a la IPS. Esta información se obtendrá de los registros de la atención de un caso de gestación en menor de 14 años o mayor de 14 y menor de 18 años, aplicando las listas de chequeo o con la medición de adherencia mediante paciente trazador, o indagando a los funcionarios y usuarios según el proceso que aplique.

En cuanto a las listas de chequeo se recomienda la división por bloques o áreas y asignar un número a cada ítem, que luego se relacionara en el instructivo. Posteriormente adicionar una casilla antes de la columna SI y asignar un valor porcentual a cada ítem para totalizarlo y así determinar el cumplimiento; dado que servirá para medir la adherencia.

El valor porcentual se determina dividiendo el número de ítems cumplidos con el total de los ítems de la lista, multiplicado por 100.

Por otro lado se indica evitar incluir en un ítem muchos aspectos a evaluar, porque genera dificultad en la aplicación de la misma, por ello debe realizarse la prueba piloto a las listas de chequeo para garantizar que funcionen y luego estandarizarlas. Dado que este proceso permite detectar la viabilidad del instrumento y hacer oportunamente los ajustes.

Es importante aclarar específicamente cómo será el diligenciamiento de cada ítem; ejemplo ítem 3: Marque con una X en la casilla SI cuando se brinda la atención psicosocial y de Salud mental; Marque con una X en la casilla NO, cuando no se brinda la atención psicosocial y de Salud mental o solo una de ellas. Registre los hallazgos de no cumplimiento en la casilla de observaciones.

EXPERTO 2: EDNA CAROLINA OLARTE JIMÉNEZ

Perfil: Enfermera profesional especialista en auditoria en Salud, Docente de la Universidad de Cundinamarca, coordinadora del núcleo temático Gestión de los Procesos de Enfermería.

Observaciones:

Considerando las recomendaciones de la docente y enfermera auditora Salud, Edna Carolina Olarte se recomendó: en los instrumentos para la recolección de la información, las sugerencias dadas:

En cuanto a los instructivos es importante que en su organización tengan cohesión y coherencia con relación al instrumento a aplicar. De igual manera es importante, dejar claro cuantas partes tiene cada instrumento, así como también el número de criterios y que aspectos evalúan.

De este modo es significativo precisar que las listas de chequeo tengan un encabezado uniforme teniendo en cuenta la población objeto de evaluación, y se recomienda que tenga una numeración relacionada con el número de criterios a evaluar, que tenga una casilla de evaluación (en donde se manejaran tres opciones – Cumple “C”, Cumple Parcialmente “CP”, No Cumple “NC”), casilla de Evidencias (Soportes que permiten verificar el cumplimiento del criterio, los cuales deben ser requeridos y revisados. – favorece la

objetividad), Casilla de Observaciones (Aspectos pertinentes y/o urgentes implementar), Casilla de Semaforización (Numéricamente – porcentaje de cumplimiento- y por color de acuerdo con el grado del cumplimiento –Verde, Amarillo y Rojo- permite lectura rápida del resultado).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos para las categorías evaluadas, la institución obtendrá un puntaje total de cumplimiento que debe ser analizado por el equipo evaluador. Por Ejemplo lo pueden definir, así: Cumple – 95% y más, Cumple Parcialmente – 50% al 94%, No Cumple – Menos del 50%. De igual manera cada una de estas categorías debe tener un concepto estandarizado.

Se recomienda elaborar el Instrumento de Evaluación de Historias Clínicas que permite obtener la evidencia del proceso de atención. El número de Historias Clínicas se definirá (Puede oscilar entre 5 y 20), de igual manera se deben escoger aleatoriamente.

Por esta razón es importante definir criterios de inclusión de las mujeres participantes en el estudio, por ejemplo para el caso de usuarias de control prenatal, se hace necesario tener en cuenta que deben haber asistido a por lo menos tres (3) controles prenatales con el fin de garantizar una adecuada valoración en la percepción de la atención. Se recomienda mínimo cinco usuarias de control prenatal, cinco usuarias posparto y de cada uno de los procesos a evaluar. Se hace necesario resaltar siempre el consentimiento informado para la aplicación de estos instrumentos.

Una vez realizada la revisión por parte de los 2 expertos se obtiene una calificación para cada lista de chequeo indicando el índice de validez el cual señala si es aprobada o no de acuerdo con la escala evaluativa establecida para cada instrumento. Por consiguiente, para la lista de chequeo prevención del embarazo subsiguiente obteniendo un puntaje de 4

A continuación se mostrará los puntajes obtenidos en cada instrumento:

En cuanto a la lista de chequeo para adolescente madre en la prevención del embarazo subsiguiente y de acuerdo con la escala evaluativa para el instrumento presento un índice de validez de 3.97.

En la lista de chequeo protocolo de atención a Víctimas de violencia sexual a niñas menores de 14 años y de acuerdo con la escala evaluativa para el instrumento presento un índice de validez de 3.94.

En la lista de chequeo Ruta de atención intersectorial a las niñas menores de edad embarazadas y de acuerdo con la escala evaluativa para el instrumento presento un índice de validez de 3.96.

En un análisis cuantitativo de las evaluaciones obtenidas por expertos de cada criterio por instrumento, es posible determinar el grado de fiabilidad en cada uno de ellos, es decir a partir de las valoraciones de un rango de 1 a 4, en función de la suficiencia, coherencia, relevancia, claridad, redacción que presentan en su estructura, se identifican en su totalidad altos puntajes. Cómo se observa el instrumento de prevención del embarazo alcanzó en su totalidad altos puntajes.

El instrumento listo de chequeo de atención intersectorial a las niñas menores de edad, alcanzó los más altos puntajes en el criterio de coherencia y relevancia y un promedio satisfactorio en su estructura general, requiriendo un ajuste en su estructura.

Finalmente el instrumento lista de chequeo protocolo de atención a Víctimas de violencia sexual menores de 14 años obtuvo el más bajo puntaje en cuanto al criterio de coherencia y en su estructura general, por lo que el grupo decide revisar y mejorar la redacción y organización de cada ítem lo que impacto en su estructura.

Cuadro 1. Análisis cuantitativo de evaluaciones por criterio de los instrumentos realizados.

Instrumento	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Redacción	Promedio
Prevención del embarazo	3.91	4.0	4.0	4.0	3.96	3.97
Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual menores de 14 años.	3.89	4.0	3.86	4.0	3.97	3.94
Atención intersectorial a las niñas menores de edad.	3.88	3.96	4.0	4.0	3.88	3.96

AJUSTES E INSTRUMENTOS FINALES

Teniendo en cuenta las recomendaciones de los expertos, se realizaron los siguientes ajustes:

Se realizaron ajustes a la **lista de chequeo protocolo de atención a víctimas de violencia sexual a niñas menores de 14 años**, en cuanto al encabezado se retiró el objetivo, y se agregó el municipio, en el espacio de nombre y apellido se le agrego la palabra entrevistado, se agregó tipo de documento, responsable de la entrevista y responsable del programa. De igual manera se le agrego la numeración relacionada con el número de criterios a evaluar donde se manejan tres opciones con diferentes porcentaje de cumplimiento (Cumple “C” 95%, Cumple Parcialmente “CP” 50% al 94% y No Cumple “NC” Menos del 50%)., se agrega otra casilla de Evidencias (Soportes que permiten verificar el cumplimiento del criterio, también una Casilla de Observaciones (Aspectos pertinentes y/o urgentes implementar), y la última Casilla de Semaforización (Numéricamente – porcentaje de cumplimiento- y por color de acuerdo al grado del cumplimiento –Verde, Amarillo y Rojo que permite la lectura rápida del resultado). Ya en cuanto a los ítems se realizaron los respectivos ajustes de acuerdo con lo suficiente, claridad, coherencia, redacción y relevancia. Los ítems número 1, 3, 6 y 11 se dividieron en dos preguntas cada una ya que contenían más de una pregunta dentro del mismo criterio, y el ítem 17 modifíco el contenido ya que la pregunta no tenía claridad.

La **lista de chequeo para adolescente madre en la prevención del embarazo subsiguiente**, en cuanto al encabezado se retiró el objetivo, y se agregó el municipio, en el espacio de nombre y apellido se le agregó la palabra entrevistado, se agregó tipo de documento, responsable de la entrevista y responsable del programa. De igual manera se le agregó la numeración relacionada con el número de criterios a evaluar donde se manejan tres opciones con diferentes porcentaje de cumplimiento (Cumple “C” 95%, Cumple Parcialmente “CP” 50% al 94% y No Cumple “NC” Menos del 50%)., se agrega otra casilla de Evidencias (Soportes que permiten verificar el cumplimiento del criterio, también una Casilla de Observaciones (Aspectos pertinentes y/o urgentes implementar), y la última Casilla de Semaforización (Numéricamente – porcentaje de cumplimiento- y por color de acuerdo al grado del cumplimiento –Verde, Amarillo y Rojo que permite la lectura rápida del resultado). Ya en cuanto a los ítems se realizaron los respectivos ajustes de acuerdo con lo suficiente, claridad, coherencia, redacción y relevancia. Al ítem número 3 arregló la redacción de la pregunta, y los ítems 5 y 13 se dividieron en dos preguntas cada una ya que contenían más de una pregunta dentro del mismo criterio.

La **lista de chequeo ruta de atención intersectorial a las niñas menores de edad embarazadas**. en cuanto al encabezado se retiró el objetivo, y se agregó el municipio y sector, entidad a quien va dirigida la entrevista con su respectivo NIT, persona que recibe la entrevista con el número de documento, responsable de la entrevista con el número de documento y responsable del programa. De igual manera se le agregó la numeración relacionada con el número de criterios a evaluar donde se manejan cuatro opciones con diferentes porcentaje de cumplimiento (Cumple “C” 95%, Cumple Parcialmente “CP” 50% al 94% y No Cumple “NC” Menos del 50%y “NA” No Aplica), se agrega otra casilla de Evidencias (Soportes que permiten verificar el cumplimiento del criterio, también una Casilla de Observaciones (Aspectos pertinentes y/o urgentes implementar), y la última Casilla de Semaforización (Numéricamente – porcentaje de cumplimiento- y por color de acuerdo al grado del cumplimiento –Verde, Amarillo y Rojo que permite la lectura rápida del resultado). Ya en cuanto a los ítems se realizaron los respectivos ajustes de acuerdo con lo suficiente, claridad, coherencia, redacción y relevancia. A los ítems 4, 10, 14, 25, 27, 42, 44 y 50 se dividieron en dos preguntas ya que contenían más de una pregunta dentro del mismo criterio. A los ítems número 20, 33, 34, 35 y 47, se arregló la redacción de la pregunta.

Por último, se elabora un **instrumento de evaluación de Historia Clínica**, debido a que este documento evidencia parte del proceso de atención y facilita la identificación de las áreas que necesitan mayor apropiación.

En cuanto a la lista de chequeo para adolescente madre en la prevención del embarazo subsiguiente, las puntuaciones encontradas presento un índice de validez de 3.97.

En la lista de chequeo protocolo de atención a víctimas de violencia sexual a niñas menores de 14 años, las puntuaciones encontradas presento un índice de validez de 3.94.

Lista de chequeo Ruta de atención intersectorial a las niñas menores de edad embarazadas, las puntuaciones encontradas presento un índice de validez de 3.96.
En cuanto al instrumento de recolección de datos, las puntuaciones encontradas presento un índice de validez de 4.0.

Los resultados producto de la aplicación de la metodología planteada para la validación y confiabilidad del instrumento de investigación permiten:

Garantizar que los instrumentos evaluados son cuestionarios que ha sido construido con su respectiva confiabilidad y validez para su aplicación.