

**PROYECTO DE VIDA, UNA ESTRATEGIA PARA LA NO DESERCIÓN
ESCOLAR POR EMBARAZO**

**PRESENTADO POR
STEPHANYE ALOMIA JURADO
LEIDY JOHANA LARRAHONDO LOAIZA**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI**

2017

**PROYECTO DE VIDA, UNA ESTRATEGIA PARA LA NO DESERCIÓN
ESCOLAR POR EMBARAZO**

PRESENTADO POR

STEPHANYE ALOMIA JURADO

LEIDY JOHANA LARRAHONDO LOAIZA

TUTOR

DOLLY VILLEGAS ARENAS

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA ENFERMERÍA

SANTIAGO DE CALI

2017

Dedicatoria

A Dios.

Por darnos la sabiduría, el entendimiento y por habernos permitido llegar hasta este punto por bendecirnos con salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Samara

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su comprensión.

Por el ejemplo de perseverancia, constancia, dedicación, responsabilidad y mucho amor que lo caracterizan y que me ha infundado siempre. Infinitas gracias madre porque me diste el apoyo incondicional, económico y emocional.

A mi madre Martha

Porque me ha dado la tranquilidad, el amor y el apoyo, porque se convirtió en mi pilar en este proceso, porque ha cuidado de mi hija cuando más he necesitado y por su grandes y constantes oraciones.

A mi hija

Porque ha sido mi inspiración y la fuerza para seguir adelante, porque le dio el más grande y hermoso giro a mi vida, porque a ella le debo el sueño de convertirme en profesional.

Agradecimientos

Gracias profesora Dolly Villegas, nuestra tutora del trabajo y enfermera profesional, por su dedicación, paciencia y sobre todo entrega con el presente trabajo, porque a pesar de las adversidades y complicaciones que se presentaron, siempre estuvo ahí para nosotras aun sin

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	¡Error! Marcador no definido.
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	¡Error! Marcador no definido.
4. MARCOS DE REFERENCIA.....	19
4.1. MARCO CONCEPTUAL	19
4.2. MARCO TEORICO	20
4.3. MARCO LEGAL.....	29
4.3.1. Resolución 412 del 2000.....	29
4.3.2. Política nacional de salud sexual y reproductiva.....	29
4.4. MARCO ETICO	39
4.4.1. Código de Núremberg.....	39
4.4.2. Principios bioéticos.....	41
4.4.3. Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud de Colombia	43
4.4.4. Marco Ético Disciplinar.....	44
4.5. MARCO CONTEXTUAL	47
4.6. TEORISTA DE ENFERMERIA	49
4.6.1. Teoría del autocuidado.....	50
4.6.2. Teoría del déficit de autocuidado.....	50
5. METODOLOGÍA.....	51

5.1	TIPO DE ESTUDIO.....	51
5.2	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	51
5.2.1.	Criterios de selección.....	51
5.3	TAMAÑO DE MUESTRA.....	52
5.4	VARIABLES.....	52
5.5	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	54
5.6	FASES DEL PROCESO INVESTIGATIVO.....	55
5.7	PLAN DE ANÁLISIS	55
6.	CONSIDERACIONES ETICAS	56
7.	PRESUPUESTO	57
8.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	58
	RESULTADOS.....	59
	DISCUSIÓN.....	63
	CONCLUSIONES	66
	RECOMENDACIONES.....	67
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
10.	ANEXOS.....	71

TABLAS

	Pág.
Tabla 1. VARIABLES	54
Tabla 2. PRESUPUESTO	57
Tabla 3. CRONOGRAMA	58

RESUMEN

El presente trabajo de grado se llevó a cabo en el departamento del Valle del Cauca, municipio de Jamundí en el colegio Rosa Lia Mafla con estudiantes embarazadas del grado 10. Su objetivo fue determinar si la estrategia de un proyecto de vida disminuye la deserción escolar por embarazo.

Durante las intervenciones que se les realizó a las estudiantes se construyó con cada una de ellas un proyecto de vida iniciando el año 2018 y luego realizamos un seguimiento de 6 meses, durante el tiempo del embarazo y 30 días posteriores al parto. Con el propósito de evitar que frustren sus metas propuestas a lo largo de la vida, por todas las situaciones que conlleva el embarazo a temprana edad y puedan brindar adecuadas condiciones de vida a sus futuros hijos.

Esta propuesta de intervención en un grupo de escolares adolescentes embarazadas, le servirá a los Entes de Control como la Secretaria de Salud Municipal, para un nuevo enfoque en el acercamiento de estas menores y posiblemente la disminución de índices sobre deserción escolar.

El presente proyecto de investigación, se planteo siguiendo los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y los principios de la Declaración de Helsinki de 1964, última revisión (2013). El presente es un estudio con riesgo mínimo, donde se realizará una intervención educativa y formativa en las alumnas que estén embarazadas.

Palabras Claves: Adolescentes, embarazo, proyecto de vida, deserción escolar

SUMMARY

The present degree work was carried out in the department of Valle del Cauca, municipality of Jamundí in the Rosa Lia Mafla school with pregnant students of grade 10. Their objective was to determine if the strategy of a life project reduces school dropout by pregnancy.

During the interventions that were made to the students, a life project was built with

each of them beginning the year 2018 and then we carried out a follow-up of 6 months, during the time of pregnancy and 30 days after delivery. With the purpose of preventing them from frustrating their proposed goals throughout life, for all the situations involved in early pregnancy and can provide adequate living conditions for their future children. This intervention proposal in a group of pregnant teenage schoolchildren, will serve the Control Entities as the Secretary of Municipal Health, for a new approach in the approach of these children and possibly the decrease in rates of dropout rates. This research project was proposed following the guidelines of Resolution 8430 of 1993 of the Ministry of Health of Colombia and the principles of the Helsinki Declaration of 1964, last revision (2013). This is a study with minimal risk, where an educational and training intervention will be carried out in students who are pregnant.

Keywords: Adolescents, pregnancy, life project, school dropout

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo en escolares adolescentes es un problema de salud pública en aumento en los países del tercer mundo como Colombia. Según cifras de la Organización Mundial de Salud (OMS) del año 2014, 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.¹ Además, de aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal (feto, recién nacido o lactante), tiene repercusiones a nivel personal, familiar y social, porque hay menores oportunidades educativas o se presenta el abandono total de los estudios por parte de la adolescente embarazada, la mayoría de las veces se trunca el futuro de la adolescente, incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza de la población de estratos socioeconómicos bajos.² Es de vital importancia tener en cuenta que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública por ende, nosotras como estudiantes de enfermería debemos darles a conocer a las adolescentes que se van a intervenir la importancia de la formulación de un proyecto de vida para que no haya deserción escolar durante la época estudiantil.

La literatura plantea dos factores de riesgo importantes como son la falta de educación sexual temprana, apropiada y asertiva desde el hogar y en las instituciones educativas, y que los adolescentes no tienen aún un proyecto de vida.³ se piensa que durante la propuesta de intervención que se va a plantear educaremos a las estudiantes sobre la formulación de un proyecto de vida y su importancia, para que fortalezcan sus metas he ideales y no haya deserción escolar.

Para afrontar este problema, el gobierno Colombiano, expidió en el 2003 la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva⁴ y en el 2006 el Código de Infancia y Adolescencia.⁵ Al tener definido un proyecto de vida los adolescentes

podrán tener un norte claro, defender lo que piensan, sus intereses y formarse un carácter menos vulnerable al medio.

Mediante el presente estudio de caso se pretende detectar las escolares adolescentes embarazadas, en la Institución Educativa Rosalía Mafla de Jamundí, Valle, para construir con cada una de ellas un proyecto de vida iniciando el año 2018 y luego realizar un seguimiento de 6 meses, durante el tiempo del embarazo y 30 días posteriores al parto. Con el propósito de evitar que frustren sus metas propuestas a lo largo de la vida, por todas las situaciones que conlleva el embarazo a temprana edad y puedan brindar adecuadas condiciones de vida a sus futuros hijos.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar si la estrategia de un proyecto de vida disminuye la deserción escolar por embarazo.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas y del embarazo de la población de estudio.
- Formular el proyecto de vida con cada una de las adolescentes embarazadas.
- Identificar deserción escolar por embarazo en la población de estudio

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, la mayoría de los embarazos en adolescentes no son planeados ni deseados y ocurren con mayor frecuencia en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las mujeres contraen matrimonio antes de los 18 años y cerca del 14% antes de los 15 años.¹

La mayoría de los jóvenes no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual o es muy limitada. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros, según el país. En otros casos, aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas.¹

En España la mayoría de los embarazos que se producen en la adolescencia son no deseados, con resultados negativos en la salud, ya que son los factores sociales (fundamentalmente la pobreza y la exclusión) y las repercusiones que estos tienen sobre la salud de la adolescente (peor estado de nutrición, estado de salud previo, nula o escasa asistencia prenatal), los responsables de la mayoría de estos resultados negativos en el embarazo y el parto.⁶

En Cuba, el embarazo en la adolescencia es considerado como un problema biológico y social con numerosas aristas y campos de influencia negativa. En Santa Clara en el año 2011, ésta problemática alcanzó niveles más elevados en áreas de salud que atiende una población que en tiempos pasados fue un barrio marginal habitado por personas de bajo nivel económico y cultural. Entre las adolescentes embarazadas, se constató la falta de información y el interés por recibirla, acerca de la sexualidad y reproducción. No tienen percepción de las consecuencias del embarazo adolescente. Tienen algún conocimiento acerca los

métodos anticonceptivos, particularmente sobre el condón y las píldoras, pero la mayoría no hace uso habitual de estos.⁷

En Colombia, el nivel de fecundidad ha disminuido sistemáticamente de 6.7 hijos o hijas por mujer en 1967 a 2.1 en 2010. Para la ENDS 2015 se reporta una tasa global de fecundidad de 2 hijos por mujer. La fecundidad es mayor en la zona rural, en las regiones menos desarrolladas, en los quintiles más bajos de riqueza y en los de menor nivel de educación. Mientras que las mujeres más educadas, las del quintil más alto de riqueza, las que viven en la zona urbana o en las regiones más desarrolladas tienen niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (2 hijos o hijas por mujer).⁸

Algunos de los problemas médicos que se presentan durante el embarazo en las menores de 15 años y adolescentes son: Riesgo de muerte y enfermedad, sobre todo para las niñas de 10 a 14 años de edad, quienes tienen cinco veces mayores probabilidades de morir a causa del embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 24 años. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de mujeres de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Además sus bebés se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.¹

La deserción escolar corresponde a un abandono temporal o definitivo de los estudios formales: primaria, secundaria o universitaria. En Colombia, la deserción tiende a ocurrir con mayor frecuencia de los 10 años en adelante, edad en que algunos niños y niñas comienzan a trabajar. Dicho de manera más simple: la pobreza y la marginalidad son causas importantes en el abandono de la educación en países como Colombia.

Entre menor es el grado de escolaridad alcanzado en el momento del embarazo (entre los 12-15 años), mayor es la posibilidad de deserción del sistema educativo. Los adolescentes que por causa de un embarazo (maternidad/paternidad)

abandonan las aulas escolares entran a lo que algunos llaman el síndrome del fracaso o la puerta de entrada a la pobreza.² Algo falla en las escuelas que deseducan a los jóvenes en el entendimiento de su sexualidad. Al interrumpirse el proyecto de vida educativo surge la necesidad de ingresar prematuramente al mercado laboral en unas condiciones altamente desmejoradas. Además, las censuras social y familiar sobre la joven se hacen evidentes.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿La estrategia de un proyecto de vida disminuye la deserción escolar, por embarazos?

3. JUSTIFICACIÓN

A pesar que en el año 2003 en Colombia, se lanzó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en la cual se hace promoción de la planificación familiar, la coordinación intersectorial e interinstitucional, el fortalecimiento de la participación ciudadana, servicios de salud amigables y consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, y en 2006 se expide el Código de la Infancia y Adolescencia, cuyo objeto es establecer normas sustantivas para la protección integral de los niños y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS),⁸ en el año 2010, concluye lo complejo que resulta el embarazo en la adolescencia, su impacto en los patrones globales de fecundidad del país y su incremento en varios departamentos del país.

Muestra que a pesar de un aumento en la cobertura de los programas educativos institucionales dirigidos a los adolescentes, su bajo impacto se ve reflejado en el inicio cada vez más temprano de la primera relación sexual (alrededor de los 15 años, para los varones y un poco más tarde para las mujeres), con poca información sobre los días fértiles durante el ciclo, en que las mujeres pueden quedar embarazadas, el desconocimiento y poco uso de los Métodos de Planificación Familiar, con inadecuadas y riesgosas actitudes y prácticas en su sexualidad, lo que aumenta el riesgo de ETS y embarazos en la adolescencia.⁸⁻¹⁰

La edad media de la fecundidad ha disminuido de 27,2 años en el quinquenio 1985-1990 a 26,6 años en el periodo 2000-2005, “lo cual muestra que las mujeres han reducido, en promedio, la edad para tener sus hijos”. Además, “al analizar la estructura de la fecundidad para los años 1993 y 2005, su descenso en Colombia de los últimos doce años se encuentra explicado por la reducción de la

participación de las mujeres mayores de 20 años, mientras que la contribución del grupo de 15 a 19 se ha incrementado un 19,4%". Lo anterior implica que la menor edad promedio de reproducción que se presenta en el país, un aumento de la participación de los nacimientos en adolescentes en los niveles globales de fecundidad. Para el 2010, una de cada 5 mujeres (19,5%) de 15 a 19 años ya era madre o estaba embarazada.⁸ El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial. Así, si en vez de 18 años se aumentara a 23 años la edad de la madre en su primer alumbramiento, podría reducirse el impulso demográfico en más del 40%.¹

Esto a su vez representa para la sociedad una repercusión severa tanto económica como social, debido a que el embarazo en adolescentes no es deseado, planificado, presenta dificultades en la institución educativa, en el hogar con su propia familia y por lo general se ve obligada a dejar la educación de lado, afectando su futuro, ya que no tendrá oportunidades para poder encontrar un trabajo estable con un salario digno, para subsistir a sus necesidades básicas, como lo es la salud, alimento, hogar, etc.⁹

La encuesta comenta además que la reducción del embarazo en la adolescencia no se logra solamente con un aumento en el uso de métodos anticonceptivos, sino que es necesario transformar la forma en que se ofrece educación sexual a la población. A pesar que 4 de cada 5 mujeres menores de 25 años han participado en actividades de educación sexual (93,4% de ellas en colegios) y una de cada 2 mujeres asegura haber recibido información de este tipo por medios masivos de comunicación, el 52% de los jóvenes manifiestan que no entienden la información que le brindan en sus hogares, colegios o medios de comunicación, en torno a la salud sexual y reproductiva, por lo cual el solo acceso a la información no logra el impacto que se requiere.⁸

El psicólogo especialista en adolescentes Gabriel Bello, dice que “En todas las edades pero de manera particular durante la adolescencia, tener un proyecto de vida es importantísimo porque las decisiones que se tomen en esta etapa, trascenderán y marcarán las siguientes etapas de la vida, decisiones importantes como la elección de carrera y la elección de pareja. El proyecto de vida se convierte en una especie de GPS que indica el rumbo a seguir para llegar a la meta que se ha propuesto en tiempo y forma, generándose con ello seguridad y confianza en el trayecto. Además, dice “Tristemente puedo decirles que cada día es más común encontrar estudiantes de preparatoria ya en su noveno grado de secundaria, que aún no saben qué carrera estudiar. Pero no es un asunto sólo de ellos, también encuentro adolescentes que no saben ni siquiera que van hacer este fin de semana, mucho menos a qué se van a dedicar en el futuro, cuántos hijos tendrán, o qué tipo de familia les gustaría formar.”¹¹

El presente trabajo es de beneficio para las adolescentes embarazadas participantes en este proyecto de investigación, porque se elaborará con cada una de ellas un proyecto de vida, desarrollarán medidas de protección y actividades de prevención, aumentarán sus conocimientos y mejorarán su actitud y prácticas, con respecto a su sexualidad y por último disminuir su deserción escolar.

Las Enfermeras autoras de este proyecto de investigación, aumentaron los conocimientos y prácticas sobre la elaboración de un proyecto de vida. Además, mejoraron sus competencias para la escritura, desarrollo, sustentación y publicación de los resultados de una investigación de campo.

Esta propuesta de intervención en un grupo de escolares adolescentes embarazadas, le servirá a los Entes de Control como la Secretaria de Salud Municipal, para un nuevo enfoque en el acercamiento de estas menores y posiblemente la disminución de índices sobre deserción escolar.

La Universidad Santiago de Cali y el programa de enfermería, tendrá un papel fundamental de extensión en su trabajo con las comunidades estudiantiles, en

problemas de salud pública y aportar en la búsqueda de soluciones de problemas de salud, ejerciendo su responsabilidad social.

4. MARCOS DE REFERENCIA

4.1. MARCO CONCEPTUAL

Adolescente: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.¹²

Adolescencia temprana: La adolescencia temprana es un período de muchos cambios físicos, mentales, emocionales y sociales. Con el comienzo de la pubertad, se producen cambios hormonales. Los adolescentes tempranos pueden sentir preocupación por estos cambios y por la forma en que otras personas los percibirán. Este también puede ser un período en que su adolescente tal vez enfrente presión de sus compañeros para usar alcohol, productos del tabaco y drogas, y participar en actividades sexuales. Otros retos pueden ser los trastornos de la alimentación, depresión, dificultades de aprendizaje y problemas familiares. A esta edad, los adolescentes toman más decisiones por cuenta propia sobre amigos, deportes, estudios y escuela. Se vuelven más independientes y desarrollan su propia personalidad y sus propios intereses. Aunque tal vez quieran

tomar más decisiones solos, los adolescentes tempranos todavía necesitan la guía y el apoyo de usted en sus elecciones.¹³

Embarazo en adolescentes: Un embarazo adolescente o a temprana edad es el que ocurre antes de los 19 años. Constituye un riesgo para su salud, su vida y/o la del feto, con repercusiones a nivel psicológico, familiar y social.¹⁴

Promoción: Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.¹⁵

Embarazo: Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.¹⁶

Proyecto de vida: El proyecto es como un camino para alcanzar la meta: es el plan que una persona se traza a fin de conseguir un objetivo. El proyecto da coherencia a la vida de una persona en sus diversas facetas y marca un determinado estilo.

4.2. MARCO TEORICO

Embarazo en Adolescentes: ¿Falta de Educación Sexual o de un Proyecto de Vida?

Se asume, generalmente, que muchos de los embarazos en la adolescencia son resultado de accidentes y/o falta de educación sexual en el hogar y en la escuela. Para responder a esta problemática se han aumentado y mejorado los cursos de

educación sexual en los colegios y centros médicos, entre otros. Dicha solución supone que el problema, o al menos parte de él, es la falta de información. Por eso, los programas de educación sexual incluyen la enseñanza, la difusión y la comunicación sobre las relaciones sexuales, la reproducción, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, las ETS y las normas culturales sobre este tema.

Actualmente, programas como Más Familias en Acción desarrollan proyectos de educación sexual para prevenir el embarazo en la adolescencia. Igualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer, lanzaron la campaña masiva de comunicación llamada “Por mí, yo decido”, la cual cuestiona las normas sociales y culturales vigentes que promueven el embarazo a temprana edad. Asimismo, pone en tela de juicio la creencia de que la única forma de realizarse como mujer es a través de la maternidad, o el pensar que los “verdaderos hombres” son aquellos que tienen varias mujeres, y no se protegen ni responden por sus actos.

Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2011 realizada por RED UNIDOS y jóvenes en acción, el 60% de las mujeres de 18 a 24 años en pobreza extrema y moderada (Sisben I y Sisben II) están inactivas, es decir que no estudian, no trabajan y no están buscando trabajo. Esto podría explicar porque su proyecto de vida podría centrarse sólo en ser mamás a una edad temprana.

Fedesarrollo tiene como opinión que la educación sexual es necesaria, y puede llegar a prevenir cierto número de embarazos no deseados. No obstante, el problema va más allá del acceso a la información. Algo importante, y que frecuentemente no está contemplado en los programas es la participación de los padres de familia en estos cursos. Igualmente, los costos de los métodos de contracepción pueden ser muy altos para los adolescentes. Algunas otras barreras como distancia a los centros de salud, o la condicionalidad de ir con los padres, llevan a los adolescentes a no acceder a los servicios o productos que son gratis.³

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), con el apoyo de Pro-Familia, lanzó el 11 de noviembre del 2015 la campaña “YoCuidoMiFuturo” ‘En lugar de un embarazo, mis sueños’, con el objetivo de prevenir el embarazo infantil, que en el país registra cifras de 408 nacimientos diarios cuyos padres están entre los 10 y los 19 años.¹⁸

En septiembre del 2014, el ICBF citó datos del Dane que revelan que entre el 2008 y el 2013 en promedio cada año han nacido 159.656 hijos de madres entre los 10 y los 19 años. De acuerdo con este indicador, la tasa diaria era de 435 nacimientos, muy cercana a la actual, de 408. “El embarazo adolescente es causa y consecuencia de las más grandes inequidades de la sociedad. Trabajar en su prevención es una de las prioridades del Gobierno Nacional, que requiere la participación activa de la sociedad”, dijo Cristina Plazas, directora del ICBF.

El objetivo de la campaña es involucrar a los padres de familia para que sean los impulsores de diálogo alrededor de la sexualidad y guíen a sus hijos en el desarrollo de un proyecto de vida a temprana edad. Así mismo, a los adolescentes se les llama a fijarse metas para materializar sus sueños, cuidando las decisiones del presente que afectan el futuro.

“Debemos comprender que las mujeres adolescentes corren un altísimo riesgo para su salud al quedar embarazadas y, muchas veces al igual que sus parejas, ven truncado su futuro. Debemos apoyar sus sueños y el proyecto de vida que construyen mientras disfrutan de su infancia y su adolescencia sin responsabilidades de adultos, como las que implica ser padre de familia”, agregó Plazas.

De acuerdo con el ICBF, se han adelantado acciones de sensibilización en los departamentos de Caquetá, Chocó, Magdalena, Norte de Santander, Cesar, La Guajira, Cundinamarca, Cauca, Meta, Risaralda, Antioquia y Valle se ha involucrado a estudiantes en el desarrollo de talleres y actividades enmarcadas en la prevención de embarazo adolescente.

Finalmente, aunque hemos avanzado mucho en cuestiones sociales en los últimos años, el factor más importante, es que falta, por parte de las adolescentes de bajos ingresos, el desarrollo de proyectos de vida en los cuales no solo se vean como madres sino como mujeres con numerosas dimensiones y potencialidades, que les permitan acceder a posibilidades de movilidad social reales, y a su realización personal y colectiva.

Cómo Elaborar un Proyecto de Vida?

La elaboración de un proyecto de vida, debe considerar aspectos tales como: el entorno y conocimiento de la persona; la búsqueda de información para satisfacer las inquietudes y posibilidades que nos rodean para alcanzar las metas propuestas; y la flexibilidad, que no debe faltar, pues los seres humanos poseen múltiples intereses, habilidades y la capacidad de rectificar, además los resultados no dependen sólo de la persona. Al definir un proyecto de vida las personas podrán defender lo que piensan, sus intereses y formarse un carácter menos vulnerable al medio.¹⁷

1. El Punto de Partida mi Situación

- Mis fortalezas.
- Mis debilidades.

2. Autobiografía

- ¿Quiénes han sido las personas que han tenido mayor influencia en mi vida y de qué manera?
- ¿Cuáles han sido mis intereses desde la edad temprana?
- ¿Cuáles han sido los acontecimientos que han influido en forma decisiva en lo que soy ahora?
- ¿Cuáles han sido en mi vida los principales éxitos y fracasos?
- ¿Cuáles han sido mis decisiones más significativas?

3. Rasgos de mi Personalidad

Enuncie 5 aspectos que más le gustan y 5 que no le gustan con relación a:

- Aspecto físico
- Relaciones sociales
- Vida espiritual
- Vida emocional
- Aspectos intelectuales
- Aspectos vocacionales

4. Quién Soy

- ¿Cuáles son las condiciones facilitadoras o impulsadoras de mi desarrollo (tanto personales como las existentes en el medio)?
- ¿Cuáles son las condiciones obstaculizadoras o inhibidoras para mi desarrollo (tanto personales como las existentes en el medio)?
- Organice la información obtenida teniendo en cuenta los siguientes aspectos
 - a. Es posible el cambio
 - b. Es factible el desarrollo.
 - No es posible cambiar (justificar porque no)
- ¿Cuál será el plan de acción a seguir?

5. ¿Quién Seré? Convertir Sueños en Realidad

- ¿Cuáles son mis sueños?
- ¿Cuáles son las realidades que favorecen mis sueños?
- ¿Cómo puedo superar los impedimentos que la realidad me plantea para realizar mis sueños?
- ¿Cómo puede potenciar o enriquecer mis condiciones facilitadoras?
- ¿Cómo puedo enfrentar las condiciones obstaculizadoras?
- ¿Cómo sé que logré realizar lo que quería?
- ¿Cuáles serán las soluciones?
- ¿Cuáles serán las acciones derivadas a seguir?

6. Mi Programa de Vida

- El propósito de mi vida. es...

- Analizo mi realidad para realizar el plan de acción:
- ¿Cuál es mi realidad?
- ¿Qué tengo?
- ¿Qué necesito?
- ¿Qué puedo hacer?

Pasos Hacia el Proyecto de Vida

Reconocer el Terreno Objetivo

El objetivo es conocer las bases con que cuenta una persona para construir su proyecto de vida. Debe propiciar una sana aceptación de sí mismo y de las circunstancias que lo rodean, sin que ello quiera decir que deba contemporizar con todo lo que pueda ser superado.¹⁷

Punto de Partida:

El punto de partida no será, como algunos podrían pensar la contemplación de realidades ajenas a nuestra propia vida. Al iniciar la temática partiremos del momento de la vida en el que ustedes se encuentran. Este momento tiene dos características fundamentales. En primer lugar la edad. La adolescencia o primera juventud es trascendental en la vida del hombre. Es ahora cuando el crecimiento se manifiesta más palpablemente. Este es el momento crucial en que, por así decirlo, se están haciendo hombres. Están experimentando cambios en el cuerpo, en la mente, en el corazón, en la conciencia, en todo el ser, que indica a las claras que el niño de ayer va dando paso al adulto de mañana. Están en una edad de transición, en la etapa que va dejando atrás a la niñez y que va acercando a la madurez. Al nacer recibieron el ser de sus padres. Pero ahora sienten una nueva vida en ustedes. Hoy el ímpetu de la inteligencia, de la libertad, de los instintos, de los sentimientos, del amor reclama la propiedad y la responsabilidad de vida en sus comienzos a sus progenitores. Se encuentran en la búsqueda de una personalidad atractiva y definida. Pero esta edad, bella y trascendental, es a su vez difícil, pues los cambios son frecuentemente tan rápidos y profundos que

llegan no pocas veces a crear situaciones conflictivas e imaginables. La segunda característica de este momento de la vida es estar estudiando, esto añade a la característica anterior la edad, una nota importante: en este tiempo tienen ustedes que tomar decisiones, muchas de las cuales pueden marcar o determinar definitivamente sus vidas.¹⁷

En conclusión, en el momento actual sienten que deben tomar la vida en sus propias manos, proyectarla hacia delante y tomar serias decisiones y a cada uno pueden surgirle las preguntas: ¿Qué hago yo con mi vida?, ¿Qué hago yo después de salir de estudiar? .Estas preguntas pueden crearles inseguridad, precisamente porque las respuestas pueden ser múltiples. Es como si se fueran acercando a una glorieta de donde parten muchos caminos: el del trabajo o el de la inactividad. Y dentro de la escuela, del trabajo o del estado de vida las posibilidades para cada uno son muchas.¹⁷

¿A Qué Actividad me Dedico?, ¿Qué Estado de Vida Escojo?

Pero hay una pregunta fundamental para este momento en el que tienen que tomar tantas decisiones: ¿Sobre qué valores, actitudes o comportamientos voy a apoyar mi vida? ¿Sobre el egoísmo?, ¿el individualismo?, ¿el placer?, ¿el dinero?, ¿la explotación de los otros?, ¿el libertinaje? o ¿sobre el servicio?, ¿el amor?, ¿la justicia?, ¿la sencillez? La respuesta no es sencilla. Decidir no es fácil. Según el tipo de respuestas que escojan, va a ser el sentido de sus vidas. Existen numerosas personas que habiendo podido conducir su vida por una autopista, la echaron por una carretera de piedras. Es lamentable caminar sufriendo golpes cuando de la mano de uno estuvo el evitarlos. Y lo malo es que a cierta edad es muy difícil echar para atrás. A veces hasta la reversa se estropea. Un proyecto de vida es tan fundamental como para un ingeniero los planos sobre los que va a construir un edificio o un puente. Una obra de este tipo sin un proyecto está amenazada de ruina. Por eso para un ingeniero el momento más importante es aquel en que se retira para idear el proyecto que hará realidad su obra. ¹⁷

Lo demás, contratar trabajadores, conseguir materiales o colocar ladrillos, es relativamente fácil. Es en la existencia humana, como la ingeniería, es fundamental un proyecto de vida. Si ustedes tienen la curiosidad de preguntar a la gente de la calle porque vive o si está contenta con lo que está haciendo, un alto porcentaje después de recuperarse de la sorpresa de haberse planteado por primera vez estas preguntas, responderá negativamente. Así está de mal el mundo, en la familia, en el trabajo, en la vida social y política. ¿Quién de ustedes desearía vivir en un edificio donde el 70% de los ladrillos, vigas, pilares, etc. ¿Estuvieran mal colocados? Estaría loco. Por eso nuestra sociedad está de psiquiatra. Existe mucha gente decepcionada, angustiada, triste, desesperanzada. Carece de un sentido de la existencia. Y cuando esto ocurre, es como naufragar en el océano a la deriva. Llamamos proyecto al conjunto de valores, actitudes, y comportamientos que debe poner el hombre para que su vida tenga una orientación y un sentido auténtico¹⁷

Reconocer el Terreno:

Antes de diseñar el proyecto, es necesario dar un paso previo: reconocer el terreno. No es lo mismo edificar una casa sobre arena o tierra movediza que sobre piedra, o sobre un terreno plano que sobre un terreno quebrado. Lo primero que tenemos que hacer es reconocer nuestro propio terreno. Esto es, preguntarnos: ¿quién soy yo?, ¿cómo estoy yo? Las respuestas a estas preguntas les deben iluminar y ofrecer las bases para su propio proyecto de vida.

Primer Paso: Como en la figura se señalan dos fechas separadas la de tu nacimiento y la del día de hoy. Piensa en el momento presente: hoy tú tienes una personalidad determinada que no ha sido conformada por fuerza del destino o del azar. Tú eres fruto de una serie de factores que a lo largo de los años ha ido modelando tu personalidad. Vas a mirar retrospectivamente tu vida y tomarás conciencia de esos dos factores aun de los más remotos y vas a tomar nota de cómo han influido o están influyendo en la formación de tu personalidad.¹⁷

Primer Factor - Herencia Genética

Tu sexo, tu color, tu salud, tu estatura, tu peso, tu apariencia, externa, tu inteligencia. ¿Aceptas todo esto? ¿Te han creado baja autoestima?

Segundo Factor - Personas

Tus padres y demás familiares, profesores, amigos (as), novios (as), ídolos del cine, de la televisión, del deporte. Su ejemplo, su forma de actuar o de pensar ¿cómo están influyendo o como han influido en ti?

Tercer Factor - Ambientes

Tu ambiente familiar, social, escolar o geográfico. ¿Cómo influyen o han influido en ti el dinero o la pobreza, la competencia o el individualismo, las apariencias sociales, los patrones sociales y culturales impuestos por tus mayores o por los medios de comunicación y la propaganda, un hogar mal o bien constituido?

Cuarto Factor - Acontecimientos

Hechos trascendentales que hayan influido o que estén influyendo en tu vida como la muerte de un ser querido, el nacimiento de un hermano, una quiebra económica, un accidente, un fracaso escolar, una separación familiar, un cambio de ciudad, barrio o de colegio.¹⁷

Quinto Factor - Experiencias

En el campo familiar, escolar, social, afectivo, sexual, éxitos, fracasos, desilusiones, etc.¹⁷

Segundo Paso: Imagínate que recibes una carta de un joven de un país lejano que te ofrece su amistad, en su carta de hace una pregunta: ¿cómo eres tú? Tú debes responderle de una manera sincera y precisa.¹⁷

Tercer Paso: Vas a tratar de describir tu problemática personal. En el grafico tienes las áreas básicas de tu vida. Sobre una valoración de 10 vas a sombrear cada columna. Por ejemplo, en familia estimas que debes colocarte en la posición

positiva de 8; esto significa que tienes una posición negativa de 2, en este caso traza una línea horizontal en el 8 de la parte superior y otra en el 2 de la parte inferior. Procura analizar el cuadro, relación a un área con otra y pregúntate sobre las posibles causas de tu problemática.¹⁷

4.3. MARCO LEGAL

4.3.1. Resolución 412 del 2000.

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y el obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

ARTICULO 8. PROTECCION ESPECÍFICA. Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

1. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
2. Atención Preventiva en Salud Bucal.
3. Atención del Parto.
4. Atención al Recién Nacido.
5. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.

4.3.2. Política nacional de salud sexual y reproductiva.

El Ministerio de Salud y Protección Social considera la sexualidad como una dimensión prioritaria en el curso de la vida de las personas. Se espera que su ejercicio se enmarque en la práctica de los Derechos Humanos y la garantía de los derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. En Colombia aún tenemos muchas problemáticas asociadas a la sexualidad y a la reproducción, pero cada vez más el Estado, las instituciones y las políticas que se desarrollan tienen

avances importantes en la comprensión de las diferentes miradas de la sexualidad y sus abordajes. Esto se refleja en la incorporación de los enfoques de género, derechos y diferenciales como aspectos esenciales para el logro de una salud sexual y reproductiva plena, segura, digna y responsable para todas las personas en Colombia.

Es una propuesta estratégica política formulada para responder a los problemas más serios que tiene nuestro país en cuanto a la promoción y prevención. El fortalecimiento de la red de servicios, con la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiológica, con el impulso al Sistema de Información en Salud (SIIS), con la promoción de la investigación para la toma de decisiones y con la vinculación de diferentes actores sectoriales y de la sociedad civil para el logro de las metas propuestas. Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.

Líneas de Acción: Planificación Familiar

Las estrategias y acciones en cuanto a este tema tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a.

Promoción de la Planificación Familiar Mediante Estrategias de IEC.

En este campo las acciones están dirigidas a que:

- Los hombres y las mujeres en edad fértil se apropien de sus deberes y derechos en cuanto a los servicios de planificación familiar en el contexto de la inducción de

la demanda temprana de dichos servicios. Es de especial interés que en este tema se realicen acciones específicamente dirigidas a los y las adolescentes y a hombres y mujeres con factores de vulnerabilidad y que se centren en el autocuidado en términos de controlar el número de hijos/as y el espaciamiento entre ellos.

- Los hombres conozcan los métodos de planificación familiar específicamente diseñados para ellos y desarrollen actitudes y prácticas de autocuidado en este sentido. En este campo es prioritario trabajar sobre los mitos culturales en torno a la planificación familiar, detectados mediante encuestas de comportamiento, que impiden el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.
- Se fomente la doble protección entre hombres y mujeres en edad fértil, con especial énfasis en los adolescentes y en los hombres y mujeres con factores de vulnerabilidad.
- Se promueva, en la población masculina, la anticoncepción con métodos de barrera, entendida como una responsabilidad individual que no sólo se circunscribe a la mujer.
- Se promueva la participación del hombre en las decisiones relacionadas con la planificación familiar en el contexto del respeto por las decisiones que cada uno de los miembros de la pareja tome en este sentido.

Coordinación Intersectorial e Interinstitucional

Para el desarrollo de esta estrategia es necesario promover alianzas estratégicas con el sector educativo formal, no formal e informal, con especial énfasis en los medios masivos de comunicación para:

- Propiciar cambios de actitud con base en información confiable en la población escolarizada y no escolarizada sobre diferentes métodos de planificación familiar,

entre ellos la abstinencia sexual y el retardo de la edad de inicio de relaciones genitales.

- Desarrollar competencias para decidir el número de hijos/as que se quiere tener y el espaciamiento entre ellos, como decisión que compete a ambos miembros de la pareja. Igualmente, debe enfatizarse que la utilización o no de métodos de planificación familiar es una decisión que se mueve en el ámbito de la autonomía y la responsabilidad personal y social, en el contexto del proyecto de vida que cada cual escoge para sí.

Fortalecimiento de la Gestión Institucional

En este campo las acciones planteadas tienen que ver con:

- Fortalecer la capacidad operativa, técnica y de gestión de las instituciones y entidades territoriales responsables de la prestación de los servicios para identificar y solucionar puntos críticos que limitan la accesibilidad y oportunidad del suministro de métodos de planificación familiar, diferenciando por zona geográfica y grupo etario o poblacional.
- Diseñar modelos de atención que garanticen la integralidad, accesibilidad y continuidad en el proceso de consejería y suministro de métodos de planificación familiar, con especial énfasis en poblaciones con factores de vulnerabilidad.
- Promover los cambios normativos necesarios para incluir, con criterios de costo-efectividad, diversos métodos de planificación dirigidos a hombres y mujeres en los planes de beneficios de la población asegurada y para garantizarlos en la población no asegurada.
- Establecer los mecanismos idóneos para la adquisición de los medicamentos anticonceptivos e insumos en las IPS que prestan servicios de planificación familiar a población asegurada y no asegurada.
- Capacitar el recurso humano en salud en los métodos de anticoncepción de emergencia, disponer de los mismos para que sean suministrados cuando existan

indicaciones para su formulación e implementar acciones de canalización hacia la consejería de planificación familiar.

- Incluir en las actividades de planificación familiar la consulta pre-concepcional como estrategia efectiva para el tratamiento de patologías previas a la gestación, con especial énfasis en sífilis.
- Desarrollar modelos de vigilancia epidemiológica mediante la verificación del cumplimiento de metas en los servicios de planificación familiar utilizando los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) generados en las IPS, y diseñar e implementar métodos alternativos de evaluación rápida de coberturas que permitan tomar decisiones y reorientar acciones.
- Fortalecer las acciones de vigilancia y control, en el nivel territorial y nacional, tanto en el seguimiento de las normas técnicas vigentes para la planificación familiar como de la conveniencia de los mecanismos operativos seguidos por las instituciones responsables para garantizar la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la aplicación de los métodos anticonceptivos.

Fortalecimiento de la Participación

En este campo se han priorizado las siguientes acciones, las cuales deben centrarse en las organizaciones de participación social y comunitaria:

- Posicionar el tema de la planificación familiar en asociaciones y ligas de mujeres para que demanden planes, programas, proyectos, servicios y métodos eficaces y eficientes de planificación familiar que tengan en cuenta las diferentes características de los grupos poblacionales vulnerables.
- Promover en los hombres la planificación familiar como parte del autocuidado que debe existir en relación con el número de hijos/as y su espaciamiento.
- Empoderar a las mujeres para que tomen parte activa en las decisiones sobre los métodos de planificación familiar en la consejería que se brinda en servicios de

salud.

Potenciales de las Redes Sociales de Apoyo

Una vez identificadas las redes sociales de apoyo las acciones deben enfocarse a que:

- Los hombres desarrollen actitudes y prácticas de autocuidado relacionadas con la anticoncepción.
- Las mujeres transformen creencias erróneas acerca de las consecuencias de aplicar algunos métodos de planificación familiar y accedan a consejería de planificación familiar en servicios de salud.

Desarrollo de Investigación: En este campo se plantean las siguientes acciones:

- Promover investigaciones sociales para implementar estrategias efectivas que cambien actitudes y prácticas erróneas en hombres y mujeres frente a la planificación familiar.
- Desarrollar proyectos de investigación en las instituciones prestadoras de servicios que permitan conocer las condiciones de accesibilidad, continuidad y calidad de los servicios prestados en planificación familiar.
- Llevar a cabo investigaciones que permitan identificar barreras de acceso en los usuarios (geográficas, grupos etarios, socioculturales, entre otras) para la implementación de las acciones.

Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ):

El Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo

se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

La característica central de los Servicios Amigables es que parten de las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y apuntan a satisfacerlas. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propone tres modalidades de organización de servicios, para que sean adaptados de acuerdo a las condiciones diferenciales de los territorios y las instituciones que conforman el SGSSS:

Consulta Diferencial para Adolescentes y Jóvenes:

Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad.

Unidades de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes:

Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención.

Centro de Salud Amigable para Adolescentes y Jóvenes:

Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno.

El Modelo de SSAAJ se enmarca adecuadamente en la nueva Política de Atención Integral en Salud –PAIS– y en el Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS– respondiendo a las líneas operativas de gestión del riesgo, promoción de la salud y gestión de la salud pública, en el cuidado y el autocuidado en un momento que es central en el curso de vida. Además se inscribe en lo planteado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNDS DSDR) promoviendo los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos con equidad de género y realizando prevención y atención de la salud sexual y la salud reproductiva desde el enfoque de Derechos. Todo esto partiendo del reconocimiento y la adaptación a la diversidad de territorios y poblaciones.

Con relación a la SSR de la población adolescente comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Las líneas de acción en las diferentes estrategias son:

Promoción de la SSR de los/las Adolescentes Mediante Estrategias de IEC:

En este campo es de especial importancia llevar a cabo acciones de IEC que involucren no sólo a los y las adolescentes sino a las redes sociales, de la sociedad civil e institucionales de las que ellos hacen parte (pares, padres y madres de familia, docentes, organizaciones juveniles, etc.). Las acciones para adolescentes deben tener en cuenta las características específicas de este grupo poblacional en términos de sus necesidades y los satisfactores apropiados a éstas, las implicaciones psicológicas y sociales inherentes a este periodo, y su experiencia y, por ello, deben involucrarlos no sólo como receptores sino como formuladores, en el contexto de la construcción de un proyecto de vida autónomo, responsable, libremente escogido, satisfactorio y útil para ellos mismos y para la sociedad. Con base en lo anterior, en el campo de la promoción de la SSR mediante estrategias de IEC se plantea la formulación, desarrollo y evaluación de

proyectos dirigidos a que los y las adolescentes, especialmente de las poblaciones más vulnerables y con énfasis tanto en los hombres como en las mujeres:

- Lleven a cabo acciones de autocuidado centradas en la doble protección.
- Demanden métodos anticonceptivos adecuados a sus condiciones.
- Desarrollen capacidades de negociación con su pareja sobre el método anticonceptivo y de protección que se elige en un momento dado.
- Se apropien de la posibilidad de retardar la edad de inicio de las relaciones genitales, la frecuencia con que éstas se tienen, y la edad de la concepción.
- Asuman que la sexualidad y la reproducción y la forma en que éstas se viven están determinadas por condicionamientos culturales y sociales que es posible de construir en el marco del proyecto de vida que cada quien elige para sí.
- Se cuestionen los modelos sociales y culturales que posicionan el embarazo precoz como una forma de ganar status o reconocimiento social o afectivo.
- Rechacen la violencia sexual y doméstica (física y psicológica) como modelo de relación afectiva o de resolución de conflictos.

Coordinación Intersectorial e Interinstitucional

En desarrollo de esta estrategia se plantea el establecimiento de alianzas estratégicas para la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos de formación inicial y en servicio, mediante acciones de educación formal, no formal e informal, dirigidas a los oferentes y demandantes de servicios de SSR y a las redes de las que hacen parte los y las adolescentes. Estas alianzas estratégicas deben dirigirse a:

- La formulación conjunta de currículos para el desarrollo de competencias comunicativas y de gestión en los estudiantes de profesiones de la salud en el

campo específico del trabajo con los adolescentes. Estas competencias deben seguir desarrollándose mediante acciones de formación continuada.

- La revisión de los contenidos de los libros de educación sexual que se utilizan en las instituciones con miras a que sus contenidos sean precisos y estén libres de perspectivas moralistas sobre la SSR.
- El desarrollo de una sexualidad satisfactoria, libre, responsable y sana por parte del recurso humano que trabaja en las IPS y los educadores y educadoras sexuales.
- La implementación de proyectos de educación sexual en las instituciones de educación básica y media que tengan en cuenta las necesidades de los adolescentes.
- La participación activa de los y las adolescentes y los padres y madres de familia en la formulación y seguimiento a los proyectos de educación sexual que se llevan a cabo en las instituciones escolares de educación básica y media.
- La formación de los diferentes miembros de la comunidad educativa (directivos, docentes, padres/madres de familia y estudiantes) en actitudes y prácticas de educación sexual para la creación de un clima de confianza y diálogo entre padres/madres de familia e hijos/hijas, para la prevención del embarazo precoz y para la toma de decisiones informadas en lo que se refiere al inicio temprano de relaciones sexuales y la interacción sexual con diferentes parejas.
- La formación de los miembros de la comunidad educativa para la prevención de la violencia doméstica (física y psicológica) y la violencia sexual, y la promoción de estilos pacíficos de resolución de conflictos.
- La obtención y provisión de ayuda psicológica y legal en caso de ser víctimas de violencia doméstica o sexual.
- La generación de proyectos dirigidos a la comunidad en su conjunto, con especial énfasis en las organizaciones de adolescentes, sobre temas relacionados

con la educación sexual que involucren como formadores a los adolescentes mismos, a los padres/madres de familia y a diferentes miembros de la comunidad. Los temas discutidos y promovidos deben tener en cuenta los lineamientos generales sobre educación sexual emanados del Ministerio de Educación Nacional y hacer hincapié en el fortalecimiento de las capacidades de negociación en la relación de pareja mediante la comunicación abierta y directa.

- La promoción de proyectos para la implementación de ambientes saludables.
- El apoyo a programas y proyectos escolares relacionados con la promoción de una vida sana.

4.4. MARCO ETICO

4.4.1. Código de Núremberg.

El Código de Núremberg, es el primer documento que intenta normalizar y regular la investigación con seres humanos. Fue publicado el 20 de agosto de 1947, tras la celebración de los Juicios de Núremberg (entre agosto de 1945 y octubre de 1946), al final de la Segunda Guerra Mundial, contra 23 médicos y científicos alemanes, que realizaron investigaciones en las prisiones sin ninguna revisión por un Comité Ético, sin consentimiento informado de las personas y que produjeron mucho dolor y muerte.

Los siguientes son los 10 puntos que constituyen el Código o Decálogo de Núremberg:

1. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. Esto significa que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar consentimiento; su situación debe ser tal que pueda ser capaz de ejercer una elección libre, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de constreñimiento o coerción; debe tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos implicados que le capaciten para hacer una decisión razonable e ilustrada. Este último elemento requiere que antes de que el sujeto de experimentación acepte

una decisión afirmativa, debe conocer la naturaleza, duración y fines del experimento, el método y los medios con los que será realizado; todos los inconvenientes y riesgos que pueden ser esperados razonablemente y los efectos sobre su salud y persona que pueden posiblemente originarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad para asegurarse de la calidad del consentimiento residen en cada individuo que inicie, dirija o esté implicado en el experimento. Es un deber y responsabilidad personales que no pueden ser delegados impunemente.

2. El experimento debe ser tal que dé resultados provechosos para el beneficio de la sociedad, no sea obtenible por otros métodos o medios y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.
3. El experimento debe ser proyectado y basado sobre los resultados de experimentación animal y de un conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otro problema bajo estudio, de tal forma que los resultados previos justificarán la realización del experimento.
4. El experimento debe ser realizado de tal forma que se evite todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño.
5. No debe realizarse ningún experimento cuando exista una razón a priori que lleve a creer el que pueda sobrevenir muerte o daño que lleve a una incapacitación, excepto, quizás, en aquellos experimentos en que los médicos experimentales sirven también como sujetos.
6. El grado de riesgo que ha de ser tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de ser resuelto con el experimento.
7. Deben realizarse preparaciones propias y proveerse de facilidades adecuadas para proteger al sujeto de experimentación contra posibilidades, incluso remotas, de daño, incapacitación o muerte.
8. El experimento debe ser realizado únicamente por personas científicamente cualificadas. Debe exigirse a través de todas las etapas del experimento el

mayor grado de experiencia (pericia) y cuidado en aquellos que realizan o están implicados en dicho experimento.

9. Durante el curso del experimento el sujeto humano debe estar en libertad de interrumpirlo si ha alcanzado un estado físico o mental en que la continuación del experimento le parezca imposible.
10. Durante el curso del experimento el científico responsable tiene que estar preparado para terminarlo en cualquier fase, si tiene una razón para creer con toda probabilidad, en el ejercicio de la buena fe, que se requiere de él una destreza mayor y un juicio cuidadoso de modo que una continuación del experimento traerá probablemente como resultado daño, discapacidad o muerte del sujeto de experimentación.

4.4.2. Principios bioéticos.

Principio de Beneficencia: En el ámbito médico, este principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada. Es un principio ético básico que se aplica primariamente al paciente, aunque también a otros que pueden beneficiarse de un avance médico en particular. Es el principio ético primero de las actuaciones médicas y responde al fin primario de la medicina, que es el promover el bien para el enfermo y la sociedad; en él se han fundamentado los códigos médicos, desde el Juramento de Hipócrates.

La palabra beneficencia tiene aquí su sentido etimológico, no el de una caridad ineficaz y paternalista y resulta más adecuada que el de benevolencia, en cuanto subraya el hecho de tener que hacer efectivamente el bien y no simplemente querer hacerlo o desear hacerlo.

Principio de no-maleficencia: La práctica médica ha estado asociada con la máxima latina *primum non nocere*, “sobre todo, no hacer daño” que los médicos hipocráticos practicaban y enseñaban. Este principio es distinto a la beneficencia,

ya que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. Implica, sobre todo, el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar el mal. El daño que se hace a una persona es más rechazable, en ciertas circunstancias, que el de no haber promovido su bien; la exigencia ética es más imperativa. De este principio se derivan para el médico normas concretas como “no matar”, “no causar dolor”, etc.

Principio de autonomía: Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del hombre, incluido el de la autodeterminación. Es un principio profundamente enraizado en el conjunto de la cultura occidental, aunque ha tardado en tener repercusiones en el ámbito médico. Significa el reconocimiento de que el ser humano, también el enfermo, es un sujeto y no un objeto.

Cabe aclarar que el reconocimiento de este principio no significa que la decisión moral no tenga en cuenta el bien de los demás; la autonomía no significa automáticamente que el paciente haga o elija lo que quiera. Sucintamente, el principio de autonomía significa, en el terreno médico, que el paciente debe ser correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se le podrían aplicar.

Asimismo, significa que deben respetarse las decisiones de los pacientes que, después de una adecuada información, tienen la suficiente competencia para tomar la decisión. En cualquier caso, no debe entenderse de manera absoluta el principio de autonomía: no se respetan las opciones del enfermo, aunque posea competencia, cuando son contrarias a las normas de la práctica profesional o a la ética del médico. La conclusión más concreta del reconocimiento del principio de autonomía en el enfermo se centra en el llamado “Consentimiento Informado”, que regula la relación entre el médico y su paciente.

Principio de justicia: Se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto del Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, investigación, etc. Tradicionalmente, la justicia se ha identificado con la equidad, con dar a cada uno lo que le corresponde. Esta justicia o equidad no significa que se deba tratar a todos los pacientes de la misma forma, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos.

Asimismo, en el trato con el paciente, el médico u odontólogo no deben anteponer juicios de valor ni hacer distinciones por origen racial, sociocultural o socioeconómico, creencias religiosas, ideológicas o de otra índole, sino que el médico solamente debe ver en el paciente al ser humano sufriente que acude a él en busca de alivio a su dolor o sufrimiento

4.4.3. Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud de Colombia

Disposiciones Generales.

Artículo 1. Por la cual se establecen las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud.

Artículo 2. Las Instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

Artículo 3. Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas

Artículo 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

1. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

2. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
3. A la prevención y control de los problemas de salud.
4. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
5. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
6. A la producción de insumos para la salud. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud

4.4.4. Marco Ético Disciplinar

4.4.4.1. Ley 911 2014.

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. En el capítulo 4 establece la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia

Artículo 29: 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 sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.

Artículo 30. El profesional de enfermería no debe realizar ni participar en investigaciones científicas que utilicen personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en

las cuales ellos o sus representantes legales no puedan otorgar libremente su consentimiento. Hacerlo constituye falta grave.

Artículo 34. El profesional de enfermería respetará la propiedad intelectual de los estudiantes, colegas y otros profesionales que comparten su función de investigación y de docencia.

4.4.4.2. Ley 266 de 1996:

“Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones” (26).

En su Artículo 2, menciona los principios de la práctica profesional, estos principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

- 1. Integralidad.** Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.
- 2. Individualidad.** Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.
- 3. Dialogicidad.** Fundamenta la interrelación enfermera - paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la

persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

- 4. Calidad.** Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.
- 5. Continuidad.** Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad. Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

Se hace mención de unos artículos, que son indispensables en la práctica de la profesión de enfermería

En su artículo 17, *Numeral 6* dispone como una competencia de enfermería en Colombia: ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.

Artículo 20. Los Deberes del Profesional de Enfermería: Son deberes del profesional de enfermería, los siguientes:

- Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para tal fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud.
- Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.
- Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.

Artículo 21. Los Derechos del Profesional de Enfermería: Son derechos del profesional de enfermería:

- Ejercer dentro del marco del Código de Ética de Enfermería.
- Proponer innovaciones al sistema de atención en salud y de enfermería.

Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan atender dignamente a quien recibe sus servicios.

4.5. MARCO CONTEXTUAL

Institución Educativa Rosalía Mafla

Historia. La institución educativa Rosa Lia Mafla fue fundada el 20 de noviembre de 1963, recibe este nombre en honor a la primera maestra normalista superior, del municipio. Se constituye por la fusión de cuatro escuelas, según la resolución no.2044 de septiembre 10 de 2002 expedida por la secretaria de educación departamental. Esta resolución otorga el reconocimiento oficial a la institución educativa Rosa Lia Mafla. Sedes que la integran:

Presbitero Angel Maria Camacho: fundada en el mes de octubre de 1968 su nombre honra su memoria del sacerdote gestor de la escuela y del barrio donde esta ubicada.

Manuel Maria Villegas: fundada en 1976, su nombre fue otorgado pero el honorable concejo municipal para honrar al insigne educador y servidor publico Manuel Maria Villegas

Jorge Eliecer Gaitan: inicia labores el 12 de noviembre de 1987 bajo la dirección de la educadora Adielia Sanches. Gran impulsadora de la escuela.

La institución atiende aproximadamente 2700 estudiantes ubicados en las cuatros sedes atendiendo a criterios pedagógicos y de bienestar de los estudiantes .

Valores institucionales:

1. La vida: nuestro más grande privilegio, valorar y respetar la nuestra y la de las demás personas en el más profundo y amplio sentido
2. El respeto: es la base de la convivencia pacífica, se fundamente en el valor que le damos a cada ser, a su singularidad y diferencias.
3. La responsabilidad: entendida como la capacidad de elegir, expresar, decidir y realizar lo elegido asumiendo sus propios actos y consecuencias, respetando siempre los derechos de los demás.
4. La tolerancia: entendida como la capacidad que tiene el ser humano de aceptar al otro tal y como es, con sus limitaciones, defectos y diferencias étnicas, culturales, sociales, políticas y religiosas.
5. Solidaridad: la unión de los esfuerzos nos permite alcanzar el bien comun

Visión: La Institución Educativa Rosalía Mafla del municipio de Jamundí, que ofrece los niveles de preescolar, básica primaria, básica secundaria y media académica con énfasis en comprensión lectora y producción de textos, será reconocida por la comunidad jamundeña y vallecaucana como una institución de alta calidad educativa, que basa su educación en la formación integral, del

desarrollo humano, intelectual socio cultural del ser, para la construcción de una sociedad justa y democrática.

Misión: La Institución Educativa Rosalía Mafla orienta la formación integral del estudiante, cimentada en los valores de la vida, el respeto, la responsabilidad, la tolerancia y la solidaridad, mediante la pedagogía “Psico-Cultural”, preparando al estudiante para que con capacidad analítica, crítica y dinámica contribuya a la transformación de la sociedad, para su bienestar y el de todos.

4.6. TEORISTA DE ENFERMERIA

DOROTEA OREM: nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció un 22 de Junio del 2007, con 94 años de edad. Empezó su carrera de enfermera con las hermanas de Caridad en el Hospital en Washington D.C. y se recibe como una en el año 1930. Luego en Catholic University of America recibió un B.S.N.E (Bachelor of Science in Nursing Education) en 1939. Y en 1946 obtuvo un M.S.N.E. (Master of Science in Nursing Education) La experiencia profesional en el área asistencial la desarrolló en el servicio privado, en las unidades de pediatría, y adultos, siendo además supervisora de noche en Urgencias. Tuvo su experiencia laboral muy amplia en diferentes campos como:

Fue directora en la escuela de Enfermería y del departamento de Enfermería del Hospital de Province Hospital Detroit. Entre 1949-1957 trabajó en la División del Hospital and Institucional Services del Indiana State Board of Health. Es aquí donde desarrolla su definición de la práctica enfermera. De 1958-1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. En 1959 trabajó como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA, como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Se jubiló en 1984 y siguió trabajando en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado.

4.6.1. Teoría del autocuidado.

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

4.6.2. Teoría del déficit de autocuidado.

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. Esta teoría sustenta el presente trabajo de investigación porque el formular y tener un proyecto de vida en los adolescentes, implica tener prácticas de autocuidado que permitan madurar en el conocimiento de la sexualidad y reproducción, prevenir la deserción escolar por

dificultades que se les puedan presentar relacionadas con embarazos a temprana edad.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Se plantea un estudio descriptivo de serie de casos, con intervención, en el que se identifican estudiantes de un colegio que se encuentren embarazadas, con quienes se realizara un ejercicio de formulación de proyecto de vida y posteriormente se realizara seguimiento para identificar si hay o no deserción estudiantil.

Una serie de casos se puede definir como un estudio epidemiológico, descriptivo, que se limita a la simple identificación y descripción de un conjunto de casos clínicos que han aparecido en un intervalo de tiempo.

5.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se evaluó adolescentes embarazadas de básica secundaria, de la Institución Educativa Rosalía Mafla del municipio de Jamundí.

5.2.1. Criterios de selección.

Criterios de inclusión: adolescentes que estén embarazadas.

Criterios de exclusión:

- adolescentes que estén embarazadas y no estén matriculadas.

- adolescentes que tengan incapacidad o que no asistan a clase por salud.

5.3. TAMAÑO DE MUESTRA

En el presente proyecto la muestra está representada por todas las adolescentes embarazadas de la Institución Educativa Rosalía Mafla, a quienes se les acompañó a realizar un proyecto de vida y se les hará seguimiento posterior frente a deserción escolar por embarazo.

5.4. VARIABLES

Se evaluaron las siguientes variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO O NATURALEZA	ESCALAS DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
SOCIODEMOGRAFICAS				
CURSO O GRADO	Grado escolar que cursa la estudiante al momento de la entrevista o intervención	CUALITATIVO	ORDINAL	SEXTO SEPTIMO OCTAVO NOVENO DECIMO ONCE
EDAD	Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento al momento de la entrevista o intervención	CUANTITATIVO	DE RAZON	AÑOS
ESTADO CIVIL	Relación de pareja del estudiante al momento de la entrevista o intervención	CUALITATIVO	NOMINAL	SOLTERA CASADA UNION LIBRE
ESTRATO SOCIOECONOMICO	Nivel de clasificación de la	CUALITATIVO	ORDINAL	1 2

	población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida			3 4 5 6
GRUPO ETNICO	Poblaciones cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas, los distinguen del resto de la sociedad y que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias	CUALITATIVA	NOMINAL	AFRODESCENDIENTE MULATO INDIGENA GITANO –ROM OTROS_____
VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO				
EMBARAZO DESEADO	Es la intención manifestada por la estudiante de desear tener hijos	CUALITATIVO	NOMINAL	SI NO
EDAD GESTACIONAL-	Semanas de gestación Cumplidas a la fecha referidas por la estudiante entrevistada.	CUANTITATIVO	DE RAZON	NUMERO DE SEMANAS
CONTROL DEL EMBARAZO	Asistencia regular de la estudiante a control prenatal	CULITATIVA	NOMINAL	SI NO
FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO	Culminación del embarazo	CUALITATIVO	NOMINAL	SI NO
VARIABLES DEL PROYECTO DE VIDA				
FORMULACIÓN DEL PROYECTO DE	Elaboración del proyecto de vida	CUALITATIVO	NOMINAL	SI NO

VIDA	mediante el acompañamiento de los investigadores			
ESTADO DEL PROYECTO DE VIDA	Formuló el proyecto de vida en todas las fases contempladas para su elaboración	CUALITATIVO	NOMINAL	SI NO
VARIABLES DE DESERCIÓN				
DESERCIÓN	Deserción escolar de la estudiante durante el periodo de observación	CUALITATIVO	NOMINAL	SI NO
DESERCIÓN Y ESTADO DEL EMBARAZO	Estado del embarazo al momento de la deserción escolar	CUALITATIVO	NOMINAL	EMBARAZO EN CURSO. FINALIZACION DEL EMBARAZO
TIEMPO DE DESERCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROYECTO	Tiempo transcurrido entre la formulación del proyecto de vida y la deserción escolar	CUANTITATIVO	DE RAZON	DIAS

Tabla 1. Variables

5.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información y seguimiento a la deserción escolar, se diseñó un Instrumento o Formato de Recolección (Anexo A)– tipo encuesta, que las investigadoras aplicarán a las estudiantes de la Institución Educativa Rosalía Mafla. Consta de:

- Aspectos Sociodemográficos
- Aspectos Relacionados con el Embarazo
- Aspectos Relacionados con el Proyecto de Vida
- Aspectos relacionados con la deserción Escolar

5.6. FASE DEL PROCESO INVESTIGATIVO

Fase 1: Identificación de las Estudiantes Embarazadas

Captar las estudiantes en embarazo a quienes se mirara cumplimiento de los criterios de selección y se explicara el objetivo del proyecto, la encuesta que contestarán y como de diligenciar consentimiento informado, asentimiento informado o consentimiento parental según el caso.

Fase 2: Formulación del “Proyecto de Vida”

Elaborar con las estudiantes seleccionadas el proyecto de vida que incluye, metas, propósitos e ideales.

Fase 3: Seguimiento a la Deserción Escolar

Una vez se firme el consentimiento informado, se inicia el seguimiento a la deserción escolar, este seguimiento tendrá una duración de 6 meses, la estudiante se seguirá durante el tiempo del embarazo y 30 días posteriores al parto.

5.7. PLAN DE ANÁLISIS

La información recolectada, será digitada en una base de datos elaborada por las investigadoras en hoja de Excel. La cual permitirá el seguimiento de las estudiantes embarazadas. Se realizó análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas, a partir de la información obtenida se describe cada caso según su experiencia.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

El presente proyecto de investigación, se plantea siguiendo los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y los principios de la Declaración de Helsinki de 1964, última revisión (2013). El presente es un estudio con riesgo mínimo, donde se realizará una intervención educativa y formativa en las alumnas que estén embarazadas. No se alterarán variables biológicas ni psicológicas de las embarazadas y se asegurará la confidencialidad absoluta en el manejo de la información recolectada; la cual será de uso exclusivo de los investigadores. En los formatos de encuesta, en la base de datos ni en los informes y presentaciones, estará el nombre de las estudiantes.

Este proyecto se someterá a revisión y aprobación del comité de Investigación y del Comité de Ética del Programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali y contará con la aprobación por parte de la Directora del Programa de Enfermería.

El principio de Beneficencia se tiene en cuenta, por que se ha considerado el riesgo - beneficio de los participantes, al clasificar el riesgo mínimo para ellas. La intervención será beneficiosa para las adolescentes y no se hará daño. El principio de Respeto o Autonomía, se ve evidenciado en la información dada a las alumnas en un lenguaje sencillo, para su comprensión del objetivo, los procedimientos a realizar con ellas, el riesgo – beneficio, el aclarar dudas antes de la firma del Consentimiento Informado por los padres (consentimiento parental) y el Asentimiento Informado por la alumna. El principio de Justicia se garantiza en la presente investigación, al ser el riesgo y beneficios igual para todas las participantes, mediante permanente vigilancia y cuidado de brindar trato merecido o justo, proporcionando la información necesaria y suficiente sin realizar ningún tipo de exigencia.

7. PRESUPUESTO

ITEM	Cantidad	Valor	Valor Total
MATERIAL			
Fotocopias	250	\$20	\$50.000
Memoria USB	2	\$50 000	\$100.000
Papelería Resma	3	\$10 000	\$30.000
Impresiones	200	\$100.000	\$100.000
EQUIPO			
Internet	12	\$120 000	\$120.000
Computador	1	\$1 200 000	\$ 1. 200.000
Impresora	1	\$200.000	\$200.000
VIATICOS			
Transporte	16	\$100.000	\$100.000
PERSONAL			
Honorarios de Investigador	16	\$500.000	\$500.000
Honorarios de tutor	16	\$864.000	\$864.000
COMUNICACIONES	3	\$200.000	\$200.000
Teléfono	3	\$120.000	\$1.320.000
Valor total			\$ 4.884.000

Tabla 2. Presupuesto

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Meses de Estudio											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Selección del Tema de Investigación	X											
Búsqueda Bibliográfica	X	X	X	X								
Elaboración del Proyecto de Investigación	X	X	X	X	X							
Lectura de documentos relacionados	X	X	X	X								
Presentación comité de Investigación					X	X						
Presentación Comité de Ética y Bioética						X						
Recolección de la Información							X	X	X			
Validación de la información								X	X			
Consolidación de la Información									X			
Análisis de la información									X	X		
Redacción de documento									X	X		
Presentación de Trabajo Final												X
Publicación												X

Tabla 3. Cronograma De Actividades

RESULTADOS

Se realizó un estudio de reporte de casos de 4 mujeres adolescentes embarazadas, a quienes una vez explicado el estudio, firmado el consentimiento informado se les acompañó u orientó a proyecto de vida, que motivara la no deserción escolar por causa del embarazo. Los datos se presentan con códigos para garantizar el manejo seguro y confiable de la información y garantizar la privacidad de estudiantes.

En relación con las variables sociodemográficas, se encontró que la edad fue de 18 - 21, la escolaridad de 10 y 11, el estrato socioeconómico 1 y 2 la etnia mestiza Actividad laboral ninguna, estado civil unión libre.

(Dca01)

Es una joven de 18 años de edad, etnia mestiza, estado civil es unión libre con el padre del hijo, cursa 10 grado de educación media, en la jornada nocturna del colegio, pertenece al estrato socio económico bajo (1), actualmente no labora, en relación con el embarazo fue embarazo deseado, es gravedad 0, para 0, la edad gestacional al inicio del seguimiento fue de 6 semanas.

El 9 de enero de 2018, se realiza el primer acercamiento con la embarazada, con la explicación de los objetivos del seguimiento, los beneficios y los riesgos, así como, las estrategias para el control de los mismos. La información fue suministrada por las investigadoras. Se procede a firmar el consentimiento informado y se da inicio a los seguimientos.

El proyecto formulado por la paciente contemplo aspectos como:

Que fortalezas y debilidades tiene, quienes han sido las personas que han tenido mayor influencia en su vida, cuáles son sus sueños, Cómo puedo enfrentar las condiciones obstaculizadoras, en cual sus respuestas fueron asertivas y el proyecto ha contribuido a superarse para un futuro ser profesional.

Durante los siguientes 8 meses se realizaron 9 seguimientos que permitieron identificar los cambios propios del embarazo y la permanencia de la paciente en el estudio, en el seguimiento número 9 del mes de julio, la paciente informa estar incapacitada por la proximidad a la fecha de parto, y expresa su interés de continuar el estudio a pesar de su cercanía al parto. El 5 de agosto de 2018, se presenta parto natural, y el 20 de agosto de 2018, inicio nuevamente con sus labores académicas ya que cuenta con una red familiar fuerte.

Ella quiere seguir estudiando, superarse como profesional, como mamá y brindarle un mejor futuro a su hijo

(AD2)

Es una joven de 19 años de edad quien se encuentra cursando el grado 10 de bachillerato en la jornada nocturna, vive en unión libre con el padre de su hijo, estrato socio económico es 2 y al momento de la formulación del proyecto de vida tenía 10, 5 semanas de gestación. Se inició la formulación del proyecto de vida el día 9 de febrero del 2018, se firmó el consentimiento informado y se realizó una encuesta, se dio una breve explicación de cuáles son los beneficios de la no deserción escolar por su gestación.

En el primer acercamiento muestra aspectos como:

La fortaleza una red de apoyo familiar, está terminando su estudio antes de que nazca él bebe, el cual es un beneficio para ella; Tiene una visión amplia, pero su economía se ve afectada en múltiples ocasiones.

Se le realizaron 9 seguimientos en el seguimiento AD2 mostro interés por querer tener un proyecto de vida para salir adelante con sus estudios y con su hijo, pero debido a su estabilidad económica el 1 de junio del 2018 dejo de asistir al colegio y no contesto las llamadas realizadas. Con el ánimo de entrevistarla para indagar sobre los motivos de su deserción fueron consultados varios de sus compañeros y

profesores, quienes comunican que AD prefirió trabajar a seguir estudiando, ya que su gestación iba avanzando y debía suplir las necesidades de su embarazo

(DJ3)

Es una joven de 21 años de edad quien se encuentra cursando el grado 10 de bachillerato en la jornada nocturna, actualmente decidió vivir en unión libre con el padre de su hijo hace poco tiempo, estrato socio económico es 2. Se inició la formulación del proyecto de vida el día 9 de febrero del 2018, se firmó los consentimientos informados y se realizó una encuesta, se dio una breve explicación de cuáles son los beneficios de la no deserción escolar por su gestación.

DEJ3 En el proyecto de vida demostró que es una persona inestable emocionalmente por múltiples inconvenientes, el estrato socioeconómico es 2, la situación económica no es muy buena y así lo describe en el proyecto.

En el seguimiento DJ3 se mostró muy inquieta por querer desahogarse con los múltiples inconvenientes que había tenido con su familia puesto que es su segundo embarazo, y sus padres no estaban de acuerdo con que ella continuara con el embarazo, por la situación económica y sentimental que ella presentaba, ella decide continuar el embarazo y manifiesta que es muy complicado ya que sus padres decidieron retirar la ayuda que le daban a ella sin embargo por su hija seguían respondiendo, mostraba interés por saber cómo iba a poder seguir con su estudio pues en ocasiones decía que se sentía muy cansada y que le daba pereza ir a estudiar, se trató de incentivar para que continuara y se esforzara por seguir con su estudio, en el seguimiento en una de las llamadas que se le realizó, informa su intención de no continuar estudiando, puesto que había llegado a un arreglo con su pareja, el papá de hijo, que se irían a vivir juntos en familia y que él se haría cargo de ella, de su hija y de su embarazo, entonces ella tomo la decisión de retirarse el día 4 de mayo del 2018. En el cual se logro realizar 6 seguimientos.

Con DJ3 se sigue en comunicación por redes sociales y llamadas puesto que nos ha pedido que no nos alejemos de ella porque a veces necesita desahogarse y contar sus acontecimientos.

(NC4)

Es una joven de 16 años de edad, el estado civil es soltera , cursa 9 grado de educación media, en la jornada nocturna del colegio, pertenece al estrato socio económico bajo (2), actualmente no labora, etnia mestiza, en relación con el embarazo fue embarazo no deseado, es gravedad 0, para 0, la edad gestacional al inicio del seguimiento fue de 20 semanas.

El 9 de enero de 2018, se realiza el primer acercamiento con la embarazada, con la explicación de los objetivos del seguimiento, los beneficios y los riesgos, así como, las estrategias para el control de los mismos. La información fue suministrada por las investigadoras. Se procede a firmar el consentimiento informado y se da inicio a los seguimientos.

Con respecto al proyecto de vida demuestra que tiene muchas fortalezas, que su visión es amplia y que el tener un bebe no es un limitante para seguir adelante con su formación académica.

Se ausento 10 días a mediados de mayo porque su trabajo de parto no dio espera y tuvo a su bebe, luego del transcurso de los días ella regreso a continuar con su estudios pues tiene una red de apoyo fuerte quien la impulsa cada día a seguir adelante.

DISCUSIÓN

Se realizó un estudio de reporte de casos, sobre la deserción estudiantil en adolescentes embarazadas, luego de la formulación del proyecto de vida, se realizó seguimiento periódico para identificar deserción estudiantil o no.

El estudio "Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada, de. Marivel Soto de Jesús", muestra que el embarazo en adolescentes trae como efecto la deserción escolar, ya que altera su rutina de vida, asume nueva responsabilidad. Los adolescentes que por causa de un embarazo (maternidad/paternidad) abandonan las aulas escolares entran en lo que se llama el síndrome del fracaso o la puerta de entrada a la pobreza. Algo falla en las escuelas que deseducan a los jóvenes en el entendimiento de su sexualidad. Al interrumpirse el proyecto de vida educativo surge la necesidad de ingresar prematuramente al mercado laboral en unas condiciones altamente desmejoradas. Además, las censuras social y familiar sobre la joven se hacen evidentes.²

Según el estudio "Deserción escolar de adolescentes a partir de un estudio de corte transversal: Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015", Describe que los factores que originan la deserción del sistema escolar se pueden agrupar en las explicaciones intraescolares y extraescolares. En estas se encuentran como principales causas la situación socioeconómica y el contexto familiar. Así mismo se han asociado la pobreza, la marginalidad, la disfunción familiar, la búsqueda de trabajo y las bajas expectativas de la familia con respecto a la educación, entre otros factores desencadenantes. Se ha descrito que los estudiantes que desertan provienen de familias con bajas expectativas educacionales, que no dan apoyo académico ni supervisan las actividades de sus hijos. Entre los factores estudiados, se encontró que tener hijos se relaciona con estar no escolarizado; resultado que concuerda con el estudio realizado por Osorio; a través de un seguimiento de 1 año a 112,470 estudiantes adolescentes en colegios del Valle del Cauca, encontraron una deserción escolar significativamente mayor (24,6%)

entre las embarazadas que entre las no embarazadas. Según Molina, los principales motivos de deserción en esta población son problemas económicos, vergüenza ante sus compañeros y complicaciones obstétricas

Según lo mencionado anteriormente, en cuanto a la presente investigación relacionada con proyecto de vida para la no deserción, se ha reflejado que hubo deserción escolar por parte de 2 estudiantes ya que como dicen los estudios: “los cambios en el proyecto de vida de la adolescentes embarazadas, de Maribel Soto de Jesús” y “Deserción escolar de adolescentes a partir de un estudio de corte transversal: Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015”, se interrumpió el proyecto de vida en las estudiantes debido a las necesidades de ingresar al mercado laboral por su misma situación económica.

El estudio “Adolescentes sin proyecto de vida del psicólogo especialista en adolescentes Gabriel Bello”, menciona, que un proyecto de vida puede prevenir la deserción escolar ya que estimula o proporciona elementos para el crecimiento. Además, que “En todas las edades pero de manera particular durante la adolescencia, tener un proyecto de vida es importante porque las decisiones que se tomen en esta etapa, trascenderán y marcarán las siguientes etapas de la vida, decisiones importantes como la elección de carrera y la elección de pareja. El proyecto de vida se convierte en una especie de GPS que indica el rumbo a seguir para llegar a la meta que se ha propuesto en tiempo y forma, generándose con ello seguridad y confianza en el trayecto. Además, dice “Tristemente puedo decirles que cada día es más común encontrar estudiantes de preparatoria ya en su noveno grado de secundaria, que aún no saben qué carrera estudiar. Pero no es un asunto sólo de ellos, también encuentro adolescentes que no saben ni siquiera que van hacer este fin de semana, mucho menos a qué se van a dedicar en el futuro, cuántos hijos tendrán, o qué tipo de familia les gustaría formar.¹¹

En cuanto a las estudiantes que no desertaron se vio reflejado en el estudio del psicólogo especialista en adolescentes Gabriel Bello: un proyecto de vida puede prevenir la deserción escolar ya que estimula o proporciona elementos para el

crecimiento. Para la estudiante fue de vital importancia proyectarse hacia un futuro en cuanto a terminar sus estudios y seguir preparándose para brindarles un bienestar a su hijo y a su familia.

CONCLUSIONES

Las adolescentes son mujeres jóvenes menores de 20 años, perteneciente al área rural, estrato socioeconómico bajo, condiciones que según la Encuesta Nacional de Demografía 2010 – 2015 son factores de riesgo para el embarazo, en esta población el efecto de la formulación de proyecto de vida depende en gran parte de la red de apoyo.

La formulación de proyecto de vida, es estrategia para prevenir la deserción escolar por embarazo, sin embargo es necesario sea formulado con anticipación al inicio de las relaciones sexuales.

El embarazo en la adolescencia se convierte en un factor que favorece la deserción escolar, especialmente en estudiantes sin red de apoyo y con bajos recursos económicos. El proyecto de vida apoya la no deserción, sin embargo no es la única posibilidad, se requiere de apoyo familiar y disposición del estudiante para continuar su educación, según el proyecto formulado.

RECOMENDACIONES

Fomentar la formulación del proyecto de vida en edades tempranas, que les permita visualizar su un futuro y buscar cómo alcanzarlo.

Involucrar la familia para que haga parte de este proceso, de tal manera que se afiance el vínculo familiar mediante reuniones y/o actividades realizadas por la institución.

Socializar los resultados en otras instituciones educativas para el fomento de los proyectos de vida como una estrategia no solo de prevención del embarazo sino como prevención a la deserción escolar.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. [internet] Ginebra.2014. [citado marzo 2 2017]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
2. Soto M. Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. Universidad de Guadalajara. [internet]. Sema. 2017 [citado marzo 2 2017]. Disponible en: <http://www.adolescenciasema.org/los-cambios-en-el-proyecto-de-vida-de-la-adolescente-embarazada/>
<http://www.mineducacion.gov.co/observatorio/1722/article-297667.html>
3. Martínez-Restrepo. Embarazo adolescente: ¿falta educación sexual o proyecto de vida? [internet]. revista semana.2017 [citado marzo 2 2017]. Disponible en:<http://www.semana.com/educacion/articulo/embarazo-adolescente-falta-educacion-sexual-proyecto-de-vida/393556-3>
4. Política nacional de salud sexual y reproductiva. [internet]. Ministerio de la protección social. 2017. [citado marzo 10 2017]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>
5. Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y la Adolescencia. [Internet]. Alcaldía de Bogotá. 2017.[citado marzo 10 2017]. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>
6. Prevención del embarazo en la adolescencia. [internet]. Scielo. 2017. [citado marzo 10 2017]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000400016

7. El embarazo en la adolescencia. Un problema social en Santa Clara, Villa Clara Cuba. [internet]. Eumed. 2017. [citado marzo 10 2017]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/crmc.htm>
8. Resumen ejecutivo encuesta Nacional en Demografía y Salud. [Internet]. Profamilia. 2017 [citado marzo 10 2017] Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
9. Parra J, Domínguez J, Rosales M, Pérez R, Carrasco M. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. [internet]. Scielo. 2017 [citado marzo 18 2017]. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v9n3/v9n3a09.pdf>.
10. Cuadros de datos mundiales sobre la planificación familiar. [Internet]. PRB. 2017. [citado marzo 18 2017]. Disponible en http://www.prb.org/pdf08/fpds08_sp.pdf.
11. Bello G. Adolescentes sin proyecto de Vida. [internet]. Gabriel Bello. 2017 [citado marzo 18 2017]. Disponible en: <http://www.gabrielbello.com/index.php/multimedia/articulos-de-interes-para-adolescentes-y-sus-padres/171-adolescentes-sin-proyecto-de-vida>
12. Desarrollo de la adolescencia. [internet]. Organización mundial de las naciones unidas. 2017. [citado marzo 22 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
13. Crecimiento y Desarrollo: Adolescencia Temprana (12 a 15 años). [internet]. onetoughjob. 2017. [citado marzo 22 2017]. Disponible en: <http://espanol.onetoughjob.org/crecimiento-y-desarrollo/12-a-15/crecimiento-y-desarrollo-adolescencia-temprana-12-a-15-anos->
14. Embarazo en Colombia. [internet]. Profamilia. 2017. [citado marzo 22 2017]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/inicio/joven-2/servicios-joven/embarazo-joven2/>

15.. Que es la promoción de la salud. [internet]. Organización mundial de las naciones unidas. 2017. [citado marzo 22 2017]. Disponible en:

<http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

16. Definición de embarazo. [internet]. Definición ABC. 2017. [citado marzo 22 2017]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/embarazo.php>

17. proyecto de vida. [internet]. Monografías. 2017. [citado marzo 26 2017].

Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos35/proyecto-de-vida/proyecto-de-vida.shtml>

18. Cada día nacen en Colombia 408 hijos de padres adolescentes. [internet]. El tiempo. 2017. [citado marzo 26 2017]. Disponible en:

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16427611>

19. Resolución número 8430 de 1993 de 4 octubre, Normas científicas técnicas y administrativas para investigación en salud. [internet]. Ministerio de salud y protección social. 2017. [citado marzo 26 2017]. Disponible en:

www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf

10. ANEXOS

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TITULO: PROYECTO DE VIDA: UNA ESTRATEGIA PARA LA NO DESERCIÓN ESCOLAR POR EMBARAZOS

1. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Curso grado: sexto ___ séptimo: ___ octavo ___ noveno ---- decimo ----
once ----

Edad: ---- años

Estado civil: soltera ---- casada ---- unión libre ----

Estrato socioeconómico: 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ----

Grupo étnico: mestizo ---- afrodescendiente ---- mulato ---- gitano ----
otro-

2. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

Embarazo deseado: si _ no _

Edad gestacional: ---- semanas

Control del embarazo: si _ no _

Finalización del embarazo: si _ no _

3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PROYECTO DE VIDA

Formulación del proyecto de vida: si _ no _

Estado del proyecto de vida: si _ no _

4. ASPECTOS RELACIONADOS CON DESERCIÓN ESCOLAR

Deserción: si _ no _

Deserción y estado del embarazo: embarazo en curso si _ no _

Finalización del embarazo: si _ no _

Tiempo de deserción y formulación del proyecto: ---- días

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ **SESIÓN** _____ **CÓDIGO JURADO** _____

Yo _____ mayor de edad, identificado con CC. N°

_____ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado:

“Proyecto de vida, una estrategia para la no deserción escolar por embarazos”, realizado por las estudiantes del programa de enfermería: Leidy Johana Larrahondo Loaiza cc: 1112485469 cel.: 3215795628 correo_leidyj208@gmail.com; Stephanye Alomia Jurado cc 1112481047 cel. 3234231668 correo stephanyealomiajurado@gmail.com; y Dirigido por la docente: Dolly Villegas CC. 30.273167 de Manizales, cel. 3174387596 correo: Dolly.villegas00@usc.edu.co

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio **PROYECTO DE VIDA, UNA ESTRATEGIA PARA LA NO DESERCIÓN ESCOLAR POR EMBARAZOS**, me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Determinar si la estrategia de un proyecto de vida disminuye la deserción escolar por embarazo. y sobre los pasos para el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar: que es responder encuesta relacionada con el embarazo y formular un proyecto de vida. Me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo. Los resultados obtenidos serán únicos y exclusivamente para este fin investigativo.

•Sé que el beneficio de este trabajo es: Disminuir la deserción escolar por embarazo, favoreciendo mi educación, en ningún momento habrá remuneración económica.

•Se me ha informado que se me podría ocasionar algún riesgo como, morales, emocionales y sociales, llanto ahora y a futuro. Por ende se solucionará hablando, tranquilizando y brindando compañía.

•A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; seré tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que presente en cualquier momento de la investigación.

Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizaran Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización de encuestas y formulación de proyecto de vida y firmo a continuación.

NOMBRE PARTICIPANTE _____ FIRMA _____ C.C: _____

FIRMA DE EL-LOS TESTIGO(S) _____



FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.:

**CONSENTIMIENTO PARENTAL
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE**

ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ **SESIÓN** _____ **CÓDIGO JURADO** _____

Yo _____ cc _____ de _____ padre de _____ TI-
_____ de, INSTITUCIÓN _____ CURSO _____, acepto
libre y voluntariamente a que mi hijo (a) participe del trabajo de investigación titulado: "proyecto de
vida: una estrategia para la no deserción escolar por embarazos", realizado por las estudiantes del
programa de enfermería: Leidy Johana Larrahondo Loaiza cc:1112485469 cel:3215795628
correo_leidyj208@gmail.com; Stephanye Alomia Jurado cc 1112481047 cel. 3234231668 correo
stephanyealomiajurado@gmail.com; Y dirigido por la docente: Dolly Villegas cc 30.273167 cel.
3174387596 correo: Dolly.villegas00@usc.edu.co

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo
del estudio es: Determinar si la estrategia de un proyecto de vida disminuye la deserción escolar
por embarazo. y sobre los pasos para el cumplimiento de cada objetivo, así como mi hijo (a) debe
participar: contestando encuestas y elaborando proyecto de vida.

•me explicaron también que se puede retirar del estudio a mi hijo (a), cuando los investigadores, él
o yo; creamos conveniente sin repercusión alguna. A su vez sabemos que no utilizarán el nombre
de mi hijo (a), sino que se utilizarán códigos o número de TI y los resultados obtenidos los sabrán
los investigadores, mi hijo (a) y yo. Los resultados obtenidos serán únicos y exclusivamente para
este fin investigativo.

•Sé que el beneficio de este trabajo es: Disminuir la deserción escolar por embarazo, favoreciendo mi
educación, en ningún momento habrá remuneración económica

•Se me ha informado que no se ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y
sociales, ni ahora ni a futuro. Si hay algún riesgo se solucionará hablando, tranquilizando y brindando
compañía.

•A su vez, me explicaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; será tratado
con equidad-igualdad y respeto y se responderá a cualquier duda que se nos presente en
cualquier momento de la investigación.

Al firmar este documento reconocemos que hemos leído y entendido la totalidad del trabajo y de
la participación. Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización de
responder encuestas y formular proyecto de vida y firmo a continuación.

NOMBRE DEL PADRE _____

FIRMA DEL PADRE _____

C.C: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MENOR _____

FIRMA DE TESTIGO(S) _____

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.:



**ASENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE**

ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ **SESIÓN** _____ **CÓDIGO JURADO** _____

Yo _____, MENOR de edad, identificado con T.I. N° _____, con autorización de mis padres, acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: proyecto de vida una estrategia para la no deserción escolar por embarazos, realizado por las estudiantes del programa de enfermería : Leidy Johana Larrahondo Loaiza cc:1112485469 cel:3215795628 correo_leidyj208@gmail.com; Stephanye Alomia Jurado cc 1112481047 cel. 3234231668 correo stephanyealomiajurado@gmail.com; y Dirigido por la docente: Dolly Villegas CC. 30.273167 de Manizales, cel. 3174387596 correo: Dolly.villegas00@usc.edu.co

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio **PROYECTO DE VIDA UNA ESTRATEGIA PARA LA NO DESERCIÓN ESCOLAR POR EMBARAZOS**, me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Determinar si la estrategia de un proyecto de vida disminuye la deserción escolar por embarazo y sobre los pasos para el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar: que es responder encuesta relacionada con el embarazo y formular un proyecto de vida. me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo. Los resultados obtenidos serán únicos y exclusivamente para este fin investigativo.

•Sé que el beneficio de este trabajo es: Disminuir la deserción escolar por embarazo, favoreciendo mi educación, en ningún momento habrá remuneración económica.

•Se me ha informado que se me podría ocasionar algún riesgo como, morales, emocionales y sociales, llanto ahora y a futuro. Por ende se solucionará hablando, tranquilizando y brindando compañía.

•A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; seré tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que presente en cualquier momento de la investigación.

Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizaran Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización de encuestas y formulación de proyecto de vida y firmo a continuación.

NOMBRE _____ FIRMA DEL MENOR: _____ TI: _____

FIRMA DE UNTESTIGO _____

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.:



SOCIODEMOGRAFIA

NOMBRE	EDAD	CURSO	ESTADO CIVIL	ESTRATO SE	GRUPO ETNICO	EDAD GESTACIONAL SEMANAS	FORMULACION DE PROYECTO DE VIDA
Diana Carolina Agudelo	18	10	UNION LIBRE	1	MESTIZA	12,5	9 de febrero de 2018
Alejandra Delgado	19	10	UNION LIBRE	2	MESTIZA	10,5	9 de febrero de 2018
Daniela Jaramillo	21	10	SOLTERA	2	MESTIZA	4	9 de febrero de 2018
Ninfa Caldas	16	9	SOLTERA	2	MESTIZA	37	9 de febrero de 2018

PRIMER, SEGUNDO Y TERCER SEGUIMIENTO

NOMBRE	PRIMER SEGUIMIENTO	DESERCIÓN	ESTADO DEL EMBARAZO	SEGUNDO SEGUIMIENTO	DESERCIÓN	ESTADO DEL EMBARAZO	TERCERO SEGUIMIENTO	DESERCIÓN	ESTADO DEL EMBARAZO
Diana Carolina Agudelo	23 de febrero de 2018	no	En curso	9 de marzo de 2018	no	En curso	23 de marzo de 2018	no	En curso
Alejandra Delgado	23 de febrero de 2018	no	En curso	9 de marzo de 2018	no	En curso	23 de marzo de 2018	no	En curso
Daniela Jaramillo	23 de febrero de 2018	no	En curso	9 de marzo de 2018	no	En curso	23 de marzo de 2018	no	En curso
Ninfa Caldas	23 de febrero de 2018	no	En curso	9 de marzo de 2018	no	En curso	23 de marzo de 2018	no	10

CUARTO Y QUINTO

cuarto SEGUIMIENTO	DESERCIÓN	ESTADO DEL EMBARAZO	QUINTO SEGUIMIENTO	DESERCIÓN	ESTADO DEL EMBARAZO
6 de abril de 2018	no	En curso	20 de abril de 2018	No	En curso
6 de abril de 2018	no	En curso	20 de abril de 2018	No	En curso
6 de abril de 2018	no	En curso	20 de abril de 2018	No	En curso
6 de abril de 2018	no	en curso	20 de abril de 2018	No	En curso

SEXTO Y SEPTIMO

SEXTO SEGUIMIENTO	DESERCIÓN	ESTADO DEL EMBARAZO	SEPTIMO SEGUIMIENTO	DESERCIÓN	ESTADO DEL EMBARAZO
4 de mayo de 2018	no	en curso	17 de mayo de 2018	no	proceso de parto
4 de mayo de 2018	no	en curso	17 de mayo de 2018	no	en curso
4 de mayo de 2018	si	en curso	17 de mayo de 2018	si	en curso
4 de mayo de 2018	no	en curso	17 de mayo de 2018	no	culminó

OCTAVO Y NOVENO

OCTAVO SEGUIMIENTO	DESERCIÓN	ESTADO DEL EMBARAZO	NOVENO SEGUIMIENTO	DESERCIÓN	ESTADO DEL EMBARAZO
1 de junio de 2018	no	a termino	15 de junio	no	culminó
1 de junio de 2018	si	en curso	15 de junio	si	en proceso de parto
1 de junio de 2018	si	en curso	15 de junio	si	en curso
1 de junio de 2018	no	culminó	15 de junio	no	culminó