

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**



**INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN BIOPSIKOSOCIAL,
PARA LA PREPARACIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y
PUERPERIO, EN EL POLICLÍNICO 9 DE ABRIL DE LA CAJA
NACIONAL DE SALUD, AÑO 2016.**

TRABAJO DIRIGIDO PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA

POSTULANTE: JHONNARA ALEJANDRA HANNOVER GABRIEL

TUTORA: LIC. SUSY ESPINOZA DE NERY

**LA PAZ - BOLIVIA
2020**

DEDICATORIA:

A Dios por estar presente en cada paso de mi vida, agradecida por todas sus bendiciones. A mi querido San Antonio por ser mi ejemplo de vida y perseverancia.

A mi querida madre Mary Gabriel, por haberme forjado como persona, por su apoyo incondicional, para alcanzar mis metas, sueños y ser lo más valioso que Dios me dio.

A mi amado bebe Fabricio, mi mayor motivación, para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él.

Con todo mi amor a mi papito Rodolfo, por todo el apoyo que me dio en cada etapa de mi vida, ahora será el ángel que guie mi camino.

De forma especial a mis hermanas, a mi padre y a toda mi familia, por su apoyo en el curso de mi carrera universitaria

AGRADECIMIENTO

A la fundación CIDIC, Por brindarme un apoyo incondicional desde el nivel inicial hasta la conclusión de mis estudios.

A la Universidad Mayor de San Andrés por abrirme las puertas para mi formación académica.

A mi tutora Lic. Susy Espinoza, quien me proporcionó los insumos teóricos y metodológicos para la realización de mi trabajo, que hoy plasmo en el presente documento de investigación y acción.

A mi tribunal Lic. Hortencia Benavides y Lic. Giomar Quiroz por brindarme el apoyo docente.

A la Caja Nacional de Salud por abrirme las puertas para desarrollar el presente Trabajo Dirigido, en especial a Lic. Elida Hidalgo por guiarme en la ejecución del proyecto.

INDICE

AGRADECIMIENTO	ii
INDICE	iii
RESUMEN EJECUTIVO	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
1.1. Planteamiento del Problema	3
1.2. Interrogante	5
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo General	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación	6
1.5. Metodología	6
1.6. Método	7
1.7. Enfoque de la investigación	7
1.8. Objeto de la investigación	8
1.9. Unidad de análisis	8
1.10. Alcance del estudio	8
1.10.1. Alcance espacial	8
1.10.2. Alcance temporal	8
1.11. Universo	8
1.12. Muestra	8
1.13. Técnicas e instrumentos de recolección de información	9
1.14. Fuentes primarias	9
La entrevista a profundidad	10
1.15. Fuentes secundarias	10
1.16. Instrumentos	11
 CAPITULO II	 12
MARCO TEÓRICO	12
2.1. Modelo biopsicosocial	12
2.2. La etapa de gestación como base para el desarrollo	12

2.3. La Organización Mundial de la Salud y la salud materna y neonatal –OMS.....	13
2.4. El concepto de Reducir los Riesgos del Embarazo para el trabajo con individuos, familias y comunidades	13
2.5. La salud y sus determinantes	14
2.6. El macro ambiente fetal	15
2.7. Factores del entorno ambiental	15
2.9.1. Cambios biológicos en el nuevo ser	26
CAPITULO III.....	32
MARCO CONTEXTUAL.....	32
3.1. Situación de la mortalidad y morbilidad materna- infantil en el departamento de La Paz- Bolivia.....	33
3.2. Bolivia declara el 2018 como año de la vigilancia de la muerte materna y lanza el sistema informático de perinatal plus	36
CAPITULO IV	38
MARCO INSTITUCIONAL	38
4.1. Caja Nacional de Salud.....	38
4.2. Funciones de la Caja Nacional de Salud.....	39
4.3. Misión de la Caja Nacional de Salud.....	40
4.4. Visión de la Caja Nacional de Salud.....	40
4.5. Objetivos institucionales de la Caja Nacional de Salud.....	40
4.6. Fundación del policlínico 9 de abril dependiente de la CNS.....	41
4.7. Características del policlínico 9 de abril.....	41
4.8. Personal del policlínico 9 de abril.....	41
4.9. Programas del policlínico 9 de abril	42
4.10. Funciones de trabajo social en el Policlínico 9 de abril.....	42
4.10.1. Asistencia Social.....	42
4.10.2. Investigación Social.....	43
4.10.3. Gestión Social	43
4.10.4. Educación Social.....	44
CAPITULO V.....	46
MARCO LEGAL.....	46
5.1. Constitución Política del Estado	46
5.2. Ley SAFCI.....	47

5.3. Participación Comunitaria	47
5.4. Ley General del Trabajo en Maternidad.....	49
5.5. Código de Seguridad Social.....	50
5.6. Seguro Social a Corto Plazo	50
5.7. Seguro de Maternidad.....	50
CAPÍTULO VI	52
Edad de las embarazadas atendidas en el Policlínico 9 de abril de la Caja Nacional de Salud	52
Matriz de priorización.....	67
Explicación del problema	68
Prognosis.....	69
Líneas de acción estratégica basados en funciones de Trabajo Social	69
Segunda línea de acción en la función de educación.....	69
Tercera línea de acción en la función de promoción social.....	70
CAPITULO VII.....	71
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	71
Ubicación geográfica	71
Número y tipo de beneficiarios.....	71
Institución organizadora responsable.....	71
Unidad operativa o unidad ejecutora	72
Periodo de duración	72
Recursos.....	72
7.1.8 Justificación del proyecto	72
Objetivos.....	73
Objetivos específicos	73
Metas.....	74
Comunicación en salud y seguridad social	75
Elementos de la estrategia I.E.C.	75
Charla de grupo.....	76
Proceso Metodológico	77
Guías Pedagógicas	96
Sesión educativa sobre el acompañamiento del embarazo	101
Recursos.....	110

Efectividad del proyecto	113
Eficiencia del proyecto	114
Descripción de resultado de los objetivos y metas	114
Proceso metodológico desarrollado	121
Fase de planificación	121
Fase de ejecución	122
Fase de evaluación	122
Resultados del proyecto	122
CAPITULO IX	132
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	132
Recomendaciones	134
ANEXOS	138

RESUMEN EJECUTIVO

El trabajo que se informa, tuvo como punto de partida una investigación diagnóstica, para conocer el nivel de conocimientos, respecto a los riesgos biopsicosociales a los que están expuestas las mujeres, durante el proceso gestacional: embarazo parto y puerperio.

Fue realizado con un grupo de mujeres gestantes, que acuden al Policlínico 9 de Abril de la Caja Nacional de Salud, para controles pre natales,

Como es conocido, el embarazo parto y puerperio constituyen una etapa fisiológica muy importante de la vida sexual y reproductiva de la mujer, que en la mayoría de los casos se desarrolla de forma espontánea y sin complicaciones, si existen condiciones de vida favorables, se cuenta con vigilancia y apoyo de los profesionales en salud, y se tienen los conocimientos necesarios para detectar de manera precoz, los riesgos que pueden presentarse, que de no ser atendidos oportunamente pueden materializarse en enfermedades agudas, crónicas e incluso discapacidad o muerte, en ellas o los niños que son el producto del proceso.

A través de la investigación se pudo constatar muy escasos conocimientos de las mujeres respecto a los riesgos en el embarazo, parto y puerperio y que los pocos que poseen provienen de su entorno familiar y sociocultural. Aspecto que limita el autocuidado de la salud para la prevención de riesgos y el fomento de la salud, que apoyen la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

Con base en los resultados que arrojó la investigación, fue desarrollado un proceso educativo, como una forma de contribuir a la construcción de una cultura de prevención y fomento de la salud, ejecutando un proyecto altamente participativo que tuvo como actrices y actores al grupo objeto de investigación y sus parejas.

INTRODUCCIÓN

El documento que se detalla es el resultado del trabajo realizado por la postulante, estudiante de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Mayor de San Andrés, en el Policlínico 9 de abril de la Caja Nacional de Salud, el año 2016, en la modalidad de graduación de Trabajo dirigido.

El trabajo realizado, respondiendo a la metodología de Trabajo Social, desarrolló una investigación diagnóstica y una intervención planificada.

La investigación diagnóstica, tuvo como unidad de análisis a un grupo de mujeres gestantes que acudieron al establecimiento de referencia, para controles pre natales, con quienes, a partir de algunas constataciones empíricas durante el desarrollo del trabajo cotidiano en la institución, se pudieron observar mitos, hábitos no favorables a la prevención, fomento y conservación de la salud, en un período crucial como es el gestacional.

Esa fue la principal motivación para realizar la investigación, que permitiera conocer si las gestantes aseguradas y beneficiarias de la Caja Nacional de Salud, contaban con los conocimientos básicos, necesarios o suficientes sobre los aspectos biopsicosociales del embarazo, parto y puerperio. Otra motivación fue la inexistencia de estudios sobre el problema en el medio.

El estudio permitió desentrañar muy escasos conocimientos en las gestantes y obtenidos generalmente de amigos y familiares, lo que les impide el autocuidado de su salud, la detección temprana de riesgos, que pueden materializarse en enfermedades agudas, crónicas e incluso ser el origen de discapacidades en ellas o en el feto, puesto que en el país constituyen un grupo vulnerable, dadas las determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, particularmente en este grupo de mujeres y sus niños que son el producto del proceso.

Por los resultados que arrojó la investigación, la intervención planificada se abocó a la realización de un proceso educativo, como una forma de contribuir a la construcción de una cultura de prevención y fomento de la salud, ejecutando un proyecto altamente participativo que tuvo como actoras y actores al grupo objeto de investigación y sus parejas.

El cuerpo del documento contiene nueve capítulos, que dan cuenta del proceso que siguió el trabajo: El primero presenta un detalle sistemático de la metodología utilizada en la investigación, siguiendo todos los pasos de la investigación científica, desde el planteamiento

del problema hasta la descripción de las técnicas e instrumentos utilizados para obtener la información sobre el problema. El segundo capítulo establece los fundamentos teóricos y conceptuales indispensables para poder interpretar los hallazgos, a la luz de la teoría existente, como fuente que respalda el conocimiento científico en el que se apoya la práctica. El tercer capítulo hace referencia al marco contextual, que muestra la realidad boliviana contrastada con el resto de la región Latinoamericana y el Caribe, respecto a la atención en salud y las altas tasas de mortalidad perinatal y neonatal, así mismo, la información generada por los organismos internacionales como UNICEF, OPS, OMS y otras instituciones nacionales. En el capítulo cuarto se describe el marco institucional con todas las características de la entidad donde se desarrollaron la investigación y la intervención. En el quinto se desarrolla un breve esbozo del conjunto leyes y normas que regulan desde el Estado el sistema de salud vigente en el país, así como las de la Caja Nacional de Salud que cuenta con normas y disposiciones legales que devienen de la aplicación del Código de Seguridad Social. En el capítulo sexto se muestran los hallazgos y resultados de la investigación, es decir, de la situación sobre la que se desea incidir, mostrando a través de tablas y gráficos toda la información interpretada desde la mirada crítica y reflexiva de la investigación, concluyendo con un diagnóstico social, una cadena explicativa del problema, que da lugar a la intervención. El capítulo séptimo se centra en el proyecto ejecutado con el grupo de estudio incluyendo a todos los actores involucrados, señalando la teoría y metodología en las que se sustenta el proceso. El capítulo octavo contempla la evaluación del proyecto ejecutado en respuesta a los objetivos planteados. Finalmente, el capítulo noveno termina con las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

CAPITULO I

DISEÑO METODOLÓGICO

1.1. Planteamiento del Problema

Fue concebida la idea de la investigación que se plantea, a partir de la identificación de errores conceptuales, mitos, creencias y escasa información sobre autocuidado de la salud, respecto al proceso gestacional: embarazo, parto y puerperio en pacientes y familiares que acudieron a la Unidad de Trabajo Social del Policlínico 9 de Abril de la Caja Nacional de Salud de La Paz, demandando orientación, atención por algún problema familiar o de gestión administrativa de la institución y fueron atendidas por la postulante, estudiante de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Mayor de San Andrés, durante el desarrollo de la culminación de su formación de pre grado, en la modalidad de trabajo dirigido.

El enfrentamiento cotidiano y la observación de esa carencia de conocimientos en las mujeres, provocó la reflexión y motivó la necesidad de conocer su real dimensión y estudiar los efectos que conlleva en el proceso salud-enfermedad de las usuarias del policlínico 9 de Abril y en general de las mujeres en etapa gestacional.

A partir de dicha reflexión y después de un análisis del estado del arte, que señaló la escasez de estudios en el país, sobre esta problemática, se decidió la realización de la investigación que se presenta, con la intención, además, que sirva de base para implementar un proyecto de intervención.

El problema de la presente investigación se define como el escaso conocimiento de las mujeres respecto a los riesgos bio, psico sociales a los que están expuestas durante el proceso gestacional: embarazo, parto y puerperio, en el que el autocuidado puede ser un importante vehículo de prevención.

Como es bien sabido la etapa gestacional constituye un proceso transitorio en la vida de las mujeres y abarca desde la concepción hasta el parto. El puerperio se desarrolla inmediatamente después de este último y se extiende normalmente entre seis y ocho semanas, hasta que el cuerpo materno vuelve a las condiciones pre gestacionales.

Este proceso no se limita solo al desarrollo intrauterino del embrión, sino que abarca además factores psicológicos y sociales, de modo que en su abordaje revisten importancia tanto el aspecto personal, el entorno familiar, comunitario, las instituciones de salud en su condición de prestadoras de servicios y el Estado, que debe garantizar una política

protectora en esta etapa de la vida de las mujeres.

En Bolivia las mujeres en edad fértil y más durante las etapas de embarazo, parto y puerperio, se convierten en un grupo vulnerable, junto con los niños que son el producto del proceso, dado que es el momento de aparición de los factores de riesgo que encabezan las causas de mortalidad y morbilidad materno infantil.

La realización de una red explicativa del problema de investigación que se presenta en este mismo capítulo da cuenta de los factores de riesgo bio, psico, social que pueden presentarse durante el proceso gestacional y que si son conocidas e internalizadas por las gestantes pueden alertarles para su identificación oportuna y consiguiente búsqueda de atención, que les ayude a prevenir complicaciones, por tanto, a disminuir posibilidades de riesgo de enfermedades o mortalidad de ellas y de sus niños.

Una de las limitaciones enfrentadas es que en el Policlínico 9 de Abril no se tienen estadísticas adecuadas de los problemas de salud que sufrieron las gestantes, pero las estadísticas nacionales son ilustrativas a ese respecto.

Estudios realizados por ENDSA refieren que en el país se producen 230 muertes de mujeres por 100.000 nacidos vivos y 63 niños menores de 5 años por mil nacidos vivos, una de las más altas de América Latina (ENDSA: 2011). Parte de las cuales se verifican. En el proceso gestacional. A su vez el Ministerio de Salud informa que en el año 2001 se reportaron 538 muertes de mujeres por complicaciones en el momento del parto y puerperio (que se estima pudieron ser muchas más, si se considera la debilidad institucional en la elaboración de estadísticas y el sub registro existentes).

Por otro lado, se indica que hay 8.000 muertes neonatales por año, 50 % de las cuales suceden en La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Potosí (Min. Salud, resumen ejecutivo 2016, www.min.salud.gob.bo).

Como puede verse el continuum del embarazo al puerperio tiene una importancia muy grande, puesto que además de las altas tasas de mortalidad, está la morbilidad sobre todo en los niños quienes por sufrimiento fetal van a desarrollar varias enfermedades agudas y crónicas, llegando incluso a la discapacidad.

En suma, este periodo determina la condición física mental y social del niño o niña que se espera debería conformar en adelante una generación sana, consiguientemente tener una escolaridad exitosa y una vida en última instancia productiva.

Condición que no siempre se alcanza puesto que existen desigualdades e inequidades producto de las determinantes sociales que definen las condiciones y perfiles de salud-enfermedad de los diferentes colectivos de personas, entre los que se encuentran el acceso

a servicios, los usos y costumbres culturales, la ocupación, el ingreso y principalmente la educación.

Factores que se constituyen en obstáculos para mejorar las condiciones de salud y bajar las tasas de mortalidad y morbilidad y sobre las que, desde las instituciones de nivel operativo, como un policlínico de la Caja Nacional de Salud, se tienen limitaciones por tratarse de aspectos estructurales, salvo en la educación sobre la que sí se puede intervenir con un grano de arena y sin duda con resultados alentadores, desde todos los espacios.

Por esa razón es que la postulante, el año 2016, plantea la presente investigación con las mujeres gestantes que asisten a controles pre natales en dicho establecimiento.

1.2. Interrogante

¿Las mujeres gestantes que acuden al Policlínico 9 de Abril de la Caja Nacional de Salud, para realizar exámenes médicos pre natales, tienen los conocimientos suficientes respecto a los riesgos biopsicosociales en los periodos del embarazo, parto y puerperio, que les permitan contribuir a la prevención de enfermedades, malformaciones y discapacidades en ellas o en el feto, a través del autocuidado de la salud?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Conocer cuál es el nivel y tipo de conocimientos de las mujeres gestantes que acuden al Policlínico 9 de Abril de la Caja Nacional de Salud, para realizar exámenes médicos pre natales, respecto a los riesgos biopsicosociales en embarazo, parto puerperio, que les permitan contribuir a la prevención de enfermedades, malformaciones y discapacidades en ellas o en el feto.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes que acuden al Policlínico 9 de Abril para realizarse exámenes médicos prenatales.
- Conocer cuáles son los conocimientos con que cuentan las gestantes que acuden al Policlínico 9 de Abril para apoyar la prevención de enfermedades y otros riesgos durante el embarazo parto y puerperio.
- Indagar los medios por lo que las gestantes con algún nivel de conocimiento obtienen los mismos.

1.4 Justificación

La presente investigación diagnóstica tiene como punto de partida que es indagar sobre el nivel de conocimientos de mujeres gestantes, respecto a los riesgos biopsicosociales en los periodos de embarazo, parto y puerperio, como una forma de prevenir complicaciones que generen enfermedades agudas o crónicas, así como malformaciones o discapacidades tanto en ellas como en el feto.

Se considera que los escasos conocimientos con que cuentan las gestantes, podrían deberse a que los niveles de instrucción en la población boliviana son bajos y sumamente heterogéneos, más aun en las mujeres, de modo que nada garantiza que cuenten con información educativa necesaria, para apoyar la prevención.

La investigación cobra relevancia por varias razones, una de ellas que las gestantes que reciben atención en el policlínico 9 de Abril, tienen perfiles socioeconómicos heterogéneos, por tanto distintos niveles de instrucción, por ello es importante conocer la calidad, tipos de conocimientos y fuentes en las que obtienen los mismos.

Por otro lado, el desentrañar el nivel de conocimientos con que cuentan las mujeres gestantes podrá orientar a la institución para planificar procesos educativos adecuados (a la fecha inexistentes) puesto que es conocido que el desarrollo de acciones educativas en los establecimientos de salud, son el más importante vehículo de educación para incidir en cambios de hábitos arraigados no favorables a la conservación de la salud, ni a la oportuna identificación de signos de alarma y riesgo, que generen complicaciones y posteriores enfermedades, mal formaciones y discapacidades principalmente en el feto, dado que es en estos periodos donde la mortalidad, sobre todo materna, en Bolivia es muy alta.

La investigación permitirá también conocer, los medios por los cuales las mujeres embarazadas cuentan con algún nivel de conocimientos sobre su proceso gestacional, por tanto esto servirá en un futuro para brindar información educativa a las gestantes.

Finalmente, los resultados del estudio podrían ser difundidos para ser conocidos por personal de otros establecimientos de la Caja Nacional de Salud y aprovechados como base para desarrollar procesos educativos.

1.5. Metodología

La metodología, se caracteriza por ser una cadena ordenada de pasos a seguir para lograr estructurar una investigación que permita llegar a conocimientos, de una manera lógica,

sistemática y planificada.

1.6. Método

“El método es un medio para alcanzar un objetivo; el método científico es la explicación, descripción y predicción de fenómenos y su esencia es obtener con mayor facilidad el conocimiento científico”. (Web:Instituciones.sld.cu/)

Constituye una forma, un camino, que brinda al investigador la posibilidad de contar con una orientación y metodología adecuadas, para lograr conocimiento científico, pertinentes al fenómeno en estudio.

La investigación que se informa se adscribió al método inductivo, proceso en que a partir del estudio de casos particulares se obtienen conclusiones posibles de generalizar a universos más amplios, en este caso a las gestantes que acuden al Policlínico 9 de Abril. El diseño comprende una investigación de tipo transaccional o transversal, entendiéndose como la recolección de datos en un solo momento y en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista 2006: 100) refiriéndose a personas individuales para la obtención de la información (sumar hallazgos encontrar elementos comunes y Diferentes, así como acumular información), tomando en cuenta una multiplicidad de puntos de vista de visiones de la realidad y experiencias, desde lo más inverosímil, porque más adelante esa información llegará a ser útil.

1.7. Enfoque de la investigación

El estudio tiene un enfoque mixto, integrado: cuali – cuantitativo dadas las características del tema de investigación.

El enfoque cuantitativo porque permite la recolección y análisis de datos para responder interrogantes de la investigación establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y uso estadístico, para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. (Hernández Sampieri R: 2003:5)

“Ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos y un punto de vista de conteo y magnitud de éstos.

Así mismo brinda una gran posibilidad de réplica y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares” (Hernández, R. et-al: 2010:778).

El enfoque cualitativo porque da profundidad a los datos, permite reconstruir la realidad,

tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido.

1.8. Objeto de la investigación

El estudio aborda el nivel de conocimientos de mujeres gestantes, respecto al proceso del embarazo, parto y puerperio.

1.9. Unidad de análisis

Mujeres gestantes aseguradas y beneficiarias que acuden al Policlínico 9 de Abril de la Caja Nacional de Salud, para controles pre natales.

1.10. Alcance del estudio

La investigación tendrá un nivel descriptivo, que consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de conocimientos.

1.10.1. Alcance espacial

Policlínico 9 de abril de la Caja Nacional de Salud, de la ciudad de La Paz.

1.10.2. Alcance temporal

Meses de marzo a julio del año 2016, en sujeción a calendario académico de la C.T.S. y al tiempo determinado según convenio entre la UMSA y la Caja Nacional de Salud como unidad de intervención.

1.11. Universo

El universo está constituido por una población de 203 mujeres gestantes que reciben atención pre natal en el Policlínico 9 de abril, para el año 2016.

1.12. Muestra

La muestra es una pequeña parte de la población estudiada y se caracteriza por reunir los

elementos necesarios para ser representativa, no es probabilística en razón a que responde a una investigación cualitativa – cuantitativa. En el caso estudiado se procedió a la selección de una muestra intencional, eligiéndose a los sujetos de estudio en forma aleatoria cuyas características resulten relevantes según criterio del investigador (mujeres embarazadas accesibles y elegidas al azar). El número aproximado en la investigación, según los expertos es de 30 a 50 personas, pero esta es solo una guía pudiendo desecharse el número inicial o incrementarse conforme avanza el estudio. Al ser intencional se trata de una Se Fue utilizada una muestra no probabilística de casos

Tipo, elegida al azar entre las mujeres gestantes del universo, que se consideró apropiado para estudios cuantitativos - cuantitativos (Hernández, Fernández y Baptista 2010. 393), utilizado para definir actitudes y conductas, percepciones acerca de un determinado tema o problemática que les incumbe.

Se tomó una muestra de 63 embarazadas para la observación, aplicación del cuestionario y para las entrevistas estructuradas. Contemplando los siguientes indicadores:

- 1) Que sean embarazadas, comprendidas en el área de cobertura del Policlínico.
- 2) Que asistan de manera regular a sus controles pre-natales.
- 3) Que estén en condiciones de participar en el estudio.

1.13. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para la recolección de información fueron utilizadas fuentes primarias y secundarias

1.14. Fuentes primarias

En el proceso de la investigación fueron utilizadas fuentes primarias para la recolección de información a través del contacto directo con la población objeto de estudio es decir con las embarazadas, a través de las técnicas de observación participante y no participante, entrevistas estructuradas y encuesta.

Entre las fuentes primarias, desde la inmersión inicial hasta la inmersión total en el ambiente de estudio, se utilizaron las técnicas de observación, entrevistas estructurada y semi estructurada, destacándose la entrevista en profundidad o cualitativa y la observación participante de contenido holístico (como un todo unitario), así como la aplicación de un cuestionario diseñado especialmente para el efecto.

La observación

Esta técnica permitió una inmersión para tomar nota de todo lo que se hizo y dijo en las actividades, adoptando una actitud reflexiva y de registro acucioso de información pertinente.

La encuesta

Permitió, obtener información sobre el perfil demográfico y socio económico de las gestantes, con base en un cuestionario, que contenía un conjunto de preguntas redactadas en forma coherente, organizada, secuencial y estructurada, que se aplicó de acuerdo con una planificación.

La entrevista a profundidad

Esta técnica de investigación cualitativa, interactiva, permitió obtener información relevante para para la investigación, respecto a experiencia, percepciones, conocimientos de las gestantes.

1.15. Fuentes secundarias.

Referidas a la exploración bibliográfica en bibliotecas, centros de documentación, instituciones afines como el Ministerio de Salud, UMSA y portales científicos en la Web, para tener manejo teórico- conceptual del problema de investigación, el planteamiento del problema, elaboración del referente teórico e interpretación de hallazgos.

Consulta de documentos referidos al problema de investigación, en la Caja Nacional de Salud, Policlínico 9 de Abril, UMSA y otras instituciones afines, en la búsqueda de los datos necesarios y pertinentes.

1.16. Instrumentos

- Guía de observación.
- Guía de entrevista a profundidad
- Guía de encuesta
- Ficha social
- Cuaderno de campo o bitácora

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Modelo biopsicosocial

El hombre como ser biopsicosocial, con un organismo y una mentalidad muy complejos, basados en muchos aspectos (valores, conciencia, ética, motivaciones, deseos, personalidad, etc.), los cuales le permiten estar en una organización social (familia, grupos de pares, comunidad, municipio o nación) y comportarse de acuerdo a sus intereses psicológicos, y a los límites que le presenten su cuerpo y aprendizaje.

La concepción del hombre como ser biopsicosocial comprende todos los planos, los que están en constante interacción, su delimitación es difícil, no se puede separar lo que es producto del pensamiento, creencias o sentimientos, de su biología, de su entorno social. Por último, es importante señalar que en el individuo todos estos procesos son dinámicos y cambian con la edad.

Se dice que el hombre es un ser biopsicosocial, debido a que en él se concentran:

- Su ser porque existe
- Su biología porque tiene vida.
- Su psicología que significa alma, mente o actividad mental.
- Su ser social, relativo a que vive en compañía o sociedad o a los socios, compañeros o aliados.

2.2. La etapa de gestación como base para el desarrollo

La gestación o embarazo es la etapa más importante en el desarrollo de cada persona, lo ideal es que sea planificada, desde la concepción, durante su gestación y hasta el parto. Es un periodo de rápido y preciso crecimiento de todos los sistemas vitales,

En verdad es algo excepcional que en nueve meses se desarrolle un ser humano completo. Un buen ambiente prenatal es de suma importancia para que este proceso se desarrolle adecuadamente, sin embargo, existen muchos factores que pueden afectar negativamente el crecimiento del feto que pueden ocasionar enfermedades y deficiencias que pueden desencadenar una discapacidad. No solo físicas y mentales claramente visibles desde el nacimiento. Existen también alteraciones imperceptibles que no son detectables al momento de nacer. Lo mismo podemos decir de las programaciones neurológicas prenatales que ocurren en el embarazo con base en la información que recibe el feto del

medio ambiente. En estos casos los niños y las niñas parecen completamente sanos al nacer pero después de algunos años se generan problemas en su desarrollo físico, cognoscitivo, conductual o emocional.

Durante el periodo prenatal se define la condición de salud; no solo como el hecho de si el bebé nace sano, enfermo o con discapacidad. También se define por el hecho de que en esta etapa se construyen las bases de la futura salud, las capacidades cognitivas y las habilidades emocionales (Fundación de Wall, modulo 1: 2: 2018).

2.3. La Organización Mundial de la Salud y la salud materna y neonatal –OMS.

La iniciativa de la Organización Mundial de la Salud OMS, tiene como objetivo la reducción de la mortalidad, la morbilidad maternas y neonatales, al contribuir en el mejoramiento de la atención prestada a las mujeres embarazadas, y aumentar el número de mujeres y recién nacidos que se benefician con los servicios de personal calificado durante el embarazo, el parto y el puerperio

Los fundamentos de la iniciativa de la OMS para el trabajo con individuos, familias y comunidades, se basan en una amplia gama de experiencias y lecciones aprendidas en la iniciativa “Maternidad sin Riesgo” durante los diez últimos años, en la comprobación de la eficacia del concepto de la OMS de la Promoción de la Salud, y en diversas **declaraciones y el consenso del ámbito internacional sobre la importancia de los papeles desempeñados por los individuos, las familias y las comunidades en el mejoramiento de la salud.**

La OMS señala que para “Reducir los riesgos del embarazo” tienen papel activo las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, porque junto con el desarrollo de sus capacidades para la salud y la elección de alternativas saludables para lograr mejorías en la salud materna y neonatal. Además, debido a la índole personal, familiar y social del embarazo y el parto, la iniciativa considera esencial desarrollar capacidades para asegurar un entorno familiar y comunitario de apoyo y compromiso.

2.4. El concepto de Reducir los Riesgos del Embarazo para el trabajo con individuos, familias y comunidades

El concepto del trabajo con individuos, familias y comunidades, propuesto por la iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo”, se origina en el enfoque de Promoción de la Salud, definido como “el proceso de fortalecer las capacidades a las personas y a los

grupos para ejercer un mayor control sobre su salud y calidad de vida, para poder así mejorarlas” OMS, 2009

El propósito de trabajar con los individuos, las familias y las comunidades es contribuir a su empoderamiento para mejorar la salud materna y neonatal y ejercer un mayor control sobre ella, así como para ampliar el Acceso a servicios de salud de calidad, y su utilización, en particular a aquellos proporcionados por personal calificado para atender partos.

El *empoderamiento* se define como un proceso mediante el cual las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades asumen el control de la salud materna y neonatal, y de los problemas potenciales relacionados. El empoderamiento les permite actuar tanto individual como colectivamente para fomentar la salud materna y neonatal.

2.5. La salud y sus determinantes

La salud tiene determinantes importantes que influyen en el desarrollo fetal, desde que empieza como una célula, durante su crecimiento y su rápido desarrollo, hasta el momento de su llegada al mundo, de modo que no solo se limita al ambiente inmediato (dentro del útero), sino que abarca todo el entorno de la madre, padre, el ambiente físico y social que les rodea y que de diversas maneras, incide en el desarrollo del bebé.

El enfoque ecológico permite describir el desarrollo embrionario. Sostiene que el bebé dentro del útero está rodeado por cuatro ambientes:

- ✓ Macro ambiente o entorno ecológico de la pareja
- ✓ Metro ambiente o medio interno de la madre
- ✓ Patroambiente o medio internos del padre
- ✓ Micro ambiente o medio interno del feto

En estos contextos, es importante recordar que la salud no es solo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de bienestar integral. La Organización Mundial de la salud OMS define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Las determinantes de salud son los factores y condiciones que caracterizan al contexto de los individuos y las colectividades y que han demostrado tener una correlación con su estado de salud. Estos factores no actúan aisladamente y las interacciones entre ellos tienen una repercusión aún más profunda sobre la salud. En este sentido, la salud es el

conjunto de interacciones de los determinantes relacionados con el medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y el sistema de asistencia médica, que pueden tener impacto en el desarrollo del bebe intrauterino.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud disponible.

Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos en los ámbitos mundiales, nacionales y locales y que dependen a su vez de las políticas que se adopta en cada campo.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las dificultades injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Los factores que influyen en el nivel de salud de una población en la etapa prenatal:

- ✓ Factores sociales 50%
- ✓ Sistema de salud 25%
- ✓ Factores biológicos 15%
- ✓ Factores de medio ambiente 10%

2.6. El macro ambiente fetal

El macroambiente fetal está constituido por los entornos ambientales, sociales, culturales y religiosos en los que se desenvuelven la madre, el padre, la familia y la comunidad, lo que influye en el feto a través de la madre. Si bien se puede pensar que la madre actúa como un mecanismo de protección ante las agresiones también es necesario saber que por su intermedio el feto sufre las consecuencias de las condiciones de su entorno y nivel de vida. Conocer las condiciones permite identificar cuáles de esos factores podrían poner en peligro a las embarazadas, para desarrollar acciones de prevención.

2.7. Factores del entorno ambiental

La contaminación ambiental, tanto en las ciudades como en el campo, puede repercutir en el feto. La presencia de ríos contaminados, basurales, desperdicios radiactivos, plomo en el aire, etc. afectan negativamente las condiciones ambientales. También existen las posibilidades de accidentes industriales por liberación de sustancias radiactivas o de gases tóxicos cuyos efectos nocivos podrían difundirse con rapidez en la sangre y por lo tanto

atravesar la barrera placentaria. Un factor que merece examinarse es el de los efectos del ruido pues el feto puede estimularse por sonidos, incluyendo el ultrasonido.

Se deben determinar los peligros ambientales en el servicio de salud o educación o en la comunidad a fin de evitar peligros para las mujeres embarazadas y la población en general. (Fundación de Wall, mod.2: 2:2018).

Agresiones del ambiente sociocultural

La principal, la pobreza, definida como la falta de recursos económicos acumula sobre la mujer mayor responsabilidad y mayor carga de trabajo y dificultad de acceder a una alimentación y cuidados prenatales.

Condiciones laborales

En el sector productivo, muchas veces no se cumplen las políticas laborales. Hay largas jornadas, con frecuencia en condiciones de riesgo, por ejemplo contacto con plaguicidas u otros tóxicos, presión emocional y física para mostrar un mejor rendimiento, ambientes físicos inadecuados, horarios inadecuados o irregulares que perjudican el descanso o la alimentación.

Servicios y prácticas de salud deficientes

En muchos países el servicio de salud pública manifiesta una baja calidad de atención expresada en inadecuado equipamiento, déficit en número de camas, insuficiencia de medicamentos, falta de atención primaria, los servicios de salud brindados sin calidad ni calidez.

Iniciativa para una maternidad sin riesgos

La mayor disponibilidad de intervenciones sanitarias eficaces y baratas tendrán una repercusión inmediata, siempre que las mujeres y los recién nacidos tuvieran acceso a los servicios de salud. El acceso a servicios para reducir los riesgos del embarazo es considerado un derecho humano. Al igual que sucede con otros trastornos de la salud, la situación es especialmente grave en muchos países con emergencias complejas donde las tasa de mortalidad materna son a menudo las más elevadas del mundo.

Los mensajes clave para reducir los riesgos del embarazo son los siguientes:

- ✓ Todos los embarazos deben ser deseados
- ✓ Todas las embarazadas y sus hijos lactantes deben poder acceder a una atención especializada.
- ✓ Todas las mujeres deben poder trasladarse a una instalación sanitaria que funcione bien, a fin de recibir la atención adecuada para ellas y los recién nacidos, cuando se presenten complicaciones durante el embarazo, el parto o el periodo puerperal.

Factores emergentes del trabajo

El trabajo de una mujer embarazada también repercute en el feto y el recién nacido. Se ha observado por ejemplo que paralelamente a la mayor industrialización ha aumentado la frecuencia de la prematuridad.

La situación es grave si la mujer embarazada, sobrecargada en las faenas caseras, trabaja también fuera de su casa. Si además su trabajo es nocturno, se produce un cambio en el ritmo de descanso no deseable en el embarazo. Las madres embarazadas que trabajan en actividades agrícolas o agroindustriales manipulando pesticidas y plaguicidas, presentan mayor número de abortos.

Determinados trabajos que se realizan cerca de aparatos de rayos X o en los que se inhalan gases anestésicos, requieren normas de protección. Dependiendo de cada país las legislaciones laborales existentes pueden facilitar los cuidados o la vigilancia prenatal de las trabajadoras embarazadas.

La creación de un buen macroambiente para el feto es el resultado del esfuerzo de los progenitores, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Los servicios de salud, educación y desarrollo comunitario deben promover acciones orientadas a:

- ✓ Educar para una buena preparación del embarazo, una buena nutrición y el desarrollo de hábitos saludables.
- ✓ Lograr una red asistencial para el apoyo prenatal
- ✓ Mejorar los factores socioeconómicos
- ✓ Disminuir las condiciones de riesgo del feto
- ✓ Aconsejar sobre las medidas de planeación familiar
- ✓ Favorecer una legislación laboral adecuada para el embarazo
- ✓ Estimular la creación de consultas especializadas para los casos de alto riesgo

por factores emocionales y sociales

El metro ambiente fetal

A continuación, se señala las condiciones que estructuran el Matroambiente fetal y que pueden influir en el desarrollo y crecimiento del feto.

Cambios en el cuerpo de la mujer en el proceso de gestación

La gran mayoría de cambios que experimentan se deben a la influencia de las hormonas que harán que el cuerpo se adapte a un nuevo estado, el cambio de la madre durante el embarazo para que se desarrolle el futuro bebé y prepararse para el momento del parto. La primera característica es el aumento de peso, que será de forma gradual a lo largo de los nueve meses de gestación, por otro lado también se preparan durante el embarazo para la lactancia.

El cuerpo de la embarazada trabaja más, el corazón, los riñones, los pulmones. Todos los órganos colaboran y ayudan a que el feto crezca. La piel también cambia, sobre todo la de las mamas y el vientre, y el aumento del tamaño puede hacer que aparezcan estrías.

Edad

La edad más segura para un embarazo saludable esta entre los 20 y 30 años. Este es el periodo de mayor capacidad biológica para llevar el embarazo, durante el cual se obtienen los índices más altos de supervivencia y de bienestar para la madre y el bebe, menos abortos y malformaciones.

El embarazo en las mujeres menores de 18 años con frecuencia se acompaña de pre eclampsia y eclampsia, prematuridad, posición del feto que dificulta el parto, asfixia, intrauterina y extrauterina, retraso del crecimiento intrauterino y muerte del feto antes o después del nacimiento.

En el extremo contrario, el feto de las madres mayores de 35 años está más amenazado durante el embarazo también por afecciones, como: pre eclampsia y eclampsia, hipertensión, afección de los riñones, diabetes, malformaciones fetales, disminución del crecimiento, hay un alto riesgo de que se produzcan alteraciones de los cromosomas, síndrome de Down anomalías del tubo neural, hemofilia, trastornos en la producción de hemoglobina y otras anomalías en el crecimiento. Los riesgos de incrementan en las mujeres que dan a luz por primera vez pasados los 30 o 35 años de edad.

Talla

En mujeres de talla inferior de 1,50 metros existe un riesgo mayor para el feto por un desarrollo menor del aparato genital y por el probable aumento de intervenciones que pueden surgir al momento del parto.

Tiempo de un embarazo a otro

Se ha demostrado que los embarazos demasiado próximos entre sí o demasiado distanciados también pueden ser problemáticos. Se considera que dos años entre un parto y otro es el lapso ideal para una total recuperación del organismo tras el embarazo.

Embarazo múltiple

El riesgo de tener un bebé con bajo peso al nacer es alrededor de diez veces mayor en los embarazos de gemelos que en los embarazos únicos y la mortalidad perinatales cuatro y cinco veces mayor.

Patología materna

Las afecciones renales, la hipertensión previa y la hipertensión inducida por el embarazo y la diabetes en la madre son las causantes de aproximadamente un tercio de los retardos de crecimiento intrauterino.

Anemia materna

La anemia es la mayor causa de riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y anomalías en la estructura y función de la placenta. El sufrimiento fetal ocurre más en mujeres anémicas y origina mayor morbimortalidad antes o después del nacimiento.

Infecciones de transmisión sexual

Igualmente decisivo para la salud y el bienestar materno es el impacto potencial de las ITS, que tienen repercusiones en el desarrollo del feto. Las ITS más frecuentes son sífilis, gonorrea, clamidias, virus del papiloma humano, herpes genital y VIH, cuya detección debe formar parte de las pruebas prenatales habituales.

Factores socioeconómicos

La pobreza la vivienda carente de servicios básicos, la educación deficiente, el matrimonio forzado durante el embarazo, la relación inestable en la pareja, la desintegración familiar, la violencia y el estrés son factores que pueden estar interrelacionados en menor o mayor medida y que conducen a la creación de un ambiente desfavorable para el embarazo, con potencial influencia negativa en su desarrollo. La mayoría de sus consecuencias derivadas de condiciones sociales o económicas deprimidas en el embarazo se reflejan en tres aspectos concretos:

- ✓ Nutrición deficiente
- ✓ Vigilancia prenatal nula o escasa atención médica
- ✓ cuidados personales y ambientales inadecuados.

Factores relacionados con hábitos de vida

Las costumbres que rigen el modo de vida de la mujer embarazada pueden influir en el desarrollo fetal. Las horas de descanso, los hábitos de sueño, el ejercicio, los deportes, el tiempo de relajación, son factores que intervienen de forma positiva o negativa en el bienestar fetal.

Factores emocionales

La ansiedad, el temor, la tensión, son características especiales cuando el embarazo se desarrolla en circunstancias adversas, de hecho entre las causas más comunes de morbilidad durante y después del embarazo están las afectaciones mentales como: Depresión, ansiedad, desordenes por estrés post traumático, trastornos de alimentación y trastorno de personalidad. Estos trastornos pueden afectar a un 20% de las mujeres embarazadas.

Las alteraciones maternas especialmente las perturbaciones psicológicas pueden influir directamente en el feto y resulten niños o niñas con problemas emocionales cognoscitivos y de comportamiento, algunos estudios vinculan el estrés con bebés prematuros y con bajo peso al nacer. Los problemas psíquicos pueden afectar también el desarrollo del sistema nervioso central y bajar las defensas. (Fundación de Wall, Modo. 2: 10:2010).

Cambios psicológicos en el embarazo

Durante la etapa del embarazo las futuras madres experimentan cambios emocionales de manera constante en el primer trimestre de la gestación, se caracterizan por un estado emocional de intranquilidad o inquietud las emociones más frecuentes son los cambios bruscos de humor, que van de la risa al llanto, ansiedad, tristeza y alegría al mismo tiempo en el segundo trimestre Sentimientos positivos y una sensación de fortaleza. Se Presenta el apego madre-hijo y en el tercer trimestre la preocupación y temor ante la llegada del parto. (Isabel Castillo, 2006)

Hay estados de miedo e inseguridad por posibilidad de pérdida del embrión (aborto), a no ser capaz llevar a cabo el embarazo, a sentirse rechazada, la mujer tiene pensamientos negativos o limitantes que la hacen actuar continuamente en alerta a las señales.

Confusión cuando se dan situaciones de sentimientos ambivalentes en las embarazadas es decir por un lado el deseo de embarazo y por otro, el deseo de mantener su “modus vivendi” (situación personal, profesional, familiar, económica, etc.) que sin duda sufrirán cambios, pero si estos son vividos a nivel cognitivo negativamente, es lógico sentir que se deben tomar decisiones importantes y cuestionamientos, viendo impedimentos por todas partes.

En esa situación, la pareja (si se tiene) juega un papel importante, el afecto que le proporcione, la ayudará a vivir más positivamente el hecho de estar embarazada, sentir Alegría sobre todo si tener un hijo es un proyecto de vida común en la pareja, un deseo intenso surgido de una necesidad de afecto y sobre todo, si ha llegado al final del primer trimestre sin ningún problema en los controles realizados.

Aflicción o tristeza se presenta cuando la mujer no desea el embarazo aunque lo asume y con el tiempo lo acepta, cuando no tiene pareja estable o sufrió abandono por causa del embarazo.

(Psicología iberoamericana, alternativas psicológicas de la mujer embarazada, Pag.37, 2009)

Reacciones emocional y psicológica

La manera de reacción ante la situación de un embarazo depende de:

- ✓ El estado civil de la mujer y su relación con su acompañante

- ✓ La situación social de la mujer o de la pareja sus prácticas creencias y expectativas culturales o religiosas
- ✓ Las personalidades de la gente que atraviesa por la situación y la calidad y naturaleza del apoyo social, práctico y emocional (OMS,1996)

El apego seguro su importancia en la fase prenatal

En la concepción la primera célula que forma un nuevo ser contiene ya potencialmente todos los órganos y toda información psíquica, genética y energética de los padres, especialmente de la madre y del mundo a través de ella, la salud física y mental de los progenitores y su equilibrio emocional sobre todo de la madre, son factores de riesgo frente a la calidad en las relaciones de apego que experimenta el embrión durante el embarazo y los primeros años de vida.

El mensaje de aceptación esta en lo más profundo de la psique que cada ser humano se encuentra íntimamente vinculado con la relación padre- madre. }

Familia

Según Ángela María Quinteros, es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad.

Clasificación de las familias

- a) Familia nuclear: Conformada por dos generaciones, padres e hijos, unidos por los lazos de consanguinidad conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación.
- b) Familia extensa o conjunta: Está integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, o familia tradicional: descendentes o colaterales; recoge varias generaciones que comparten habitaciones y funciones.
- c) Familia conyugal: es la unidad básica y universal de la sociedad humana y

- ciertamente de los sistemas de parentesco es el grupo formado por el matrimonio.
- d) **Compuesta:** Formada por grandes familias patriarcales, el padre dirigía a sus hijos casados y solteros en el trabajo y mantenía la disciplina dentro la residencia común. Los valores mantenían las posiciones dominantes, mientras que las funciones femeninas se limitaban al hogar y a la familia.
 - e) La victoria del socialismo ha abierto amplios horizontes a la igualdad del hombre y de la mujer en todas las esferas de la vida social, la producción en la vida cotidiana y en la familia.
 - f) **Familia monoparental:** unidad familiar en la que sólo hay un progenitor, el padre o la madre. Desde el punto de vista antropológico los sistemas de parentesco de las sociedades preindustriales son complejos: pueden ser matrilineales (basados en la madre o en la línea femenina de herencia) o patrilineales, dando lugar a un parentesco múltiple con agrupaciones familiares extensas. Se denomina familia monoparental a un núcleo familiar de padres con hijos dependientes en donde uno de los progenitores no vive con ellos (Castro Norah: 72: 95).

Relación de las mujeres embarazadas y los proveedores de atención de salud

El embarazo se caracteriza por ser una etapa de alegría y expectativa. No obstante, también suele ser motivo de preocupación y ansiedad. Las conversaciones eficaces con la mujer y la familia pueden contribuir a aumentar la confianza que ella deposite en sus proveedores de salud.

A las mujeres que desarrollan complicaciones les puede resultar difícil hablar con el proveedor de salud y explicarle su problema. Conversar con la mujer en forma respetuosa y hacer que se sienta cómoda es una tarea que incumbe a todo el equipo de atención de salud. Concentrar la atención en la mujer significa que tanto el proveedor de salud como el personal:

- ✓ Respetar la dignidad y el derecho a la privacidad
- ✓ Ser sensible y receptivo a las necesidades de la mujer
- ✓ No juzgar las decisiones que la mujer y su familia han adoptado hasta ese momento en lo que respecta a su atención.

Es comprensible estar en desacuerdo con el comportamiento de una mujer si este entraña riesgos o con una decisión que haya demorado la búsqueda de atención. No es aceptable,

sin embargo, no demostrar respeto a una mujer o mantener una posición indiferente ante una atención médica que es consecuencia de su comportamiento.

Lo que se espera es una orientación formativa una vez que se haya tratado la complicación nunca antes de manejar el problema ni durante el proceso de hacerlo.

Derechos de la mujer

Los proveedores de salud deben estar informados sobre los derechos de la mujer cuando se les proporcionan servicios de maternidad:

- ✓ Toda mujer que recibe atención tiene derecho a que se le informe sobre el estado de su salud
- ✓ Toda mujer tiene el derecho hablar de los temas que la preocupan en un ambiente en el que se sienta protegida.
- ✓ Toda mujer debe ser informada con antelación sobre el tipo de procedimiento que se le va a realizar.
- ✓ Los procedimientos deben llevarse a cabo en un ambiente (por ejemplo, la sala de partos) en la cual se respete el derecho de la mujer a tener privacidad (OMS 2010)

El patroambiente fetal

Además del ambiente de la madre, también diversos factores y elementos en el entorno del padre influyen en el desarrollo del bebé. El patroambiente se refiere al entorno y al contexto donde se desarrolla el hombre, en el cual se encuentran factores externos que le afectan y que podrían generar alguna deficiencia o discapacidad en él bebe por nacer. Históricamente se ha restringido el rol paterno a la fertilidad del ovulo de la mujer y la salud reproductiva masculina se limitaba a considerar solamente los problemas de fertilidad. Sin embargo, en una reflexión desde el punto de vista biológico, el hombre contribuye con la mitad del material genético del bebe.

Hay evidencias que demuestran la importancia de la condición del esperma en el resultado del embarazo, es por eso que el esperma influye en las discapacidad de algunos bebes por las siguientes determinantes:

Edad

Una edad del padre superior a los 40 años está relacionada con un mayor riesgo de tener

hijos con problemas de salud tales como síndrome de Down, autismo o esquizofrenia. Esto se debe a que las calidades de los espermatozoides pueden disminuir constantemente por los años, a los 40 años el ADN del espermatozoide es más frágil el cual puede generar desordenes genéticos en el momento de la concepción

Por otro lado los padres jóvenes tienen riesgo más alto de tener bebés con síndrome de Down, enanismo, patologías cardíacas o esquizofrenia, el factor de riesgo se combina con el de la madre.

Perspectiva socio cultural

Desde la perspectiva social también el machismo como comportamiento cultural prevalente a las culturas latinoamericanas, puede contribuir a los riesgos del embarazo.

El machismo reprime la voluntad de la mujer en una relación, impide que el hombre sea solidario con su pareja y que ella tome conciencia sobre adoptar conductas preventivas. La actitud machista restringe la libertad de la mujer para buscar atención médica y consejería sexual reproductiva, con lo cual se incrementa la posibilidad de tener un embarazo no deseado.

El machismo constituye además un motor de las desigualdades laborales y sociales que repercuten en una remuneración menor para la mujer y afecta el acceso de la futura madre a una vida independiente y con mejores controles prenatales. Los comportamientos machistas desencadenan también en violencia intrafamiliar, que en el caso de una mujer embarazada, eleva el nivel de estrés y las agresiones físicas pone en riesgo la salud del bebé.

Síndrome de Covade

Tanto las mujeres como los hombres tienen el instinto de perpetuar la especie, aunque es más fuerte en las mujeres. No se sabe si en el hombre este instinto ha sido reprimido por factores afectivos, emocionales o psicológicos, pero algunas investigaciones han demostrado que la mitad del instinto paternal tiene su origen en hormonas masculinas y que los hombres están preparados genéticamente para cumplir el rol de la crianza de sus hijos.

Cuando una mujer se embaraza, el hombre presenta los siguientes cambios hormonales:

- ✓ Los niveles de testosterona disminuyen, lo que genera un comportamiento más estable y disminuye su agresividad, competitividad y deseo sexual.

- ✓ Los niveles de hormonas estadiol y prolactina se incrementan y los niveles de glucocorticoides disminuye haciendo que se despierte en el hombre el instinto paternal, un temperamento de compromiso y de ternura.

Estos cambios hormonales en el hombre se presentan paralelamente a los cambios hormonales que experimenta la mujer embarazada, con lo que puede suceder que él también tenga síntomas de embarazo como ser náuseas, vómitos, antojos, cansancio, presión arterial baja, cambios de humor, aumento de peso, calambres en las piernas y hasta dolores abdominales semejantes a las contracciones.

Aparte de los síntomas de embarazo mencionados, muchos hombres experimentan celos al sentirse simples espectadores del embarazo. El hombre debe participar activamente en el embarazo empezando por asistir a las consultas médicas.

También puede sentir temor por la llegada de un hijo puede, empero puede combatir el temor de ser papa, informándose al respecto a cómo criar y educar a un bebe, eso le dará la seguridad que necesita.

Algunos hombres experimental el estrés al sentir que están con una mujer diferente debido a los cambios hormonales que sufre la madre por el embarazo (principalmente los cambios de ánimo), la intimidad con la pareja no debe ser dejada de lado, muchos hombres son rechazados por sus parejas, porque no se sienten atractivas para él, la comunicación y el romanticismo deben ir de la mano para poder superar esta etapa. (Fundación de Wall, Modulo 2: 3-7: 2018)

El microambiente fetal

El microambiente fetal está formado fundamentalmente por el líquido amniótico, que constituye el escenario físico de la nueva vida y por las paredes de su hábitat que son el útero.

2.9.1. Cambios biológicos en el nuevo ser

El desarrollo dentro del útero del nuevo ser pasa por dos fases: 1. La primera constituye el “período embrionario”, que comprende aproximadamente los primeros dos meses y Medio. 2. La segunda se denomina “período fetal” y se inicia al terminar la anterior y comprende el resto del embarazo.

El desarrollo biológico del embarazo se divide en tres trimestres en los que se presentan diversos cambios:

Primer mes El aspecto del embrión es similar a un disco. La cabeza empieza a desarrollarse a partir de la primera semana y, casi al cumplirse el mes, el corazón comienza a latir, comienza a formarse el cerebro, la columna vertebral, los riñones, el hígado, el aparato digestivo y lo que más adelante serán los brazos y las piernas y a formarse la placenta. Mide cerca de 4 milímetros y pesa menos de un gramo, al final del primer mes, el embrión mide medio centímetro

Segundo mes El embrión mide unos 2,5 cm, pesa unos 3 gramos La cabeza está bien diferenciada y en ella se distinguen los ojos, la nariz, la boca y las orejas. También se diferencian bien los brazos y las piernas en sus distintas partes o segmentos. Los principales órganos se han formado y el late el corazón. Al final de este período el embrión mide unos 4 cm y se denomina feto

Tercer mes Al tercer mes, el feto tiene una forma ya semejante a la especie humana. Es capaz de realizar movimientos por sí solo. Ahora mide entre 8 a 10 cms. Tiene una cabeza muy grande con relación a su cuerpo. En este momento su cuerpo se encuentra básicamente formado. A partir de ahora es capaz de deglutir o tragar, y en el aparato digestivo se acumula una sustancia de color verde llamada meconio que se irá expulsando durante los primeros días de vida.

Cuarto mes Hacia el cuarto mes, los genitales externos están bien formados. La piel se va desarrollando y produce una sustancia blanquecina que se denomina “vermix”, que recubre al feto y contiene gran cantidad de grasa. Esta sustancia protege su piel del continuo contacto con el líquido amniótico en el que está inmerso y suele recubrir al feto hasta el nacimiento. Pesa unos 180 gramos y mide algo menos de 15 centímetros.

Quinto mes Empieza a desarrollar sus sistemas de defensa se empieza a notar cómo se mueve, al principio se mueve muy suavemente, pero más adelante, se moverá con mayor fuerza, se notará perfectamente.

En estos meses es capaz de llevarse la mano a la boca, su peso se sitúa en torno al medio kilo. (Puericultura:20-38: 2008).

Sexto mes Aproximadamente a los seis meses aparece el pelo en la cabeza. Crecen las cejas y las pestañas y todo su cuerpo se cubre de un bello muy fino que se denomina “lanugo” pasa también entre 18 y 20 horas durmiendo y, cuando está despierto, se mueve mucho. Su cara está terminada y ya abre los ojos. En esta fase pesa algo más de 1.000 gr. y mide unos 35 cm.

Séptimo mes El feto responde a los ruidos externos con movimientos y empieza a faltarle sitio en la cavidad uterina. Aparecen los primeros movimientos respiratorios, aunque sus

pulmones no funcionarán de forma independiente hasta después de nacer, una vez cortado el cordón umbilical. Mide algo menos de 30 centímetros y pesa alrededor de 1500 gramos.

Octavo mes Durante el octavo y noveno mes, sigue creciendo hasta alcanzar el peso que tendrá en el nacimiento, alrededor de los 3 ó 3,5 kg. Su longitud es de unos 50 cm. Durante estos meses le crece el pelo y las uñas, sus movimientos son de forma más brusca. El feto tenderá a ponerse con la cabeza hacia abajo, es decir, hacia la pelvis en dirección al cuello del útero. Ésta es la postura más adecuada para el parto.

Noveno mes El feto recibe anticuerpos de la madre y sus pulmones ya están preparados para funcionar en el exterior. La piel deja de estar arrugada y el lanugo se cae casi por completo. Pesa cerca de 3 kilos y mide unos 50 centímetros.

(Guía cuidados del embarazo: 2003)

Parto

En el parto se produce la expulsión del nuevo ser, del cuerpo de la mujer después de haber cumplido el proceso de formación y desarrollo, durante 9 meses es decir 40 semanas.

El momento del parto se caracteriza por:

- ✓ Contracciones intensas, algo más dolorosas y que siguen un ritmo regular, aumentando progresivamente en duración, intensidad y frecuencia. Estas contracciones de parto no desaparecen con el reposo y prácticamente no se alivian con el cambio de postura.
- ✓ Expulsión del tapón mucoso, al comenzar la dilatación puede desprenderse el tapón de moco que cerraba el cuello del útero. Se trata de una sustancia espesa, más densa que el flujo habitual y que suele estar teñida de sangre.(Embarazo saludable, parto y puerperio:2012).

Puerperio

A este período se le llama cuarentena o puerperio, que tiene una duración de 45 días después del parto, es normal la debilidad y el cansancio, ya que el parto supone un gran esfuerzo, después del parto se produce una pérdida de peso variable relacionada con el peso del recién nacido, de la placenta, del líquido amniótico y de la pérdida de sangre, se debe poner atención en la alimentación, ya que la lactancia y la recuperación suponen un mayor gasto de energía.

Discapacidad en el embarazo

Pocas enfermedades o deficiencias de nacimiento pueden atribuirse a una causa en particular. Se considera que la mayoría de las enfermedades y deficiencias son el resultado de una combinación de factores biológicos con factores ambientales. Esto se denomina herencia multifactorial. El resultado depende del factor biológico, de la etapa del embarazo y del grado de riesgo y peligro ambiental presentes.

En los controles pre natales se identifican algunas causas y situaciones de peligro para los bebés por nacer, como se:

- ✓ Muchos embarazos no son planificados y muchos no son deseados.
- ✓ Pocas parejas se preparan para el embarazo.
- ✓ A menudo falta interés y apoyo de la pareja.
- ✓ Malnutrición
- ✓ Violencia intrafamiliar
- ✓ Mujeres embarazadas menores de 18 años o mayores de 35 años.
- ✓ Embarazos muy seguidos.
- ✓ Falta de asistencia a las consultas prenatales.

¿Por qué nacen bebés con enfermedades y deficiencias?

- Ausencia de servicios médicos; consultas y tratamientos demasiado costosos.
- Parto prematuro.
- Escaso apoyo o reconocimiento de la comunidad a la mujer embarazada.
- Uso de alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo.
- Auto medicación.
- Enfermedades en las mujeres embarazadas que inciden negativamente en el bebé.
- Infecciones de transmisión sexual que habitualmente pasan del hombre a la mujer y de ella al bebé por nacer.
- Peligros ambientales y químicos tóxicos que pueden afectar al bebé.
- El estrés, la ansiedad y la depresión de la madre y/o el padre.

Para prevenir discapacidades Pre natales recomienda el ABCD:

Alimentarse bien es la clave

Toda mujer embarazada debe tener una alimentación balanceada, lo que ayudará a un buen crecimiento de su hija o hijo, además toda mujer susceptible de quedar embarazada, debe garantizarse el consumo de alimentos y tomar diariamente un suplemento vitamínico (natural o sintético) que tenga 400 microgramos de ácido fólico (vitamina B9) antes, durante y después del embarazo. También es clave el consumo de hierro y calcio para el mejor crecimiento del bebe. En América Latina un alto porcentaje de población corre riesgo de problemas en el aprendizaje debido a la malnutrición fetal producto de la inadecuada alimentación de las madres.

Buscar atención cualificada en los servicios es clave

Es importante que la pareja planee su embarazo y que busque orientación y atención médica antes durante y después del embarazo. Por su parte, la atención de los servicios de salud debe ser de calidad con calidez.

Es por ello que desde el momento del embarazo se realizan exámenes médicos y análisis complementarios, que ayudan a la identificación de problemas como ser enfermedades de transmisión sexual, enfermedades congénitas y a través de la ecografía ver si el feto viene con malformaciones.

Cuidar de agresiones al bebe por nacer también es clave

Una mujer que planea quedar embarazada o que está en gestación debe evitar el alcohol, los cigarrillos y otros estimulantes; no debe tomar ningún medicamento (ya sea prescrito o de venta libre) sin consultar primero a un proveedor de salud. Igualmente, debe cuidarse de agentes tóxicos en la casa y en el trabajo. La familia y la comunidad deben evitar agresiones de todo tipo a la mujer embarazada.

Dar amor

Existen diferentes maneras de decir te quiero al bebe por nacer, como acariciar el vientre de la madre, hablarle, porque es gratificante para él, escuchar la voz de su papá hablándole amablemente, los aromas agradables la música suave, etc., existen diferentes formas de relajación como ser la meditación y el yoga que pueden estimular y fortalecer los lazos de confianza entre madre, padre e hijo.

Un embarazo debe durar 12 meses: 3 meses de preparación y 9 meses de gestación para

lograr un bebé sano. (Fundación de Wall: 2017)

Malformaciones

Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

- ✓ Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down.
- ✓ Las anomalías congénitas pueden tener un origen genético, infeccioso o ambiental, aunque en la mayoría de los casos resulta difícil identificar su causa.
- ✓ Es posible prevenir algunas anomalías congénitas; por ejemplo hay medidas de prevención fundamentales como la vacunación, la ingesta suficiente de ácido fólico y yodo mediante el enriquecimiento de alimentos básicos o el suministro de complementos, así como los cuidados prenatales adecuados.
- ✓ Las anomalías congénitas son en muchos países causas importantes de mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad.

CAPITULO III

MARCO CONTEXTUAL

En el contexto de la región de Latinoamérica y El Caribe, Bolivia es uno de los países con las tasas más altas de mortalidad perinatal y neonatal, según información de la ENDSA 2008 en Bolivia, la mortalidad neonatal representa un poco más del 50% de la mortalidad infantil (en menores de un año) y el 40% de la mortalidad de la niñez (menores de 5 años). La tendencia de la reducción de la mortalidad neonatal entre 2003 y 2008 muestra un estancamiento, ya que no ha habido ninguna modificación en la tasa de mortalidad neonatal en el último quinquenio. La tasa se ha mantenido en un 27% de nacidos vivos.

Así también se analizó la mortalidad neonatal por departamentos de los tres últimos años en los que existe un aumento en las muertes neonatales en los Departamentos de Potosí, Cochabamba, Tarija, Beni y La Paz. Es importante que las autoridades sanitarias departamentales analicen intersectorialmente esta información para poder explicar estos aumentos y plantear propuestas y diseñar estrategias regionales en sus planes, que permitan enfrentar los problemas determinantes. Asimismo, aquellos departamentos que presentan una disminución deberán continuar en las actividades para ratificar continuar con mejores resultados y analizar que intervenciones han sido exitosas para compartirlas como lecciones aprendidas.

Entre las causas directas de mortalidad se identificaron las infecciones por las que un 32% fallece en el momento del parto, el nacimiento de bebés prematuros un 30%, asfixia el 22% y malformaciones en un 6% son las causas principales de muerte.

Cabe anotar que en la comunidad las infecciones presentan porcentajes mayores de un 39%, prematuros de un 13%, asfixia 25%, AI igual que otros problemas de salud Pública, las causas directas de muerte neonatal y perinatal son la consecuencia de otras causas subyacentes, muchas de ellas estructurales, como ser la pobreza, el desempleo, el bajo nivel educativo.

La salud materna es un asunto de equidad y justicia social, el Año 2000, el 70% de las mujeres que fallecieron tenía menos de 6 años de escolaridad, las mujeres indígenas fueron las más vulnerables, especialmente si viven en el área rural, donde habían cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo, parto y postparto, que las mujeres de las ciudades (64.3% comparado con el 15.3%).

El porcentaje de mujeres embarazadas que presentaron complicaciones fue de 45%,

mientras que el estándar internacional no alcanza al 15%.

En el 2015, el 53% de las muertes maternas se produjeron en domicilio, aunque no menos relevante fue que el 37% de estas que ocurrieron en los servicios de salud. La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas, se calcula que 7 de cada 10 muertes de mujeres podrían ser evitadas con la asistencia en un servicio de salud con atención calificada del parto.

El alto número de muertes en servicios de salud pueden tener dos explicaciones: una, que la mujer y/o la familia buscan atención tardíamente; y la segunda, que los servicios no cuentan con la infraestructura e insumos necesarios para atender las emergencias obstétricas y neonatales y/o que el personal no tenga la competencia técnica para brindar una adecuada atención de calidad.

Otro aspecto crucial es el tiempo para que una mujer con complicaciones sobreviva, y la característica más relevante de estos tiempos es que el promedio estimado desde el inicio hasta ocurrir la muerte para las complicaciones obstétricas mayores, es de 12 horas, pero la excepción de esto es la hemorragia post parto, que puede matar a una mujer en menos de una hora, y está dentro de la primera causa de mortalidad materna en el país.

Sin embargo, la hemorragia, es una de las pocas complicaciones obstétricas mayores que se puede tratar con primeros auxilios, en una la atención calificada del parto.

Los riesgos de muerte se incrementan ante la falta de conocimientos sobre los posibles problemas que pueden presentarse durante el embarazo y parto, es decir, por la mala alimentación de la mujer durante su desarrollo y el ciclo reproductivo, por niveles bajos de instrucción, por falta de recursos económicos y un menor acceso a servicios, que en muchas ocasiones, dependen también de su poder de decisión. (Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009-2015).

3.1. Situación de la mortalidad y morbilidad materna- infantil en el departamento de La Paz- Bolivia

En el Departamento de La Paz, los casos de muertes maternas ocurren fundamentalmente en el momento del parto o cesárea 60% y un 30% acontece durante el embarazo y el restante 10%, en el postparto también, la mayor parte de las muertes maternas ocurren en el domicilio de las mujeres gestantes 57%. Cabe resaltar el alto porcentaje 12% de muertes que acontecen durante el traslado a los establecimientos de salud. Cuando se presentan complicaciones, las dificultades existentes para trasladar a las mujeres al establecimiento de salud más cercano son factores que ponen en riesgo sus vidas. De

acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENDSA el 2015, el 84% de las mujeres embarazadas en el Departamento de La Paz tuvo al menos un control prenatal y el 58% recibió atención de personal calificado en el parto. Como datos complementarios el 23% de las mujeres en edad fértil utiliza un método moderno de anticoncepción y se registró un 12% de embarazo adolescente.

El desafío institucional principal de las autoridades de la Gobernación, Municipios, y del personal de salud, consiste en extender las coberturas, mejorar la calidad de atención y la capacidad resolutoria de los servicios y los sistemas de referencia. Deben además asegurar el buen funcionamiento de la red de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia.

Las redes sociales y la comunidad a su vez deben garantizar una participación comprometida en la identificación oportuna de los signos de peligro y en los planes de acción para el traslado de mujeres que enfrentan complicaciones.

El 2011 murieron 200 mujeres. Algunos rasgos del perfil de las mujeres estudiadas que fallecieron en el Departamento de La Paz son:

- ✓ El 60% tenía menos de 6 años de escolaridad.
- ✓ El 8% no tenía hijos/as (posiblemente primer embarazo) y casi la mitad dejó de 3 a 4 hijos en orfandad materna.
- ✓ El 37% pertenecía al grupo etéreo de 35 a 39 años.
- ✓ Las hemorragias constituyen la primera causa de las muertes maternas en La Paz (55%), seguida por causas externas (20%), aborto e infecciones. (Estudio de la maternidad, Bolivia:21: 2015).

La estimación del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) fue elaborada con base en parámetros de la OMS, que explican que cerca del 10% de los habitantes tiene algún grado de discapacidad. El porcentaje proyectado en la población infantil del país implica que el 2010, habían 441.000 niños, niñas y adolescentes con algún tipo de discapacidad física, mental o sensorial”.

El estudio post censal de 2011 determinó que ese año 538 mujeres habían muerto durante el embarazo, parto o post parto. La tasa de mortalidad materna en Bolivia es de 160 por 100 mil nacidos vivos. La principal causa de la muerte materna son las hemorragias.

La problemática de la discapacidad en niños, niñas y adolescentes es una de las áreas menos estudiadas en Bolivia, encontrándose vacíos en cuanto a la disponibilidad de

Información estadística para dimensionar su importancia, UNICEF también informó que la situación de discapacidad se agudiza en los grupos más deprimidos por su condición de pobreza y riesgo al que están expuestos. "Se puede estimar que al menos 310.000 menores de 14 años, que viven en la pobreza y con discapacidad, se encuentran en condiciones desfavorables para lograr su desarrollo". Por ello, recomienda planificar la asignación de recursos a programas que mejoren la calidad de vida y den más oportunidades. (La Razón 1 de julio 2013 – La Paz).

"La gran mayoría de gestaciones y nacimientos en Bolivia ocurren sin problemas, sin embargo, de cada 100 bebés 7 nacen con alguna deficiencia o discapacidad", informó el director ejecutivo nacional del Programa Prenatal Bolivia, firmando un convenio con el director del Servicio Departamental de Salud (SEDES). El convenio en el que la organización Prenatal se compromete a capacitar al personal de salud, a nivel Bolivia, para prevenir las discapacidades durante el embarazo.

Dicho Programa informó que el número de niños y niñas con discapacidades, es aún mucho mayor, si además de las deficiencias visibles, se toma en cuenta a los bebés que recién revelan su discapacidad después de algunos años, incluso en la adolescencia cuando presentan dificultades de aprendizaje. "Sin embargo muchas de las deficiencias y discapacidades pueden prevenirse, un nacimiento saludable depende de la salud integral de la mujer antes del embarazo, y ese es el punto de partida para iniciar la prevención de discapacidades", expresó la autoridad, a tiempo de lamentar que la mitad de los embarazos sean accidentales, sin preparación y frecuentemente no deseados. "Además, durante el embarazo existen otros riesgos que amenazan al bebé antes de nacer, y deben ser identificados para prevenirlos". En frente a este problema que se propone trabajar en prevención desde un enfoque integral con el programa Pre Natal, "Prevención de Discapacidades"; para abordar el tema se plantea generar una cultura de prevención prenatal de discapacidades.

De acuerdo a los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), actualmente viven en América Latina y el Caribe aproximadamente 140 millones de personas con discapacidades. Se estima que el 40% de las discapacidades se originan durante el periodo prenatal o en el momento del nacimiento. 2017.

Así mismo, la incidencia del síndrome de Down en el ámbito mundial es de entre 1 cada 1000 y 1 cada 1100 recién nacidos. Cada año nacen entre 3000 a 5000 niños con este desorden, de acuerdo con estadísticas de la OMS publicadas en 2016. "Se comprende que la prevención no es el resultado de la participación de un solo actor dentro

de una institución o programa, sino el esfuerzo articulado de un grupo o equipo que hace suyo un enfoque de trabajo preventivo. Este enfoque integra a la cotidianidad la práctica de profesionales y trabajadores de la salud, educación y agentes de desarrollo comunitario", indicó el director de Pre Natal. Por su parte, el director del Sedes indicó que la calificación que se efectuó a las personas con discapacidad en Bolivia demostró que existe una alta prevalencia de situaciones que afectan a la población para que tengan discapacidades; también un estudio mostró que otra de las principales causas es la contaminación por poli metales. "Lo importante es enfocarse en los factores de prevención, principalmente en las mujeres gestantes, antes, durante y después el parto y en los niños durante sus primeras etapas de la vida". Es así que con la firma del convenio, el personal en salud dependiente del Sedes y otros sectores de la población, recibirán capacitación, con el fin de disminuir los índices de discapacidad en niños y niñas, y mejorar la calidad de vida de la ciudadanía. (Fundación de Wall- Prenatal y Ministerio de Salud, Enero 2013).

3.2. Bolivia declara el 2018 como año de la vigilancia de la muerte materna y lanza el sistema informático de perinatal plus

La Paz, 28 de mayo de 2018 (OPS/OMS)- El Ministerio de Salud, a tiempo de declarar el 2018 como el año de la Vigilancia de la Mortalidad Materna y Neonatal, lanzó en el país el Sistema Informático Perinatal Plus (SIP Plus), colocando a Bolivia entre los países de vanguardia en el uso de la tecnología para el registro de información sobre la salud de la madre y el niño, el monitoreo de indicadores de salud sexual y reproductiva y como parte de la estrategia de reducción acelerada de la muerte materna.

La entrada en vigencia del SIP Plus se constituye en uno de los esfuerzos del Ministerio de Salud boliviano por mejorar la salud del binomio madre –niño. La razón de la mortalidad materna en Bolivia es de 160 por 100 mil nacidos vivos, según el estudio nacional post censal de 2011, aunque en algunos documentos figuran 240 por 100.000 nacidos vivos.

“Bolivia se moderniza e ingresa a un sistema informático que mejorará la calidad del dato, la generación de evidencias, que permitirá mejorar las estrategias y las políticas de salud de la madre, la mujer y los recién nacidos” Según la explicación del Coordinador del Servicio Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SIP) del Ministerio de Salud.

El SIP Plus aunque tiene datos estándares que usan todos los países de la región, es una

herramienta que incorpora variables propias del país, constituyendo su uso exclusivo para Bolivia. La autoridad explicó que la herramienta informática fue sometida a ejercicios que garanticen su funcionamiento y la mantención de la seguridad y calidad del dato que guardará. Los reportes que se extraigan de él, serán parte del expediente clínico de las personas y tendrá enorme utilidad para las actuales y futuras políticas públicas de salud del país.

Un último informe de Naciones Unidas muestra que once países de América latina y el Caribe han logrado avances significativos en la reducción de las muertes de mujeres durante el embarazo, parto y postparto entre 1990 y 2013. Sin embargo, los países deberán hacer muchos más esfuerzos para cumplir con la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que convoca a reducir en un 75% la tasa de la mortalidad materna. En Bolivia el estudio post censal de 2011 determinó que ese año 538 mujeres habían muerto durante el embarazo, parto o post parto. La Razón de Muerte Materna en Bolivia es de 160 por 100 mil nacidos vivos, siendo la principal causa de las muertes maternas las hemorragias. (Ministerio de salud, Gaceta oficial 2011).

CAPITULO IV

MARCO INSTITUCIONAL

4.1. Caja Nacional de Salud

La historia del Seguro Social se remite al 7 de diciembre de 1926, fecha en la que se creó el Fondo de Jubilaciones para el Sector Bancario. Con el Decreto Supremo del 22 de mayo de 1935, se originó la Caja del Seguro y Ahorro Obrero, que dio lugar a que en 1939 se promulguen varias normas de protección al trabajador, esclareciendo y regulando las normas obrero patronales, de donde emergen las fuerzas del capital y el trabajo.

A ese conjunto de normas se denominó Ley General del Trabajo. Posteriormente, el 23 de diciembre de 1949 se promulga la Ley del Seguro Social General con una normativa del 15 de noviembre de 1950 que atiende los riesgos profesionales. Un año después se pone en aplicación el Decreto Ley del Seguro Social Obligatorio. Sin embargo, la Seguridad Social como disciplina nueva se aplica recién a partir del 14 de diciembre de 1956, a través de la promulgación del Código de Seguridad Social. En Cochabamba, el 1 de marzo de 1956 se inauguraron los servicios del Seguro de la Caja Nacional de Seguridad Social, nombre que se conservó hasta el año 1987, cuando se la denominó Caja Nacional de Salud.

Actualmente, la Caja es una institución pública, descentralizada y con autonomía de gestión, de ámbito nacional con administraciones regionales, agencias distritales, con un sistema de administración desconcentrada, que se financia con recursos propios, provenientes de aportes patronales del sector público y privado.

Las actividades de la CNS están dirigidas a recuperar, mantener y mejorar el estado de salud de la población asegurada a través de la otorgación de prestaciones económicas (subsídios de incapacidad temporal) y en especie (provisión de servicios médico Médico quirúrgicos de primer, segundo y tercer nivel), bajo regímenes de enfermedad, maternidad y riesgo profesional de corto plazo. Esta institución se diferencia del resto de los seguros por la experiencia y por ser un seguro solidario, que permite a la población de escasos recursos económicos acceder a un seguro con todas las prestaciones desde consultas médicas hasta cirugías especializadas.

El Artículo 45 de la Constitución Política del Estado, establece que la seguridad social tiene como parte de su base filosófica, los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y

eficacia. Su dirección y administración corresponden al Estado, con control y participación social

El Artículo 1 de la Ley de 14 de diciembre de 1956, determina que el Código de Seguridad Social, es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

El Artículo 169 de la citada norma, señala que la Caja Nacional de Seguridad Social, actualmente Caja Nacional de Salud, es una institución de derecho público, con personería jurídica y autonomía de gestión.

El Artículo 15 del Decreto Supremo N° 28719 de 17 de mayo de 2006, elevado a rango de Ley N° 006 de 1 de mayo de 2010, establece que el Directorio tiene como atribución fiscalizar el cumplimiento por parte de la Caja Nacional de Salud de las políticas establecidas por el Gobierno Nacional en materia de Seguridad Social para el otorgamiento de prestaciones a corto plazo.

4.2. Funciones de la Caja Nacional de Salud

- Optimizar la gestión de recursos humanos asignando y utilizando personal médico, paramédico, administrativo y de servicios en función de parámetros e indicadores estándar. Remodelar y construir hospitales además de policlínicos, de acuerdo al crecimiento de la demanda de los asegurados.
- Brindar atenciones en salud de calidad a la población asegurada con la implementación de planes, programas y control de calidad.
- Lograr el equilibrio financiero, incrementando los ingresos y optimizando el gasto.
- Incrementar la población cubierta y disminuir el nivel de desafiliaciones.
- Refuncionalizar el modelo de atención en salud (Medicina Familiar y Comunitaria) hasta alcanzar niveles óptimos de eficacia, eficiencia y economía.
- Implementar por fases, un modelo de administración con desconcentración administrativa, financiera y técnica.
- Proveer a los centros médicos de manera oportuna, suficientes medicamentos, insumos, materiales y equipo médico.
- Mejorar los índices de productividad y rendimiento (salud y administración) hasta cubrir la demanda insatisfecha.

4.3. Misión de la Caja Nacional de Salud

La misión de la Caja Nacional de Salud a través de sus Administraciones Regionales y Agencias Distritales es brindar protección integral en el campo de la salud a toda su población protegida, como parte activa y componente de la población boliviana.

Se rige por los principios de Universalidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Economía, Oportunidad y Eficacia en el otorgamiento de las prestaciones de salud, optimizando el uso de recursos y buscando ampliar el nivel de cobertura.

4.4. Visión de la Caja Nacional de Salud

La Caja Nacional de Salud busca mantener el liderazgo nacional en la provisión de seguros de corto plazo, con efectividad, equidad y calidad probada.

4.5. Objetivos institucionales de la Caja Nacional de Salud

La Caja Nacional de Salud a lo largo de su vida institucional ha enfrentado una serie de problemas, muchos de cuales debido a problemas de gestión, por lo que elaboró un plan de reestructuración, en vigencia.

A partir de la reestructuración de la Caja Nacional de Salud se plantea los siguientes objetivos:

- Optimizar la gestión de recursos humanos asignando y utilizando personal médico, paramédico, administrativos y de servicios en función de parámetros e indicadores estándar. Remodelar, re dimensionar y construir hospitales además de policlínicos, de acuerdo al crecimiento de la demanda.
- Brindar atenciones en salud con calidad a la población asegurada, a través de la implementación de planes, programas y control de calidad.
- Lograr el equilibrio financiero, incrementando los ingresos y optimizando el gasto.
- Incrementar la población cubierta y disminuir el nivel de desafiliaciones.
- Mejorar la funcionalidad del modelo de atención en salud (Medicina Familiar y Comunitaria) hasta alcanzar niveles óptimos de eficacia, eficiencia y economía. Implementar por fases, el modelo de administración con desconcentración administrativa, financiera y técnica.
- Proveer a los centros médicos de manera oportuna, suficientes medicamentos, insumos, materiales y equipo médico.
- Mejorar los índices de productividad y rendimiento (salud y administración) hasta

cubrir la demanda insatisfecha.

4.6. Fundación del policlínico 9 de abril dependiente de la CNS

El Policlínico 9 de abril, fue fundado el 20 de octubre de 1954 e inició operaciones en el año 1956 para satisfacer las necesidades sentidas y percibidas de la población asegurada de la ciudad de La Paz.

4.7. Características del policlínico 9 de abril

El Policlínico 9 de Abril se caracteriza por brindar atención de primer nivel basado en el Código de Seguridad Social, a personas afiliadas de los sectores Pasivo, Administración Pública, Privada, Gobierno Autónomo Municipal, Caja Nacional de Salud, Policía Nacional, Sector Servicios, Magisterio, Fabriles y Obreros, brindando atención en salud a nivel familiar.

Entre los Policlínicos de las Ciudad de La Paz, el que cuenta con mayor número de pacientes es el 9 de abril con un numero de 86.588 personas afiliadas, es por ello que se tuvo que reforzar las posibilidades de atención, creando dos consultorios denominados “prisa”, donde se atiende a las personas que no logran conseguir cita en sus consultorios familiares y también atenciones en domicilio a pacientes con dificultades de movilización, las que se coordinan entre los médicos familiares y la Unidad de Trabajo Social.

4.8. Personal del policlínico 9 de abril

El policlínico 9 de abril cuenta con el siguiente personal:

Personal de planta	Numero
Médicos	39
Odontólogos	8
Farmacéuticos	5
Bioquímicos	5
Nutricionistas	1
Trabajadoras sociales	2
Técnicos de sistemas	6

Licenciadas en enfermería	6
Auxiliares de enfermería	53
Administrativos	17
Manuales	6
Personal a contrato	35
TOTAL	183

4.9. Programas del policlínico 9 de abril

Los programas de salud que desarrolla tienen como base el modelo de atención integral del Ministerio de salud y deportes, que son:

- Programa nacional inmunizaciones
- Programa multisectorial- desnutrición cero
- Programa nacional de rabia
- Programa nacional de salud oral
- Programa nacional ITS-VIH-SIDA
- Programa nacional control de tuberculosis
- Programa nacional salud mental
- Programa nacional salud sexual y reproductiva
- Programa nacional de enfermedades prevalentes, no transmisibles
- Programa nacional de prevención de enfermedades renales
- Programa nacional de cáncer

4.10. Funciones de trabajo social en el Policlínico 9 de abril

4.10.1. Asistencia Social

Función orientada a la atención de problemas socio-familiares, asociados al de salud que presentan los asegurados, situaciones conflictivas que afectan las esferas, psicológica, familiar, social, grupal, organizacional, en las que interviene desarrollando una metodología de intervención individualizada y familiar, con fases de diagnóstico, y tratamiento social.

La función de asistencia social profesional es así un medio para crear condiciones necesarias para el acceso y uso de bienes y servicios como parte de derechos sociales elementales.

Las actividades que hacen parte de dicha función son:

- a) Identificar y evaluar necesidades y demandas sociales de nivel individual o colectivo
- b) Diseñar y aplicar metodología de intervención social para atención individualizada y familiar, que muchas veces requieren de la realización de visitas domiciliarias.
- c) Realizar orientación social y tratamientos sociales de diversa profundidad según situación problema.
- d) Aplicar procesos de orientación, consejería o mediación.

4.10.2. Investigación Social

La investigación en Trabajo Social es esencialmente una investigación aplicada. Es una función asumida en tanto proceso que permite el acceso y producción de conocimientos relativo al objeto disciplinario: el problema social.

La investigación es la función que permite conocer, pero conocer lo posible o lo diverso y el conocer posible de lo trascendental por ello puede tener fines teóricos, metodológicos, políticos y prácticos.

Para su concretización se realizan actividades de:

- ✓ Diseño de proyectos de investigación social
- ✓ Identificación de demandas y necesidades sociales
- ✓ Elaboración de diagnósticos sociales, individuales, sociales y grupales.
- ✓ Desarrollo de procesos de sistematización de experiencias
- ✓ Difusión de los resultados de la labor investigativa
- ✓ Diseño y manejo de sistemas de información, registro, seguimiento, evaluación
- ✓ Investigación de riesgos extraordinarios

4.10.3. Gestión Social

La gestión social es comprendida bajo la concepción predominante de la administración, como una función que involucra todo el proceso administrativo: planificación, organización, dirección y control.

El ámbito de incidencia tiene que ver con: La administración de los servicios sociales, la gestión de las políticas sociales, de procesos específicos, programas y servicio sociales.

Es importante relieves que la gestión social, si bien se alimenta de la ciencia administrativa, recupera o intenta, por lo menos, recuperar tres dimensiones de trascendencia: La dirección de los procesos, El control de los medios, La centralidad de lo social.

Son actividades de esta función:

- ✓ La planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de programas, POAS y proyectos sociales,
- ✓ Implementación, difusión y aplicación de las políticas sociales nacionales departamentales, municipales e institucionales
- ✓ Ejecuta y evalúa planes, programas y proyectos de desarrollo social acorde con las necesidades de la población usuaria.
- ✓ Coordinación permanente con todos los integrantes del equipo interdisciplinario del policlínico.

4.10.4. Educación Social

Es el proceso de enseñar y aprender, en el que participan personas, grupos, familias, comunidades, organizaciones y otros, bajo modalidades activo participativas que partiendo de sus propias necesidades, expectativas, experiencias y realidades, promueven procesos educativos que tienen incidencia directa en la conciencia y en el comportamiento de las personas con relación a asuntos y fines de interés social, colectivos

La educación social tiene una perspectiva integradora que permite que la acción educativa se desarrolle, bajo sistemas no formales, apropiados, innovadores, creativos y adecuados a las realidades particulares de los sujetos de la educación.

Sus actividades son:

- ✓ Planifica, organiza, ejecuta, dirige y evalúa actividades y procesos educativos de diversa profundidad.
- ✓ Implementa, procesos educativos a nivel individualizado, familiar, grupal, y comunitario.
- ✓ Educa y orienta a los sujetos sociales respondiendo a sus intereses y necesidades.
- ✓ Facilita procesos reflexivos grupales y comunitarios.
- ✓ Desarrolla procesos de capacitación.
- ✓ Diseña y elabora material educativo en salud.
- ✓ Participa en la selección de temas educativos adecuados a la población y

problemática.

- ✓ Orienta a la población asegurada sobre derechos y obligaciones respecto al código de Seguridad Social
- ✓ Conformar grupos de autoayuda según programas de salud comunes (diabéticos, tercera edad y embarazadas)

Promoción Social

La promoción social es el proceso mediante el cual se intenta movilizar y tensionar las fuerzas sociales existentes en función de intereses y fines sociales específicos de beneficio para un conjunto social determinado, a fin de lograr su participación en procesos sociales concretos.

La promoción social contribuye directamente a crear conciencia pública y capacidad de reconocimiento legitimado de problemas colectivos, para que los diferentes actores de la sociedad los reconozcan como tales y los asuman.

Son sus actividades:

- ✓ Diseñar y desarrollar procesos de información y comunicación.
- ✓ Elaborar material de difusión sobre temas de interés de los asegurados.
- ✓ Promueve procesos de comunicación e información sobre problemas colectivos.
- ✓ Motiva a grupos y comunidades para su involucramiento en procesos sociales
- ✓ Diseña estrategias de participación social y colectiva en respuesta a problemas comunes.

Organización Social

Constituye el conjunto de procedimientos que permiten nuclear y potenciar las acciones colectivas en función de intereses y fines sociales colectivos.

La organización permite la estructuración de la trama de relaciones internas, para la consecución de determinados fines sociales colectivos, el potenciamiento de la responsabilidad social compartida, las bases cooperantes y solidarias que permite actuar al conjunto social, en forma unitaria.

- ✓ Promueve la formación de equipos de atención en salud comunitaria.
- ✓ Facilita procesos de participación.

CAPITULO V

MARCO LEGAL

5.1. Constitución Política del Estado

La Constitución Política Del Estado se considera la ley de leyes, ya que todas las normativas parten de ella. Focaliza aspectos en el ámbito de salud, en la Sección II: Derecho a la Salud y a la Seguridad Social.

Artículo 35. I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones, pueblos indígenas y originario campesinos.

Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera.

Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. **Artículo 42.**

I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos. II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

Artículo 45. I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social. II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, Integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social. III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales. IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo. V. Las mujeres

tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección durante el embarazo, parto y en los periodos prenatales y posnatal. VI. Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados. (CPE, 2009)

5.2. Ley SAFCI

La Ley No 3351 de 21 febrero de 2006, de Organización del Poder Ejecutivo establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, respecto a la formulación, desarrollo, supervisión y evaluación de la implementación del modelo sanitario.

Modelo Sanitario de Salud, coherente con la realidad socio económico cultural de la Población boliviana, desarrolla sus acciones en el marco de la justicia, en la búsqueda de equidad, fortaleciendo las capacidades de los actores sociales en cuanto a la toma de decisiones sobre las acciones de salud, e impulsando procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras)

La ley SAFCI incorporando al conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, a nivel Nacional, Departamental, Municipal y Local; reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social, involucrando al Sistema Público, Seguro Social de Corto Plazo, Iglesias, instituciones privadas con y sin fines de lucro y la medicina tradicional.

El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

Se basa en los principios:

5.3. Participación Comunitaria

Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo

integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

Inter sectorialidad: Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

Interculturalidad: Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir Del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.

Integralidad: Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

Es la estrategia de implementación del Modelo SAFCI como un proceso político de movilización social continua, por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales, facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general.

Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales.

Para alcanzar la cobertura de Seguridad Social a la población, se requiere de una afiliación que constituye el proceso de registro de los ciudadanos a los Seguros Públicos de salud, siendo ésta responsabilidad de los Gobiernos Municipales, como componente de la planificación y del desarrollo humano sostenible para el Vivir Bien.

La reglamentación, tanto del proceso de afiliación como de la aplicación de su sistema integrado de información, será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

Son instrumentos del SAFCI:

La Carpeta Familiar que constituye el instrumento esencial para la aplicación de dicho Modelo de atención, para establecer las determinantes de la salud de las familias y

comunidades, realizar el seguimiento de su estado de salud y garantizar el ejercicio de su derecho a la salud.

La Historia Clínica que es parte de los registros médicos que contiene la Carpeta Familiar, debe ser administrada bajo la responsabilidad del personal de salud como parte del proceso de afiliación a los Seguros Públicos de Salud.

La reglamentación de la implementación de la Carpeta Familiar será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

La Seguridad social de corto plazo que administran las Cajas de Salud, deben adecuar su atención al Modelo Sanitario SAFCI, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (SAFCI, 2013)

5.4. Ley General del Trabajo en Maternidad

La ley 975 – Ley del Trabajo, con relación al embarazo, parto y puerperio nos señala en el Art. 2 que la mujer embarazada en un puesto de trabajo que implique algún esfuerzo que afecte su salud, merecerá un trato especial que le permita desarrollar sus actividades en condiciones adecuadas, sin afectar su nivel salarial ni su condición. Gozará de subsidio de incapacidad temporal, es decir el 90% de su salario mensual, baja médica por 45 días antes y 45 días después del parto.

Después del nacimiento de los hijos dispone que la mujer durante el periodo de lactancia tendrá pequeños periodos de lactancia al día, no inferiores en total a una hora, así también permite que las mamás lleven a sus bebés a las fuentes de trabajo durante los 6 primeros meses de vida.

Los padres que trabajen ya sea en una empresa pública o privada tienen derecho a gozar tres días de permiso sin descuentos algunos en su salario, por licencia de paternidad, con la presentación del certificado correspondiente.

Toda mujer en periodo de gestación hasta un año posterior al nacimiento del hijo goza de inamovilidad en su puesto de trabajo, tanto en instituciones públicas como privadas, así también rige para progenitores varones, desde el momento de gestación hasta que su hijo cumpla un año.

5.5. Código de Seguridad Social

El Código es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

Se caracteriza por la incorporación definitiva de la técnica y la ciencia de la Seguridad Social a la legislación del Estado Plurinacional de Bolivia, con bases, acciones y principios que luego se recogen en la Constitución Política del Estado.

Esta nueva disposición, en el campo de aplicación laboral, incorpora el principio de integridad en el campo de aplicación de personas protegidas y prestaciones, el principio de Solidaridad en el campo de aplicación económica que establece igualdad de prima y prestaciones.

El Código regula las prestaciones del Seguro Social Obligatorio y las Asignaciones Familiares. El Seguro Social Obligatorio comprende los Seguros de Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez y Muerte, n tanto que las Asignaciones Familiares a los Subsidios Matrimonial, de Natalidad, de Lactancia, Familiar y de Sepelio.

El Código de Seguridad Social dentro del campo jurídico administrativo establece los derechos y obligaciones de los empleadores y asegurados relacionados con la inscripción patronal y laboral en las instituciones gestoras, el pago de cotizaciones. Dispone que las prestaciones sean inembargables, irrenunciables e intransferibles y están exentas del pago de impuestos a la renta. (Código de seguridad social, 2007)

5.6. Seguro Social a Corto Plazo

El Seguro Social a corto plazo correspondiente a la Caja Nacional de Salud, es el seguro que gestiona las contingencias inmediatas de la vida y del trabajo, así mismo, tiene la responsabilidad de atender la salud de los afiliados, comprende los Seguros de Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez y Muerte. Las Asignaciones Familiares como son los Subsidios Matrimonial, de Natalidad, de Lactancia, Familiar y de Sepelio. (Código de seguridad social, 2007)

5.7. Seguro de Maternidad

Se considera un derecho de la mujer trabajadora o conviviente a constituirse en beneficiaria, y adquirir el derecho a beneficios que contemplan su atención de salud,

asignaciones familiares, también el cumplimiento del subsidio prenatal, controles prenatales, lactancia, así también la trabajadora goza de subsidio de incapacidad temporal. Desde la reestructuración de la Caja Nacional de Salud el seguro social a corto plazo se tiene segura la maternidad: Es un derecho que tiene la mujer trabajadora, la esposa o conviviente del asegurado activo o rentista, a recibir servicios médicos quirúrgicos de consulta externa y hospitalización para la gestante así también el suministro de medicamentos en los periodos de: gestación, parto y puerperio. La trabajadora gestante goza del subsidio de incapacidad temporal equivalente al 90% de su salario cotizante mensual así también la baja pre parto 45 días antes y 45 días después del parto y se considera como baja por maternidad.

El subsidio de lactancia y prenatal son las asignaciones familiares que se le dan a toda madre gestante y que se encuentra en planillas de una empresa. También corresponde a todo empleado cuya esposa esté por tener un bebé. El empleador debe pagar 1 salario mínimo nacional desde el 5to mes de embarazo y luego del nacimiento durante 12 meses. En el momento del nacimiento también debe pagar un sueldo mínimo por concepto de Subsidio de Natalidad de hijo/a nacido vivo. y, si ocurre la muerte del niño por concepto de Subsidio de Sepelio (que es por hijo/a fallecido menor a 18 años).

De acuerdo a la Resolución Ministerial 896, emitida por el Ministerio de Salud, a partir del 01 de Octubre, el nuevo monto para las asignaciones familiares (subsídios) es de Bs. 1.656. (Código de seguridad social, 2007)

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DIAGNOSTICA

Como se indicó en el capítulo I, se realizaron entrevistas estructuradas y encuestas a 63 mujeres gestantes que recibieron atención pre- natal en el Policlínico 9 de abril de la Caja Nacional de Salud, en los meses de junio- julio del año 2016. A través de las que se obtuvo la siguiente información:

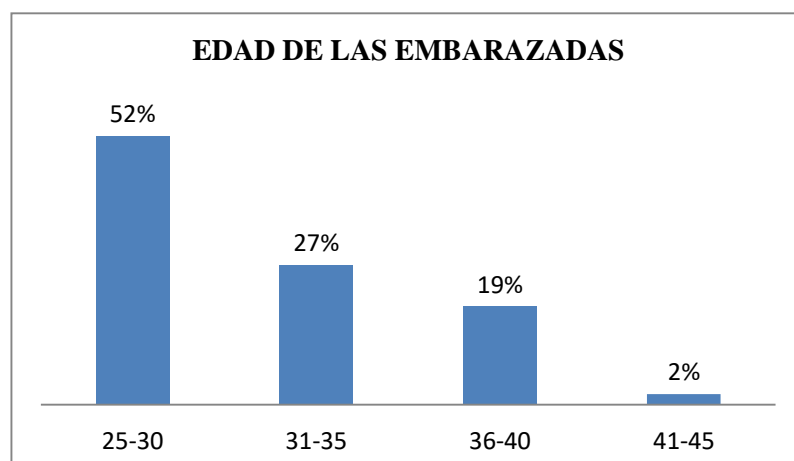
Edad de las embarazadas atendidas en el Policlínico 9 de abril de la Caja Nacional de Salud

TABLA 1: Distribución de las entrevistadas por edad

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
25-30	33	52%
31-35	17	27%
36-40	12	19%
41-45	1	2%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a embarazadas Del “Policlínico 9 de Abril” Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 1:



En el presente grafico se puede evidenciar que el 52% de las embarazadas están comprendidas entre las edades de 25 y 30 años, 27% entre las edades de 31- 35 años, 19% entre 36-40 años y un 2% entre 41 a 45. Se considera la edad como una determinante importante para la prevención de riesgos en el embarazo, así la edad más segura estaría entre los 20 y 30 años, periodo de mayor capacidad biológica para llevar el embarazo durante el cual se obtienen los índices más altos de supervivencia y de bienestar para la madre y el bebe, lo que significa menos abortos y complicaciones subyacentes.

En mujeres mayores de 35 años existe más riesgos durante el embarazo por otras afecciones, como: pre eclampsia y eclampsia.

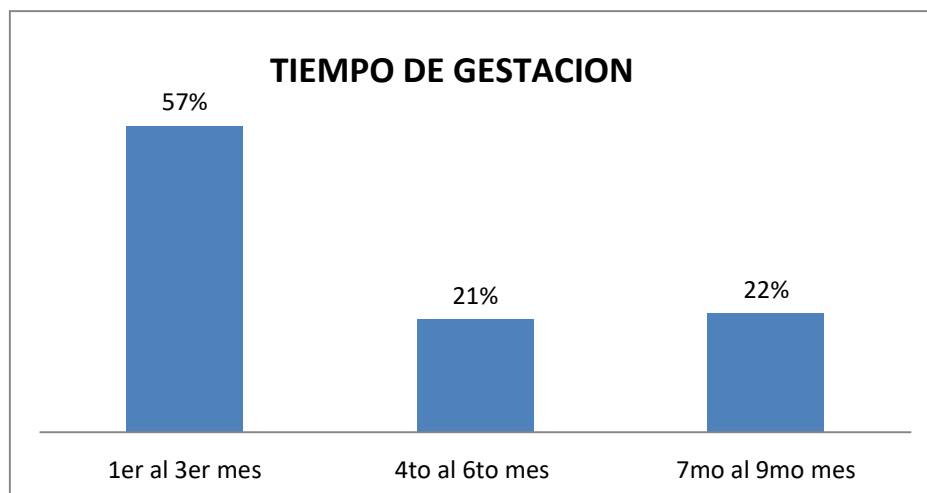
Tiempo de gestación de controles pre-natales de las embarazadas, atendidas en el Policlínico 9 de abril

TABLA 2: TIEMPO DE GESTACIÓN

TIEMPO DE GESTACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
1er al 3er mes	36	57%
4to al 6to mes	13	21%
7mo al 9mo mes	14	22%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a embarazadas Del “Policlínico 9 de Abril” Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 2



En el cuadro y gráfico, se puede observar que el 57% de las embarazadas se encuentran en el primer trimestre de la gestación, considerándose como el tiempo de mayor cuidado al feto, ya que entre las primeras semanas se puede generar malformaciones por factores externos como el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y la automedicación, el 21% que corresponde al 2do periodo de gestación donde se desarrolla el bebe y ya se puede saber su estado de salud, el 22% se presenta en el 3er trimestre tiempo en el que el bebé puede nacer desde el 7mo mes por complicaciones o a las 40 semanas cuando el embarazo ha completado su desarrollo.

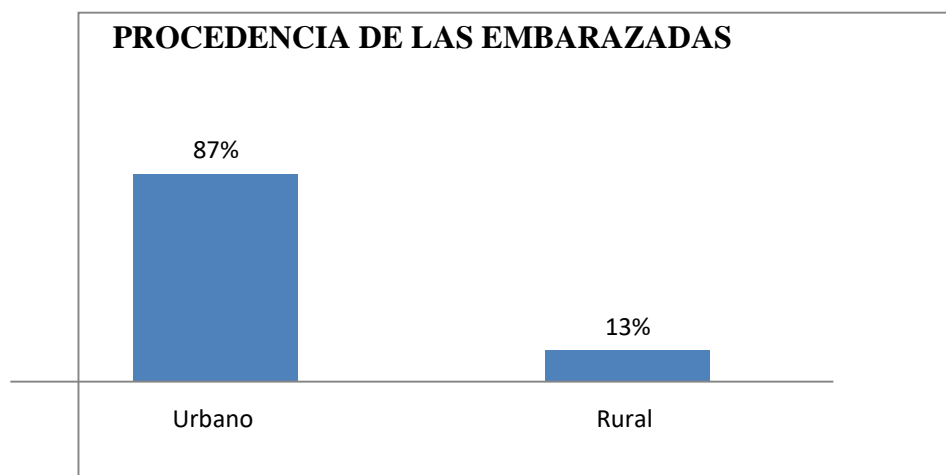
Procedencia de las embarazadas, atendidas en el Policlínico 9 de abril-CNS

CUADRO 3: PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
Urbano	55	87%
Rural	8	13%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a embarazadas Del "Policlínico 9 de Abril" Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 3



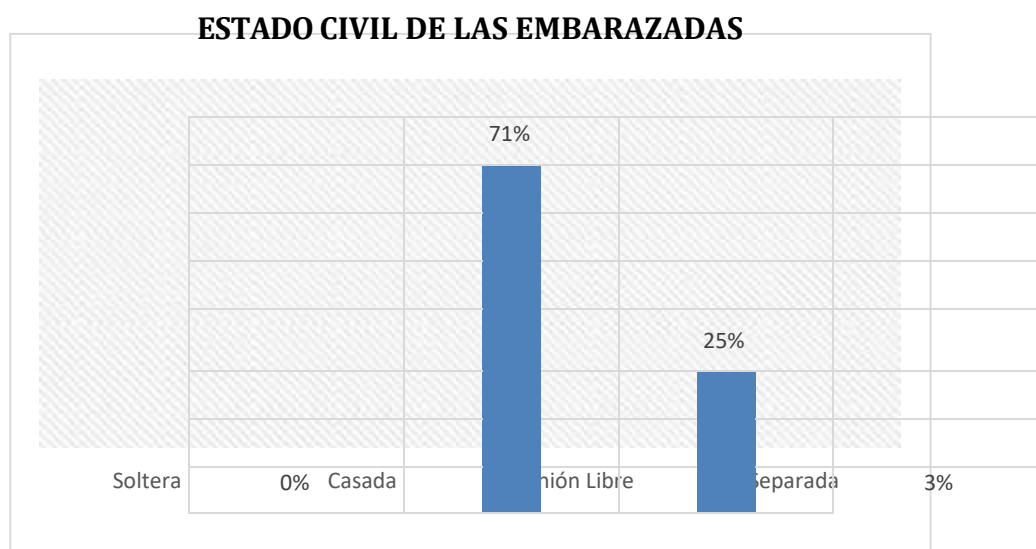
Se puede evidenciar que el 87% de las embarazadas provienen del área urbana, un 13% de viven en el área rural por razones laborales, este tipo de pacientes tienen asignado un consultorio específico en el policlínico 9 de abril, para usuarios pacientes que trabajan en el área rural, donde se da prioridad a la atención de embarazadas que mayormente son trabajadoras del magisterio con una permanencia temporal, según registro de la unidad de vigencia de derechos

Estado civil de las embarazadas atendidas en el Policlínico 9 de abril CNS CUADRO 4: ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE
Soltera	0	0%
Casada	45	71%
Unión Libre	16	25%
Separada	2	3%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a embarazadas Del "Policlínico 9 de Abril" Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 4



En el presente grafico se observa que el 71% de las embarazadas son casadas, el 25 % de las embarazadas tienen pareja en unión libre, y un 3% se encuentran separadas, no se registraron mujeres viudas o solteras. La mayoría de las embarazadas en estudio cuenta con el apoyo de la pareja en el transcurso del embarazo, dada la importancia que tiene el acompañamiento en esta etapa tanto para la madre como para el bebe, desde el momento de la concepción para el ejercicio de una paternidad responsable, algo que no es común en las parejas con síndrome de COVADE (ver página 65) que desarrollan los padres.

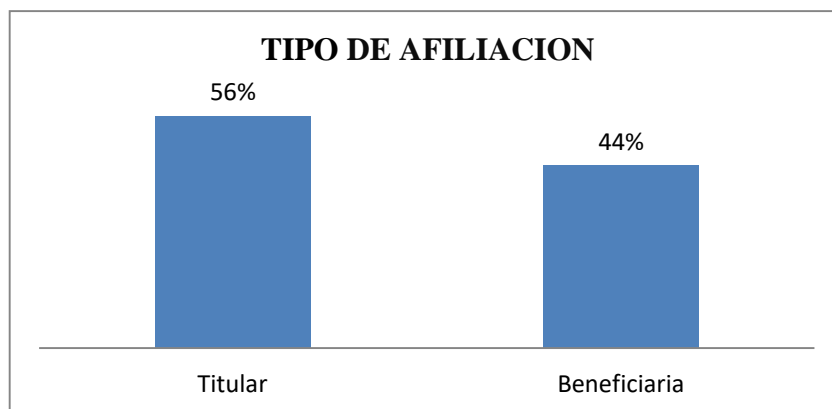
Tipo de afiliación de las embarazadas atendidas en el Policlínico 9 de abril

TABLA 5: TIPO DE AFILIACIÓN

TIPO DE AFILIACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Titular	39	56%
Beneficiaria	24	44%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a embarazadas Del “Policlínico 9 de Abril” Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 5



Mediante el presente grafico se puede identificar que 56% de las embarazadas están aseguradas a la CNS por su fuente de trabajo, dato muy importante en la investigación ya que se puede evidenciar la inclusión cada vez mayor de la mujer al mercado laboral, con el goce de todos los beneficios que le otorga el Código de Seguridad Social, los derechos y beneficios de la trabajadora como ser, bajas médicas antes y después del parto con goce de haberes, el subsidio pre natal y de lactancia, así también el Código del Trabajo señala que

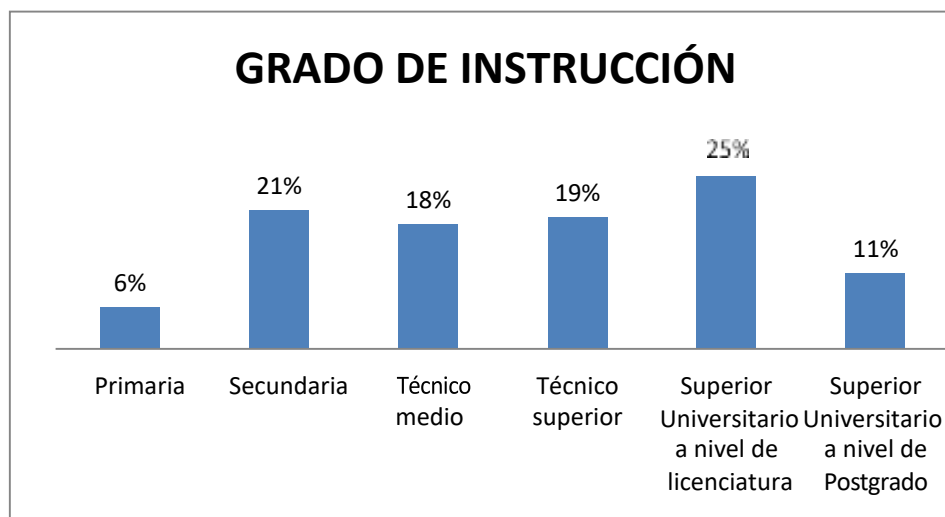
ninguna mujer en estado de embarazo y lactancia puede ser removida de su fuente laboral hasta que el niño cumpla 1 año. Un 44% de las embarazadas son beneficiarias del sistema de salud aseguradas a través del esposo, que también gozan de beneficios.

TABLA 6: GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Primaria	4	6%
Secundaria	16	21%
Técnico medio	11	18%
Técnico superior	12	19%
Superior Universitario a nivel de Licenciatura	13	25%
Superior Universitario a nivel de Postgrado	7	11%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a embarazadas Del "Policlínico 9 de Abril" Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 6



Mediante la recolección de información se obtuvo que el 25% de las embarazadas tiene grado de instrucción a nivel universitario y licenciatura, el 11% tiene nivel de post grado, el 19% técnico superior, el 21 % a nivel secundaria, un 18% técnico medio, y el 6% de las embarazadas solo estudio el nivel primario, de donde se concluye que la población de estudio tiene un buen nivel de preparación académica y aun así, sus conocimientos sobre embarazo, parto y puerperio no son los deseables.

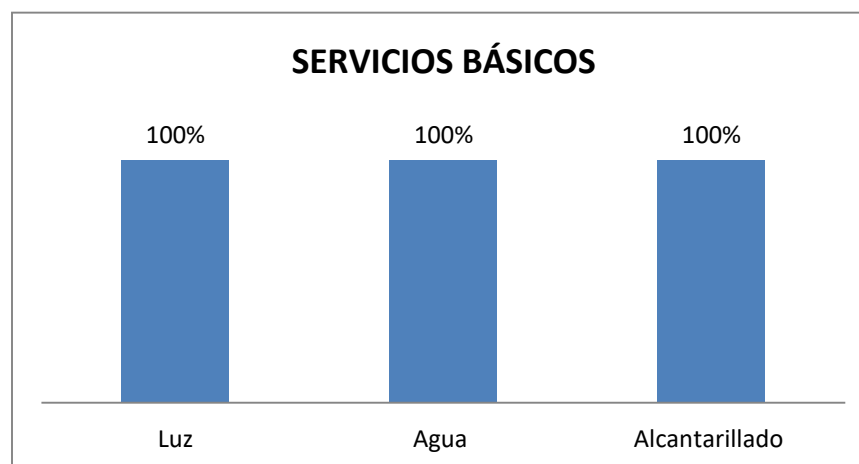
Acceso a los servicios básicos de las embarazadas atendidas en el policlínico 9 de abril

CUADRO 9: ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS

SERVICIOS BÁSICOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Luz	63	100 %
Agua	63	100 %
Alcantarillado	63	100 %
TOTAL	63	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a embarazadas Del “Policlínico 9 de Abril” Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 9:



En correlación con la tabla referida a grado de instrucción de las embarazadas, los subsiguientes gráficos dan como resultado que el 100% de las encuestadas cuentan con los servicios básicos en su vivienda, lo que significa que existirán menos posibilidades de enfermedad y riesgos en los niños por nacer, pues es sabido que los servicios básicos son

elementos que contribuyen para una buena salud de la madre y del niño.

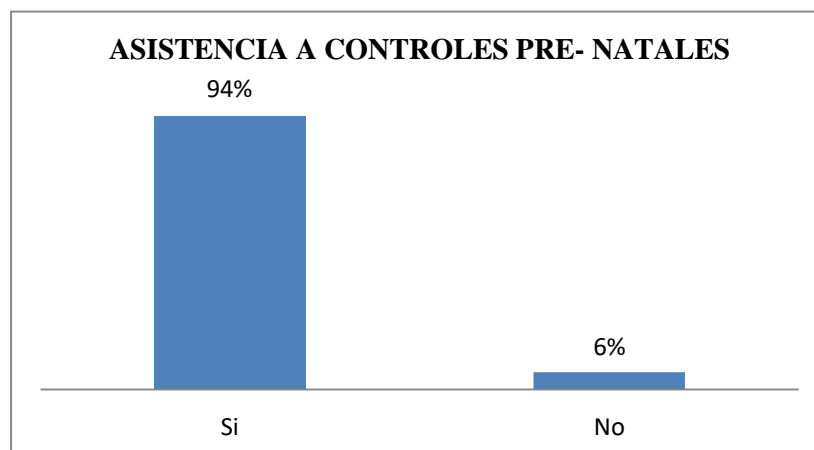
Asistencia a controles pre natales de embarazadas atendidas en el Policlínico 9 de abril

CUADRO 8: ASISTENCIA A CONTROLES PRE NATALES

ASISTENCIA A CONTROLES PRE NATALES	NÚMER O	PORCENTAJ E
Si	59	94%
No	4	6%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a embarazadas Del "Policlínico 9 de Abril" Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 8:



El gráfico muestra que un 94% de las embarazadas asisten de manera regular a sus controles pre natales desde el 1er o 2do mes de gestación, lo que tiene varias motivaciones tanto para la Institución como para las embarazadas.

Para el Policlínico llenar su cobertura de atención y a la vez cumplir su objetivo del control de la salud,

Para las madres asegurarse sobre el buen desarrollo de su embarazo, por otro lado cumplir con el requisito para obtener el beneficio del subsidio pre natal consistente en un paquete de

alimentos ricos en nutrientes para un buen desarrollo del embarazo distribuido por las empresas e instituciones privadas y del Estado.

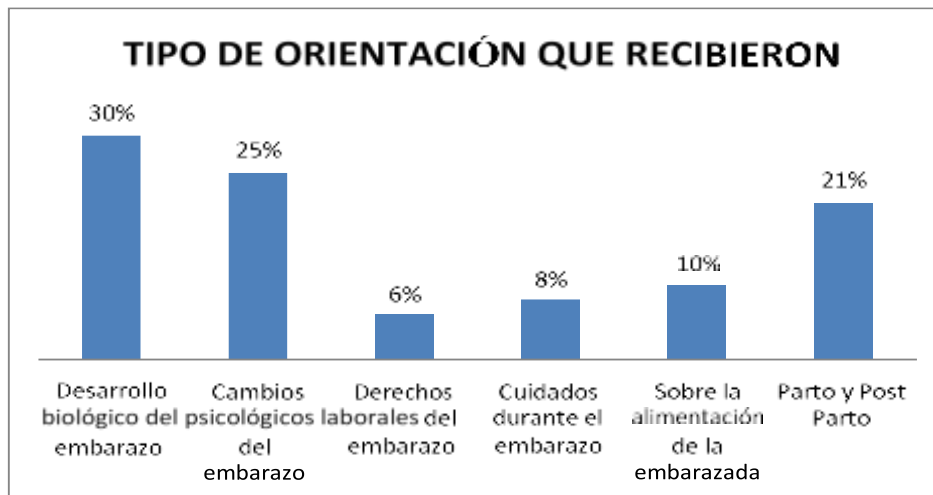
El 6% de las embarazadas señalan que no asistieron a sus controles por desconocimiento de su embarazo, pero que empezaran los controles cuando tengan la certeza del embarazo, este dato llama la atención porque se puede inferir que son los embarazos no planificados con riesgos para el feto.

Tipo de orientación que recibieron las embarazadas atendidas en el Policlínico 9 de abril

CUADRO 12: TIPO DE ORIENTACIÓN QUE RECIBIERON

TIPO DE ORIENTACIÓN QUE RECIBIERON	NÚMER O	PORCENTAJ E
Desarrollo biológico del embarazo	19	30%
Cambios psicológicos del embarazo	16	25%
Derechos laborales del embarazo	4	6%
Cuidados durante el embarazo	5	8%
Sobre la alimentación de la embarazada	6	10%
Parto y Post Parto	13	21%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a embarazadas Del "Policlínico 9 de Abril" Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 9:

En el grafico se puede ver que solo un 30% de las embarazadas ha centrado su orientación sobre el desarrollo biológico de su bebe, 25% señala haber identificado los cambios psicológicos, 21% conoce sobre el parto y post parto en la mayoría por experiencias de familiares o amistades, 10% sobre la alimentación en el embarazo, el 8% sobre algunos cuidados durante el embarazo y el 6% sobre derechos laborales en el embarazo. Llama la atención la falta de inquietud de las embarazadas para recibir mayor orientación respecto a su embarazo, lo que podría darse por varios factores como la escasa conciencia sobre los riesgos del embarazo para ellas o el feto por falta de conocimientos, en menor medida tal vez la timidez de las mujeres, el corto tiempo que duran las consultas médicas y otras atenciones, la falta de motivación del médico entre otros.

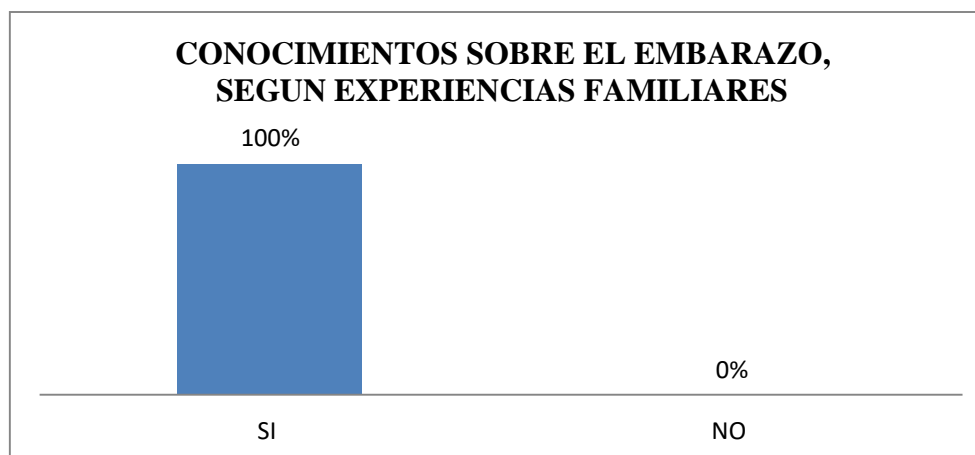
Conocimientos sobre el embarazo según experiencias familiares de las mujeres atendidas en el Policlínico 9 de abril

CUADRO 10: CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO SEGÚN EXPERIENCIAS FAMILIARES

CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO SEGÚN EXPERIENCIAS FAMILIARES	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	63	100%
NO	0	0%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a embarazadas Del "Policlínico 9 de Abril" Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 10:



En la aplicación de la encuesta resulta que un 100% de las embarazadas consideró de mucha importancia las experiencias y vivencias que tuvieron con mujeres de su entorno familiar como ser madre, hermanas, o amigas por los conocimientos que se transmiten de generación en generación, que en muchos casos son erróneos, cargados de mitos o hábitos no favorables para la conservación de la salud, pero nada les quita a las mujeres embarazadas más aún si serán madres por primera vez los sentimientos de incertidumbre y ambivalencia emocional en la mayoría de los casos, porque en su entorno experimentaron enfermedades que presentan los niños en la actualidad como el síndrome de Down.

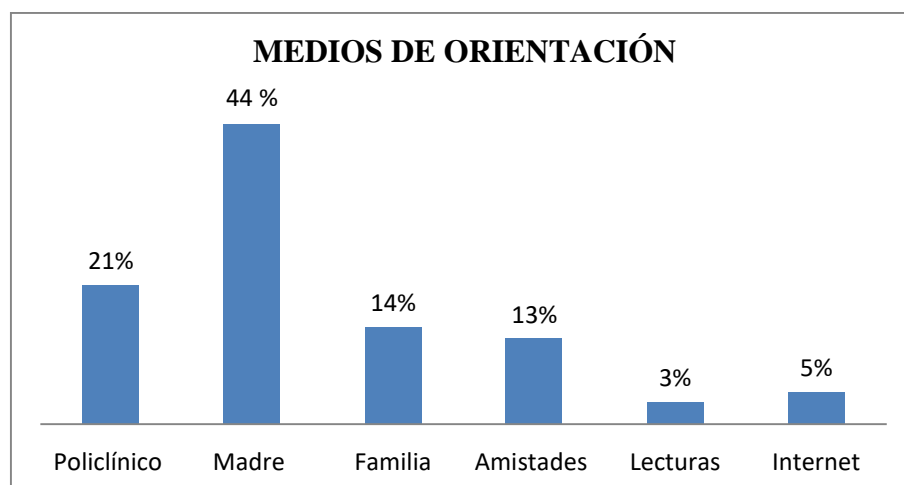
Medio por el cual reciben orientación las embarazadas atendidas en el Policlínico

CUADRO 11: MEDIOS DE ORIENTACIÓN

MEDIOS DE ORIENTACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Policlínico	13	21%
Madre	28	44%
Familia	9	14%
Amistades	8	13%
De revistas, periódicos, libros y lecturas	2	3%
Del internet	3	5%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a embarazadas Del “Policlínico 9 de Abril” Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 11:



Mediante la aplicación de la encuesta se pudo conocer que el 44% de las embarazadas acuden a sus madres para recibir orientación, el 14% a otros familiares, un 13% a sus amistades, es decir el medio de orientación de las embarazadas se centra en su entorno socio familiar, un 21% recibe orientación del médico familiar, un 5% del internet, y un 3% a través de la lectura, este dato contrasta con el nivel de instrucción que tienen las embarazadas resulta

contradictorio siendo que el 45% de las encuestadas tienen estudios superiores de donde se infiere que las mujeres con estudios tienen más posibilidades de informarse a través de la lectura.

RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL

Para profundizar sobre la formación de las embarazadas respecto al problema de investigación, se aplicó la técnica del grupo focal a un grupo de 5 mujeres, que asistían periódicamente a los controles pre natales.

Fue utilizada la técnica de grupo focal con el objetivo de lograr resultados que permitan ir más allá de la descripción del problema de investigación de los escasos conocimientos de las mujeres gestantes respecto a los riesgos y poder tener la explicación del problema.

PREGUNTA N° 1

¿Qué conocimientos tiene usted acerca de los cambios que se presentan en el embarazo?

Las respuestas son: que la mayoría reconoce que el cuerpo de la mujer empieza a cambiar, hay un aumento de peso progresivo y un crecimiento particular en los pechos, así mismo hay un cambio de humor constante que casi dura los nueve meses, algunas refieren que tienen mucho cansancio y fatiga, también manifiestan que es importante asistir a las consultas para saber más acerca de los bebés y los cuidados.

Todas las mujeres participantes, identifican aspectos biológicos del embarazo, no así psicológicos y sociales, que son tan importantes como los primeros para el futuro del feto y situación de la gestante.

PREGUNTA N° 2

¿Qué conocimientos tiene usted acerca del desarrollo gestacional?

Responden que conocen poco al respecto, cuando asisten a los controles pre natales el médico controla sus latidos, si el feto está acomodado y el peso, pero sobre el desarrollo morfológico del bebé muy poco, Más de una desearía saber que pasa cada mes con su bebé y el desarrollo de sus órganos.

Todas esperan que la información provenga de la institución de salud, pero ninguna afirma que busca la misma por sus propios medios en libros, internet y otras fuentes.

PREGUNTA Nª 3

¿Cuál fue la reacción de su pareja frente al embarazo?

Afirman que generalmente los esposos recibieron con alegría la noticia del embarazo y su grupo familiar también, algunas mujeres mencionan que para su esposo fue una sorpresa, pero admiten que se pusieron felices, otras que su pareja se comprometieron a “ayudar” durante el embarazo y la crianza del bebé.

Ante la pregunta de cómo les hace sentir esa actitud de su pareja, afirman que les da seguridad y un sentimiento de bienestar y confianza, más aún en los casos en que el embarazo no fue planeado y temieron que la noticia no tuviera buena acogida.

Opiniones que muestran factores psicológicos y emocionales del embarazo.

PREGUNTA Nª 4

¿Por qué medio obtiene información sobre el embarazo?

Las respuestas son: Mediante la orientación del médico para tener cuidados con mi embarazo, preguntar a mi madre, tías sobre las dudas que tengo, en menor medida buscar información a través del internet o en interacción con otras embarazadas.

Por las respuestas de las embarazadas se puede advertir que no tienen muchos conocimientos sobre el proceso gestacional, ni motivación o inquietud para incrementarlos, manifiestan que su control pre natal se reduce al control de peso, latidos del bebé y, si esta acomodado, sin duda será diferente para casos particulares, pero es importante que todas las embarazadas normalmente tengan clara la evolución de su gestación desde la perspectiva biopsicosocial, y conocimiento adecuado sobre el tipo de medicamentos que reciben y su finalidad para beneficio de la madre y él bebe como por ejemplo, el ácido fólico y el sulfato ferroso y sobre cualquier otro tipo de productos farmacéuticos que usen, lo que no puede ser orientado correctamente por sus madres u otras embarazadas, lo mismo respecto a la alimentación, es decir, los nutrientes y el consumo de drogas en general, bebidas en general gaseosas, alcohólicas y tabaco.

Síntesis diagnóstica

Una vez que se completó la investigación sobre el problema de los escasos conocimientos de las mujeres gestantes respecto a los riesgos biopsicosociales, es posible realizar una síntesis diagnóstica, que posibilite realizar la explicación del problema abordado, lo que permitirá pasar a la fase de intervención, para brindar una respuesta adecuada al problema diagnosticado.

Con ese objetivo señalamos de manera sintética el proceso metodológico que en Trabajo Social sigue una investigación diagnóstica.

- **Fase 1. Identificación del problema**

Para poder realizar una correcta identificación del problema de investigación diagnóstica en Trabajo Social, es necesario considerar algunos aspectos que el problema debe cumplir, los mismos que le confieren rigurosidad científica, como por ejemplo ser un problema social recurrente, no haber sido investigado aún, o no haber sido investigado suficientemente, ser relevante, factible y susceptible de ser enfocado con el método científico y algo importante ser interesante y atractivo para el profesional o estudiante que lo va a investigar.

Se considera que en la presente investigación el problema identificado, reúne las características señaladas. Fue seleccionado y priorizado como se señala a continuación.

- **Fase 2. Selección y priorización del problema**

La selección del problema de investigación es una de las decisiones más importantes en el proceso de la investigación diagnóstica, por lo tanto el problema debe ser, como señalamos, atractivo, y con posibilidades en el abordaje del mismo, el cual debe ser lo más preciso y delimitado posible.

Se debe realizar una matriz de priorización de problemas, que es una herramienta para seleccionar un problema entre las distintas alternativas, en base a criterios pre establecidos y una ponderación.

Matriz de priorización

CRITERIOS PROBLEMAS	MAGNITUD ¿Cuántas personas son afectadas por el problema?	GRAVEDAD ¿Cuánto daño ocasiona?	CAPACIDAD ¿Qué posibilidades de solución tenemos?	BENEFICIO ¿Cuánto nos beneficia su solución?
	Tiene que ver con la cantidad de personas afectadas por el problema	Registra la intensidad del daño que ocasiona el problema	Indica la posibilidad de dar solución al problema	Indica el nivel de provecho o utilidad que aporta la solución del problema
Problema 1 Escasos conocimientos respecto a los riesgos biopsicosociales del embarazo	85%	Alta	Alta	Alto beneficio
Problema 2 Baja motivación en las embarazadas para adquirir nuevos conocimientos	50 %	Media	Mediana	Alto beneficio
Problema 3 Escasa preocupación de autoridades y personal del Policlínico 9 de abril para realizar actividades educativas con las embarazadas	75%	Media	Mediana	Alto beneficio

Explicación del problema

El Árbol de Problemas, es una técnica participativa de análisis y profundización, que ayuda a desarrollar ideas creativas para identificar problemas y organizar la información recolectada, generando un modelo de relaciones causales que lo explican de manera visual, en la forma que la perciben los involucrados.

La representación visual del problema, permite que el tronco del árbol sea concebido como el problema central, las raíces como las causas y la copa del árbol y sus ramas, como los efectos.

En la problemática abordada: **“Escasos conocimientos sobre riesgos biopsicosociales del embarazo parto y puerperio en mujeres gestantes que asisten a controles pre natales”**, tiene como punto de partida tres dimensiones: lo biológico, psicológico y lo social, el primero viene a constituir un factor determinante para el desarrollo del feto, por considerarse lo biológico fundamental desde la concepción, por ello las primeras causas identificadas fueron embarazos no planificados, embarazos de alto riesgo, riesgos obstétricos, enfermedades crónicas en la madre como efecto se tendrá como efecto, abortos espontáneos, malformaciones, riesgos obstétricos, etc., que puede terminar en la muerte de la madre, del bebe o de ambos.

El componente psicológico es también un determinante en el embarazo, tomando en cuenta que la maternidad trae cambios fisiológicos y particularmente psicológicos porque afecta a la mujer en sus sentimientos y emociones, provocando cambios en la estabilidad emocional, que pueden llevar hasta la depresión durante y después del embarazo, más aún cuando el embarazo no ha sido planificado o no deseado, y como consecuencia llegar al rechazo y posteriormente a la falta de apego con el recién nacido, lo que constituye también un problema a largo plazo.

En cuanto a lo social se ha visto que los mitos, creencias y hábitos, juegan un papel importante en el embarazo ya que las prácticas tradicionales no contradicen a la medicina científica, más bien se interrelacionan en una suerte de complementariedad, un tipo de conocimiento que pasa de generación en generación, los cuales no son malos pero genera confusión en la futura madre, así también el machismo, la violencia intrafamiliar no es ajeno a nuestro entorno social, ya que se considera a la madre como única responsable del embarazo y del bien estar del futuro ser,

Sin embargo, se ha observado en el estudio que teniendo un grupo de embarazadas con formación superior a la media no han diversificado sus conocimientos respecto a los riesgos de un embarazo, pues así como se considera que el embarazo es algo natural, de igual forma todo embarazo encierra un riesgo en sí mismo.

Prognosis

Haciendo un análisis a nuestro objeto de estudio se determina que las embarazadas y los futuros bebés es una población de riesgo en nuestro entorno social por ello, si no se ataca el problema podría ocurrir riesgos biopsicosociales que por consiguiente generaran déficit, malformaciones o discapacidades, en las diferentes etapas embarazo, parto o puerperio.

Por ello es importante que todas las embarazadas tengan una preparación sobre riesgos biopsicosocial de manera integral para tener un embarazo sano y saludable y contar con una generación finalmente productiva.

Líneas de acción estratégica basados en funciones de Trabajo Social

Primera línea de acción en la función de organización social

- ✓ Se diseñara e implementara procesos de organización y participación social.
- ✓ Promover la participación del equipo multidisciplinario del Policlínico 9 de Abril-CNS.
- ✓ Promover la participación de las mujeres embarazadas.

Segunda línea de acción en la función de educación

- ✓ Se planifica organiza, ejecutara, y evaluara procesos educativos de capacitación.
- ✓ Se informara y capacitara a las mujeres sobre riesgos obstétricos biopsicosociales.
- ✓ Diseñar un proyecto social donde se brinde capacitación sobre los riesgos biopsicosociales en el embarazo, parto y puerperio.
- ✓ Brindar información en la prevención de malformaciones y discapacidades.

Tercera línea de acción en la función de promoción social

- ✓ Desarrollar procesos de información sobre los riesgos en la etapa gestación.
- ✓ Diseñar estrategias de acción social y de intervención social.
- ✓ Se diseñara material sobre la problemática abordada.

CAPITULO VII
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
PROYECTO DE CAPACITACIÓN SOBRE ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES
CON MUJERES EMBARAZADAS

Datos generales del proyecto

Título del proyecto

Capacitación con mujeres embarazadas sobre aspectos biopsicosociales en la etapa de embarazo en el Policlínico 9 de abril de la Caja Nacional de Salud.

Ubicación geográfica

El proyecto se desarrolló en la Ciudad de La Paz, Policlínico 9 de Abril, dependiente de la Caja Nacional de Salud

Número y tipo de beneficiarios

- **Beneficiarios directos:** Las beneficiarias directas fueron las embarazadas que asistieron a Trabajo Social a registrarse al ver los trípticos de invitación, las cuales asistían a la atención del control pre natal en el Policlínico 9 de abril, dependiente de la Caja Nacional de Salud.
- **Beneficiario indirecto:** Los futuros bebés, que constituyen el producto del proceso gestacional, las parejas de las embarazadas y sus familias, el personal médico y paramédico del Policlínico 9 de Abril.

Institución organizadora responsable

Las instituciones responsables de la ejecución del proyecto fueron la carrera de Trabajo Social de la Universidad Mayor de San Andrés, a través de la estudiante en la modalidad de graduación de Trabajo Dirigido y la Caja Nacional de Salud, según el convenio interinstitucional.

El proyecto fue desarrollado en el Policlínico 9 de Abril, en estrecha coordinación con la Unidad de Trabajo Social y el equipo de salud de dicha institución.

Unidad operativa o unidad ejecutora

La responsable de la ejecución del proyecto, fue la Univ. Jhonnara Alejandra Hannover Gabriel, que desarrolla el proyecto como parte de sus acciones en cumplimiento de la modalidad trabajo dirigido.

Periodo de duración

El proyecto tuvo una duración de 3 meses, de septiembre a noviembre del 2016

Recursos

- **Humanos.** Personal médico y paramédico del Policlínico, de las Unidades de Medicina General, Ginecología, Pediatría- Neonatología, Nutrición, Psicología, y el área de Trabajo Social, donde se desarrolló el Trabajo dirigido.
- **Materiales:** Data Show, Rotafolios, Papelógrafos, banners y materiales de demostración y de escritorio.
- **Financieros:** El proyecto tuvo un costo de Bs. 1.502.00, cubierto en su totalidad por Univ. Jhonnara Hannover.

7.1.8 Justificación del proyecto

El presente proyecto nace como respuesta al resultado de la investigación diagnóstica realizada en el Policlínico 9 de abril dependiente de la Caja Nacional de Salud, teniendo como objeto de estudio a un grupo de mujeres embarazadas que asistían a controles pre natales, en el que se constató que el problema de los escasos conocimientos sobre riesgos biopsicosociales del embarazo parto y puerperio en las mujeres embarazadas, es un aspecto negativo para la prevención y fomento de la salud de las mujeres durante su proceso gestacional y que redundará en el futuro del bebé que constituye el producto del proceso.

Por ello la importancia de diseñar y ejecutar un proyecto donde se realice una capacitación multidisciplinaria a las embarazadas y a sus familias en este caso con mayor participación de la pareja, la cual es el eje más importante para el cuidado y desarrollo de un embarazo saludable, porque se constituye en uno de los factores importantes que inciden en la posibilidad de disminuir los índices de la mortalidad materna infantil.

Cabe mencionar que la población beneficiaria del proyecto son mujeres, cuyas características socio económicas se pueden sintetizar en las siguientes: son económicamente estables con un nivel de educación promedio de media a superior, que cuentan con apoyo de sus parejas, pero aun así desconocen los riesgos biopsicosociales que se presentan en el proceso gestacional.

En consecuencia, es de considerar que la realización de un proceso educativo es muy importante, por varias razones, la primera porque beneficiará a las participantes, en un momento crucial que es la etapa del embarazo, en el que a partir de los conocimientos adquiridos tendrán la posibilidad de prevenir los riesgos biopsicosociales. La segunda porque ellas se convertirán en multiplicadoras de conocimientos en su familia y grupos de amigos, vecinos, etc. Y finalmente será beneficioso para la Institución que verá la necesidad de continuar realizando este tipo de acciones educativas en el futuro inmediato con mujeres embarazadas.

El proyecto tuvo además la iniciativa de implementar conocimientos que redunden en la prevención de discapacidades y malformaciones en los bebés por nacer, en las mujeres embarazadas que asistían a los controles pre natales en la Institución.

Para lograr sus objetivos, el proyecto aplica la metodología IEC que significa Información, Educación y Comunicación, propia de Trabajo Social de la Caja Nacional de salud, con el apoyo del equipo multidisciplinario del Policlínico 9 de Abril.

Objetivos

Objetivo General

Brindar una capacitación biopsicosocial a mujeres embarazadas que asisten a sus controles pre natales para prevenir riesgos gestacionales y posibles enfermedades en las gestantes y los bebés por nacer.

Objetivos específicos

- Lograr la capacitación en la prevención de riesgos biológicos y otros cuidados en el embarazo, para evitar complicaciones.
- Ampliar los conocimientos de las embarazadas y sus parejas para la prevención de riesgos psicosociales que afectan a las embarazadas y al feto.
- Lograr sensibilizar a las autoridades y funcionarios del Policlínico 9 de abril en la

importancia de realizar procesos educativos con mujeres embarazadas.

Metas

- Que el 75% de las embarazadas reciban capacitación en el enfoque biopsicosocial, en el lapso de 3 meses.
- Que el 50% de las embarazadas asistan a las sesiones hasta la finalización del proyecto.
- Que el 60% de las parejas de las embarazadas formen parte del proyecto de capacitación en el lapso de 3 meses.

Metodología: I.E.C.- estrategia de información - educación- comunicación en la ejecución de programas de salud y seguridad social

La estrategia metodológica de Información- Educación- Comunicación es un conjunto de intervenciones planificadas que combinan procesos de información, educación y comunicación como componentes de programas nacionales en salud y seguridad social.

La **información en salud y seguridad social**, se considera un proceso basado en contenidos de educación para la salud y alcances, limitaciones, derechos y obligaciones de los sujetos prestadores de servicios de instituciones de Seguridad Social, que son transmitidos a otros sujetos de la población asegurada usuaria.

Educación para la salud La educación comprende actividades llevadas a cabo con el fin de lograr cambios en las personas, a través de conocimientos que redunden en el fomento de comportamientos saludables y modificar las conductas individuales y colectivas perjudiciales para la salud. Procura, asimismo cambios actitudinales en relación a problemas de salud y ambientales que favorezcan las condiciones sanitarias del entorno.

La educación para la salud es el instrumento fundamental para la consecución de los objetivos de la salud pública a través de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Este tipo de educación se centra en capacitar a los individuos para el cuidado de su salud y lograr un alcance comunitario, que transforma la salud en un patrimonio de la colectividad.

Comunicación en salud y seguridad social

La comunicación en salud se refiere a la relación entre un profesional del equipo de salud con el usuario o usuarios de los servicios de salud, encaminada a la trasmisión de contenidos en temas de salud y seguridad social; implica compartir tales temas a través del dialogo, el intercambio de saberes y experiencias para que tomen sus decisiones por convicción propia. Los elementos del proceso de comunicación son:

EMISOR-MENSAJE- INTENCION-MEDIO- RECEPTOR -EFECTO.

Elementos de la estrategia I.E.C.

Quien: estudiante de Trabajo Social en Trabajo Dirigido, equipo de salud (Trabajadores Sociales, Médicos, Psicólogos, Odontólogos. Enfermeras, Nutricionistas)

Que: orientación especial y específica en temas de salud y seguridad social. Orientados al ejercicio del derecho a la salud y a la utilización óptima de las prestaciones del Seguro social a corto plazo y los Seguros públicos

Intención: contribuir a mejorar la calidad de vida de la población asegurada, fortaleciendo y cambiando a través de los conocimientos las actitudes y prácticas que tienen en torno a su salud y los alcances, limitaciones y derechos.

Medio: la comunicación interpersonal, la charla del grupo directa al interior de establecimientos de la Caja Nacional de Salud y la charla del grupo directo en la comunidad con el apoyo de materiales impresos y audiovisuales para facilitar la comprensión de los mensajes.

A Quien: a los usuarios de los servicios médicos de la Caja Nacional de Salud en general y especialmente trabajadores/as titulares del seguro en sus fuentes de trabajo; con perspectiva de género a la mujer y al adulto mayor en la perspectiva generacional.

Efecto: contribuir a mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población asegurada.

Técnicas en el I.E.C aplicadas en el proyecto Orientación

Constituye una técnica que a través de la comunicación interpersonal cara a cara, verbal, de mutuo aprendizaje, de una escucha activa, que parte de las necesidades, de las experiencias y permite el intercambio de información en salud, seguridad social y sentimientos entre el

profesional y el usuario de los servicios de salud.

La comunicación interpersonal también incluye los procesos de información, motivación, orientación y educación, con las siguientes características:

- ✓ En el ámbito de salud, la comunicación se lleva a cabo entre profesionales del equipo de salud y el usuario.
- ✓ La comunicación interpersonal complementa, refuerza y explica los mensajes proporcionados por la información, educación y comunicación a nivel de grupos y de los medios de comunicación masivos.
- ✓ La comunicación interpersonal es una forma eficiente de brindar orientación específica, a un usuario en respuesta a sus necesidades y demandas en salud y Seguridad social.
- ✓ A través de la comunicación interpersonal se puede brindar orientación y verificar que el mensaje transmitido llegó de forma correcta.
- ✓ La correcta orientación mediante la comunicación interpersonal en un marco horizontal y democrático, involucra una toma de decisión libre e informada

Charla de grupo

La técnica de la charla se utiliza como medio de motivación e información-educación-comunicación a nivel grupal, respondiendo a las características:

- ✓ Número máximo 25 personas
- ✓ Duración de 20 a 30 min.
- ✓ Los contenidos y las formas de los mensajes de la estrategia de la I.E.C deben ser adecuados a las particularidades regionales de la población, objetivo en cuanto a los aspectos culturales, modismos, cosmovisiones del proceso salud, enfermedad y sus expectativas en cuanto a la Seguridad Social.
- ✓ Individual – comunicación interpersonal – orientación con el usuario de la CNS.
- ✓ Grupal al interior de establecimientos de la Caja Nacional de Salud, con base en la en la Guía de I.E.C. de la Dirección General de Trabajo Social de la Institución.

Proceso Metodológico

Fase de motivación

FASE	OBJETIVO	ACCIONES	TAREA
<p>Motivación</p>	<p>Incentivar a las embarazadas del Policlínico 9 de Abril a la práctica activa en la implementación del proyecto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista con embarazadas en las salas de espera en el Policlínico 9 de Abril para difundir el proyecto a través de afiches y trípticos. • Consensuar horarios de preferencia con mujeres gestantes. • Coordinar con el equipo multidisciplinario sobre horarios y temas de apoyo. • Informar al equipo multidisciplinario sobre el proyecto para su difusión en Los controles pre natales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar material de apoyo • Elaborar planillas de registro • Selección de material didáctico • Coordinación con el equipo multidisciplinario. • Consensuar horarios.

Fase de planificación

FASE	OBJETIVO	ACCIONES	TAREA
Planificación	<p>Programar en oordinación con el equipo multidisciplinario la organización y ejecución de las diversas actividades a ser desarrollada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del cronograma de ejecución • Reuniones de coordinación con el equipo multidisciplinario, para establecer horarios y fechas en que se realizaran las actividades • Selección de contenidos temáticos en diversas áreas • Elaboración de material de apoyo a partir de la guía pedagógica 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de la Guía de trabajo • Selección de materiales didácticos de apoyo como videos y otros. • Preparación de Paleógrafo. • Elaborar planillas de registro. • Selección cuidadosa de los temas. • Difusión del proyecto.

Fase de ejecución

FASE	OBJETIVO	ACCIONES	TAREA
Ejecución	Implementar el Proyecto de capacitación biopsicosocial a las embarazadas sobre temas de la ecología fetal.	Desarrollo de sesiones educativas sobre : <ul style="list-style-type: none"> ● Importancia del enfoque biopsicosocial en la etapa del embarazo. ● La importancia del bien estar de la futura madre ante su embarazo. ● El acompañamiento del embarazo. ● Factores externos influyentes en el bien estar del futuro bebe. ● Discapacidades que se pueden prevenir durante el embarazo. ● Violencia Intrafamiliar y él bebe por nacer. 	Para cada sesión se debe realizar las siguientes tareas : <ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de guía pedagógica ● obtención de equipamiento técnico ● Elaboración de trípticos y material ● Elaboración de la evaluación por sesión

Fase de evaluación

FASE	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TAREA
Evaluación	Evaluar las actividades desarrolladas en el proceso del proyecto para identificar el alcance de objetivos	<p>Recolección de cuestionarios evaluativos para cada sesión educativa sobre el tema desarrollados,</p> <p>basados en los indicadores de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eficiencia • Eficacia • Grado de satisfacción de los involucrados. • Lecciones aprendidas 	Aplicar la encuesta a embarazadas después de las sesiones Educativas.

Guías Pedagógicas

Sesiones educativas sobre la importancia de la capacitación en el embarazo

OBJETIVO: Identificar la importancia de los factores y elementos biopsicosociales que influyen en el desarrollo del bebe

ACTIVIDAD	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	RESPON.
Inicio de la sesión educativa	explicativo	Dar a conocer la importancia de la sesión		5 minutos	Lic. Elida Hidalgo (Trabajadora Social) Univ. Jhonnara Hannover Gabriel
Desarrollo de la sesión	Dinámica de presentación La telaraña	A través de la dinámica, conocer a cada una de las participantes del proyecto, para la integración grupal.	Una bola de cordel o un ovillo de lana.	20 minutos	
	Exposición de aspectos biopsicosociales	Durante las sesiones a mujeres embarazadas dar a conocer la importancia que tienen los aspectos biopsicosociales, en el desarrollo del bebe por nacer, exponer a las gestantes, la importancia de prevenir riesgos y discapacidades de su gestación para prevenir déficit y discapacidad	-Data Show -Computadora -laminas educativas -Planillas de	30 minutos	
			registro.		

	Corto metraje	Se presentara un corto metraje sobre la importancia de recibir información, durante el embarazo mediante el cual se motive a Las gestantes a participar del proyecto.	- Data Show -DVD -Video	20 minutos	
		Refrigerio: Consistirá en el consumo de productos del subsidio prenatal, teniendo en cuenta su valor nutricional.	-Productos del subsidio prenatal.	10 minutos	
Evaluación	Dinámica de Evaluación	Se utilizara dinámica del escudo consiste en dar la expectativa de las mujeres embarazadas , se utilizara emoticones de caritas felices, tristes, pensativos, e interrogante, el cual nos ayuda a identificar el grado de satisfacción de las embarazadas frente a la sección educativa	-Imágenes de caritas y expresiones	15 minutos	
Cierre de sesión	Expositiva	Se agradece a las mujeres que formaron parte de la sesión, a si también invitarles para la próxima sesión y darles a conocer que tema se llevara a cabo.	- Elaboración de trípticos	10 Minutos	

Sesión educativa sobre el bienestar de la futura madre ante su embarazo

OBJETIVO: Orientar a la mujer, sobre el medio interno de la madre, como influye positiva o negativamente en la vida del nuevo ser

ACTIVIDAD	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	RESPON.
Inicio de la sesión educativa	explicativo	Se procede a explicar y dar a conocer el objetivo de la sesión	-Sola pines -Planilla de registro	5 minutos	Lic. Elid a Hidalgo
Desarrollo de la sesión	- Dinámica - Cortometraje - Expositivo	1) Se inicia con un pequeño juego, con el objetivo que las parejas comprendan como cambia la vida cotidiana de la mujer. 2) Se presenta un corto metraje donde explica la vida sin hijos y como cambia la vida con la llegada de los hijos 3) Dando continuidad se explica el ciclo familiar y como se debe llevar, como cambia la vida familiar con la llegada de los hijos, dejando el yo y convirtiéndose en nosotros.	-Cinta -Globos -Fotocopias -Bolígrafos - Sillas -Data Show - Computadora - Trípticos	40 minutos	(Trabajadora Social) Univ. Jhonn ara Hannover Gabriel

		<p>4) Se explica la importancia del Matroambiente y sus características, la importancia de la edad en las mujeres para convertirse en madres, la estatura, el tiempo que debe existir en un embarazo a otro, los embarazos múltiples.</p> <p>5) Dar a conocer las condiciones de vida: Factores socioeconómico, factores de hábitos, factores emocionales</p>			Dra. Quépala
		<p>Refrigerio:</p> <p>Consistirá en el consumo de productos del subsidio prenatal, teniendo en cuenta su valor Nutricional.</p>	-Productos	10 minutos	Lic.Ezequiel Ballón
	Expositivo : Área Med ica	A través de la intervención del área médica se dará a conocer los cambios biológicos normales a	Da ta Sh ow computa dora	30 minutos	

		<p>Cargo de medicina familiar.</p> <p>Dar a conocer el desarrollo normal</p> <p>Del embarazo en el 1er y 2do trimestre del embarazo.</p>			
	Ejercicios fisioterapia	Ejercicios de fisioterapia para embarazadas para brindar orientación sobre el manejo del dolor del embarazo y el parto	<p>-Colchonetas</p> <p>-Música</p>	15 minutos	
Evaluación	Dinámica de Evaluación	Se utilizara dinámica del escudo consiste en dar la expectativa de las mujeres embarazadas, se utilizara emoticones de caritas felices, tristes, pensativos, e interrogante, el cual nos ayuda a identificar el grado de satisfacción de las embarazadas frente a la sección educativa.	<p>-Imágenes de caritas con expresiones</p> <p>-Cartilla evaluativa</p>	15 minutos	

Sesión educativa sobre el acompañamiento del embarazo

OBJETIVO: Orientar a la pareja de la gestante sobre la importancia de la participación del padre.

ACTIVIDAD	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLE
Inicio de sesión educativa	explicativo	-Se procede a explicar y dar a conocer el objetivo de la sesión	-Planilla registro -Sola pines	5 minutos	Lic. Elida Hidalgo (Trabajadora Social)
Desarrollo la sesión	Técnica El zapato del otro Expositivo	1)La técnica consiste en ponernos en el lugar del otro en este caso el esposo se pondrá en lugar de la mujer, por ello la pancita será un globo se les pedirá que bailen alrededor de las sillas que se sienten que se echen y que si se pueden poner los zapatos sin hacer caer el globo, se les pide a las mujeres que se les ayude 2) Se prosigue haciendo la evaluación de cómo se sintieron con su pancita y se guiara cual importanteees su responsabilidad paterna en el embarazo,	-Globos -Música -Sillas -Data Show -computadora	30 Minutos	Univ. Jhonnara Hannover Gabriel

		<p>también se pretende fortalecer los roles y funciones dentro de la familia, enfocado En los roles de género.</p> <p>3) Dar a conocer las características del patoambiente</p> <p>4) Edad del padre, condiciones laborales</p> <p>5) Síndrome de Covade</p> <p>6) Responsabilidad paterna</p>			
		<p>Refrigerio:</p> <p>Consistirá en el consumo de productos del Subsidio prenatal, teniendo en cuenta su valor nutricional.</p>	<p>-productos del subsidio prenatal.</p>	<p>10 minutos</p>	<p>Lic. Ezequiel Ballón</p>
	<p>Expositivo : Área e Fisioterapia</p>	<p>El área de fisioterapia explicara el tema de relajación en el embarazo.</p>	<p>-Colchonetas -Radio</p>	<p>20 minutos</p>	

Evaluación	Dinámica de Evaluación	Se utilizara dinámica del escudo consiste en dar la expectativa de las mujeres embarazadas , se utilizara emoticones de caritas felices, tristes, pensativos, e interrogante, el cual nos ayuda a identificar el grado de satisfacción de las embarazadas frente a la sección educativa	- Imágenes de caritas con expresiones cartillas evaluativas	15 minutos	
Cierre de 1	Expositiva	Se agradece a las mujeres que formaron parte de la sesión, a si también invitarles para la próxima sesión y darles a conocer el tema que se llevara a cabo.		5 minutos	

		Refrigerio: Consistirá en el consumo de productos del subsidio prenatal, teniendo en cuenta Su valor nutricional.	-Productos el subsidio prenatal.	10 minutos	Lic. Ezequiel Ballón
	Ejercicios : Fisioterapia	Ejercicios de fisioterapia general para que las mujeres se relajen y aprendan a controlar los dolores en el embarazo y parto.	-Colchonetas -Música	15 minutos	
Evaluación	Dinámica de Evaluación	Se utilizara dinámica del escudo consiste en dar la expectativa de las mujeres embarazadas, se utilizara emoticones de caritas felices, tristes, pensativos, e interrogante, el cual nos ayuda a identificar el grado de satisfacción de las embarazadas frente a la sección Educativa.	Imágenes de caritas con expresiones -Cartilla evaluativa	15 minutos	
Cierre de la sesión	Expositiva	Se agradece a las mujeres que formaron parte de la sesión, así también invitarles para la próxima sesión y darles a conocer que tema se llevara a cabo.		5 minutos	

Sesión educativa sobre discapacidades en él bebé por nacer

OBJETIVO: Brindar capacitación sobre prevención de discapacidades

ACTIVIDAD	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	RESPON.
Inicio de la sesión educativa	explicativo	Dar a conocer la importancia de la sesión		5 minutos	Lic. El ida Hidalgo
Desarrollo de la sesión	Video debate	1) Se presenta la vida de un niño con discapacidad que se dio en la gestación por malos cuidados en el embarazo.	-Data Show -Computadora -video	30 minutos	(Trabajad ora Social)
	Expositivo	2) Agresiones al bebe por nacer como ser el consumo de alcohol, drogas y automedicación. 3) Problemas genéticos y hereditarios que pueden afectar al bebe por nacer.	-Baner		Univ. Jhonnara Hannover Gabriel
		Refrigerio: Consistirá en el consumo de productos del Subsidio prenatal, teniendo en cuenta su valor nutricional.	Productos d el subsidio prenatal	10 minutos	

	Expositivo	Capacitación sobre el tema depresión y los cambios emocionales que se presentan en el embarazo.	Data Show -Computadora	30 minutos	
	Ejercicios : Fisioterapia	Ejercicios de fisiología general para que las mujeres se relajen y aprendan a controlar los dolores en el embarazo.	Colchonetas Música		
Evaluación	Dinámica de Evaluación	Se aplicara la dinámica del escudo que consiste en conocer la expectativa de las mujeres embarazadas, se utilizara emoticones de caritas felices, tristes, pensativas, e interrogante, para identificar el grado de satisfacción de las Embarazadas frente a la sección educativa.	-Imágenes de caritas con expresiones	15 minutos	

Sesiones educativas sobre violencia intrafamiliar y el bebé por nacer

OBJETIVO: Brindar capacitación sobre los roles y funciones dentro de la familia, así también prevenir la violencia familiar.

ACTIVIDAD	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	RESPON.
Inicio de la sesión	explicativo	Dar a conocer la importancia de la sesión		5 minutos	Lic. El ida Hidalgo (Trabajad ora Social) Univ. Jhonna ra Hanno ver Gabrie l
Educativa					
	Corto metraje	Presentar a las embarazadas el tema de	-Data Show	30	
Desarrollo de la	La rosa	violencia y junto a ellas identificar	-Computadora	minutos	
Sesión		situaciones de riesgo, orientar sobre los tipos de violencia, las consecuencias	-video		
		dentro de la familia, orientar sobre la ruta	-Baner		
		Crítica para la denuncia.			
		Refrigerio:	-Productos	10	
		Consistirá en el consumo de productos del Subsidio prenatal, teniendo en cuenta su valor nutricional.	subsidio	minutos	
	Expositivo	Exposición de cuidados al recién nacido y		30	
		durante el puerperio a cargo del médico		minutos	
		Pediatra.			

	Ejercicios Fisioterapia	A través de los ejercicios de fisiología general para que las mujeres se relajen y aprendan a controlar los dolores en el Embarazo.	Colchonetas Música		
Evaluación	Dinámica de Evaluación	Se utilizara dinámica del escudo consiste en dar la expectativa de las mujeres embarazadas, se utilizara emoticones de caritas felices, tristes, pensativos, e interrogante, el cual nos ayuda a identificar el grado de satisfacción de las Embarazadas frente a la sección educativa.	-Imágenes de caritas con expresiones	15 minutos	

Recursos

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS TÉCNICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Univ. Jhonnara Alejandra Hannover Gabriel • Equipo multidisciplinario conformado por: médicos, trabajadoras social, nutricionista, enfermeras, psicólogas, fisioterapeutas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Material de escritorio ✓ Marcadores ✓ Laminas Educativas ✓ Tijeras ✓ Pegamentos ✓ Panfletos ✓ Hojas ✓ CD`s ✓ Cámara fotográfica ✓ Refrigerio ✓ Emoticones ✓ Otros 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Data show ✓ Computadora ✓ Radio ✓ Dvd ✓ Parlantes ✓ USB ✓ videos educativos

Presupuesto

MATERIALES	COSTO UNITARIO EN BS.	CANTIDAD	COSTO TOTAL EN BS.	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
Fotocopias	0.10	500	50.00	Univ. Jhonnara Hannover
Elaboración de material de apoyo				Univ. Jhonnara Hannover
• Goma eva	5	10	50.00	
• Marcadores	4	10	40.00	
• Colores	15	3	45.00	
• Folders	2.50	30	75.00	
• Siliconas	1	15	15.00	
• Gigantografias	15	9	9.00	
• Impresiones a color	0.50	100	50.00	
• Scoch	7	3	21.00	
Material de escritorio				Univ. Jhonnara Hannover
➤ Marcadores gruesos	3.50	5	24.50	
➤ Papelógrafos	1.00	50	50.00	
➤ Lápiz	0.50	15	7.50	
➤ Goma	0.50	6	3.00	
➤ Tijeras	7.00	12	84.00	
➤ Masquin	15.00	2	30.00	
➤ Crayones	7.00	7	49.00	
Cámara fotográfica	1.00	1	150.00	Univ. Jhonnara Hannover
Impresiones	0.50	100	50	
Uso de internet	2.00	24 horas	48.00	Univ. Jhonnara Hannover
Refrigerios	3.50	25 personas taller (8 actividades)	700	Univ. Jhonnara Hannover
TOTAL ➔			1.502.00	Univ. Jhonnara Hannover

Cronograma

ACTIVIDADES Y FASES	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FASE DE MOTIVACIÓN				X												
FASE DE PLANIFICACIÓN				X												
FASE DE EJECUCIÓN					X	X	X	X	X	X	X	X				
FASE DE EVALUACIÓN													X	X		

CAPITULO VIII

INFORME EVALUATIVO DEL PROYECTO

Introducción

El presente informe está referido a la evaluación del proyecto Capacitación a mujeres embarazadas sobre aspectos biopsicosociales en la etapa de embarazo, en el Policlínico 9 de abril de la Caja Nacional de Salud, para prevenir los riesgos en el embarazo, realizado en el Policlínico 9 de Abril de la Caja Nacional de Salud, en la gestión 2016.

El presente proyecto estuvo dirigido a 36 embarazadas, las cuales recibieron atención prenatal durante los siete meses de gestación, para luego ser derivadas al hospital Materno Infantil para la atención del parto.

Mediante la evaluación se logró analizar, valorar la efectividad de la capacitación de ambos padres en los talleres, en los que se efectuó una reflexión sobre el embarazo como tarea de ambos progenitores, así lograr la prevención destinada a poder disminuir los índices de riesgo, enfermedades y discapacidad en las mujeres y en los recién nacidos.

Se evaluó también el papel desarrollado por el personal médico que participó en la capacitación de las gestantes, que son quienes pudieron guiar formas de detectar riesgos oportunamente para prevenir algún déficit o discapacidad, durante el embarazo o parto.

Se considera que la evaluación es fundamental, porque permite verificar los logros de objetivos y metas propuestas en el proyecto, tomando en cuenta la eficiencia y eficacia con la que se realizaron las sesiones educativas sobre la importancia del enfoque biopsicosocial en la etapa del embarazo.

Efectividad del proyecto

De acuerdo a lo planificado se ejecutó el proyecto de Capacitación biopsicosocial a gestantes en el policlínico 9 de abril de la Caja Nacional sobre prevención de riesgos biopsicosociales.

Se logró desarrollar todas las sesiones educativas propuestas en el proyecto y así brindar una capacitación integral, sobre la importancia de la formación en conocimientos biopsicosociales para prevenir riesgos durante el embarazo, logrando alcanzar los objetivos

propuestos en el tiempo previsto de ejecución, lo que permite afirmar que el proyecto tuvo efectividad.

La participación activa de la población fue de 30 embarazadas acompañadas de sus parejas, así también se logró capacitar a 35 mujeres en las salas de espera con información educativa con duración de 15 min. Con el apoyo de cartillas educativas.

Eficiencia del proyecto

El proyecto en su etapa de ejecución, contó con el apoyo de la Institución con recursos humanos, corriendo el financiamiento de los recursos materiales y técnicos en su totalidad, por la postulante del presente Trabajo Dirigido de la carrera de Trabajo Social, la Universitaria Jhonnara Hannover.

Dados los objetivos logrados, se puede afirmar que el proyecto tuvo eficiencia, puesto que se tuvo éxito en tiempo corto y con ahorro de recursos.

Descripción de resultado de los objetivos y metas

El logro de objetivos y metas del proyecto se resumen en el siguiente cuadro:

OBJETIVOS	METAS	RESULTADOS
<p>Brindar un a Capacitación biopsicosocial a mujeres embarazadas que asisten a sus controles pre natales para prevenir riesgos gestacionales.</p>	<p>Que el 60% de las embarazadas asistan a las secciones educativas.</p>	<p>El objetivo planteado se cumplió en un 75 % ya que las embarazadas participaron en las sesiones educativas.</p>
<p>Implementar un proyecto de capacitación a Embarazadas sobre riesgos y cuidados del embarazo.</p>	<p>Que el 75% de las embarazadas recib an capacitación sobre los cuidados del embarazo en el lapso de 3 meses.</p>	<p>El objetivo se cumplió en un 60 % a través de la participación activa de las embarazadas que aprendieron cuidados en su embarazo.</p>
<p>Ampliar los conocimientos de las embarazadas para disminuir las Malformaciones y discapacidades.</p>	<p>Que el 70% de las embarazadas identifique los riesgos obstétricos en el lapso de 3 meses.</p>	<p>El objetivo planteado fue cumplido, en un 50%, es así, que las embarazadas lograron identificar las señales de riesgo.</p>
<p>Incluir a los futuros padres en el proceso de capacitación.</p>	<p>Que el 60% de las parejas de las embarazadas formen parte del proyecto en el lapso de 3 meses.</p>	<p>El objetivo planteado fue cumplido, en un 80%, las embarazadas asistieron a las sesiones educativas.</p>

		as acompañadas de sus parejas que participaron activamente.
--	--	--

A la finalización del proyecto se logró un 75 % de lo planificado y de los objetivos y metas trazadas.

Proceso metodológico desarrollado

Fase de motivación

Objetivo: Incentivar a las embarazadas del Policlínico 9 de Abril a la participación activa en la implementación del proyecto

Actividades desarrolladas: En la primera fase de motivación se realizaron actividades específicas del proceso metodológico:

- Se logró las entrevistas con embarazadas en las salas de espera en el Policlínico 9 de Abril para difundir el proyecto a través de afiches y trípticos y con la técnica de la entrevista y crear conciencia de que un bebé nazca sano.
- Se logró consensuar horarios de preferencia con gestantes, de acuerdo a la disponibilidad de su tiempo, por ello los talleres se realizaron los días viernes a partir de horas 5:00 pm.
- Se llevaron a cabo reuniones con el equipo multidisciplinario, para la definición de tiempos, requerimientos, disponibilidad de ambientes y equipamientos según orden logístico.
- Se coordinó con el equipo multidisciplinario sobre horarios y temas de apoyo, se informó a los médicos y enfermeras sobre el proyecto para su difusión en los controles pre natales.

Fase de planificación

Objetivo: Coordinar con el equipo multidisciplinario la organización de las diversas tareas

del proyecto.

Actividades desarrolladas: En la fase de planificación fue muy importante la participación y la coordinación del equipo multidisciplinario del Policlínico 9 de Abril.

- Se elaboró el cronograma de ejecución del proyecto.
- Se realizaron reuniones con el equipo multidisciplinario, para establecer horarios y fechas en que se realizarían las actividades, y temática del proyecto.
- Se definieron los contenidos temáticos y las actividades que se desarrollaron en las diferentes áreas.
- Diseño y elaboración de material de apoyo a partir de la guía pedagógica para cada sesión.

Fase de ejecución

Objetivo: Lograr la realización de la capacitación programada de manera eficiente, con base en el enfoque biopsicosocial, con las embarazadas en los talleres y en las salas de espera:

Con ambas se desarrolló información educativa o capacitación, respecto a:

- Importancia del enfoque biopsicosocial en la etapa del embarazo.
- La importancia del bienestar de la futura madre ante su embarazo.
- El acompañamiento en el embarazo.
- Factores externos influyentes en el bienestar del futuro bebé.
- Discapacidades que se pueden prevenir durante el embarazo.
- Violencia Intrafamiliar y el bebe por nacer.

Fase de evaluación

Objetivo: Valorar las actividades desarrolladas en el proceso del proyecto, para identificar el alcance y logro de objetivos.

Actividades desarrolladas: Elaboración de cuestionarios de evaluación de las participantes, para cada sesión educativa sobre el tema que se desarrolló, basada en los indicadores de grado de satisfacción de los involucrados.

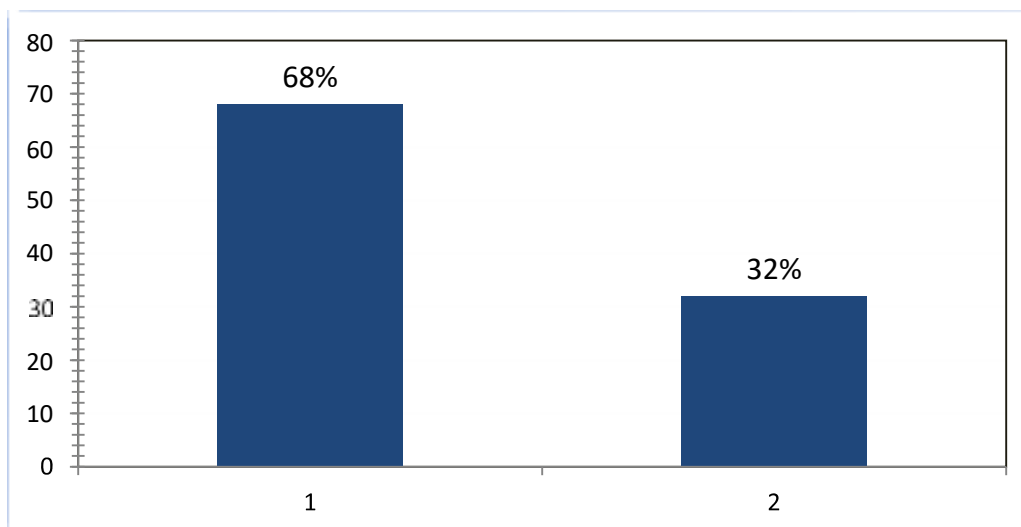
Resultados del proyecto

Conocimientos sobre riesgos biopsicosocial en la etapa del embarazo, que se resumen en los siguientes cuadros:

CUADRO 1

Conocimientos sobre riesgos biopsicosocial en la etapa del embarazo	Numero	Porcentaje
Los cuidados que se debe tener al estar embarazada.	7	32%
La importancia de prevenir riesgos de déficit y discapacidades en los bebes por nacer	15	68%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha social de mujeres participes del proyecto, en sala de espera del “Policlínico 9 de Abril “Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 1

Mediante el grafico se puede evidenciar que un 68% de las embarazadas aprendió la importancia de un buen embarazo, los cuidados que se debe tener para prevenir discapacidad el no consumir alcohol, tabaco, drogas, el auto medicarse y la importancia de los análisis clínicos Para dar a luz un bebé sano. Un 32% que son muy importantes los cuidados en el embarazo el consumir sulfato ferroso, la buena nutrición y más aún el estado emocional que debe ser equilibrado.

TESTIMONIO

“Aprendí los cuidados que debo tener con mi bebé cuando nazca y la importancia de los cuidados”. (Roxana, 29 años).

“ En realidad aprendí muchas cosas sobre el cuidado de mi bebé y que no sólo depende de mí y de mi pareja, sino del entorno, me enseñaron a brindar amor a mi bebé que es lo primordial, porque seré mamá por primera vez” (Marina, 32 años)

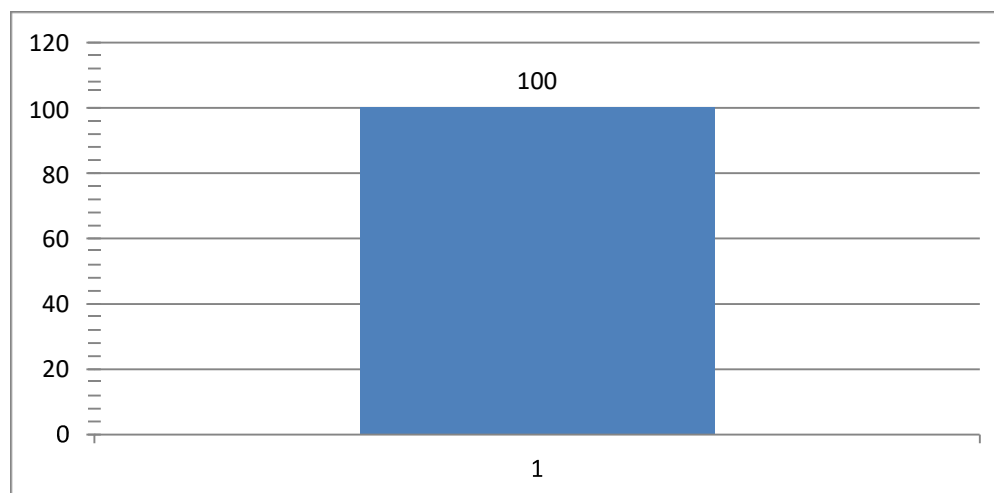
Conocimiento logrado en mujeres embarazadas sobre la importancia de realizar actividad física en la etapa pre natal

CUADRO 2

Conocimiento acerca de la importancia de la actividad física en la etapa pre natal	Numero	Porcentaje
La importancia de realizar ejercicios en la etapa pre natal ayuda con los músculos y las posturas para atenuar los dolores, así también para favorecer el Momento del parto.	22	100%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha social de mujeres participantes del proyecto en salas de espera del “Policlínico 9 de Abril “Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 2



Mediante el grafico se puede evidenciar que el 100% de las embarazadas logró aprender la importancia de realizar ejercicios en la etapa pre natal, para ayudar en la mitigación de los dolores que sufre el cuerpo el momento del parto y cómo manejar los dolores del post parto, así también las técnicas de relajación que van junto con el estado emocional de las gestantes.

TESTIMONIO:

- *“Bueno aprendí que los cambios son normales en el embarazo, y que realizar ejercicios leves ayudan a mi bebé”.*

(María Cristina, 33 años)

“Me ayudaron mucho porque pude ver como mi cuerpo reacciona ante estos cambios”.

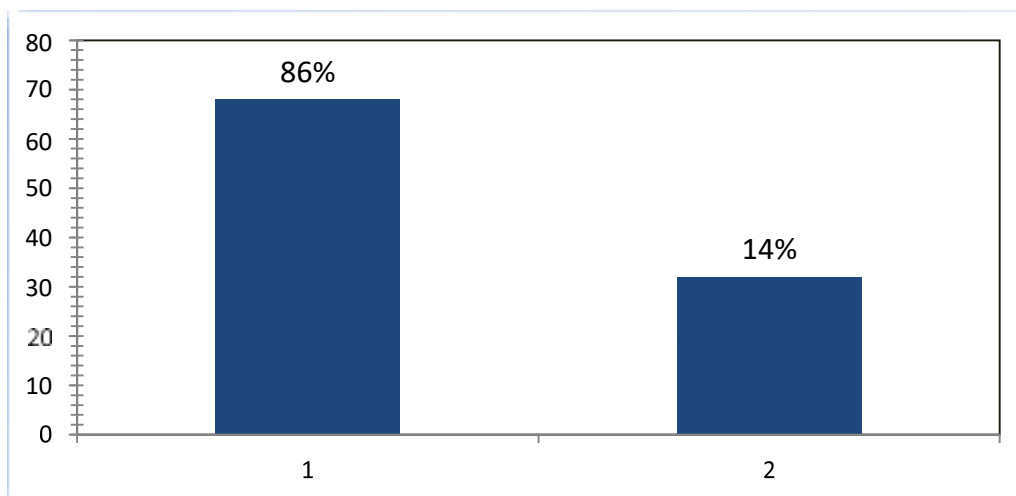
(Antonia, 32 años)

Conocimiento logrado en mujeres embarazadas sobre nutrición en el embarazo

CUADRO 3

Conocimiento acerca de nutrición pre y post Natal	Numero	Porcentaje
La importancia de la alimentación tiene gran importancia en la etapa de gestación tanto para la madre como para el bebe en formación, la importancia de consumir alimentos que ayuden al desarrollo	19	86%
Que el alimentarse por dos es solo un mito, se debe Aumentar el consume de calcio y fibras.	3	14%
TOTAL	22	100 %

FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha social de mujeres participantes del proyecto en salas de espera del “Policlínico 9 de Abril” Trabajo Dirigido, Gestión 2016.

GRAFICO 3

Se puede evidenciar que el 86% de las mujeres embarazadas aprendieron la importancia de la alimentación en la etapa de gestación tanto para la madre como para el bebé en formación, y un 14% afirma que la creencia de que deben alimentarse por dos es solo un mito, sólo se debe aumentar el consumo de calcio y fibras.

Así también se orientaron sobre los alimentos que producen más ácido fólico, para ayudar al bebé en su desarrollo físico y cognitivo, además del daño que se puede llegar a generar con el consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, tabaco, y otras, para evitar discapacidades.

TESTIMONIO

- *“Logré aprender sobre el tipo de alimentación que debo llevar en el proceso de gestación y después de mi parto”.*

(Francisca, 35 años)

- *“Me sirvió de mucho no sabía la importancia de consumir ciertos alimentos más que otros, y también que estar embarazada no significa comer por 2”.*

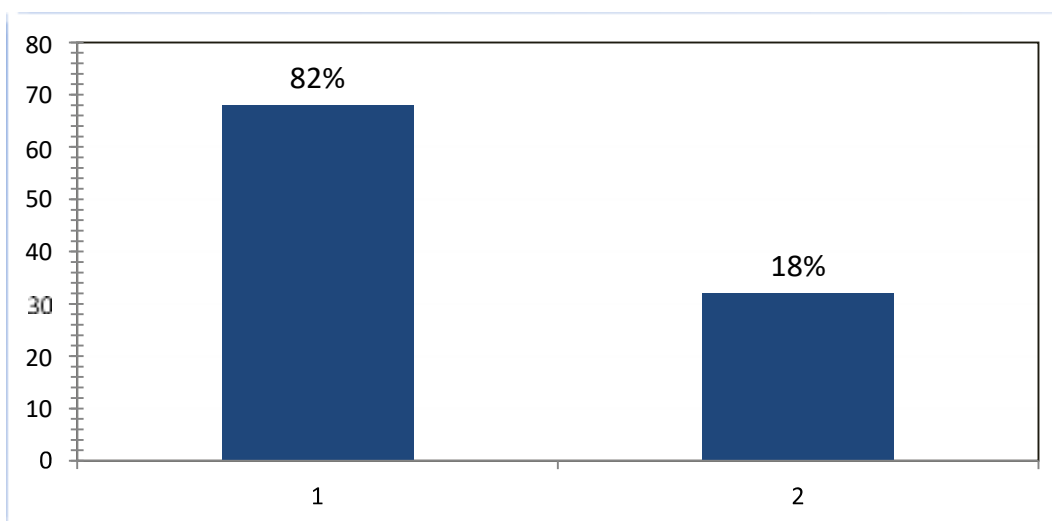
(Gisela, 30 años)

Conocimiento logrado en mujeres embarazadas y sus parejas sobre el apego seguro CUADRO 6

Conocimiento acerca del apego	Numero	Porcenta je
La teoría del apego es la que describe la dinámica de largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. Su principio más importante declara que un recién nacido necesita tener una relación con al menos un cuidador principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad	1 8	82%
Que es muy importante el apego durante la gestación de parte del padre y de la madre para un buen crecimiento y desarrollo social del bebé al nacer	4	18 %
TOTAL	2 2	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a parejas del proyecto en salas de espera del “Policlínico 9 de abril” Trabajo Dirigido, Gestión 2016.

GRAFICO 6



Mediante los conocimientos sobre la importancia del apego un 82% de las mujeres embarazadas logró comprender lo que significa y describe la dinámica de largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. Su principio más importante que declara que un recién nacido necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad y un 18% que es muy importante el apego durante la gestación de parte del padre y de la madre para que defina el desarrollo social del bebé al nacer. Considera la propensión a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares como un componente fundamental de la naturaleza humana, existente en forma embrionaria en el recién nacido, también como John Volví define al apego como el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres, el vínculo entre madre e hijo, así también los lazos familiares con la familia extendida (tíos, abuelos, etc.).

TESTIMONIO:

- *”Para mí fue una clase muy bonita porque lograron a que yo aprecie a mi bebé, en un principio yo no quería tenerlo porque ya tengo otra hija y me resulta difícil criar otro hijo.”. (Marina , 35 años)*
- *”Aprendí que debo brindar amor a mi pequeño cada día por que le transmito seguridad y apego”.*
(Roxana, 25 años)

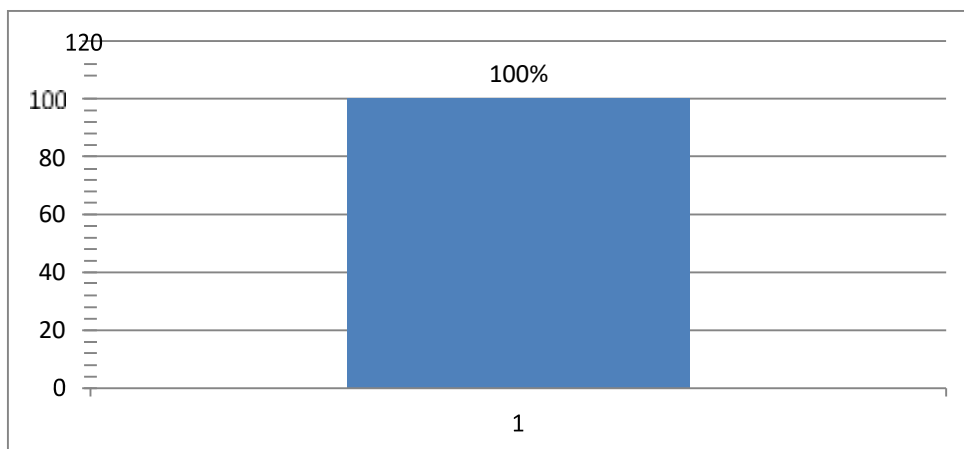
Conocimiento logrado en parejas sobre maternidad y paternidad responsables

CUADRO 8

Conocimiento acerca de la maternidad y paternidad responsable	Número	Porcentaje
La responsabilidad del embarazo y del cuidado del recién nacido debe ser por ambos Padres, sin estereotipos de género.	22	100%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha social de mujeres participes del proyecto en salas de espera del “Policlínico 9 de abril .Trabajo Dirigido, Gestión 2016

GRAFICO 8



Se puede evidenciar que a través de las actividades realizadas el 100% de las mujeres con sus parejas opinan sobre la responsabilidad que deben tener durante el embarazo y que el cuidado del recién nacido debe ser por ambos padres, sin estereotipos de género.

Es decir la importancia del microambiente y patoambiente en el desarrollo de los bebés para que crezcan sanos, así también la importancia de la pareja desde el momento de la concepción y durante todas las etapas de desarrollo del nuevo ser.

TESTIMONIO:

- *“Como próximo papá me debo hacer responsable de los cuidados de mi bebé y mi esposa, ya que somos una familia”.*
(Edwin, 29 años).
- *“El cambio que también los hombres deben estar presentes durante el embarazo son ciertos, pero que no son conocidos en nuestro medio que nos rodea”.*
(Javier, 35 años).

Actividades desarrolladas en el proyecto

• **Asistencia de la población beneficiaria:** En las sesiones educativas se contó con la participación activa de 65% de las mujeres embarazadas que reciben atención pre natal en el Policlínico 9 de Abril, tanto las que participaron en los talleres, como las que recibieron la capacitación en las salas de espera.

• **Elaboración del material del proyecto:** el material que se utilizaron fue videos, exposiciones, y trípticos, los cuales fueron adecuados para la población del proyecto.

Actores Involucrados

- Las embarazadas que participaron en los talleres y las capacitadas en salas de espera,
- además de las parejas que formaron parte del proyecto.
- Caja Nacional de Salud, por ser la institución que coge a la población de estudio, y que también brindó apoyo técnico y humano.
- Universidad Mayor de San Andrés, Facultad Ciencias Sociales, Carrera Trabajo Social, por el aporte teórico y metodológico

Fases inconclusas del proyecto

La ejecución del proyecto si bien termino con las actividades planificadas, la cantidad de participantes fue mínima ya que la mayoría de las mujeres que están aseguradas en la Caja Nacional de Salud, así también la población de estudio es transitoria, se capacitó a 22 embarazadas en salas de espera y 30 en los talleres, en total 52 gestantes. La falta de tiempo para la ejecución del proyecto hizo que se acorten las sesiones

educativas y que éstas se reduzcan a las embarazadas y no se continúe en la etapa del parto, ni en las seis semanas del puerperio.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Se cumplió con la exigencia pedagógica que establece la Carrera de Trabajo Social para un Trabajo dirigido, puesto que fueron desarrollados una investigación diagnóstica y un proyecto de intervención, con la rigurosidad científica que ambos ameritan. Habiendo cumplido también con los términos del convenio suscrito entre la Universidad Mayor de San Andrés, la Carrera de Trabajo Social y La Caja Nacional de Salud.
- Empero el tiempo asignado resultó insuficiente, debido a la incorporación tardía a la institución, debido a dificultades de coordinación institucional, habiéndose reducido la gestión a siete meses (abril a noviembre de 2016), lo que limitó mayor extensión y profundización de la investigación.
- Se pudieron lograr los objetivos de la investigación, puesto que pudo conocerse el nivel de conocimientos de las gestantes, que se constató son escasos y adquiridos de familiares y amigos.
- Se puede concluir en que es difícil pensar en un autocuidado de la salud, que apoye las acciones individuales y familiares de prevención de riesgos durante el proceso gestacional con niveles de conocimientos insuficientes.
- Los programas educativos en los establecimientos de la Seguridad Social son un imperativo para realizar prevención colectiva de riesgos en el período gestacional y lograr desde la base, la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil, así como discapacidades.
- El proyecto de intervención resultó exitoso por la metodología participativa a la que se adscribió, que logró, una participación activa de las mujeres sujeto del proyecto y de sus parejas, hecho no muy fácil de lograr por la ideología patriarcal existente.

- Algo significativo que vale la pena remarcar es la participación de los actores involucrados, no sólo las embarazadas y sus parejas, sino también del equipo interdisciplinario del Policlínico, valioso recurso humano que ofrece grandes posibilidades para desarrollar proyectos educativos sostenibles con futuras embarazadas, para que se constituya en un proceso constante de trabajo para una reproducción humana con menores riesgos prevenibles.
- Pese a los esfuerzos desplegados hubieron limitaciones para obtener información pertinente al problema de investigación, para contrastar los datos recogidos de la unidad de análisis, con otros conseguidos en establecimientos similares.

- Es de reconocer que no se llegó a cumplir el propósito de una intervención, en el continuum embarazo-parto y puerperio, debido a que la población de embarazadas tiene diferentes tiempos de embarazo y a los siete meses de gestación, es derivada al Hospital Materno infantil para su evaluación y control hasta el momento del parto. Un somero seguimiento permitió conocer que sólo una tuvo un riesgo obstétrico importante durante el parto.

Recomendaciones

Se recomienda la profundización de la investigación, en la misma modalidad, diseñar y desarrollar proyectos desde el embarazo hasta el parto y puerperio, puesto que realizar el acompañamiento a la embarazada hasta el momento del parto y puerperio sería fundamental, así se lograría obtener datos estadísticos precisos de la cantidad de niños y niñas que nacen sin riesgo de ninguna naturaleza o si por el contrario se materializan los mismos.

Al Estado se sugiere mejorar las políticas públicas en la población de embarazadas y elaborar planes y proyectos que brinden capacitación multidisciplinaria en todos los centros de salud desde el primer al tercer nivel de atención.

A la carrera de Trabajo Social, concretar los convenios con la C.N.S en tiempo calendario para evitar investigaciones inconclusas.

Bibliografía

- ANDER Egg Ezequiel- AGUILAR Ibáñez María José; Como Elaborar un Proyecto: Guía para diseñar Proyectos Sociales y Culturales 14° Edit. Lumen/Humanista, Argentina 1996
- ANDER Egg Ezequiel; Métodos y Técnicas de Investigación Social, editorial Humanista, 1998, Buenos Aires Argentina
- ANDER EGG, Ezequiel; Diccionario de Trabajo Social; Edit. Lumen/Humanista, Argentina 1995.
- ANDER-EGG Ezequiel; Introducción a las Técnicas de Investigación Social; Editorial Humanista, Argentina,1976
- ANDER-EGG Ezequiel; Metodología del Trabajo Social, Edit. El Ateneo S.A Barcelona, 1982.
- ANDER-EGG, Ezequiel. “Diccionario del Trabajo Social”. Ed. Humanista. Buenos Aires. 1994.
- BARCAZAR JUAN, Protección y desarrollo del niño,1937
- BARRAGAN Rosana; Et al y otros, Guía para la formulación y ejecución de Proyectos de Investigación, cuarta Edición, Programa de Investigación Estratégica en Bolivia(PIEB), 2007, La Paz – Bolivia
- BARUDY Jorge. El dolor invisible de la infancia, 1ra edición, 1998.
- BODADILLA DIAZ, Percy, Diseño y evaluación de proyectos de desarrollo, Peru,1998
- BOWLBY, John, Teoría del Apego,1998
- CASTILLO LOPEZ Isabel, embarazo y parto, 2006
- CEAC, Puericultura, embarazo y primera infancia,1957

- CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL, Gaceta oficial, 1956
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO, Gaceta oficial, 2009
- DOCUMENTACIÓN. Caja Nacional de Salud, 2017
- ESPINOZA VERGARA, Mario. Evaluación de procesos sociales, Humanistas, 2001
- MINISTERIO DE SALUD; Estudio de la maternidad en Bolivia, 2015,
- FUNDACION DE WALL, Prenatal, Módulos 0 al 7, Colombia, 2018.
- FUNDAMENTOS DE LA POLITICA NACIONAL DE SALUD, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1991.
- GUÍA DEL CUIDADO DEL EMBARAZO, Puericultura, 2003
- Helen I. BEE, SANDRAK MITCHELL, El desarrollo de la persona 2da edición, 2001
- HERNADEZ SAMPIERI, Roberto et al, Metodología de la investigación, 2010, 5ta edición, México.
- INSTITUTO BOLIVIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, Teoría y Práctica de la Seguridad social, 1981
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES; Ley SAFCI, Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008
- OMS, Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal, 2010
- OPORTO, Victor; Guía para la elaboración de trabajos académicos, Bolivia, 2011
- PLAN DE RESTRUCTURACIÓN DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD, Ministerio de Salud, noviembre, 2012
- PLAN ESTRATEGICO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA,

Ministerio de Salud, 2009

- PLAN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS; Viceministerio de Justicia, 2008.
- PRENATAL EN GENERAL, Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009-2015
- PSICOLOGIA IBEROAMERICANA, alternativas psicológicas de la mujer embarazada México, 2009.
- SÁNCHEZ GARCÍA MARÍA DEL CARMEN; Revista Aportes “Trabajo Social: Una Nueva Construcción Social”
- SPEDDING P. ALISON, Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas, tercera edición, agosto 2010
- UNESCO, Orientación internacional sobre educación en sexualidad, junio 2010

ANEXOS



GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS Y SUS PAREJAS



SESIONES EDUCATIVAS EN EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL





CHARLA MÉDICA - DRA. ROSARIO QUELALI



ORIENTACIÓN SOBRE DEPRESIÓN PRE Y POST PARTO

LIC. ROXANA CONDE



NUTRICIÓN EN LA ETAPA DEL EMBARAZO

LIC. CARMEN ANAYA



**DESARROLLO DEL EMBARAZO Y PRIMEROS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO-
PEDIATRÍA Y ENFERMERÍA**

EJERCICIOS PRE NATALES – FISIOTERAPIA



