

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN  
Y TECNOLOGÍA MÉDICA**

**UNIDAD DE POST GRADO**



**“CARACTERÍSTICAS EN EL EMBARAZO DE MUJERES  
ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD  
“SANTA ROSA” - GESTION 2012”.**

**POSTULANTE:** Dr. Juan Ángel García Villarroel

**TUTOR:** Dr. Cristhiam G. Villarroel Salazar

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD**

La Paz - BOLIVIA  
2013

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo, a mis hijos e hija y a mi engréida esposa Mayerly, por apoyarme, entenderme, en la culminación de mi carrera, y como muestra para mis hijos, que el ser humano nunca termina de aprender.

## **AGRADECIMIENTO**

- ✓ **A DIOS:** Por darnos la vida, e iluminar el sendero bueno que tiene que llevar el hombre, y la hermandad que tiene que haber entre estos. La lluvia el sol, las plantas y los animales ya que de ello depende la existencia de la vida humana.
  
- ✓ **A MIS PADRES:** Por traerme a la vida, y a ver guiado mis primeros pasos, también la educación que me dieron y sobre todos sus sabios consejos que me permitieron ser un buen hijo y buen ciudadano.
  
- ✓ **A MI ESPOSA E HIJOS:** por apoyarme y darme su amor.
  
- ✓ **A MIS DOCENTES:** Por haberme guiado en el camino de saber de muchas ciencias, que ellos consideraron serian de gran utilidad para el futuro nuestra profesión y así poder desenvolvernos con mucha facilidad.
  
- ✓ **A MIS COMPAÑEROS/AS:** Por aceptarme como un hermano más dentro del saber, y decirles muchas gracias por haber confiado en mí, un año para quien sea yo; quien dirija el curso como presidente del mismo.
  
- ✓ **AL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA:** Por abrirme sus puerta, para que yo como estudiante de post grado universitario pudiera hacer esta investigación con los pacientes adolescentes que asisten a su control prenatal.

## RESUMEN

En el Hospital de Santa Rosa, se ha atendido el parto más joven, que ha sido de 12 años. Un buen porcentaje de partos se atiende a una población de 12 a 19 años. Siendo esta población no muy apta para tener un embarazo normal, por no tener una madurez biológica; ya que ello pone en riesgo su salud y del mismo producto; siendo además que en lo socioeconómico familia se encierra más en la pobreza.

El presente trabajo de investigación, pretende mostrar algunos problemas de salud que se dan en esta región del país; siendo Santa Rosa del Yacuma, capital de la tercera sección de la provincia Ballivian del departamento del Beni. Esta localidad, en tiempos de agua queda un poco aislada por las inundaciones que se dan en el departamento, como también algunas zonas quedan bajo el agua.

En efecto, es importante estudiar e investigar este tema por el valor que se le da hoy a la juventud, que ha tomado conciencia de su importancia para un mundo que cambia. El problema de los jóvenes sin empleo, de la protesta juvenil, de la inadaptación, delincuencia, en la actualidad obliga a tomar mejor conciencia de este fenómeno.

Hoy en día los adultos olvidan su adolescencia, a pesar de la importancia que le dieron en su momento, de los tormentos, de sus luchas y sus problemas de su maduración. Por su parte, los adolescentes ocultan en reiteradas veces sus dificultades y son recelosos de sus secretos, sobre todo cuando se alejan de los adultos para independizarse; sin embargo, **en ninguna edad de la vida tiene el hombre una necesidad tan fuerte de ser comprendido como en la adolescencia.**

## INDICE GENERAL

### INTRODUCCION

#### CAPÍTULO I

##### EL TEMA A INVESTIGAR

1.1. ANTECEDENTES.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.5. OBJETIVOS.....	6
1.5.1. Objetivo general.....	6
1.5.2. Objetivos específicos.....	6

#### CAPITULO II

##### MARCO TEORICO

2.1. CONSIDERACIONES PREVIAS.....	8
2.2. MARCO REFERENCIAL.....	9
2.2.1. Generalidades del Municipio de Santa Rosa.....	9
2.2.2. Características del Municipio de Santa Rosa.....	10
2.2.2.1. Origen Étnico.....	10
2.2.2.2. Religión y Creencias.....	10
2.2.3. Calendario Festivo y Ritual.....	10
2.2.4. Significado.....	10
2.2.5. La localidad de Santa Rosa del Yacuma.....	11
2.2.6. Producción Agrícola.....	12
2.2.7. Recursos Naturales.....	12

2.2.8. Madera de Construcción y Carpintería.....	12
2.2.9. Empleo.....	13
2.2.10. Santa Rosa en lo Socio Cultural.....	13
2.3. MARCO LEGAL.....	14
2.3.1. Cuestiones éticas.....	14
2.4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	15
2.4.1. Embarazo.....	15
2.4.1.1. <i>Placenta</i> .....	15
2.4.1.2. <i>Modificaciones anatómicas y fisiológicas durante la Gestación</i> .....	15
2.4.1.3. <i>Cambios cardiocirculatorios</i> .....	15
2.4.1.4. <i>Cambios hematológicos</i> .....	16
2.4.1.5. <i>Cambios en el sistema respiratorios</i> .....	16
2.4.1.6. <i>Cambios en el Sistema digestivo</i> .....	16
2.4.1.7. <i>Cambios en el sistema urinario</i> .....	17
2.4.1.8. <i>Cambios en piel y tejido celular subcutáneo</i> .....	17
2.4.1.9. <i>Cambios en el sistema óseo muscular</i> .....	18
2.4.1.10. <i>Cambios en el sistema endocrino</i> .....	18
2.4.1.11. <i>Cambios en el sistema nervioso</i> .....	19
2.4.1.12. <i>Cambios en los sentidos</i> .....	19
2.4.1.13. <i>Cambios metabólicos</i> .....	19
2.4.2. Factores sociales de la adolescencia Definición.....	20
2.4.3. Características de los Adolescentes.....	21
2.5. PARTICULARIDADES DE JOVENES ADOLESCENTES DE SANTA ROSA DE YACUMA.....	22
2.6. PERIODOS DEL ADOLESCENTE.....	24
2.6.1. Adolescencia temprana (10 a 13años).....	24
2.6.2. Adolescencia media (14 a 16 años).....	24
2.6.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años).....	24
2.6.4. Pubertad.....	24
2.7. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	25

2.7.1. Definición.....	25
2.7.2. Embarazo no Planificado en Adolescentes.....	26
2.7.2.1. <i>Definición</i> .....	26
2.7.2.2. <i>Consecuencias</i> .....	27
2.7.2.3. <i>Prevención</i> .....	29
2.7.3. Caracterización de los factores sociales.....	31
2.7.3.1. <i>Estabilidad familiar</i> .....	31
2.7.3.2. <i>Estado civil de los padres</i> .....	32
2.7.3.3. <i>Violencia familiar</i> .....	33
2.7.3.4. <i>Estatus social</i> .....	34
2.7.3.5. <i>Edad</i> .....	35
2.7.3.6. <i>Nivel educativo</i> .....	36
2.7.3.7. <i>Hábitos</i> .....	38
2.7.3.7. <i>Estado civil de las adolescentes</i> .....	39
2.7.3.8. <i>Procedencia o residencia</i> .....	40
2.7.3.9. <i>Nivel de instrucción de los padres</i> .....	41
2.7.4. Factores Culturales.....	41
2.7.4.1. <i>Definición</i> .....	41
2.7.5. Caracterización de los factores culturales.....	42
2.7.5.1. <i>Idioma</i> .....	42
2.7.5.2. <i>Etnia</i> .....	42
2.7.5.3. <i>Religión</i> .....	44
2.8. CONTROL PRENATAL.....	45
2.8.1. Interculturalidad en Control Prenatal.....	46
2.9. LA MEDICINA EN EL CAMPO DE LA INTERCULTURALIDAD.....	48
2.10. MARCO LEGAL.....	52
2.10.1. El Seguro Universal Materno Infantil –SUMI.....	61
2.10.2. Ley N° 2026 Código Niño, Niña y Adolescente.....	62
2.10.3. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2004 – 2008) Orientaciones Estratégicas.....	63

### **CAPITULO III**

#### **DISEÑO METODOLÓGICO**

3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	65
3.2. VARIABLES DE ESTUDIO.....	65
3.2.1. Delimitación de las variables explicativas.....	65
3.2.2. Variable respuesta:.....	65
3.3. UNIVERSO O POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	65
3.4. DETERMINACIÓN Y ELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	65
3.5. SUJETOS VINCULADOS A LA INVESTIGACIÓN.....	66
3.6. MÉTODOS.....	66
3.6.1. Observación.....	66
3.6.2. La entrevista.....	66
3.6.3. Encuesta.....	67
3.6.4. Método estadístico.....	67
3.6.5. El cuestionario.....	68
3.7. FUENTE Y DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE RELEVANCIA DE INFORMACIÓN.....	68
3.7.1. Fuentes de investigación.....	68
3.8. DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	69
3.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	72

### **CAPÍTULO IV**

#### **INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	73
CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN.....	101
RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	105



**CAPITULO V**  
**PROPUESTA DE MEJORAMIENTO**

5.1. OBJETIVOS.....	107
5.1.1. Objetivos General del Proyecto.....	107
5.1.2. Objetivos Específicos del Proyecto.....	107
5.2. ALCANCES.....	107
5.3. RESUMEN EJECUTIVO.....	108
5.4. DESARROLLO DE LA PROPUESTA.....	109
5.5. PLANES DE ACCION.....	111
5.5.1. Justificación.....	112
5.5.2. Metodología.....	113
5.5.3. Análisis de factibilidad.....	113
5.5.4. Análisis de viabilidad.....	114
5.5.5. Cronograma.....	114
5.5.6. Presupuesto.....	114
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>115</b>

**ANEXOS**

## INTRODUCCION

Sin duda alguna, existe un número muy alto de embarazos en adolescentes. Las condiciones actuales de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de los jóvenes.

No obstante, la escuela y la familia hacen muy poco por la educación sexual de los niños y adolescentes. La tónica general es el silencio o el disimulo. Ni padres ni maestros hablan sobre el tema. Los jóvenes buscan información en otras fuentes, sobre todo entre los amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras.

Adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada, con visos de tragedia frente al escándalo de la institución educativa, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella las adolescentes y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales.

Este fascículo se centra en la problemática del embarazo adolescente, como una voz de alerta frente a su alarmante frecuencia, y con la esperanza de contribuir a una más sólida orientación educativa en los hogares, en las unidades educativas y por que no en las postas de Salud, Centros de Salud, Hospitales ante las responsabilidades de la sexualidad y de la salud reproductiva.

En efecto, según la historia clínica y libro de registro del Centro de Salud "Santa Rosa", se atendió el parto más joven, que ha sido una paciente de 12 años. Sin duda alguna, el porcentaje de partos se atiende a una población de 12 a 19 años; siendo esta **población** no muy apta para tener un embarazo normal, por considerarse de Alto Riesgo Obstétrico; ya que ello pone en riesgo la salud de la madre y el niño además de afectar la parte socioeconómica de la familia.

El presente trabajo de investigación, pretende identificar las características que influyen en el embarazo de adolescentes que asisten al Hospital de Salud “Santa Rosa”.

En efecto el presente documento se encuentra desarrollado por cuatro capítulos:

El **capítulo I**, refiere al tema de estudio, donde se detalla el antecedente, justificación, el planteamiento del problema, objetivos.

El **capítulo II**, señala el marco teórico referencial y conceptual, donde se expresa el contexto social y económico en el que se desarrolló la investigación; de la misma forma al marco teórico conceptual, que nos permitió sustentar el trabajo de investigación, además de la comparación de conceptos fundamentales en lo que concierne al presente tema

El **capítulo III**, detalla el diseño metodológico, tipo de investigación, métodos, técnicas y el procedimiento de la recolección de datos.

El **capítulo IV**, presenta los resultados del marco real del objeto de estudio, mostrando las dificultades encontradas y el correspondiente análisis de los mismos, para luego presentar las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, en el **capítulo V**, se encuentra la Propuesta de Mejoramiento, que efectúa la presente investigación, con los aportes más relevantes para la solución del problema de estudio.

# **CAPITULO I**

## **EL TEMA INVESTIGAR**

### **1.1. ANTECEDENTES**

Los adolescentes son los adultos del mañana y constituyen una proporción substancial de la población. Ignorar sus necesidades no sólo es difícil sino imprudente e injusto. Es difícil porque el número de los adolescentes es tan grande; imprudente, porque lo que les sucede a ellos afecta a toda la humanidad tanto ahora como en el futuro; e injusto, porque los adolescentes son miembros de la familia humana y no deben estar privados de los derechos que gozan los otros miembros.

Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día 41095, cada hora 1712. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, Ecuador, Perú, Brasil y Bolivia, representando entre un 15 - 25% de las adolescentes<sup>(1)</sup>.

Al respecto la OMS define la adolescencia como: etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10 – 14 años) y la tardía (15 – 19 años)<sup>(2)</sup>.

En Bolivia alcanza a un 70%. De acuerdo a los datos de 2011 del SEDES LA PAZ, el país ocupa el tercer lugar en los índices de embarazos en adolescentes en Sudamérica, los casos en el primer semestre casi llegan a los 7.000<sup>(3)</sup>.

En el área rural el 56% en este rango de edad ya fue madre de un hijo antes de los 20 años. El 50% de los embarazos no es planificado.

Como se podrá observar existen datos a nivel Mundial y Nacional, de lo que representa los embarazos no planificados en las adolescentes, pero no así datos de esta problemática a nivel local, es decir del Municipio de Santa Rosa del Yacuma

Al margen de no tener datos específicos, se desconoce principalmente las causas sociales y culturales que determinan los embarazos en nuestras adolescentes que vienen a control prenatal al hospital de Santa Rosa del Yacuma. En el área rural tiene sus propias particularidades, sean culturales, sociales; por ejemplo descendientes afros, aimaras, quechuas, migrantes del altiplano; el idioma, la influencia de las religiones, entre los aspectos sociales por ejemplo desconocemos la situación económica, de la adolescentes las características del entorno familiar, el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, el uso concomitante de tabaco, alcohol u otras drogas, etc.

Por estos diversos aspectos, señalados surgen estos cuestionamientos respecto a las probables causas sociales y culturales que intervienen en los embarazos no planificados en las adolescentes de Santa Rosa en la gestión 2012.

La educación sexual, es importante por diversos factores que desde ya hace mucho tiempo, deberían haber sido conocido, analizado y enfrentado. Los prejuicios y las ideas preconcebidas de los adultos, no permiten al adolescente enfrentar esta etapa de su vida de una manera natural y objetiva. Muy por el contrario, el despertar de su sexualidad, provoca en los padres y otros adultos una actitud de recelo y de malicia.

La adolescencia es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven; una de las primeras contradicciones es la de mantener mente infantil en cuerpo de mujer. Es una de las etapas más hermosas de la vida en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto, operándose una serie de cambios anatomofisiológicos y psicosociales. En la adolescencia se producen definiciones de conducta que regirán la vida adulta.

## 1.2. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es una etapa donde la construcción de su subjetividad está tan influenciada por el contexto socio cultural y cuando aún están resolviendo su crisis vital es cuándo se ven obligados a elegir qué hacer de sus vidas.

Los embarazos no planificados en las adolescentes es un problemática actual cada vez más evidente y preocupante tanto por los riesgos fisiológicos y anatómicos que implica esta situación, en la cual el cuerpo de estas adolescentes se encuentran recién en proceso de formación lo que hace más difícil el parto y tengas más probabilidad de complicaciones tanto para el recién nacido como para la joven madre.

Es importante señalar también que tendrá a futuro repercusiones directas sobre la vida social, familiar y personal de las adolescentes; motivado por esta temática se decidió identificar las características relacionados con el incremento de embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años, que acuden al Centro de Salud de “Santa Rosa” del Yacuma.

La adolescencia es un periodo de grandes y diversos cambios que se suceden en forma muy dinámica con modificaciones físicas y emocionales que son el cimiento para la vida adulta en forma integral.

Siendo la adolescencia un proceso de transición en la cual la adaptación al medio que les rodea es un proceso largo y difícil tanto física como psicológicamente, sumado a ello los problemas de la familia como son las separaciones, el abandono, el bajo nivel educativo de los progenitores, la lejanía de los colegios, la presión de los amigos, el stress del estudio, la falta de orientación sobre temas como el alcoholismo, salud sexual y planificación familiar, consumo de drogas, etc. llevan a las adolescente a cometer errores tales como el tener relaciones coitales sin protección cuya consecuencia son los embarazos a temprana edad, no planificados que pueden estar o no asociados a ITS Y HIV-SIDA.

Los embarazos no planificados en las adolescentes creemos que es un problema actual en Santa Rosa del Yacuma que preocupa a toda la sociedad y lógicamente a los que trabajamos en salud no solo por los riesgos biológicos de las adolescentes sino también porque involucra inconvenientes psicológicos, familiares y socioculturales previos y posteriores de producido el parto.

Es relevante este trabajo porque posteriormente permitirán diseñar una estrategia de intervención sobre los factores socioculturales que coadyuven de alguna manera a disminuir los índices de embarazos en las adolescentes en el municipio de Santa Rosa del Yacuma.

Queremos coadyuvar a disminuir el número de embarazos no planificados que se producen en las adolescentes que están determinados por factores socioculturales que en áreas rurales son las causas más importantes para que exista altos índices de adolescentes embarazadas, condición que posteriormente es una determinante negativa en el proyecto de vida porque muchas veces se ve truncado por la responsabilidad de criar y educar a sus hijos, generalmente en hogares mono parenterales, sin contar con el apoyo de la familia y obligadas a trabajar para sustentar a su hijo o hija, además deberán afrontar la discriminación de la sociedad por ésta situación. Estas consecuencias del proceso de exclusión social y económica de los adolescentes que asisten al hospital de Santa Rosa, Es aquí donde las acciones de otro adquieren especial significado.”

Es factible realizar el presente trabajo, porque se cuenta con los recursos humanos comprometidos con la mejora en la salud de la población como son los médicos, enfermeras e interna de Licenciatura en enfermería que desarrolla sus actividades en el Hospital de Santa Rosa del Yacuma. En lo que se refiere a los recursos económicos, el proyecto es autofinanciable por el investigador.

La trascendencia del presente trabajo radica en que los embarazos no planificados no solo es una problemática local de Santa Rosa, se evidencia también que se

presenta en diferente magnitud en todo el departamento del Beni y porque no decirlo de todo el país. Por tanto es una problemática que si la abordamos en los aspectos preventivo educativos estaremos previniendo las consecuencias señaladas más arriba.

Las cifras expuestas líneas arriban, son una de las realidades más lazarantes en nuestro país, es así que la población de Santa Rosa de Yucuma, es uno de ellos, donde el índice de mujeres adolescentes gestantes es significativo en consecuencia preocupante. En tal sentido, nos impulsa a realizar el presente trabajo correspondiente a la gestión 2012.

### **1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Sin duda, la adolescencia es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Se trata de un momento en la vida del ser humano en que se pone de manifiesto, a veces, en forma muy notable, la importancia de los factores sociales y biológicos, aunque quizás exagere aquel autor que plantea la adolescencia como un nuevo nacimiento, no se aleja totalmente de la realidad, ya que es una etapa en la que aparecen intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados, lo que junto a los cambios fisiológicos hacen evidente una transformación significativa en este sujeto que poco a poco deja de ser un niño(a), para irse convirtiendo en adulto(a)

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprensiones, donde se hace posible el descubrimiento de uno mismo, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan, en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y la falta de educación en el orden sexual, posibilita que las y los adolescentes se crean aptas(os) para concebir y reproducir, por lo que se considera este período como importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y una paternidad precoz.



En efecto, en Santa Rosa los padres de familia y personas mayores, por factores sociales, económicos y culturales, suelen utilizar términos disfrazados para tocar el tema (pajarito, huevo, sapo, concha) y se hacen bromas y cuentan chistes, alusivos al acto sexual. Se vive de manera promiscua, muchos niños ven a sus padres hacer el amor y como no les es permitido preguntar de qué se trata, crecen con complejos, ideas falsas al respecto y sin saber qué actitud tomar frente a esa realidad.

#### **1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En el acápite descrito líneas arriba, nos enfrentamos al siguiente problema científico:

***¿Cuáles son las características en el embarazo en mujeres adolescentes que asisten al Centro de Salud de “Santa Rosa” - 2012?***

#### **1.5. OBJETIVOS**

##### **1.5.1. Objetivo General**

- Determinar las características, por las cuales las adolescentes que asisten al Centro de Salud de “Santa Rosa”, se embarazan a temprana edad en la gestión 2012.

##### **1.5.2. Objetivos Especificos**

1. Identificar las creencias y costumbres sobre el embarazo en las mujeres adolescentes que asisten al Centro de Salud “Santa Rosa”,
2. Determinar el conocimiento, actitud y práctica de los métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes que asisten al Centro de Salud de Santa Rosa
3. Establecer la actitud de las adolescentes sobre los embarazos no deseados, que asisten al Centro de Salud “Santa Rosa”.

## **1.6. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN**

El trabajo de investigación tendrá un alcance científico porque se está trabajando con datos reales, al observar a pacientes de 12 a 19 años, que asisten a su Control Prenatal al Centro de Salud de "Santa Rosa", también la muestra que se está tomando representa a la realidad del municipio de Santa Rosa, y esta es factible a una realidad oriental en su conjunto y por qué no de las jóvenes de Bolivia que se encuentren cursando esta edad, para la cual se ha tomado en cuenta como nuestro objeto de estudio.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. CONSIDERACIONES PREVIAS.**

El Estado Plurinacional de Bolivia, está ubicado en la parte central de Sudamérica, con una superficie de 1.098.581 Km<sup>2</sup>. Para su mejor comprensión se divide en tres Zonas; zona Andina, abarca el 25% del territorio, comprende parte del departamento de La Paz, Oruro y Potosí, la altura promedio es de 3.555 msnm, la temperatura más baja suele llegar hasta menos 20°C. zona sub andina, comprende el 16% del territorio, son los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y Tarija, que están entre 1.000 a 3.000 msnm, con una temperatura promedio de 25°C. finalmente la zona tropical que comprende el norte del departamento de La Paz, Beni, Pando y Santa Cruz<sup>(4)</sup>.

Indicar que Bolivia es un estado plurinacional en la cual se reconocen oficialmente 36, etnias, es decir con una diversidad cultural muy amplia en donde las practicas, costumbres y actitudes propias de cada cultura influyen en gran medida en el aspecto de la salud.

En nuestro país se viene produciendo reformas a partir de la Nueva Constitución del Estado que entre otras cosas, en las políticas de salud han incluido a la medicina tradicional y se viene aplicando un nuevo modelo de atención y de gestión que es el SAFCI que incluye como uno de sus principios a la interculturalidad que busca revalorizar a la familia, a la comunidad y al medio ambiente, con la finalidad de conocer, entender y brindar una atención con adecuación cultura.

## **2.2. MARCO REFERENCIAL.**

### **2.2.1. Generalidades del Municipio de Santa Rosa.**

El pueblo de Santa Rosa del Yacuma se encuentra ubicado en el departamento del Beni, tercera sección de la provincia Ballivian cerca del río Yacuma y del lago Rogagua, vinculada con la carretera troncal que une el norte con el sur del país, es decir con los departamentos de Pando y La Paz.

El pueblo de Santa Rosa no es Autóctono, su fundación fue promovida por gente cruceña en su mayoría, hubo también habitantes del altiplánicos y extranjeros. Durante la explotación de la cascarilla o quina (1830 – 1870)<sup>(5)</sup>. Santa Rosa del Yacuma acumuló importante riqueza ganadera, vacunos sin propietario que ambulaban libremente por campos baldíos de esta jurisdicción, por entonces el ganado tenía poco valor, porque no había mercado para su venta, pero cuando aparece la explotación de la goma en 1880, se generó mercados en el acre brasileño. El pueblo fundamenta su origen sobre una estancia ganadera llamada Santa Rosa fundada en la época de la explotación de la cascarilla.

En el año 1890 con la incursión de inmigrantes que asentaron, empezaron a la labrar la tierra en el lugar que actualmente ocupa Santa Rosa, donde se dio origen a una pequeña aldea que la llamaron porque se encontraba dentro de los predios de la propiedad del mismo nombre.

Este pueblo, desde su origen fue llamado con el nombre de Santa Rosa, con esta misma nominación fue declarada cantón pero, también sus habitantes la llamaron Santa Rosa del Yacuma por estar situada cerca del río Yacuma, nominación que se mantiene hasta la fecha.

La población de Santa Rosa de Yacuma no tiene un acta de fundación, sin embargo se la reconoce desde el año 1907 por decisión de sus habitantes <sup>(5)</sup>.

## **2.2.2. Características del Municipio de Santa Rosa**

### **2.2.2.1. Origen Étnico**

En la jurisdicción municipal no existen pueblos indígenas.

La lengua o idioma hablado por la población del Municipio es el español. Al no existir grupos étnicos y/o indígenas no se habla ningún idioma originario.

### **2.2.2.2. Religión y Creencias**

La religión católica es predominante en el Municipio. En el área urbana y rural también existen congregaciones evangélicas y otras.

## **2.2.3. Calendario Festivo y Ritual**

Los católicos festejan las fiestas patronales de las comunidades, porque éstas en su gran mayoría tienen un santo/ virgen (Patrono o Patrona) de veneración. La fiesta principal es el 30 de Agosto en conmemoración a la patrona del mismo nombre. Festividad que reúne a los católicos en adoración, sumada a las manifestaciones culturales (música, danzas, trajes típicos, etc.).

En las comunidades rurales celebran su aniversario generalmente seguida de una procesión, acompañada con música autóctona de bombo, tambor, flauta y danzas típicas (macheteros, mamas y otros).

### **2.2.4. Significado**

Para los católicos que son la mayoría de los habitantes de Santa Rosa, esta festividad y ritual que ofrecen a la virgen Santa Rosa de Lima, patrona de la población, tiene un especial significado que es el agradecimiento a la Santa Patrona

por las bendiciones recibidas en todo el año, es decir, por la salud, trabajo y dinero y, otras bendiciones que según la fe y la creencia de muchos hace que le rindan adoración.

### **2.2.5. La localidad de Santa Rosa del Yacuma**

Los curas jesuitas ingresaron a Moxos, en el tiempo del coloniaje español, a través de los ríos Grande y Mamoré, tomaron posición e iniciaron su labor de adoctrinar y convertir a los nativos al cristianismo. Enseñaron a cultivar otros productos agrícolas y otros tipos de artesanía, fundaron el primer pueblo con el nombre de nuestra señora de Loreto, el 25 de marzo de 1682. Pronto vieron la conveniencia de traer una partida de ganado vacuno desde Santa Cruz, para enriquecer la dieta alimentaria de los nativos<sup>(6)</sup>.

Existen varias versiones referente al origen de la ganadería en el Beni, sin embargo, la versión más conocida, dan crédito al esfuerzo del Jesuita Cipriano Varáce que trajo desde Santa Cruz 200 reses; pero el duro trajín de 54 días por el camino, logro introducir a Trinidad un numero de 86, el año 1683<sup>(6)</sup>.

Posteriormente se incrementó con otra partida, repartiendo el ganado a los pueblos que venían fundando. Es el origen de la ganadería beniana actual, con el tiempo, la reproducción del ganado en el Beni se fue multiplicando, con el debido cuidado y domesticación por los jesuitas.

A partir de la expulsión de los Jesuitas, fue que se descuido el pastoreo de ganado, este se esparció y se produjo sin control por todo el Beni, originándose de esta manera el ganado cerril, es decir ganado sin propietario. Con el ganado, Beni atesoro rico botín de Riqueza que despertó la codicia primeramente de los curas que reemplazaron a los Jesuitas, dependiente del obispado de Santa Cruz, después los gobernadores, administradores y el de los funcionarios del estado en complicidad con los mismos curas y corregidores, Se enriquecieron a costas del ganado cerril.

El ganado vacuno en Santa Rosa del Yacuma se origino a costa del ganado que se establecía en los pueblos fundados por los jesuitas, Santa Ana , San Borja y Reyes, es de suponer que algunas partidas de reses se escaparon del cuidado de los Jesuitas, internándose en la Amazonía, lejos de la vista del hombre, esto es los campos de santa Rosa del Yacuma, originándose el ganado cerril, sin propietario alguno, con mayor razón cuando los Jesuitas fueron expulsados de Bolivia, el año 1767, el descuido del pastoreo de ganado estanciado fue mayor, dispersándose en cantidades considerables. El territorio de santa Rosa del Yacuma, se lleno de Ganado cerril.

#### **2.2.6. Producción Agrícola**

La producción agrícola en Santa Rosa es pobre, puesto que los productos de primera necesidad llegan desde la ciudad de la Paz; de la misma forma se traen desde Rurrenabaque frutas como: papayas, plátano, yuca, y desde Caranavi llegan maíz y arroz pelado. Santa Rosa del Yacuma cuenta con grandes zonas fértiles, aptas para cultivos variados.

#### **2.2.7. Recursos Naturales**

La población de Santa Rosa es un área urbana-rural. Desde su inicio dependió y depende del campo para subsistir su riqueza. Tiene importantes recursos naturales. Los animales silvestres alimenticios, son otra riqueza natural de éstos bosques, la caza de ellos es norma por la apetitosa carne silvestre.

#### **2.2.8. Madera de Construcción y Carpintería.**

Los árboles madereros son variados y poco abundante; sin embargo, suplen las necesidades básicas de esta región cuyas especies se encuentran: Jacarandá, mara macho, Blanquillo, vi, Tajibo, palo maría, aliso, japunaqui, mora, tumi, guayabochi, cusé y ojoso, siendo el cuchi y tajibo las maderas más apetecidas para la construcción de vivienda, muebles, postes para potrero, corrales ganaderos y otros.

### **2.2.9. Empleo**

En esta población, los empleados públicos, privados y fiscales, son pocos, las necesidades económicas recaen en las clases obreras y los más afectados son los jornaleros, porque su trabajo no es estable, continuo fijo, sino por día, sufriendo privaciones.

### **2.2.10. Santa Rosa en lo Socio Cultural.**

Las costumbres de Santa Rosa se perciben mayormente en su fiesta patronal del 30 de agosto, en el que reúnen a gran cantidad de pobladores, familiares y amigos que llegan del interior y exterior (Europa, Estados Unidos, Argentina, Brasil, entre otros) del país demostrando alegría y entusiasmo; es la fiesta de todos los Santa Roseños, la fiesta es la reunión de las familias, es una de las mejores posibilidades de encuentro. Múltiples trabajadores en las comunidades y estancias ganaderas dejan sus faenas y se trasladan a Santa Rosa en sus efemérides.

Muchos llegan de pueblos vecinos y otros de departamento para unirse con sus familias y participar de esta fiesta, como también llegan personas del interior con propósitos comerciales. Esta misma acción, este mismo sentir se produjo el 30 de agosto de 1904, cuando se festejó, quizá la primera fiesta patronal.

El palo encebado, el jocheo de toro, gozan de merecida tradición en los pueblos del Beni, durante tres días gozan de manera incansable el jocheo de toro. También se puede mencionar las danzas típicas del lugar como el motacú, las palmeras, los macheteros, los toritos, los callahuayas y otros que bailan a la virgen de Santa Rosa de Lima.



## **2.3. MARCO LEGAL**

### **2.3.1. Cuestiones éticas**

En el Centro de Salud Santa Rosa de de Yacuma, cumplen las Normas y Leyes emanadas por la Nueva Constitución Política del Estado, que tienen que ver con la prioridad de la salud de los habitantes, no solo de la población de Santa Rosa sino de todas las comunidades del mismo.

También se respetan las tradiciones un poco salvajes que se dan en esta región, como el jocheo de toro donde el peón pone en riesgo su vida, el centro de salud asiste, a estos eventos culturales, con equipos de primeros auxilio en caso de emergencia.

He podido observar que en el centro de salud no se discrimina a nadie, sino que todos son atendido, tantos, cambas, collas y chapacos, por tratarse de la vida y la vida no tiene color, o cultura a todos se los atiende de la misma manera porque se trata de salvar vidas y especialmente si son adolescente donde sus vidas están en riesgos.

En relación a los trabajadores del Centro de Salud “Santa Rosa”, se guarda absoluta reserva y discreción de los pacientes que son atendidos y de su internación se les comunica a los familiares de la enfermedad que tiene su familiar sin divulgar a terceras personas.

También todos los que trabajan en este centro de salud se llevan de una manera amena y armoniosa, ya que siempre se comparte un refrigerio en la mañana y también algunas veces por la tarde, donde ríen un rato, se hacen bromas, celebran el cumpleaños de alguien del grupo de salud, pero hay una buena comunicación entre los trabajadores de dicho centro.

## **2.4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **2.4.1. Embarazo**

Denominado también gravidez al periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado y el momento del parto, con cambios fisiológicos, metabólicos, e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto y dura más o menos 40 semanas<sup>(7)</sup>.

El embarazo se inicia con la fecundación, que es la penetración del espermatozoide al ovulo, para formar lo que es el huevo, donde recibe la carga genética materna por igual con paterna esta fecundación se produce en parte ampular de la trompa para luego ir a implantarse al endometrio del útero entre los días 5 a 7 días después de la ovulación.

#### **2.4.1.1. Placenta**

Funciones de la placenta; tiene varias funciones, se encarga del suministro de nutrientes, del crecimiento y del metabolismo fetal. Tiene una función de barrera impidiendo el contacto directo de la sangre materna y fetal, impidiendo también el paso de ciertas sustancias, además una función hormonal fundamental.

#### **2.4.1.2. Modificaciones anatómicas y fisiológicas durante la gestación.**

Estos cambios se producen con el objeto de conseguir un buen ambiente para el desarrollo de la gestación implicando factores hormonales, mecánicos y nutritivos.

#### **2.4.1.3. Cambios cardiocirculatorios.**

Aumento de la volemia en forma progresiva del volumen total y plasmático, alcanzando su máximo nivel en las semanas 28 a 32 (40% más del valor antes del

embarazo) <sup>(7)</sup>. Se produce una vasodilatación periférica generalizada, aumento del flujo sanguíneo en todos los órganos; por último caída de las presiones coloidosmóticas que producen edemas.

La tensión arterial disminuye en los dos primeros trimestres, debido a una disminución de las resistencias periféricas, elevándose progresivamente en el tercer trimestre. A nivel cardíaco, la elevación de diafragma desplaza al corazón hacia arriba y a la izquierda, por aumento del volumen sistólico y de la frecuencia cardíaca se produce un aumento del gasto cardíaco.

#### **2.4.1.4. Cambios hematológicos**

Serie roja, se produce un aumento de los glóbulos rojos con un aumento proporcionalmente mayor del volumen plasmático, creándose una anemia fisiológica dilucional. En los glóbulos blancos se puede observar una leucocitosis leve, que raramente se acompaña de desvío hacia el izquierdo, puede llegar 20.000 en el puerperio<sup>(8)</sup>.

La coagulación se ve afectada por un estado de hipercoagulabilidad por un aumento del fibrinógeno, de la tromboplastina y de los factores I, II, VII, VIII, IX y X y a una disminución de las plaquetas.

#### **2.4.1.5. Cambios en el sistema respiratorios**

Hiperventilación debida, entre otros motivos, a la acción de la progesterona que aumenta la sensibilidad al CO<sub>2</sub> del centro respiratorio, como consecuencia se produce una alcalosis respiratoria.

#### **2.4.1.6. Cambios en el Sistema digestivo**

Nauseas y vómitos, más intenso en el primer trimestre, en gestaciones múltiples.

A nivel oral, encías hipertróficas e hiperémicas, que se resuelven espontáneamente tras el parto, La saliva es más acida y abundante. Las odontalgias y las caries se intensifican por el metabolismo alterado del calcio.

Gastrointestinal, disminución del tono del cardias que causa reflujo y pirosis, agravados por el aumento de la presión intra abdominal por un útero en crecimiento; relajación de la musculatura lisa intestinal por efecto de la progesterona produciéndose una disminución de la motilidad intestinal, estreñimiento, que se pueden complicar con hemorroides.

Los cambios a nivel hepatobiliar, se produce un aumento de la fosfatasa alcalina, colesterol, triglicéridos y Disminución de proteínas. y La vesícula biliar presenta atonía y distensión acentuadas, así como espasmo del esfínter de Oddi, lo que explica la mayor frecuencia de litiasis biliar.

#### ***2.4.1.7. Cambios en el sistema urinario***

En los cambios anatómicos lo que se observa ligero aumento del tamaño de los riñones, dilatación ureterales intensa del lado derecho que favorece las crisis renoureterales sin litiasis que desaparece 6 a 8 semanas después del parto. Reflujo vesicoureteral que favorece la bacteriuria y cierta disminución del esfínter ureteral que puede producir incontinencia.

Los cambios funcionales son, aumento del flujo plasmático renal, aumento del filtrado glomerular en un 40 a 50% y aumento de la reabsorción glomerular. Los edemas son posicionales, debido a los fenómenos compresivos.

#### ***2.4.1.8. Cambios en piel y tejido celular subcutáneo***

Aumento de la pigmentación en vulva, pubis, ombligo, línea alba, cara (cloasma gravídico) y cuello debido a la estimulación de la hormona melano estimulante

mediada por la progesterona. Aparición de estrías y arañas vasculares de distribución topográfica típica en zonas de mayor distensión de los tegumentos, precisamente esta distensión es la causa de las estrías al vencerse la elasticidad de las fibras de la dermis estas se desgarran. En el tejido celular subcutáneo, la acumulación de tejido graso es lo que llama la atención.

#### **2.4.1.9. Cambios en el sistema óseo muscular**

Durante el embarazo existe hipertrofia e hiperplasia de los músculos, especialmente del dorso y del abdomen. A nivel de los huesos se observa cierta predisposición al crecimiento, con aumento consiguiente de la estatura sobre todo de las mujeres jóvenes. En las articulaciones se aprecia una mayor movilidad de las mismas, especialmente en la sínfisis y las articulaciones sacro ilíacas; esta movilidad produce cierta lordosis compensadora a nivel de la columna.

#### **2.4.1.10. Cambios en el sistema endocrino <sup>(8)</sup>.**

- a) **En la hipófisis;** se produce la mayor cantidad de hormonas y durante el embarazo algunos disminuyen su producción de la LH y FSH (retroalimentación negativa), aumento de la ACTH, MSH, progesterona, estrógenos y PRL. La prolactina va aumentando hasta el parto y participa en el equilibrio hidroelectrolítico fetal y en mantenimiento de la secreción láctea. La oxitócina va aumentando hasta niveles máximos en el parto.
- b) **En el páncreas;** se produce hiperplasia de sus islotes, hipersecreción de insulina y glucagón.
- c) **Suprarrenales;** aumento de la actividad de la aldosterona, tras un aumento de la renina plasmática. Aumento del cortisol y la testosterona.
- d) **Tiroides;** existe incremento de T3, T4, TGB, por estimulación tiroidea que puede favorecer el origen del bocio.

#### **2.4.1.11. Cambios en el sistema nervioso**

La influencia del embarazo en la aparición de trastornos nerviosos es manifiesta e indudable. El insomnio o la acentuación del sueño, las cefaleas, neuralgias, la ciática, las parestesias, los calambres, vértigos lipotimia.

Las modificaciones psíquicas, son notorios los cambios de carácter de la mujer, no solo por el estado grávido sino también acentuado por problemas sociales, económicos

#### **2.4.1.12. Cambios en los sentidos <sup>(9)</sup>.**

- a) **En los ojos** es poco probable que se presenten cambios, puede haber hipersecreción lagrimal, disminución de la tensión ocular. El fondo de ojo es normal.
- b) **A nivel auditivo** se puede apreciar disminución de la agudeza auditiva, además de agravación de los trastornos preexistentes.
- c) **Gusto**; la sensibilidad gustativa se altera con frecuencia e intensidad variables para los distintos tipos de sabores, lo que conduce a las perturbaciones groseras y caprichosas de la alimentación.
- d) **Olfato**; son trastornos funcionales, con una hipersensibilidad de rechazo para determinados olores (perfumes, cocina, cigarro)

#### **2.4.1.13. Cambios metabólicos**

Aumento del metabolismo basal en un 20% y del consumo de oxígeno.

En la primera mitad del embarazo se produce una situación de anabolismo (acumulación de reservas) mediada por las hormonas esteroideas, las cuales facilitan la lipogénesis y la síntesis proteica.

La segunda mitad del embarazo se caracteriza por ser un periodo de catabolismo (gasto de lo acumulado en la primera mitad de la gestación) debido principalmente a la acción antiinsulínica del Lactogeno placentario, favoreciéndose la lipólisis y la hiperglucemia para que llegue al feto por difusión facilitada.

Existe un aumento de minerales como, sodio y del potasio y una disminución del calcio hierro, magnesio y fosforo.

Se produce una disminución del ácido fólico, debiendo administrarse en el periodo preconcepcional y durante la organogénesis para prevenir defectos del tubo neural.

#### **2.4.2. Factores sociales de la adolescencia: Definición**

La OMS define como adolescencia al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere, la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años <sup>(2)</sup>.

Es un periodo de aprendizaje y de cambios en nuestra fisiología, en nuestros pensamientos, de adaptación al medio que nos rodea, con notable influencia de la familia, la cultura y la sociedad en su conjunto. En lo psicológico, se presenta una crisis con nuestro interior en la cual nos queremos encontrar a nosotros mismos; en lo biológico lo principal es el proceso de desarrollar su facultad de reproducirse y el descubrimiento de su sexualidad, todo eso con la influencia de aspectos culturales, interculturales y sociales con las limitaciones propias de su entorno.

No olvidemos que el crecimiento y desarrollo del adolescente en áreas rurales tiene sus propias particularidades por diversos aspectos; podemos señalar por ejemplo las dificultades económicas, los problemas y limitaciones en lo educativo, en la poca accesibilidad a la salud, los idiomas que se hablan, la influencia de los diversos medios de comunicación; por la diferentes clases sociales (clase media, pobres,

campesinos), razas, que confluyen y que se inter relacionan (aimaras, mestizos, afro descendientes) la influencia de su cultura, es decir costumbres, practicas y percepciones propias de su cosmovisión que muchas veces chocan con lo que ven a través de los medios de comunicación y tienen a su alrededor.

Por tanto, es una etapa de transición; por la cual pasamos todos los seres humanos y si hacemos memoria, nos acordaremos todos, que fue un periodo de difícil tránsito en nuestras vidas.

#### **2.4.3. Características de los Adolescentes <sup>(9)</sup>.**

Algunos psicólogos la han clasificado las personalidades de los adolescentes en cuatro categorías que nos pueden servir de guía. Vale aclarar que no son categoría rígida que se apliquen a todos los adolescentes o que se presenten en estado “puro”, ya que algunos adolescentes pueden tener más de una de estas características.

- El adolescente convencional: tiende hacer lo que esta correcto, acepta la autoridad, es educado, voluntarioso y apegado a la familia. Busca encajar con el orden social.
- Adolescente idealista: quiere cambiar la sociedad, hacer que el mundo sea un mejor lugar. Lo enardece y revela la injusticia, se apuntara a movimientos que buscan lograr cambios, revoluciones. Algunos se dedican a la enseñanza, la medicina, la psicología.
- El adolescente hedonista: hace de la diversión su ocupación. Vive el presente sin tener en cuenta el futuro o la consecuencia de sus actos. Su principal interés es buscar emociones y satisfacer sus gustos. Pero aunque no lo parezca, los hedonistas tienden a estar aislados, de sí mismo y de los demás.



- El adolescente socio patico o psicopático: es un sujeto sin consecuencia, no ha incorporado normas, no tiene consecuencia de lo que está bien y lo que está mal. Comparte con los hedonistas la búsqueda egoísta de autosatisfacción, sin sentir culpa por el daño que puede hacer a otros, no tienen piedad en los negocios o en sus conquistas amorosas. Es potencialmente peligroso.

## **2.5. PARTICULARIDADES DE JOVENES ADOLECENTES DE SANTA ROSA**

La población de jóvenes de Santa Rosa del Yacuma que asiste al centro de salud de Santa Rosa, en su gran mayoría son jóvenes que tienen una edad comprendida mediana entre 12 a 19 años, son jóvenes de clase media baja, ya que en mucho de los casos se llegan a embarazar por falta de información y de cuidado que deben tener los jóvenes con su cuerpo.

Otra de las causas que se ha podido observar, es el libertinaje que los padres le dan a sus hijo(as) hasta altas horas de la noche, quienes se hallan en los locales bailando, bebiendo llegando a quedar ebrias, donde muchas chicas son abusadas sexualmente por sus mismos amigos, y no saben de quien es el hijo una vez embarazada, no se acuerda que es lo que pasó.

La juventud de Santa Rosa, le gusta practicar deporte, pero no hay campos deportivos donde pudieran practicar su deporte favorito, como es el futbol, basquetbol, futsal por mencionar otros. Los campos deportivos ya no sirven, y en ningún barrio o zona de la población existe una cancha iluminada o que este en buen estado para dichas prácticas; por lo que estos campos no llaman la atención por el estado en que se encuentran, a partir de ahí que el joven para divertirse prefiere ir a un karaoke, discoteca, o a un bar para poder divertirse ya sea bailando o emborrachándose hasta altas horas de la noche, y es ahí donde las más perjudicada son las menores de edad al ser embarazadas, cuyas consecuencias negativas en lo social donde se ven frustradas sus aspiraciones de seguir sus estudios muchas de

ellas ni siquiera culminan la secundaria ni mucho menos elegir una carrera universitaria.

Otra de las causas, de los jóvenes de Santa Rosa del Yacuma es la libertad que tienen, nadie les controla el horario de salida y llegada a su hogar, y de ahí se inicia el pandillaje, incurren en la mala vida como son la prostitución a temprana edad, el robo o el hurto, y otros problemas más que los jóvenes tienen por no tener un control en la casa por los padres.

Otro factor que podemos mencionar es la desintegración de la familia, es decir que él o la adolescente no vive con el padre o la madre, por diferentes circunstancias, como por decir los padres trabajan o viven en el extranjero y de allá les envían dinero, para que este haga lo que quiera con dicho dinero que no le cuesta su trabajo.

De la misma forma, otras familias viven en el campo en las estancias, y el hijo se queda en el pueblo disquis supuestamente a estudiar y de allá el padre y madre le envía dinero a su hijo o hija para que a este alumno no le falte nada y estudie y saque adelante su estudio; sin embargo lamentablemente, cuando el padre llega al pueblo grande es su sorpresa desagradable puesto que el hijo había desertado del colegio.

También un gran porcentaje de jóvenes especialmente señoritas de nivel socioeconómico bajo, se embarazan por dependencia económica, es decir que algunas personas mayores casados mantienen o se hacen, hechos los padrinos de estas jóvenes dándoles regalos o algunos gustos a sus protegidas o aduladas, hasta que llegan a enamorarlas y en muchos casos les hacen sus amantes cuyo desenlace es lamentable, la chica había sido embarazada; en consecuencia, estas jóvenes adolescentes son las que acuden al Centro de Salud "Santa Rosa", para que le hicieran una práctica de aborto, cuyos relatos son lamentables como lo descrito líneas arriba.

## **2.6. PERIODOS DEL ADOLESCENTE**

Para fines prácticos, se divide en tres etapas <sup>(10)</sup> :

### **2.6.1. Adolescencia temprana (10 a 13 años).**

Se presentan grandes cambios corporales y funcionales, nace el interés social por amistades de su propio sexo, aumenta su capacidad cognoscitiva, se torna muy impulsiva, insegura y se preocupa mucho por su apariencia corporal.

### **2.6.2. Adolescencia media (14 a 16 años).**

Es la adolescencia propiamente dicha, con un completo desarrollo somático, se acentúa el conflicto con sus padres. la preocupación por un cuerpo más atractivo. Muchas atravesarán su primera experiencia sexual.

### **2.6.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años).**

Los cambios físicos son pocos, aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a los padres, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es fácil ahora comprender lo peligroso e inadecuado que es en este periodo se produzca un embarazo por que las condiciones funcionales, emocionales, sociales, no son adecuadas y cuanto más precoz es el embarazo las consecuencias pueden ser mas fatales tanto para la joven madre como para el nuevo ser que se gesta.

### **2.6.4. Pubertad**

La pubertad es el proceso biológico caracterizado por crecimiento rápido de los tejidos, cambios en la composición del cuerpo, aparición de los caracteres sexuales secundarios y adquisición de la capacidad reproductiva. Estos cambios biológicos se

acompañan de cambios psicoemocionales y desarrollo de las capacidades cognitivas y sociales.

No siempre es fácil determinar las alteraciones del desarrollo y la maduración puesto que existe una gran variabilidad en el inicio, duración y culminación de estos eventos, dependiendo del sexo, raza y otras características de herencia familiar. El trayecto madurativo no es recorrido con la misma velocidad ya que existe una variación normal en la velocidad con que el ser humano madura. No todos terminaran con el mismo peso y estatura, pero sí culminaran su maduración con la adquisición de todas las funciones y características de la adultez.

## **2.7. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

### **2.7.1. Definición**

El embarazo en la adolescencia se lo define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar<sup>(1)</sup>.

En América Latina y el Caribe los adolescentes entre 10 a 19 años representan el 20 % de la población, distribución que se divide en forma igualitaria entre hombres y mujeres<sup>(3)</sup>.

Se piensa que la población adolescente en la región sub andina para este año 2011 es de 28,6 millones, de las cuales unos 7 millones pertenecen al sexo femenino comprendido entre 15 a 19 años<sup>(1,3)</sup>.

De acuerdo a datos obtenidos en el “Plan Nacional de Acción de los Derechos Humanos, Bolivia, para vivir bien” del 2008 el total de adolescentes abarca el 20, 32 % de la población total del país<sup>(3)</sup>.

## **2.7.2. Embarazo no Planificado en Adolescentes**

### **2.7.2.1. Definición**

Es aquel estado de gestación no previsto que resulta de relaciones sexuales no consensuadas, imprevistas o del fracaso de los métodos anticonceptivos, en adolescentes que todavía no quieren reproducirse <sup>(11)</sup>. La falta de planificación del embarazo en las adolescentes es uno de los grandes problemas de salud reproductiva y sexual en todos los países, tanto desarrollados como no desarrollados. Los cuales pueden ser no deseados, no aceptados o aceptados.

No todos los embarazos no planificados merecen el calificativo de no deseados, ya que los hay que pueden ser bien aceptados, pero aun así pueden tener un significativo impacto negativo en la vida de las adolescentes. Otros no son aceptados y muchos acaban en interrupciones voluntarias del embarazo.

Los embarazos no planificados varían de unas mujeres a otras y tienen una correlación importante, con la situación social, las influencias culturales y la actitud de sus parejas hacia la gestación. Su frecuencia parece ser mayor en mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las adolescentes sino también a sus familias.

Una adolescente que cursa con un embarazo no planificado, tiene diferentes opciones: continuar el embarazo y aceptar al recién nacido; aceptar el embarazo y entregar al niño en adopción o interrumpir el embarazo.

El embarazo no planificado se asocia –entre muchos otros factores- con una falta de información sobre su fisiología reproductiva y el no uso, o uso inadecuado de métodos anticonceptivos eficaces.

En el mundo, aproximadamente la mitad de los embarazos no se planifican, de estos la mitad acaban en un aborto provocado.

En América Latina y El Caribe entre el 35% y el 52% de los embarazos adolescentes en la región no fueron planificados <sup>(12)</sup>.

En Bolivia los embarazos no planificados en adolescentes de 15 a 19 años de edad llega al 70% según datos obtenidos el 2005 por el PLANEA (Plan Andino para la prevención de embarazos en adolescentes) <sup>(12)</sup>.

#### **2.7.2.2. Consecuencias**

Aunque las circunstancias de los embarazos en adolescentes, varían mucho, destacan algunos rasgos comunes: los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas.

La población de 16 años o menos que se embaraza posee un riesgo más elevado para ella y su hijo si se la compara con adolescentes de mayor edad. Las madres muy jóvenes tienen una mayor mortalidad materna 2,5 veces mayor que las de 20 a 24 años <sup>(13)</sup>. Ante un embarazo que la adolescente no está en condiciones de llevar a término, la joven suele carecer de conocimientos, recursos y orientación. Sola y vulnerable, recurre a los métodos más peligrosos con el fin de interrumpir el embarazo. Asimismo, el miedo a la censura la lleva retrasar la asistencia a los servicios de salud para buscar ayuda de las complicaciones derivadas de su estado. Esta cadena de acontecimientos coloca a la adolescente en alto riesgo de enfermedad y muerte.

Durante el embarazo las adolescentes son más propensas a sufrir hipertensión inducida por el embarazo, anemia, ganar poco peso, infecciones de transmisión sexual.

En el parto, las adolescentes a diferencia de las mujeres mayores de 20 años, tienen mayor riesgo de presentar parto pre termino, parto obstruido, desproporción céfalo pélvica, mayor riesgo de ruptura del útero, trabajo de parto prolongado, diferentes grados de fístulas, por tanto conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebe.

Por otra parte, en los Estados Unidos se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no planificados terminan en abortos. Algunas estimaciones señalan que en América Latina el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35% de los casos.

En cuanto a las consecuencias para el recién nacido de madres adolescentes podemos citar por ejemplo internaciones en neonatología, malformaciones congénitas con mayor incidencia en hijos de adolescente menores de 15 años, siendo los del cierre del tubo neuronal los defectos más frecuentes y con un número importante de retraso mental de por vida. Recién nacido con riesgo dos veces mayor de bajo peso, por nacimiento pre termino o por ser pequeño para la edad estacional. Elevado índice de mortalidad perinatal, riesgo 3 veces mayor que los niños de madres de mayor edad.

El hijo de madre adolescente tiene mayor frecuencia de deserción escolar, accidentes, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados en su salud, mayor frecuencia de enfermedades, desnutrición, retardo del desarrollo físico y emocional, alta proporción de hijos ilegítimos que limita sus derechos legales y el acceso a la salud.

La incidencia de muerte súbita es mayor entre los hijos de adolescentes. Los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de morir durante sus primeros 5 años de vida, como consecuencia de las condiciones en la que se crían estos niños, caracterizado por la pobreza, cuidados deficientes y asistencia tardía a los servicios de salud.

Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto se consideran un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Al existir poco desarrollo del eje hipotálamo- hipófisis- gónadas, es necesario que el parto se desencadene artificialmente.

Ante un embarazo no planificado la adolescente puede recurrir al suicidio o ser víctima de un homicidio. Que una mujer acabe con su propia vida como respuesta a un embarazo no planificado es una de las consecuencias más trágicas, de igual forma es inadmisibles que la adolescente pague con su vida el desacuerdo de su pareja o de otros miembros de la familia con el embarazo.

### **2.7.2.3. Prevención**

La prevención de un embarazo no planificado en las adolescentes es aún más trascendente que en otros momentos de la vida, debido a las consecuencias biológicas y sociales, tanto para la madre como para el niño.

A continuación presentaremos, una propuesta de prevención de embarazos no planificados en las adolescentes, la misma que lo divide en tres niveles <sup>(14)</sup>:

#### **Primer nivel**

##### **Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia**

- Información sobre fisiología reproductiva, gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar. Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y adolescentes en lugares comunes que sirvan de foros de discusión.



- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo.
- Captación, por personal entrenado de adolescentes que no asisten a establecimientos de educación, ni trabajan, para su reinserción social y educación.

## **Segundo nivel**

### ***Medidas a tomar cuando la adolescente ya está embarazada:***

- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en éste tipo de atención.
- Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.
- Información y apoyo psicológico, a la adolescente si decide entregar al hijo en adopción.

## **Tercer nivel**

- Vigilancia del vínculo madre – hijo, padre – hijo.
- Seguimiento médico integral de la adolescente.
- Asesoramiento adecuado a la pareja adolescente para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos y con intervalos inter genésicos cortos.
- Creación de pequeños hogares maternos, para las adolescentes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.

El ajuste a los cambios biológicos en la adolescencia es una tarea del desarrollo para la cual los adolescentes necesitan estar preparados. La salud sexual incluye la habilidad de apreciar su cuerpo y aceptar los cambios como un proceso natural. Los

padres y los adultos deben preparar a las adolescentes con atención para los cambios puberales, además de darles todo el apoyo en esta etapa de transición.

Se les debe orientar, acerca de los efectos negativos de las bebidas alcohólicas, tabaco y drogas sobre el cuerpo humano y conversar acerca de los beneficios del ejercicio y el llevar una dieta adecuada, para éste último se debe cumplir con los requisitos nutricionales para su edad y no correr riesgo con trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto a los servicios de salud, para mejorar la calidad de estos, es fundamental dar más y mejor información, adaptada a la cultura y nivel educativo del paciente, asegurar que el trato humano sea cálido y respetuoso, reforzar la capacidad técnica de los profesionales de la salud. Asimismo se recomienda ampliar la gama de anticonceptivos disponibles para responder a la diversidad de necesidades y preferencias de los potenciales usuarios. es importante recordar que el mal uso o la falta de anticonceptivos es muchas veces el resultado de la pobreza de la información que se proporciona a los pacientes, de la falta de discusión sobre sus necesidades y de las limitadas opciones anticonceptivas disponibles.

### **2.7.3. Caracterización de los factores sociales**

#### ***2.7.3.1. Estabilidad familiar***

La base de toda sociedad la constituyen las familias, es el núcleo en el cual se desarrolla y se reproduce la misma, la familia es parte de un proceso de construcción social que tiene un origen y un fin en la sociedad.

Según coinciden diferentes estudios, la familia en el contexto Latinoamericano es el factor más importante en la salud y el desarrollo de los adolescentes. Las relaciones significativas (cercanía o apego de la adolescente a uno de sus padres) ayudan a que ellos desarrollen resiliencia para evitar prácticas dañinas para su crecimiento y salud sexual.

Los principios y valores que los padres puedan enseñar a sus hijos son vitales para el desarrollo de los mismos para que frente a situaciones adversas sean el escudo con los cuales puedan evitar ser dañados o dañar a los demás.

El sentido de moralidad de los adolescentes depende en gran medida de los valores culturales, sociales y familiares para que ellos juzguen e interpreten lo que es correcto o incorrecto, por supuesto también incluye a sus actitudes sexuales.

La falta de orientación, de comunicación, de cariño, de amor, de atención, la crítica destructiva tiende a producir desconfianza en sí mismos e inseguridad en los adolescentes.

Por tanto los padres que quieren ayudar a un hijo a ser independiente deben entender como es el desarrollo sano de un adolescente y saber cómo encontrar recursos que puedan ayudarlo cuando su hijo se sale del buen camino. El papel de padres es muy complicado y no hay respuestas fáciles para los problemas que se enfrentan por lo cual todos los padres deben buscar información, adecuada y oportuna, adquirir destrezas y enseñar ciertas habilidades a los hijos cuando se encuentren ante situaciones difíciles.

No debemos olvidar que en poblaciones indígenas, rurales y zonas marginales de las urbes muchos padres tienen limitación en su educación o son analfabetos y no poseen el conocimiento y la capacidad de comunicación con sus hijos, menos podrán abordar temas sobre sexualidad.

### **2.7.3.2. Estado civil de los padres**

La ausencia de uno de los progenitores, genera carencias afectivas que los adolescentes no saben resolver. Cada uno de los padres tienen su rol en la educación de los hijos, por tanto cuando uno de ellos falta, se altera la funcionalidad familiar. Si estas separaciones suceden en la etapa adolescente mas los conflictos

internos propios por los que está atravesando las consecuencias pueden ser peores para ellos.

Se ha visto y muchos de los autores han señalado que la integralidad de la familia es un factor protector y evita que el adolescente equivoque su conducta.

### **2.7.3.3. *Violencia familiar***

Este acápite se refiere a la presencia de cualquier tipo de violencia que se pueda ejercer en el hogar. La violencia contra las niñas y mujeres jóvenes por parte de hombres de su edad o adultos es un gran problema en el mundo. En América Latina y el Caribe los datos sobre asaltos sexuales y violaciones son incompletos surge una imagen de mujeres jóvenes como víctimas de coerción sexual y violación, incluyendo violencia en las citas amorosas.

Varios informes indican que la mayoría de los perpetradores son personas que la víctima conoce. Alrededor de 30 estudios bien diseñados de todo el mundo, incluyendo varios de América Latina muestran que entre un quinto y la mitad de las mujeres entrevistadas han recibido golpes de una pareja varonil. A pesar que hay pocos datos sobre la edad de esos abusadores, se puede inferir por estudios de madres adolescentes que reportaron la edad media de sus parejas de 17,9 años, es decir el abuso a las adolescentes es perpetrado por hombres jóvenes <sup>(15)</sup>.

Según datos de la OPS que una proporción significativa de mujeres, niñas y a veces niños son forzados, o engañados, para tener relaciones sexuales. En el Caribe a los 16 -18 años, el 16% de los niños reportan haber sido físicamente abusados y 7,5% reportan abuso sexual <sup>(16)</sup>.

De acuerdo con “el informe mundial sobre la violencia y la salud”, en algunos países una de cada cuatro mujeres manifiesta haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y una gran parte de las adolescentes ha sufrido iniciación sexual

forzosa. Es así como se estima que el 60% de los embarazos de menores de 15 años son producto de abuso sexual o incesto<sup>(16)</sup>.

Bajo la denominación de abuso sexual se incluyen: abuso deshonesto, coito forzado, y el coito entre un adulto y una menor de 12 años. Por lo general la coerción es psicológica o engañosa, debemos incluir también al abuso físico y psicológico denominado maltrato infanto-juvenil. Una cantidad importante de embarazos en adolescentes son producto de violación.

#### **2.7.3.4. Estatus social**

Los embarazos en las adolescentes ha sido llamado el “Síndrome del fracaso” porque se traduce deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en las relaciones de pareja e ingresos económicos inadecuados de por vida, lo que perpetua el ciclo de la pobreza.

Se puede apreciar que en los estratos bajos, las adolescentes inician sus relaciones sexuales, se unen a compañeros y son madres con mayor antelación que las de estratos altos, también el uso de métodos anticonceptivos es bajo, todo esto se relaciona con conceptos diferentes que tienen sobre la maternidad, un proyecto de vida y satisfacer sus necesidades afectivas.

En Perú, los jóvenes con mayor riesgo de sufrir consecuencias negativas de salud reproductiva parecen ser aquellos que provienen de familias de condiciones socioeconómicas bajas.

Estudios realizados el año pasado por el UNFPA y el Ministerio de Planificación de Bolivia, dan cuenta que las familias más pobres, son las más vulnerables, es decir, registran la tasa más alta de fecundidad e índices de mortalidad infantil más elevada<sup>(17)</sup>. La pobreza tiene diversas repercusiones, limita su desarrollo integral, no solo limita la educación de las adolescentes, sino también en su alimentación y

nutrición, a mejores condiciones de salud, de saneamiento básico. Estas y otras limitaciones muchas veces hacen que la misma busque mejores condiciones de vida en otra parte y piensan que el hacerse de pareja hará que salgan de esa condición sumado a esto un embarazo aunque no planeado. Todo esto la lleva abandonar sus objetivos en la vida y la limitan a al trabajo en la casa o a buscar trabajo con baja remuneración.

La pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas y si es así entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico.

En Bolivia el 38% de las adolescentes de 15 a 19 años trabaja <sup>(17)</sup>.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser discriminada por su grupo de pertenencia.

#### **2.7.3.5. Edad**

El periodo de la adolescencia se caracteriza por ser la etapa de crecimiento más rápido del desarrollo humano. Durante la pubertad se presentan cambios importantes como son el crecimiento físico, aumento de peso y la manifestación de las características sexuales secundarias.

La menarquía y la espermarquia son los hitos del desarrollo puberal por que marca el comienzo de su capacidad reproductiva, lo que trae como consecuencia una mayor conciencia de la sexualidad, erotismo y mayor atracción sexual, al mismo tiempo va asociada con sentimientos de ansiedad, culpabilidad o miedo.

También se ha visto que los adolescentes están alcanzando la madurez sexual a edades más tempranas y que el primer coito ocurre uno o dos años después de la menarquía o espermarquia. Estas relaciones sexuales prematuras sin madurez

cognitiva de los adolescentes los puede llevar a un estrés emocional. Recordemos que durante la adolescencia intermedia es donde generalmente se inician sexualmente y tienden a tener conductas de riesgo con la consiguiente probabilidad de un embarazo no planificado, infecciones de transmisión sexual, etc.

La mayoría de las adolescentes menores de 14 años tienen relaciones sexuales voluntarias y en gran proporción con otros menores de edad.

En relación al género en esta etapa se identifican o reconocen que uno es hombre y mujer y asumen ese rol de acuerdo a estereotipos de masculinidad o feminidad. Los adolescentes empiezan a desarrollar conciencia de su orientación sexual y emocional hacia el sexo opuesto.

Debemos señalar también que ese presenta una lucha de dependencia e independencia con los padres, lo cual hace que se alejen más de ellos y se involucren más con sus pares asumiendo conductas adecuadas o inadecuadas, entre estas últimas conductas de riesgo como el consumo de bebidas alcohólicas, drogas, sexo sin protección y posteriormente vemos las consecuencias que son los embarazos no deseados, accidentes de tránsito, farmacodependencia, etc.

#### **2.7.3.6. Nivel educativo**

Se ha determinado que el nivel de educación, es la variable que más influye en la salud, a mejor nivel de educación, mayor oportunidad laboral y económica., está bien documentado que las mujeres que tienen mayores oportunidades educativas, retrasan el inicio de la actividad sexual, la edad del matrimonio, de embarazo y tienen menor cantidad de hijos <sup>(18)</sup>.

El embarazo adolescente como tal no es la principal causa de deserción escolar, sino que existen externos relacionados con este hecho que afectan la permanencia en el proceso educativo formal. Problemas sociales y económicos son lo que

generalmente motivan la deserción escolar, en un gran número de ellas falta de apoyo emocional y/o económico por parte de la familia.

La sociedad y la cultura en la que se desarrolla cada mujer y el proyecto de vida que tengan ellas son factores que influyen en la toma de decisiones relacionadas con el abandono escolar.

La pobreza es una barrera que limita o impide que las adolescentes puedan acceder a un mejor nivel educativo, así como también las barreras culturales que en nuestro país por ejemplo en las áreas rurales limitan la educación a las mujeres y solo se promueve la educación de los varones.

Por otro lado, los programas de salud sexual y reproductiva, ofertan métodos de planificación familiar, pero no son óptimos. En Latinoamérica los programas se centran en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en reducir los embarazos en adolescente, prevenir las ITS y HIV SIDA y promover el uso de condones, ignorando que la sexualidad es parte del desarrollo humano y conceptos como amor, sentimientos, deseo, intimidad son parte del ser humano.

En América Latina, supuestamente los hombres tienen experiencia y poseen grandes cantidades de información sobre sexualidad; sin embargo varias encuestas muestran que muchos adultos y jóvenes, piensan que tienen una información amplia y apropiada sobre sexualidad cuando en realidad saben muy poco.

En Bolivia, según datos del SEDES-La Paz de 2011, revela que cerca de la mitad de adolescentes que alguna vez estuvo embarazada, no cuenta con ningún nivel de educación. En 1998 representaba el 51%, mientras que en el 2008 se redujo a un 47%. Primaria 25,2% y secundaria o superior 9,8% <sup>(3)</sup>.

En el Municipio de La Paz, las dos causas principales de deserción escolar son la falta de recursos económicos en un 45% y en un 38% los embarazos precoces en



adolescentes, según el informe del Oficial Mayor de Desarrollo Humano Rolando Mendoza; así también informó que en el primer semestre del 2011 se registro 6.911 casos de embarazos en adolescentes <sup>(3)</sup>.

Se ha visto que los adolescentes tienen un alto nivel de conocimiento de uso de los anticonceptivos, sin embargo el acceso a ellos es bajo, lo que trae como consecuencia en las adolescentes los embarazos no planificados, ITS, abortos que contribuyen a la mortalidad en las adolescentes.

#### **2.7.3.7. Hábitos**

Los hábitos no saludables; hemos señalado muchas veces que la adolescencia se caracteriza por ser un periodo de oportunidades y riesgo, y el asumir riesgos se extiende a la sexualidad. Hay estudios que muestran que el consumo de sustancias como las drogas, alcohol, tabaco están asociado al bajo rendimiento escolar, relaciones sexuales sin protección, múltiples compañeros sexuales, y embarazos no deseados en adolescentes, además se suma la ITS y el HIV SIDA.

Debemos señalar también que se presenta una lucha de dependencia e independencia con los padres, lo cual hace que se alejen mas de ellos y se involucren mas con sus pares asumiendo conductas adecuadas o inadecuadas, entre estas últimas conductas de riesgo como el consumo de bebidas alcohólicas, drogas, sexo sin protección y posteriormente vemos las consecuencias que son los embarazos no deseados, accidentes de tránsito, farmacodependencia, etc.

El alcohol es la droga de mayor consumo entre los y las adolescentes. En Chile entre los 12 y 18 años el consumo de alcohol llega al 24%. En los EEUU el 80% de las y los adolescentes consumen alcohol a los 18 años <sup>(16)</sup>.

En México, al tradicional problema del abuso de bebidas alcohólicas en varones de edad media ahora se han sumado las mujeres y adolescentes que copian los

modelos adultos. Aun que ha habido un cambio en la percepción del tabaco como adictivo y dañino para la salud, las mujeres adolescentes lo consumen cada vez más. Señalemos también el cotidiano problema del uso de inhalantes, mariguana se ha sumado el uso cada vez mayor del uso de cocaína que ha llegado a los sectores más pobres de la población.

El abuso de alcohol se asocia con los principales riesgos, como tener relaciones sexuales bajo sus efectos, situación que reportaron el 23% de las adolescentes <sup>(14)</sup>.

Los países con tasas más altas de consumo de tabaco en la región, son Perú 57% y Cuba con 41% de adolescentes fumadores entre los 15 y 19 años. <sup>(16)</sup>.

En Chile, se ha atribuido el aumento de embarazos de adolescentes al mayor consumo de alcohol y drogas en la población escolar. Según el Estudio Nacional de Drogas, 1 de cada 7 escolares (15,5%) consumió una o más veces drogas ilícitas, siendo la marihuana la más usada <sup>(16)</sup>.

La influencia de los pares es multidimensional, es importante en su identidad y autoestima; la influencia puede ser positiva o negativa en relación a asumir conductas de riesgo o no como el consumo de drogas, tabaco, alcohol o sexo sin protección.

#### **2.7.3.7. Estado civil de las adolescentes**

En el momento que se embarazan las adolescentes, una gran parte de ellas son solteras y viven con sus padres. El embarazo a futuro puede llegar a cambiar esta situación, una permanecerán al lado de sus padres, contando con todo el apoyo de ellos, algunas vivirán en unión libre con sus parejas, otras se casarán; cada una con diferente suerte.

Diversos estudios muestran que cada vez es más frecuente que la novel madre permanezca soltera, a diferencia del pasado, cuando la mayoría de los embarazos

adolescentes conducía a unión o matrimonio voluntario o forzado. Una posible explicación a esta situación es que la mayoría de las madres adolescentes, tienen matrimonios menos estables que aquellas que posponen la maternidad para más adelante. Mencionar también que aquellas mujeres que tuvieron un hijo en la adolescencia muestran un mayor porcentaje de divorcios, por lo que podría suponerse que el embarazo adolescente es un factor de inestabilidad conyugal.

#### **2.7.3.8. Procedencia o residencia**

Como mencionamos antes, el área rural tiene sus propias características, dado que por las condiciones de estudio, muchos estudiantes tanto varones como mujeres deben alejarse de sus familias para asistir a diario a clases por lo cual se pierde el control que deberían ejercer tanto en sus estudios como en su cotidiano vivir. Esta también es una causa para que fácilmente por la influencia de sus compañeros, se dejen llevar a situaciones como el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y/o drogas,

Relaciones sexuales sin protección, y las consecuencias son probables embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual.

Por otro lado también inician sus relaciones amorosas con sus parejas con los cuales tienen relaciones sexuales sin la debida orientación para evitar tanto los embarazos no deseados como las enfermedades de transmisión sexual.

En lo que se refiere, a educación sexual, de acuerdo a los consejos de los especialistas lo mejor es que las madres conversen con sus hijas sobre la masturbación, el abuso sexual, la heterosexualidad, el uso de anticonceptivos, el aborto y los riesgos de contraer enfermedades. Además los padres deberán encargarse de tratar con los muchachos temas que los inquietan como las erecciones y poluciones nocturnas.

No se debe olvidar de conversar sobre conducta de riesgos, que están en relación con los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, a la experimentación de situaciones nuevas, que les da la sensación de ser adultos, como el consumo de alcohol, tabaco, drogas, delincuencia, deserción escolar, relaciones sexuales precoces. Estas actitudes se ven sobre todo en familias disfuncionales, cuando hay la carencia de uno de los padres.

#### **2.7.3.9. Nivel de instrucción de los padres**

Los padres más educados son un estímulo para los proyectos de vida de los hijos y la presencia de una comunicación abierta, franca y en un espacio vital adecuado, desarrolla la autoestima de los adolescentes. Estos dos pilares se han demostrado como protectores en estudios de adolescentes de 15 a 19 años.

Muchos padres no asumen su papel en la educación sexual de los hijos, por ejemplo, no les enseñan a reconocer su anatomía y fisiología reproductiva, la menarquía, la espermarquia, sobre las relaciones sexuales y las consecuencias de las mismas, descubrir señales negativas cuando se puedan presentar conductas negativas.

#### **2.7.4. Factores Culturales**

##### **2.7.4.1. Definición**

Existen diversas características culturales que pueden ser factores que pueden determinar los embarazos no planificados en las adolescentes<sup>(19)</sup>.

En algunos pueblos, los embarazos a muy temprana edad forman parte de Algunas creencias y prácticas culturales en relación a la sexualidad pueden ser perjudiciales para los jóvenes.

El embarazo en adolescentes es uno de los principales factores que contribuyen a los problemas de salud y mortalidad de la madre y el niño.

## **2.7.5. Caracterización de los factores culturales**

### **2.7.5.1. Idioma**

El idioma o lengua es una de las características principales de la cultura de los pueblos de América Latina; diversa en su cultura y diversa en las lenguas propias. El idioma, la forma de expresión y mediante la cual prácticamente todos los seres humanos nos comunicamos e informamos de todo lo que sucede a nuestro alrededor, o también puede ser una gran limitante para poder hacernos entender o entender a los demás. En regiones rurales donde se hablan idiomas nativos y las cuales el personal de salud no lo habla y menos lo entiende, es una barrera que impide para que se puedan solucionar los problemas de salud existentes en la comunidad o cuando estos acuden a los servicios de salud.

Para solucionar esta situación se ha capacitado a los propios nativos en lo que es la medicina académica, pero también sea planteado que el personal de salud tiene que tener el conocimiento del lenguaje nativo donde desarrolla sus actividades.

En la nueva CPE de Bolivia, artículo 5. II menciona que en el estado se deben utilizar al menos 2 idiomas oficiales, uno el castellano y el otro de las naciones nativas de acuerdo a las circunstancias. En las instituciones públicas un requerimiento obligatorio para ejercer un cargo es el tener el conocimiento de los dos idiomas.

De esto podemos deducir que existe una brecha de comunicación importante que podría limitar el acceso a los servicios de salud.

### **2.7.5.2. Etnia**

En todas las etnias, en todas las culturas existen creencias, actitudes, practicas, así como también mitos y tabús en relación a la sexualidad, algunas de ellas son beneficiosos y otras son perjudiciales.

Por ejemplo, en un estudio cualitativo efectuado en las barriadas urbanas del Brasil, los adultos hombres y mujeres mencionaron que hay dos pasos fundamentales para convertirse en hombre: 1) estar activo sexualmente y 2) mantenerse a uno mismo y a su familia.

En relación a la hombría o al machismo, tradición de herencia latino-mediterránea, que afirma que la virilidad del hombre se mide por el número de conquistas sexuales e hijos que tiene y por el comportamiento de las mujeres a su alrededor. En muchas culturas la hombría es un estado que se gana; durante el desarrollo de la adolescencia a menudo se espera que los hombres prueben su sexualidad ante sus pares y mayores; por tanto los niños adolescentes aprenden la definición de masculinidad de su sociedad a través de sus padres, sus pares, los medios de comunicación y observando a los adultos.

Las actitudes machistas también se relacionan con creencias y valores que pueden tener consecuencias dañinas para los adolescentes de ambos sexos. A los varones se les enseña a ser autosuficientes, independientes, no mostrar emociones, no quejarse de su salud física, ni buscar ayuda, en lo sexual se les promueve su masculinidad por el mayor número de parejas sexuales, además pueden dominar a las mujeres, y tratarlas como objetos sexuales y a las mujeres se les restringe sus actitudes sexuales para mantener una imagen pura.

Existe la creencia generalizada de que las relaciones sexuales son comunes en la adolescencia. Este mito tiene implicaciones en el comportamiento sexual de las adolescentes, las cuales conceden gran importancia a la norma percibida y al comportamiento de sus pares. Los amigos, los pares, los medios de comunicación y la sociedad ven su conjunto fomentan la idea de que la actividad sexual es hecho común y natural.

Entre otras creencias esta por ejemplo, que para las mujeres la menstruación proceso fisiológico considerado como un rito de iniciación a la edad adulta. y los muchachos ven la relación sexual como un rito también de esa iniciación.

También la creencia de que las mujeres no necesitan ir a la escuela es una actitud perjudicial con serias consecuencias en su salud.

En un estudio realizado por Aguirre 2002 los adolescentes de 9 países de la región indican que la información sobre sexualidad que reciben de sus padres suele llegar demasiado tarde y está repleta de mitos y tabúes.

Como vemos existe distorsión de la información o falta de la misma, por lo cual los medios de comunicación masiva, serian valiosos instrumentos para transmitir las normas y valores en torno a los comportamientos sexuales aceptables y permisibles en los adolescentes.

### **2.7.5.3. Religión**

En el mundo las diversas expresiones religiosas tienen una fuerte influencia en cuanto al comportamiento del ser humano. En general, las principales religiones consideran la planificación familiar como parte de la vida, y señalan como factor importante en la estabilidad conyugal.

En Santa Rosa de acuerdo al PDM de 2007, la religión que predomina es la católica sobre la evangélica, estimándose que un 95% profesa el catolicismo.

En lo que se refiere a la posición de la iglesia católica sobre temas sexuales y de reproducción la misma es bastante conocida, la que ha levantado críticas tanto a favor como en contra exaltan la maternidad y prohíben el uso de métodos anticonceptivos “antinaturales”, solo aceptan los métodos naturales, siendo este método uno de los más inseguros; muchas mujeres se ven con un embarazo no planificado e inoportuno.

Además señala, que la mujer debe estar subordinada al hombre, las relaciones sexuales tienen únicamente propósitos de reproducción biológica, la mujer no puede decidir cuántos hijos tener, dado que esto es voluntad de Dios.

En América Latina, la religión de manera general no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de los métodos anticonceptivos; sin embargo en algunos países ejercen un efecto importante sobre la disponibilidad de estos métodos, pues los políticos y proveedores de planificación familiar vacilan en ofrecer este tipo de servicios por temor a enfrentarse a poderosas instituciones religiosas.

En relación por ejemplo a la masturbación esta tiene consecuencias más saludables que el coito para los jóvenes, pero la masturbación es menudo denunciado por religiones como algo peligroso y pecaminoso.

## **2.8. CONTROL PRENATAL**

El Control Prenatal, es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal <sup>(4)</sup>.

Los cuidados prenatales comienzan desde la concepción y continúan hasta que el trabajo de parto comienza y requiere de un equipo multidisciplinario para obtener impacto sobre estos se requiere de un programa de alta eficiencia, eficacia, cobertura amplia y un manejo de partos con atención profesional sobre el 90%. Aproximadamente el 70 % de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo <sup>(23)</sup>.

El objetivo del control prenatal es lograr un embarazo que se desarrolle dentro de márgenes de normalidad física, psíquica, familiar y social, culminando con un recién nacido y su madre sanos<sup>(25)</sup>.. Los objetivos específicos son, identificar factores de riesgos, diagnosticar la edad gestacional, condición fetal y materna y educar a la madre.

Para que estos objetivos se cumplieran a cabalidad, lo ideal sería contar con un control antenatal, lo cual es difícil de practicar en nuestro país.



### **2.8.1. Interculturalidad en Control Prenatal <sup>(4)</sup>.**

El control prenatal se realiza en forma rutinaria, sin tomar en cuenta que para muchas adolescente es aun relativamente desconocida, no suele considerar la situación específica de cada adolescente sus preocupaciones y necesidades particulares de información, para tal efecto se recomienda.

- Organizar el servicio de manera que el tiempo de espera sea breve.
- Saludar cordialmente a la usuaria y sus acompañantes.
- Todo el equipo de salud tiene un papel importante para que la mujer que acude a control prenatal se siente cómoda. El trato del personal influye mucho para que se despejen los principales temores.
- Si la embarazada no está acompañada en consulta por algún allegado suyo se debe tratar de que una mujer del personal de salud este presente durante los exámenes físicos.
- explicar el motivo por el cual se hacen preguntas que la embarazada no suele asociar con su salud, además de hacerlas con respeto y sensibilidad, mirando a las usuarias.
- Explicar que la información recogida es confidencial.
- Preguntar a la usuaria si quiere que la persona que está con ella entre a la enfermería o la consulta.
- Se debe buscar la participación de los acompañantes, respetando siempre el protagonismo de la embarazada.
- Garantizar la confidencialidad de la atención en el servicio y asegurar la privacidad. Y evitar que se interrumpa la consulta.
- El equipo de salud debe informarse sobre las ideas locales en torno a la concepción y asumirlas como un elemento fundamental de la atención del control prenatal y de la salud sexual reproductiva general.
- No suponer que el embarazo es deseado; tratar los sentimientos al respecto; El personal de salud es consciente de que el índice de embarazos no deseados es un causante importante de la mortalidad materna e infantil.

- No criticar a la usuaria por acudir tarde al control, ni porque que tenga muchos hijos, según el proveedor, no censurar el embarazo.
- Explicar sobre la importancia de realizar el control prenatal en forma periódica y continua, para cuidar mejor la salud de la madre y de la guagua, con frecuencia las mujeres piensan que les sirve únicamente para saber si la guagua está bien acomodada.
- Brindar información detallada en torno a los exámenes físicos que se realizan; actuar con respeto y pedir el consentimiento, se debe considerar que todas las culturas tienen sus tabúes y concepciones con relación al contacto físico; se debe explicar la utilidad y el sentido de todos los exámenes que se van a realizar, pidiendo permiso para proceder.
- Intercambiar ideas sobre los cuidados de la salud de la mujer embarazada, considerando las pautas culturales de la población originaria, las complicaciones y los riesgos se generan cuando la mujer y su familia se comportan de manera incorrecta o no respetan las obligaciones rituales. Las prohibiciones pueden guardar relación con una serie de aspectos tales como: el contacto con lugares prohibidos, cadáveres, animales etc. Esto puede enfurecer a los espíritus y generar enfermedades, lo cual tiene que ser resuelto a través de pagos a la pachamama que la embarazada tiene que realizar junto con su familia.
- Orientar a hombres y mujeres para compartir las responsabilidades del cuidado de la salud. Se debe señalar continuamente el derecho a compartir tareas y preocupaciones, y cuando la pareja está presente en la consulta.
- Brindar información en torno a signos de alarma para que se pueda en forma oportuna. Como las hemorragias, mala posición de la guagua, hinchazones etc.
- Dar lugar a que las usuarias expresen todas sus inquietudes percibe que el personal de salud quiere tomar su tiempo, se animaran también con más facilidad a plantear dudas o preguntas.
- Brindar información sobre el estado de la guagua y la salud de la madre.
- Brindar información sobre la utilidad de los exámenes de laboratorio que se realizan, pedir el consentimiento e informar de manera clara sobre sus resultados.

Existe entre la población indígena un rechazo cultural a la realización de extracciones de sangre.

- Informar sobre la utilidad de vacunas y medicamentos prescritos, la forma de administrarlos y los eventuales costos.
- Si hay una o más parteras reconocidas trabajando en la región, que están dispuestas a trabajar conjuntamente, construir una relación con ellas, en un marco de respeto y de reconocimiento de sus competencias. El apoyo psicológico y emocional que la partera brinda a las mujeres embarazadas es algo que las parturientas frecuentemente no encuentran en la relación con el equipo de salud.
- En los últimos meses del embarazo se debe conversar y orientar sobre dónde, y de la atención con quien se prefiere dar a luz. Si la preferencia es el domicilio se abordan los aspectos que permitan los mejores cuidados. Se suele tratar de convencer a las mujeres para que tengan su parto en el establecimiento de salud.
- Brindar consejería sobre la atención del recién nacido, del instrumental que se va utilizar en el corte del cordón umbilical, del secado y abrigo inmediatamente después de nacer. Se debe evitar bañarla el primer día. Cuando se baña después de un día el ambiente debe ser caliente y cerrado, sin corrientes de aire. Se habla sobre las costumbres con relación a la lactancia materna inmediata y de los beneficios del calostro.
- En caso de referencia, explicar el motivo y las características del servicio de salud al cual se refiere y respetar el proceso de toma de decisiones.

## **2.9. LA MEDICINA EN EL CAMPO DE LA INTERCULTURALIDAD**

Los grupos étnicos en Bolivia se dividen en dos principales ramas, el grupo Andino asentado en mayor parte en las regiones altiplánicas y valles de Bolivia; y el grupo de las regiones cálidas: Otras etnias con características propias, que también forman parte de los antecedentes histórico-culturales del País. Entre ellas se destacan: en los Valles, los Yampara o Ampara y los Mojocoyas; y en la Zona Oriental, los Chiriguanos, Guarayos, Moxeños, Chapacuras, Itonomas, Movimas, Paraguaras, Iténez, Tacanas, Mosevenes y Sirionós <sup>(20)</sup>.

El incremento del contacto entre las culturas lleva hoy a un mayor desarrollo intercultural. La primera prioridad del ser humano es salvaguardar la vida por ello es que la lucha contra las enfermedades y el interés por la salud son características fundamentales desde siempre. La enfermedad es universal en la experiencia humana y se la vive de forma particular en cada cultura.

Todas las culturas desarrollan actividades teóricas (modelos de salud), técnicas (materia de salud) y roles (agentes de salud) para enfrentar y tratar de solucionar los problemas relacionados con la enfermedad y la recuperación de la salud. La salud y la cultura se implican mutuamente, los conceptos de salud y enfermedad nos remiten a la cultura y la cultura nos remite a los conceptos de salud y enfermedad.

Lo Intercultural se refiere a la relación, de al menos dos culturas. Una propuesta de salud intercultural se refiere a un modelo de atención de salud en relación de la menos dos culturas que coexisten en un espacio geográfico y epidemiológico.

Según Ibacache la “interculturalidad en salud es la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”<sup>(20)</sup>.

Cada día parece más necesario el desarrollo de la salud intercultural ya que ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población. Por lo tanto la salud intercultural debería favorecer un proceso de revaloración y revitalización de la medicina tradicional y de la medicina científica. El desarrollo desde la perspectiva intercultural también tiene que ver con el logro de una relación cultural que potencia los elementos comunes entre las culturas.

Salud intercultural, o interculturalidad, es el conjunto de acciones y políticas que tienden a integrar la cultura en el proceso de salud-enfermedad. El respeto a la

diversidad cultural tiene ya una larga trayectoria en países con contextos de gran diversidad étnica y cultural como es el caso de Bolivia.

La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud tiene su base en diversas razones históricas, culturales, sociopolíticas y epidemiológicas, que han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

Se está produciendo un desarrollo de la antropología médica dirigido a afirmar y comprender las culturas involucradas en el proceso de atención de salud, así como a proporcionar elementos socio-antropológicos para apreciar el fenómeno de salud y enfermedad desde su dimensión biológica, psicológica, social y cultural en un escenario de creciente pluralismo que caracteriza a la sociedad contemporánea.

En la salud intercultural el concepto de cultura se aplica al campo de la salud en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad.

“Cultura se define como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. La cultura se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización. En el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la ideacional o cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el mundo de la conceptualización o

de lo abstracto; y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas”<sup>(20)</sup>.

En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y, a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro.

En este contexto la medicina científica se propone como un modelo capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población. Pero se encuentra con importantes dificultades frente a la cultura de los usuarios: Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas modernas, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos científicos.

Por otra parte, es evidente que los conocimientos de la medicina tradicional no valen para todo, porque hay enfermedades que no encuentran remedio en esta medicina y también es un hecho que buena parte de la población rural en Bolivia no accede al sistema público de salud. Por eso es bueno favorecer la salud intercultural como encuentro entre culturas en el que unos y otros aprenden.

De hecho, conviven la medicina tradicional y la medicina científica o convencional. Su importancia no puede menospreciarse es necesario estudiar muy seriamente esta realidad. Uno de los puntos comunes que aparece en todos los seres humanos es el sentido de lo mágico, lo mágico sigue presente en la vida moderna.

En cualquier mercado rural e incluso en las grandes ciudades, es posible encontrar puestos o tiendas especializadas en la venta de todo tipo de productos u objetos que pueden ser usados con fines mágicos. El abanico de productos ofrecidos es mucho más amplio de lo que a simple vista pueda creerse. Telas, raíces, plantas, bebidas,

pieles o partes de ciertos animales, pastillas, unturas, huesos, caparazones de mariscos, dados, plumas y un largo etcétera de artículos están a disposición de quien lo solicite. El mundo de la magia está rodeado del misterio, el secretismo, el ocultismo que facilita la creación de mitos y leyendas. Magia es todo ritual motivado por el deseo de obtener un efecto especial, en un intento de manipular lo sobrenatural o las fuerzas espirituales mediante procedimientos ritualizados.

La enfermedad o la mala suerte, los aspectos negativos de la vida en las manifestaciones modernas están alrededor de accidentes automovilísticos, fracasos escolares, enfermedades incurables especialmente el SIDA, muertes por rayos o descargas eléctricas y un sinnúmero de eventos que se clasifican como manifestaciones mágicas porque no es fácil encontrar explicaciones sencillas que justifiquen tales acontecimientos<sup>(20)</sup>.

La pregunta es quien puede manipular estas fuerzas irracionales, supernaturales. Una forma muy extendida de manipulación es la adivinación. En África se echan huesos, en Bolivia se echa coca, y según la forma como caen se interpreta el futuro.

Muchos roles suelen entremezclarse y no resulta claro dónde empieza una competencia y dónde acaba otra.

## **2.10. MARCO LEGAL.**

**DECRETO SUPREMO No 29601 DE 11 DE JUNIO 2008 – NUEVO MODELO DE ATENCION Y GESTION EN SALUD, MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL SAFCI.<sup>(21)</sup>**

**TITULO I MARCO  
GENERAL  
CAPITULO I  
OBJETIVOS, PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS**

**Artículo 1 (Objeto).**- El presente Decreto Supremo, tiene por objeto establecer el modelo de atención y de gestión en salud en el marco de la salud familiar comunitaria intercultural – SAFCI.

**Artículo 2 (Objetivo del Modelo).** Es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria, reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud; 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 y originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

**Artículo (Principios).**

- a) **Participación Comunitaria.**- Es la capacidad 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 las diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.
- b) **Inersectorialidad.**- Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud educación, saneamiento básico, producción vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre los determinantes socioeconómicos de la salud en base de las alianzas estratégicas y programáticas.
- c) **Interculturalidad.** Es el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del dialogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas.



- d) **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.

**Artículo 4 (Promoción de la salud).**- 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.

## **TITULO II**

### **MODELO DE ATENCION DE SALUD**

#### **CAPITULO I**

### **MODELO DE ATENCION DE SALUD**

**Artículo 5 (Definición).**- El modelo de atención de salud familiar comunitario intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

**Artículo 6 (Características del modelo de atención en salud)**

- a) Enfoca la atención de manera intercultural e integral (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad).
- b) Desarrolla sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios.

- c) Organiza sus prestaciones en redes de servicios y redes municipales.
- d) Recupera la participación social en la organización de servicios.
- e) Desarrolla sus acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.

**Artículo 7 (Afiliación)**, Constituye el proceso de registro a los seguros públicos de salud, siendo estas responsabilidades de los gobiernos municipales como componente de la planificación y del desarrollo humano sostenible para vivir bien.

**Artículo 8 (Carpeta familiar–Historia clínica)**.- La carpeta familiar constituye el instrumento esencial para aplicación del modelo de atención SAFCI 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 sus derechos a la salud. La historia clínica es parte de los registros médicos que contienen la carpeta familiar, debe ser administrado bajo la responsabilidad del personal de salud como parte del proceso de afiliación a los seguros públicos de salud.

**Artículo 9 (Modelo de atención en el seguro de corto plazo)**.- La seguridad de corto plazo que brindan 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.

## **CAPITULO II**

### **ESTRUCTURA DE LA RED SALUD**

**Artículo 10. (Redes de servicios).**

- I. A fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población se constituyen las redes de servicios. Cada red deberá estar conformado por un conjunto de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo,

tercer nivel que pueden pertenecer a uno o varios municipios. Está conformada por el sistema público de salud.

- II. Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la referencia y el retorno de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la red de servicios el establecimiento de primer nivel. La atención de emergencias y urgencias serán la excepción.
- III. La reglamentación será establecida por el ministerio de salud y deportes.

**Artículo 11. (Coordinador de la red de servicios).**

- I. El coordinador es el responsable técnico de la coordinación en los tres niveles de atención de una red de servicios que depende orgánica y funcionalmente del servicio departamental de salud.
- II. Es responsable de la suscripción de compromisos de gestión con los establecimientos de la salud de la red bajo su coordinación de acuerdo o normativa del ministerio de salud y deportes.
- III. El coordinador de la red de servicios cuenta con un equipo técnico conformada al menos por un profesional en salud pública un estadístico y un conductor.
- IV. La remuneración y gastos operativos del coordinador y su equipo estarán a cargo de la gobernación correspondiente, a través del servicio departamental de salud.

**Artículo 12. (Red Municipal - SAFCI).**

- I. Es la estructura operativa del modelo SAFCI constituido por todos los recursos comunitarios e instituciones que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentada en las necesidades de la misma.
- II. Desarrolla servicios integrales de salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de las personas, familias y comunidades en el ámbito de la jurisdicción), la participación social consiente y efectiva.

**Artículo 13. (Responsable Municipal de Salud).**

- I. Es el responsable técnico administrativo del funcionamiento de la red municipal SAFCI.
- II. Depende orgánicamente y funcionalmente del gobierno municipal.
- III. Es responsable del cumplimiento de la planificación municipal de salud a través de compromisos de gestión de la red municipal SAFCI.
- IV. El perfil del responsable municipal de salud corresponde a un profesional de las ciencias de la salud, ciencias económicas y financieras o de ciencias sociales con experiencia en salud.

**TITULO III  
MODELO DE GESTION EN SALUD**

**CAPITULO I  
MODELO DE GESTION EN SALUD**

**Artículo 14. (Ámbito, Competencias y Participación Social).**

- I. El modelo de gestión en salud vincula, la participación social con los niveles de gestión estatal en salud y las instancias de concertación sobre los temas de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional.
- II. Las decisiones abarcan a la gestión de la salud (planificación, ejecución, administración, seguimiento y control) de los actores sociales en constante interacción con el sector social.

**Artículo 15 (Estructura Estatal).**

- a) **Nivel Local:** Es la unidad básica, administrativa y operativa del sistema de salud, responsable de la gestión compartida de la salud.

- b) **Nivel Municipal:** El directorio local de salud, es la máxima autoridad en la gestión de salud en el ámbito municipal y encargada de implementación del modelo sanitario SAFCI, seguros públicos, políticas y programas de salud en el marco de las políticas nacionales. Asimismo, es responsable de la administración de las cuentas municipales de salud. La Dirección Local de Salud (DILOS), elaborara su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el Ministerio de Salud y Deportes.
- c) **Nivel Departamental:** Constituido por el SEDES que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales; además de coordinar y supervisar la gestión de los servicios de salud en el departamento en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, es el encargado de cumplir y hacer cumplir las políticas nacionales de salud.

El director técnico que dirige el Servicio Departamental de Salud (SEDES), es nombrado por el gobernador y depende técnicamente del ministerio de salud y deportes.

- d) **Nivel Nacional:** Está conformado por el ministerio de salud y deportes que es el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional; responsable de formular las políticas, estrategias, planes y programas nacionales; así como de establecer las normas que rigen el sistema de salud en el ámbito nacional.

#### **Artículo 16 (Funcionamiento del Directorio Local de Salud - DILOS).**

- a) **Nivel de decisión de políticas de salud.** Conformado por el alcalde municipal o su representante, quien lo preside, un representante de SEDES y un representante del comité de vigilancia.
- b) **Nivel de coordinación.** Conformado por el coordinador de la red de servicios.

- c) **Nivel operativo.** Conformado por la red municipal SAFCI y la estructura social y la estructura social en salud local y municipal.

**Artículo 17 (Participación de la estructura social).**- El modelo SAFCI reconoce la estructura social que se expresa en la participación y toma de decisiones.

- a) **Autoridad Local de Salud:** Es el representante legítimo de la comunidad o barrio con o sin establecimiento de salud.
- b) **Comité Local de Salud:** Es la representación orgánica de las autoridades locales de salud, pertenecientes territorialmente a una área o sector de salud ante el sistema de salud.
- c) **Consejo Social Municipal de Salud:** Es la representación orgánica del conjunto de comités locales de salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DILOS garantizando la gestión compartida de salud.
- d) **Consejo Social Departamental de Salud:** Es la representación orgánica de los consejos sociales municipales de salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio encargado de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con las política departamental de desarrollo.
- e) **Consejo Social Nacional de Salud:** Es la representación orgánica del conjunto de consejos sociales departamentales de salud, organizaciones sociales e instituciones del nivel nacional, que articula las necesidades y propuestas en salud de los departamentos ante el ministerio de salud y deportes; además de ser encargado de realizar control social.

**Artículo 18 (Espacios de deliberación intersectorial en la gestión en salud).**- Los espacios de deliberación de la gestión, son instancias de dialogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisiones entre los consejos, incorporadas en los planes estratégicos de cada nivel de gestión de salud.

- a) **Asamblea Nacional de Salud:** Es la máxima instancia nacional de participación, dialogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud; con el fin de integrarlas al plan nacional de salud, a su vez es el espacio de seguimiento al desarrollo del mismo.
- b) **Asamblea Departamental de Salud:** Es la máxima instancia departamental de participación, dialogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlos al plan departamental de salud, a su vez es el espacio donde se efectúa el seguimiento a la estrategia y POA departamental.
- c) **Mesa Municipal de Salud:** Es una instancia de dialogo, consulta, coordinación. Concertación y consenso entre todos los actores de la gestión compartida del municipio, otros sectores, instituciones y organizaciones sociales con la finalidad de tomar decisiones en la planificación y seguimiento de las acciones de salud en el municipio.
- d) **Asambleas, ampliados, reuniones, cumbres, juntas, cabildos, otros y cai comunal y barrial:** Son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres), donde se concretiza la gestión local en salud en los que participan diferentes actores sociales e instituciones en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control de las acciones de salud destinadas a mejorar.
1. **Planificación:** Reunión general de planificación (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres cabildos y otros) que se realizan una vez al año, en las comunidades o barrios tengan o no establecimiento de salud para identificar la problemática en salud.
  2. **Espacios de seguimiento control:** “comité de análisis de información en salud (CAI) comunal o barrial” que se realiza tres veces al año (en la

comunidad o barrio que cuente con un establecimiento de salud) para analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado.

### **2.10.1. El Seguro Universal Materno Infantil –SUMI <sup>(22)</sup>.**

Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2012 Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) fue creada en el gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada, Presidente Constitucional de la República de entonces en el que describe los siguientes artículos:

#### **Artículo 1 (objeto)**

1. Se crea el seguro universal materno infantil en todo el territorio nacional, con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención al sistema nacional de salud y del sistema de seguridad social a corto plazo.  
Las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto.  
Los niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 5 años de edad.
2. Las prestaciones del seguro universal materno infantil, cuando corresponde, se adecuaran y ejecutaran mediante la medicina tradicional boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección.
3. El seguro universal materno infantil, es una prioridad de la estrategia boliviana de la erradicación de la pobreza.

#### **Artículo 2 (Responsabilidades).**

1. El ministro de salud y previsión social, como la autoridad de salud, tiene la responsabilidad, de reglamentar, regular, coordinar, supervisar y controlar la aplicación del seguro universal materno infantil, en todos los niveles establecidos.
2. La disposición de esta ley son de orden público, tienen carácter obligatorio y coercitivo en todo el sistema nacional de salud, prefecturas, gobiernos



municipales, el sistema de seguridad social de corto plazo y, sin excepción alguna, para todas las cajas de salud y aquellas instituciones sujetas a convenio.

3. Los gobiernos municipales tienen la responsabilidad de implementar el seguro universal materno infantil.

### **2.10.2. Ley N° 2026 Código Niño, Niña y Adolescente <sup>(15)</sup>.**

El presente código establece y regula el régimen de prevención, protección y atención integral que el estado y la sociedad deben garantizar a todo niño niña y adolescente con el fin de asegurarles un desarrollo físico mental, moral, espiritual, emocional, y social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia.

#### **A. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los/as Adolescentes.**

En lo que se refiere a las políticas y a la oferta sectorial a favor de la salud integral de los y las adolescentes, el MSD dispone del programa nacional de salud integral del/a adolescente, vigente desde 1998, año en el que se crearon las bases normativas y las orientaciones programáticas, para atención de este grupo poblacional.

#### **B. Plan Nacional para la Salud y el Desarrollo Integral de los/as Adolescentes (2004 – 2008)**

Recuperar las lesiones aprendidas en procesos anteriores e introduce algunos enfoques transversales. se adecua a las necesidades de los municipios, planteando un modelo de atención integral diferenciando de base municipal, e invita a otros sectores aliados, como el viceministro de deportes y otros ministerios, a consolidar la oferta programática a nivel local que haga posible la sostenibilidad y la extensión de cobertura.

Ha sido formulado con énfasis en actividades preventivo – promocionales, pero propone el fortalecimiento de la capacidad técnica del personal de salud del primer nivel de atención, a través de la actualización y

capacitación en atención diferenciada al y la adolescente que implica la identificación de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

Pretende la participación activa de los adolescentes en su auto cuidado y toma de decisiones. Plantea el fortalecimiento de la oferta de servicios, el desarrollo de propuestas que viabilicen la creación de seguros de salud con paquetes de prestaciones subsidiadas por los municipios. Apoya la participación juvenil en las estructuras de gestión del sistema de salud, que posibiliten la asignación de recursos para actividades a favor de la adolescencia.

Propone el diseño de estrategias de abogacía y de difusión de los derechos de los y las adolescentes, dirigidas a las familias, las comunidades, los y las maestros/as y los centros laborales. Se establece la conformación de redes que articulen las escuelas como fuente principal de detección y prevención de la violencia intrafamiliar, mejorando la efectividad de los servicios médicos para certificación, resolución o referencia. Desarrollar de manera intersectorial una plataforma a favor de la equidad de género, y coordinar con el programa de salud mental y rehabilitación para incentivar la adopción de estilos de vida y comportamientos saludables, así como con el programa nacional de salud sexual y reproductiva para promover los derechos sexuales y reproductivos y la toma de decisiones responsables en este campo.

### **2.10.3. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2004 – 2008) Orientaciones Estratégicas <sup>(22)</sup>.**

Aprobado el 19 de febrero del 2004 mediante Resolución Ministerial No. 0056, el programa tiene como objetivo general **“contribuir a mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes, mujeres y hombres, estrechando las brechas de accesibilidad servicios esenciales de calidad con el concurso protagónico de la comunidad en la gestión local de salud, en concordancia con el plan general de desarrollo económico social y con la estrategia boliviana de reducción de la pobreza”**. cita entre sus componentes, la atención a la gestante y al recién nacido/a,

la anticoncepción que a través de los servicios está dirigida a adolescentes, mujeres y varones, asegurando la capacidad técnica suficiente para garantizar la libertad de opciones y el manejo de la gama de alternativas más amplia posibles; el componente de atención a las ITS/VIH-SIDA; el componente de salud sexual y reproductiva de adolescentes, para atender el conjunto de aspectos que configuran la vida sexual de las personas.

El Programa, tiene como objetivo principal **la reducción del embarazo precoz**, mediante la promoción e implementación de servicios de salud diferenciados para adolescentes. Establece el componente de atención de las víctimas de violencia sexual y/o de género con acciones en las redes de servicios y sociales, las causas y las consecuencias de la violencia sexual y de género, asegurando la asistencia médica y psicológica adecuada, así como la orientación para el procesamiento del fenómeno social en la familia y en la comunidad.

## **CAPITULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

Se procedió a realizar un estudio descriptivo y prospectivo, sobre las características de mujeres embarazadas adolescentes del área de Santa Rosa de Yacuma.

#### **3.2. VARIABLES DE ESTUDIO**

##### **3.2.1. Delimitación de las variables explicativas**

- Edad, cultura, religión, estado civil, ocupación, educación sexual conocimiento de métodos, ITS, Control Prenatal.

##### **3.2.2. Variable respuesta:**

- Embarazo en mujeres adolescentes

#### **3.3. UNIVERSO O POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

Actualmente la población de Santa Rosa del Yacuma es de aproximadamente 11.000 habitantes, de los cuales el 21% son jóvenes de 10 a 19 años con un total de **2336 adolescentes**, de los cuales 1218 son varones y 1118 son del sexo femenino, (PDM Santa Rosa, y Datos de la Dirección de Educación de Santa Rosa), es decir en estado fértil para poder reproducirse.

#### **3.4. DETERMINACIÓN Y ELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Se determinó la muestra en base a la fórmula de población finita, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5% en las usuarias que asisten al control prenatal en el centro de salud de Santa Rosa en mujeres adolescentes comprendido entre los 12 y 19 años, mismos que viven en área urbana de Santa Rosa del

Yacuma. En efecto, la muestra para el presente estudio fue de 59 mujeres adolescentes.

### **3.5. SUJETOS VINCULADOS A LA INVESTIGACIÓN**

Mujeres adolescentes embarazadas comprendidos entre 12 y 19 años de edad, que asisten al Centro de Salud Santa Rosa, a realizar su Control Prenatal. De manera indirecta todos los jóvenes, padres de familia, personal de salud que trabajan en Santa Rosa.

### **3.6. MÉTODOS**

#### **3.6.1. Observación**

La observación directa es aquella en la cual el investigador puede observar y recoger los datos mediante su propia observación <sup>(27)</sup>.

A través de los cuales obtuvimos los primeros datos para la determinación de la situación problemática que sucede al interior del Centro de Salud. La observación se utilizó por el uso sistemático de los sentidos, mediante la cual el hombre percibe la realidad exterior, en otras palabras, es el arte o método para ver el mundo en sus múltiples manifestaciones, que he observado, documentos, experimentos, los diferentes fenómenos socioculturales como también la conducta de las adolescentes que asisten a su Control Prenatal al Centro de Salud Santa Rosa; puesto que la observación es una actividad cotidiana del investigador.

#### **3.6.2. La entrevista.**

La entrevista es: "El recojo de información a través de un proceso de comunicación, en el transcurso del cual el entrevistado responde a cuestiones, previamente

diseñadas en función de las dimensiones que se pretenden estudiar, planteadas por el entrevistador" <sup>(28)</sup>.

Permitió recoger la información, de las adolescentes de 12 a 19 años de edad que asisten a su Control Prenatal al Centro de Salud de Santa Rosa. La entrevista es importante porque el entrevistador puede estimular al sujeto a una mayor penetración de sus propias experiencias y explorar así, aéreas importantes no previstas en el plan original de la investigación.

La entrevista del tipo estructurada sería mejor que los cuestionarios autoadministrados para sondear el comportamiento de las personas, sus intenciones, sus emociones, sus actitudes y sus programas de comportamiento.

### **3.6.3. Encuesta**

Según Avilés encuesta es: "El estudio observacional en el cual el investigador no modifica el entorno ni controla el proceso que está en observación (como sí lo hace en un experimento). Los datos se obtienen a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos" <sup>(29)</sup>.

En efecto, el investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes de acuerdo con la naturaleza de la investigación. En lo que nos concierne la encuesta fue aplicada a 59 participantes

### **3.6.4. Método estadístico**

Permite visualizar los datos cualitativos y cuantitativos de la investigación, comprendidos en el análisis de los resultados. Este método se aplicó con el fin de desarrollar un análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados. Facilitando la

interpretación de los mismos permitiendo así, una mejor confiabilidad de los resultados obtenidos.

### **3.6.5. El cuestionario**

Se utilizó una serie de preguntas que se contestan por escrito, a fin de obtener información necesaria sobre el tema.

## **3.7. FUENTE Y DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE RELEVANCIA DE INFORMACIÓN.**

Las fuentes de investigación son el conjunto de documentos primarios y secundarios, lugares, personas y objetos que son consultados, confrontados criticados, debatidos y/o respaldados por el investigador en el proceso de investigación.

### **3.7.1. Fuentes de investigación**

Entre las fuentes más importantes para a la que se recurrió a la estadística del Centro de Salud Santa Rosa, que consistieron en los libros de registros, las fichas y las historias clínicas de las pacientes que se encuentran en estado de embarazo, especialmente de la población de estudio.

De la misma forma se acudió a las señoritas que se encontraban en estado de gravidez, para poder explicarle del presente trabajo y a la vez obtener opinión y/o criterio.

### 3.8. DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
1. creencias y costumbres sobre el embarazo en las mujeres adolescentes	1.- Hábitos 2.- Las adolescentes 3. Mitos a algunos reptiles. 4.- Tradiciones	1. ¿Crees que caminar es bueno para el embarazo? 2. Actualmente cuál es tu estado civil? 3. ¿A qué te dedicas? 4. ¿Tus padres son, casados o concubinados?. 5. ¿Cuál es tu religión? 6. Actualmente con quien vives. 7. Cuando te embarazaste fuiste rechazadas por tus familiares. 8. Cuáles son tus creencias o costumbres sobre el embarazo? 9. Alguna vez pensaste que debiste retrasar tus relaciones sexuales?.
2. Conocimiento, actitud y práctica de los métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes que asisten al Centro de Salud	2.Falta de información 2. Baja economía.	2. ¿Te hablaron de sexo en tu casa y de los riesgos del embarazo? 3. ¿Recibiste educación sexual en la escuela o colegio o en otro lugar? 4. ¿Conoces algún método anticonceptivo? 5. ¿Conoces lo que son las infecciones de transmisión sexual (enfermedades venéreas). 6. usas algún método anticonceptivo. 7. ¿Alguna vez fuiste abusada?
3. determinar en las adolescentes la actitud, sobre los embarazos No deseados, que asisten al Centro	1. Relación temprana 2. Nivel de educación	1. ¿Alguna vez pensaste abortar? 2. ¿Qué trimestre de embarazo estas cursando actualmente? 3. Tu madre o tu abuela se embarazaron a temprana edad? 4. ¿Dónde piensas tener tu parto?



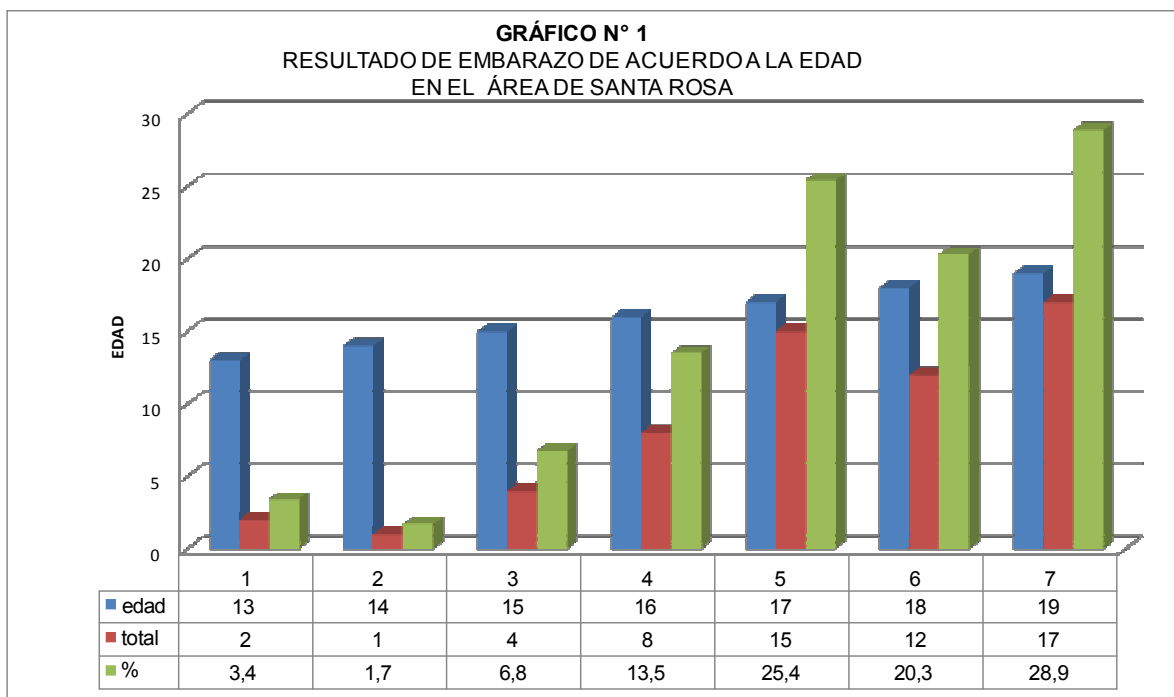
de Salud Santa Rosa.		<p>5. ¿A qué edad iniciaste las relaciones sexuales?.</p> <p>6. En tu opinión ¿Cuáles crees que son los motivos de embarazos en jóvenes o adolescentes (en esta pregunta puede existir más de una respuesta)</p>
4. Características del embarazo de las adolescentes.	<p>1.- Padres</p> <p>2.- Las adolescentes</p> <p>3.- Tradiciones</p> <p>4. Familia</p>	<p>1.- ¿Qué edad tienes?</p> <p>2. ¿A qué etnia o cultura perteneces?</p> <p>3. Actualmente cuál es tu estado civil?</p> <p>4. ¿A qué te dedicas?</p> <p>5. Tus padres son, casados o concubidados?.</p> <p>6. ¿Cuál es tu religión?</p> <p>7. Actualmente con quien vives?</p> <p>8. ¿Cuándo te embarazaste? ¿Fuiste rechazada por tus padres o algún familiar?.</p> <p>9. ¿Te expulsaron del colegio o la escuela cuando supieron que estabas embarazada?</p> <p>10. Para hablar sobre tu embarazo ¿En quién confías más?</p> <p>11.¿Intentaron alguna vez abusarte sexualmente?</p> <p>12. Para hablar sobre tu embarazo en quien confías más?.</p> <p>13. ¿estarías dispuesta a entregar a tu hijo(a) en adopción?</p> <p>14. ¿Consideras que la pobreza influye tener un embarazo en la adolescencia?</p> <p>15. ¿Qué numero de embarazo es la que actualmente cursas?</p> <p>16. ¿tu madre o tu abuela se embarazaron a la misma edad que tú?.</p>

### **3.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Una vez tabulados los datos y analizado toda la información bibliográfica y las fichas de observación, se realizó la comparación simple de estadística descriptiva, en base a los resultados obtenidos, para luego aplicar tablas consolidadas en formato Excel para graficar y posteriormente realizar la interpretación y análisis de los resultados, presentadas en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO IV INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

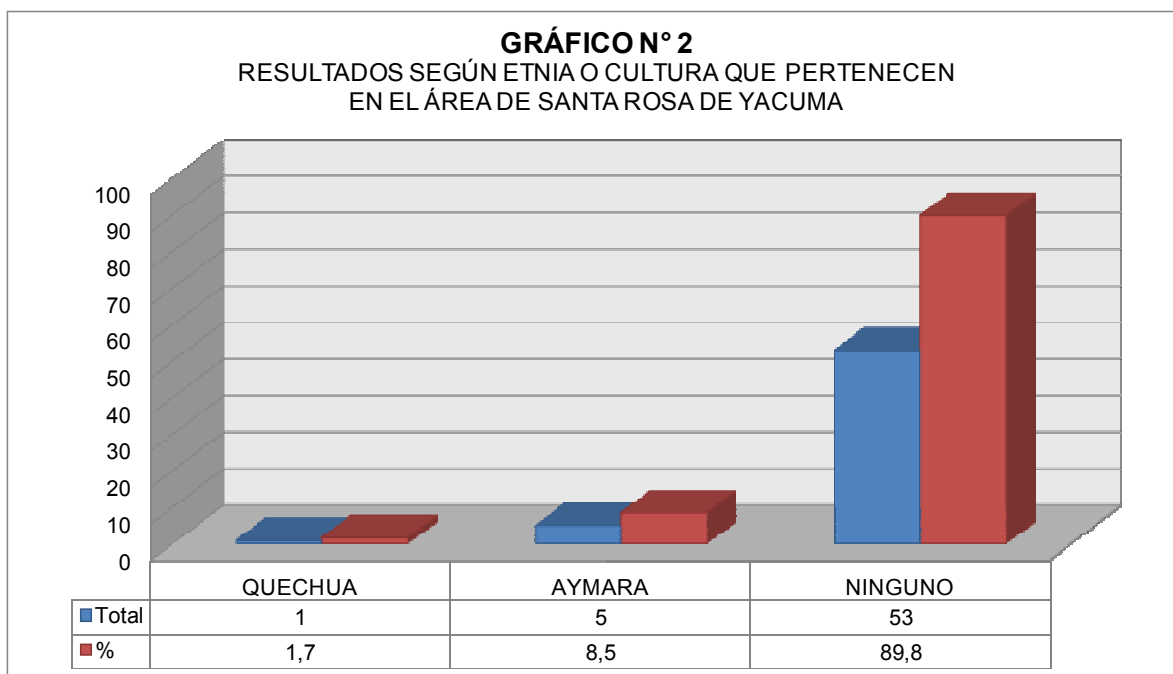
### 4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS



**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- El gráfico correspondiente presenta los siguientes resultados: La mayoría de los embarazos se presenta a los 19 años con el 28.9%; de la misma forma el 25.4% refiere a los 17 años; en tercer lugar la edad de 18 años que representan al 20.3% respectivamente. Cabe mencionar que existe un porcentaje significativo en menores de 16 años con un 14% del total muestral.

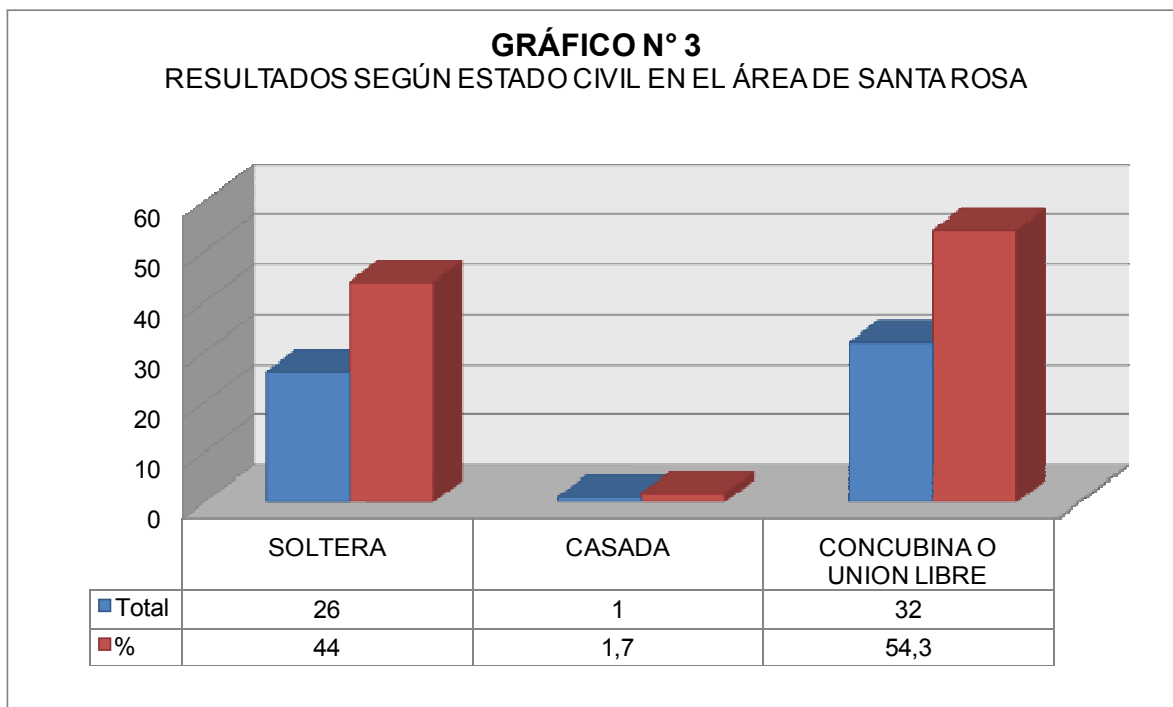
Estos datos nos muestran el mayor porcentaje de mujeres embarazadas corresponden a la edad de los 19 años. De la misma forma se detectó que existe un porcentaje significativo de adolescentes menores de 16 años, esto nos da una pauta alarmante de embarazos en el área de Santa Rosa de Yacuma.



**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- En relación al gráfico, los resultados muestran que de las adolescentes embarazadas encuestadas el 53 refieren no pertenecer a ninguna etnia o cultura que equivalen al 89.8% del total; el 8.5% pertenecen a la cultura Aymara finalmente Quechua en un 1.7 %.

Estos resultados nos muestran que la mayoría de las mujeres son oriundas del área de Santa Rosa de Yacuma, y que existe un 10% que son aimaras y quechuas, esto nos indica que existe presencia de mujeres de otros departamentos del país que viven o radican por alguna razón en el área.

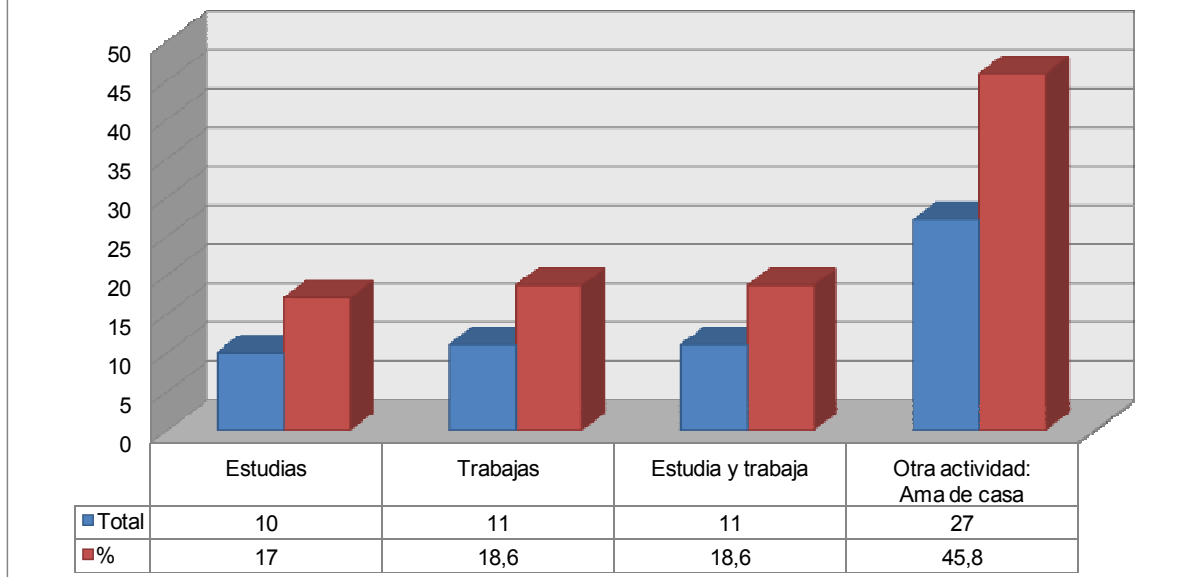


**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- En relación al gráfico, la mayoría de las mujeres participantes en la encuesta encuestadas refieren ser concubinas que corresponden al 54.3%, de la misma forma el 44% son solteras y finalmente 1.7% son casadas.

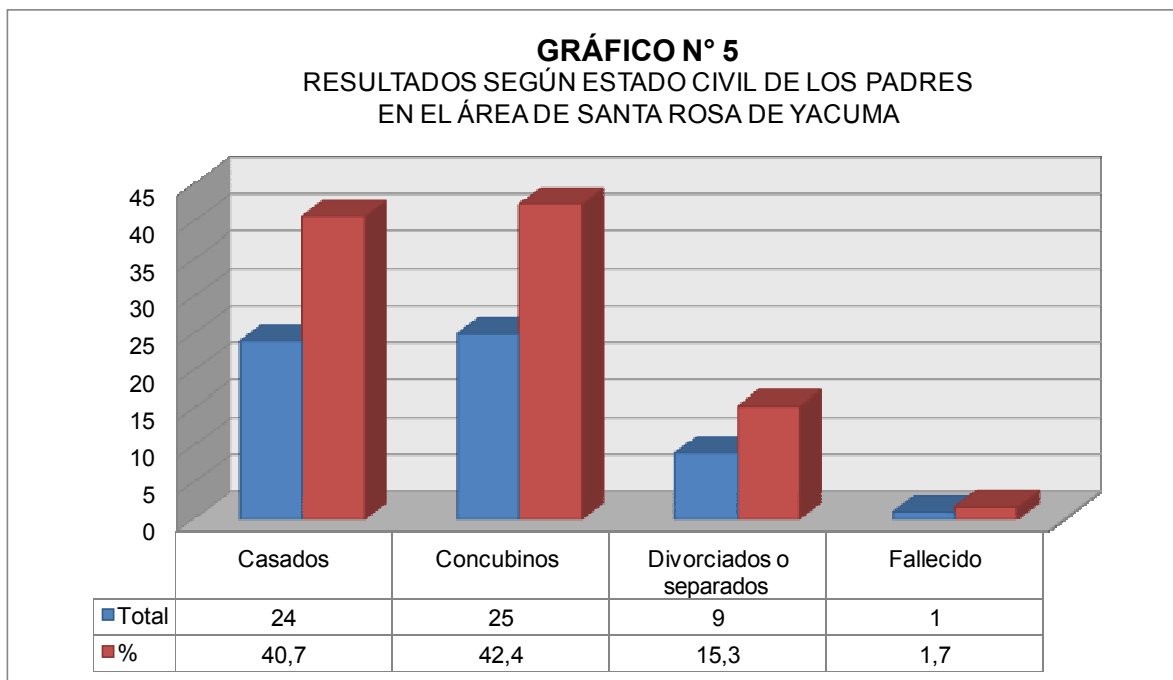
Como se puede observar en el gráfico, la mayoría de las mujeres participantes son concubinas o unión libre, sin embargo existe un porcentaje significativo que aún son mujeres solteras.

**GRÁFICO N° 4**  
**RESULTADOS SEGÚN OCUPACION ACTUAL DE LA ADOLESCENTE**  
**EN EL ÁREA DE SANTA ROSA**



**FUENTE:** *Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.*

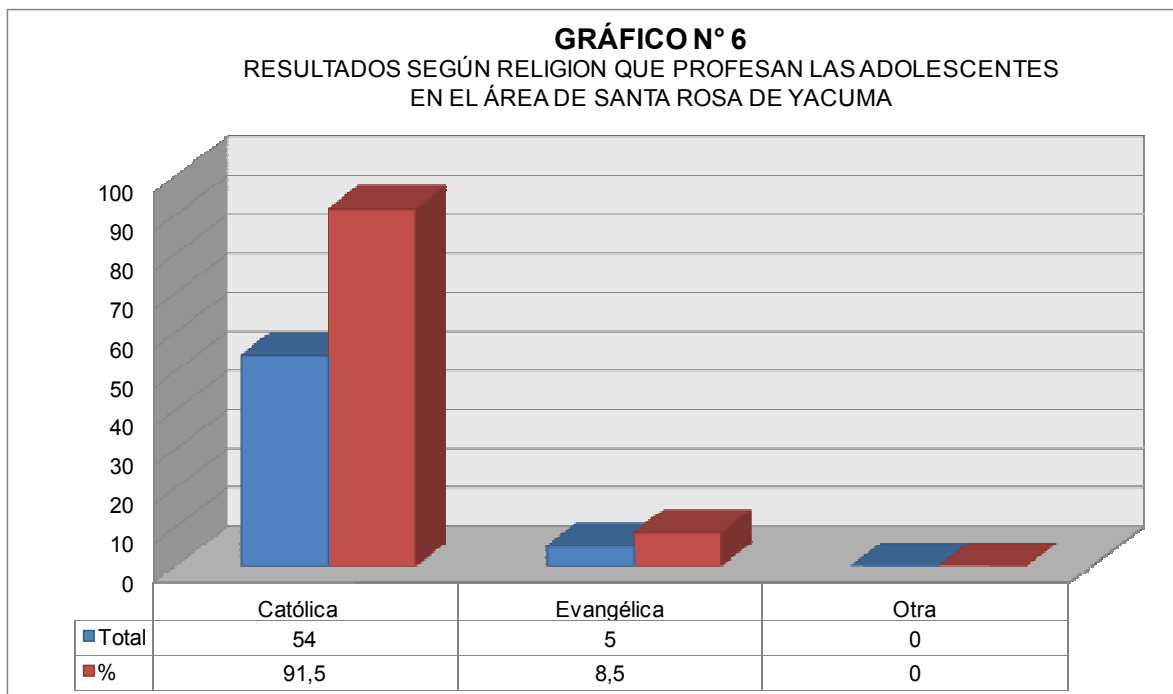
- De acuerdo a la consulta que refleja en el gráfico, la mayoría de las mujeres son amas de casas que corresponden al 45.8%, de la misma forma el 18.6% refieren al estudio y trabajo al igual que solo trabajan y finalmente el 17% de las mujeres estudian.
  
- Los resultados reflejan una mayoría de las mujeres son amas de casa, puesto que en el área de San José se muestra que el varón es el sustento de la familia.



**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- En el gráfico se observa que 25 de los padres son concubinos, que representan al 42.4%, de la misma forma el 40% refieren que son casados y finalmente el 9% de los padres son divorciados o separados.

Estos datos nos muestran que la mayoría de los padres son concubinos con una diferencia relativa respecto a padres casados; sin embargo existe un porcentaje significativo de padres que son divorciados o separados

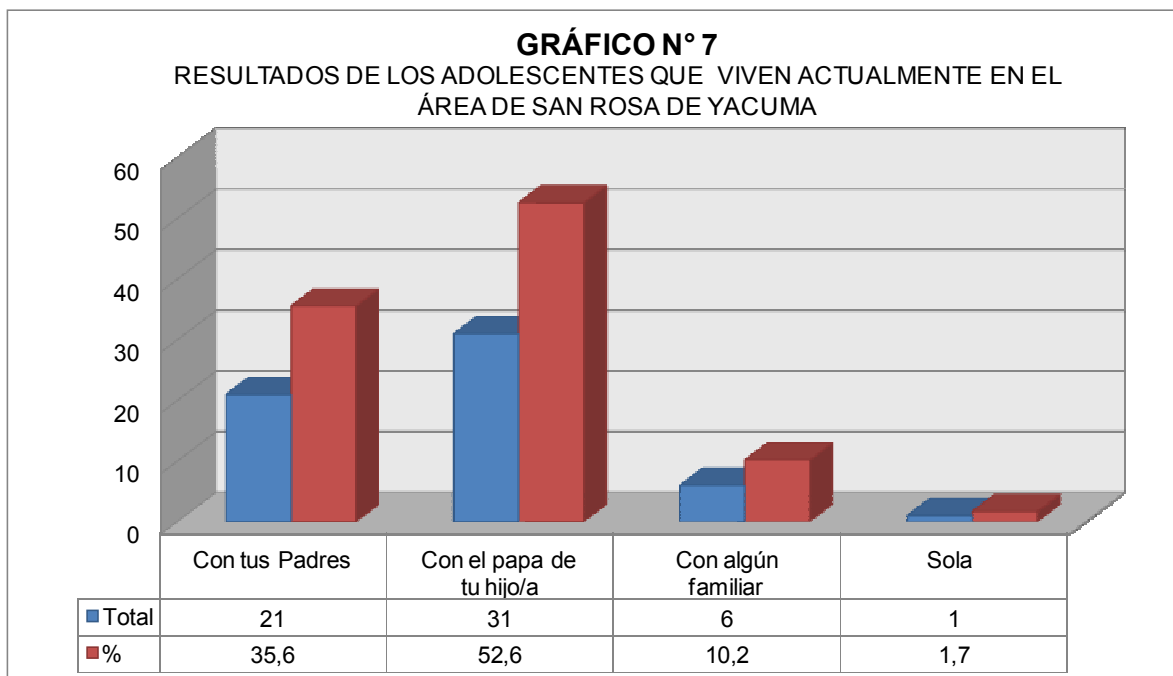


**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- El gráfico N° 6 presenta los siguientes resultados: La mayoría de los participantes profesan la Religión Católica que corresponde el 91.5% del total muestral, seguida de la Evangélica siendo el 8.5%.

Estos datos nos permiten establecer que la Religión Católica sigue siendo la que más se profesa aunque existe algún porcentaje que también Evangélica va creciendo de una u otra forma.

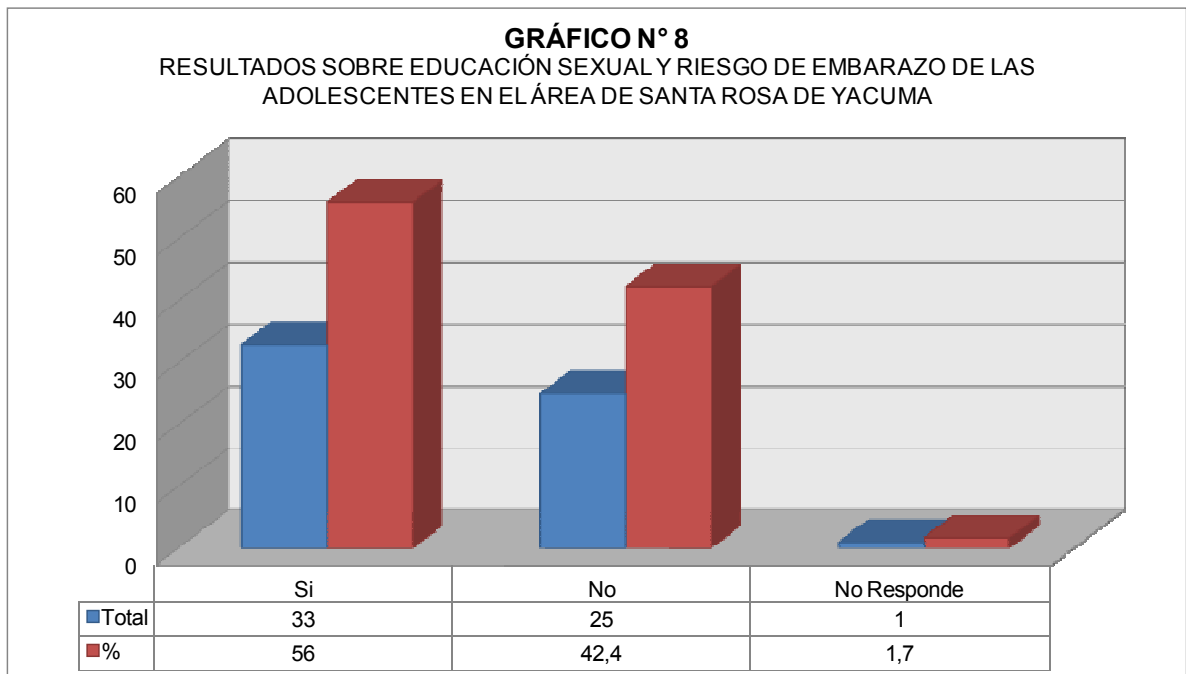




**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- En relación a la descripción del presente gráfico, la mayoría de las participantes refieren que viven con el papá de tu hijo/a que representan al 52.6% del total muestral; de la misma manera, el 35.6% indican que con sus padres, un porcentaje más bajo indica con algún familiar y el 1.7% refieren que viven sola.

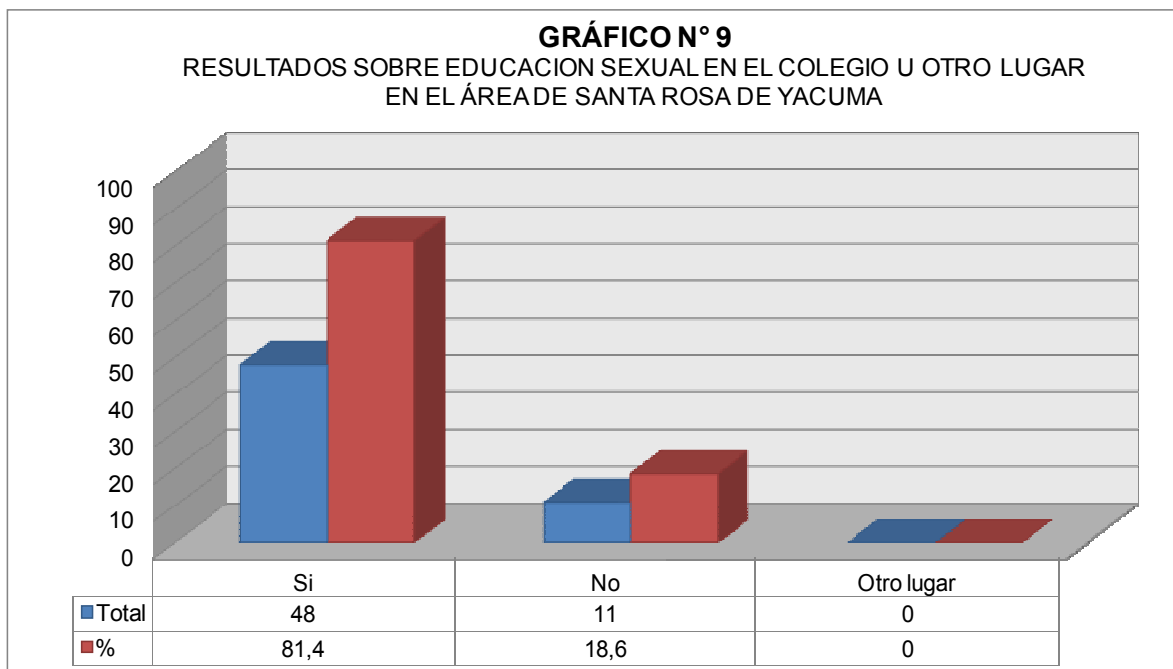
Estos datos corroboran que una mayoría de las adolescentes viven con su papá, seguido con sus padres; de la misma forma, estos datos nos muestran que existen falencias en el seno familiar.



**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- A la consulta las adolescentes embarazadas respondieron que SI recibieron charlas sobre educación sexual y sobre los riesgos del embarazo en su casa siendo el 56% del total muestral de la misma forma el 42.4% afirman que NO recibieron información y finalmente el 1.7% no responde o no sabe.

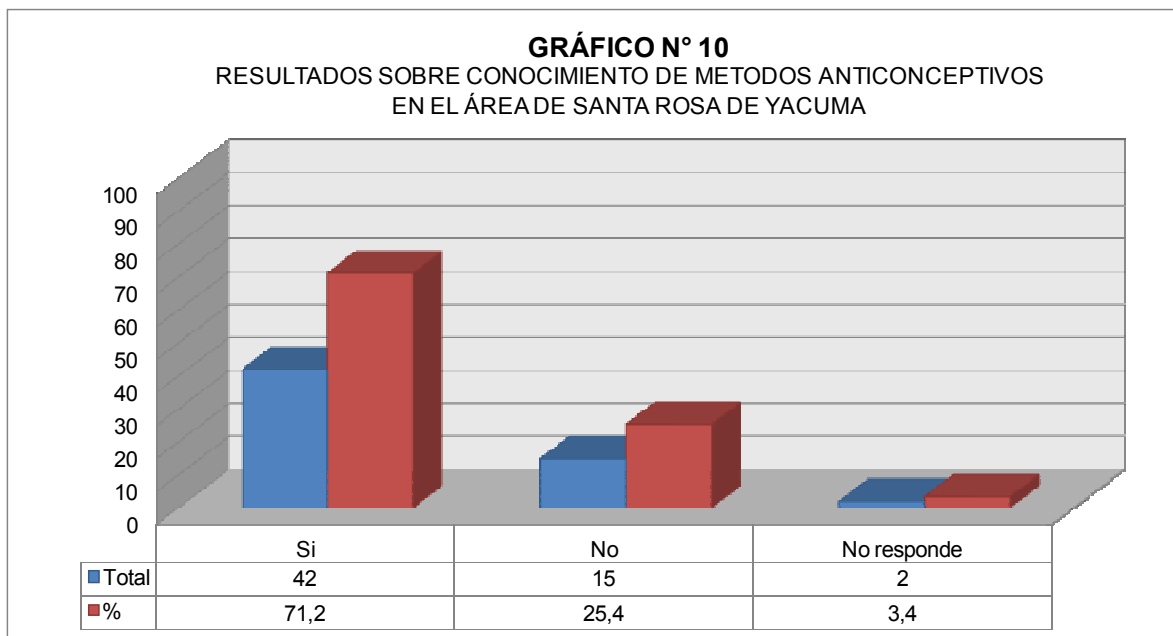
Datos que confirman que la mayoría recibieron información sobre charlas de educación sexual y riesgos del embarazo; sin embargo una cantidad importante de participantes de la encuesta no recibieron suficiente información adecuada.



**FUENTE:** *Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.*

- Con relación a la pregunta, 48 participantes de la encuesta respondieron que SI tuvieron información adecuada sobre educación sexual en el colegio, que representan al 81.4%; el 18.6% refieren que NO tuvieron información

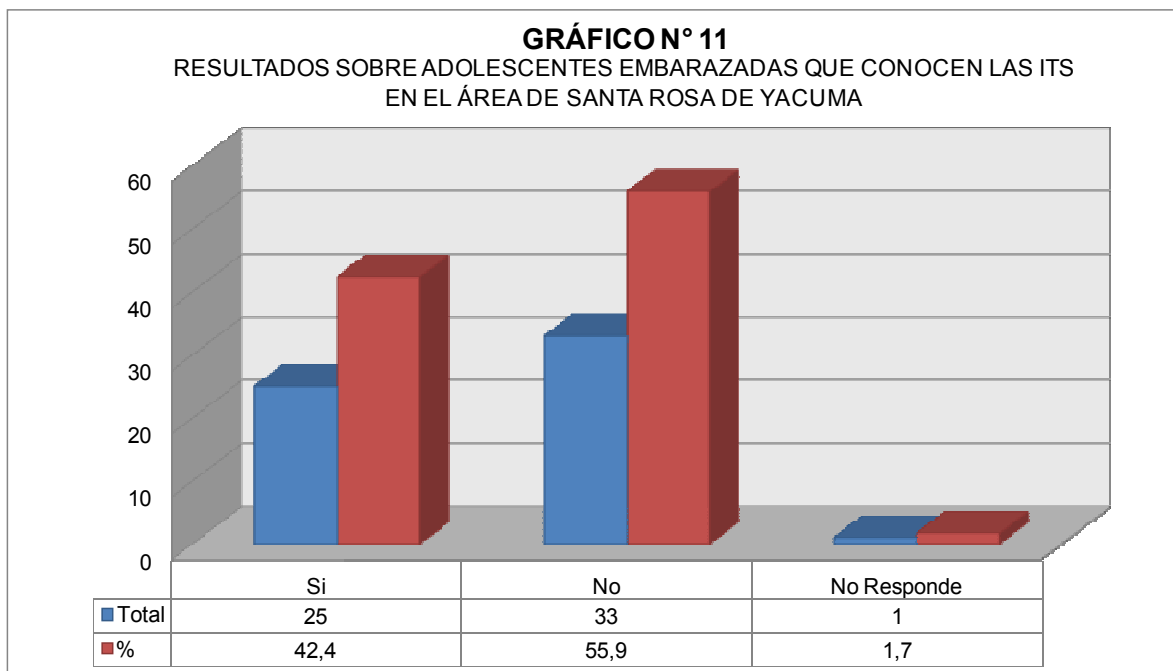
Estos datos corroboran que la información sobre educación sexual en el colegio sin duda es el más coherente, porque permite en un momento determinado se encuentren la mayoría de los estudiantes y puedan participar con diversas preguntas con respecto al tema.



**FUENTE:** *Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.*

- En referencia a la presente interrogante, el 71.2% de las participantes afirman que SI conocen algún método anticonceptivo, el 25.4% refieren que NO conocen y el 3.4% no responde o no sabe.

Datos que reflejan el conocimiento de la mayoría de las adolescentes sobre el uso de algún método anticonceptivo; sin embargo existe un porcentaje significativo que no conoce ningún método o sencillamente que no se encuentra informado.

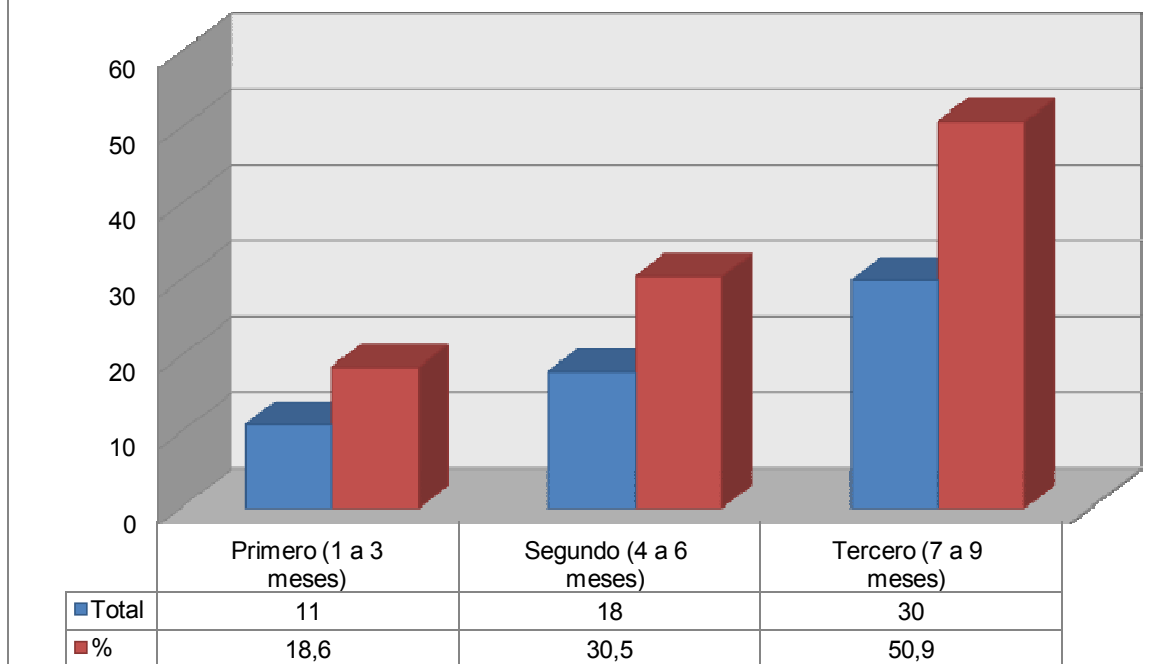


**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- El 55.9 % de las encuestadas no conocen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), de la misma manera 25 mujeres refieren que SI tienen conocimiento de las ITS, que representan al 42.5% del total muestral.

Datos que la mayoría de los participantes (mujeres adolescentes) no tiene conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual, sin embargo porcentaje importante refieren que SI tiene conocimiento como refleja el presente gráfico.

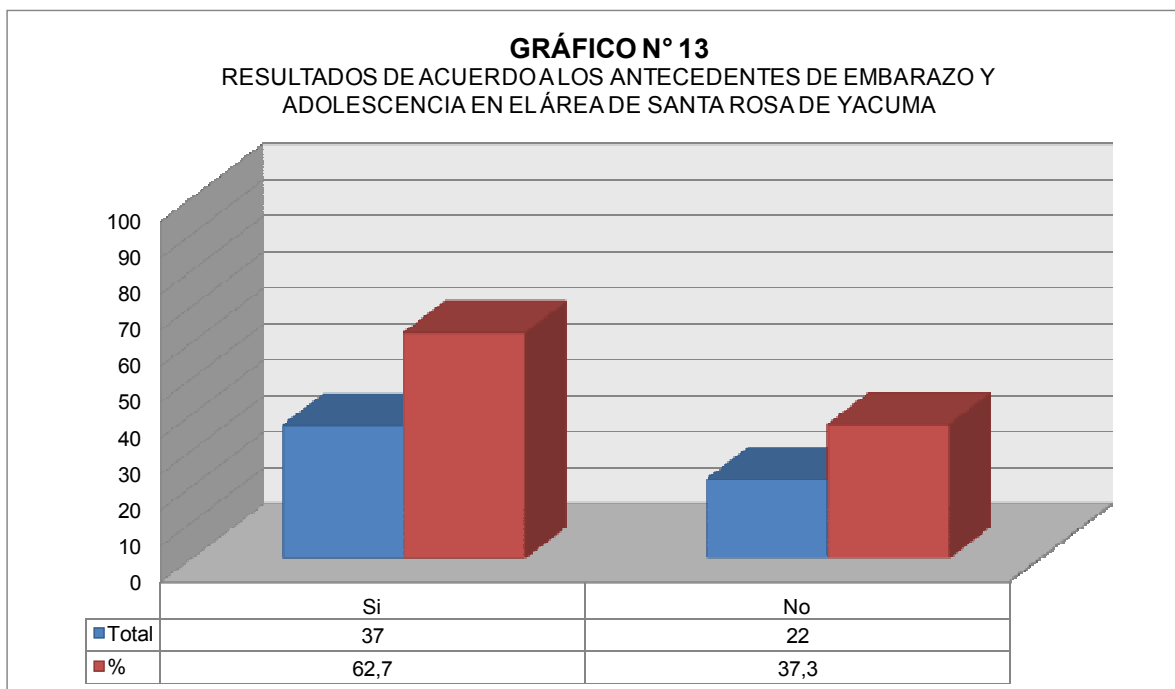
**GRÁFICO N° 12**  
**RESULTADOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL DE LA EMBARAZADA**  
**ADOLESCENTE EN EL ÁREA DE SANTA ROSA DE YACUMA**



**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- El gráfico presenta los siguientes resultados: 30 participantes de la encuesta respondieron que se encuentran en el tercer trimestre (7 a 9 meses) de embarazo que representan al 50.9%; de la misma manera el 30.5% mencionan en el segundo trimestre (4 a 6 meses) y finalmente el 18.6% en el primer trimestre (1 a 3 meses).

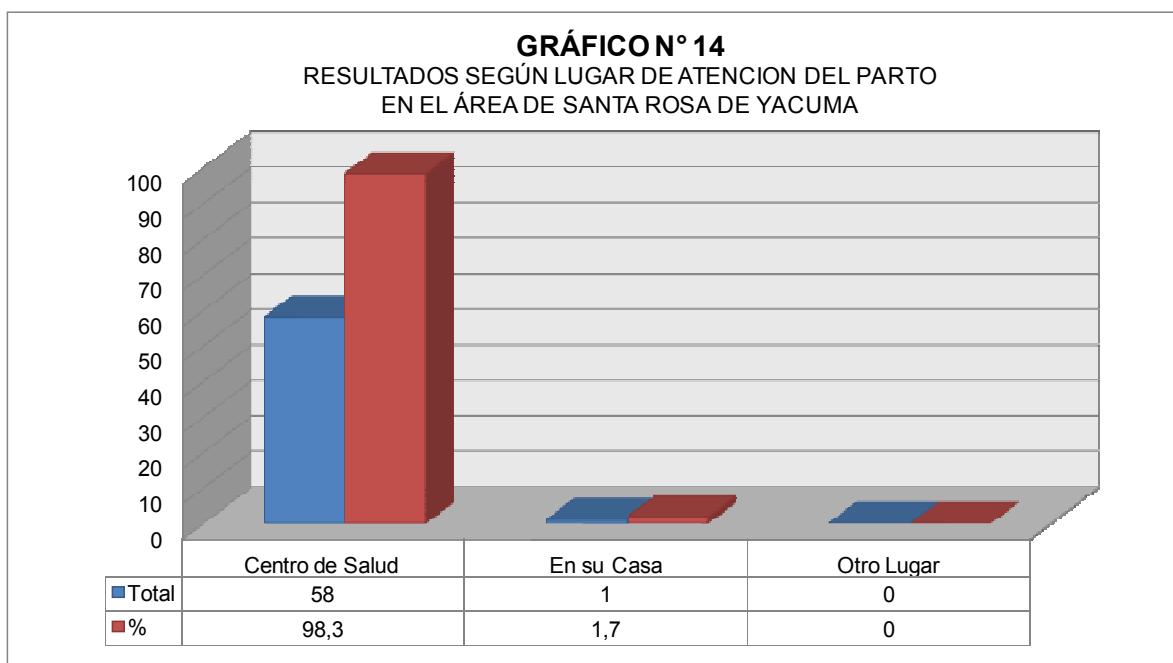
Estos datos nos muestran que existen un porcentaje significativo de mujeres gestantes que se encuentran en el tercer trimestre (7 a 9 meses),



**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- El gráfico correspondiente presenta los siguientes resultados: 37 participantes de la encuesta refieren que SI sus antecesoras tuvieron embarazo en la adolescencia, que representan al 62.7% y el 37.3% refieren que NO tuvieron embarazos en la adolescencia sus antecesores (madre, abuela).

Datos que reflejan que hubo un porcentaje importante de participantes que tuvieron también embarazos a temprana edad sus antecesores (abuela, madre), de la misma forma la mitad de las participantes consideren que NO.

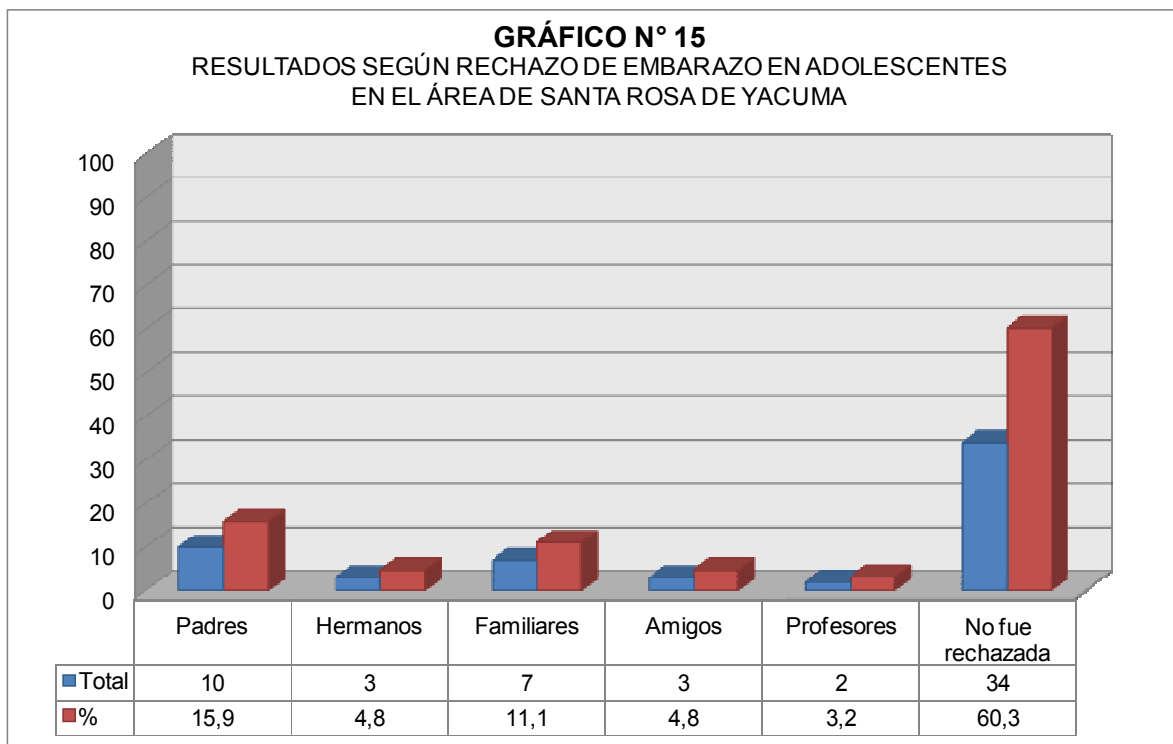


**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- Con referencia al lugar de atención del parto que quisiera la participante adolescentes, 58 refieren que sería el Centro de Salud el más adecuado, que representan al 98.3%; de la misma forma solo una persona contestó el lugar indicados sería su casa.

Datos que muestran que una mayoría de las participantes de la encuesta referida a la presente interrogante el lugar ideal sería el Centro de Salud; sin duda se corrobora que el Centro de Salud es el ideal y adecuado para realizar su parto, puesto tiene todas las condiciones de atención.

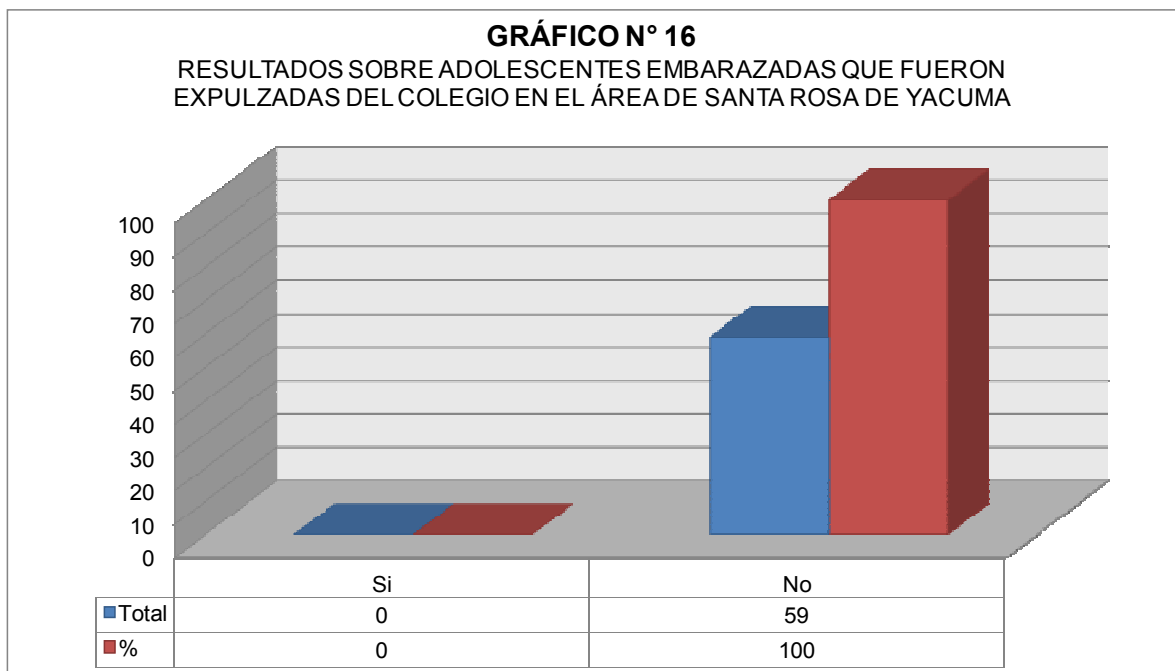




**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- El gráfico presenta los siguientes resultados: 34 participantes refieren que no fueron rechazadas al embarazadas a temprana edad, que representan al 60.3%, de la misma forma el 10% mencionan haber sido rechazados por sus padres, un 7% por sus familiares.

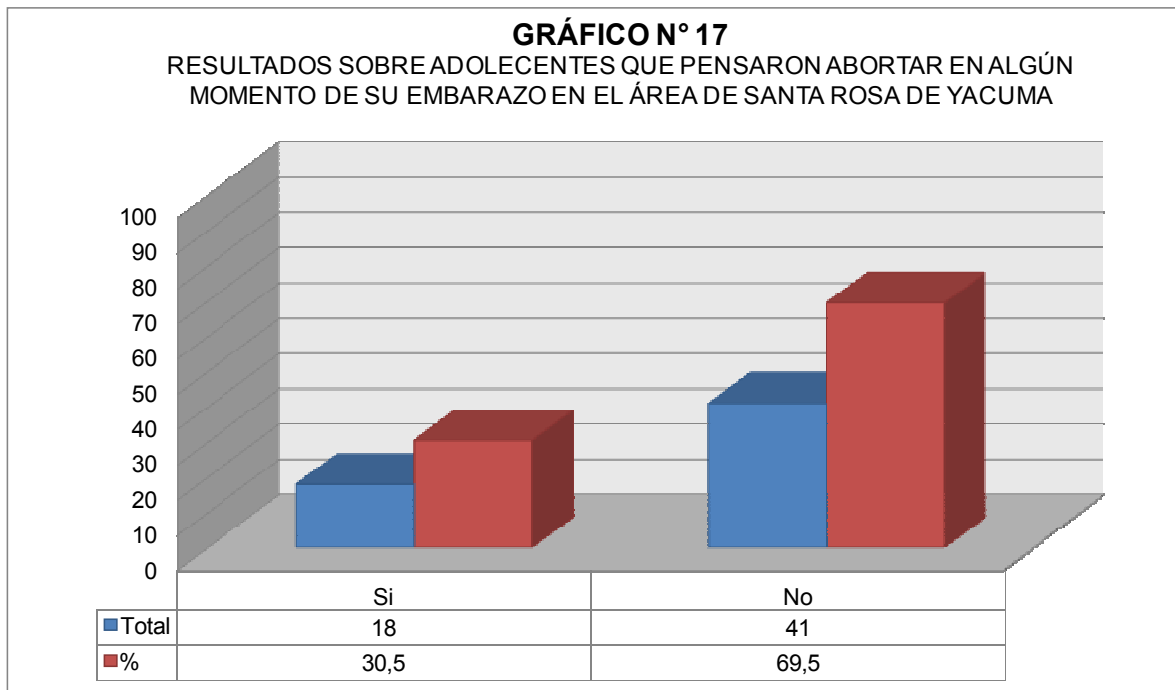
Datos que presentan un alto porcentaje de embarazos adolescentes que no fueron rechazados; sin embargo existe un significado porcentaje que fueron rechazados por sus padres, familiares, amigos e incluso por profesores como muestra el gráfico correspondiente.



**FUENTE:** *Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.*

- Con relación al presente gráfico las 59 participantes de la encuesta refieren no haber sido expulsados del Colegio siendo el 100% del total muestral

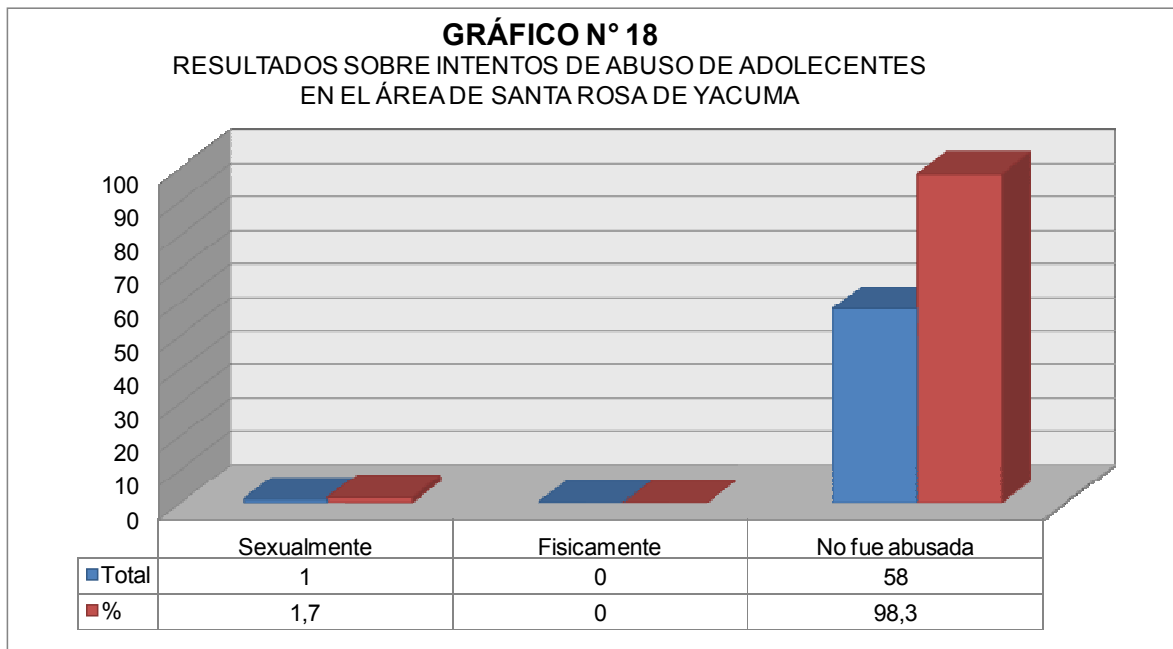
Datos que reflejan que existe aún tolerancia por parte de los profesores, director de las Unidades Educativas del Área de Santa Rosa de Yacuma; que sin embargo más temprana que tarde tendrán que abandonar el Colegio por el estado situacional del Embarazo.



**FUENTE:** *Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.*

- En relación a la pregunta que describe el gráfico correspondiente, 41 participantes refiere que NO pensó abortar durante el embarazo que representan al 69.5%, y el 30.5% de las mujeres refieren que SI.

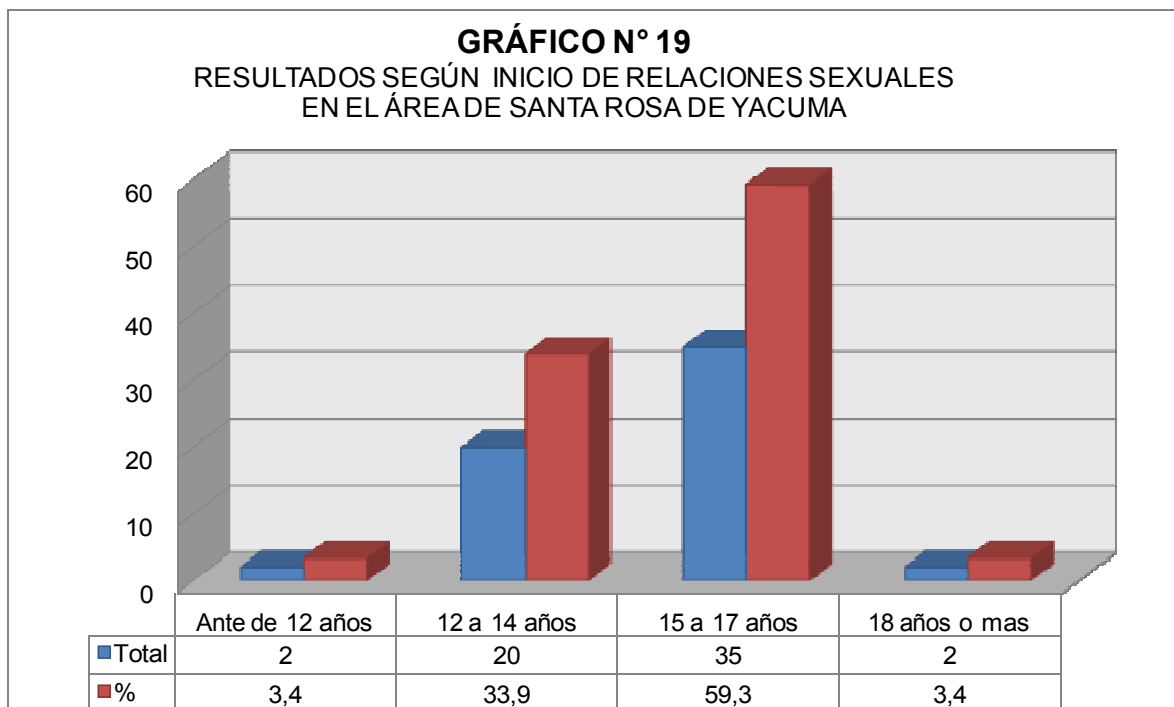
Resultados que muestran en su mayoría NO abortar durante el embarazo, que sin embargo existe un porcentaje significativo que refiere que SI pensó abortar por diferentes y diversos motivos.



**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- Con referencia a la pregunta reflejada en el gráfico correspondiente 58 mujeres refieren no haber sufrido algún intento de abuso, que representan al 98.3%, finalmente solo una persona indica haber tenido un intento de abuso sexual.

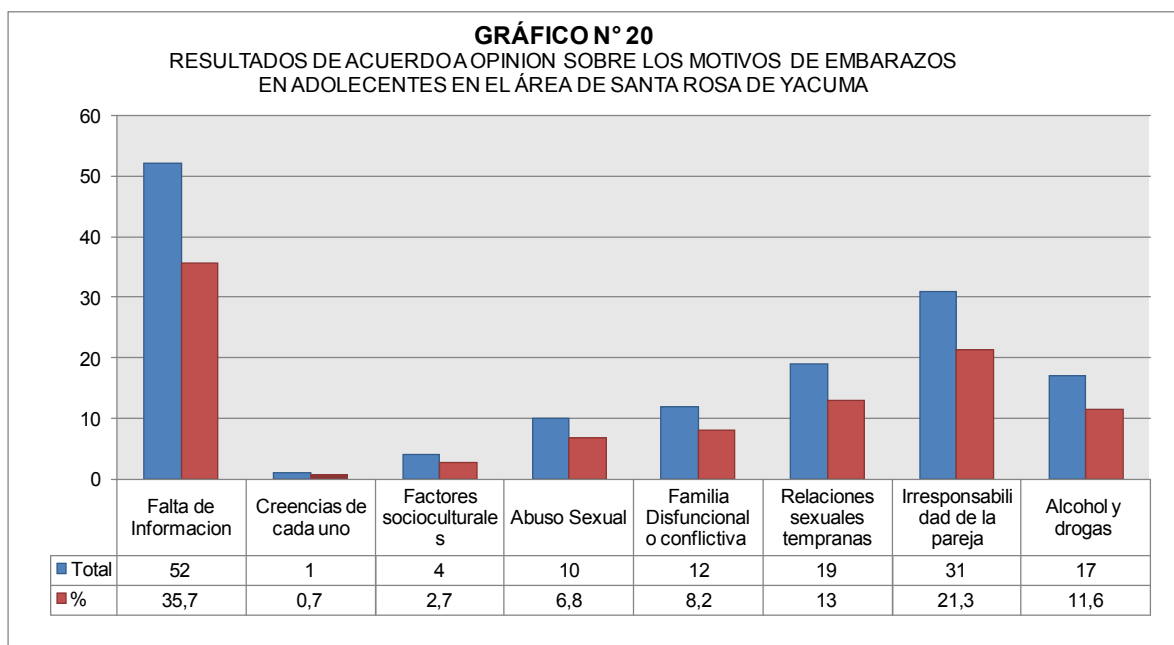
Como la gráfica muestra, la mayoría no tuvo ningún tipo de intento de abuso, siendo que este porcentaje corrobora que no existe abuso ni acoso en las mujeres que participaron de la encuesta en el área de Santa Rosa de Yacuma.



**FUENTE:** *Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.*

- Según el gráfico, 35 mujeres adolescentes refieren haber tenido relaciones sexuales en las edades que comprenden de 15 a 17 años, que representa al 59.3% del total muestral; de la misma forma el 33.9% corresponden de 12 a 14 años; y el 3.4% mencionan antes de los 12 años al igual que a los 18 años y más.

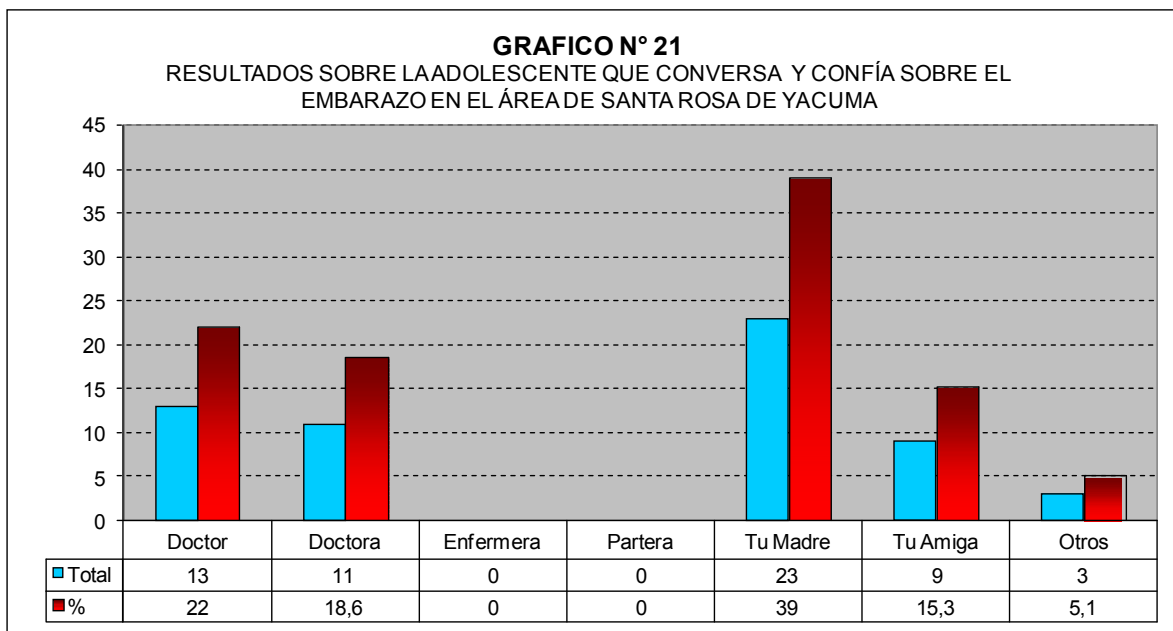
Gráfico sin duda importante que refleja un alto porcentaje de mujeres adolescentes que comenzaron a tener relaciones sexuales entre los 15 y 17 años; de la misma forma, llama la atención que existe un porcentaje significativo de adolescentes que comenzaron a tener relaciones sexuales entre los 12 a 14 años sin duda, alarmante.



**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- La mayoría de las participantes en la encuesta que son el 35.7 %, opinan que se embarazan por falta de información; seguido de la irresponsabilidad de la pareja en un 21.3 %, por el consumo de alcohol y drogas en un 11.6 %; refieren por inicio de relaciones sexuales a temprana edad en un 13%, por familia disfuncional o conflictiva el 8.2%, de la misma forma el 6.8% por abuso sexual, el 2.7% por factores socio culturales y finalmente por creencias de cada uno en un 0,7 %

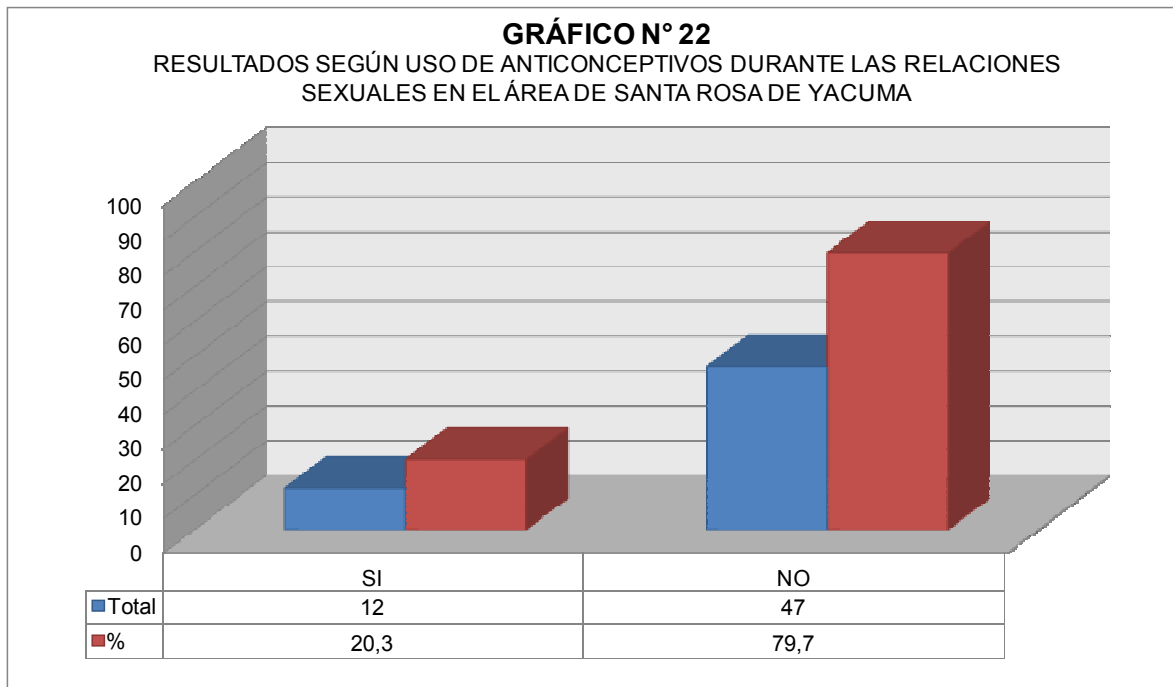
Sin duda, gráfico importante que permite establecer la opinión de las mujeres adolescentes que se embarazan a temprana edad son por motivos de información, seguido del consumo de alcohol consecuentemente por drogas, siendo aspectos que requieren de orientación tanto a los padres de familia y los adolescentes.



**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- El gráfico presenta los siguientes resultados, la mayoría de las encuestadas confían más para hablar de su embarazo con su madre siendo el 39% del total muestral, el 22% es el doctor a quien tienen mayor confianza, seguido de la doctora con el 11%, finalmente el 15.3% confía más en su amiga para conversar sobre el embarazo.

Datos que sin duda reflejan en el gráfico que la madre es la indicada y que con más confianza conversa sobre el embarazo; de la misma forma un porcentaje significativo lo hacen con los doctores.

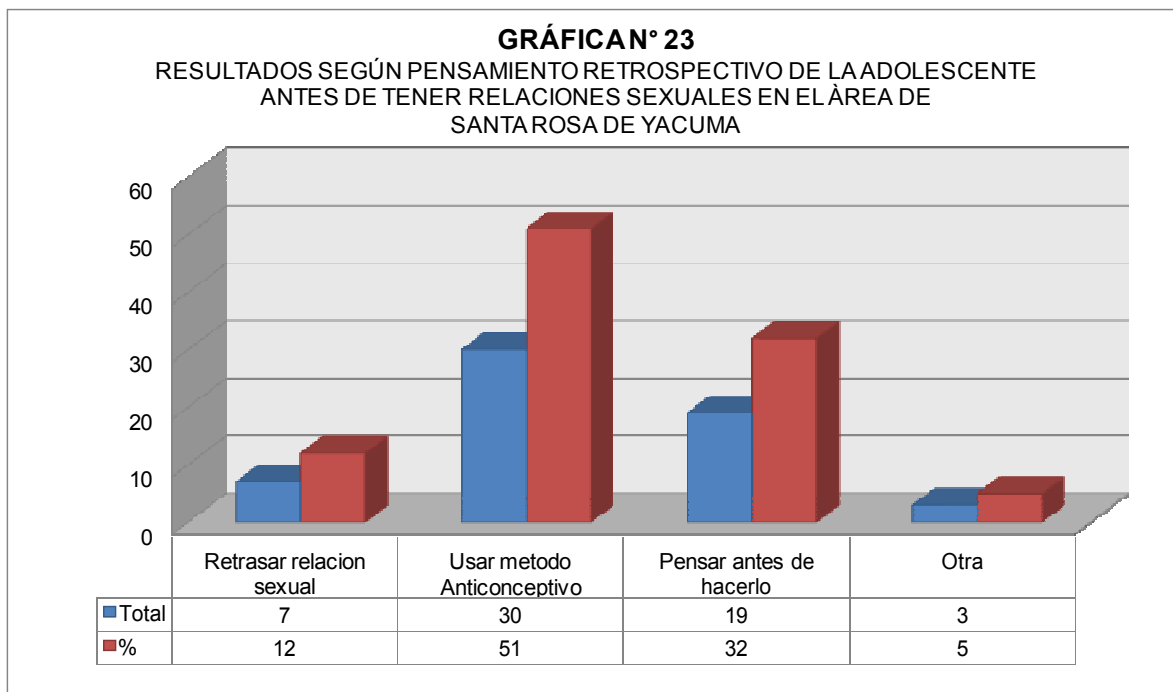


**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- El gráfico N° 22 muestra de manera elocuente que 47 participantes en la encuesta refieren que NO usan algún tipo de anticonceptivo en las relaciones sexuales, que representan al 79.7%; de la misma forma el 20.3% refieren que SI usan anticonceptivos.

Resultado que muestra un alto porcentaje de mujeres adolescentes que NO usan anticonceptivos en las relaciones sexuales; motivo que refleja la falta de información e interés de las participantes para el uso de anticonceptivos, en consecuencia evitar el embarazo no deseado.

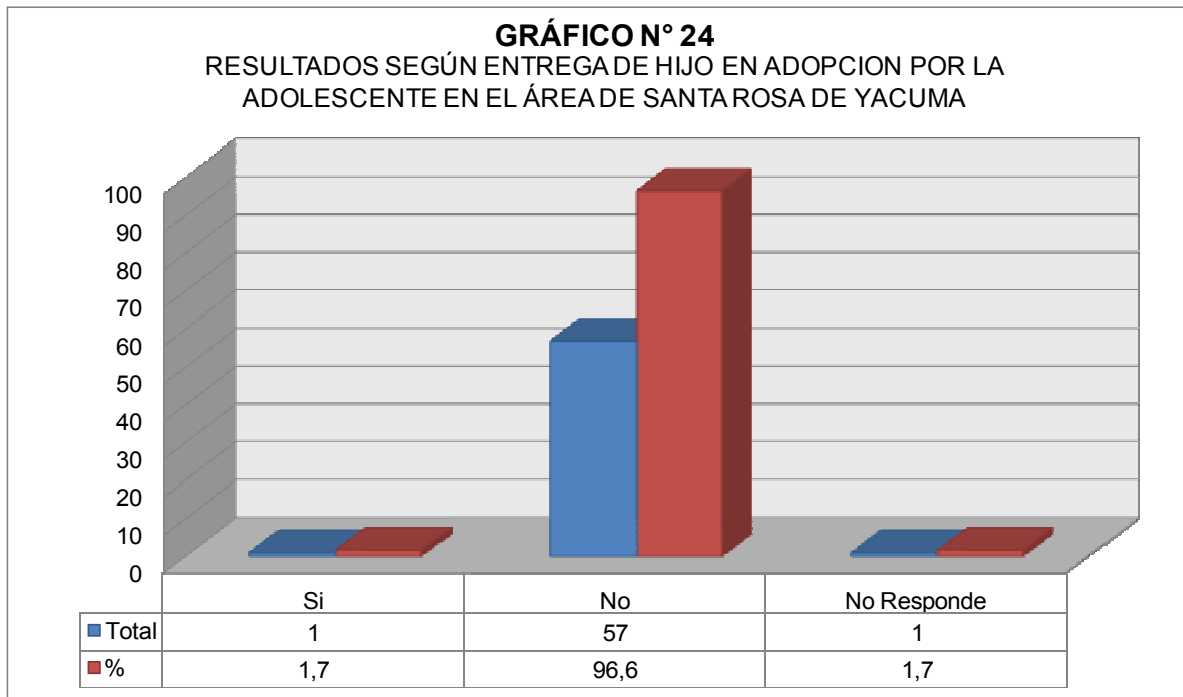




**FUENTE:** *Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.*

- Con respecto al gráfico correspondiente, la mayoría de las encuestadas refieren que antes de tener relaciones sexuales de manera retrospectiva refieren que usan método anticonceptivo siendo el 51% del total muestral, de la misma forma el 19% piensan antes de hacerlo y finalmente un 12% considera retrasar su relación sexual.

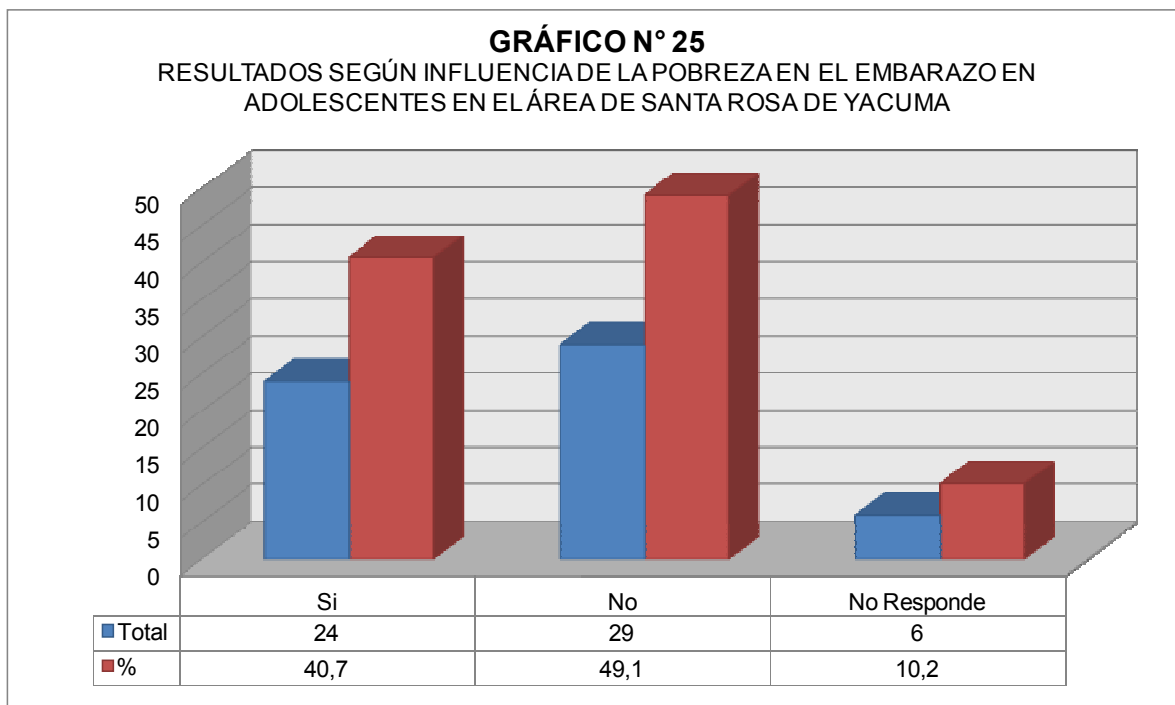
Estos datos nos confirman que antes de tener relaciones sexuales prefieren usar un método anticonceptivo; que sin embargo existen adolescentes que piensan antes de hacerlo, que sin duda existe dificultades como la inseguridad al momento de realizar relaciones sexuales.



**FUENTE:** *Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.*

- De acuerdo a la descripción del gráfico, 57 participantes de la encuesta refieren que NO entregarían en adopción su bebe, que representan al 96.6%, finalmente que SI entregaría en un 1.7 %.

Resultado que muestra prácticamente en su mayoría NO entregaría a su hijo en adopción por otra persona.

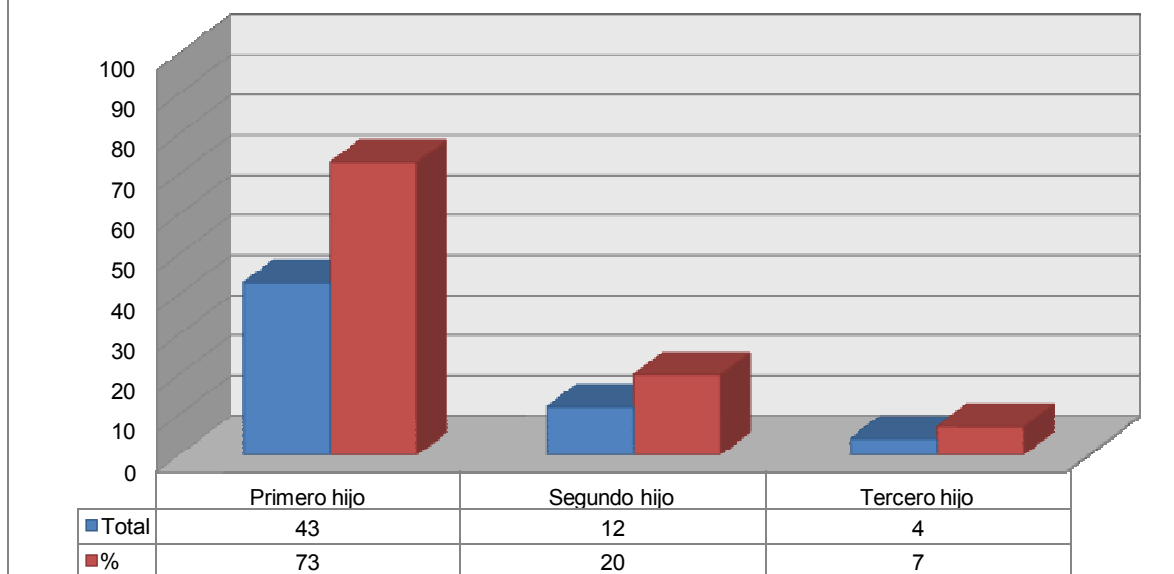


**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- El gráfico correspondiente muestra, que la mayoría de las encuestadas consideran que la pobreza no es un factor para embarazos en adolescentes que corresponden el 49 1%, seguido que SI es un factor en un 40.7 %, y finalmente no respondieron en un 10.2 %.

Como se advierte en la gráfica, la mayoría de las participantes refieren que la pobreza no es un factor de embarazo a temprana edad; sin embargo un alto porcentaje refieren que SI es un factor para el embarazo.

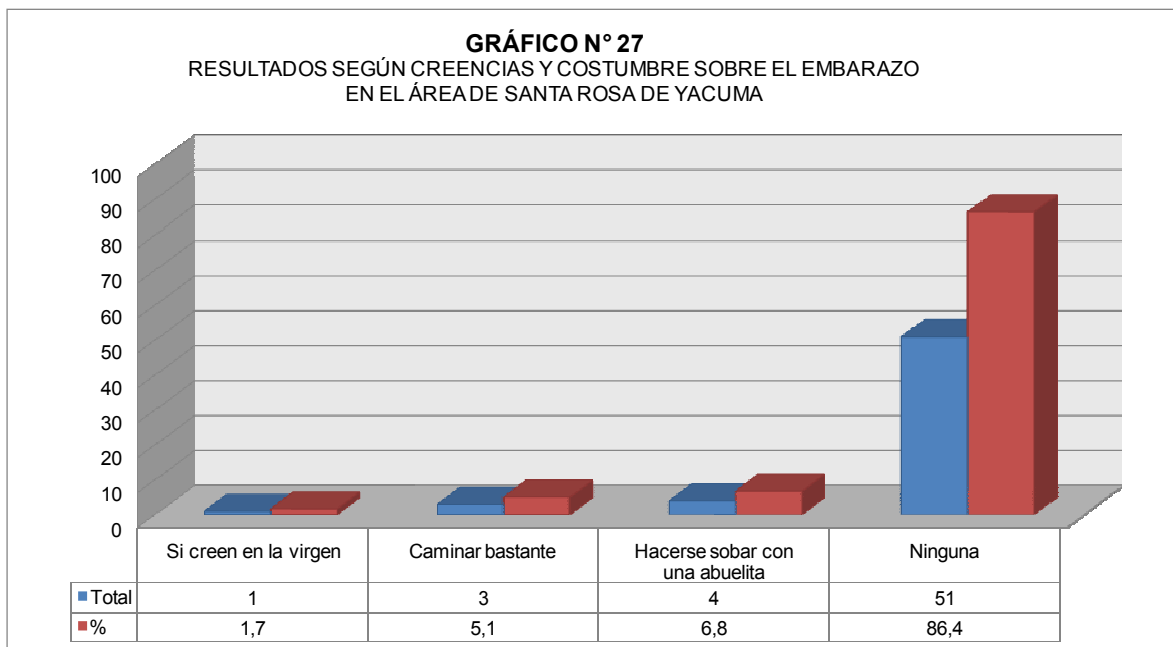
**GRÁFICO N° 26**  
**RESULTADOS SEGÚN NUMERO DE EMBARAZOS QUE ACTUALMENTE CURSA**  
**EN EL ÁREA DE SANTA ROSA DE YACUMA**



**FUENTE:** *Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.*

- El gráfico N° 26 describe de manera elocuente que 43 participantes en la encuesta refieren tener el primer hijo que representan al 73%; de la misma forma el 20% corresponden a segundo hijo y finalmente el 7% refieren que es el tercer hijo.

Resultado que reflejan en su mayoría de las mujeres adolescentes haber tenido su primer hijo.



**FUENTE:** Elaboración propia. Santa Rosa de Yacuma, Beni - 2012.

- El gráfico presenta los siguientes resultados: El 86.4% de las participantes en la encuesta refieren que no tienen que ver nada con las creencias y costumbres del embarazo; de la misma forma el 6.8% refiere que si cree en las costumbres y creencias como por ejemplo el de hacerse sobar con una abuelita, el 5.1% refiere caminar bastante, y finalmente una participante cree en la Virgen

Según los datos establecidos, reflejan que las creencias y costumbres no tienen que ver nada con el embarazo.

Los logros esperados en cuanto al desarrollo del proceso, será el fortalecimiento del desarrollo de competencias y estrategias relacionadas con la orientación sexual a las adolescentes que están embarazadas y que asisten al Control Prenatal al Centro de Salud de Santa Rosa, el propósito es que las señoritas se acepten a ellas por el estado en que se encuentran.

Por otro lado, con una gran satisfacción personal y social; de que todos los planes atiendan a esa gran necesidad de los embarazos a temprana edad a las adolescentes del Municipio de Santa Rosa.

Para la comunidad de Santa Rosa del Yacuma, en especial para el Centro de Salud, la ejecución del presente proyecto significa el logro de uno de los objetivos de esta institución, debido a que esta especialmente dirigido a fortalecer la motivación para que los jóvenes tengan más conciencia de la salud de su sexualidad.

## **CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN**

Durante el presente trabajo de investigación, se determina que la mayoría de las adolescentes embarazadas que asisten al Control Prenatal al Centro de Salud Santa Rosa, respondieron en la encuesta que son rechazadas por sus padres y familiares (Grafico 15) cuando están embarazadas, refieren debido a que sus padres todavía no es tiempo ya que primero deben estudiar, o que ese no es el muchacho ideal para ellas, porque todavía no es maduro no es responsable y no tiene trabajo, y que el hombre que las embarazó ahora debe hacerse cargo de ellas, para ver si en verdad son responsables con sus actos, y poder demostrar a la familia que en verdad la quiere a la chica como para poder casarse, o que en verdad la ama; sin embargo, muchas chicas dicen que no les importa si ellos las quieren o no sino que el tiempo se encargara de unirlos por el bebe que van a tener.

Mientras que un buen porcentaje de adolescentes que se encuentran embarazadas, ellas hablan o responden de que no tienen la culpa de haberse embarazado, sino que refiere a que sucedió por falta de información de sus maestros, padres de familias, personal de salud y otros, y en algunos casos escucharon hablar pero no le dieron mucha importancia a lo que están escuchando. También las adolescentes, echan la culpa a sus parejas, por ser irresponsable al momento de tener relaciones sexuales, al decir que no va a pasar nada y que confíe en él y así, se confían y tienen sexo, es decir por la falta de abstinencia del chico o del enamorado al insistir tanto en tener relaciones con ellas, y luego después de un tiempo se dan cuenta de que están embarazadas, porque no les vino su regla o menstruación y se les viene en mundo encima de ellas y un montón de problemas y hasta el enamorado que le dijo que confíe en él, le da la espalda a la chica que se encuentra embarazada. Es aquí donde muchas de las adolescentes, por la situación emergente a veces piensan en no tener a sus hijos o prefieren abortarlos.

Se pudo establecer de buen porcentaje de adolescentes dicen estar arrepentidas de no haber retrasado un poco el inicio de su primera relación sexual y que todo esto las llevo la curiosidad por saber sobre el otro sexo como también la seducción que les hicieron sus enamorados, y las diferentes caricias que recibieron las llevaron a tener relaciones sexuales, y al haber iniciado temprano el acto sexual es que se ven algunas chicas quedan madres solteras, y otras concubinas, con sus parejas pero bajo la custodia de sus familiares, en la mayoría de los casos son los papas que mantienen a la pareja de jóvenes.

Mientras que otras adolescentes argumentan que parte de su desgracia es la pobreza que vive ella y toda su familia, porque el padres se ausenta a buscar trabajo al igual que su madre y no había un control en ella que pudiera corregir u orientarle de lo que estaba sucediendo o porque nadie les alerto del problema en que se iban a meter, al tener relaciones sexuales sin protección o con responsabilidad y madurez.

Cabe mencionar que la mayoría de estas jóvenes, no trabajan y se dedican a los quehaceres domésticos, ya que otro porcentaje de estas chicas trabaja y estudia. También una gran mayoría de estas chicas procesan la Religión Católica y un porcentaje reducido es de religión evangélica, una de las fuertes causas por lo que no pudieron abortar, piensan que la práctica del aborto es un pecado antes los ojos de Dios. Otras adolescentes creen en las caminatas que al momento de haberse embarazado ellas deben a comenzar a caminar, ya que según estas creencias del lugar, eso hará que el niño nazca fuerte y sea valiente y tenga coraje y personalidad el nuevo ser que va a nacer.

Un bajo porcentaje de las adolescentes encuestadas, indican que se cuidan con métodos anticonceptivos con píldoras y condón, al momento de tener relaciones sexuales; pero, en la mayoría de los casos se olvidan de tomar en su debido momento como indica la norma, mientras que una gran mayoría de las chicas dicen que alguna vez escucharon hablar de tabletas y condón; sin embargo ellas no usan porque refieren que el sexo no debe ser igual usando estas cosas.



Se determina de acuerdo a los resultados, que la mayoría de las adolescentes refieren haber recibido charlas sobre los métodos anticonceptivos; pero ellas nunca tomaron conciencia de esas enseñanzas; y que incluso consideraron como broma o burla de lo que escuchaban sobre la temática; Sin embargo tras la experiencia vivida por las adolescentes, se arrepienten no tomar en serio las charlas que brindaron los maestros en el colegio o algunos amigos; por ejemplo como el uso del Condón puesto que es un método confiable del 99% de evitar el embarazo como también las infecciones de trasmisión sexual, aunque un alto porcentajes de las chicas encuestadas desconocen de estas enfermedades. También las participantes argumentan el desconocimiento de que el Centro de Salud de Santa Rosa proporcionaba condones en forma gratuita.

Un buen porcentajes de las adolescentes que se embarazaron, pensó en abortar por diferentes factores o problema que estaba pasando en ese momento de su vida, y los diferentes cambio físicos y psicológicos que tenía la adolescente al enfrentar una nueva experiencia de vida, y poder enfrentar esta situación con sus padres que no estaban de acuerdo con este embarazo, porque la mayoría de las encuestadas referían ser estudiantes de primaria y secundaria y que no era el momento adecuado para estas cosas, ya que los padres de las chicas tenían esperanzas en sus hijas a que sigan estudios superiores, ya que ellos no tuvieron la oportunidad de estudiar aunque tenían las ganas de seguir estudiando, pero lamentablemente tenían que ayudar a sus padres a criar ganado o cosechar arroz o maíz ya que el hijo antes era mirado como una fuerza de trabajo y por lo tanto debería ayudar a criar a los hermanos menores.

También algunas adolescentes manifestaron que más de una vez, intentaron abortar, ya que el hijo que ellas esperan era fruto de un abuso, sexual, que tuvieron con algún amigo, debido al consumo de drogas y alcoholismo, y en muchos de los casos ellas no saben para quién era el embarazo, puesto que quedaría en lo ridículo ante esta incertidumbre.

Por otro lado hay adolescentes que también quisieron abortar, porque tuvieron problemas en sus familias, como peleas entre padres, no se llevaban bien y hasta en algunos casos llegaron a ser enemigos entre hermanos y eso les lleno de angustia al ver que pertenecían a familias desintegradas, o que casi nunca conversaban de sus problemas.

En porcentaje considerable de las adolescentes participantes de la encuesta también argumentaron que iban a tener a sus hijos, y que después de tenerlos para salir de los problemas entregarían a sus bebés en adopción, a una familia que tenga recursos económicos para la mantención adecuada.

Las adolescentes manifiestan en su encuesta que, ellas se embarazaron a la misma edad que también se embarazaron sus mamás o abuelas y que por ellos no tienen culpas, de tener un bebé a temprana edad (16-17 años). Ellas manifiestan que embarazarse a temprana edad tiene sus cosas buenas porque así pueden ver crecer a sus hijos, y acompañarlos en muchos aspectos y todavía los papás siguen siendo jóvenes y que las abuelas siguen siendo jóvenes y además siguieron esa tradición de sus familiares.

Otros de los factores socioculturales para el embarazo son las fiestas, de 15 años, las graduaciones de promociones, las despedidas de algún familiar o amigo, los cumpleaños y familiares, que se dan en Santa Rosa, donde las adolescentes por primera vez comienzan a tomar cerveza, y la bebida le cambia la conducta, donde los muchachos aprovechan la inocencia de estas niñas. En muchos casos gracias al consumo de éstas bebidas las chicas son abusadas sexualmente. También las participantes refieren que una vez embarazada, no desean hablar con sus padres sobre el tema, sino que más bien esconden el tema o lo evaden, por miedo a represalia o algún castigo o que los padres les expulsen de la casa; prefiere hablar sobre el tema con el Médico del Centro de Salud, quien le realiza su Control Prenatal, o con alguna amiga que más la entiende o comprende que su propia familia. Pero una vez que se entera toda la familia de todo el embarazo y pasan

todos los problemas que se le presentan a la chica, ella conversa de su embarazo solamente con su madre.

Se pudo determinar a través del presente trabajo, que la mayoría de las adolescentes participantes del presente estudio conocieron a sus parejas en el colegio, en ferias, educativas o sociales que se realizan en el centro de la población como la Plaza 30 de Agosto. Otro porcentaje considerable de chicas, manifestaron que conocieron a sus enamorados en la fiesta, o en el local de baile efectuada los fines de semana, y se quedan bailando hasta altas horas de la noche (2, 3, 4 de la mañana), bailando y bebiendo inconscientemente hasta olvidar la hora de llegada a sus casas.

### **RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.**

Tras la realización del presente de trabajo, considero las siguientes consideraciones:

- Tomar en cuenta los conceptos básicos de los factores socioculturales que influyen en los embarazos en las adolescentes de Santa Rosa del Yacuma, y las experiencias que tienen ya las señoritas.
- Promover la asistencia de los adolescentes a las consultas de planificación familiar, con el objetivo de lograr una mejor orientación sobre la anticoncepción y la fecundidad.
- Fortalecer el funcionamiento de los círculos de adolescentes, con el objetivo de realizar charlas sobre la anticoncepción, y las complicaciones que trae tanto para la madre y el recién nacido el embarazo en la adolescencia.
- Valorar la posibilidad de aplicación de la estrategia educativa, como propuesta en los consultorios, para mejorar la atención a los adolescentes y disminuir la incidencia de embarazos en esta etapa de la vida.

- Capacitar a los promotores de salud para que puedan impartir en cada uno de los consultorios esta estrategia, incluyendo los Centros Escolares a maestros y educadores.
- Las autoridades municipales deben cumplir con los requerimientos como manda la Ley con el presupuesto para el área de salud.
- A los compañeros de estudio, deben tomar como base sólida los conocimientos, recibidos por los docentes para poder dar solución a la enfermedad que padecen nuestros pacientes.
- La sociedad requiere de profesionales capaces de dar solución a los problemas que se les presentan a los pacientes, para ello hay que estar preparado y en constante actualización médica.
- Los padres de familia de las jóvenes que están embarazadas, deben tomar conciencia que parte de ese problema es igual de ellos por no brindar su apoyo en el momento oportuno o haber podido aconsejado de una manera más amigable. Por tal razón es que están en la obligación de apoyarlos.

## **CAPITULO V**

### **PROPUESTA DE MEJORAMIENTO**

#### **5.1 OBJETIVOS**

##### **5.1.1. Objetivos General del Proyecto**

- Orientar sobre la sexualidad madura y responsable a todas las mujeres del municipio de Santa Rosa comprendida entre 12 a 19 años durante la gestión 2012.

##### **5.1.2. Objetivos Específicos del Proyecto**

Disminuir el embarazo prematuro o no deseado en las adolescente de 12 a 19 años.

Involucrar al personal de salud, como enfermeras, personal de auxilio y otros en el tema de sexualidad responsable y madura, para que ellos puedan transmitir estos conocimientos a los jóvenes de ambos sexos en los colegios, hospital de Santa Rosa de Yacuma y en reuniones de organizaciones sociales.

#### **5.2. ALCANCES**

El proyecto está previsto para su realización en la gestión 2012, de acuerdo a las demandas del Centro de Salud Santa Rosa del sistema de salud estatal.

El proyecto después de su aplicación y evaluación, dentro y fuera del Centro de Salud Santa Rosa de Yacuma, puede tener alcance a nivel Departamental y Nacional, en todo el sistema de salud estatal y privado.

### 5.3. RESUMEN EJECUTIVO

En el Hospital de Santa Rosa, se ha atendido el parto más joven, que ha sido de 11 años. Un buen porcentaje de partos se atiende a una población de 13 a 18 años. Siendo esta población no muy apta para tener un embarazo normal, por no tener una madurez biológica; ya que ello pone en riesgo su salud y del mismo producto, y en lo socioeconómico familia se encierra más en la pobreza.

El presente trabajo de investigación, pretende mostrar algunos problemas de salud que se dan en esta región del país.

Es importante estudiar e investigar este tema por el valor que se le da hoy a la juventud, que ha tomado conciencia de su importancia para un mundo que cambia.

En efecto el problema de los jóvenes sin empleo, de la protesta juvenil, de la inadaptación, delincuencia, es actual y obliga a tomar mejor conciencia de este fenómeno. Hoy en día los adultos olvidan su adolescencia, a pesar de la importancia que le dieron en su momento, de los tormentos, de sus luchas y sus problemas de su maduración. Los adolescentes mismos, por su parte, ocultan muchas veces sus dificultades y son recelosos de sus secretos, sobre todo cuando se alejan de los adultos para independizarse; sin embargo, **en ninguna edad de la vida tiene el hombre una necesidad tan fuerte de ser comprendido como en la adolescencia.**

Santa Rosa del Yacuma, es la capital de la Tercera Sección de la Provincia Ballivián del Departamento del Beni. Esta localidad, en tiempos de agua queda un poco aislada por las inundaciones que se dan en el departamento, como también algunas zonas quedan bajo el agua.

La electricidad que sustenta la población, es una planta eléctrica sostenida por motores que trabajan día y noche realizando una pequeña pausa de unos 10 a 15 minutos para hacer el cambio de un motor a otro.

La economía que se maneja en este municipio, gira la mayor parte en lo que es la ganadería, ya que una minoría se dedica, al turismo, madera, agricultura; de a misma forma todavía existen familias que viven de la pesca y la caza de animales silvestres.

#### **5.4 DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

Si bien el adolescente es un ser que experimenta cambios violentos de carácter y está en constante inestabilidad emocional, también es en esta etapa donde comienza a tomar conciencia de que existen otras personas además de él, y empieza a formar su propia ética en relación a ese descubrimiento, basada en lo más altos ideales. La amistad es uno de los más fuertes valores, la fidelidad, el respeto al otro, etc.

Es en esta edad, en que se reafirman los valores que aprendió en el hogar y en la comunidad; valores o anti valores, por eso es muy importante que el maestro u orientador, le aclare las ideas sobre sexualidad, dándole una idea clara y limpia, sin la contaminación de prejuicios que pudieran afirmar sus complejos, o malicias que distorsionen la visión de su realidad.

En esta etapa de la vida, el adolescente suele ser muy exigente consigo mismo y con el adulto; por tanto, puede cuestionar las actitudes de sus padres y tomar rebelde y contradictorio. Esto se debe también a que intenta una búsqueda de su independencia como persona, para el orientador o maestro será la adolescencia un buen momento para fomentar su sentido crítico, ayudándole a encontrar equilibrio.

Pero además del grupo “los otros”, el adolescente descubre a la persona del otro sexo como su complemento, su pareja. Sin embargo, como no tiene una idea clara de lo que es el amor, este intento de acercamiento al otro sexo, muchas veces puede ser fatal y tener consecuencias definitivamente frustrante, porque por la formación que reciben estos “acercamientos” vienen envueltos de sentimientos de culpa, confusión y ansiedad, que no hacen más que cortar con el proceso de madurez física, psíquica y emocional.

Si se le da la primera experiencia de un acto sexual bajo estas condiciones, puede reafirmar en los adolescentes aquella idea de que el sexo es algo malo, prohibido y pecaminoso.

Estas experiencias dan como resultados personas que descubren el sexo como un objeto de posesión sexual y cosificación del otro, que está muy lejos de ser una “relación de amor” y embarazos prematuros en adolescentes que no tienen la mínima madurez psicoemocional para afrontar la maternidad, ni la paternidad.

Como tampoco han completado su desarrollo físico, esto trae como consecuencia abortos involuntarios, a causa de que la matriz no está todavía totalmente desarrollada, partos prematuros o difíciles por la misma causa. Madres y o bebés desnutridos, puerperios en los cuales la madre está totalmente anémica y no logra recuperarse debidamente, etc.

La muerte de la madre o el nacimiento de niños anormales puede deberse también a esta misma causa; además, debemos tomar en cuenta que de cada 1000 niños nacidos en Bolivia, mueren 169 y que esta cifra es la más alta de América Latina.

Una buena orientación sexual que consiste en preparar a los hombres y mujeres para que afronten la tarea de ser padre cuando verdaderamente puedan asumir esta situación, vale decir, cuando haya terminado su desarrollo físico; cuando sean capaces de afrontar la vida de una manera serena, equilibrada autónoma, cuando tenga el respaldo económico para afrontar esta responsabilidad y cuando la pareja se conozca y se complemente en todo los sentidos, podrá ser una respuesta a la necesidad de bajar esas altas cifras de mortalidad infantil en el país.

Sin duda alguna, el tema de la sexualidad, debe ser tratada con mucho cuidado, por el mismo hecho de ser delicado.



## 5.5. PLANES DE ACCION

**PLAN DE ACCION N° 1: TEMÁTICA N° 1.-** Factores socioculturales que influyen en el embarazos en las adolescentes.

**PROPOSITO:** Promover en los adolescentes la toma de conciencia en el uso de preservativos, para evitar embarazos.

**OBJETIVO:** Que conozcan los factores socioculturales que influyen en el embarazos de las adolescentes que asisten al control prenatal.

ESLABÓN	ACTIVIDADES	MÉTODO	FORMA DE ORGANIZACIÓN	TIEMPO LUGAR	RESPONSABLE	MEDIOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN
<b>MOTIVACIÓN</b>	Se mostrara un video. Sobre orientación sexual.	Participativo	Semicircular	10 min. Aula	Ángel García	Tecnológicos	Atención de los participantes
<b>INFORMACIÓN</b>	Charlas. Sobre el buen uso de preservativos y buenas costumbres de salud.	Expositivo Análisis	Semicircular	90 min. Aula	Ángel García Adolescentes	Cuaderno Lápiz Data Computadora	La atención y el interés de los adolescentes
<b>ASIMILACIÓN</b>	Distribuimos hojas de papel bond con tareas estructuradas para que los adolescentes grafiquen como quieren ser en el futuro como pareja y como padres	Análisis	Semicircular	15 min. Aula	Ángel García Adolescentes.	Papel bond Lápiz Borrador Colores	La creatividad de los participantes

<b>DOMINIO SISTEMATIZACION</b>	Formamos grupos: Cada grupo se asocia por habla del cuidado que hay que tener con el cuerpo y de la importancia de los preservativos tradiciones y costumbres del lugar.	Participativo	Semicircular	15 min. Aula	Ángel García Adolescentes	Tiza. Almohadilla álbum de fotografías, cuentos y leyendas del lugar	La creatividad y la imaginación de los estudiantes.
<b>EVALUACIÓN</b>	Cada adolescente hace una síntesis de las diferentes charlas de lo que aprendió.	Análisis	Semicircular	10 min. Aula	Todos los participantes	Cuaderno Lápiz	La asimilación y el interés.

### 5.5.1. Justificación

En el Centro de Salud “Santa Rosa” de Yacuma, se ha atendido el parto más joven, que ha sido de 12 años. Un buen porcentaje de partos se atiende a una población de 13 a 18 años, siendo esta población no muy acta para tener un embarazo normal, por no tener una madurez biológica; ya que ello pone en riesgo su salud y del mismo producto Y en lo socioeconómico familia se encierra más en la pobreza.

La adolescencia, es la etapa más complicada del ser humano por sus caracteres distintos que presenta, como también en la sociedad en la que vive el adolescente.

Podemos decir, que esta etapa empieza con los fenómenos fisiológicos de la pubertad, pero no sabemos cuánto dura, por que incluye además de los aspectos fisiológicos, también los psicológicos, sociales y espirituales.

Actualmente ésta etapa es la más larga que en tiempos pasados, y más largas en las culturas desarrolladas que en las primitivas, así mismo es más larga para quienes estudian que para quienes trabajan.

Es importante estudiar e investigar este tema por el valor que se le da hoy a la juventud Santa Roseña, que ha tomado conciencia de su importancia para un mundo que cambia.

El problema de los jóvenes sin empleo, de la protesta juvenil, de la inadaptación, delincuencia, es actual y obliga a tomar mejor conciencia de este fenómeno.

Hoy en día los adultos olvidan su adolescencia, a pesar de la importancia que le dieron en su momento, de los tormentos, de sus luchas y sus problemas de su maduración. Los adolescentes mismos, por su parte, ocultan muchas veces sus dificultades y son recelosos de sus secretos, sobre todo cuando se alejan de los adultos para independizarse; sin embargo, **en ninguna edad de la vida tiene el hombre una necesidad tan fuerte de ser comprendido como en la adolescencia.**

### **5.5.2. Metodología**

La investigación se la elaboro en base a un proceso, se realizó un listado de problemas en salud que tenían los jóvenes, en base al árbol de problema, de soluciones y también un marco lógico, esto a objeto de llegar a tener una guía que oriente las acciones hacia las tareas que establezcan relación de orientación y capacitación sobre una sexualidad madura y responsable.

### **5.5.3. Análisis de factibilidad**

Permitirá la participación de los involucrados en el área de salud, desde autoridades locales que se encuentran en el municipio, además de la participación activa de los jóvenes en un tema abierto para ellos con mucha responsabilidad en su salud.

A fin de desarrollar actividades de salud en el municipio Santa Rosa sobre sexualidad y la disminución de los embarazos no deseados en adolescentes extremadamente jóvenes que busca mejorar la salud futuras de esta población. Existe cierto interés en apoyar la iniciativa a la cual se hace referencia, con el fin de ser un aporte más en la construcción de una articulación entre las formas de atención. El apoyo viene de entidades gubernamentales como también de ONGS.

#### **5.5.4. Análisis de viabilidad**

La viabilidad de esta propuesta, como parte de la política de articulación entre las diferentes formas de atención que influirá en la decisión informada al momento de acudir a los jóvenes para su orientación, es viable; puesto que se basa en tiempos en que se requieren respuestas prácticas y reales que orienten entre otras acciones la articulación entre las diferentes formas de capacitación, siendo que esto es determinante para llevar a cabo la orientación de los jóvenes. Todo esto recomienda la disminución de los embarazos no deseados a temprana edad en las adolescentes del área de Santa Rosa de Yacuma.

Se tomaría también en cuenta el avance de la ciencia y la tecnología como medios influyentes para ser tomados en cuenta para este tema.

#### **5.5.5. Cronograma**

El cronograma consta de dos fases, separadas en función a dos objetivos en sus diferentes actividades. (Véase Cronograma de Gantt en anexo).

#### **5.5.6. Presupuesto**

El presupuesto alcanza un costo de \$US 10.000.- (diez mil dólares americanos), mismo que incluye situaciones imprevistas que puedan surgir durante el desarrollo del proyecto de intervención (véase anexo)

## BIBLIOGRAFIA

1. Coll A.: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, Nº 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Folleto, Publicado, La Paz-Bolivia, 2008.
3. Bolivia: población femenina en edad fértil proyectada y estimaciones de embarazos, partos, abortos y nacimientos según departamento, provincia y sección de provincia – municipio, 2012.
4. Dr. Bartos Milkos Andres, Dr. Castro Andre Alberto, Dr. Conde Victor, Dr. Cordero Valdivia Dilberth, Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia 2009 – 2015  
Estado plurinacional de Bolivia ministerio de Salud y deportes. Publicación 152  
Movilizados por el derecho a la salud y a la vida Serie: Documentos técnicos Normativos. La Paz – Bolivia
5. Estadística del Hospital de Salud Santa Rosa Del Yacuma. Consultas externas.
6. Datos Obtenidos del Municipio de Santa Rosa de Yacuma, correspondiente al a gestión 2012.
7. Molina Ramiro. Enfoque de riesgo en Adolescentes Embarazadas. Universidad de Chile. 2000.
8. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
9. García Nápoles José Erasmo. Atención al adolescente. En: Álvarez Sintés Roberto. Temas de medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Medicas, 2001.
10. Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Chile – Adela Montero et al. MOLINA R. "La Educación Sexual, un concepto evolutivo y la realidad chilena". En texto salud sexual y reproductiva en la adolescencia; Molina, Sandoval, González (eds), 1ª Ed; 2003: 683 – 695.

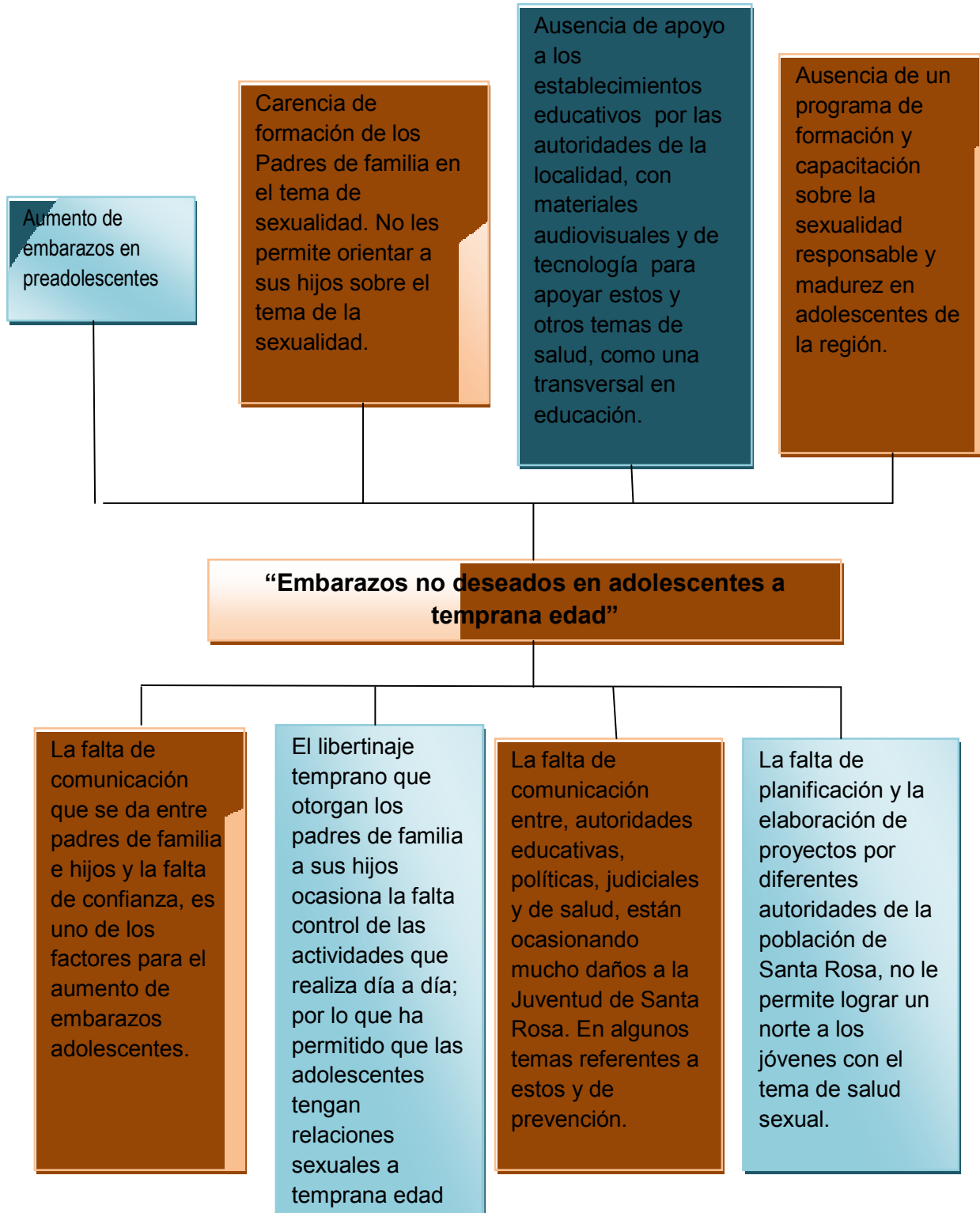
11. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
12. González Hernández A, Alonso Uría RM, Gutiérrez Rojas AR, Campo González A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. *Toko-Ginecol Prác* 2002;61:395-9.
13. González Hernández Alicia. La educación de la sexualidad. *Sexología y Sociedad*; 2000;8(19):4.
14. Lugones Botell M, Pedroso Hernández P, Perera Boza O, Acosta Jiménez M. La consulta de ginecología Infanto-Juvenil en función de la educación sexual. *Rev. Cubana. MGI*; 1999; 15(2): 184-190
15. Ley N 2026 Código Nino, niña y adolescente, U.P.S. Editorial s.r.l  
La Paz –Bolivia.
16. Organización Panamericana para la Salud, Revista Anual, La Paz – Bolivia.  
2011
17. Pautas para la prestación de servicio de anticoncepción en el marco de la salud sexual reproductiva. Ministerio de Salud y previsión social. Reforma de salud. Unidad nacional de atención a las personas  
USAID. IMPRESO EN BOLIVIA
18. Dra. Mary Elizabeth, Tejerina Ortiz, Dra. María Cecilia Delgadillo Arciénega  
Dr. Igor Pardo Zapata, Dra .Norma Nacional, Dra. Yuko Hiramatsu Yoshida  
Red municipal de salud familiar comunitaria intercultural  
Red municipal SAFCI y red de servicios Movilizados por el derecho a la salud y la vida Publicación 97. Ministerio de salud y deportes Serie: Documentos Técnicos Normativos La Paz – Bolivia 2008
19. González, A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el RN en un área de salud. *Rev. Cubana Pediatría* 2000;72(1): 54-99
20. Escobar Alcón, Lucio. Coordinador Nacional de la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad del Ministerio de Salud de Bolivia. Investigador de la Cultura Andina. *Salud e Interculturalidad en Bolivia*.

21. Ineke Dibbits Ruth Velasco, Lucas Citarella, Paula Dorakis, Orlando Ortega. Guía para la atención intercultural de la salud materna. Ministerio de salud y deportes Serie: Documentos técnicos normativos, Bolivia, diciembre 2005  
Impreso en Bolivia
22. Paula Dorakis, Orlando Ortega, Marco Legal para la Gestión municipal en salud. Estado plurinacional de Bolivia, Ministerio de salud y deportes. Movilizados por el derecho a la salud y la vida Publicación 8  
Serie: Documentos de políticas La Paz – Bolivia 2011
23. Dr. Alberto de la Galvez murillo, Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Ministerio de salud de deportes. Movilizados por el Derecho a la salud y la vida Publicación 105. Serie: Documentos técnicos – Normativos, La Paz – Bolivia 2008
24. González, Electra. Embarazo en Adolescentes y continuidad escolar: Un desafío importante a enfrentar. Chile.2000.
25. Dr. Hugo Salinas Portillo. Obstetricia Departamento de ginecología y obstetricia
26. Nueva Constitución Política del Estado. República de Bolivia. Actualizado 2011.
27. Tamayo, Mario, “Metodología de la Investigación”. Ed. Nuevo Mundo D.F. 2002.
28. Kerlinger, F. “Investigación del Comportamiento”, Ed. McGraw Hill, 1997.
29. Avilés, José A. “Metodología de la Investigación. Ed. Azteca. D.F. México, 2011

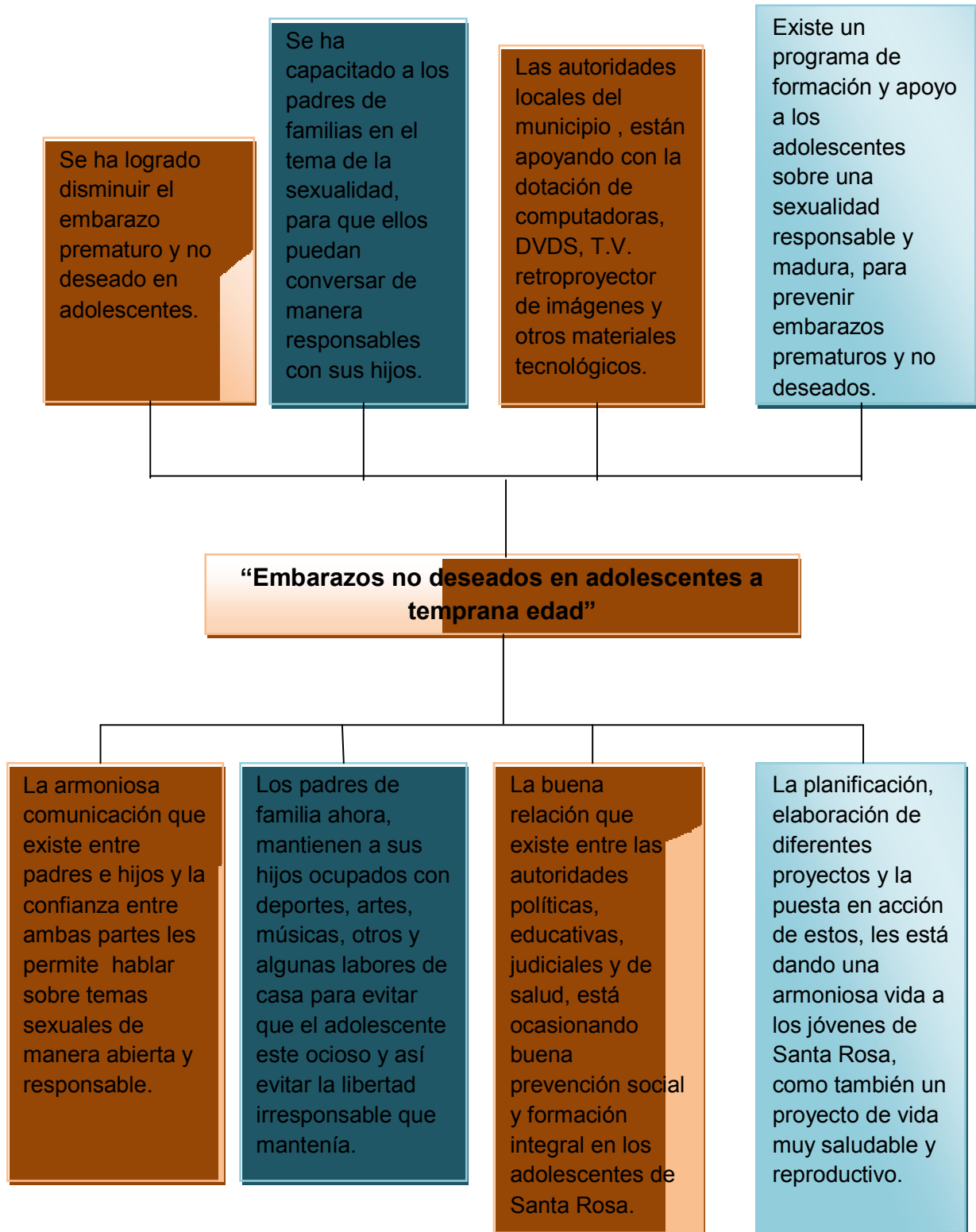
# ANEXOS



## ANEXO 1: ARBOL DE PROBLEMAS



## ANEXO 2: ARBOL DE SOLUCIONES



### ANEXO 3: MARCO LOGICO

#### OBJETIVO GLOBAL (FINALIDAD)

El resultado del proyecto contribuirá a bajar los índices de embarazos prematuros y no deseados en adolescentes del municipio de Santa Rosa en la gestión 2012.

Problema Especifico causa	Producto final especifico	Productos intermedios	Indicador de logro objetivamente verificable	Medio de verificación del indicador	Fecha de verificación del logro	Responsable	Supuesto
Embarazos en adolescentes a temprana edad y no deseados en el municipio de Santa Rosa.	Se ha logrado disminuir en embarazos prematuro en y los no deseados en adolescentes	Procedo de información, sobre embarazos a temprana edad en el Hospital de Santa Rosa.	Documentos	Libros de estadísticas y documentación recopilada	30 de octubre	Juan Ángel García	Esta información se la recabará en el hospital de Santa Rosa
		Se ha revisado y analizado la información recopilada, por el investigador sobre el índice de embarazos prematuros y no deseados en jóvenes mujeres de Santa Rosa.	100% de la información recopilada, tabulada, leída y analizada en 20 días.	Fichas resumen y Cuadros de tabulación	10 de noviembre	Juan Ángel García	Asistencia puntual de los responsable
		Se ha elaborado una propuesta, de capacitación y de orientación para bajar los índices de embarazos prematuros y los no deseados en las adolescentes.	Propuesta elaborada en 10 días.	Documento elaborado , impreso en medios magnéticos	20 de noviembre	Juan Ángel García	Falta de apoyo logístico
		Se ha presentado aprobado la propuesta en el	Reunión del concejo municipal donde se	Resolución del consejo municipal autorizando el	30 de noviembre	Juan Ángel García	Paro cívico o marchas de protesta.

		ámbito municipal	aprueba el financiamiento	financiamiento			
		Se ha implementado la propuesta	Talleres de capacitación y formación, en educación sexual a los jóvenes de esta región.	Informes de actividades	20 de febrero	Juan Ángel García.	Dificultades de y oposición de algunos padres de familia, como de la iglesia sobre el tema.
		Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.	Encuesta aplicada y evaluación de proceso	Informe de resultado de proceso	25 de febrero	Juan Ángel García	Asistencia impuntual e irregular de padres y algunos jóvenes.

### MATRIZ DE MARCO LOGICO 1

#### OBJETIVO GLOBAL (FINALIDAD)

El resultado del proyecto, bajara los índices de embarazos prematuros y no deseados en adolescentes de este distrito que se lo ejecutara durante el periodo 2012.

Problema Especifico – causa	Producto final especifico	Productos intermedios	Indicador de logro objetivamente verificable	Medio de verificación del indicador	Fecha de verificación del logro	Responsable	Supuesto
Embarazos en adolescentes a temprana de edad y no deseados en el municipio de Santa Rosa	Se ha logrado capacitar a todo el personal de salud que trabajara en este proyecto. Para tomar acciones de orientación para evitar los embarazos prematuros.	Se ha conformado un espacio de taller en salud sexual y reproductiva, para todos los jóvenes de la población de Santa Rosa	Espacio creado en tiempo y lugar con participación del personal de salud, padres de familia y jóvenes.	Documento de conformación	30 de marzo	Juan Ángel García	La inasistencia del 100% de participantes.

		Se ha consensuado temas a tratar en salud sexual y reproductiva	Temas seleccionados y consensuados para reflexión y consideración, en 20 días.	Libro de actas.	2 de abril	Juan Ángel García	Asistencia impuntual e irregular de los responsables y participantes
		Se ha elaborado un cronograma y asignado responsables facilitadores de los temas a tratar.	Asignación de temas y responsables con asignación de fechas	Libro de actas	10 de abril	Juan Ángel García	Faltan facilitadores de apoyo orientados al objetivo
		Se ha gestionado un financiamiento para el desarrollo de los talleres propuestos en la población de Santa Rosa.	Reunión del consejo donde se aprueba el financiamiento	Resolución del consejo municipal autorizando el financiamiento	15 de abril	Juan Ángel García	Existe poco apoyo financiero por la alcaldía y las entidades cooperantes cívico.
		Se ha implementado los talleres propuestos	Talleres de dialogo e intercambio de saberes	Informe de actividades	25 de abril	Juan Ángel García	Dificultades psicológicas y conceptuales y de implementación
		Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a los talleres	Encuestas aplicadas y evaluación de proceso	Informe de resultado de proceso	5 de mayo	Juan Ángel García	Irregular reunión de las personas convocadas.

## MATRIZ DE MARCO LOGICO 2

### OBJETIVO GLOBAL (FINALIDAD)

El resultado del proyecto contribuirá a disminuir el índice de embarazo temprano y los no deseados en los adolescentes durante el periodo 2012.

Problema específico - causa	Producto final específico	Productos intermedios	Indicador de logro objetivamente verificable	Medio de verificación del indicador	Fecha de verificación del logro	Responsable	Supuesto
Embarazos en adolescentes a temprana edad y no deseados en municipio de Santa Rosa.	Se ha logrado disminuir el índice de embarazo a temprana edad y los no deseados en los adolescentes	Se ha recopilado información, sobre algunos hábitos de libertinaje que tienen los adolescentes	Documento recopilado en el lapso de un mes	Inventario de la documentación recopilada	15 de mayo	Juan Ángel García.	Se recabara esta información en escuelas y colegios
		Se ha revisado y analizado la información recopilada por un equipo de representante de salud.	100% de la información recopilada, tabulada, leída y analizada en 30 días	Fichas resumen	20 de mayo	Juan Ángel García	Asistencia irregular de los responsables
		Se ha elaborado una propuesta para lograr bajar el índice de embarazos tempranos y los no deseados en adolescentes de este distrito	Propuesta elaborada en 20 días	Documento elaborado, impreso y en medios magnéticos.	10 de junio	Juan Ángel García	Falta de apoyo logístico
		Se ha presentado y aprobado la propuesta en el ámbito municipal	Reunión de consejo donde se aprueba el financiamiento	Resolución del consejo municipal autorizando el financiamiento	20 de junio	Juan Ángel García	Paro cívico
		Se ha implementado la propuesta	Talleres de dialogo e intercambio de experiencia	Informe de actividades	25 de junio	Juan Ángel García	Algunas dificultades de consideración sobre los

			entre jóvenes				temas por algunos padres.
		Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.	Encuesta aplicada y evaluación de proceso	Informe de resultado de proceso	30 de junio	Juan Ángel García	Asistencia irregular de los participante

ACTIVIDADES DEL OBJETIVO 1	ACTIVIDADES	FECHAS	COSTO \$US
A	Recoger datos del hospital de Santa Rosa.	28/ octubre	10
	Recopilar información de médicos y enfermeras sobre embarazos tempranos.	3 de noviembre	10
B	Entrega de fotocopia de documentación a todos los miembros de salud capacitadores.	5 / noviembre	40
	Taller de revisión y análisis de lo recopilado.	10/noviembre	50
C	Taller de elaboración de propuesta consensuada para ver las experiencias de los adolescentes, referente a su sexualidad.	21 /noviembre	100
D	Invitación a miembros del equipo revisor y del municipio, para presentar propuestas.	30/ noviembre	10
	Presentación de propuesta y aprobación	11/diciembre	50
E	Elaboración didáctica de temas a socializar.	20/diciembre	50
	Material de escritorio y de apoyo.		200
	Material de apoyo logístico.	24//febrero	200
	Socialización de la propuesta a 4 grupos	5/marzo	100
F	Seguimiento de tareas.	MJJAS	100
	Evaluación trimestral de tareas.	AJJ SN	300
<b>TOTAL</b>			<b>1220</b>

\*Los números representan el número de semana y las letras mayúsculas del alfabeto del mes correspondiente.

ACTIVIDADES DEL OBJETIVO 2	ACTIVIDADES	FECHAS	COSTO \$US
A	Invitación a reunión de coordinación de actividades en DILOS.	30/octubre	10
	Reunión de coordinación de espacio para talleres salud sexual o reproductiva, con el DILOS.	4/noviembre	20
B	Taller de temas propuestos en consenso, para jóvenes, padres de familia y personal de salud en base a la sexualidad y prevención de embarazo.	20/noviembre	40
C	Asignación y coordinación de fechas a responsable en cada taller.	25/noviembre	10
D	Gestionar recursos económicos y materiales ante organizaciones estatales y ONGs.	1-5/diciembre	10
E	Elaboración didáctica de temas a socializar.	15-20 diciembre	10
	Material de escritorio y de apoyo.	24 de febrero	200
	Material de apoyo logístico.	27/febrero	200
	Socialización de la propuesta a 4 grupos	JJASON	200
F	Seguimiento de tareas.	JJASON	50
	Evaluación trimestral de tareas	AMJJASOND	200
<b>TOTAL</b>			<b>950</b>

\*Los números representan el número de semana y las tareas mayúsculas del alfabeto el mes correspondiente.



ACTIVIDADES DEL OBJETIVO 3	ACTIVIDADES	FECHAS	COSTO \$US
A	Invitación a reunión a las representantes de la mesa directivas de los padres de familia y al centro de estudiantes.	1/ Febrero	10
	Presentación de la situación sobre el tema de embarazos a temprana edad y no deseados en adolescentes.	2/febrero	50
B	Recopilar información sobre embarazos a temprana edad y no deseados.	2/marzo	100
C	Taller de revisión y análisis de lo recopilado	2/marzo	200
D	Taller de elaboración de propuesta consensuado sobre embarazos precoz y no deseado en adolescentes.	2/marzo	100
E	Invitación a miembros del equipo revisor y del municipio, para presentar propuestas.	3/ abril	10
	Presentación de propuesta y aprobación	4/abril	100
F	Elaboración didáctica de temas a socializar.	2-3/abril	50
	Material de escritorio de apoyo.	3/abril	500
	Material de apoyo logístico.	3/abril	500
	Socialización de la propuesta a 5 grupos.	MJJAS	150
G	Seguimiento de tareas.	JJASON	50
	Evaluación trimestral de tareas	FMAM	200
<b>TOTAL</b>			<b>2130</b>

\*Los números representan el número de semana y las letras mayúsculas del alfabeto el mes correspondiente.

## CRONOGRAMA DEL PROYECTO

FASE	Actividades	2012																											
		Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
I	Se ha recopilado información, sobre embarazos tempranos y no deseados	■	■	■																									
I	Se ha revisado y analizado la información recopilada por un equipo conformados por miembros de salud				■	■	■	■																					
I	Se ha elaborado una propuesta para lograr bajar el índice de embarazos temprano y no deseados								■	■	■																		
I	Se ha presentado y aprobado la propuesta en el ámbito municipal										■																		
I	Se ha implementado la propuesta										■	■	■	■															
I	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.														■			■				■				■			

## CRONOGRAMA DEL PROYECTO

FASE	ACTIVIDADES	2012																											
		Abril				Mayo				junio				Julio				Agosto				Septiembre							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
II	Se ha conformado un espacio de talleres en salud sexual y reproductiva	■																											
II	Se ha consensado temas a tratar en el ámbito de prevención sexual y embarazos		■	■	■																								
II	Se ha elaborado un cronograma y asignado responsables facilitadores de los temas a tratar.					■	■	■																					
II	Se ha gestionado un financiamiento para el desarrollo de talleres propuestos en la población de Santa Rosa									■	■	■																	
II	Se ha implementado los talleres propuestos													■	■	■		■		■		■				■			
II	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a los talleres															■		■	■	■		■				■		■	

## Anexo 5

### ENCUESTA A ADOLESCENTES EMBARAZADAS

#### QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA

Buenos/as días/tardes, estamos realizando un estudio sobre los factores interculturales que influyen en el embarazo de adolescentes, quisiéramos pedirle su colaboración y nos dé a conocer su opinión sobre este tema. No es necesario conocer su nombre, sus respuestas serán completamente confidenciales y serán utilizadas para mejorar la atención en el centro de salud de Santa Rosa.

Su participación es absolutamente voluntaria y usted decide si desea participar o no de esta encuesta, su decisión no afectará el trato y los servicios que usted recibe en este establecimiento de salud. En caso de aceptar le agradeceremos su sinceridad. La encuesta dura 10 minutos.

Instrucción de llenado: Escriba la respuesta en la línea punteada o marque con una X dentro el ( )

Fecha de la entrevista:

No. de encuesta:

1. ¿Qué edad tienes? .....
2. ¿A qué etnia o cultura perteneces? : .....
3. Actualmente ¿Cuál es tu estado civil?
  - ( ) Soltera
  - ( ) Casada
  - ( ) Concubina o unión libre
3. ¿A qué te dedicas?
  - ( ) Estudias, en que curso estas: .....
  - ( ) Trabajas
  - ( ) Estudias y trabajas al mismo tiempo
  - ( ) Otra actividad, indique cual: .....
4. Tus padres son:
  - ( ) Casados
  - ( ) Concubinos
  - ( ) Divorciados o separados
5. ¿Cuál es tu religión?
  - ( ) Católica
  - ( ) Evangélica
  - ( ) Cristiana
  - ( ) Testigo de Jehová
  - ( ) Otra religión, especificar cual: .....

6. Actualmente ¿con quién vives?
- con tus padres
  - con el papa de tu hijo/a
  - con algún familiar (abuela, tío/a, otros)
  - sola
7. ¿Te hablaron de sexo en tu casa y de los riesgos del embarazo?
- Si
  - No
  - No responde
8. ¿Recibiste educación sexual en la escuela o colegio o en otro lugar?
- Si
  - No
  - En otro lugar, indicar cual: .....
9. ¿Conoces algún método anticonceptivo?
- Si
  - No
  - No responde
10. ¿Conoces lo que son las infecciones de transmisión sexual (“enfermedades venéreas”)?
- Si
  - No
  - No responde
11. ¿Qué trimestre del embarazo estás cursando actualmente?
- Primero (1 a 3 meses)
  - Segundo (4 a 6 meses)
  - Tercero (7 a 9 meses)
12. ¿Tu madre o tu abuela se embarazaron también a tu edad?
- Si
  - No
13. ¿Dónde piensas tener tu parto?
- Centro de salud
  - En tu casa (o domicilio)
  - En el río
  - en otro lugar, indicar dónde: .....

14. ¿Cuándo te embarazaste?, fuiste rechazada por tus: (PUEDE EXISTIR MAS DE UNA RESPUESTA)

- Padres
- Hermanos
- Familiares
- Amigos
- Profesores
- No fui rechazada por nadie

15. ¿Te expulsaron del colegio o la escuela cuando supieron que estabas embarazada?

- Si
- No

16. ¿En algún momento de tu embarazo pensaste abortar?

- Si
- No

17. ¿Alguna vez fuiste abusada?

- Físicamente
- Sexualmente
- No fuiste abusada

18. ¿A qué edad iniciaste las relaciones sexuales?

- antes de los 12 años
- 12 a 14 años
- 15 a 17 años
- 18 años o más

19. En tu opinión ¿Cuáles crees que son los motivos por lo que hay embarazos en mujeres jóvenes o adolescentes? (EN ESTA PREGUNTA PUEDE EXISTIR MAS DE UNA RESPUESTA)

- por la falta de información
- por las creencias de cada uno.
- por factores socioculturales que evidencia el cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual o como llaman "ser liberal"
- abuso sexual
- tener una familia disfuncional o familia conflictiva
- inicio temprano de las relaciones sexuales
- la irresponsabilidad de los jóvenes al decir "no va a pasar nada" y confiarse
- el alcohol y las drogas que llevan a no cuidarse

20. Para hablar sobre tu embarazo ¿en quién confías más?
- ( ) Doctor
  - ( ) Doctora
  - ( ) Enfermera
  - ( ) Partera
  - ( ) Tu mamá
  - ( ) Tu amiga
  - ( ) Otros, indicar quien: .....
21. ¿Cuándo tienes relaciones sexuales, usas algún método anticonceptivo?
- ( ) Si ----- SI SU RESPUESTA ES SI, PREGUNTAR: ¿Qué método utiliza?: .....
  - ( ) No
22. ¿Alguna vez pensaste que debiste:
- ( ) Retrasar el momento de tu primera relación sexual
  - ( ) Usar un método anticonceptivo.
  - ( ) Pensarlo antes de hacerlo
  - ( ) Otros, indicar: .....
23. ¿Estarías dispuesta a entregar a tu hijo(a) en adopción?
- ( ) Si
  - ( ) No
  - ( ) No responde
24. ¿Consideras que la pobreza influye para tener un embarazo en la adolescencia?
- ( ) Si
  - ( ) No
  - ( ) No responde
25. ¿Qué numero de embarazo es la que actualmente cursas?
- ( ) 1.
  - ( ) 2.
  - ( ) 3.
26. ¿Qué “creencias” o “costumbres” tienes sobre el embarazo?
- Respuesta:
- .....
- .....
- .....