

UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO

AREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

DETERMINACIÓN DE FACTORES DE INCIDENCIA DE EMBARAZO EN
ADOLESCENTES, EN LA COMUNIDAD FILADELFIA, DEL DEPARTAMENTO PANDO;
EN LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL 2011.

INTERNA: ROSS MERY FLORES CASTRO

Coordinadora. Lic. Alicia Chambi

COBIJA - PANDO
2011

I N D I C E

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN	III
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.1.1 Pregunta de Investigación	4
1.2 Justificación	4
1.2.1 Objeto de Estudio	5
1.2.2 Hipótesis	5
1.2.3 Variables	5
1.2.3.1 Variable Independiente	5
1.2.3.2 Variable Dependiente	5
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo General	6
1.3.2 Objetivos Específicos	6
2. REVISION DE LITERATURA	7
2.1 Generalidades	7
2.1.1 La Adolescencia Como Período de Transición	8
2.1.1.1 Crecimiento en la Adolescencia	10
2.1.1.2 Cambios Bio-Orgánicos en los Adolescentes	12
2.1.1.2.1 Ganancia de Peso	12
2.1.1.2.2 Ganancia de Tejido Adiposo	13
2.1.1.2.3 Cambios Cefálicos	13
2.1.1.2.4 Crecimiento Muscular	14
2.1.1.2.5 Terminación de la Dentición	14
2.1.1.3 Cambios Hormonales	14
2.1.1.3.1 Cambios en las Niñas	15
2.1.1.3.2 Cambios en los Niños	16
2.1.1.4 La Salud de la Adolescente	17
2.2 El Embarazo en la Adolescente	18
2.3 Factores de Riesgo para el Recién Nacido	21
2.4 Factores de Riesgo para la Adolescente	22
2.5 Factores de Riesgo para la Familia	24
2.6 Factores de Riesgo para la Comunidad	24
3. DESARROLLO METODOLÓGICO	25
3.1 Métodos	25
3.1.1 Caracterización de la Comunidad Filadelfia	25
3.1.1.1 Aspectos Históricos	25

3.1.1.2	Aspectos Eco-Bio-Geográficos de la Comunidad Filadelfia	27
3.1.1.2.1	Localización del Lugar de Trabajo	28
3.1.1.2.2	Relieve y Topografía de la Comunidad Filadelfia	28
3.1.1.2.3	Accesibilidad y Vías de Comunicación	29
3.1.1.2.4	Clima en la Comunidad	29
3.1.1.2.5	Disponibilidad de Recursos Hídricos	30
3.1.2	Aspectos Socioeconómicos de la Comunidad Filadelfia	30
3.1.2.1	Actividad Agropecuaria	30
3.1.2.2	Actividad Extractivista	31
3.1.2.3	Tenencia de la Tierra	32
3.1.2.4	Población	32
3.1.2.5	Recursos Humanos y Mano de Obra	32
3.1.2.6	Sistema de Salud	32
3.1.2.6.1	Infraestructura de Salud	33
3.1.2.6.2	Recursos Humanos en Salud	34
3.1.2.7	Educación	35
3.1.2.8	Saneamiento Básico	35
3.2	Diseño Metodológico	36
3.2.1	Caracterización del Estudio	36
3.2.1.1	Tipo Exploratorio	36
3.2.1.2	Tipo Descriptivo	37
3.2.1.3	De Diagnóstico	38
3.2.2	Técnicas e Instrumentos	38
3.2.2.1	Universo y Muestra	38
3.2.2.2	Método de Intervención	38
3.2.2.2.1	Materiales Empleados.....	38
3.2.2.3	Operacionalización de Variables	39
3.2.2.4	Técnicas Aplicadas	39
3.2.2.4.1	La Encuesta	39
3.2.2.4.2	El Cuestionario	40
3.2.2.5	Plan de Acción	41
3.2.2.6	Cronograma de Actividades	43
4.	RESULTADOS	44
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
5.1	Conclusiones	54
5.2	Recomendaciones	55
	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	58
	ANEXOS	61

DEDICATORIA

Dedicado a nuestra casa superior de estudios, que motivadora de nuestros sueños y anhelos de superación, forja nuestras aspiraciones para que mañana pongamos nuestros conocimientos adquiridos al servicio de la sociedad, apoyando y sirviendo a los sectores más necesitados.

AGRADECIMIENTOS

A la Comunidad Filadelfia, cuyas autoridades y pueblo en general me han permitido desarrollar plenamente este trabajo y al mismo tiempo servirles con la mayor dedicación, al abrirme las puertas de su corazón, con voluntad y gentileza y que con su apoyo contribuyeron a una mejor y efectiva asimilación participativa en la capacitación del tema de métodos anticonceptivos que permitirán una mayor prevención de embarazos prematuros en las adolescentes.

A los docentes de la Carrera de Enfermería, que a lo largo de cinco años nos han transmitido sus saberes y conocimientos en el cumplimiento de su sacrificada labor de enseñar para formar recursos humanos que coadyuven al desarrollo de esta región de Bolivia.

RESUMEN

Este estudio determina los factores que inciden en el embarazo temprano de adolescentes de la Comunidad Filadelfia perteneciente a la 3ª Sección Municipal de la Provincia Manuripi del Departamento Pando, fue realizado durante la etapa del Servicio Social Rural Obligatorio (SSRO) de la Carrera de Enfermería de la Universidad Amazónica de Pando, durante los meses de marzo, abril y mayo del año 2011.

Se aplicó una metodología que haciendo el uso adecuado de técnicas como la Encuesta, el Cuestionario y la Observación, lograron demostrar su eficiencia como herramientas adecuadas para el acopio de la información primaria.

En esa época se localizaron a 12 adolescentes que realizaron su control prenatal en el Centro de Salud "Filadelfia", a quienes se tomó como universo y muestra de la población de adolescentes embarazadas, mismas a las que se aplicaron las herramientas mencionadas. Los resultados de la investigación son los siguientes: la edad de los embarazos en adolescentes está en el rango de 10 a 17 años (con el 100 por ciento); cada una con uno a cuatro hijos, fruto de embarazos no planeados (83 por ciento); la mayoría de las adolescentes (92 por ciento) conocía los anticonceptivos antes de embarazarse y actualmente ese mismo porcentaje demostró conocer hasta cinco métodos de anticoncepción.

En el aspecto socioeconómico, el 75 por ciento tiene pareja estable y no precisa trabajar, el otro 25 por ciento tiene parejas inestables, viven en el hogar paterno y tienen que trabajar; en cuanto al estudio el 50 por ciento estudia en el nivel medio y un 40 por ciento cursa el nivel básico.

De lo que se concluye que la falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos, no son la causa de los embarazos en adolescentes; por lo que se recomienda desarrollar actividades coordinadas entre salud y educación, para capacitar sobre educación sexual con énfasis en el correcto uso de métodos anticonceptivos y la importancia de la planificación familiar.



1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es considerada como la etapa de transición entre la niñez y la vida adulta que aborda un periodo del desarrollo humano caracterizado por procesos de cambios biológicos, psicológicos y sociales.

Un entorno adecuado que proporcione apoyo y oportunidad a los adolescentes, permitiéndoles un desarrollo integral saludable y pleno, supone el reconocimiento de procesos de construcción social, un abordaje de la salud permite el acceso igualitario a los servicios, a la tecnología y a la información, que logra el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos

Este trabajo de investigación hecho en la Comunidad Filadelfia, trata principalmente sobre los factores que inciden en el embarazo de las adolescentes, para así poder implementar medidas educativas sobre la educación sexual y lograr disminuir el número de embarazos en las mismas. También se ha observado en Filadelfia, que una de las causas de deserción escolar es el embarazo de las adolescentes comprendidas entre los 10 y 17 años de edad, además de los factores económicos y la migración.

Actualmente, uno de los principales problemas que afectan a los jóvenes que comienzan su actividad sexual es el embarazo no planificado o no deseado.

La enfermería de salud comunitaria, es una disciplina de servicio a la comunidad cuyo propósito es contribuir, en lo individual y en colaboración con los demás, a conseguir el nivel adecuado en la salud del paciente.

A las enfermeras de salud comunitaria les conciernen los tres niveles de prevención con objeto de ayudar a los usuarios a encaminarse hacia sus respectivos niveles funcionales óptimos. De manera que se destaca la importancia del papel de la enfermera comunitaria para ayudar al individuo, a la familia y a la comunidad en la prevención y conservación de la salud.

Los estudios sociológicos a nivel mundial respecto del tema del embarazo precoz en adolescentes, muestran un cuadro muy parecido en todos los ámbitos de los diversos países aún con las distintas características socio culturales, que en general viven una misma realidad, como son: la falta de información y la pobreza.

En Bolivia según el Censo 2001 del INE, la población adolescente representa el 23 % de la población total del país (1.900.021), de los cuales el 49,3 % son mujeres y el 50,7 % son hombres; el 65 % vive en el área urbana y el 35 % en el área rural. Las adolescentes bolivianas mantienen las tasas de fecundidad global más altas de la región (4,4 % para menores de 19 años, en relación al 3,8 % de las mujeres en edad fértil del país); constituyen el 21 % de los embarazos esperados, por tanto 14 de cada 100 mujeres entre estas edades ya son madres o están embarazadas de su primer hijo.

“El 19,7 % de las adolescentes de 15 a 19 años entrevistadas por el INE declararon haber tenido relaciones sexuales. El 13 % de las adolescentes estuvieron embarazadas alguna vez. Del 21 % de las adolescentes de 15 a 19 años que son sexualmente activas, el 1.6 % usa algún método anticonceptivo moderno y el 3.5 % algún método tradicional, lo que representa apenas el 5.1 % de practica anticonceptiva. (INE. 2001)”.

Según información oficial del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “en el área urbana se registra un promedio de 68 hijos por cada 1.000 mujeres adolescentes, en las áreas rurales del país este promedio llega a 128. Estos casos se asocian a la incidencia de la pobreza, el menor acceso a servicios, menores niveles educativos y razones culturales. Otro de los factores es el aspecto cultural donde las mujeres inician a muy temprana edad su vida sexual, hecho que no se ha modificado en el país. El informe indica que la distribución de estos casos es homogénea en todo el país, sin embargo aclara que Beni, Santa Cruz y La Paz son las regiones donde la incidencia de estos casos es mayor (UNFPA. 2005)”.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El país tiene una tasa global de fecundidad considerablemente alta en pertinencia con el perfil de fertilidad de su población caracterizada por una importante proporción (24.4 %) de mujeres en edad fértil. Los Departamentos que tienen las tasas globales de fecundidad más altas del país (quinquenio 2000 – 2005) son Potosí, Chuquisaca, Beni y Pando, (I.N.E. 2008).

**CUADRO 1. BOLIVIA, TASAS DE FECUNDIDAD
QUINQUENIOS 1990 – 1995 Y 2000 – 2005**

AMBITO	Tasa Global de fecundidad		% Nacimiento madres de 15 – 19 años		Tasa bruta de natalidad	
	1990-1995	2000-2005	1990-1995	2000-2005	1990-1995	2000-2005
LATINOAMERICA	3	2.5	17.2	16	25.4	21.5
BOLIVIA	4.8	4	12.3	12.6	35.68	30.47
CHUQUISACA	5.6	4.5	11.8	11.9	39.3	32.83
LA PAZ	4.4	3.7	8.3	10.7	33.29	29.23
COCHABAMBA	4.9	4	11.6	11.3	36.99	31.04
ORURO	4.4	4	10.4	10.9	31.88	28.06
POTOSI	5.6	4.5	11.1	11.3	36.49	31.52
TARIJA	4.8	3.9	11.8	10.9	35.13	30.52
SANTA CRUZ	4.5	3.8	17	15.6	36.29	30.32
BENI	5.8	4.4	17.9	16.2	41.2	33.49
PANDO	5.5	4.3	12.4	13	35.63	30.37

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. (2009)

La tasa de fecundidad en adolescentes de ámbitos rurales, son mayores al promedio nacional, pues en general una de cada tres mujeres han tenido por lo menos un hijo antes de los 19 años, por lo que se hace necesario plantearnos la siguiente interrogante: ¿Qué factores están, incidiendo para que se presenten situaciones de embarazo tempranas, en las adolescentes de la Comunidad Filadelfia?

“Los índices departamentales de salud sobre la tasa de mortalidad infantil es de 63 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, en el municipio de Filadelfia se tiene una tasa de 73.9 que está por encima de la media departamental.

Otro factor que es importante mencionar, es la directa correlación existente entre la pobreza y la salud de la población, sobre todo en la infantil; puesto que en las zonas donde las personas tienen menos ingresos y viven en precarias condiciones, es donde se presentan las tasas de mortalidad infantil mas elevadas (MUAFB 2006)”.

1.1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué factores inciden para el embarazo, en las adolescentes de la Comunidad Filadelfia?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes, por su importancia se ha convertido en un problema de salud pública que se presenta a diario. Los condicionantes socioculturales y socioeconómicos, han determinado un considerable aumento en su prevalencia.

Es un problema de importancia, porque afecta principalmente a la población adolescente femenina, que son susceptibles a presentar riesgos durante el

embarazo y en el acto de alumbramiento debido al riesgo obstétrico al que se exponen, por tanto es un **problema de prioridad para la salud pública** por el alto riesgo de mortalidad que suele presentar.

Según el SEDES-PANDO, en el periodo 2005-2006 se presentaron 599 casos de embarazo precoz no deseados, 131 abortos, 17 casos de VIH en adolescentes y 2 casos positivos de sida confirmados.

1.2.1 OBJETO DE ESTUDIO

Embarazo en adolescentes

1.2.2 HIPOTESIS

La falta de conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos es uno de los factores que influye para que se produzca embarazos en las adolescentes.

1.2.3. VARIABLES

1.2.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Falta de conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos.

1.2.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Incidencia de embarazos en la adolescencia.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de incidencia de embarazo en adolescentes de la Comunidad Filadelfia.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar si las adolescentes de la Comunidad Filadelfia tienen conocimientos sobre los métodos anticonceptivos
- Determinar si las madres adolescentes tenían el conocimiento de los anticonceptivos antes de embarazarse por primera vez.
- Determinar las edades del primer embarazo en las adolescentes.
- Determinar si los embarazos fueron planeados o incidentales.



2. REVISION DE LITERATURA

2.1. GENERALIDADES

La palabra adolescencia proviene de “adolesce” que quiere decir “carencia o falta de madurez”, por lo que no es recomendable un embarazo en esta etapa. La Real Academia de la Lengua Española define la palabra adolescer como un estado de causa de enfermedad; caer enfermo o padecer alguna enfermedad habitual.

La adolescencia es la etapa más difícil que atraviesa el ser humano, comúnmente es un estado de inmadurez, difícil de comprender con muchas interrogantes donde los adolescentes no solo van formando su cuerpo si no también su carácter en el que muchas veces comete actos ilícitos que afectan en su vida futura debido precisamente a la etapa de adolescencia inmadura que atraviesa, aunque debemos resaltar que existen muchos adolescentes que actúan con bastante madurez para su edad, esto debido a muchos factores del medio en que crecen, donde obligadamente tienen que asumir grandes responsabilidades sin opción a elegir.

Debido a su magnitud es un problema tanto social como económico que no solo afecta a la adolescente sino también a su entorno familiar.

2.1.1 LA ADOLESCENCIA COMO PERIODO DE TRANSICIÓN

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y de la adolescencia, entre otros (Escobar & Muñoz, 1995)".

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar (Pérez, 1992)".

"En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. La autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo (Castillo, López, Muñoz & Rivera, 1992)".

Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores (Castillo. et al. 1996)".

"La adolescencia es un continuo de la existencia del joven, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios fisiológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas (Escobar & Muñoz, 1995)".

A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada a los doce-trece debido a cambios hormonales, la **adolescencia** puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo pues está relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo sino que depende de factores psicosociales más amplios y complejos, originados principalmente en el seno familiar.

Muchas culturas difieren en cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año. La OMS define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere

Todos los individuos, durante el período de la adolescencia, presentan un mayor o menor grado de crisis de desarrollo. Desde el punto de vista práctico, el perfil psicológico es transitorio, cambiante y emocionalmente inestable. El desarrollo de su personalidad dependerá en gran medida de la personalidad que se haya estructurado en las y de las condiciones sociales, familiares y ambientales que se les ofrezcan. Los cambios y transformaciones que cubre el individuo en esta etapa son considerablemente acusados tanto en la esfera psíquica como en la orgánica. Algunas de las tareas que se imponen a un adolescente, incluyen:

- Desarrollo del pensamiento abstracto y formal;

- Identificación y solidificación de amistades afectivas con probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, cigarrillos e incluso drogas;
- Establecimiento de una identidad sexual, mostrando timidez, moralidad y preocupación por su atractivo físico,
- Lucha por la identificación del «Yo», incluyendo la estructuración de su existencia basado en esa identidad,
- Alcanzar la independencia, un proceso de autoafirmación, imprescindible para la madurez social-a menudo rodeado de conflictos, resistencia y la interferencia con su independencia,
- Logros cognitivos y vocacionales; fuerte interés en el presente y limitado enfoque en el futuro,
- Capacidad de controlar los períodos de depresión y facultad de expresar necesidades personales y grupales.

En las fases más avanzadas, la capacidad de juicio crítico se extiende a sí mismo, de ahí el sentimiento de culpabilidad como característico de la esfera afectiva y por el cual nacen deseos de rectificación por mecanismos de sublimación y racionalización. Las relaciones con el sexo opuesto se hacen más serias, aumenta su capacidad para establecer sus propias metas, disminuyen los conflictos y aumenta su estabilidad emocional, así como la aparición e identificación de patrones o tendencias aberrantes. El 61.59 por ciento de los adolescentes de 12 Años en adelante (tanto hombres como mujeres) tienden a ponerse irritables al llamarlos “niños”.

2.1.1.1 CRECIMIENTO EN LA ADOLESCENCIA

Desde el punto de vista práctico, los cambios normales del crecimiento tienen tres grandes características:

1. Se realizan en forma secuencial, es decir, aparecen unas características antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación, el vello pubiano antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.
2. El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades, por lo que algunos maduran antes que otros, para cada sexo.
3. Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su raza, constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente socio-cultural. Basada en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico, que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.

Crecer es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de tres a cuatro años con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto, llamado punto de velocidad máxima (PVM) que se manifiesta por un aumento rápido de la talla o crecimiento lineal de aproximadamente ocho centímetros en la mujer y unos diez centímetros en el varón. Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos como consecuencia hormonal.

Actualmente se considera que el incremento en la velocidad de crecimiento es el primer signo de inicio pubertad en las niñas, aunque es más fácil de visualizar dicho cambio en el botón mamario.

El crecimiento corporal no es homogéneo, por lo general se aprecia un gradiente distal; proximal, es decir, los pies y las manos crecen antes que lo hacen las piernas y los antebrazos, y éstos lo hacen antes que los muslos y los brazos. La cadera crece antes que los hombros y el tronco, el cual se acompaña de epífisis vertebral transitoria. Todos los órganos participan en el estirón del crecimiento a excepción de la cabeza, el timo, el tejido linfático y la grasa subcutánea.

El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres o el adolescente pueden manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo del crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, hay disimetría fisiológica que causa cierta "torpeza" motora, aumenta el metabolismo del calcio en el período de crecimiento rápido.

2.1.1.2 CAMBIOS BIO-ORGÁNICOS EN LOS ADOLESCENTES

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual.

2.1.1.2.1 GANANCIA DE PESO

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo dos kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones el peso coincide con la talla, es decir, de 10 a 20 kg por año. El aumento de peso puberal viene a representar el 50 por ciento del peso ideal del individuo adulto.

2.1.1.2.2 GANANCIA DE TEJIDO ADIPOSEO

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante las niñas depositan grasa más rápida y extensamente que lo hacen los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones normales, en ningún momento de la pubertad se espera que las niñas pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco.

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa-magra, tejido muscular, huesos y vísceras y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las niñas, se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los hombres tengan hasta un 45 por ciento de su peso corporal en músculos y las mujeres hasta un 30 por ciento de su peso corporal en grasa.

Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres, y en relación al tronco, las piernas son más largas en el varón.

2.1.1.2.3 CAMBIOS CEFÁLICOS

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los

andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroideos y las cuerdas vocales que tienen el triple de longitud que en las niñas.

2.1.1.2.4 CRECIMIENTO MUSCULAR

El crecimiento muscular es un hecho resaltante, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, dependiendo de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.

2.1.1.2.5 TÉRMINO DE LA DENTICIÓN

Importa el diagnóstico de las caries y alteraciones mecánicas. En general se completan 28 piezas durante la adolescencia.

De 9 a 11 años: 4 premolares

De 10 a 12 años: los segundos premolares

De 10 a 14 años: los caninos

De 11 a 13 años: los segundos molares.

De 14 a 18 años las llamadas muelas de juicio, completando la dentadura adulta.

2.1.1.3 CAMBIOS HORMONALES

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios

hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona foliculostimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.

2.1.1.3.1 CAMBIOS EN LAS NIÑAS

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los diez ó doce años.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los ocho años puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo bilateral y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo es cualitativo, la areola se hace más oscura y grande y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Típicamente comienza a notarse a los nueve ó diez años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios extendiendo hasta el monte de Venus, logrando la forma triangular característica adulta después de tres a cinco años

(más o menos entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y corporal aparece más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y en folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño y en el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen para cubrir el introito.

La vagina llega a ocho centímetros de profundidad y luego de 10 a 11 centímetros. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el PH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la menarquía. Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia con la presencia del bacilo de Döderlein¹, la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración, el himen se engruesa y su diámetro alcanza un centímetro.

La menarquía, que es la primera aparición del ciclo menstrual, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que tiene aspecto de hojas de helecho al microscopio. La menarquía tiende a ocurrir a los 11 ó 12 años, aunque puede aparecer en la pubertad avanzada.

2.1.1.3.2 CAMBIOS EN LOS NIÑOS

La Adolescencia en los hombres comienza a los 12 ó 13 Años. Los testículos pre-puberianos tienen un diámetro aproximado de 2.5 a 3 cm. el cual aumenta

¹ Los Bacilos de Döderlein o Lactobacilos fueron identificados por primera vez en 1894 por el médico alemán A. Döderlein al estudiar una muestra de secreción vaginal. Se caracterizan por ser las bacterias más importantes y predominantes de la flora vaginal normal.

obedeciendo a la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización. Adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.

La espermatogénesis es detectada histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera eyaculación es entre 12 y 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumenten de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparece la polución o emisiones nocturnas.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, más grueso y rizado. Puede comenzarse el vello axilar y en ocasiones, las ocasiones en el labio superior. El vello en los brazos y piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años de edad. Aumenta la actividad (glándula suprarrenal) con aparición de humedad y olor axilar, igual que el acné.

2.1.1.4 LA SALUD DE LA ADOLESCENTE

A diferencia de lo que sucede en escolares, en los adolescentes, en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad. La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente.

Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, nutrición, inmunizaciones, ejercicio físico, tiempo libre justo, promoción familiar y desarrollo espiritual, oportunidades de trabajo y legislaciones favorables para el niño y el adolescente.

En los servicios de salud se debe hacer promoción en la prevención de cáncer pulmonar, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, accidentes y en la evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo normales.

2.2 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

El embarazo o “gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los períodos embrionario y fetal. Dura unos 266 días (38 semanas) a partir de la fecundación, pero en clínica se toma como fecha de partida el día de comienzo de la última menstruación y se considera que se prolonga durante 280 días (40 semanas, 10 meses lunares y nueve meses y un tercio del calendario).

La fecha estimada del parto (FEP) se calcula así aunque la mujer tenga ciclos irregulares. Si la mujer está segura de que el coito solo ha ocurrido una vez durante el mes de la concepción y recuerda la fecha, se puede calcular la FEP sumando 266 días a la fecha del coito.

El embarazo empieza aproximadamente en el momento de la ovulación, la cual suele producirse unos 14 días antes del comienzo de la siguiente menstruación. De los millones de espermios eyaculados, miles alcanzan el óvulo en el extremo de la trompa, pero solo uno penetra en el y lo fecunda, fundiéndose los pronúcleos masculino y femenino (Enciclopedia MOSBY. 1990)”.

“El embarazo a cualquier edad es un evento bio-psico-social sumamente importante. El embarazo en la adolescencia es llamado también embarazo precoz, embarazo en la juventud, maternidad en la adolescencia, etc.

El **embarazo precoz** es aquel embarazo que se produce en **niñas y adolescentes**. A partir de la pubertad, comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de la reproducción sexual. Esto no quiere decir, sin embargo, que la niña esté preparada para ser madre.

El embarazo precoz está vinculado a una cierta situación social, que combina la falta de educación en materia de reproducción y comportamientos sexuales, la falta de conciencia propia de la edad y otros factores, como puede ser la pobreza (que obliga a vivir en situaciones de hacinamiento, por ejemplo). En muchas ocasiones, incluso, el embarazo precoz está vinculado a violaciones.

Es común que el embarazo precoz sea condenado a nivel social y familiar. La adolescente embarazada es vista como *“culpable”* de una situación *“indeseada”*, por lo que suele ser discriminada y no cuenta con el apoyo que necesita. Por eso, los especialistas insisten en que la madre precoz debe contar con la asistencia de la familia y ser acompañada en las visitas a los médicos y en los cuidados.

De todas formas, los médicos resaltan que es necesario trabajar en la prevención de los embarazos precoces, con campañas de concienciación, educación sexual y el reparto gratuito de métodos anticonceptivos.

A menudo en las adolescentes embarazadas este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud, tanto de ella como de su hijo. Este hecho puede agravarse, si además de la corta edad, la madre no está dentro de la protección del matrimonio, por lo que la coloca dentro de una situación social de rechazo.

Las consecuencias del embarazo y la crianza durante este periodo se relacionan con aspectos no solo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden verse en la joven

madre y su hijo, el padre adolescente, las familias de ambos y, desde luego, en la sociedad.

Estos riesgos incluyen:

- a) Riesgos biológicos:
- b) Complicaciones obstétricas.
- c) Deficiente atención médica durante el embarazo.
- d) Toxemias del embarazo en el parto prematuro.
- e) Anemia.
- f) Desproporción cefalopélvica.
- g) Distocias mecánicas y dinámicas.
- h) Parto prolongado y difícil.
- i) Muerte.
- j) Abortos provocados y sus complicaciones.
- k) Perforaciones uterinas.
- l) Hemorragias.
- m) Infecciones.
- n) Aumento de la morbimortalidad infantil.
- o) Prematurez.
- p) Bajo peso al nacer.
- q) Enfermedades congénitas.

Las probabilidades de que una madre adolescente tenga estos problemas son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas probabilidades son más altas entre los pobres que entre los de mejor condición social en un mismo país. A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años. En la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años (Velasco. M. L. 1988)".

“El embarazo y la maternidad representan un reto para el desarrollo de la personalidad de las mujeres, al cual se suma el de la adolescencia, lo cual puede generar situaciones adversas para la salud de la adolescente y la de su hijo. Entre los criterios médicos para considerar el embarazo y el parto en adolescentes como de alto riesgo, sobre todo en las menores de 14 años, se encuentran los siguientes:

La maduración del sistema reproductivo y la obtención de la talla adulta no indican que se ha completado el crecimiento del canal del parto. La pelvis ósea crece a una velocidad menor que la estatura y requiere mayor tiempo para alcanzar la madurez, o sea que sigue creciendo lenta y continuamente aún después de la menarquía, cuando hay una desaceleración del crecimiento de la talla.

El tamaño del canal del parto es menor en los 3 primeros años después de la menarquía que en la etapa adulta.

Se ha señalado que hay una incidencia mayor de toxemia, anemia, desproporción feto pélvica, parto prematuro, mortalidad materna y mortalidad perinatal, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, hipertensión arterial (Gerendas, M. 1992)”.

2.3 FACTORES DE RIESGO PARA EL RECIÉN NACIDO

Los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de madres adolescentes. Tales complicaciones incluyen una mayor incidencia de peso bajo al nacer (que a su vez puede conducir a problemas neurológicos, retraso, otros problemas de salud, e incluso la muerte), nacimiento prematuro, muerte fetal y mortalidad perinatal. Pero al mismo tiempo se ha determinado que algunas de estas complicaciones no están directamente relacionadas con la edad sino con un cuidado y una nutrición prenatal inadecuados.

También las tasas de morbilidad son más altas, así como la permanencia en terapia intensiva es más prolongada y costosa, hay mayor incidencia de re-hospitalizaciones, problemas de desarrollo y de conducta. Hay mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psicólogo-emocional.

Múltiples factores de riesgo afectan negativamente al futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo.

Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo.

También se puede decir que como la situación socioeconómica es poco favorable, la buena salud del niño puede estar en peligro ya que sus padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros como para proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su desarrollo óptimo. En consecuencia, puede ser que los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes aún pueden ser mayores que los biológicos.

2.4 FACTORES DE RIESGO PARA LA ADOLESCENTE

Los efectos sociales por el hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para la madre, puesto que el embarazo y la crianza del niño, independientemente del estado marital, interrumpen oportunidades educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos, etc. Tener que asumir la crianza de un hijo durante la adolescencia afecta el desarrollo personal de las jóvenes.

Cambian totalmente las expectativas y la vida de las adolescentes; ya no podrán seguir compartiendo con su grupo de compañeras y amigas, dejan de crecer con su grupo, con lo cual pierden una importante fuente de satisfacción social y psicológica y un elemento de apoyo afectivo para el logro de confianza en sí misma, de autoestima y de identidad personal.

Generalmente tienen que interrumpir sus estudios, lo cual limita sus posibilidades de alcanzar buenos niveles profesionales y laborales. Las madres adolescentes tienen alto riesgo de sufrir desventajas económicas y sociales, de permanecer en la pobreza, sin completar su escolaridad, de tener matrimonios inestables y problemas en la crianza de los hijos.

Hay una pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de los padres cuando ya creían que iniciaban su camino a la independencia. Esa situación puede prolongarse por muchos años y en algunos casos indefinidamente.

Un grupo importante de ellas continúa sufriendo el rechazo que comenzó durante el embarazo. La joven madre recibe desprecio, violencia y discriminación de parte de su grupo familiar y de la comunidad.

Los matrimonios precoces no representan la alternativa ideal. Las relaciones de pareja generalmente son poco estables y muy conflictivas. Un alto porcentaje de ellos termina en divorcio poco tiempo después. Hay una demora o cese de su desarrollo personal y en el logro de su madurez psicosocial.

Todos esos conflictos y sentimientos de insatisfacción generan gran dificultad en la adolescente para asumir su rol de madre. Son emocionalmente inmaduras y no tienen la paciencia necesaria ni la tolerancia para proveer de

todo lo que necesita un niño pequeño. Puede haber rechazo del bebé o aceptación aparente sin asumir la responsabilidad completa.

En conclusión se trata del llamado ***síndrome del fracaso de la adolescente embarazada*** como lo denominan los especialistas.

2.5 FACTORES DE RIESGO PARA LA FAMILIA

Los padres adolescentes que reciben el apoyo de sus padres y continúan viviendo con ellos, pueden hacerse cargo de su hijo con la ayuda de sus familias, pero se observa un desequilibrio psicológico y económico de la familia protectora.

2.6 FACTORES DE RIESGO PARA LA COMUNIDAD

El grupo de madres adolescentes y sus hijos constituyen una población demandante de servicios y de ayuda, poco o nada productiva, que representa una carga para la sociedad desde el punto de vista económico y social. Estas familias pueden necesitar asistencia pública por largo tiempo.

Constituyen una creciente población de alto riesgo proclive a presentar desajustes emocionales y psicosociales.



3. DESARROLLO METODOLÓGICO

3.1 METODOS

3.1.1 CARACTERIZACION DE LA COMUNIDAD FILADELFIA

3.1.1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

El área donde se encuentra esta Comunidad, comparte la misma historia de ocupación que se dio en toda la región amazónica boliviana. Estuvo ancestralmente ocupada por grupos indígenas de diverso origen étnico como los Caripunás, Pacahuaras, Iñáparis, Araonas y Tacanas.

A mediados del siglo XIX se produjeron las primeras incursiones de exploradores y colonizadores en su mayoría provenientes de Santa Cruz de la Sierra, los que habiéndose iniciado en la extracción y comercio de la quina², terminan dedicándose a la explotación de la goma³.

² Planta amazónica de la cual se extraía la quinina y se elaboraban fármacos para curar la malaria.

³ Producto elaborado a partir de la “leche” de la siringa, extraída mediante el “rayado” en la corteza del árbol. El árbol de la goma es conocido científicamente como *Hevea brasiliensis*.

La crisis en los precios de la goma, ocurrida en la primera mitad del siglo pasado, debido al robo de material genético para la introducción de cultivos de goma en Asia y la aparición de la “goma sintética”, motivan la desaparición de grandes empresas dedicadas a la explotación y comercio de la goma como la Casa Suárez Hnos.

Las grandes barracas se descomponen en pequeños poblados que quedan en manos de los administradores remanentes de la Casa Suárez y en otros casos en manos de familias de trabajadores, quienes pasaron a ocupar los territorios de las ex-barracas, dando lugar en lo posterior a la aparición de Comunidades libres.

La Comunidad Filadelfia es sede del municipio del mismo nombre, fue aperturada en el año 1953 por Don Nicolás Suárez, época en la cual se explotaba la goma. Inicialmente la barraca⁴ se encontraba a orillas del río Tahuamanu, contaba con un manejo administrativo patronal, a quién seguían el administrador de la barraca, el capataz, los peones, los convoyeros⁵ y los siringueros⁶; todo bajo la administración de la Casa Suárez Hnos.

La principal actividad era la extracción de la leche de la goma, para convertirla en bolachas tras un proceso de defumado⁷. El trabajo del siringuero comenzaba de madrugada, tras un largo recorrido llegaba a su “estrada” (ruta de árboles de siringa a los cuales sangraba rayándolos), y al cabo del día a media tarde retornaba al “centro gomero” para proceder al defumado de la leche recolectada.

⁴ Campamento inicial que era usado como centro de operaciones para desarrollar actividades productivas en el negocio de la goma. Estaba enclavado en los más recónditos lugares de la selva, de preferencia ahí donde había riqueza de árboles gomeros.

⁵ Convoyeros: obreros dedicados al transporte de la goma a través de la selva para llevarla hasta los puertos de embarque a ultramar, la caravana de bueyes cargados de bolachas de goma era conocida como “convoy”.

⁶ Trabajador especialista en el rayado del árbol de la goma y su procesamiento.

⁷ Proceso artesanal que solidificaba la leche de siringa para convertirla en goma sólida, se hacía encima de un fogón sin fuego pero con abundante humo, mediante este ahumado se iba agregando la leche hasta que tome forma de “bolacha”.

La población de esta barraca se componía de familias migrantes que habían llegado de diferentes partes del país y del exterior. Por aquel entonces Filadelfia fue la 2da. Barraca más poblada de esta región. Las familias de aquella época eran los Apiri, los Borobobo, los Reyes y otros.

Ya en aquella época se contaba con un centro de salud que era atendido por médicos extranjeros pagados por la Casa Suárez Hnos. En cuanto a educación solo tenían derecho a estudiar los hijos de los patrones, administradores y capataces, ese derecho era negado a los hijos de los trabajadores y sirringueros.

La comunicación en la época se la hacía por medio de mensajeros que llevaban las noticias y correspondencia por sendas y caminos en medio de la selva. El aprovisionamiento de los víveres se hacía aprovechando los ríos, mediante lanchas que surcaban los ríos Tahuamanu, Madre de Dios, Manuripi, Acre, Beni y el Mamoré.

Terminado el auge de la goma y con la desaparición de Don Nicolás Suárez, la Comunidad Filadelfia fue fundada el 04 de Septiembre de 1974. Cuenta la tradición que un día llegó de EE.UU. un hijo de Nicolás Suárez, quién al ver extasiado el lugar dijo: “¡ parece Filadelfia !”, debido a esta exclamación la entonces barraca pasó a llamarse Filadelfia.

3.1.1.2 ASPECTOS ECO-BIO-GEOGRÁFICOS DE LA COMUNIDAD FILADELFIA

“La Comunidad Filadelfia fisiográficamente se encuentra ubicada en la llanura Chaco-beniana, correspondiendo a un piso de baja altitud menor a 600 m.s.n.m., ubicándose en un trópico húmedo que no conoce las heladas, los suelos están ubicados en la zona de suelos calientes a una altitud que oscila entre los 150 a 300 m.s.n.m. (Flores, R. 2005)”.

“La cobertura vegetal dominante son los bosques húmedos primarios, que alcanzan coberturas de un 80 por ciento en las llanuras y un 90 por ciento en las ondulaciones que son ligeras. Los arbustos presentan coberturas de 30 a 40 por ciento en las llanuras aluviales y menores proporciones en las ondulaciones. Las herbáceas alcanzan su mayor cobertura en las llanuras con un 40 por ciento y tan solo un 10 por ciento en las ondulaciones.

De un modo general se puede afirmar que los suelos del área de estudio comparten muchas de las características edáficas⁸ y limitaciones conocidas de los suelos del ámbito tropical de la Cuenca Amazónica (Flores, R. 2005)”.

3.1.1.2.1 LOCALIZACIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO

La zona de estudio se encuentra en el municipio de Filadelfia, que corresponde territorialmente a la 3ra. Sección de la Provincia Manuripi, Cantón Arroyo Grande del Departamento Pando. Esta Comunidad llamada también “Filadelfia”, es Capital del Cantón Arroyo Grande, se encuentra situada al noroeste del Departamento entre los 68° 45’ 25” de longitud oeste y 11° 20’ 45” de latitud sur, a una altura promedio de 265 m.s.n.m.

Este municipio limita al Norte con el río Tahuamanu, al Este con la 1ª Sección de la Provincia Manuripi, al Oeste con la república de Perú y al Sur con el río Madre de Dios y Departamento de La Paz.

3.1.1.2.2 RELIEVE Y TOPOGRAFIA DE LA COMUNIDAD FILADELFIA

Esta Comunidad se encuentra ubicada en una región de llanuras aluviales⁹ y tierras de altitud media, por lo que su geomorfología presenta una topografía

⁸ Término referido a las características intrínsecas del suelo usado en Edafología que es la ciencia que estudia la naturaleza de los suelos.

típica de una depresión amazónica, con llanuras y colinas mediana a fuertemente disectadas¹⁰, con planicies alternadas que la caracterizan.

3.1.1.2.3 ACCESIBILIDAD Y VIAS DE COMUNICACIÓN

A esta comunidad se puede llegar desde la Capital Cobija en dos horas de marcha de carro, distante 56 km desde Cobija, se encuentra sobre la carretera interprovincial que une la troncal desde Porvenir al Chivé. La carretera de tierra y ripio es estable aún en época de lluvias, con sus propias limitaciones.

Existe una línea de transporte de buses, que hace servicio desde Cobija al Chivé, que hace el recorrido dos veces por día todos los días. El transporte fluvial es limitado por la época estival y se lo hace por el río Tahuamanu que llega hasta la población de Puerto Rico que es la Capital de la provincia Manuripi. La comunicación telefónica es atendida por ENTEL y TIGO a través de celulares y cabinas, además se cuenta con servicios de radio comunicación en las Comunidades.

3.1.1.2.4 CLIMA EN LA COMUNIDAD

“De acuerdo a los estudios realizados por BRUNIG, 1972 (citado por Salm y Marconi. 1992), la región puede ser caracterizada con el tipo de clima tropical-húmedo, isotérmico¹¹ con variaciones estacionales de humedad. Esto determinaría que la Comunidad Filadelfia, tenga un clima configurado en los rangos arriba citados, con períodos secos en los meses de mayo a septiembre (invierno).

⁹ Las llanuras aluviales son aquellas áreas cercanas o contiguas a los ríos, que periódicamente sufren inundaciones que depositan en ellas, tierras y nutrientes arrastrados por las aguas.

¹⁰ Disectadas: áreas que desde el punto de vista fisiográfico y geomorfológico presenta depresiones abruptas de diferente grado de pendencia y profundidad.

¹¹ Isotérmico: se dice del proceso en el que la temperatura permanece constante, que mantiene la temperatura.

La época lluviosa (pluviestacional) se da en los meses de octubre a abril, con una precipitación anual promedio de 1834 mm, siendo los meses más lluviosos enero y febrero con una precipitación de 210 a 250 mm. En la época seca estos niveles descienden a niveles menores a 60 mm, al igual que la temperatura que de 30 °C desciende hasta 15 °C, aunque la temperatura media anual es de 25.4 °C estos descensos son conocidos como ‘surazos’ que no son otra cosa que frentes fríos cuya duración no pasa de tres a cuatro días.

Los vientos predominantes son de noroeste a sudeste, por lo que los riesgos climáticos atribuidos a estos agentes climatológicos no son frecuentes. Sin embargo las inundaciones en las áreas bajas cercanas al río Tahuamanu y sus afluentes, son periódicas durante la época de lluvias (Flores, R. 2005)”.

3.1.1.2.5 DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HIDRICOS

“El río Tahuamanu y sus afluentes, constituyen importantes fuentes de recursos hídricos de disponibilidad permanente, los cuales son usados tanto para consumo humano como animal. Además estas fuentes de agua son aprovechadas para realizar pesca de subsistencia y pesca comercial en algunos casos, ya que estas aguas presentan una variedad de especies piscícolas que complementan el aporte de proteínas en la dieta de los comunarios (Flores, R. 2005)”.

3.1.2 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA COMUNIDAD FILADELFIA

3.1.2.1 ACTIVIDAD AGRO-PECUARIA

“La agricultura que se practica en la Comunidad es la tradicional, sin ningún tipo de tecnología, se basa principalmente en la tala y quema, con bajos niveles de producción, destinada principalmente al auto-consumo o subsistencia. Los cultivos mas importantes para los comunarios de Filadelfia son aquellos que de

alguna forma garantizan su seguridad alimentaria básica como ser: yuca (*Manihot esculenta*); plátano (*Musa paradisiaca*); piña (*Ananas sativus*); papaya (*Carica papaya*) y cítricos diversos. En cuanto a cultivos anuales están: el maíz (*Zea mays*); arroz (*Oriza sativa*); frejol (*Phaseolus vulgaris*); tomate (*Lycopersicum esculentum*); pepino (*Cucumis sativa*); ajíes (*Capsicum pubescens*); etc.

La pecuaria es considerada de subsistencia con escasos remanentes para la comercialización, esto debido a que algunos comunarios han decidido incursionar en la cría de ganado vacuno a menor escala, como una manera de diversificar su fuente de ingresos. Estas experiencias están destinadas a la producción de carne, usando predios situados en áreas donde antes había monte alto, pero que ahora son pastizales sembrados con *Brachiaria sp.* (Flores, R. 2005)".

3.1.2.2 ACTIVIDAD EXTRACTIVISTA

La actividad extractivista comprende fundamentalmente la recolección de castaña (*Bertholletia excelsa*) y recientemente en aplicación de algunos proyectos de reactivación de la goma, promovidos por el gobierno nacional y departamental, se ha comenzado a rayar la siringa (*Hevea brasiliensis*) para volver a insertarla como actividad de diversificación productiva.

En el caso de la castaña, su recolección es una actividad significativamente importante en la economía local y regional, ya que cada zafra o época de recolección que dura alrededor de cuatro meses, sirve para reactivar la economía local, precisamente porque la castaña tiene un mercado asegurado aunque con precios fluctuantes. A la economía basada en la castaña se incorpora la actividad de aprovechamiento de la madera con fines comerciales, aun en menor escala.

3.1.2.3 TENENCIA DE LA TIERRA

El régimen de tenencia de la tierra, ha sido cumplido satisfactoriamente en aplicación de las disposiciones de la Ley 1715 (INRA) y la Ley 3545 (De Reconducción Comunitaria) con la dotación por parte del Estado mediante Título Ejecutorial de dotación colectiva, llevada adelante en el marco del Saneamiento Simple que dotó de 500 has a cada unidad familiar en la Amazonía.

3.1.2.4 POBLACIÓN

Esta Comunidad campesina, está conformada por aproximadamente de 47 familias, con una población también aproximada de 300 personas entre mujeres, hombres y menores.

3.1.2.5 RECURSOS HUMANOS Y MANO DE OBRA

En la Comunidad, las labores agrícolas son compartidas por la familia, tanto en la siembra como en la cosecha, incluso los niños tienen tareas asignadas como ser el acopio de agua y leña para apoyar las labores domésticas de la ama de casa. Las actividades de caza y pesca son realizadas generalmente por el padre de familia o los hijos adolescentes, las actividades comunales y los empleos temporales como el Plan de Empleo Digno son compartidos entre marido y mujer.

También se puede contar con maestros, obreros para aserraderos, pescadores y alguno que otro profesional, especialmente en salud.

3.1.2.6 SISTEMA DE SALUD

Filadelfia pertenece al Distrito II de Salud con sede en la localidad de Porvenir.

Su único Centro de Salud es de primer nivel y cuenta con el apoyo de una ambulancia.

“Los índices departamentales de salud sobre la tasa de mortalidad infantil es de 63 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, en el municipio de Filadelfia se tiene una tasa de 73.9 que está por encima de la media departamental.

En cuanto a morbilidad, la poca disponibilidad en cuanto a RR.HH, es un factor determinante para las altas tasas de morbi-mortalidad, debido principalmente a que en cada Posta de Salud solo se tiene a una auxiliar de enfermería, quien no dispone de la formación necesaria para actuar ante las posibles complicaciones en los cuadros de salud (MUAFB. 2006)”.

“Otro factor que es importante mencionar, es la directa correlación existente entre la pobreza y la salud de la población, sobre todo en la infantil; puesto que en las zonas donde las personas tienen menos ingresos y viven en precarias condiciones, es donde se presentan las tasas de mortalidad infantil mas elevadas.

Las enfermedades de mayor prevalencia, de acuerdo a los reportes del SEDES, son: las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, neumonías, malaria, leishmaniasis, problemas gastrointestinales, problemas cardiorrespiratorios, tuberculosis pulmonar y en menor proporción problemas traumatológicos, neurológicos y renales (MUAFB, 2006)”.

3.1.2.6.1 INFRAESTRUCTURA DE SALUD

El único establecimiento de salud con el que cuenta la Comunidad Filadelfia, está construido en material y cuenta con las siguientes dependencias:

CUADRO 2. Infraestructura de Salud

CENTRO DE SALUD DE 1er. NIVEL “FILADELFIA”		
Dependencia	Área	Cantidad
Consultorio	Médico	Uno
Consultorio	Odontológico	Uno
Sala	de Enfermería	uno
Sala	de crecimiento y desarrollo	uno
Sala	de Programa Ampliado de Inmunizaciones	Uno
Sala	Técnico de Malaria	uno
Sala	de Internaciones (dos camas)	uno
Local	de Farmacia	uno
W.C	Servicios (en mal estado)	tres

FUENTE: Elaboración propia.

3.1.2.6.2 RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La cobertura de los servicios de salud es baja debido a la extensión territorial, la dispersión de la población y la falta de recursos para el desplazamiento del personal, pese a esos inconvenientes se cumple con las actividades programadas tanto por el Ministerio de Salud y Deportes, como por el SEDES-Pando.

El Centro de Salud “Filadelfia” cuenta con el siguiente personal:

- Un médico general.
- Un odontólogo.
- Una licenciada en enfermería.
- Dos auxiliares de enfermería.
- Un farmacéutico.
- Un técnico de malaria.
- Una persona de limpieza
- Un chofer de ambulancia.

3.1.2.7 EDUCACIÓN

El municipio de Filadelfia cuenta con cinco núcleos educativos, de los cuales uno está en la Comunidad Filadelfia. Este núcleo es uno de los dos más grandes del distrito.

La Unidad Educativa Filadelfia, pertenece al Distrito Educativo Filadelfia, es una de las primeras unidades educativas de la provincia Manuripi y cuenta con tres niveles de enseñanza: inicial, primaria y secundaria. Tiene matriculados a más de un centenar de estudiantes de ambos sexos, los cuales son atendidos por once docentes y un administrativo.

3.1.2.8 SANEAMIENTO BÁSICO

En el municipio de Filadelfia el acceso al agua potable no alcanza ni siquiera al uno por ciento y lo que es peor el agua en ningún caso es potable. Pese a todo existen acometidas colectivas e individuales, con una red de distribución que reparte agua cada tres días.

Lo anterior significa que necesariamente la población continúa acudiendo a norias, arroyos y vertientes naturales para proveerse de agua, con los respectivos riesgos de salud que ello significa.

En cuanto a energía eléctrica, los requerimientos de la población han sido satisfechos, ya que Filadelfia está conectada a la red troncal de distribución de energía eléctrica que desde Cobija va hasta el Chivé, disfrutando de 24 horas de luz.

No existe alcantarillado, la población hace uso de diversas alternativas para deshacerse de sus excretas. Entre ellas figuran la letrina seca en mayor

proporción, los pozos ciegos absorbentes para las instituciones y alguno que otro ciudadano que ha podido financiar su propia cámara séptica.

3.2 DISEÑO METODOLOGICO

3.2.1 CARACTERIZACIÓN DEL ESTUDIO.

El estudio está caracterizado como de diagnóstico, exploratorio de tipo descriptivo.

3.2.1.1 TIPO EXPLORATORIO

El nivel de conocimiento científico sobre un problema de investigación se logra a través de estudios de tipo exploratorio; tienen por objetivo, la formulación de un problema para posibilitar una investigación más precisa o el desarrollo de una hipótesis que permita al investigador formular hipótesis de primero y segundo grado.

El investigador debe tener claridad acerca del nivel de conocimiento científico desarrollado previamente por otros trabajos e investigadores, así como la información no escrita que posean las personas que por su relato puedan ayudar a reunir y sintetizar sus experiencias. Ha de especificarse las razones por las que el estudio propuesto es exploratorio, por ejemplo las monografías e investigaciones bibliográficas que buscan construir un marco teórico de referencia.

Cuando el investigador construye un marco de referencia teórico y práctico puede decirse que este primer nivel de conocimiento es exploratorio, el cual puede complementarse con el descriptivo, según lo que quiera o no el investigador.

3.2.1.2 TIPO DESCRIPTIVO

Sirve para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos. Por ejemplo la investigación en Ciencias Sociales se ocupa de la descripción de las características que identifican diferentes elementos y componentes, y su interrelación.

El conocimiento será de mayor profundidad que el exploratorio, el propósito de este es la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación, como:

Establecer las características demográficas de las unidades investigadas. Identificar formas de conducta, actitudes de las personas que se encuentran en el universo de investigación.

Descubrir y comprobar la posible asociación de las variables de investigación. Identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación. De acuerdo con los objetivos planteados, el investigador señala el tipo de descripción que se propone realizar. Acude a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, las entrevistas y los cuestionarios.

La mayoría de las veces se utiliza el muestreo para la recolección de información, la cual es sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico. Puede concluir con hipótesis de tercer grado formuladas a partir de las conclusiones a las que pueda llegarse por la información obtenida.

3.2.1.3 DE DIAGNÓSTICO

La investigación diagnóstica pretende “inventariar” dimensiones del mundo social directamente traducibles a posibilidades y obstáculos para intervenciones en este mundo. Suele tener como resultado una “foto” del universo estudiado en la que se proporciona características como datos estadísticos, percepciones y juicios, rasgos culturales y “hechos” de distinta índole que influirán en las intervenciones, indicando cuales serían deseables o “necesarias”. Gran parte de las investigaciones instigadas o llevadas a cabo por dependencias estatales y/o ONG`s pertenecen a este tipo.

3.2.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.2.2.1 UNIVERSO Y MUESTRA.

El universo está representado por las 12 adolescentes que realizan su control prenatal en el Centro de Salud “Filadelfia”. La muestra constituye el 100% del total del universo representado por las 12 adolescentes embarazadas.

3.2.2.2 MÉTODO DE INTERVENCIÓN

El método es hipotético-deductivo porque es una investigación basada en una hipótesis y lo deductivo es por un proceso que es útil principalmente para la lógica y las matemáticas, donde los conocimientos de las ciencias pueden aceptarse como verdaderos por definición. Se utiliza en el conteo de los datos recogidos a través de las encuestas.

3.2.2.2.1 MATERIALES EMPLEADOS

- Un Tablero planillero.
- Una resma de papel carta.

- Bolígrafos y lápices
- Rota folios.
- Afiches didácticos.
- Trípticos
- Computadora
- Impresora
- Data Show
- Internet
- Tarjetas de celular

3.2.2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CUADRO 3. Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES				
DIMENSION	INDICADOR	MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
Educación	Nº de Talleres sobre Salud Sexual y Reproductiva	Horas	1 – 5 Horas	Registro de asistencia
	Calidad de aprendizaje	Cantidad de encuestas	Mala Regular Bueno	Formulario de Encuestas

FUENTE: Elaboración propia.

3.2.2.4 TÉCNICAS APLICADAS

3.2.2.4.1 LA ENCUESTA

Es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador.

En el caso del presente trabajo de investigación se han aplicado encuestas estructuradas realizadas a través de 10 preguntas formuladas a las adolescentes muestreadas en la Comunidad Filadelfia.

La estructuración de la encuesta respondió a:

- a) Identificar la edad de inicio de relaciones sexuales.
- b) Identificar el conocimiento de los métodos anticonceptivos.
- c) Determinar si los embarazos fueron planeados o no.

3.2.2.4.2 EL CUESTIONARIO

Esta herramienta es un conjunto de preguntas seleccionadas de acuerdo con la naturaleza de la investigación y sobre todo considerando el nivel de educación de las personas a las que está dirigida el cuestionario.

La aplicación del instrumento se hizo de forma directa en las 12 adolescentes embarazadas.

3.2.2.5 PLAN DE ACCIÓN

COMPONENTE	ACTIVIDADES	PROPÓSITO	INDICADOR DE CONTROL	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MATERIAL	RESPONSABLE
"Educación sobre salud sexual y métodos anticonceptivos a las adolescentes y mujeres en edad fértil".	Desarrollo de Talleres de capacitación sobre temas de salud sexual y reproductiva	Capacitar a los y las adolescentes y mujeres en edad fértil de la Normal Superior y U.E. Filadelfia	Taller realizado y desarrollado en beneficio principalmente de los adolescentes	-Listas de asistencia firmadas -fotografías del evento.	Papel, bolígrafos, diapositivas.	Ross Mery Flores Castro
	Elaborar carta de coordinación para el Taller, dirigido al Director de la Normal Superior Filadelfia	Coordinar el día, hora, lugar y tiempo de los talleres	Carta de coordinación elaborada y presentada	Carta de Coordinación recepcionada	Papel	Ross Mery Flores Castro
	Elaborar carta de coordinación para el Taller, dirigido al Director de la U.E. Filadelfia	Coordinar el día, hora lugar y tiempo de los talleres	Carta de coordinación elaborada y presentada	Carta de Coordinación recepcionada	Papel	Ross Mery Flores Castro
	Elaborar un instrumento de PRE-TEST y POST-TEST	Evaluar el grado de conocimiento adquirido antes y después de los talleres	Instrumento de Pre-Test y Post-Test elaborado	Instrumentos de Pre-Test y Post-Test aplicados	Papel	Ross Mery Flores Castro

Fuente: Elaboración propia.

COMPONENTE	ACTIVIDADES	PROPÓSITO	INDICADOR DE CONTROL	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MATERIAL	RESPONSABLE
"Educación sobre salud sexual y métodos anticonceptivos a las adolescentes y mujeres en edad fértil".	Elaborar un registro de asistencia	Obtener un medio de control	Registro de Asistencia Elaborado	Registro de Asistencia aplicado	Papel Bond tamaño carta e impresora	Ross Mery Flores Castro
	Elaborar un Instrumento de Observación (Pre y Post Test)	Verificar el grado de conocimiento que poseen	Instrumento de Observación elaborado	Instrumento de Observación aplicado	Papel Bond tamaño carta e impresora	Ross Mery Flores Castro
	Coordinar y socializar con los Directores y docentes, sobre el taller: - Día, hora, lugar, tiempo, temas, ventajas.	Brindar conocimiento y concientizar principalmente a los adolescentes	Coordinación y socialización hecha a través de la carta de coordinación	Carta de Coordinación	Papel Bond e impresora	Ross Mery Flores Castro
	Elaborar dinámicas de evaluación con los participantes, principalmente adolescentes que asistieron al taller de capacitación.	Evaluar y motivar a los participantes principalmente adolescentes para que asistan al taller y evaluar su aprendizaje	Criterios del tema elaborados para la evaluación con dinámicas	Fotografías del evento		Ross Mery Flores Castro

Fuente: Elaboración Propia.

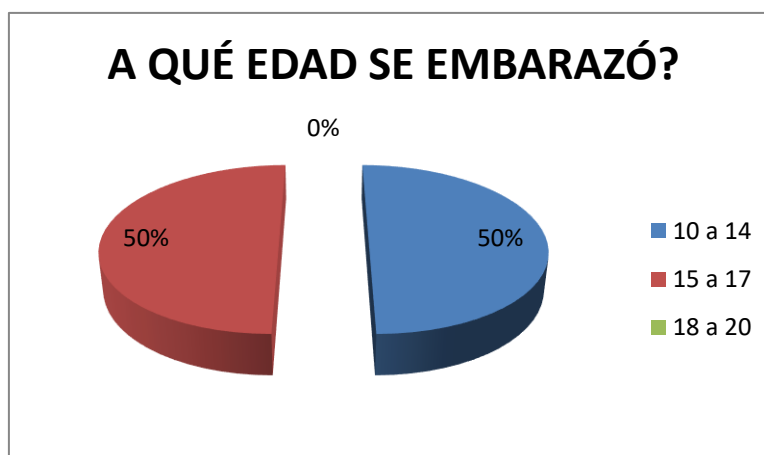
IV

4. RESULTADOS

RESULTADO N° 1

A QUÉ EDAD SE EMBARAZÓ ?			
INDICADORES EDAD	NUMERO DE HIJOS	Nº DE ENCUESTADAS	TOTAL %
10 -14	1 - 4	6	50%
15 -17	1 - 4	6	50%
18 - 20			
TOTAL		12	100%

FUENTE: Elaboración propia.



FUENTE: Elaboración Propia.

ANALISIS:

El 50 por ciento de las adolescentes se embarazó entre 10 y 14 años.
El 50 por ciento de las adolescentes se embarazó entre 15 y 17 años.
Este grupo etáreo está en la edad de la adolescencia.

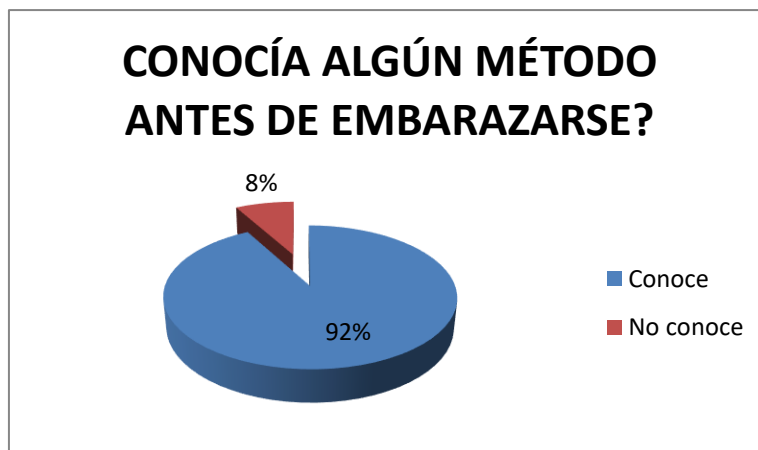
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

El 100 por ciento de las adolescentes embarazadas comprende el grupo etáreo de 10 a 17 años; donde el índice más alto es de 4 hijos, lo cual significa que las adolescentes hasta los 17 años formaron familia a temprana edad.

RESULTADO N° 2

CONOCÍA ALGUN MÉTODO ANTES DE EMBARAZARSE?		
INDICADORES	Nº	TOTAL
Conoce	11	92 %
No conoce	1	8 %
TOTAL	12	100%

FUENTE: Elaboración Propia.



FUENTE: Elaboración Propia.

ANALISIS:

El 92 por ciento de las adolescentes embarazadas conocían algún método de anticoncepción antes de embarazarse.

El 8 por ciento de las adolescentes embarazadas no conocía ningún método de anticoncepción.

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

De acuerdo a los resultados, se observa que el 92 por ciento de las embarazadas conocían y eran consientes de la existencia de algún método de anticoncepción.

RESULTADO N° 3

SU PRIMER HIJO FUE PLANIFICADO ?		
INDICADORES	N°	TOTAL
Si	2	17 %
No	10	83 %
TOTAL	12	100%

FUENTE: Elaboración Propia.



FUENTE: Elaboración Propia.

ANALISIS:

El 17 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia tuvieron su primer hijo planificado

El 83 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia tuvieron su primer hijo no planificado.

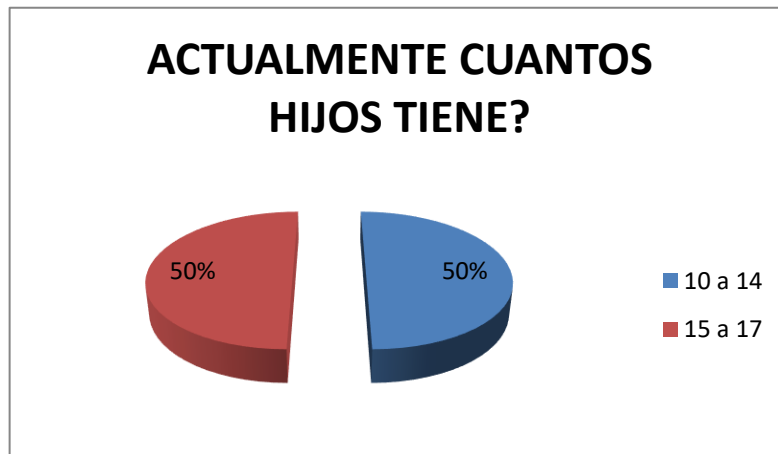
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

De acuerdo a los resultados, el 83 por ciento de las adolescentes no tuvieron información de planificación familiar y tuvieron su hijo no deseado y formaron familia por obligación

RESULTADO N° 4

ACTUALMENTE CUANTOS HIJOS TIENE?		
INDICADORES	Nº	TOTAL
10 -14	1 a 4	50%
15 -17	1 a 4	50%
TOTAL		100%

FUENTE: Elaboración Propia.



FUENTE: Elaboración Propia.

ANALISIS:

El 50 por ciento de las adolescentes entre 10 a 14 años de la Comunidad Filadelfia tienen entre 1 a 4 hijos

El 50 por ciento de las adolescentes entre 15 a 17 años de la Comunidad Filadelfia tienen entre 1 a 4 hijos

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

De acuerdo a los resultados, el 100 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia tienen entre 1 a 4 hijos, lo cual demuestra que formaron familia a muy temprana edad, por lo tanto deben enfrentar problemas económicos para la crianza y formación de sus descendientes.

RESULTADO N° 5

CONOCE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS, CUALES?		
INDICADORES	Nº	TOTAL
Conoce	11	92%
No conoce	1	8%
Total	12	100%

FUENTE: Elaboración Propia.



FUENTE: Elaboración Propia.

ANALISIS:

Al menos el 8 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia no conoce ningún método de anticoncepción.

El 92 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia conocen hasta cinco métodos anticonceptivos.

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

De acuerdo a los resultados, 92 por ciento de las adolescentes conocen hasta cinco métodos de anticoncepción, lo que significa que aún conociendo tales métodos, su vida sexual ha arrojado resultados poco favorables, debido probablemente a aspectos culturales y a la poca o ninguna importancia prestada a la planificación familiar.

RESULTADO N° 6

UTILIZA ALGUNO DE ESTOS MÉTODOS MENCIONADOS, CUAL?		
INDICADORES	Nº	TOTAL
Utiliza	3	75%
No utiliza	9	25%
TOTAL	12	100%

FUENTE: Elaboración Propia.



FUENTE: Elaboración Propia.

ANALISIS:

El 75 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia utiliza al menos un método de anticoncepción.

El 25 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia no utiliza ningún método de anticoncepción.

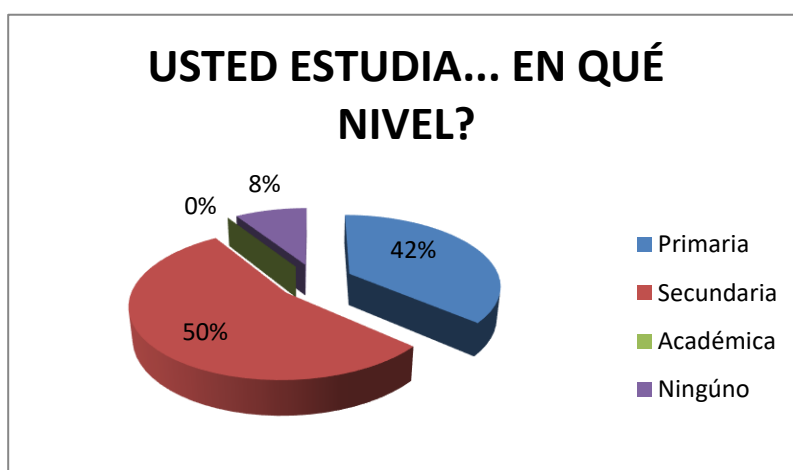
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

De acuerdo a los resultados, el 75 por ciento de las adolescentes en edad fértil utiliza algún método de anticoncepción, sin embargo tienen hasta cuatro hijos. Esto significa que a pesar del uso de anticonceptivos se embarazan por la falta de un uso adecuado de tales métodos.

RESULTADO N° 7

USTED ESTUDIA... EN QUÉ NIVEL?		
INDICADORES	N°	TOTAL
Primaria	4	42 %
Secundaria	6	50%
Académica	0	0 %
Ninguno	1	8 %
TOTAL	12	100%

FUENTE: Elaboración Propia.



FUENTE: Elaboración Propia.

ANALISIS:

El 8 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia no tiene ningún grado de instrucción.

El 42% de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia estudia actualmente en el nivel primario

El 50 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia estudia actualmente en el nivel secundario.

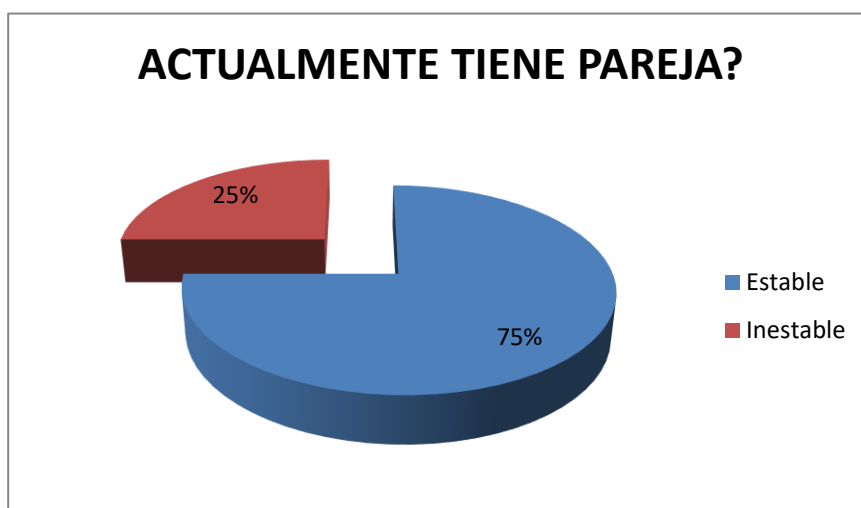
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

De acuerdo a los resultados, el mayor porcentaje (50%) de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia estudia en el nivel secundario y el 42% en el nivel primario. Esto significa que a pesar de las responsabilidades de la familia, tienen aspiraciones de superación para mejorar su nivel de vida.

RESULTADO N° 8

ACTUALMENTE TIENE PAREJA?		
INDICADORES	N°	TOTAL
Estable	9	75%
Inestable	3	25%
TOTAL	12	100%

FUENTE: Elaboración Propia.



FUENTE: Elaboración Propia.

ANALISIS:

El 75 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia tiene pareja estable. El 25 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia no tiene pareja estable.

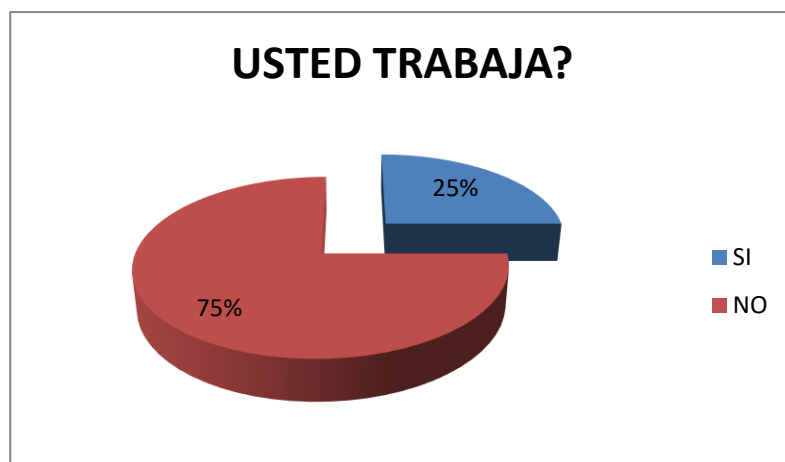
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

De acuerdo a los resultados, el 75 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia mantiene relaciones estables con su pareja y el 25 por ciento no tiene pareja estable. Lo que quiere decir que la responsabilidad de criar a los hijos en una familia estable sobresale. Esto permite un desarrollo familiar armónico en la crianza de los hijos. Sin embargo el otro 25 por ciento significa la existencia de hogares inestables, madres adolescentes marcadas por la inseguridad emocional y las dificultades propias de su precaria situación.

RESULTADO N° 9

USTED TRABAJA?		
INDICADORES	N°	TOTAL
Si	3	25%
No	9	75%
TOTAL	12	100%

FUENTE: Elaboración Propia.



FUENTE: Elaboración Propia.

ANALISIS:

El 25 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia trabaja para mantener a sus hijos.

El 75 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia no tiene que trabajar porque tiene pareja estable.

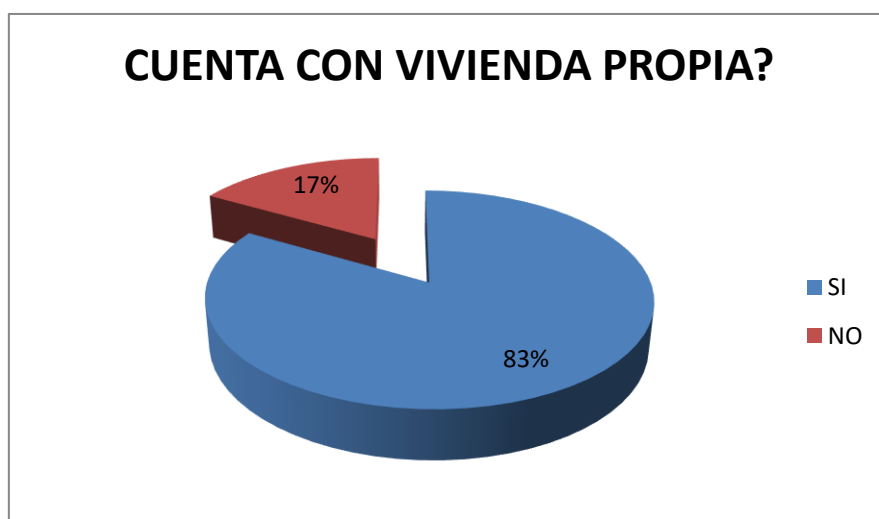
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

De acuerdo a los resultados, el 75 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia no necesita trabajar porque el esposo se responsabiliza de la manutención del hogar. El 25 por ciento de las adolescentes debe trabajar para salir adelante debido a que no tienen pareja estable. Significa que el grupo que debe trabajar, es mas vulnerable a situaciones de inestabilidad emocional debido a causas socio-económicas.

RESULTADO N° 10

CUENTA CON VIVIENDA PROPIA?		
INDICADORES	Nº	TOTAL
Si	10	83 %
No	2	17 %
TOTAL	12	100%

FUENTE: Elaboración Propia.



FUENTE: Elaboración Propia.

ANALISIS:

El 83 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia cuenta con una vivienda propia donde vive y desarrolla sus actividades familiares.

El 17 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia no tiene vivienda propia y vive en casa de sus padres.

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

De acuerdo a los resultados, el 83 por ciento de las adolescentes de la Comunidad Filadelfia no carece de vivienda y el 17 por ciento de las adolescentes vive aún con sus padres. Esto significa que quienes gozan de estabilidad conyugal han logrado consolidar su vivienda e independizarse del hogar paternal. El otro 17 por ciento que aún vive con los padres, representa al grupo que no pudo alcanzar estabilidad de pareja, consecuentemente su independencia socio-económica se ve comprometida razón por la cual deben permanecer en el hogar paterno.

V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En concordancia con los resultados obtenidos en el proceso de la investigación, se concluye que:

- Contrariamente a lo que se planteaba en la hipótesis, se ha encontrado que los factores que más inciden en el embarazo de las adolescentes no son la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Por tanto se rechaza la hipótesis.
- Los factores que realmente inciden en el embarazo de las adolescentes son: la no aplicación de la planificación familiar y el mal uso de los métodos de anticoncepción. Ya que el 83 por ciento de los embarazos no fueron deseados y el 92 por ciento de las adolescentes conocía algún método antes de embarazarse.
- Se ha encontrado que el 100 por ciento de las adolescentes entre los 10 y 17 años de edad, ya tienen entre uno y cuatro hijos. Lo que significa que el rango de edad de los embarazos en adolescentes está entre los 10 y 17 años.

- También se observó que un 83 por ciento de las adolescentes tienen casa propia y pareja estable.
- El 50 por ciento de las adolescentes embarazadas continúan estudiando en el ciclo secundario y el 40 por ciento aún cursa en el nivel primario.
- El 100 por ciento de embarazadas realizan control pre-natal en el Centro de Salud Filadelfia.
- El 75 por ciento de las embarazadas adolescentes de la Comunidad Filadelfia han utilizado algún método de anticoncepción. Pero pese a eso resultaron embarazadas.
- El 25 por ciento de las adolescentes embarazadas tienen pareja inestable y el 17 por ciento permanece aún en el hogar paterno.
- Se observa que existen aspectos culturales o idiosincráticos que impiden obtener resultados satisfactorios en el uso de anticoncepcionales, se concluye esto porque el 92 por ciento de las adolescentes conocía los anticonceptivos antes de embarazarse.
- Se observó que en el Centro de Salud Filadelfia, el personal de salud atiende satisfactoriamente a la población de adolescentes embarazadas que acuden a su control pre-natal.

5.2 RECOMENDACIONES

- Los resultados de la investigación, plantean la necesidad de implementar actividades preventivas en el ámbito escolar en primera instancia, focalizando las acciones en promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con énfasis en PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

- También será importante involucrar al personal de salud en coordinación con el personal de educación en las tareas de prevención, pues la información y la oportuna intervención de ellos, protegerá a los adolescentes de problemas de salud vinculados a la actividad sexual precoz y sus consecuencias por falta de planificación o protección.
- Se debe prever que los anticonceptivos y preservativos, sean puestos al alcance de esta población en riesgo y que su disponibilidad sea permanente e irrestricta.
- Considerar también que es fundamental la implementación de un sistema de información y registro estadístico de adolescentes embarazadas que permitan alimentar un banco de datos municipal que proporcione insumos para futuros estudios de este tipo.
- Para que estas acciones se puedan llevar a cabo será necesario que las mismas sean tomadas con interés por las autoridades departamentales, municipales y OTBs para que desarrollen procesos educativos con énfasis en la información y la prevención y de esta manera bajar las incidencias de esta problemática.
- No se pudo determinar la accesibilidad y disponibilidad de los anticoncepcionales para esta población, por lo que se recomienda incluir esta variable en futuros estudios a realizarse.
- Se recomienda ampliar este estudio a nivel municipal y departamental para obtener información actualizada que permita orientar la generación de políticas de salud sobre el embarazo en adolescentes, tanto locales como nacionales.
- Se recomienda incluir a otros actores sociales e institucionales sobre esta temática, con la finalidad de fortalecer acciones conjuntas que

permitan obtener mejores respuestas de los adolescentes sobre los temas de educación sexual, prevención de ETS, planificación familiar y valoración y fortalecimiento del ámbito familiar en hogares de reciente formación.

-0-

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

CRISOLOGO, A. (1997). "**La Monografía y el Informe de la Tesis**". Ed. Abedul. Lima, Perú.

SEJAS, N.E. (1977). "**Guía para Trabajos de Investigación**". Editorial Gráfica San Antonio. La Paz, Bolivia.

GONZALES, A. (2004). "**Métodos y Técnicas de Estudio**". Elaboración y presentación de Trabajos Académicos y Científicos. Editorial Amanecer. Cobija, Bolivia.

TAFUR, R. (1995). "**La Tesis Universitaria**". La Tesis Doctoral, la Tesis de Maestría, la Monografía y el Informe. Ed. Mantaro. Lima. Perú.

ARCHER, S. Et. Al. (1982). "**Enfermería de Salud Comunitaria**". Santa Fe de Bogotá.

MIN. DE SALUD Y DE DEPORTES (2008). "**Plan Nacional para la Salud y Desarrollo Integral de los Adolescentes**". Ed. Min. Salud y Deportes de Bolivia.

BARRAGAN, R. et. al. (2001). "**Formulación de Proyectos de Investigación**". 2da. Ed. P.I.E.B.; La Paz, Bolivia.

CARPENITO, L. J. (1996). "**Manual de Diagnóstico de Enfermería**". 5a. Ed. Editorial McGraw-Hill. Madrid. España.

DELANEY, L. (1986). "**Valoración de Enfermería: Obtención de Datos en la Familia**". Tomado de GRIFFITH y CHRISTENSEN "Proceso de Atención de Enfermería". (1986). México. En "**Modulo Instruccional de Enfermería Comunitaria**". Tomo I. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1994.

GERENDAS, M.; SILEO, E. (1992). “**Embarazo en la Adolescencia. Factores de Riesgo y Cadena de Prevención**”. Editado por Comisión Femenina Asesora de la Presidencia de la República. Caracas. Venezuela.

GOÑI, Julio. et. al. (1997). “**Enciclopedia Temática Multimedia**”. Tomo Tres. Guía Médica Familiar. F&G Editores. Madrid, España.

IUTEPAL. (1999). “**Análisis de la Situación Sociosanitaria de los Habitantes del Sector I Barrio San José de Maracay**”. Trabajo elaborado por el equipo 206E bajo la coordinación de la profesora Luisa Navarro Pérez. Maracay.

INE. MDSP Y COSUDE. (1999). “**Bolivia: Atlas Estadístico de Municipios**”. 1ª Ed. Centro de Información para el Desarrollo. La Paz, Bolivia.

FLORES, R. (2005). “**Caracterización y Visión de la Capacidad de Uso de Tierras Aplicado al Plan de Ordenamiento Predial en San Pedro de Bolpebra, Pando**”. Tesis de Grado Universidad Amazónica de Pando. Cobija, Bolivia.

EDITORIAL OCEANO. (1990). “**Enciclopedia de Medicina y Enfermería MOSBY**” Ed. Océano – Centrum. Barcelona, España.

CHAVEZ DE LOS RIOS, E. y MUAFB. (2006). “**Plan Municipal de Ordenamiento Territorial de la Mancomunidad Unión Amazónica Filadelfia-BOLPEBRA**”. Ed. Proyecto Bosque y Vida. Santa Cruz, Bolivia.

ECO, H. (1986). “**Cómo se Hace una Tesis**” Técnicas y Procedimientos de Estudio, Investigación y Escritura. 6ª Ed. Editorial GEDISA. Barcelona, España.

HERNANDEZ SAMPIERI, R. et.al. (1999). “**Metodología de la Investigación**”. 2ª Ed. McGraw-Hill. Colombia.

ESCALERA, S.J. (2002). **“Técnicas de Investigación y Desarrollo en Ciencias y Tecnología”**. Guía para Elaborar Proyectos de I & D y Tesis de Pre y Post Grado. Editado por el Autor. Cochabamba, Bolivia.

A N E X O S

FOTOGRAFIAS DEL TRABAJO REALIZADO



FOTO 1. La Autora Mostrando Material Didáctico



FOTO 2. Comunarias Asistiendo a la Exposición Educativa



FOTO 3. La Autora Desarrollando el Taller



FOTO 4. Material Didáctico Elaborado para Apoyar los Talleres



FOTO 5. Comunitarias Asistiendo a las Exposiciones



FOTO 6. Trabajo Desarrollado en las Comunidades



FOTO 7. Adolescente Gestante Participando de una Capacitación



FOTO 8. La Autora Desarrollando un Taller



FOTO 9. Estudiantes Asistiendo a un Taller



FOTO 10. Alumnos y Docentes de la Unidad Educativa Filadelfia



FOTO 11. La Autora Capacitando durante un Taller



FOTO 12. La Autora Desarrollando un Taller



FOTO 13. Estudiantes de la U.E. Filadelfia en un Taller



FOTO 14. Desarrollo de la Exposición



FOTO 15. El Taller Logró Captar la Atención de los Adolescentes



UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

Edad.....

Fecha

Curso.....

Unidad Educativa.....

Municipio.....

PRE-TEST DEL TALLER SOBRE SEXUALIDAD



Cuanto sabes sobre..... SEXUALIDAD.

- *Define los siguientes conceptos con tus propias palabras*
 1. Sexualidad, que es, que significa para ti, que has oído sobre esta palabra.

 2. Qué es sexo?

 3. Que es una relación sexual?

 4. Lee y escribe lo que significa para tila siguiente frase.
Elijo cual es mí momento, soy responsable delante del sexo



UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

Edad.....

Fecha

Curso.....

Unidad Educativa.....

Municipio.....

POS-TEST DEL TALLER SOBRE SEXUALIDAD



Cuanto sabes sobre..... SEXUALIDAD.

- *Define los siguientes conceptos con tus propias palabras*
 1. Sexualidad, que es, que significa para ti, que has oído sobre esta palabra.
 2. Qué es sexo?
 3. Que es una relación sexual?
 4. Lee y escribe lo que significa para tila siguiente frase.
Elijo cual es mí momento, soy responsable delante del sexo

F. 16 de marzo 2011

Señor:

Lic. Noel Calina
DIRECTOR DE LA NORMAL
EDUC. TEC. TECNOLÓGICA AGROPECUARIA
Presente.-

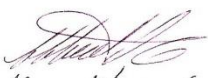
Ref.: Solicitud de permiso para
realizar charlas educativas a do-
centes y maestros normalistas en for-
mación.


Distinguido:

Lic., mediante la presente nos es grato dirigimos a su persona para solicitarle pueda permitirnos ocupar un periodo de sus clases en la normal con la finalidad de realizar charlas educativas sobre "métodos anticonceptivos" por lo que estamos seguras beneficiarán bastante tanto a hombres como a mujeres y por ende a muchos jóvenes más que pasarán por sus aulas; dicho evento pensemos realizarlo el 18 del mes en curso.

Me dudando que nuestra petición sea aceptada le agradecemos de antemano y aprovechamos la oportunidad para hacerle llegar un cordial saludo deseándole éxitos en sus funciones.

Atte.-


Ross Mery Flores C.
Int. de Lic. en Enfermería
ALNU, AMAZ. DE PANDO


Jaime Roberto Pineda
E.S.M. - PUERTO RICO
U.A. - FILADELFA


Dr. Cesar Jose Ramirez Montano
Jefe Médico Area Filadelfia

Cuentas educativas

Filadelfia 12-18-03-11

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Δ MAESTROS NORMALISTAS

- 1.- Youara Fidalis Peña
- 2.- Carlos Alfredo Quispe Churguñi
- 3.- Sergio Antonio Atalvachi
- 4.- Raimundo Centoni Huayra *King of the*
- 5.- Willson Cussi Picano
- 6.- PONDACA CIBOQUE CHOQUEHANCA
- 7.- Edwin Cussi Cussi
- 8.- Cosme Alvarado Tintaya
- 9.- Roddy Cussi Fernandez
- 10.- Carlos Cesar Quispe Huanca
- 11.- Hugo Eloy Melendez Asistiri
- 12.- Luis C. Cavallari Pachacuti
- 13.- Vidal Quispe Lendori
- 14.- Rosa Elena Haensel Inuma
- 15.- ROBERTO FLORES PICO *[Signature]*
- 16.- Jaime Roberto Perez *[Signature]*
- 17.- Cláudia Raquel Galarza
- 18.- Edmundo Vargas Ticona

RI: 5600072 *[Signature]*
 CI: 3381271 *[Signature]*

[Signature]
 Dr. Cesar Jose Ramirez Montano
 Jefe Médico Area Filadelfia

[Signature]
 Jefe Roberto Pico Guzman
 U.A. - PUERTO RICO
 U.A. - FILADELFA

RESPONSABLE: Int. Lic. ROSS MEY, FLORES CASTRO.
 UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANAMA

Filadelfia de mayo del 2011

Señor:

Prof. Gutemberg Justiniano Cárdenas
DIRECTOR DE LA U.E. FILADELFIA

Presente.-


REF.: SOLICITUD DE ESPACIO PARA REALIZAR
UN TALLER SOBRE ITS, VIH-SIDA, SEXUALIDAD
Y AUTOESTIMA.

Distinguido:

Señor director, tenemos a bien dirigimos a su
autoridad para solicitarle un espacio durante la mañana del
12 de mayo del año en curso para realizar un taller sobre
temas ya mencionados arriba, que serán de mucho provecho
para los estudiantes de este establecimiento educativo; esto
con el fin de disminuir el número de embarazos no deseados
en la adolescencia y aprendan a tener responsabilidad sobre
su cuerpo para poder decidir.

No dudando de su colaboración le agradecemos
de antemano deseándole éxitos en sus funciones.

Atte.-


ROSS Mery Flores C.
INT. DE LIC. EN ENFERMERÍA


Prof. Gutemberg Justiniano C.
DIRECTOR DE NÚCLEO
FILADELFIA




Dr. Cesar José Ramírez Montañez
Médico Área Filadelfia

TALLER SOBRE ITS - VIH SIDA SEXUALIDAD

MES: MAYO 12 - 2011

AUTOESTIMA

UNID. EDUC. FILADELFIA

INT. :

Prof. Gutenberg Justiniano C.
 DIRECTOR DE NÚCLEO



Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	C.I.	FIRMA	TEMA
01	Kenerson Justiniano Roxaire		Kenerson	
02	DANIEL WAENSEI		daniel	
03	JAMUEL GONZALES S.	F.	<i>J. S.</i>	
04	Nelva Fernandez Supa	761148080	<i>Nelva</i>	
05	Erickson Zelada E.	5705838	<i>Erickson</i>	
06	Arelith Aradiez Vargas	4205142	<i>Arelith</i>	
07	Irosimo Vargas Aradiez	4203327	<i>Irosimo</i>	
08	Lizeth Aradiez Grande	5709564	<i>Lizeth</i>	
09	Junior Olibeira Aramazo		<i>Junior</i>	
10	Franklin Fidelis Peña	8810990	<i>Franklin</i>	
11	Thon Siqueira Bengel		<i>Thon</i>	
12	Marco Antonio Calzaya M.	4336180	<i>Marco</i>	Autoestima
13	Ebad Cruz Mendoza		<i>Ebad</i>	ITS
14	Rafaela Ara Oliveira A.		<i>Rafaela</i>	
15	Wanderson Justiniano	88590717	Wanderson	
16	Vanis Heersell Seravie		<i>Vanis</i>	
17	Ruth Aguiar Freire	4211254	<i>Ruth</i>	
18	Alexandra Zelada Escobar			
19	Reynaldo Calzaya M.		<i>Reynaldo</i>	
20	Sheila Padilla Torres		<i>Sheila</i>	

TALLER SOBRE ITS - VIH SIDA SEXUALIDAD

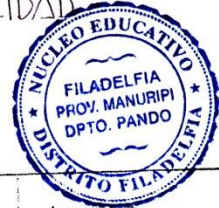
MES: MAYO - 12 - 2011

AUTOESTIMA

U.E. FILADELFIA

INT.:

Prof. Gutemberg Justiniano G.
DIRECTOR DE NUCLEO



Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	C.I.	FIRMA	TEMA
01	Elex Chaparro Chuqui		[Firma]	
02	Alex José Sirigua R.	9277286	[Firma]	Sexualidad
03	Breuz de Souza Freire	4216793	[Firma]	
04	Abigail Haensell Saravia	9714873	[Firma]	
05	Zulma Sakmas Xonamo	7217388	[Firma]	
06	ESTHER FIDELIS TORREZ	4212257	[Firma]	autoestima
07	YANCARLA MEJIA MIATHA	4211283	[Firma]	AUTOESTIMA.
08	Bruno Fidelis Torres	4211251	[Firma]	AUTIMISMO
09	Lilith Cesar Alvarez R.	4212308	[Firma]	ITS
10	Joseliane Sirigua Freire		[Firma]	Autoestima
11	Elder Gutierrez Limachi	6265423	[Firma]	Autoestima.
12	Nora Peinado Macayama		[Firma]	Autoestima
13	Yuli Haensell Saravia		[Firma]	ITS
14	Nepi Haensell Gutierrez		[Firma]	Autoestima
15	Fernando Haensell Gutierrez	4214282	[Firma]	Autoestima
16	Breyand Gonzalez de Souza		[Firma]	Autoestima
17	Wagner...	18107282	[Firma]	Autoestima
18	Rodrigo Cruz Mendoza		[Firma]	Autoestima
19	Thomara Flores Caya	4205149	[Firma]	Autoestima
20	Alejandra Amurus Alemaniz	4200745	[Firma]	autoestima

F. 26 de abril 2011

Señor:
Juan Carlos Zabala Romana
HONORABLE ALCALDE DE FILADELFIA
Presente.-

REF.: SOLICITUD DE DONACIÓN DE
TRES CANASTONES Y REFRIGERIO


Distinguido:

H. Alcalde, es un grato placer dirigirnos a Ud. quien se caracteriza por su alto espíritu de colaboración y su preocupación continua por el bienestar del municipio de Filadelfia, logrando avances y cambios en pro del mismo.

Por ello nos permitimos pedirle su colaboración con tres canastones y refrigerio para la feria que estamos realizando el lunes 23 de mayo del año en curso con motivo de celebrar el día de la madre donde realizaremos charlas educativas despejando dudas e inquietudes de muchas mamás y personas ajenas.

Le agradecemos de antemano su valiosa colaboración deseándole éxitos en sus funciones.

Atte:


Ross Nery Flores C.
Int. enf. en Lic.
U.A.P.




Dr. Cesar Jose Ramirez Montañó
Jefe Médico Area Filadelfia

FERIA EDUCATIVA DE SALUD

MES: MAYO

Filadelfia 22-05-11

TEMAS: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA - TOXOPLASMO-
INT.: ROSS MERY FLORES CASTRO UAP.

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	C.I.	FIRMA	TEMA
01	Linder chao H	4204672	<i>[Signature]</i>	
02	Gloria chapiana	1767699	<i>[Signature]</i>	
03	Yarmilat chavez NOCO	4205169	<i>[Signature]</i>	
04	Yulixa Flores López	4212185	<i>[Signature]</i>	
05	Mara Alfonso Alvarado	209159	<i>[Signature]</i>	
06	Rimberí Flores Romero	1763536	<i>[Signature]</i>	
07	Rebeca Pida Rodríguez	4213518	<i>[Signature]</i>	
08	Ximena Chapiana Aguilera	4206539	<i>[Signature]</i>	
09	Tatiana Chapiana Aguilera	4214229	<i>[Signature]</i>	
10	Tania González Cortez	5710656	<i>[Signature]</i>	
11	Rommel ESPINOZA lobo	4202840	<i>[Signature]</i>	
12	Yvonne Chapiana H.	420447	<i>[Signature]</i>	
13	Bertha Manuquí	41902818	<i>[Signature]</i>	
14	Mara Chapiana Aguilera	4213495	<i>[Signature]</i>	
15	Sandro Sebastián	4204821	<i>[Signature]</i>	
16	MISNUEL BALCAZAR PIDIO	1767834	<i>[Signature]</i>	
17	ROBIN GONZALEZ H.	4209096	<i>[Signature]</i>	
18	Ximena Chapiana Aguilera	4206539	<i>[Signature]</i>	
19	Emmanuel Cortez Ramirez	4204368	<i>[Signature]</i>	
20	ISRAEL ALMIRA ARZDIEZ		<i>[Signature]</i>	

[Signature]
Prof. Gutenberg Justino C.
DIRECTOR DE NUCLEO



FERIA DE SALUD

MES: MAYO

INT.: Ross Mary Flores Castro



Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	C.I.	FIRMA	TEMA
01	RAQUEL CHUQUI B	4203412	<i>[Signature]</i>	
02	RAILDA CHUQUI B	5710616	<i>[Signature]</i>	
03	Yusela Andrea Rodriguez	10793337	<i>[Signature]</i>	
04	Eleua Heredia	1698688	<i>[Signature]</i>	
05	Yasmir Chuqui B.	5707365	<i>[Signature]</i>	
06	Marta Rodriguez		<i>[Signature]</i>	
07	Esmir Sirigua Gonzaga	5700979	<i>[Signature]</i>	
08	Clalder Rao Colarzo	56000720	<i>[Signature]</i>	
09	José Abraham Cruz U.		<i>[Signature]</i>	
10	Alexandra Salas Cruz	7657354	<i>[Signature]</i>	
11	Masmine Cruz Heredia	7611737	<i>[Signature]</i>	
12	Raquel Antezana Rengel	5627845	<i>[Signature]</i>	
13	Patricia Antezana Rengel	7605742	<i>[Signature]</i>	
14	Juan Cipriano Huamiri	4202874	<i>[Signature]</i>	
15	Sandra Chapiana H		<i>[Signature]</i>	
16	Martine Lopez T.	3741020	<i>[Signature]</i>	
17	Julio Cesar Alvarez Rodriguez	4212308	<i>[Signature]</i>	
18	Alex José Sirigua Rengel	9271786	<i>[Signature]</i>	
19	Wes Davis Herchamora Peña		<i>[Signature]</i>	
20	Fátima Chapiana Peña		<i>[Signature]</i>	

[Signature]
 Prof. Gutenberg Justino C.
 DIRECTOR DE NÚCLEO

FERIA DE SALUD

MES: Mayo

INT.: ROSS Mery Flores Castro

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	C.I.	FIRMA	TEMA
01	Cardina Limachi Apaza	4876047	<i>[Signature]</i>	
02	Erica Antezana Rengel	4201135	<i>[Signature]</i>	
03	RAQUEL CHUQUI B.	4203412	<i>[Signature]</i>	
04	Yasmir Chuqui B.	5307365	<i>[Signature]</i>	
05	Yesica Salinas Yanamo	450815	<i>[Signature]</i>	
06	Janeth Guarva Guayao	5613174	<i>[Signature]</i>	
07	NELY FRAJAZ MERCADO	1768981	<i>[Signature]</i>	
08	Dora Celia Macagua T	5700770	<i>[Signature]</i>	
09	Claida Raa Colarza	560007280	<i>[Signature]</i>	
10	Esmeralda Rivas Caldera	1751416	<i>[Signature]</i>	
11	Yanina Srigua Rengel	4211285	<i>[Signature]</i>	
12	Mirza Srigua Cachiqui	1769932	<i>[Signature]</i>	
13	Edith Esquivel Enao	1765486	<i>[Signature]</i>	
14	Ameluz Vera Yanamo	4215118	<i>[Signature]</i>	
15	Delmi Peña moloso	4870401	<i>[Signature]</i>	
16				
17				
18				
19				
20				

[Signature]
Prof. Gutemberg Justiniano C.
DIRECTOR DE NUCLEO

