

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL



“CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN MARTÍN DE SOCABAYA, AREQUIPA-2016”

Presentada por la Bachiller:
GLENDA MARIA EUGENIA PAZ CANO
Para optar el Título Profesional de
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

AREQUIPA – PERÚ
2016

DEDICATORIAS

A DIOS:

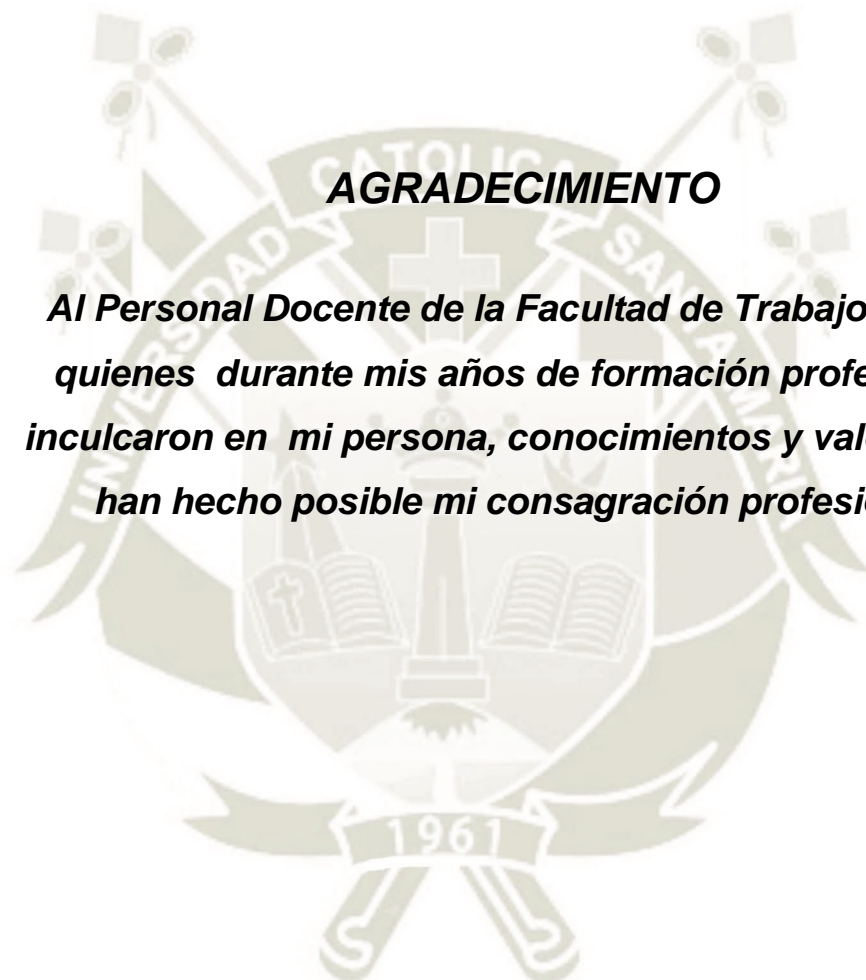
***Por darme la vida,
por darme un corazón fuerte para amar; y,
permitirme ser una profesional.***

***A mis queridos padres: FREDDY y EDITH,
Con profundo agradecimiento y amor,
por su comprensión y apoyo constante,
para alcanzar mis anhelos profesionales.***

***A mi hijo: GUSTAVO,
Con todo mi amor,
por ser la razón de mi existencia,
y el impulso que me llevó,
a concluir con esta meta.***

AGRADECIMIENTO

*Al Personal Docente de la Facultad de Trabajo Social,
quienes durante mis años de formación profesional,
inculcaron en mi persona, conocimientos y valores que
han hecho posible mi consagración profesional.*



INDICE

INTRODUCCION

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

I. PLANTEAMIENTO TEORICO.

1. Tema o Problema	1
1.1 Enunciado	1
1.2 Descripción	1
1.3 Campo y Area	2
1.4 Tipo de Investigación	2
1.5 Análisis de Variables	2
1.6 Características Socio-económicas de las Madres Adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Socabaya	2
1.7 Interrogantes Básicas	4
1.8 Justificación	4
2. Objetivos de la Investigación	5
3. Conceptos Básicos	5
4. Hipótesis	7
5. Antecedentes Investigativos	7

II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL 7

1. Técnicas e Instrumentos	7
----------------------------	---

1.1 Técnicas	7
1.2 Instrumentos	8
2. Campo de Verificación	8
2.1 Ámbito Geográfico	8
2.2 Unidad de Estudio	8
2.3 Universo y/o Muestra	8
2.4 Temporalidad	8
2.5 Estrategia de recolección de Datos	8
2.6 Recursos	9
2.6.1 Humanos	9
2.6.2 Materiales	9
2.6.3 Institucionales	9
2.6.4 Financieros	9
2.7 Cronograma	9
3. Marco Teórico	10
3.1 Crisis Económica y Social	10
3.2 Pobreza	12
3.2.1 Concepto	12
3.2.2 Tipos de Pobreza	12
4. Ministerio de Salud	13
4.1 Fines	13
4.2 Objetivos	13
4.3 Lineamientos de Política de Salud	14
4.4 Políticas de Salud	14
5. Salud	15
5.1 Funciones de la Salud Colectiva	15
5.2 Función de la Salud Preventiva	16
5.3 La Salud como un Derecho	16
6. Niveles de Vida	17
6.1 Concepto	17
6.2 Indicadores de los Niveles de Vida	18
7. Características Generales del Centro de Salud San Martín de Socabaya	20

7.1 Reseña Histórica	20
7.2 Localización	22
7.3 Límites	22
7.4 Ambito de Atención	22
7.5 Servicios que brinda el Establecimiento de Salud	23
7.5.1 Servicios Asistenciales	23
7.5.2 Servicios Asistenciales Intermedios	24
7.6 Recursos con que cuenta el Establecimiento	24
8. Visión y Misión	25
9. Objetivos Generales y Específicos	26
9.1 Objetivo General	26
9.2 Objetivos Específicos	26
10. Organigrama	27
11. Participación	27
11.1 Tipos de Participación	28
11.2 Formas de Participación	29
12. Capacitación	30
13. La Familia y su Estructura	31
13.1 Definición de Familia	31
13.2 Dinámica Familiar	31
13.3 Estructura Familiar	32
13.4 Tipos de Familia	32
13.5 Funciones de la Familia	32
14. Adolescencia	33
14.1 Etapas de la Adolescencia	34
14.2 Embarazo en la Adolescencia	35
14.3 Consecuencias del Embarazo en la Adolescencia	37
15. Trabajo Social en el Sector Salud	38
15.1 Antecedentes del Trabajo Social en el Sector Salud	38
15.2 Objetivos del Trabajo Social	38
15.3 Función del Trabajo Social en Salud	39
16. Salud Comunitaria y Trabajo Social	40
17. Trabajo Social en la Promoción de la Mujer	41

18. El Trabajo Social de Grupo	42
18.1 Factores Internos y Externos que influyen en la Constitución de Grupos	42
18.2 Objetivos	43
18.3 Tipos de Grupo	43
18.4 Etapas del Proceso de Grupo	44

CAPITULO II

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Proceso de Recolección de Datos	46
2. Diagnóstico	75
3. Diagnóstico Social	76
4. Pronóstico	81
5. Potencialidades	81
6. Limitaciones	82
7. Problema Objeto de Intervención	82

CAPITULO III

ALTERNATIVA DE ACCION

1. Programa	83
1.1 Identificación	83
1.2 Justificación	83
1.3 Objetivos	84
1.4 Proyectos que comprende:	85
Proyecto N° 1: “Preventivo Promocional”	
Proyecto N° 2: “Capacitación Socio-Familiar para la Salud Integral”	

2. Proyecto N° 1.	85
2.1 Identificación	85
2.2 Fundamentación	85
2.3 Objetivos	86
2.4 Actividades	86
2.5 Técnicas	88
2.6 Recursos	88
2.7 Cronograma	89
2.8 Financiamiento	89
3. Proyecto N° 2.	90
3.1 Justificación	90
3.2 Objetivos	90
3.3 Actividades	91
3.4 Recursos	92
3.5 Técnicas	93
3.6 Presupuesto	93
3.7 Responsable	93
3.8 Cronograma	93

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXO



RESUMEN

El presente trabajo de investigación, titulado:
“CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS DE LAS MADRES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD, SAN
MARTÍN DE SOCABAYA, AREQUIPA- 2016”.

Siendo los objetivos planteados los siguientes:

- ¿Cuáles son las características sociales que presentan las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya?
- ¿Cuáles son las características económicas que presentan las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya?

- ¿Qué problemas evidencian con mayor frecuencia las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya?
- Establecer alternativas de acción profesional frente a esta problemática.

La muestra estuvo conformada por 60 madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa. Las técnicas que se utilizaron para el desarrollo de la investigación, son: entrevistas, observación, instrumento de recojo de datos, el cuestionario.

La hipótesis que la investigación formuló, fue la siguiente:

Teniendo en cuenta que la crisis económica afecta la estabilidad familiar es probable que:

“Las características socio–económicas de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya, presentan niveles de vida similares”.

Los resultados de la presente investigación, nos demuestra que el embarazo en las adolescentes proviene de diferentes causas; como es la falta de una educación sexual; esto debido principalmente, a una carencia familiar y de la falta de información objetiva sobre los métodos anticonceptivos u otros métodos, para evitar el embarazo, también hay que hacer hincapié al crecimiento en el uso de alcohol y droga desde una edad temprana y el libertinaje de las adolescentes.

Con todos los datos obtenidos, se analizó y arribó a un diagnóstico social específico, donde se precisa la problemática que presentan las madres adolescentes.

Asimismo, luego de conocer dicha problemática, se precisó el POI y planteó, una alternativa de intervención profesional.

Por todo esto, es importante e impostergable que los sectores encargados de atender las necesidades de este grupo poblacional, aúnan esfuerzos para concertar, planificar y fortalecer las inversiones e intervenciones en la promoción, prevención, de dicha problemática.

Finalmente, se presenta las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

ABSTRACT

This research, entitled "SOCIO-ECONOMIC CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT MOTHERS ATTENDED IN HEALTH CENTER, SAN MARTIN DE SOCABAYA, AREQUIPA- 2016".

The objectives being the following:

- What are the social characteristics shown teenage mothers attended at the Health Center San Martin de Socabaya?
- What are the economic characteristics presented by the teenage mothers attended at the Health Center San Martin de Socabaya?
- What problems most often show teenage mothers attended at the Health Center San Martin de Socabaya?
- Establish alternative professional action against this problem.

The sample consisted of 60 teenage mothers attended at the Health Center San Martín de Socabaya, Arequipa. The techniques used for the development of research are: interviews, observation, gather instrument data, the questionnaire.

The research hypothesis formulated was:

Given that the economic crisis affects family stability it is likely to:

"The socio-economic characteristics of adolescent mothers attended at the Health Center San Martín de Socabaya, have similar living standards".

The results of this research shows that teen pregnancy comes from different causes; as is the lack of sex education; this mainly due to a relative lack and lack of objective information about contraceptive methods or other methods to prevent pregnancy, you also need to emphasize growth in the use of alcohol and drugs at an early age and debauchery teenage girls.

With all the data collected, we analyzed and reached a specific social diagnosis, where the problems presented adolescent mothers required.

Also, after knowing this problem, it was stated the POI and raised, an alternative professional intervention.

For all this, it is important and urgent that the sectors responsible for addressing the needs of this population group, join forces

to arrange, plan and strengthen investments and interventions in health promotion, prevention of this problem.

Finally, conclusions, recommendations, bibliography and appendices is presented.





INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, ha sido titulado: “Características Socio-Económicas de las Madres Adolescentes Atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa-2016”, respondiendo a la inquietud de la graduando en conocer la problemática que indicó líneas arriba para poder afrontarla profesionalmente.

La intervención profesional, en dicho Centro de Salud, es muy compleja por tener que hacerlo con el componente humano, porque en muchas veces no se cuenta con los recursos necesarios para contribuir en la solución de dicha problemática.

Estamos frente a una situación socio-económica muy difícil de superar para la población de estas zonas urbano-marginales, quienes día a día luchan por la obtención de un ingreso económico que les permita cubrir sus principales necesidades de alimentación, educación, de vivienda, salud, etc., por ello, olvidan muchas veces que tienen que cuidar su salud, no le prestan importancia. En otros

casos, están en situación de desocupados, lo cual hace imposible cubrir la más mínima necesidad.

Por otro lado, el embarazo en adolescentes, hoy en día es un problema de salud pública, no sólo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos, que comprometen el binomio: madre e hijo. Y el desarrollo de la autoestima de la madre adolescente está condicionada por diferentes factores, como la frustración en alcanzar sus logros, la desaprobación social, el soporte familiar, la relación con el padre del menor. etc.

Por ello, la intervención del Trabajo Social en los Programas de Salud, es importante para buscar la prevención de enfermedades en la población.

El trabajo comprende tres capítulos: El primer capítulo, presenta el Planteamiento Teórico y Operacional de la Investigación sobre las Características Socio-Económicas de las Madres Adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya-Arequipa y todo el marco teórico que nos permite conocer e interpretar dicha problemática.

El segundo capítulo, se refiere a la tabulación y el tratamiento estadístico e interpretación de los diferentes datos obtenidos, lo que nos lleva a Identificar los Problemas, realizar el Diagnóstico Social, Selección del POI; y finalmente, presentar Alternativas de Acción Profesional.

En el último capítulo, presentamos toda una alternativa de acción, teniendo en cuenta el Problema Objeto de Intervención seleccionado del Diagnóstico y se presenta un programa y dos proyectos, que podrían de alguna forma enfrentar dicha problemática.

Finalmente, se adjunta las conclusiones, recomendaciones, que señalan los resultados de la investigación, bibliografía y anexos respectivos.

Este trabajo, ha sido posible realizarlo, gracias a la colaboración de todo el personal del Centro de Salud y de la población, y que puede servir de base para futuras intervenciones.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1. TEMA O PROBLEMA.

1.1 Enunciado.

Características socio-económicas de las madres adolescentes, atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa-2016.

1.2 Descripción.

Como resultado de la práctica realizada, como Alumna Practicante, se pudo conocer que existen problemas socio-económicos en las madres adolescentes que recurren al Centro de Salud para ser atendidas.

No existe una investigación en este aspecto, es por esto, que es de imperiosa necesidad la realización de este

trabajo, el mismo que beneficiará, tanto a la institución, como a la autora del presente trabajo.

1.3 Campo y Área.

Este proyecto de Investigación, está enfocado en el campo de las Ciencias Sociales:

- ✓ En el área de Trabajo Social.
- ✓ En la línea de la salud de las Madres adolescentes.

1.4 Tipo de Investigación.

El tipo de investigación es descriptiva, y por su ámbito, es de campo.

1.5 Análisis de Variables.

Para la presente investigación se trabajará con la Variable Única.

1.6 Características Socio-Económicas de las Madres Adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya.

Y sus indicadores son:

CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES:

Variable	Indicadores	Sub-Indicadores
Situación socio-económica de las madres adolescentes atendidos en el Centro de Salud San Martín de Socabaya.	a. Grado de instrucción.	de
	b. Estado Civil.	
	c. Migración.	Lugar de Procedencia.
	d. Estructura Familiar.	Número de hijos.
	e. Alimentación.	Nivel de consumo.
	f. Salud.	Enfermedades frecuentes.
	g. Vivienda.	Tenencia. Estado de construcción. Habitaciones.
	h. Económicos.	Ingresos económicos. Ocupación.
	i. Familia	Carga familiar. Situación de la familia. Relaciones familiares.

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES

- ✓ Grado de Instrucción.

- ✓ Condición de salud.
- ✓ Actitud ante el embarazo.
- ✓ Perspectiva de vida.

1.7 Interrogantes Básicas.

- ¿Cuáles son las características sociales que presentan las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya?
- ¿Cuáles son las características económicas que presentan las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya?
- ¿Qué problemas evidencian con mayor frecuencia las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya?
- ¿Qué alternativa plantea el Trabajo Social?

1.8 Justificación.

Esta investigación beneficiará a la institución, ya que permitirá la implementación de políticas de prevención de embarazos de adolescentes y la recuperación de los problemas de salud que afecta a las madres; así como programar acciones de Trabajo Social, que se orienten al mejoramiento social de los mismos.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

- Determinar las características sociales que afecta a las madres adolescentes que son atendidas en el Centro de Salud de San Martín de Socabaya.
- Determinar las características económicas que repercuten en las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud de San Martín de Socabaya.
- Identificar problemas que evidencian con mayor frecuencia las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya.
- Plantear alternativas tendientes a mejorar la problemática investigada.

3. CONCEPTOS BÁSICOS.

Situación Socio-Económica.

Son indicadores relativos al consumo y está en relación con la calidad de vida y a su nivel de ingreso económico.

Adolescencia.

La OMS define la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los diez y los diecinueve años.

Familia.

“Es el elemento activo que nunca permanece estático, sino que pasa de una formación anterior a una forma

superior, a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto”.¹

Centro de Salud.

Es una institución que brinda servicios de salud, tanto a nivel preventivo como promocional y de rehabilitación, tendiente a mejorar la calidad de vida de la población.

Salud.

Es el estado de bienestar físico, mental y social, como resultado de mecanismos adaptativos del hombre como ser biológico natural y del complejo de elementos del ambiente social, cultural, que en conjunto se ha dado en llamar niveles de vida.

Nivel de Vida.

Se mide por la relación entre el ingreso de la persona o grupo estudiado y el precio de los bienes y servicios que con dicho ingreso pueden ser adquiridos.

Bienestar Social.

Es el estado que alcanza un individuo al satisfacer sus necesidades de un modo compatible con la dignidad humana.

¹ Albana, Jorge: *“La Familia en la Perspectiva del Año 2000”*. Editorial MAGISTERIO. Lima-Perú. 2000.

Prevención.

La prevención es el gran poder de decidir cuánto y cómo deseas vivir; eligiendo el camino de la prevención puedes anticiparte a muchas enfermedades.

4. HIPÓTESIS.

Teniendo en cuenta que la crisis económica afecta la estabilidad familiar es probable que:

“Las características socio–económicas de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya, presentan niveles de vida similares”.

5. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Al respecto, no existe ningún trabajo presentado sobre este tema.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

1.1 Técnicas:

Las técnicas a utilizar serán: la entrevista estructurada y la investigación documental.

1.2 Instrumentos:

- Encuesta.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1 Ámbito Geográfico.

La presente investigación será ejecutada en el Centro de Salud San Martín de Socabaya de la Ciudad de Arequipa.

2.2 Unidad de Estudio.

La investigación en referencia, se realizará con madres adolescentes que son atendidas en el Centro de Salud.

2.3 Universo y/o Muestra.

Se ha considerado la totalidad de madres adolescentes en un periodo de dos meses.

2.4 Temporalidad.

La investigación se realizó el año 2015.

2.5 Estrategia de Recolección de Datos.

La ejecución de la investigación, supone reuniones de coordinación internas y externas.

- Coordinación con el Jefe de Servicio.
- Coordinación con la Asistente Social Jefa.

2.6 Recursos.

2.6.1 Humanos.

- Médico Jefe de División.
- Asistente Social Jefa de Unidad.
- Técnicos de Enfermería.
- Graduando.
- Equipo Multidisciplinario

2.6.2 Materiales.

- Materiales de Estudio.
- Computadoras.
- Otros.

2.6.3 Institucionales.

- El Centro de Salud San Martín de Socabaya.
- Universidad Católica Santa María.

2.6.4 Financieros.

Los gastos que ocasionará la presente investigación son solventados en su totalidad por la graduando.

2.7 Cronograma.

Se realizó la presente investigación, de agosto a diciembre, con las siguientes acciones:

TIEMPO ACTIVIDADES	2015				
	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Identificación del tema	X				
Elaboración del proyecto	X	X			
Aprobación del proyecto		X			
Recolección de datos			X	X	
Interpretación y análisis					X
Informe final					X

3. MARCO TEÓRICO.

3.1 CRISIS ECONÓMICA Y SOCIAL

Actualmente nuestro país atraviesa por una crisis integral en lo social, económico cultural, político y moral.

Situación que afecta con mayor incidencia la supervivencia popular, a las madres adolescentes, ya que hay deterioro en su calidad de vida manifestándose en desempleo, bajos ingresos económicos, desnutrición, hambre, enfermedades, pobreza, etc.

Se le define como: "El estado de deterioro global de los niveles económicos sociales de una determinada

población, también son los trastornos en la vida económica que a su vez ocasionan elevados índices de desocupación, o niveles ocupacionales bajos, no acordes a la calificación de la mano de obra”².

El problema en el Perú, es básicamente la desigualdad social y la pobreza absoluta en que vive una porción importante de la población, como resultado del ingreso promedio bajo, que afecta necesariamente al bienestar de la familia popular.

“El término pobreza crítica, engloba a aquellas personas que no ganan lo suficiente para satisfacer la canasta de necesidades básicas, es decir, alimentos más los servicios elementales que permitan una vida decorosa”³.

La gran parte de la población para lograr un ingreso, pone en peligro la unidad familiar, ya que en busca de un soporte económico, la familia se ha visto obligada a enrolar a todos sus miembros, cónyuge e hijos, al desempeño de actividades ocupacionales que le generen ingresos.

² RUBIO, Fataccioli: *“Problemática del Perú: Crisis Económica”*. Editorial NUEVO MUNDO. Lima-Perú. 2000.

³ OB. CIT.

3.2 POBREZA.

3.2.1 Concepto.

“Es el estado de carencia o falta de lo necesario para satisfacer las exigencias de vivir con relación a la línea de pobreza. Su magnitud se mide por el acceso a la canasta familiar compuesta por bienes y servicios”⁴

3.2.2 Tipos de Pobreza

A. Absoluta.

Se refiere a algún nivel absoluto de necesidad mínima, que la sociedad determina como aceptable de acuerdo a su nivel de desarrollo.

B. Relativa.

Se refiere al retraso con respecto a la mayoría del resto de la comunidad.

C. Extrema.

Se refiere a las personas cuyos ingresos ni siquiera le permiten acceder a una canasta de

⁴ Maguiña. Alejandro y Manrique, Manuel. “Pobreza Urbana y Políticas de Vivienda”. Acción Crítica N° 12. CELATS. Lima-Perú. 2005.

alimentos que procura requerimientos mínimos nutricionales.

4. MINISTERIO DE SALUD

Se promueve la protección de la salud mediante acciones conjuntas entre todos los profesionales de salud y en relación directa con la comunidad a fin de preservar una vida sana protegida de todo aquello que la pueda dañar tales como epidemias y otros.

4.1 Fines.

La atención integral de la salud en un marco de respeto de los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad.”⁵

4.2 Objetivo.

Mejorar y mantener las condiciones de salud de la población en especial de los más excluidos y vulnerables a través de la prevención de una atención integral continua y de la calidad adecuada de sus necesidades de salud, previniendo riesgos, promoviendo factores de protección, el autocuidado y el reconocimiento de sus derechos y deberes en salud.”⁶

⁵ Ministerio de Salud. *“Lineamientos de Políticas de Salud. PROMODEH. Lima-Perú. 2010.*

⁶ IDEM.

4.3 Lineamientos de Política de Salud.

- a. Garantizar el acceso universal a los Servicios de Salud Pública y Atención Individual, priorizando los sectores más pobres y vulnerables.
- b. Modernizar el Sector Salud: Incorporar al sector a la revolución científica-tecnológica y renovar los enfoques en salud.
- c. Reestructurar el sector en función de una mayor accesibilidad, competitividad y calidad en la atención de la salud.
- d. Prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud.
- e. Promover condiciones y estilo de vida saludables.

4.4 Políticas de Salud.

La Constitución Política del Perú, consagra en su Artículo No. 72, que todos los peruanos tienen derecho a la protección de nuestra salud, de nuestro medio familiar y de nuestra comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.

En lo que respecta a lo social comunitario, se promueve la salud mediante acciones conjuntas en donde participan todos los profesionales del Centro y los miembros de la comunidad, a fin de preservar una vida sana.

Siendo indispensable y comprometida la participación de la comunidad a través de los Comités Locales ya que con la emisión del Decreto Supremo No 01-94-SA mediante el cual se crea el Programa de Administración Compartida-PAC y busca la modernización del sector salud para lograr que los servicios de salud, sea uno de los más oportunos y eficaces al servicio de toda la sociedad.

5. SALUD.

“La salud es el completo estado de bienestar psicosocial que tiene derecho todo ser humano sin distinción de raza, nacionalidad y situación económica. La salud es el estado de equilibrio dinámico que se aplica a un individuo como a una población”.⁷

”La salud completa no existe”. Existe esto sí, la posibilidad de gozar “un alto grado de salud” que impulsa a mirar la vida con alegría y ofrece vida para luchar, la pérdida de este estado, amarga el sentido vital y entorpece la actividad diaria.

5.1 Funciones de la Salud Colectiva.

Son todas las acciones sanitarias para asegurar niveles óptimos de salud de la población, busca cumplir

⁷ *Kisnerman, Natalio. "Salud Pública y Trabajo Social. Ed. HUMANITAS. 2da. Edición. Buenos Aires-Argentina. 2002.*

funciones básicas: promoción, prevención, recuperación, rehabilitación.

5.2 Función de la Salud Preventiva.

Se define como: “Conjunto de actividades y medidas anticipadas a la enfermedad y sus riesgos, actuando sobre el ambiente y los individuos”.⁸

5.3 La Salud como un Derecho.

Derechos sociales está en relación al trabajo, la educación, la vivienda, la alimentación, la salud.

La insatisfacción del nivel de salud, es un importante factor negativo y del desarrollo económico, político, social y cultural nacional, puesto que en gran medida lo condiciona.

El rápido crecimiento de la población y la migración interna agudiza el desequilibrio existente entre recursos y necesidades de salud.

El Estado para solucionar el problema del sector salud en nuestro país, ha elaborado un plan de salud, destinado a elevar el nivel de vida del individuo y la colectividad

⁸ OB. CIT.

en este aspecto, ya que la salud a la vez que es componente de bienestar es condición indispensable de facilitar el desarrollo económico y social

Es así que el concepto de salud, no sólo es la eliminación de las enfermedades, sino la creación de condiciones propias para el mejoramiento de la dimensión bio-psíquica del individuo, implica asimismo, el planeamiento integral de campañas de saneamiento ambiental y educación para la salud.

El gobierno ha delineado su política en los siguientes términos:

- a. La cobertura de los servicios de salud, priorizando los sectores más pobres y vulnerables.
- b. Modernizar el Sector Salud: Incorporar al sector a la revolución científica– tecnológica.
- c. Orientar la asistencia social.
- d. Promover condiciones y estilos de vida saludables.

6. NIVELES DE VIDA.

6.1 Concepto.

“Es la facultad de poseer, de usar y de disfrutar de cierto número de bienes. Se mide por las relaciones entre el

ingreso de la persona o del grupo estudiado, el precio de los bienes y servicios que con dicho ingreso pueden adquirirlos”⁹.

6.2 Indicadores de los Niveles de Vida.

a. Salud.

La salud es el elemento más importante para el desarrollo social integral, y esto se logra mediante el esfuerzo individual y colectivo permanente siendo un derecho inalienable de las personas.

La salud de cada individuo es inseparable de las condiciones y calidad de vida resultantes del proceso del desarrollo social, cultural, histórico específico de cada comunidad”.¹⁰

b. Vivienda.

Desde el punto de vista social el aspecto habitacional es muy importante para la supervivencia del hombre.

El poseer una vivienda origina tranquilidad, seguridad, intimidad, protección del ambiente físico y social, independencia, etc.

⁹ AMAT Y LEÓN, Carlos: “Niveles de Vida, Grupos Sociales en el Perú”. Centro de Investigación. Universidad del Pacífico. Lima-Perú. 2000.

¹⁰ OB. CIT.

c. Trabajo.

Según Paul Samuelson, el trabajo se define como: “Una actividad consciente y lícita realizada con el fin de obtener bienes para la satisfacción de las necesidades”¹¹.

Toda persona debe contar con una ocupación en la actividad económica que les permita ejercer sus capacidades personales y obtener los ingresos necesarios para financiar el bienestar de sus familias.

d. Alimentación.

La alimentación es una necesidad primaria ya que alimentarse constituye un requisito esencial para sobrevivir. Por ello la eficacia de un sistema económico social está en relación directa con el grado de cumplimiento de estas necesidades.

e. Educación.

Amat y León, nos dice “que mediante la educación, las personas deberán desarrollar sus capacidades, para indagar y discernir, descubrir y explicar la realidad que rodea su existencia”.¹²

La educación es un hecho social es una necesidad tanto para la vida del individuo como para la vida de la sociedad.

¹¹ OB. CIT.

¹² OB. CIT.

La educación es la clave principal para el mejoramiento de la salubridad y nutrición del país.

f. Bienestar Social

“Es el estado que alcanza y experimenta un individuo al satisfacer sus necesidades en un modo compatible con la dignidad humana”.¹³

“El Bienestar Social debe considerarse como una serie de objetivos, de natural dinámica que persigue a través de leyes, programas, servicios y organizaciones que buscan la solución de necesidades sociales y el fortalecimiento de las estructuras sociales básicas “. ¹⁴

7. CARACTERISTICAS GENERALES DEL CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA

7.1 Reseña Histórica

En Julio de 1961, fue creada la posta San Martín de Socabaya, por gestión del entonces presidente de AUPA Sr. Víctor Neyra Zamudio y también de la Asociación Urbanizadora San Martín de Socabaya, consiguiendo además una pequeña partida de 30,000 nuevos soles, estando como Director en el Ministerio de Salud el Dr. Walson Cisneros y en el segundo período del gobierno del Dr. Manuel Prado.

¹³ Campos, Carlos. "Desarrollo y Bienestar" Editorial OFFCET. Buenos Aires-Argentina. 2005.

¹⁴ IDEM.

El Centro de Salud empieza a prestar sus servicios el 9 de agosto de 1961, cuyo primer director de la Institución fue el Dr. Melitón Salas Tejada y su ayudante enfermero Angel Valdivia, en una barraca habilitada de calamina, unos sillares por asiento y un primus como esterilizador. Así funcionó durante un año el establecimiento de salud. Posteriormente pasó a la casa del señor Bernardino Ortega, donde ya se mejoró en cuanto a las habitaciones.

El 17 de noviembre de 1963, se inauguró el primer departamento compuesto por cinco ambientes, sala de espera, consultorio médico, tóxico, inyectables y botiquín.

El 27 de mayo de 1971, la Posta pasa a ser Centro de Salud según MEM 1055/71 del Area Hospitalaria N°2.

El 2 de junio de 1971, fue firmado por el Dr. Jorge Chengueyen; el 23 de Junio de 1986, se firmó la interacción funcional en el convenio realizado por el Instituto Peruano de Seguridad Social, Ministerio de Salud y la Comunidad.

La MICRORED Socabaya, actualmente está compuesta por 6 establecimientos de salud que son:

- ✓ Centro de salud San Martín de Socabaya.
- ✓ El Centro de Salud 4 de Octubre.
- ✓ Puesto de Salud Lara.
- ✓ Puesto de Salud San Fernando.
- ✓ Puesto de Salud Salaverry.
- ✓ Puesto de Salud Ciudad Mi Trabajo.

7.2 Localización.

El Establecimiento de Salud, se encuentra ubicado en la Av. Socabaya N° 300, San Martín de Socabaya.

7.3 Límites.

Norte: José Luis Bustamante y Rivero;

Este: Cerro Salaverry;

Oeste: Golf Club; y,

Sur: Socabaya.

7.4 Ámbito de Atención.

El Establecimiento de Salud, tiene como ámbito de atención una población de 62,000 habitantes distribuidos para la atención en dos Centros y cuatro Puestos de Salud así también está por implementarse una Posta Médica en el lugar denominado la Mansión.

7.5 Servicio que brinda el Establecimiento de Salud.

7.5.1 Servicios Asistenciales.

A. Intramurales.

- Medicina General.
- Medicina Especializada (Ginecología y Neumología).
- Odontología.
- Obstetricia.
- Servicio Social.
- Tópico.
- Emergencia.
- Sistema Integrado de Salud (SIS).
- Salud Sanitaria.

B. Extramurales.

- Visitas Domiciliaria.
- Charlas Educativas.
- Campaña de salud Integral.
- Vacunación en Comunidad.
- Supervisión.
- Campañas de Difusión.
- Citas de Seguimientos.

C. Programas.

- Programa de Inmunizaciones.
- Programa de Crecimiento y Desarrollo.
- Programa de Control de Tuberculosis.
- Programa Materno Prenatal.
- Programa de Planificación Familiar.
- Programa Salud Mujer y Desarrollo.
- Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas.
- Programa Control de Enfermedades Diarreicas y Cólera.
- Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual.

7.5.2 Servicios Asistenciales Intermedios.

- Servicio de Farmacia.
- Servicio de Saneamiento Ambiental.

7.6 Recursos con que cuenta el Establecimiento.

- Recursos Humanos.
- Personal Nombrado.
- Personal Contratado.
- Personal SERUM.

8. VISIÓN Y MISIÓN.

A. Visión.

“A mediados de la década del 2010-2020, la salud de todas las personas del país serán la expresión de un sustantivo desarrollo socioeconómico, del fortalecimiento de la democracia, de los derechos y responsabilidades ciudadana basados en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal con mejoramiento de ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y una cultura de solidaridad”.¹⁵

B. Misión.

“El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país, proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales .La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos,. Los trabajadores del Sector Salud, son agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas”.¹⁶

¹⁵ Ministerio de Salud. *“Lineamientos de Política de Salud”*. PROMUDEH. Lima-Perú. 2010.

¹⁶ IDEM.

9. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

9.1 Objetivo General.

La MICRORED San Martín tiene como objetivo general, elevar el nivel de vida de la población bajo su responsabilidad, desarrollando actividades de promoción, protección e investigación de acciones de salud, en coordinación con los Puestos de Salud pertenecientes a la MICRORED.

9.2 Objetivos Específicos.

- Lograr que las personas adquieran capacidades y desarrollen actitudes, para su desarrollo físico, mental y social para desarrollar una cultura de salud basada en la familia como unidad básica de salud y para que desarrollen un entorno ambiental saludable en su comunidad.
- Lograr que todos los niños reciban lactancia materna exclusiva, lactancia nutritiva y adecuada nutrición infantil.
- Reducir significativamente la mortalidad causada por enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Reducir significativamente la morbilidad y maternidad materno infantil.
- Reducir significativamente la prevalencia de desnutrición infantil.
- Reducir significativamente las causas y la ocurrencia de las enfermedades crónicas y degenerativas.

- Optimizar el acceso de la población de pobreza y extrema pobreza al seguro integral de salud (SIS) con énfasis en el plan A y B.

10. ORGANIGRAMA.

Ver hoja en anexo.

11. PARTICIPACIÓN

VIROUX, define la participación de la siguiente manera:

“Es el acto de formar parte en algo de cooperar, en cuanto se trata de una acción que hay que hacer o una operación que ha de ser producida. La participación como estado o situación enuncia la pertenencia y hecho de tener parte en la existencia de un grupo, de una asociación”.¹⁷

También es definido como:

“La influencia sobre el proceso de toma de las decisiones a todos los niveles de la actividad social y las instituciones sociales”.¹⁸

¹⁷ Viroux. Alain. “*Léxico de Sociología*”. Ed. HUMANITAS. Buenos Aires-Argentina. 2000.

¹⁸ IDEM

La participación es un hecho concreto y que no se da en forma aislada, sino como proceso la población tiene que partir de un interés o necesidad común reconocida por ellos, y que incluye la “toma de decisiones” entonces es una participación autentica con responsabilidad personal

11.1 Tipos de Participación.

A. Participación Voluntaria.

Es aquella en que el reclutamiento y participación de sus miembros ocurre por propia voluntad y tiende a la satisfacción de nuevas necesidades.

B. Participación Espontánea.

Es la creación de nuevos grupos como consecuencia de un entusiasmo pasajero que no ofrece muchas ventajas para su trabajo continuo o más o menos largo.

C. Participación Provocada o Condicionada.

Se suscita por agentes exteriores o sea personas extrañas a la comunidad y busca comportamientos considerados como deseables. Puede ser seria o manipulada, generando conformismo.

D. Participación de Hecho.

Cuando el grupo de individuos forman parte de un proceso, sin haberlo escogido, conformándose más bien, al valor social que asigna el medio.

11.2 Formas de Participación.

a. Participación Directa.

Es la respuesta ante una necesidad de la población, moviliza recursos propios, precisa objetivos.

b. Participación Indirecta.

Con orígenes diversos, desarrolladas en marcos normativos y organizativos definidos, siendo más restrictiva.

c. Participación Activa.

Se refiere al esfuerzo conjunto con la finalidad de lograr metas propuestas.

d. Participación Pasiva.

Recepción de beneficios producto de un esfuerzo social, tiene un carácter conformista y receptivo, respecto a un conjunto de ideas y actividades.

La participación real y activa implica definir y analizar las situaciones concretas para proponer alternativas, decidir y viabilizar el logro de los objetivos es la mayor o menor grado de conciencia asumida por el individuo frente a los grupos sociales en los que se integra.

12. CAPACITACION.

Para María León Gallo “La capacitación constituye un elemento importante al interior de las organizaciones. Es una de las razones además de la economía, que ha motivado la participación y la permanencia de las mujeres en las organizaciones, se convierte en una variable constante de los diferentes momentos de la vida de los grupos, relacionados directamente con el giro de producción elegida, es decir, una capacitación reforzada y mejorar los conocimientos básicos que las mujeres poseen al inicio, tejidos, corte y confección, repostería, alfabetización juguetería etc. Y también capacitándose en contenidos sociales según el campo donde se desarrolle la capacitación o las inquietudes de las mujeres”.¹⁹

Según Nestor TAIPE, “Para nosotros la capacitación es un proceso de educación orientado hacia la

¹⁹ León Gallo, María. *“Mujeres y Organizaciones de Generación de Ingresos”*. Ed. TAREA. Lima-Perú. 2003.

solución de los problemas de las poblaciones de base. Además que es un proceso de educación”.²⁰

13. LA FAMILIA Y SU ESTRUCTURA.

13.1 Definición de Familia.

“La familia es el conjunto de personas unidas por vínculos de sangre que viven bajo el mismo techo, con intereses comunes y con derechos y obligaciones entre ellos”²¹.

La familia, “Es el elemento activo que nunca permanece estacionado, sino que pasa de una formación anterior a una forma superior, a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto”²².

13.2 Dinámica Familiar.

“Consiste en el funcionamiento de la familia en término de roles, división del trabajo y tipos de interacción entre ellos”.²³

²⁰ *Taipe, Néstor. "La Capacitación en el Desarrollo Rural". Ed. HORIZONTE. Lima-Perú.*

²¹ *LECLER, Jacques. "La Familia". Editorial EL TIEMPO. Barcelona-España. 1999.*

²² *ALDANA, Jorge. "La Familia en la Perspectiva del Año 2000". Editorial MAGISTERIO. Lima'Perú. 2000.*

²³ *IDEM.*

13.3 Estructura Familiar.

“La estructura familiar esta en relación al número de miembros y tipo de lazo de parentesco existente entre ellos”.²⁴

13.4 Tipos de Familia.

- a) Familia Nuclear.
- b) Familia extensa.
- c) Familia Compuesta.

13.5 Funciones de la Familia.

a. Función Protectora:

La familia es el refugio material y moral de sus miembros, su carencia trae la infelicidad, y la inestabilidad familiar, mediante el calor espiritual y físico que debe respaldar la vida familiar.

b. Función Económica:

Es responsabilidad de ambos cónyuges y eso les permitirá afrontar los gastos propios de la familia

²⁴ *IDEM.*

e) Función Educativa:

El principal deber de los padres es el de educar,

d) Función Social

Exige permanentemente enriquecimiento de las relaciones entre miembros de la familia y también con las instituciones más cercanas de la comunidad (escuela, clubs y otras) para la convivencia pacífica y la ayuda mutua.

e) Función Afectiva.

Comprende las interrelaciones de todos los miembros ofrece ternura, simpatía y amor que no pueden hallar en ninguna otra relación de grupo.

14. ADOLESCENCIA.

“La adolescencia es un período en el cual los niños y niñas dejan la infancia, para comenzar el periodo de cambios que les conducirá a la etapa adulta del ciclo vital y se caracteriza por el ciclo biológico, emocional, mental y social de la personalidad”.²⁵

²⁵ Papalie, Diane. “Psicología del Desarrollo”. 5ta. Edición. Editorial. Madrid-España. 2004.

La palabra adolescencia deriva del verbo latino “adolecere”, que significa “crecer o “lograr la madurez”. La adolescencia es un periodo de crecimiento que comienza en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta.

Su comienzo con un rápido crecimiento fisiológico de madurez de las funciones reproductivas y los órganos sexuales primarios a la vez que aparecen las características sexuales secundarias.

14.1 Etapas de la Adolescencia.

- **Adolescencia Temprana.**

Comprende de 10 a 13 ó 14 en las mujeres y de 12 a 14 ó 15 años en los varones.

Se aprecia preocupación y curiosidad por los rápidos cambios corporales. Comienza el adolescente a perder atención en los padres aumenta su fantasía, no controla sus impulsos se plantea metas irreales

- **Adolescencia Intermedia.**

Corresponde a las edades de 14 a 16 en las mujeres y de 15 a 17 en los varones.

En esta etapa se producen conflictos familiares por su indiferencia y por su rebeldía hay intentos y deseos más claros de emancipación. Se aprecia mayor interés y

participación en actividades sociales la sexualidad es intensa.

Cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, tienen valores propios y conflictos con sus padres, es la edad promedio de inicio de experiencias y actividad sexual, asume conductas omnipotentes, se preocupa por la moda y su apariencia.

- **Adolescencia Avanzada.**

Comprende las edades de 17 a 19 años en las mujeres y de 18 a 21 en los varones.

Los adolescentes de estas edades son biológicamente maduros, habiendo terminado su desarrollo sexual y su crecimiento. Vuelve el interés por los padres y los asuntos familiares. Desarrolla sus propios sistemas de valores sus metas son más reales

14.2 Embarazo en la Adolescencia.

El embarazo en las adolescentes es una de las mayores preocupaciones médicas relacionadas a la conducta sexual de las jóvenes; se ha incrementado notablemente en épocas recientes, como resultado del aumento en la actividad sexual a edades cada vez menores, sin el uso adecuado de medidas anticonceptivas.

Así podemos ver que hay:

Factores causales como:

- ✓ La ignorancia para el uso de métodos anticonceptivos.
- ✓ La actitud sexual cada vez más relajada.
- ✓ La poca capacidad de las adolescentes para percibir las consecuencias de sus actos.
- ✓ La presión de las amigas y el estímulo sexual del medio ambiente.
- ✓ Alteración del medio familiar ya sea por la mala comunicación, indiferencia de los padres, inestabilidad, violencia, abuso físico y sexual, abuso de drogas, embarazo no deseado.

Factores socioculturales:

- ✓ Familias donde la autoridad moral es débil o mal definida con ausencia de figura paterna.
- ✓ La madre en la mayoría de familias de bajo ingreso asume ambos roles.
- ✓ Son pasivas, viven sentimientos de rechazo, abandono y soledad y por lo mismo buscan atención y ayuda.

14.3 Consecuencia del Embarazo en la Adolescencia.

a. En lo Social.

- ✓ Abandono de sus estudios.
- ✓ La soledad.
- ✓ El rechazo social.
- ✓ Dificultad para poder trabajar.
- ✓ Conflictos familiares.
- ✓ Matrimonios forzados de corta duración

b. En lo Psicológico.

- ✓ Dificultades para completar el desarrollo psicosocial normal.
- ✓ Pérdida de autoestima que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de sus padres.
- ✓ Las adolescentes no están motivadas ni capacitadas para ser madres.
- ✓ Afecta el desarrollo emocional, mental y psicológico del hijo.

15. TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD.

15.1 Antecedentes del Trabajo Social en el Sector Salud.

El Trabajo Social fue implementado en salud el año 1918 con carácter filantrópico y se crea la Asociación Americana de Trabajadores hospitalarios, siendo el primer programa de implementación de la acción del Trabajador Social.

Siendo su acción netamente para-médica es decir siendo el nexo entre el paciente y el médico y esto podemos ver que continúa en diferentes centros hospitalarios.

15.2 Objetivos del Trabajo Social.

Entre sus objetivos se encuentran los siguientes:

- Buscar mejorar el nivel de salud, con acciones que permitan desarrollar la capacidad física mental y social de la población con programas específicos de salud.
- Propiciar la participación de los usuarios en las programaciones y ejecuciones con la utilización de métodos y técnicas sociales.
- Aportar al equipo de salud, el estudio socio económico y cultural del paciente que permita comprender las consecuencias de sus enfermedades para propiciar su

eliminación, lograr los objetivos de salud y la plena utilización de los servicios.

- Orientar y capacitar a los pacientes, sus familiares y comunidad en general, para la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de los mismos.
- Contribuir a elevar los niveles de salud de los usuarios mediante el desarrollo de las capacidades y potencialidades para el logro de la promoción social.
- Propiciar la organización de los grupos de base a fin que participen como agentes transformadores.

15.3 Función del Trabajo Social en Salud.

a. Investigación.

Es el estudio y conocimiento de la problemática social y también evaluar los recursos y potencialidades que presenta la comunidad y que les permitirá poder afrontar sus problemas y resolverlos.

b. Planificación Social

Formulación de un plan que involucre programas y proyectos que permitan la participación del usuario orientada a la solución de la problemática de salud.

c. Promocional.

Propiciar que los usuarios sean propulsores del cambio frente al problema de salud para que contribuyan a mejores condiciones de vida a través del proceso de capacitación para lograr la prevención y promoción.

d. Inmediata.

Es el servicio directo, tendientes a solucionar problemas inmediatos, a través de gestoría y utilización de técnicas básicas de la profesión ya sea a nivel individual o familiar en busca del bienestar social.

e. Educación Social.

Promover la comprensión de la problemática social a través de la motivación, capacitación, organización y participación que les permita asumir un rol activo y participativo para resolver sus propios problemas.

16. SALUD COMUNITARIA Y TRABAJO SOCIAL.

“El quehacer profesional parte del conocimiento de las causas-efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva-transformadora que los supere”²⁶.

Para ello, el Trabajador Social, deberá:

²⁶ FINK, Arthur: "Campos de Aplicación del Servicio Social".
Editorial HUMANITAS. Bs. As. 2000.

- a. Conocer científicamente esos problemas.
- b. Determinar cómo los hombres los enfrentan y qué alternativas de solución arbitran.
- c. Capacitarlos para que puedan asumir el papel de sujetos en la acción transformadora de los mismos.

17. TRABAJO SOCIAL EN LA PROMOCIÓN DE LA MUJER.

“La finalidad del desarrollo debe ser el Bienestar Social. El Trabajo Social tiene como objetivo la búsqueda del bienestar social. A su vez se dice que el Bienestar tiene como meta la satisfacción de Necesidades Sociales. Entonces el Desarrollo Social y el trabajo Social se remiten a una forma u otra de problema de las necesidades del hombre sea varón o mujer”.²⁷

El Trabajo Social en la Promoción de la Mujer es el resultado de un proceso de reflexión y busca promover el reconocimiento de la actual situación de discriminación y subordinación de la mujer y busca que sean gestoras de su propio cambio.

El Trabajo Social es la promotora, motivadora, orientadora para contribuir en la Promoción Social.

²⁷ Lima, Boris. “Bienestar y Necesidades Sociales”. Acción Crítica N° 5.CELATS. Lima-Perú. 2000.

18. EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPO.

“Un grupo consiste en dos o más personas que comparten normas con respecto a ciertas cosas y cuyos roles sociales están estrechamente intervenculados”²⁸.

El grupo para el trabajo social es un recurso para el conocimiento y la acción, que nos permite la investigación de su problemática decisiva en la planificación, ejecución y evaluación.

Se crea una dinámica interna que colabore con los miembros del grupo de manera activa, crítica y responsable a través de su propia participación y una dinámica externa que permita relacionarse con otros grupos en movimientos globales de cambio.

18.1 Factores Internos y Externos que influyen en la Constitución de Grupos.

Entre los factores internos podemos citar:

- ✓ Objetivo.
- ✓ Educación y Cultura
- ✓ Inclincaciones, aptitudes y nivel intelectual.
- ✓ Medio ambiente
- ✓ Edad y sexo.

Ubicación dentro del contexto.

Estos son los factores esenciales para lograr la conformación de un grupo, pero es necesario señalar que tanto factores internos como externos, están íntimamente ligados, es decir que no se deben dar por separado, que:

²⁸ MAISONNUEVE, Jean. “La Dinámica de los Grupos”. Editorial Proted. Argentina. 2001.

- El grupo no es una suma de miembros, es una estructura que emerge de la interacción de los individuos y que provoca cambio en ellos.
- La interacción psico-social está en la base de todo grupo.
- La relación que se establece entre los miembros y entre estos determina un movimiento y una fuerza llamada “dinámica” que proyecta al grupo hacia adelante, en este sentido el grupo es un campo de fuerza social.

18.2 OBJETIVOS.

- Restauración de las Relaciones Sociales a un nivel óptimo de funcionamiento.
- Prevención de los problemas relacionados con la interacción social.

18.3 Tipos de Grupo.

- Grupo Primario.
- Grupo Secundario.
- Grupos Naturales o Espontáneos.
- Grupos impuestos.
- Grupos Motivados.
- Grupos Formales – Informales.
- Grupos Homogéneos – Heterogéneos.
- Grupos Abiertos – Cerrados.
- Grupos Organizados – Desorganizados.

18.4 Etapas del Proceso de Grupo.

➤ Etapas de Formación.

En cada etapa de su desarrollo debe plantearse acciones a los intereses, de sus miembros.

Las tareas o acciones tienen que surgir del mismo grupo, no sólo de intereses reales, sino también a los intereses y objetivos de las clases populares.

➤ Etapa de Conflicto:

Nacen los conflictos porque surgen por antagonismo de valores y normas, por los objetivos del grupo y por la diversidad de personalidades de los miembros.

El conflicto toma las siguientes formas:

- De oposición:

Los miembros se convierten en adversarios.

- De competencia:

Afán de sobresalir anulando a otro o de alianza para fortalecer en la oposición.

El Asistente Social ve el conflicto como algo positivo para el grupo y que permita la confrontación de formas de pensar y de concebir la realidad. Además los miembros adquieren auto-conocimiento de sí mismos y experiencia para afrontar problemas de la vida social.

➤ **Etapas de organización**

Se da declinación de la ansiedad, división del trabajo, la aparición de líderes, adquisición de mayor responsabilidad, la identificación con el grupo expresado en “nuestro grupo”.

Progresión del grupo hacia los objetivos, reduciéndose la aceptación y pertenencia, el ajuste entre expectativas y realidad de vida del grupo.

➤ **Etapas de Integración.**

Se manifiesta cuando los diferentes roles se hallan suficientemente ajustados entre sí, el grupo funciona como una unidad productiva, cuando las relaciones interpersonales, son primarias o próximas a hacerlo.

➤ **Etapas de Declinación.**

A pesar del buen nivel de madurez en un momento dado disminuye el interés de los miembros. Los que se orientan hacia otras actividades con lo que comienza una declinación del proceso, se aprecia una mayor inasistencia y menos dedicación al grupo.



CAPITULO II

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

1.- PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Este trabajo de investigación, se realizó en el Centro de Salud San Martín de Socabaya-Arequipa, con madres adolescentes atendidas en dicho Centro.

A continuación, presentamos los Cuadros Estadísticos con sus interpretaciones, dando a conocer de esta manera la situación socio-económica por la que atraviesan las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES DE LAS ADOLESCENTES

CUADRO Nº 1

EDAD DE LOS PADRES

EDAD	F	%
35 a 40 Años	40	67
41 a 46 Años	13	22
47 a más	7	11
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015

INTERPRETACION:

En este cuadro se puede apreciar, que el 67%, de los padres tienen edades que oscilan entre los 35 a 40 años; un 22%, entre las edades de 41 a 46 años; y un 11%, entre los 47 a más años.

Lo que demuestra que se trata de padres jóvenes y que se encuentran en actividad, en aquellas etapas en que sus facultades físicas y mentales están en proceso de óptimo rendimiento; y están en condiciones de asumir su responsabilidad de padres por encontrarse en una edad de madurez, que les permite tomar decisiones y asumir responsabilidades en su vida.

CUADRO Nº 2

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS PADRES

LUGAR	F	%
Arequipa	52	43
Puno	62	52
Otros	6	5
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015

INTERPRETACIÓN:

En forma general, podemos decir, que el 43%, son nacidos en Arequipa; el 52%, en el departamento de Puno; y con el 5%, en otros lugares de la región sur del país.

Como vemos, el mayor porcentaje, son de la ciudad de Puno y en menor escala, de los otros departamentos del sur.

CUADRO Nº 3

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	F	%
Casados	15	25
Convivientes	35	58
Separados	10	17
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015

INTERPRETACION:

En cuanto a la distribución por el estado civil de los padres observamos que el 25%, son casados; el 58%, convivientes; y 17%, separados.

Estos porcentajes nos permiten deducir, que existe cierta inestabilidad familiar y esto también repercute en lo emocional; y en muchos de los casos; se trata de familias desorganizadas, por lo tanto, con un grado de inestabilidad lo que resta obligaciones, por lo que en la mayoría de casos, las madres quedan abandonadas y sin ningún derecho legal.

Cabe señalar, que aunque las leyes tratan de unificar los derechos igualitarios entre casados y convivientes, definitivamente, en el caso de casados, gozan de mayor estabilidad y amparo legal, que la convivencia, pues ésta favorece la posibilidad de la desintegración familiar

CUADRO Nº 4

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES

INSTRUCCIÓN	F	%
Primaria Incompleta	12	10
Primaria Completa	48	40
Secundaria Incompleta	20	17
Secundaria Completa	40	33
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015

INTERPRETACIÓN:

El cuadro nos muestra, que el 10%,; tienen Primaria Incompleta; el 40%,; Primaria Completa; el 17%, Secundaria Incompleta; y Secundaria Completa, el 33%.

En términos generales, vemos que predomina la primaria completa, o sea, una población con un nivel cultural y educativo bajos, seguido por secundaria completa.

Este bajo nivel de instrucción determina, trabajo con insuficiente salario, el mismo que no posibilita atender el conjunto de sus necesidades, esto crea problemas y preocupaciones familiares, Esta situación va a tener consigo conflictos en el hogar que van a repercutir en el ambiente familiar, así como en el ambiente laboral, y sin lugar a dudas, también repercute en el ambiente social.

CUADRO Nº 5

NUMERO DE HIJOS

HIJOS	F	%
1 - 2	20	33
3 - 4	32	53
5 a Más	8	14
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015

INTERPRETACION:

Los datos registrados en el presente cuadro, respecto a la carga familiar, nos permite observar que predomina en estas familias el número de hijos de 3 a 4 con un 53%, seguido por el 33%, que está entre el indicador de 1 a 2 hijos; y con un 14%, tienen 5 hijos a más.

Esto permite afirmar, que la carga familiar es elevada y en relación a los ingresos económica hace que estos hogares sean muy vulnerables, no sólo en salud, sino en todos los aspectos que se requiere para una vida saludable; esto está en íntima relación con los niveles de instrucción y cultura, y que de ello depende la responsabilidad de planificar una familia y asumir la protección moral y material que han de brindar a sus hijos.

CUADRO Nº 6

INGRESO FAMILIAR

INGRESOS	F	%
Menos del SMV	20	33
1 SMV a 2 SMV	40	67
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015

INTERPRETACIÓN:

Los datos del presente cuadro, nos demuestran que el 33%, viven en situación de pobreza en la medida que sus ingresos no alcanzan el equivalente a un sueldo mínimo vital.

La mayoría de familias sus ingresos oscila entre uno y dos sueldos mínimos vitales, esto es, el 67%. Podemos decir, que sus recursos económicos son insuficientes para satisfacer por lo menos las necesidades básicas de sus familias.

Se deduce en general, que la situación económica de estas familias no es buena, siendo esto también un condicionante en su estado de salud, no permitiéndoles tener una alimentación adecuada.

CUADRO Nº 7

OCUPACION LABORAL DE LOS PADRES

OCUPACION	F	%
Obreros	25	21
Independientes	80	67
Amas de Casa	15	12
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015

INTERPRETACION:

De acuerdo a los resultados, observamos que el 21%, de los trabajadores son obreros; el 67%, trabajan como independientes; y el 12%, son amas de casa; esto condicionado en su gran mayoría, por el grado de instrucción.

Podemos mencionar asimismo, que debido a los bajos niveles de empleo, el ingreso familiar es bajo que la pobreza se manifiesta en las actividades ocupacionales de los progenitores y la condición de abandono en que se encuentran los hijos.

CUADRO Nº 8

CONDICION DE LA VIVIENDA

TENENCIA	F	%
Propia	41	68
Alquilada	13	22
Cedida	6	10
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015

CUADRO Nº 9

ESTADO DE CONSTRUCCION

ESTADO	F	%
Construida	26	43
Semi-construida	29	48
Const.Provisional	5	9
TOTAL	60	100

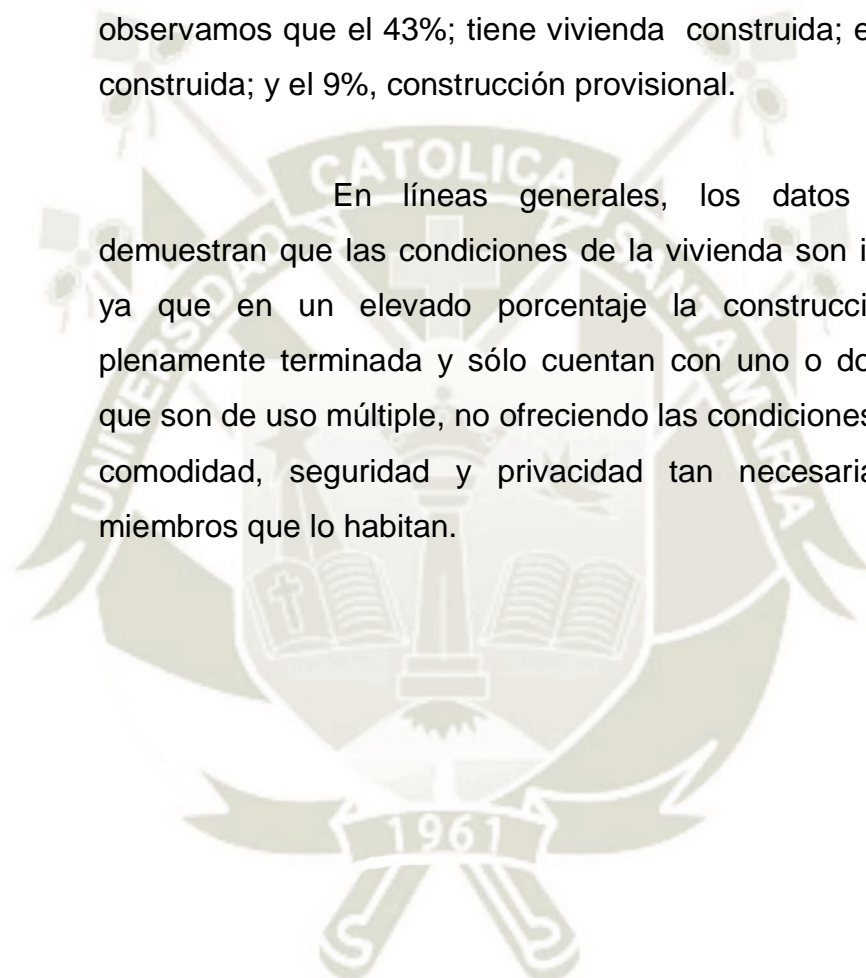
Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015

INTERPRETACION:

Los datos obtenidos nos indican que el 68%, posee casa propia; el 22%, alquilada; y el 10%, es cedida.

Y en cuanto al estado de construcción, observamos que el 43%; tiene vivienda construida; el 48%, semi-construida; y el 9%, construcción provisional.

En líneas generales, los datos estadísticos demuestran que las condiciones de la vivienda son inadecuadas, ya que en un elevado porcentaje la construcción no está plenamente terminada y sólo cuentan con uno o dos ambientes que son de uso múltiple, no ofreciendo las condiciones mínimas de comodidad, seguridad y privacidad tan necesarias para los miembros que lo habitan.



CUADRO Nº 10

SERVICIOS CON QUE CUENTA LA VIVIENDA

SERVICIOS	F	%
Agua, desagüe, luz	50	83
Luz, agua	10	17
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015

INTERPRETACION:

Este cuadro nos muestra, que el 83%, de viviendas cuentan con los servicios básicos, esto es, agua, desagüe y luz; y el 17%, cuenta con agua y luz..

Podemos inferir que, el mayor porcentaje cuenta con los servicios fundamentales, si consideramos que un 68%, posee casa propia, al ser así, por lo menos cuentan con los servicios básicos, a pesar de que algunas viviendas son provisionales y, viven en condiciones inadecuadas, esto es, sin los servicios de agua y desagüe, lo que afecta más su estado de salud.

CUADRO Nº 11

NUMERO DE HABITACIONES

Nº DE HABITACIONES	F	%
1 - 2	45	75
3 - 4	15	25
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015

INTERPRETACIÓN:

El cuadro en referencia nos muestra, que el 75% de viviendas cuentan con 1 a 2 habitaciones; y el 25%, con 3 a 4 habitaciones

El mayor porcentaje es de 1 y 2 habitaciones, es insuficiente, si recordamos que el mayor porcentaje tienen de 3 a 4 hijos, lo que nos hace pensar que estas familias sufren de hacinamiento y promiscuidad, que después repercute directamente en la conducta individual y familiar.

CUADRO Nº 12

RELACIONES FAMILIARES

RELACIONES	F	%
Buena	10	17
Regular	28	47
Mala	22	36
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACIÓN:

La familia en este momento se ve afectada por serios problemas producto de la crisis económica y de condiciones de vida no favorables, donde la armonía, unidad y fraternidad, no cumplen a cabalidad la función que debe cumplir una familia.

Analizando el presente cuadro, tenemos que las relaciones familiares en un 47%, son regulares, lo que nos hace deducir que éstas son deficientes, debido a la falta de diálogo o porque a veces discuten; mientras que el 17%, las relaciones familiares son aparentemente buenas, tal vez, porque su situación económica es más favorable.

Por otro lado, el 36%, las relaciones familiares son malas (incomprensión, riñas constantes, etc.); ahora bien, sumado este porcentaje con las relaciones familiares regulares hacen un total de 83%, de lo cual desprendemos que al interior de estos hogares hay problemas serios.

C U A D R O N° 13

PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA RELACION FAMILIAR

PROBLEMAS	F	%
Violencia Familiar	28	47
Abandono Familiar	20	33
Económicos	12	20
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACIÓN:

Se observa en el presente cuadro, que el 47%, presenta violencia familiar; el 33%, abandono familiar; y el 20%, problemas económicos.

Por lo que podemos notar que hay marcados problemas en los hogares de las adolescentes, cuando la relación de la familia es negativa la repercusión en el comportamiento de los hijos es más grave; lo que genera problemas emocionales y se empuja a buscar alternativas que para ellos son atractivas fuera del hogar.

C U A D R O N° 14

COMUNICACIÓN DE PADRES CON HIJOS

COMUNICACION	F	%
Buena	10	17
Regular	20	33
Mala	30	50
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACION:

El cuadro en mención, nos refiere que el 17%, de las relaciones de padres con sus hijos es buena; el 33%, expresa que es regular; y el 50%, mala.

La falta de comunicación entre padres e hijos, esto es, entre los que expresan regular y mala, 83%, repercute negativamente en su formación, siendo ésta muy importante, ya que ocasiona que cometan actos negativos.

Al hijo, al adolescente en especial, es indispensable la confianza, el respeto y el amor de los padres pues ello les da seguridad y les permite alcanzar una madurez adecuada.

C U A D R O N° 15

ACTITUD FRENTE AL PROBLEMA DE SU HIJA

ACTITUD	F	%
Aceptación	25	21
Rechazo	45	38
Indiferencia	50	41
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACIÓN:

El cuadro N° 15, nos permite observar que el 21%, acepta el problema de su hija; el 38%, rechaza a la hija; y el 41%, se muestra indiferente.

Este tipo de actitudes, se desprende de varios factores que ya hemos referido anteriormente, como son: la pobreza y a los que hay que añadir, el rechazo y la indiferencia de sus progenitores. Lo cual trae consigo, el abandono y falta de apoyo que necesita en esos momentos de trance físico-psicológico que manifiesta la adolescente.

La aceptación, está en relación al comportamiento de los padres de las adolescentes, porque ellos también pasaron por una misma situación.

CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE ADOLESCENTE

C U A D R O N° 16

EDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES

EDAD	F	%
14 a 15 Años	20	33
16 a 17 Años	30	50
18 a 19 Años	10	17
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACIÓN:

Podemos observar que el 33%, corresponden a las edades de 14 a 15 años; el 50%; de 16 a 17 años; y el 17%, de 18 a 19 años.

Deducimos, según los datos estadísticos, que las adolescentes vienen iniciando su actividad sexual a edades muy tempranas sin haber logrado la madurez necesaria, lo cual les origina muchos problemas; y esto también se debe, a la falta de información que reciben del hogar así como de la institución educativa. Es así que se puede afirmar que esto nos demuestra que no miden consecuencias ni riesgos, y asumen la maternidad prematuramente a una edad inadecuada.

CUADRO N°17

MOTIVO DE SU PRIMERA RELACIÓN

MOTIVO	F	%
Por curiosidad	30	50
Por amor a su pareja	12	20
Por violación	18	30
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACION:

El presente cuadro nos muestra que el 50%, es por curiosidad; el 20%, por amor a su pareja; y el 30%, por violación.

Estos datos nos demuestran, que el mayor porcentaje se encuentra en la de ignorancia e irresponsabilidad de las adolescentes, no meditan las consecuencias que puede acarrear tener relaciones prematuramente; a esto también se puede agregar, la falta de valoración de su persona, su falta de autoestima, lo que posteriormente va a redundar negativamente en su vida futura.

C U A D R O N° 18

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE ADOLESCENTE

GRADO	F	%
Secundaria Incompleta	45	75
Secundaria Completa	15	25
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACION:

El cuadro nos indica que el 25%, tienen secundaria completa; y el 75%, secundaria incompleta.

Podemos afirmar que el nivel educativo de las madres adolescentes es muy bajo, ya que se han visto obligadas a abandonar sus estudios por estar embarazadas, lo que complica su vida como persona y también repercute en su familia.

Papel importante es el factor económico, ya que no cuentan con dichos recursos para auto sostenerse y sostener al nuevo ser, de ahí que recurren a la familia siendo en muchos de los casos rechazadas.

CUADRO Nº19

CON QUIEN VIVE LA MADRE ADOLESCENTE

VIVE	F	%
Con su familia	35	58
Con su conviviente	10	17
Con otros familiares	15	25
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACIÓN:

El presente cuadro nos demuestra que el 58%, vive con su familia; el 17%, con su conviviente; y el 25%, con otros familiares, que pueden ser abuelos o tíos.

Vemos que el mayor porcentaje continua viviendo con su familia, lo cual va a generar dependencia socio- económica de los padres, pero también vemos que hay muchas familias desintegradas donde lamentablemente no hay autoridad ni se propicia la comunicación entre padres e hijos, lo que en gran parte, origina el problema de las hijas.

Por esta situación, se ven obligadas a recibir humillaciones y maltrato por parte de sus progenitores; y esto también les ocurre, a las madres adolescentes que se van con sus convivientes.

C U A D R O N° 20

RELACION CON SUS PADRES

RELACION	F	%
Buena	15	25
Regular	25	42
Mala	20	33
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACION:

El cuadro nos expresa que el 25%, manifiestan que son buenas; el 42%, son regulares; y el 33%, malas.

Estos datos nos demuestra que no existe buena relación con sus padres, 75%, considerando regulares y malas, y esto se debe a las esperanzas que tenían en sus hijas que deseaban que sigan estudiando y no se frustren por el embarazo temprano; y lo que es más, no tienen ingresos para poder solventar los gastos que requiere una criatura.

C U A D R O N° 21

REACCION DEL ENAMORADO ANTE EL EMBARAZO

REACCION	F	%
Quería que aborte	30	50
Me abandonó	20	33
Asumió su paternidad	10	17
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACION:

El presente cuadro nos muestra que el 50%, querían que aborte;;el 33%, las abandonaron; y el 17%, aceptaron su paternidad.

Esto nos hace notar, que la conducta sexual irresponsable y no planificada, tiene consecuencias muy negativas; y como consecuencia, se quedan en el abandono y las hacen más vulnerables a problemas personales, familiares y sociales.

C U A D R O N° 22

NUMERO DE EMBARAZOS

NUMERO	F	%
Un embarazo	35	58
Dos embarazos	25	42
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACION:

El cuadro N° 22, nos refiere que el 58%, tuvo un embarazo; y el 42%, un segundo embarazo.

Esto nos demuestra que estas madres adolescentes han quedado embarazadas por la falta de orientación sobre la actividad sexual, trastocando de esta manera su proyecto de vida.

Claro está, que las que tienen un segundo embarazo, ya viven con su pareja o han decidido continuar con la relación a pesar de no vivir con él.

CUADRO Nº23

RECIBIO INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL

INFORMACION	F	%
En el colegio	30	50
De sus padres	10	17
Amigos	20	33
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACION:

Se puede observar que el 50%, manifiesta que en el colegio ha recibido información; el 17%, de sus padres; y el 33%, de sus amigos.

La primera información la reciben en el colegio, pero es necesario intensificar dicha labor para prevenir los embarazos no deseados, y de esta forma ayudar a las adolescentes en este tema, que cada vez se está convirtiendo en un problema social.

Las que indican haber recibido información de amigos, es que éstos no estaban debidamente capacitados para orientarlas, lo cual agudiza el problema sexual-social.

C U A D R O N° 24

CONOCE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

METODOS	F	%
Ritmo	8	13
Preservativo	20	33
Ninguno	32	54
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACION:

El cuadro en mención, nos expresa que 13%, conoce el Método del Ritmo; el 33%, el del preservativo; y el 54%, manifiestan que no conocen ninguno.

Estas cifras nos demuestran, la irresponsabilidad de las adolescentes, que no miden las consecuencias de sus actos, lo cual les trae serios problemas, no sólo a nivel personal sino familiar.

C U A D R O N° 25

ANTECEDENTES DE ABORTO

ANTECEDENTES	F	%
Si	12	20
No	48	80
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACION:

Se puede ver en el cuadro, que un 20%, ya han tendido abortos; y el 80%, no lo han hecho.

Estas situación, es producto de la inmadurez de ambos jóvenes; razón por la cual, no desean tener un hijo y es que saben los conflictos familiares y todos los problemas que va a generar esta situación, por ello se ven obligadas a abandonar los estudios, siendo indispensable que diferentes instituciones se aboquen a la prevención de esta problemática.

C U A D R O N° 26

MOTIVO POR EL QUE ACUDIO AL CENTRO DE SALUD

MOTIVO	F	%
Por mi hijo	35	58
Por mí	25	42
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACION:

Se observa en el presente cuadro, que el 58%, van al Centro de Salud, por su hijo; y el 42%, van por ellas mismas.

Generalmente las enfermedades que se presentan en los hijos, son la diarrea, infecciones respiratorias, desnutrición, entre otras; con tal fin, acuden al médico Pediatra. Y en lo que respecta a la madre, acuden al Centro por problemas de anemia y ginecológicos.

CUADRO Nº 27

QUE PIENSAS HACER EN EL FUTURO

EXPECTATIVAS	F	%
Trabajar	23	.38
Continuar estudios	10	17
No sabe	27	45
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACIÓN:

Vemos en el presente cuadro, que su mayor expectativa esta en trabajar, con un 38%; con un 17%, continuar estudios; y el 45%. no sabe.

Se evidencia que tienen un bajo nivel de aspiraciones y no tienen claro su proyecto de vida, eso es por su edad. Su autoestima es baja, a esto se une su inseguridad, su falta de afecto y la indiferencia de sus padres y la responsabilidad que tienen que asumir a pesar de su corta edad.

C U A D R O N° 28

OPINIÓN SOBRE EL TRABAJADOR SOCIAL

OPINION	F	%
Buena	40	67
Regular	15	25
Mala	5	8
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a Madres Adolescentes atendidas en el C. S. SM de. S -2015.

INTERPRETACIÓN:

Las madres adolescentes entrevistadas, manifiestan que la labor del Trabajador Social en un 67%, es buena; en un 25%, es regular; y el 8%, manifiesta que es mala.

El considerar como buena la labor del Trabajador Social es muy importante, porque se observa que hay una valoración sobre el quehacer de la profesional, porque hay una atención inmediata lo cual repercute positivamente en las madres, sintiéndose éstas contentas y satisfechas, a pesar de las limitaciones que existe en la oficina. Las opiniones de regular o mala sobre la atención que reciben, es que a veces tienen que esperar o no hay la medicina que desean; y también en muchos de los casos, quieren que se les regale o se les ayude con cosas materiales.

2. DIAGNOSTICO.

a. UBICACIÓN.

El Centro de Salud San Martín de Socabaya, se encuentra ubicado en Arequipa, en el distrito de Socabaya y atiende una población de 62,000 pobladores; inicia sus actividades, en Julio del 1961, siendo el director de la Institución, el Dr. Melitón Salas Tejada.

Se cuenta ya con una infraestructura, material, equipo y sobretodo con personal Médico y enfermería, para brindar una atención adecuada y de calidad a la población.

Posteriormente, cuenta con personal profesional: Obstetriz, Odontólogo, Asistente Social, Técnicos en Enfermería, quienes brindan una atención integral.

La MICRORED-Socabaya, actualmente está integrada por seis Establecimientos de Salud, que son los siguientes:

- ✓ Centro de Salud San Martín de Socabaya;
- ✓ Centro de Salud 4 de Octubre;
- ✓ Puesto de Salud Lara;
- ✓ Puesto de Salud San Francisco;
- ✓ Puesto de Salud Salaverry; y,
- ✓ Puesto de Salud Ciudad Mi Trabajo.

Estos Centros fomentan el desarrollo humano, sustentado en la mejora de las capacidades humanas y propone acciones de bienestar y seguridad, especialmente para la población

vulnerable, (niños, mujeres, adulto mayor y personas con discapacidad).

3.- DIAGNOSTICO SOCIAL.

El Centro de Salud San Martín de Socabaya, es una institución dedicada a la atención integral de la salud, tanto a nivel individual, familiar y comunal, con programas preventivos promocionales de recuperación y rehabilitación; se encuentra ubicado, en el Departamento y Provincia de Arequipa con más de veinte años de labor institucional.

A. Identificación de problemas.

- Ingresos económicos de los padres muy limitados.
- Agresiones psicológicas y físicas entre los padres.
- Despreocupación e indiferencia de los padres por la situación de las hijas.
- Niveles de comunicación y confianza entre padres e hijos son muy limitados.
- Desintegración familiar.
- Bajo nivel educativo de los padres.
- Elevada carga familiar. Mal estado de las viviendas y hacinamiento.
- Incumplimiento de roles y funciones de los padres.
- Edad precoz para iniciar su vida como madres.
- Problemas de salud.

- Víctimas de violaciones y son abandonadas.
- Limitada información sobre el embarazo precoz.
- Abandono de los estudios y desorientación de las adolescentes.
- No uso de métodos anticonceptivos.
- Baja autoestima.
- Falta de expectativas de las adolescentes.
- Reducida Infraestructura del Centro de Salud.
- Deficiente coordinación interinstitucional.
- Falta de supervisión y monitores en los programas de salud.
- Insuficiente asignación de recursos económicos para ejecución de programas preventivos promocionales, asimismo reducido número de personal técnico.

B. Descripción de los Problemas.

- **Reducidos Ambientes.**

El Centro de Salud Socabaya, cuenta con una sola planta, su infraestructura es muy reducida debido a la falta de consultorios para la atención médica y de enfermería.

- **Deficiente Coordinación Interinstitucional.**

No hay un trabajo de coordinación interinstitucional, para ver el impacto de los diferentes proyectos, y lo que es más, hay falta de supervisión y monitoreo de dichos programas.

- **Insuficiente asignación de recursos para Programas de Promoción.**

Lo que limita un trabajo de prevención es la falta de recursos necesarios para dar una capacitación a los jóvenes para evitar los problemas de embarazo.

- **Bajos recursos económicos.**

Se ve cada día más afectado por la situación de desempleo de una parte considerable de la población a pesar que hay mucha gente que se encuentran enroladas en actividades ocupacionales diversas, éstas no son suficientes para satisfacer las necesidades básicas de las familias, lo que origina conflictos familiares.

- **Bajo Nivel Educativo**

Este aspecto es muy limitante para lograr una posibilidad de ocupación y esto origina muchos problemas a nivel económicos teniendo en cuenta que la carga familiar en muchos de los casos es elevada.

- **Malas relaciones familiares.**

Esto da lugar a que las adolescentes asuman actitudes negativas, y en muchos casos, se les induce a las relaciones sexuales prematuras, ya que ven en sus hogares agresión psicológica e indiferencia de los padres frente al

problema de sus hijas. Esto también origina la desintegración familiar.

- **Incumplimiento de roles y funciones de los padres.**

Como no existe un ambiente adecuado en el hogar tampoco hay comunicación no existe ningún tipo de afecto en las hijas lo que afecta grandemente en su desarrollo como persona adolescente, repercutiendo negativamente en su vida.

- **Edad precoz para iniciar su vida como madres.**

Se puede afirmar que en los centros educativos les dan información sobre educación sexual pero es insuficiente para cómo prevenir el embarazo

Hay que considerar que en muchos de los casos quedan embarazadas por violaciones o sino son abandonadas por sus enamorados lo que las deja emocionalmente y psicológicamente marcadas para todas sus vidas.

- **Falta de expectativas por parte de las madres adolescentes.**

Sus aspiraciones son muy bajas, pues no saben qué hacer posteriormente ya que han abandonado sus estudios y están desorientadas, no tienen un proyecto de vida, su autoestima es baja, tienen temores y no sienten el afecto

necesario para que puedan ayudarlas a enfrentar su problemática.

C. Priorización de Problemas.

- **Problema Esencial.**

El reducido presupuesto destinado al sector; unido a la crisis socio-económica del país hace denotar que la población pierda cada vez más su capacidad adquisitiva, golpeando más duramente a las clases necesitadas, dando lugar a una problemática compleja de incumplimiento de rol de padres, contribuyendo a problemas de embarazo precoz de las adolescentes.

- **Problemas Fundamentales.**

- ✓ Escaso presupuesto destinado a Programas de Prevención.
- ✓ Los Bajos recursos económicos.
- ✓ Incumplimiento de roles y funciones de los padres.
- ✓ Limitada información sobre métodos para prevenir embarazo precoz.
- ✓ Madres adolescentes con embarazos precoces.
- ✓ Conflictos familiares y escasa comunicación entre ellos.
- ✓ Víctimas de violaciones.

- ✓ Baja autoestima, desorientación y abandono de sus estudios.

- **Problemas Incidentales.**

- ✓ Bajos niveles de Instrucción.
- ✓ Presencia de problemas de salud de la madre y el hijo.
- ✓ Viviendas en regular estado
- ✓ Reducida infraestructura.
- ✓ Elevada carga familiar
- ✓ Escasa coordinación con otros centros de Salud.
- ✓ Insuficiente personal en la Oficina de Servicio Social siendo necesario contar con un personal técnico para el trabajo netamente administrativo.

4. PRONOSTICO.

De continuar con esta situación, aumentarán los casos de madres adolescentes, afectando en su desarrollo personal y psico-social, así como también se convertirá en un problema social más profundo.

5. POTENCIALIDADES.

- La existencia de madres jóvenes
- Equipo Multidisciplinario de Salud
- La Asistente Social
- La Graduando

- La existencia de grupos organizados que realizan actividades de proyección a la comunidad.

6. LIMITACIONES.

- Falta de presupuesto en el Centro de Salud.
- La baja autoestima de las madres adolescentes.
- Indiferencia y falta de recursos de los padres.
- El aspecto cultural y de valores de la sociedad.

7. PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCION.

- La falta de información en la educación sexual y la baja autoestima de las madres adolescentes.
- La actitud de indiferencia de los padres frente al problema de sus hijas.



CAPITULO III

ALTERNATIVA DE ACCION

1. PROGRAMA.

1.1. IDENTIFICACIÓN.

“PROMOCIÓN SOCIAL”

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Este programa, se presenta teniendo en cuenta la incidencia de madres adolescentes que son atendidas en el Centro de Salud San Martín de Socabaya de Arequipa, y que no sólo afecta a la madre sino también a toda la familia; y esto se debe en muchos de los casos, a las condiciones económicas de nuestro país, ya que todo esto influye negativamente en el desarrollo humano y social de la familia,

Las inadecuadas condiciones económicas, se manifiestan en condiciones de salubridad, originadas por los escasos recursos económicos e insuficiente educación sanitaria, presentándose de esta manera problemas de salud no solo en la madre sino también en los hijos, siendo muy necesario un trabajo de prevención de la salud y el embarazo precoz.

1.3 OBJETIVOS.

Objetivo General.

Contribuir a promover acciones comunitarias de promoción y prevención hacia la familia y a la comunidad logrando que participen en la prevención de la salud lo que les permitirá elevar sus niveles de vida propiciando el bienestar.

Objetivos Específicos.

- Brindar la atención de la salud participando en actividades de la madre adolescente así como a su hijo.
- Desarrollar actividades educativo-culturales con el fin de que los padres de familia, logren un conocimiento adecuado y una actitud y comportamiento positivos y responsables en la educación sexual y bienestar de sus hijos.
- Incentivar la participación de los padres de familia para un mayor cumplimiento de sus roles y funciones.

- Impartir información a las adolescentes sobre sexualidad y los embarazos no deseados.

1.4 PROYECTOS QUE COMPRENDE.

PROYECTO Nº 1: “PREVENTIVO PROMOCIONAL”.

PROYECTO Nº 2: “CONSEJERIA DE ADOLESCENTES”

2. PROYECTO Nº 1:

2.1 IDENTIFICACIÓN.

“PREVENTIVO PROMOCIONAL”

2.2 FUNDAMENTACIÓN.

El problema de la salud, es eminentemente recuperativa, dejando de lado las inversiones en medidas preventivas, necesitando hacer un trabajo permanente con los jóvenes, que por su edad no miden las consecuencias de sus actos.

Mediante este proyecto, se capacita a docentes y a padres de familia; es necesario considerar que estos programas, no se dan a corto plazo no tienen respuestas inmediatas, el cambio de conducta, los estilos de vida, sólo se puede alcanzar con un trabajo permanente es decir sostenido.

2.3 OBJETIVOS.

- Contribuir a la promoción y prevención, de madres adolescentes hacia una mejor calidad de vida.
- Dar suficiente conocimientos a los adolescentes, en las áreas bio-psico-sociales, de forma que puedan desarrollarse sana y responsablemente en su vida, por parte de los docentes.
- Propiciar acciones que permitan sensibilizar a las familias sobre la necesidad de una permanente comunicación y afecto con sus hijos
- Proporcionar un comportamiento positivo y responsable en la educación sexual y en el bienestar y desarrollo integral de sus hijos.

2.4 ACTIVIDADES.

- **Motivación.**
 - ✓ Visitas domiciliarias y entrevistas con la población.
 - ✓ Difusión de las actividades a realizar en el Periódico Mural.
 - ✓ Difusión de afiches, láminas, etc.
 - ✓ Distribución de invitaciones a las madres adolescentes que acuden al Centro de Salud y también a la población en general.
- **Coordinación.**
 - ✓ Con el Director del Centro de Salud.
 - ✓ Con el Jefe del Servicio de Promoción de la Salud.

- ✓ Asistente Social.
- ✓ Con el equipo multidisciplinario.
- ✓ Con los ponentes.
- ✓ Con los docentes de las Instituciones Educativas de la zona.
- ✓ Presidentes de Juntas Vecinales.
- ✓ Instituciones de la Jurisdicción.
- **Organización.**
 - ✓ Ubicar el ambiente geográfico de la zona San Martín de Socabaya.
 - ✓ Establecimiento de roles para la sensibilización y lograr una mayor participación
 - ✓ Cronograma de la capacitación en las diferentes zonas de la jurisdicción con los Centros de Salud y Postas Médicas de la Jurisdicción y en las Instituciones educativas.
- **Capacitación.**
 - ✓ La familia y sus funciones.
 - ✓ Relaciones conyugales y relaciones entre hijos.
 - ✓ La importancia de la comunicación.
 - ✓ Rol de los Centros de Salud.
 - ✓ Riesgos del abandono moral y material.
 - ✓ La autoestima.
 - ✓ Problemas sociales: prostitución, alcoholismo, drogadicción.

2.5 TÉCNICAS.

- Entrevistas.
- Visitas Domiciliarias.
- Sondeo de opinión.
- Diagramación y carteles.
- Métodos audiovisuales.
- Codificación y descodificación.
- Lluvia de ideas.
- Diálogo simultáneo.
- Discusión de grupos pequeños.

2.6 RECURSOS.

➤ Humanos.

- Representantes de las organizaciones comunales.
- Madres adolescentes.
- Equipo interdisciplinario.
- Asistente Social.
- Jefe del Servicio de Promoción Social.
- Graduando.

➤ Institucionales.

- Ministerio de Salud.
- Centro de Salud San Martín de Socabaya.
- Universidad Católica Santa María.

➤ **Materiales.**

- Útiles de escritorio.
- Equipo Multimedia.
- Pizarra.

2.7 CRONOGRAMA.

Este proyecto tendrá una duración de cuatro meses.

Tiempo Actividades	Junio				Julio				Agosto				Setiembre			
	Semanas															
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Coordinación	■	■	■													
Motivación				■	■	■	■	■	■	■	■					
Organización				■	■	■	■	■	■	■						
Ejecución					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

2.8 FINANCIAMIENTO.

Los gastos del presente proyecto son asumidos en su totalidad por el Ministerio de Salud y el Centro de Salud San Martín de Socabaya.

3. PROYECTO N° 2:

“CONSEJERIA DE ADOLESCENTES”.

3.1 JUSTIFICACIÓN.

Es necesario que la acción del Trabajo Social este dirigido a la prevención de embarazos no deseados en las estudiantes.

El embarazo en las adolescentes, constituye un problema mundial y esto contribuye a acelerar el crecimiento de la pobreza, por ello existe la deserción escolar, terminando las adolescentes como amas de casa a temprana edad.

El decaimiento progresivo de la familia contribuyen a que las adolescentes se vean absorbidas por el medio social y las exponen a embarazos no deseados y ponen en riesgo su salud.

3.2 OBJETIVOS.

- Lograr un cabal conocimiento para evitar los embarazos no deseados.
- Propiciar un clima familiar más positivo lo que redundará en el bienestar de la familia.
- Establecer un sistema de consejería para orientar a las adolescentes y que sea permanente y con un equipo de profesionales para el logro de los objetivos.

3.3 ACTIVIDADES.

➤ **De Coordinación:**

- Con los Directores de los Centros Educativos de la Jurisdicción.
- Con la Jefatura de Servicio Social.
- Con la Jefatura de Ginecología.
- Con los Ponentes

➤ **De Motivación:**

- Visitas Domiciliarias.
- Elaboración de afiches, láminas motivadoras, etc.
- Periódico Mural.
- Invitaciones al Personal.
- Entrevistas.

➤ **Organización:**

- Conformación de un Comité integrada con los docentes, personal del Centro de Salud y con los estudiantes.
- Participación de los alumnos por aulas a partir del Tercero de Secundaria.
- Adecuación de ambientes para el trabajo a llevarse a cabo en las Instituciones Educativas.
- Preparación de material para cada taller.
- Organizarlos por grupos a los estudiantes.
- Coordinar los días y las horas para las reuniones.
- Distribuir acciones entre los adolescentes.

➤ **De Capacitación:**

- Análisis del problema que se presenta en los adolescentes.
- Las buenas relaciones familiares y la necesidad de la comunicación que debe existir.
- La autoestima.
- Socialización.
- Problemas sociales.
- El embarazo.
- Formas de prevenir la sexualidad, el embarazo y las relaciones sexuales a temprana edad.
- Consecuencias de un embarazo no deseado.
- Proyecto de vida.

3.4 RECURSOS.

➤ **Humanos:**

- Personal del Centro de Salud.
- Profesores de Aula.
- Padres de Familia.
- Alumnos adolescentes.
- Psicólogo.
- Jefa de la Unidad de Ginecología.
- Asistente Social.
- Graduando.
- Expositores: Profesoras especialistas.

➤ **Materiales:**

- Local del Centro de Salud San Martín de Socabaya.
- Institución Educativa.

- Mesas, sillas, pizarra, tizas.
- Cuadernos y lápices.

➤ **Institucionales:**

- Centros Educativos.
- Centro de Salud San Martín de Socabaya.
- Universidad Católica Santa María

3.5 TÉCNICAS.

- Observación Participante.
- Análisis grupal.
- Diálogo simultáneo.

3.6 PRESUPUESTO.

Los gastos que reporta el proyecto es cubierto con fondos del Centro de Salud y de los Centros Educativos

3.6 RESPONSABLE.

Bachiller Glenda María Eugenia Paz Cano.

3.7 CRONOGRAMA.

Este proyecto tendrá una duración de seis meses comprendido entre los meses de Enero a Julio del próximo año.

Tiempo	Enero		Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio													
	Semanas																																			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Coordinación	■	■																																		
Motivación			■	■	■	■	■	■																												
Organización									■	■	■	■																								
Ejecución													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■



CONCLUSIONES

PRIMERA. Las características sociales que presentan las familias de las madres adolescentes, tenemos que el 67% sus edades oscilan entre los 35 a 40 años, siendo personas jóvenes; el 58%, convivientes; y con un 17%, separados; siendo su nivel de instrucción bajo ya que con un 33 % tenemos que han logrado concluir su secundaria y el 40% primaria completa, el 53%, cuenta con 3 a 4 hijos con un ingreso de uno a dos sueldos mínimos vitales; el 67%, con actividades con remuneraciones bajas, repercutiendo en el bienestar de la familia.

SEGUNDA. En cuanto a la vivienda, el 68% tienen vivienda propia; pero el 48%, están en condiciones semi construidas, demostrando que las condiciones de la vivienda son inadecuadas; contando con uno o dos ambientes que son de uso múltiple, no ofreciendo condiciones mínimas de comodidad, seguridad, privacidad, tan necesario para sus miembros.

TERCERA. La investigación nos permitió conocer que el 33 %, son familias desintegradas y que las relaciones familiares en un 47% son regulares y 36% malas, estando también algunos hogares con un 28%, a cargo de las madres por haber sido abandonadas; con un 47%, tenemos que existe violencia familiar creando de esta manera un ambiente desfavorable que perjudica el normal desenvolvimiento de la familia, generando conductas agresivas, sentimientos de soledad, sentimientos de inseguridad, desadaptación, utilización

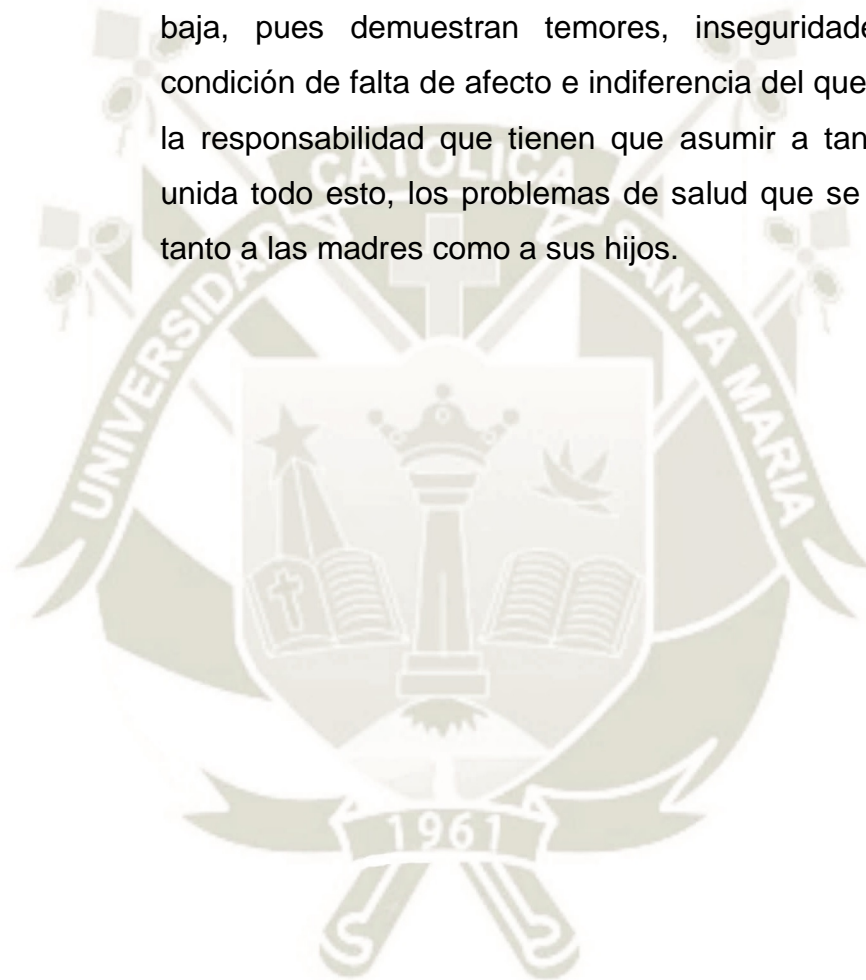
inadecuada de su tiempo libre y uso desmedido de ciertas libertades sin límites.

CUARTA. En cuanto a las características de las madres adolescentes, tenemos que el 50%, sus edades están entre los 16 a 17 años; y con un 33%, de 14 a 15 años, esto nos demuestra que inician la actividad sexual a edades muy tempranas sin haber logrado la madurez necesaria, siendo la curiosidad con un 50% la que las llevó a tal situación y con un 30%, se presenta por violación; y en muchos de los casos, los violadores son intrafamiliares (padre, padrastros, otros parientes o conocidos de la familia). En el nivel educativo, el 75%, abandonan la escuela y el 58%, viven con sus padres y en un 35%, en muchos de los casos las rechazan, o asumen actitudes de indiferencia con un 41%; y esto se debe, a que tenían muchas expectativas en sus hijas.

QUINTA. Otro aspecto a resaltar es que el 50% sus parejas deseaban que aborte; y sólo en un 17% asumen su paternidad; el 58% es su primer embarazo. La conducta irresponsable y no planificada, tiene consecuencias negativas, de ahí un embarazo inesperado y no deseado, se quedan en el abandono y las hacen más vulnerables a problemas personales familiares y sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser menos duraderas y más inestables; se formalizan forzosamente, eternizando el círculo de la pobreza.

SEXTA. La información sobre educación sexual la reciben en el colegio en un 50%, seguido por los padres en un 17%. Esto nos permite afirmar que la familia brinda información muy ambigua sobre la orientación sexual pero si se resalta las sanciones y mensajes prohibitivos, lo cual resulta motivada la

introducción temprana en la actividad sexual, a esto se agrega, el desconocimiento el poco uso de métodos anticonceptivos lo que contribuye a la posibilidad de fecundación; así mismo se agrega, que ya con sus hijos las madres adolescentes no saben qué hacer y esto lo demuestra el 45%, su proyecto de vida queda trunco y su autoestima baja, pues demuestran temores, inseguridades dada su condición de falta de afecto e indiferencia del que son objeto y la responsabilidad que tienen que asumir a tan corta edad, unida todo esto, los problemas de salud que se les presenta tanto a las madres como a sus hijos.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA.** Intensificar la promoción de programas de bienestar social y familiar, orientados a la reivindicación del rol que cumplen los padres al interior de la familia.
- SEGUNDA.** Diseñar y ejecutar proyectos de capacitación tendiente al mejoramiento de la situación personal, grupal y social de las madres adolescentes con el objetivo de promover el desarrollo de la autoestima, valores y potencialidades, que contribuyan a enfrentar y prevenir situaciones adversas.
- TERCERA.** Se debe adiestrar y organizar a las familias, incluidas las madres adolescentes, para que sean capaces de autogenerar mejores ingresos y que a su vez, contribuya a mejorar su calidad de vida y asumir un nuevo proyecto de vida.
- CUARTA.** El Centro de Salud a través de su equipo multidisciplinario, deberá llevar a cabo encuentros familiares, si es que no es Escuela de Padres, a fin de proporcionar la capacitación para éstos en el manejo adecuado, priorizando temas como: comunicación, afectividad, participación e interacción familiar.

QUINTA. Implementar un plan de mejora con el equipo multidisciplinario y del personal, así como de las Instituciones Educativas que permitan superar las deficiencias que existen, lo que contribuirá a poder bajar los índices de los embarazos precoces y canalizar positivamente las inquietudes de los estudiantes.

SEXTA. Por tanto, es importante que la familia, escuela, amigos, y sociedad como agentes socializadores cumplan su papel en la orientación sexual de los adolescentes ya que esto es un problema mundial y por ende un problema en el Perú con graves repercusiones, siendo necesario fortalecer el aspecto socio-familiar y económico de los hogares peruanos.

SÉPTIMA. Se les debe dar una correcta información sexual y demostrar que el deseo sexual, es natural, pero tiene que ser regulado y controlado; y hacerles ver, que si se fijan metas su vida tendrá dirección y sentido, ya que la maternidad prematura es símbolo de postergación en sus aspiraciones personales.

BIBLIOGRAFÍA

- ALDANA, JORGE** “La Familia en la Perspectiva del Año 2000”. Editorial Magisterio. Lima-Perú. 2000.
- AMAT Y LEON, CARLOS** “Niveles de Vida, Grupos Sociales en el Perú”. Centro de Investigación Universidad del Pacífico. Lima-Perú. 200.
- CAMPOS, CARLOS** “Desarrollo y Bienestar”. Editorial OFFCET. Buenos Aires-Argentina. 2005.
- FINK, ARTHUR** “Campos de Aplicación del Servicio Social”. Editorial HUMANITAS. Buenos Aires-Argentina. 2003.
- FUERTES J. ANTONIO** “Educación para la Salud”. Editorial Guadalupe. Buenos Aires-Argentina. 2002.
- KISNERMAN, NATALIO** “Salud Pública y Trabajo Social”. HUMANITAS. Buenos Aires-Argentina. 2002.
- LEON GALLO, MARIA** “Mujeres y Organizaciones de Generación de Ingresos”. Editorial TAREA. Lima-Perú.2003.
- LECLER, JACQUES** “La Familia”. Editorial EL TIEMPO. Barcelona-España. 1999.
- LIMA. BORIS** “Bienestar y Necesidades Sociales”. Acción Crítica N° 5. CELATS. Lima-Perú. 2000.

- MAGUIÑA A. y MANRIQUE M.** “Pobreza Urbana y Políticas de Vivienda”.
Acción Crítica N° 12. CELATS. Lima-Perú.2005.
- MAISONNUEVE, JEAN** “La Dinámica de los Grupos”. Editorial
PROTED. Argentina. 2001.
- MINISTERIO DE SALUD** “Lineamiento de Política de Salud”.
PROMUDEH. Lima-Perú.2010.
- PAPALIA, DIANE** “Psicología del Desarrollo”. 5ta. Edición.
Madrid-España. 2004.
- TAIPE, NESTOR** “La Capacitación en el Desarrollo Rural”.
Editorial HORIZONTE. Lima-Perú. 2002.
- VIROUX, ALAIN** “Léxico de Sociología”. Editorial
HUMANITAS. Buenos Aires-Argentina.
2000.
- VARIOS AUTORES** “Proyecto de Salud Integral”. Editorial
LUEVES. Lima-Perú. 2003.
- RUBIO, FATACCIOLI** “Problemática del Perú-Crisis Económica”.
Lima-Perú. 2000.



CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene por finalidad conocer los problemas que confrontan las madres adolescentes; el éxito de este trabajo, depende de que contestes con sinceridad las siguientes preguntas, la información es anónima, confiamos en ti.

Marca con un aspa (x) las respuestas que crees correctas.

Gracias.

PREGUNTAS PARA LOS PADRES DE LA ADOLESCENTE

1.- EDAD DE LOS PADRES:

- 35 a 40
- 41 a 46
- 47 a Más

2.- LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS PADRES:

- Arequipa
- Moquegua
- Tacna
- Otros

3.- ESTADO CIVIL:

- Casados
- Convivientes
- Separados

4.- GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES:

- Primaria Incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa

5.- NUMERO DE HIJOS:

- 1 - 2
- 3 - 4
- 5 a Más

6.- INGRESO FAMILIAR

- Menos del SMV
- 1 SMV a 2 SMV

7.- OCUPACION LABORAL:

- Obreros
- Independientes
- Amas de Casa

8.- TENENCIA DE LA VIVIENDA:

- Propia
- Alquilada
- Cedida

9.- ESTADO DE CONSTRUCCION:

- Construida
- Semi Construida
- Const.Provisional

10.- SERVICIOS CON QUE CUENTA LA VIVIENDA:

- Agua, desagüe, luz
- Luz, agua

11.- NUMERO DE HABITACIONES:

- 1 - 2
- 3 - 4

12.- RELACIONES FAMILIARES:

- Buena
- Regular
- Mala

13.- PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA RELACION FAMILIAR:

- Violencia Familiar
- Abandono Familiar
- Económicos

14.- COMUNICACIÓN DE PADRES CON HIJOS:

- Buena
- Regular
- Mala

15.- ACTITUD FRENTE AL PROBLEMA DE SU HIJA:

- Aceptación
- Rechazo
- Indiferencia

PREGUNTAS A LA MADRE ADOLESCENTE

16.- EDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES:

- 14 a 15 Años
- 16 a 17 Años
- 18 a 19 Años

17.- MOTIVO DE SU PRIMERA RELACION:

- Por curiosidad
- Por amor a su pareja
- Por violación

18.- GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE ADOLESCENTE:

- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa

19.- CON QUIEN VIVE LA MADRE ADOLESCENTE:

- Con su familia
- Con su conviviente
- Con otros familiares

20.- RELACION CON SUS PADRES:

- Buena
- Regular
- Mala

21.- REACCION DEL ENAMORADO ANTE EL EMBARAZO:

- Quería que aborte
- Me abandonó
- Asumió su paternidad

22.- NUMERO DE EMBARAZOS:

- Un embarazo
- Dos embarazos

23.- RECIBIO INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL:

- En el colegio
- De sus padres
- Amigos

24.- CONOCE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS:

- Ritmo
- Preservativo
- Ninguno

25.- ANTECEDENTES DE ABORTO:

- Sí
- No

26.- MOTIVO POR EL QUE ACUDIO AL CENTRO DE SALUD:

- Por mi hijo
- Por mí

27.- QUE PIENSAS HACER EN EL FUTURO:

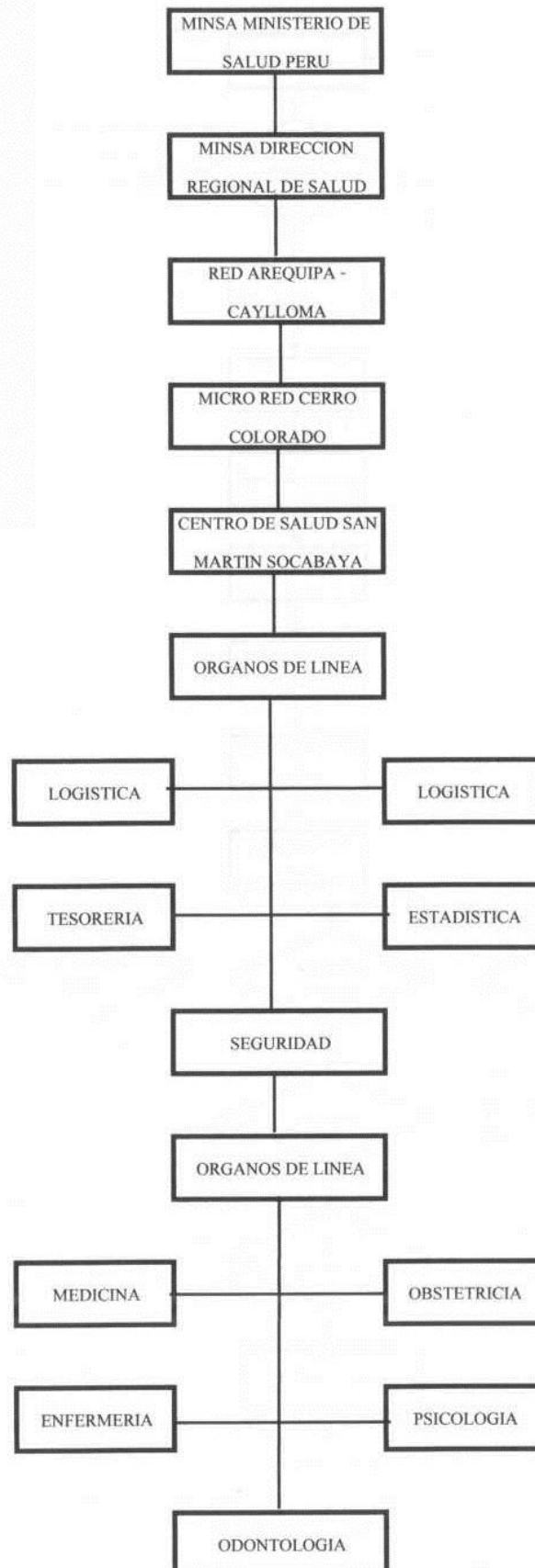
- Trabajar
- Continuar estudios
- No sabe

28.- OPINION SOBRE EL TRABAJADOR SOCIAL:

- Buena
- Regular
- Mala

ORGANIGRAMA

Centro de Salud San Martín de Socabaya



FLUJOGRAMA
Flujograma de atención S.I.S.
CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA

