



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA**

TEMA:

**MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA
CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017**

AUTOR:

LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN

TUTOR:

OBST. ANA PASOS BAÑO, MSC.

BABAHOYO- LOS RIOS-ECUADOR

2018



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA**

TEMA:

**MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA
CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017**

AUTOR:

LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN

TUTOR:

OBST. ANA PASOS BAÑO, MSC.

BABAHOYO- LOS RIOS-ECUADOR

2018



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**DR. ORELLANA GAIBOR HUGOLINO, MSC.
DECANO O DELEGADO (A)**

**DR. BERMEO NICOLA CESAR AUGUSTO, MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

**LCDA. BERNAL MARTÍNEZ ELSA MARÍA, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)**

**AB. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**





UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN


Lcda. Betty Mazacon Roca. PhD
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Alina Izquierdo Cirer, Msc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
Dr. Hugolino Orellana Gaibor
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA

En su despacho:

En mi calidad de tutora del proceso de titulación de la Srta. **LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN**, con **C.C 12075054605** egresada de la carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, cuyo tema es: **"MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017"**, me dirijo a usted y por intermedio al Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo para poner a vuestro conocimiento que la postulante, ha cumplido con todo los requerimientos estipulados en el instrumento de trabajo de titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el desarrollo de la investigación con fines de obtención del título de Obstetra/Obstetriz.

Por lo que está APTA, para presentar su trabajo de investigación, el mismo debe ser sustentando y sometido a evaluaciones por parte del Jurado que designe el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo, a las 20 días del mes de Septiembre del 2018.



Firma del Docente -Tutor

OBST. ANA MARÍA PASOS BAÑO, MSC.

C.C: 120555612-7



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, OBST. ANA PASOS BAÑO, MSC., en calidad de Tutora del Proyecto de investigación tercera etapa: **"MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017"**, elaborado por la estudiante: **LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN**, con **C.C: 1207505460** de la Carrera de OBSTETRICIA de la Escuela de OBSTETRICIA, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 20 días del mes de septiembre del año 2018.

Firma del Docente -Tutor
OBST. ANA MARÍA PASOS BAÑO, MSC.
C.C: 120555612-7



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN** con **C.C: 120750546-0** autora del presente proyecto de investigación **“MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017”**, soy responsable de los resultados omitidos en el presente trabajo de investigación, las ideas, conceptos, procedimientos vertidos en el mismo.

Atentamente

LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN

C.C: 120750546-0

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS MARCELA COMPLETO 2.docx (D41604906)
Submitted: 9/20/2018 6:36:00 AM
Submitted By: juccetti20@gmail.com
Significance: 4 %

Sources included in the report:

TESIS PLANIFI FAMILIAR.pdf (D40996523)
Medina Rodríguez Omar Andrés - Tesis.docx (D37984075)
LONDOÑO HORNA ALEJANDRO 1 E Problemas personales implican efecto socio culturales.docx (D29820493)
FAJARDO SUDARIO- V1.docx (D41259233)
FAJARDO SUDARIO- V1.docx (D41144030)
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1819/1/UNIVERSIDAD%20DE%20GUAYAQUIL%20completo.pdf>
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=456&idioma=Espanhol
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13286/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<http://elembarzaenlaadolescencix.blogspot.com/>
http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=397&Itemid=85
[https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/68/1/T102_47799237_T.pdf
<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

Instances where selected sources appear:

30



DEDICATORIA

A mi familia, amigos y personas especiales en mi vida, no son nada más y nada menos que un solo conjunto: seres queridos que suponen benefactores de importancia inimaginable en mis circunstancias como ser humano. No podría sentirme más ameno con la confianza puesta sobre mi persona, especialmente cuando he contado con su mejor apoyo a lo largo de mi vida.

Este nuevo logro es gran parte gracias a ustedes; he logrado concluir con éxito un proyecto que en un principio parecía una tarea interminable.

Quisiera dedicar mi tesis a ustedes, personas de bien, que han ayudado con cada granito a edificar mi vida y moldearme a la persona que soy hoy.

Al ser vivo que me ha acompañado en mis noches de vela estudiantil, gracias Sami.

Luccetti Marcela

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento especial a la UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO, la cual me dio una oportunidad para formarme profesionalmente.

A mis profesores por sus diferentes formas de enseñanza, quienes me incentivaron en muchos sentidos a seguir adelante, a mi tutora de este proyecto de investigación Obst. Ana Pasos, quien me ayudado a cultivar la paciencia y perseverancia, a los profesionales del Hospital León Becerra Camacho, que me acogieron en el internado, sin ellos no hubiera podido obtener la capacidad resolutive profesional de la cual hoy en día me siento capaz.

Luccetti Marcela

**MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA
CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017**

RESUMEN

La multiparidad en adolescentes corresponde a un problema de planificación familiar y poca o nula información y utilización de métodos anticonceptivos para el control de la natalidad que se presenta en el 40% de las pacientes entrevistadas de un total de 113 mujeres en estado de gestación atendidas en el Hospital León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro en el periodo 2017. Este proyecto de investigación corresponde un método de estudio descriptivo basado en la observación transversal donde se busca enmarcar el perfil personal y social de las adolescentes multíparas, así como reconocer las circunstancias de riesgos en la población que se está estudiando, y describir los efectos en la salud de la madre adolescente y en el feto o en el recién nacido. Dentro del área del estudio se evidencia que las adolescentes tienen o pueden tener perspectivas educativas o de trabajo muy limitadas, es por esto que en su mayoría se vuelven reincidentes después de su primera gestación. Para solucionar este problema se ha desarrollado un programa que involucra al sector de la salud y de la educación para transmitir y capacitar a las adolescentes multíparas el uso de métodos para la no fertilidad previa y a su vez la prevención del embarazo en adolescente. Aquello contiene recomendaciones basadas en la evidencia para la acción y la investigación para prevenir resultados reproductivos adversos. Para la recolección de datos para la elaboración del proyecto, se ha llevado a cabo mediante el llenado de ficha de datos focalizado en el grupo objetivo, datos estadísticos recopilados de la Institución de Salud Pública y bibliografía correspondiente al tema propuesto.

Palabras claves: adolescencia, multiparidad, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, métodos anticonceptivos, riesgos provenientes de la multiparidad, tasa de natalidad, índice de embarazo adolescente.

SUMMARY

Multiparity in adolescents corresponds to a problem of family planning and new information and use of contraceptive methods for birth control that occur in 40% of the patients interviewed out of a total of 113 pregnant women attended in the León Becerra Camacho Hospital in the city of Milagro in the period 2017. This research project corresponds to a descriptive study method based on cross-sectional observation where the personal and social profile of multiparous adolescents is sought, as well as the circumstances of risks in the population being studied, and describes the health effects of the adolescent mother and the fetus or the newborn. Within the study area it is evident that adolescents have or may have very limited educational or work prospects, which is why they mostly reoffend after their first pregnancy. To solve this problem, a program has been developed that involves the health sector and education for the processing and training of adolescents in the context of the prevention of pregnancy and adolescence. That contains recommendations based on evidence for action and research to prevent adverse reproductive outcomes. For the data collection for the elaboration of the project, it has been carried out by filling in the data sheet focused on the target group, statistical data compiled from the Public Health Institution and the bibliography corresponding to the proposed topic.

Keywords: adolescence, multiparity, sexual and reproductive health, family planning, contraceptive methods, risks from multiparity, birth rate, teen pregnancy rate.

ÍNDICE GENERAL

CARATULA

PORTADILLA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

APROBACIÓN EL TUTOR

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA	III
RESUMEN	IV
INTRODUCCIÓN	IX

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco contextual	1
1.1.2 Contexto internacional.....	3
1.1.3 Contexto nacional.....	4
1.1.4 Contexto regional	5
1.1.5 Contexto local y/institucional	6
1.2 Situación problemática	6
1.3 Planteamiento del problema.....	7
1.3.1 Problema general	8
1.3.2 Problemas derivados.....	8
1.4 Delimitación de la investigación	8
1.5 Justificación.....	9

1.6 Objetivos	10
1.6.1 Objetivos General.....	10
1.6.2 Objetivos específicos.....	10

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 Marco teórico.....	11
2.1.1 Marco conceptual	26
2.1.2 Antecedentes investigativos	28
2.2 Hipótesis.....	29
2.2.1 Hipótesis general.....	29
2.2.2 Hipótesis específicas	29
2.3 Variables	30
2.3.1 Variables dependientes	30
2.3.2 Variables independientes	30
2.3.3 Operacionalización de las variables	31

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Método de investigación.....	32
3.2 Modalidad de investigación	33
3.3 Tipo de investigación.....	33
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información	34
3.4.1 Técnicas.....	34
3.4.2 Instrumentos.....	34
3.5 Población y muestra de investigación	35
3.5.1 Población.....	35
3.5.2 Muestra	35
3.6 Cronograma del proyecto	38

3.7 Recursos	39
--------------------	----

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados obtenidos de la investigación.....	40
4.2 Análisis e interpretación de los datos	42
4.3 Conclusiones.....	45
4.4 Recomendaciones.....	46

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEÓRICA DE LA APLICACIÓN

5.1 Título de la propuesta de aplicación	48
5.2 Antecedentes	48
5.3 Justificación.....	51
5.4 Objetivos	52
5.4.1 Objetivo general	52
5.4.2 Objetivos específicos.....	52
5.5 Aspectos básicos de la propuesta.....	53
5.5.1 Estructura de la propuesta	53
5.6 Resultados esperados de la propuesta de aplicación	56

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

Anexos 1: Ficha de datos realizada a madres embarazadas atendidas para el control prenatal

Anexos 2: Encuesta

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Operacionalización de las variables.

Cuadro 2: Cronograma

Cuadro 3: Recursos Humanos

Cuadro 4: Recursos Económicos

Cuadro 5: Distribución de número de gestantes adolescentes

Cuadro 6: Alcance de la alternativa

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1: porcentaje promedio de embarazos en mujeres de 10 a 49 años.

Grafico 2: porcentaje de embarazos en adolescente de un grupo etario de 12 a 19 años

Grafico 3: Distribución de gestantes adolescentes desagregadas por edad y promedio de gestaciones

Grafico 4: Porcentajes de instrucción escolar y uso de métodos y de conocimientos anticonceptivos.

Grafico 5: Niveles de intervención para la prevención de embarazos en adolescentes

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la medicina existe cierta preocupación en la que los médicos no pueden, en absoluto, permanecer ajenos, esto a su vez se correlaciona con otras disciplinas como la sociología y la economía. Aquella situación se trata de la superpoblación o dicho en otras palabras, una elevada tasa de natalidad.

En el siglo XVIII algunos pensadores, filósofos, médicos, entre otros, ya realizaban estudios como estos. Tal es el caso de Thomas Malthus, quien desarrolló una teoría acerca de la relación que existe entre la tasa de natalidad y las condiciones económicas de los pueblos. El principio básico de esta teoría consistía en que “el hombre puede aumentar su producción en forma aritmética, mientras que la población crece en forma geométrica” (Valdés, 2000).

A medida que el tiempo ha transcurrido, las sociedades modernas han realizado grandes avances científicos y tecnológicos en el ámbito de la medicina, esto se dio a inicios del siglo XX. Mientras que en otras épocas el crecimiento poblacional se veía frenado por las enfermedades, mortalidad prematura, pestes, escasez, etc., hoy en día la medicina ha tratado de resolver la mayoría de esos problemas, aumentando la esperanza de vida de la población.

Sin embargo, los estudios estadísticos muestran un incremento progresivo de la población mundial, que alcanzará posiblemente en este siglo, los nueve mil millones de habitantes en el planeta. Pero de esta cifra, el 84% se concentra en los países

subdesarrollados donde en su mayoría no cuentan con recursos para un nivel elevado de políticas sanitarias y de bienestar social (Durán & Fernández, 1998).

Si bien es cierto, la población es un elemento importante para el desarrollo de los pueblos, ésta se debe concebir en condiciones favorables para que las personas puedan alcanzar los objetivos deseados dentro de una sociedad. Esta última está representada por la familia como base fundamental, ya que por medio de ella se desarrollan las comunidades solidarias, se infunden valores y principios, se transmiten conocimientos de generación en generación.

Las familias de los países desarrollados por lo general están preparadas económica, psicológica y emocionalmente para procrear. A esto se le llama planificación familiar, y no es otra cosa que, decidir el cuándo y cómo traer un nuevo ser humano al mundo que llegará a integrarse al núcleo familiar. En el caso de los países subdesarrollados, la población crece de manera significativa por el simple hecho de que no hay una cultura basada en la planificación familiar.

Es en la adolescencia donde el problema se torna más agravante, aquella edad comprendida desde los 10 a 19 años, período de vida en el cual la persona adquiere la capacidad reproductiva, resulta ser el foco de atención para diversos sectores, y este caso en particular, para la medicina. El desconocimiento de lo que significa la vida sexual y reproductiva entre los menores es muy común en países como el nuestro, y su iniciación a temprana edad provoca embarazos múltiples y en su mayoría, no deseados.

La multiparidad en las adolescentes es una realidad en nuestra sociedad, por lo que este trabajo de investigación tendrá como foco de atención a las múltipara

adolescentes atendidas en el hospital León Becerra Camacho, en la ciudad de Milagro de la provincia del Guayas comprendido en el periodo 2017.

Mediante la realización de este trabajo, se analizará las causales por las que las adolescentes tienen un inicio precoz de relaciones sexuales sin previos conocimientos y responsabilidades que conlleva el acto sexual, así mismo se detallarán las consecuencias inmediatas y futuras para la mujer adolescente que tiene múltiples hijos en su edad temprana.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco contextual

San Francisco de Milagro o Milagro, también conocida como la tierra de las piñas, es un cantón de la provincia del Guayas, se encuentra a 45km de Guayaquil, está asentada entre 8 y 15 m.s.n.m., su temperatura promedio anual es del orden de 25°C y su precipitación es de 1361mm. Creada el 17 de septiembre de 1913, cuenta con una población de 183.848 habitantes al 2014, su densidad poblacional es de 410.79 hab/km², posee una extensión territorial de 405,64 km². Limita al norte con los cantones Alfredo Baquerizo Moreno y Simón Bolívar; al sur con los cantones Yaguachi y Marcelino Maridueña; al este con los cantones Simón Bolívar y Naranjito; y al oeste con el cantón Yaguachi.

Según los datos del GAD de Milagro, la población etaria de este cantón se divide en: población juvenil (0-19 años) que corresponde el 41% de la población total; jóvenes adultos (20-39 años) con el 30%; adultos de mediana edad (40-59 años) el 20%; y personas mayores (60 años en adelante) corresponde al 10%.

En cuanto a la estructura social, se puede constatar que el cantón cuenta con asociaciones, instituciones, gremios y cooperativas. Existe la carnetización para personas con discapacidad. Por otro lado, el consumo de sustancias psicotrópicas o estupefacientes se establece en 113 casos en los diferentes centros educativos en el 2015, el porcentaje de embarazo en adolescentes se sitúa en 20,98%. El crecimiento acelerado de población urbana ha incrementado la demanda de servicios públicos. El sistema de salud pública no está totalmente equipado para atender todas las demandas que se presentan. Así mismo la deserción escolar de estudiantes de educación media se da por la vinculación de éstos a actividades laborales en el agro. Además los recursos para el Consejo Cantonal de protección de derechos son insuficientes, lo cual impide atender a los ciudadanos en todos los temas sociales.

La estructura económica de Milagro cuenta con una cabecera cantonal que se ha destacado históricamente como un polo comercial. La población económicamente activa corresponde al 39,37% de la población total, el nivel de desempleo es de 5,93%, siendo más alto en la ciudad que en los campos. Las actividades económicas donde se concentra la población son: Servicios, comercio y agricultura.

Por el lado de la infraestructura y los servicios básicos, este cantón cuenta con aproximadamente 38.000 viviendas, la cobertura de agua potable es del 99,23%, el alcantarillado pluvial es de 63,08%, el 112,54% para la recolección de los desechos sólidos y el 45,74% corresponde a la pavimentación de las vías. Sin embargo en ciertas zonas rurales de cada 100 viviendas obtienen el agua de pozos, la eliminación de excretas es a través de pozo sépticos, o a su vez las descargas van directo al río, estero o quebrada, 1 de cada de 10 hogares comparten el servicio higiénico con varios hogares.

Por último, el acceso de la población a servicios de educación cuenta con 91 centros educativos fiscales primarios y 15 secundarios. En el área de la salud, Milagro cuenta con 9 unidades de salud de atención primaria, 5 en el área urbana y 4 en el área rural. Además de estos centros, existe un hospital del Ministerio de Salud Pública y otro del Seguro Social. Así mismo, en este sector solo el 6% de la población que labora está afiliado al seguro social. La cobertura de los centros de atención primaria apenas cubre con el 12,78% de la población urbana, concentrándose la mayor parte de la atención en el Hospital León Becerra que, de acuerdo con la normativa ya no podrá cumplir con esta función (GAD Milagro, 2015).

1.1.2 Contexto Internacional

Actualmente, se estima que la población mundial oscila entre los 7,200 millones de personas, de éstas aproximadamente el 17,5% tiene entre 15 y 24 años. Según estimaciones el grupo de edad de 10 años alcanza los 125 millones, de los que algo más de 60 millones son niñas, y 65 millones, niños. Más de la mitad de la población mundial de esta edad vive en Asia y el Pacífico, seguido de América Latina y África (Jejeebhoy, Bloom, & Edmeades, 2016).

Unos 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, siendo la mayor proporción en África Subsahariana. Las condiciones durante el embarazo y parto son la segunda causa de muerte en todo el mundo de este grupo etario, los bebés de las madres adolescentes se enfrentan a una mayor probabilidad de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (OMS, UNICEF, ONU, 2018).

En todas las regiones del mundo, las niñas rurales empobrecidas y con una educación deficiente, son más proclives a quedar embarazadas por varias ocasiones, que las niñas urbanas más ricas y educadas. Esto, a que tienen un acceso limitado o nulo a la salud sexual y reproductiva, incluida la información y servicios sobre anticonceptivos y planificación familiar. Todos los días, 20.000 niñas menores de 18 años dan a luz en países en vías en desarrollo y subdesarrollados, en países desarrollados también ocurre, pero a una escala mínima (Dra Williamson, 2013).

1.1.3 Contexto Nacional

Ecuador cuenta con una población de 16.624.858 de habitantes al 2017 (datosmacro.com, 2018). Según las estadísticas la población ha ido en aumento desde hace dos décadas atrás, los datos sobre fecundidad en jóvenes y su incidencia en el país son relevantes. El Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), muestra que en el 2014, 49,3 de cada 100 nacidos vivos, fueron hijos de madres adolescentes hasta los 19 años (Garcia, 2018).

En los últimos 10 años, el incremento de partos de adolescentes de entre 10 y 14 años fue del 78% en el país. Los rangos de edad de las madres menores de 15 años representan el 3%, las que están entre 15 y 17 años conforman el 23%, mientras que en rango entre 18 y 19 años ocuparon el 23.3%. El informe indica que 12 de cada 100 adolescentes son madres, y en gran medida con más de un parto. El Ecuador, según indica el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, es el tercer país de la región con la tasa más alta de embarazos, entre esos rangos de edad.

De acuerdo con los datos investigados, del total de la población de niñas y adolescentes entre 10 y 17 años, el 6% ha tenido uno o más de un hijos al 2015, entre 10 y 14, el 2%; y entre 15 y 17, el 12% (Velasco, Carrera, & Encala, 2016).

1.1.4 Contexto Regional

Las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66,5 nacimientos por cada 1.000 niñas entre 15 y 19 años, y solo son superadas por las adolescentes del África Subsahariana. La fecundidad total ha disminuido en las Américas, salvo en el caso de las niñas menores de 15 años (UNFPA, 2018).

Pese al descenso, existe contraste con el aumento sostenido de nacimientos correspondientes a madres adolescentes, es decir, no hay un elevado aumento de una nueva madre a adolescente, sino el aumento de partos de una misma adolescente. Hay proyecciones muy recientes, donde se estima que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina se mantendrá estable durante el periodo 2020-2100, así mismo los partos en menores de 15 años se incrementen a 3 millones por años para el 2030 (Salinas, Dolores, & Fernandez, 2014).

Además, se estima que la región tiene una tendencia ascendente de embarazos en menores de 15 años, cada año, un 15% de todos los embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años, y 2 millones de niños nacen de madres entre los 15 y 19 años.

La mortalidad es una de las principales causas de muerte en las adolescentes de 15 y jóvenes de 24 años. Algunos datos reflejan que en el 2014 fallecieron cerca de 1900 mujeres de esta edad como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el postparto. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales son un 50% más altas entre recién nacidos de mujeres menores de 20 años comparado con los recién nacidos de mujeres de 20 a 29 años.

Dentro de la región tenemos el caso de Argentina, donde aproximadamente 298 menores son madres cada día, pero sobre todo, es alto el índice de repitencia de estos embarazos, es decir, una menor ya es madre por segunda, tercera o cuarta vez. Los sectores más afectados de este país se ven marcados por el índice de desarrollo, existen ciudades modernas y urbanizadas donde la tasa es mínima, mientras que en las ciudades con bajo nivel de desarrollo, las tasas de fecundidad en menores, son elevadas (mundotkm.com, 2018).

1.1.5 Contexto Local y/o institucional

El Hospital León Becerra Camacho, ubicado en la ciudad de Milagro, fue creado como lazareto por la atención a los pacientes de enfermedades por la atención a pacientes de enfermedades epidémicas. Se inauguró el 24 de mayo de 1917. Situado en una zona palúdica, llamado a prestar importantes servicios a los pobladores de esta ciudad (Yapur, 2009)

A través de los años este establecimiento se ha encausado por senderos de progreso, en la atención médica, aun con la escasez de asignación fiscal para su funcionamiento. Hoy en día, al año más 10.000 usuarios se ven beneficiados. En el área de ginecología y obstetricia se mantiene una tasa anual de atención a mujeres embarazadas por parto es de 2782 al año, alrededor de 231 pacientes al mes, que se dividen en pacientes de 10 a 14 años 35; 15 a 19 años 763; 20 a 24 años 883 y 25 a 49 años 1101.

1.2 Situación problemática

En el Ecuador, la multiparidad es un problema que aún no ha podido resolverse, claro está, que es muy poco lo que se ha hecho para mermar de forma importante los niveles de embarazos no deseados o los casos de multiparidad, por ello, la razón

de esta investigación está basada en la preocupación que se tiene por el gran porcentaje de adolescentes que no solo están siendo madres, sino que también están desperdiciando su futuro, con el transcurso de los años esta situación ha ido incrementando aunque muchas personas no conocen la razón principal del problema, es por esto que se dará conocer la relación que tiene planificación familiar en las adolescentes que reiteradamente se embarazan a temprana edad y las consecuencias que traen estas.

1.3 Planteamiento Del Problema

Cuando existen más de tres partos con periodos intergenésico corto, se lo define como multiparidad (MSP, 2015). Hay más probabilidad de que una adolescente que haya tenido su primer embarazo a los 11 años este se repita al siguiente año y se vuelve en un problema en potencia si dicha adolescente no acude a controles prenatales o consultas sobre planificación familiar por no tener la completa madurez para el tema en cuestión. Una adolescente embarazada representa alto riesgo obstétrico si a esto se le suma la multiparidad y lo asociamos al tipo de parto en cada embarazo llevaría a un riesgo potencial, lo que incrementaría el riesgo de morbi-mortalidad materna.

El embarazo adolescente se convierte cada día en un problema no solo para la madre gestante si no que abarca a la familia, la sociedad y la salud pública por falta de salud sexual. La evidencia a nivel mundial demuestra que satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos y planificación familiar resulta una intervención efectiva en la reducción de embarazos no planificados y de abortos inseguros, por lo tanto, en la reducción de muertes maternas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Las causas son múltiples, y sus consecuencias no serán tan buenas, una adolescente a su edad, está pasando por un momento en el que aún no tiene esclarecido sus sentimientos, de tal manera que puede confundir el enamoramiento o amor con sexo, en aquella edad se producen muchos cambios en muy poco tiempo, es un proceso psicológico unido al crecimiento social y emocional que surge en cada persona. En este periodo se van a producir cambios biofisiológicos, psicológicos, intelectuales y sociales que sitúan a cada persona ante una nueva forma de vivenciarse a sí misma y al entorno que le rodea.

1.3.1 Problema General

¿Cómo se relacionan la multiparidad y la planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital León becerra Camacho, Milagro periodo 2017?

1.3.2 Problemas Derivados

¿Cuál es la prevalencia de embarazo en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital León becerra Camacho, Milagro periodo 2017?

¿Cuál es el nivel de conocimientos de planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital León becerra Camacho, Milagro periodo 2017?

¿Cómo disminuir la relación entre multiparidad y planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital León becerra Camacho, Milagro periodo 2017?

1.4 Delimitación de la investigación

Delimitación Espacial: El proyecto de investigación se llevó a cabo con el registro de pacientes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho.

Delimitación Temporal: Las usuarias que de las cuales se analizó la problemática, fueron mujeres de 10 a 19 años en estado de gestación y presentaban multiparidad en el periodo 2017.

1.5 Justificación

La característica de educación sexual de nuestra población, el nivel de conocimiento de planificación familiar, el riesgo obstétrico que conllevan las gestaciones múltiples con periodos intergenésicos cortos es lo que motiva la realización del presente trabajo de investigación sobre multiparidad y su relación con la planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro periodo 2017.

El análisis de la multiparidad con relación a la planificación familiar es de suma importancia debido a que existe en la actualidad un número elevado de pacientes mujeres adolescentes y adultos que se ven inmersos en esta situación, la cual puede traer consigo serios problemas durante el embarazo o en la etapa post-parto por el cuidado de uno o más niños.

En la Ciudad de Milagro, principalmente en las zonas rurales, la presencia de mujeres adolescentes, que han pasado por más de un embarazo, en cortos periodos de tiempo es común. Existe familias muy grandes con escasos recursos económicos como para vivir dignamente, lo cual representa un problema aún más grave ya que aquí la multiparidad afecta directamente a la madre y al hijo e indirectamente a toda la familia, reduciendo espacios, recursos, tiempo y esfuerzo por embarazos que muchas veces no son planificados.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Establecer la relación entre la multiparidad y la planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro periodo 2017.

1.6.2 Objetivos Específicos

Establecer la incidencia de embarazo en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro periodo 2017.

Determinar el nivel de conocimientos acerca de planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro periodo 2017.

Diseñar una estrategia que permita disminuir la relación entre multiparidad y planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho, Milagro periodo 2017.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 Marco Teórico

En el siguiente capítulo se analizará todas las bases o enfoque teórico referente al tema de investigación planteado, en el cual se hace énfasis a la situación problemática que existe alrededor del embarazo en la etapa de adolescencia, la multiparidad y la planificación familiar. Se entiende, que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano que existe entre la niñez y la edad adulta. En esta etapa de transición hay características muy marcadas que determinan la vida del individuo, cuya profundidad ha llevado a considerar la adolescencia como un segundo nacimiento.

Anatomía y fisiología en la etapa de la adolescencia

La adolescencia es una fase crítica del desarrollo físico y de personalidad, esta etapa comienza desde los 14 a 19 años, se caracteriza por el crecimiento acelerado en longitud y masa corporal. Todos los cambios morfológicos y funcionales tienen lugar en este período, y esto se da en fases o etapas según diversos autores. Las

divisiones sugeridas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) corresponden desde los 10 a 14 años y la segunda desde los 15 a 19 años (Monroy, 2004).

La adolescencia es la cuarta etapa del desarrollo humano y resulta difícil precisar con exactitud cuándo se da por culminado este periodo, pues depende de factores sociales, económicos y culturales. En las sociedades más primitivas esta etapa dura menos que en sociedades más civilizadas. Así mismo se ha comprobado que las mujeres tienden a madurar antes que los hombres (Pick & Givaudan, 2016), la maduración física es causado por alteraciones en las funciones cerebrales que dan como resultado una mayor secreción por el hipotálamo de la hormona liberadora de gonadotropina pituitarias, lo que causa el desarrollo de los folículos y la secreción de estrógenos.

Adolescencia temprana.- En la primera etapa correspondiente entre los 10 y 14 años, o adolescencia temprana, se inician los cambios anatómicos y fisiológicos característicos de la pubertad. Aquí el individuo experimenta algunas sensaciones que genera gran curiosidad por la aparición de características secundarias del sexo, pero que no son directamente parte del sistema reproductor por lo que no incluyen los órganos sexuales, la aparición de estos rasgos es estimulada por la producción hormonal (de andrógenos o estrógenos) que está determinada por el código genético (Campos, y otros, 2002).

Las características sexuales secundarias son visibles, esto se refiere a la aparición, en las mujeres, de agrandamiento de los senos, mayor nivel de grasa subcutánea especialmente en el rostro, muslos y glúteos, caderas más anchas, desarrollo de vello corporal, vello púbico, voz más aguda que la del varón, aquí también se presenta el primer ciclo menstrual como resultado de la liberación del FSH. Mientras que en el hombre sus apariciones consisten en el desarrollo de musculatura, mayor

fuerza física y masa muscular, incremento de estatura, presencia de vello androgénico (en brazos, piernas, pectoral, abdominal, axilar, púbico), vello facial, la nuez de Adán, entre otros.

Así mismo, los adolescentes experimentan la preocupación por los cambios corporales exteriores físicos, sobre todo porque en la sociedad actual los “modelos ideales” femeninos y masculinos comerciales se publican constantemente a través de los medios de comunicación, donde aparece un sentimiento de inadecuación respecto a la imagen que proyectan. Esto se debe a que paralelamente a esta evolución física, mujeres y hombres presentan comportamientos psíquicos y sociales distintos.

La capacidad fisiológica de la excitación sexual y del orgasmo está presente desde la niñez en ambos sexos. No obstante estas respuestas se vuelven erotizadas en una etapa más tardía a la niñez, lo que sí es claro que en la pubertad, la erección y la lubricación vaginal ya están establecidas (Sierra & Mier, 2007) por lo que la información al respecto debe ser oportuna en relación con las necesidades de los adolescentes.

También se presenta en esta etapa, la actividad auto erótica con gran intensidad, en búsqueda de satisfacción y placer sexual así como descarga tensional. En los primeros años de la adolescencia aparece la atracción hacia el otro sexo, en esta fase, los y las adolescentes oscilan entre juegos sexuales mutuos y el contacto genital de tipo exploratorio. Sin embargo, estas exploraciones causadas por la curiosidad acerca de la sexualidad sin previa orientación, traen como consecuencia relaciones sexuales irresponsables donde en la mayoría de los casos termina en el embarazo precoz.

Es evidente que en esta etapa de tantos cambios físicos, emocionales y sociales los adolescentes requieren reafirmar su concepto y autoestima, sentido de responsabilidad, comunicación, autonomía y autocontrol, pues es la base de información sexual que deben recibir.

Adolescencia tardía.- Luego de haber terminado la primera etapa de la adolescencia, el individuo experimenta la adolescencia tardía o segunda fase, que comprende desde los 15 a 19 años. Esta etapa se caracteriza por la consolidación de la identidad sexual, la completa maduración de las características sexuales primarias y secundarias y la fertilidad. El adolescente inicia su apertura a la atracción sexual más definida con relaciones amorosas intensas aunque efímeras.

Para entonces, normalmente los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose, ya se han dado. El cerebro también va desarrollándose y reorganizándose, al igual que aumenta la capacidad del pensamiento analítico y reflexivo de una manera notable. Mientras tanto, dentro del grupo de amistades, las opiniones tienden a ser muy importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuyen en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus opiniones (UNICEF, 2011).

La etapa de la adolescencia tardía se orienta más con otros cambios relacionados al aspecto psicológico que anatómico y fisiológico, es decir, cambios en su personalidad. La temeridad desaparece en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo la conducta sexual se convierte en el foco principal de atención con mayor intensidad que en la primera etapa. La expresión de la sexualidad se caracteriza con conductas de masturbación, homosexualidad, heterosexualidad como inicio a la práctica del coito (López, 2003).

El embarazo en la adolescencia.

Según (Valera, 2009) El embarazo es una parte del proceso de reproducción humana, que comienza con la fecundación del óvulo por el espermatozoide y termina con el parto. Este procedimiento de gestación dura entre 40 semanas, que es a partir de su última menstruación y 38 semanas a partir del día de su fecundación, esto es aproximadamente 9 meses.

El embarazo es conocido también como gestación o estado de gravidez, este genera una secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer y generalmente incluyen la fertilización, la implantación, el crecimiento embrionario, el crecimiento fetal y por último el nacimiento. Si bien es cierto, el embarazo no solo comprende el desarrollo del feto en el interior del útero materno, pues aquel estado conlleva importantes cambios fisiológicos metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

Bajo esa premisa, debemos entender que un embarazo no es un acontecimiento más de la vida en las mujeres, pues es una etapa en la que tanto el cuerpo como la mente deben estar preparados para sobrellevar con éxito aquella situación. El embarazo es un tema vital e importante que se tiene que hablar con mucho conocimiento y responsabilidad, en especial en la adolescencia.

El caso es, que cuando la adolescente se hace la prueba de embarazo y este le sale positivo, allí vienen todos los problemas en su mundo, ya que no sabrá si su familia y pareja estarán con ella para sobrellevar una situación en la que aún no está preparada para vivirla porque su edad y sus emociones no están aptos para un cambio drástico de vida.

Cabe recalcar que un aparente “simple embarazo” no solo repercute en la vida de la persona que está en dicho estado y en la sus familiares y allegados. Pues no, el caso va más allá de lo que se puede pensar, ya que involucra un sin número de sucesos y estudios a abordar en el ámbito social y económico. Los nacimientos a nivel mundial se producen en adolescentes de 15 a 19 años de edad, y esto, en su gran mayoría de países bajos y medianos, y Ecuador no es la excepción.

El embarazo en la adolescencia es uno de los principales factores de la pobreza, enfermedades y estancamiento de desarrollo de cualquier país, pues se sabe que la educación es la base principal para que una nación alcance un crecimiento económico y desarrollo social, desde el momento que la adolescente abandona su lugar de estudios para dedicarse a ser madre, pasa a ser una carga más en el subdesarrollo.

Ha sido instrumento de tanta polémica esta situación, que existen muchas teorías y estudios desde diversos puntos de vista y de profesiones que tratan acerca de este tema, como ya se había dicho no solo es un problema social, sino que cubre muchos otros campos de aplicación.

Como en la teoría de Thomas Malthus que explicó sobre la población, la cual aumenta en cada ciclo, dejando en claro que las personas se reproducen más rápido que los alimentos,(Parkin, 2007). De acuerdo a los seguidores de esta teoría se debe actuar para contener el rápido crecimiento de la población ya que se estima, según ciertos estudios, que para el 2200 se agotarían todos los recursos para subsistir en la tierra.

Lo ideal según las teorías, es que una concepción debería hacerse con responsabilidad, y para que exista un nuevo ser tendría que estar enmarcado en la decisión de personas adultas que deseen formar una nueva familia, por lo que se tendría que contar con todas las condiciones necesarias no solo económicas sino también de principios y valores, pues la familia es la base fundamental de la sociedad.

El problema, en la época de Malthus radicaba en que si la población crecía más que la producción, no habría como alimentar a más gente, por esto hacía un llamado a que el nuevo ser que nazca debería tener garantizado todo lo necesario para que tenga un óptimo desarrollo, pues las poblaciones donde hay niños enfermos por causa de la desnutrición, es un territorio que no progresa.

El autor también habla que la causa principal de la pobreza no era por culpa de gobiernos, políticos o reparto desigual, sino por la reproducción ilimitada que ellos tenían y era como incentivarles a que se sigan reproduciendo. Y dicha teoría sigue teniendo mucho valor hoy en día.

Según (SETEP, 2014) los factores que determinan la pobreza por ingresos son la baja escolaridad o el abandono de la educación y el tamaño del núcleo familiar, se dice que los hogares con más de tres niños tienen menor posibilidad de superar la línea de la pobreza por ingresos.

En algunas partes del mundo la falta de aprendizaje sobre la educación sexual, es la causa del embarazo, pues no saben cómo evitarlo y con mayor porcentaje en las adolescentes, también existen creencias y costumbres donde se evita el uso del anticonceptivo, otros casos suceden porque se sienten avergonzadas para pedir

anticonceptivos, en algunos casos el anticonceptivo puede ser costoso, difícil de conseguir incluso llegar a ser ilegales.

Existen otros puntos de vista como (Stem, 2014), quien habla sobre tres tipos de embarazos en la adolescencia, el primero incluye este problema a la sociedad, por creer que el sexo es un tabú y así ellos mismo incrementan la curiosidad y por ende el nivel de embarazo en la adolescencia, el segundo problema es la crianza que reciben las adolescentes por parte de sus progenitores, pues provocan aquella situación con el hecho de prohibirlas de su libertad por una sobreprotección y es allí que están afectando psicológicamente a la adolescente, el tercer problema habla sobre las malas decisiones de la adolescentes que sabiendo todo y teniendo un buen cuidado de parte de sus padres lo hacen.

Un punto de vista muy personal es que aquella situación puede ser, no en todos los casos, heredada por la conducta de la madre de la adolescente. El razonamiento lógico nace de un historial, según (El Universo, 2014) relata cuadros de niñas embarazadas entre 12 a 16 años, todas tienen un factor común: son de bajos recursos, familias violentas, entre otros. Pero lo que más llama atención es que las madres de estas niñas apenas tienen alrededor de 32 años, es decir, que en un supuesto de que la niña embarazada sea la primogénita, su madre la tuvo a la misma edad en que se encuentra la adolescente en estado de embarazo. Según la muestra de las entrevistadas todas cumplen con este historial.

Entonces, se puede deducir que esta problemática es una cadena o se convierte en un círculo vicioso difícil de salir, pues aquella madre que un día fue adolescente no estuvo preparada por su corta edad para lograr llevar la responsabilidad de lo que significa criar a un hijo pues su preparación emocional e intelectual quedo a un lado por atender cuestiones que le corresponden a personas con criterio formado.

Multiparidad en adolescentes y sus riesgos

Una mujer adolescente que ya ha pasado por un primer periodo de gestación, tiene la probabilidad de quedar embarazada en espacios muy cortos de tiempo luego de su anterior embarazo, y cuando esta situación sobrepasa el número de tres gestaciones se conoce como multiparidad en la adolescencia (Moura, Gomes, Sousa, & Maranhão, 2014).

Varios estudios destacan la asociación entre la reincidencia de embarazo y mayor número de hijos y la edad del primer embarazo, lo que a su vez se relaciona con el inicio precoz de la actividad sexual. Las adolescentes multíparas pasan por experiencias complejas que exigen condiciones importantes: el proceso de madurez, la maternidad y el cuidado del niño. Las maternidades múltiples pueden desestructurar más por agravar necesidades y acarrear condiciones adversas.

La multiparidad se daba en décadas pasadas por falta de métodos anticonceptivos, tabúes, creencias religiosas, falta de formación académica, entre otras, lo que conllevaba a observar familias numerosas con periodos cortos de gestación. Por ejemplo, en el Ecuador en los años 70 la tasa de fertilidad era de 6,28 hijos por mujer, para los años 80 disminuyó a 5,06, una década después se situó en 3,77, de esta manera fue disminuyendo la tasa de manera paulatina hasta llegar a 2,49 al 2016 (datosmacro.com, 2018).

Esta situación hoy en día parece estar solucionada en base al uso de métodos anticonceptivos confiables y económicos. No obstante aún existen muchas situaciones donde la mujer se embaraza nuevamente al poco tiempo de haber concebido un hijo por más de una ocasión. De este grupo de mujeres, gran parte pertenecen a un intervalo que oscila entre 15 y 19 años de edad, las mismas que

poseen una elevada probabilidad de riesgos durante el periodo de maternidad debido a que su organismo no está apto para resistir varios partos de forma continua.

Los factores de riesgo en la multiparidad están relacionados estrechamente con la morbi-mortalidad materna y otras complicaciones a las que están relacionadas con la gestación. En la madre adolescente aumenta el riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, preeclampsia, entre otros (Cabezas, 2002). El mayor número de partos en menores produce que el útero vaya perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares decaen en su elasticidad y contractibilidad “(OPS;OMS;UNICEF, 2018).

Diabetes mellitus gestacional.- La multiparidad en la etapa de la adolescencia es un factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional, que en términos generales es cualquier grado de intolerancia a la glucosa reconocido especialmente en el tercer trimestre de gestación. Esto se debe a una suma de factores desencadenantes que se originan como parte de los cambios fisiológicos del embarazo, el cual se caracteriza por un aumento de la glucosa sanguínea (Botella & Clavero, 1993).

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) señala que la diabetes gestacional causa complicaciones en un 7% de todos los embarazos, estos riesgos no solo son para la madre sino también para el feto. Los abortos, la preclampsia y el parto pretérmino son más comunes en mujeres con diabetes preexistentes. La creciente prevalencia de diabetes, que se diagnostica en mujeres a edades más tempranas, favorece la presencia de diabetes gestacional, los cambios fisiológicos que impone el embarazo dificultan el control de la misma y se asocian con morbilidad y mortalidad perinatal (Ministerio de Salud Pública, 2014).

La importancia de la diabetes, complicando la gestación, depende de tres variables: De su frecuencia creciente, de su efecto deletéreo sobre el embrión y sobre el feto, y de la influencia nociva de la gestación sobre la evolución de la enfermedad. La diabetes gestacional consiste en que la glucosa es transportada libremente a través de la placenta por difusión facilitada. En presencia de hiperglucemia materna, las cantidades excesivas de glucosa llevan a hiperinsulinemia fetal que a su vez causa el crecimiento excesivo, además el exceso de insulina en la circulación fetal puede retrasar la maduración pulmonar. Según la American pregnancy association, en el caso de la macrosomía el bebé crece más que proporcional debido al exceso de insulina cruzando la placenta.

Placenta previa.- Otros de los riesgos que enfrenta la adolescente dentro del embarazo, es la placenta previa. La placenta previa es uno de los trastornos placentarios y uterinos que es la implantación anormal baja de la placenta, con obstrucción completa o parcial del cuello uterino (Tamez, 2008), esto es un desprendimiento prematuro de la placenta, por lo que parte de ella o su totalidad se adelantan al feto durante la expulsión. Estos trastornos que, entre otras causas, proviene también de la multiparidad (Harmon, 2003).

Dado que la placenta previa responde muy frecuentemente a la necesidad de un aporte mayor de sangre para el desarrollo fetal, esta es más extensa y delgada de lo habitual que en las gestaciones normales. Para las pacientes con placenta previa, los riesgos incluyen mala presentación fetal, rotura prematura de membranas pretérminos, vasa previa e inserción vellamentosa del cordón umbilical. El riesgo aumenta a medida que aumenta el número de partos, por lo que es más frecuente en la múltipara que en la primípara, elevando su incidencia con la edad de la grávida y con el reducido intervalo entre los embarazos.

Preeclampsia.- Las madres adolescentes corren el mayor riesgo de presentar preeclampsia durante el embarazo, que es la hipertensión arterial y proteína en la orina después de la semana 20 de gestación. En la preeclampsia, la hipertensión es un signo relativamente precoz, aunque secundario, que generalmente precede al inicio de la proteinuria. Para confirmar el diagnóstico, es preciso buscar la existencia de algunos de los signos acompañantes de preeclampsia:

- Edemas generalizados.
- Aumento ponderal excesivo, alrededor de 1kg por semana.
- Retraso del crecimiento fetal.
- Signos analíticos frecuentes: hemoconcentración, hiperuricemia, plaquetopenia, proteinuria, hipocalciuria, entre otros.

En las etapas más avanzadas de preeclampsia, puede haber también un incremento de la creatinina plasmática, esto es un indicativo de compromiso renal grave (Bonilla-Musoles & Pellicer, 2007).

Hemorragia postparto.- Es la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. Además de esta precisión, en algunos casos presenta problemas de subjetividad al momento de que el clínico subestime las cifras, por lo tanto es necesario añadir que la hemorragia postparto es un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas o signos evidentes de hipovolemia. Esta hemorragia puede ser precoz, que se da dentro de las 24 horas después del parto; y la tardía que acontece pasadas las 24 horas tras el parto hasta 6 semanas después del mismo (Karlsson & Pérez, 2009).

Una de las causas de la hemorragia postparto incluyen la atonía uterina, que es la más frecuente, siendo la responsable del 80% al 90% de las HPP. Al igual que las otras complicaciones de riesgo en el embarazo, este se da, entre otros factores, por la gestación múltiple, la misma que provoca un agotamiento muscular. La atonía

uterina es cuando existe un fallo en la instauración de las contracciones del miometrio, por lo que no se producen las ligaduras vivientes de Pinard. Todo esto conlleva a una pérdida hemática visible, útero aumentado de tamaño, taquicardia y agitación, palidez y shock materno.

Parto pretérmino.- El parto pretérmino aparece entre la semana 22 y 37 de gestación. La frecuencia de complicaciones derivadas de la prematuridad está asociada al peso del RN; sin embargo, las posibilidades de supervivencia están influidas por la EG y la madurez, más que por el peso. Se ha observado que cuanto menor es la tasa de EG, existe mayor riesgo de morbilidad perinatal, al igual que la materna también se ve aumentada. Los factores de riesgo son múltiples, que van desde la edad de la gestante, nutrición, actividad física, gestación múltiple, entre otros (Lombardia & Fernández, 2009).

Inicios de la sexualidad y reproducción en Ecuador

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas. Están relacionados entre sí y coexisten en la vida de los seres humanos, en sus cuerpos y mentes. Los derechos sexuales y derechos reproductivos en este Plan se evidencian en acciones integrales de calidad de salud sexual y salud reproductiva para todas las personas, sin discriminación alguna.

Desde esta perspectiva, la vivencia de la sexualidad y los derechos sexuales y derechos reproductivos de los adolescentes, es una tarea que debe ser abordada desde varias dimensiones que comprometen al Estado y a la sociedad, para desarrollar colectivamente una cultura de corresponsabilidad en el ejercicio de

derechos. Según el censo 2010, el 20.3% de la población ecuatoriana es adolescente; el 10.6% corresponde a la adolescencia temprana, mientras que el 9.8% corresponde a la tardía. El 49% son mujeres y el 51% son hombres; de estos, el 60.6% reside en el área urbana y el 39.4% se ubica en el área rural. Cuatro de cada diez en el área urbana y 8 de cada diez en el área rural son pobres; y cerca de la mitad de ellos viven en la pobreza extrema.

Si se analiza las tasas de embarazo del país, dos de cada tres adolescentes son madres las mismas que están entre 15 y 19 años y no cuentan con un nivel educativo. La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y sin protección. 39.2% de adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado su vida sexual activa. De éstas, se estima que un 18.3% ya tiene por lo menos un hijo, cifra que ha aumentado cinco puntos porcentuales comparado con el 13.3% en el 2004.

Por otro lado, la información sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva, es mayor en mujeres con elevado nivel de instrucción académica, lo cual sobrepasa el 80% en mujeres con instrucción secundaria completa o instrucción superior. La información sobre anticoncepción de emergencia es menor a los otros temas en todos los niveles de instrucción. La principal fuente de información en temas de sexualidad es la escuela y el colegio.

Así mismo, el 67.7% de mujeres de 15 a 24 años no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las principales razones del no uso son: no esperaba tener relaciones sexuales, no conocía los métodos anticonceptivos y no pudo conseguirlos. La mayoría de mujeres, el 27.3% tuvieron relaciones con parejas de su misma edad entre 15 y 17 años, el 26.8% entre 20 y 22 años, y el 7.8% con personas de 30 años o más. También es conocido que el 7.5% de embarazos

termina en aborto, además de que las adolescentes que se embarazan, el 44.3%, interrumpen sus estudios y no vuelven a estudiar (MSP, 2012).

Según el MAIS (Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud) y a la Guía de Supervisión “Salud de Adolescentes” del MSP, la atención a adolescentes será integral: biopsicosocial, y familiar con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, utilizando espacios y estrategias educomunicacionales acorde a sus intereses y necesidades socioculturales (MSP, 2012)

Planificación familiar

Se entiende que la planificación familiar es el conjunto de prácticas que puede ser utilizada tanto por las mujeres o por los hombres o a su vez una pareja de potenciales progenitores, que se orientan básicamente al control de sus vidas sexuales y reproductivas mediante el uso de métodos anticonceptivos en la actividad de relaciones coitales (OMS, 2018).

Uno de los objetivos primordiales de la planificación familiar es engendrar o no engendrar hijos y, en su caso, decidir sobre el número de descendientes que desean tener, el momento, las circunstancias, estas pueden ser sociales, económicas y personales, en las que se busca el deseo de tenerlos.

Además de esto, dentro de la planificación familiar se incluye la educación sexual, prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento

antes de la fecundación, durante el embarazo y parto, así como el tratamiento de la infertilidad mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

La planificación familiar a veces se usa como un sinónimo de control de la natalidad. En ese sentido los servicios médicos de planificación familiar facilitan información sobre los distintos métodos anticonceptivos y ofrecen asistencia médica especializada para conseguir espaciar los embarazos deseados y de esta manera se evita los embarazos no deseados.

2.1.1 Marco conceptual

Embarazo En La Adolescencia.-

Es el estado de gestación que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia, la cual se establece entre los 10 y 19 años de edad (Bezerra, Oliveira, & Araujo, 2014)

Sexualidad precoz.-

La actividad sexual precoz constituye una conducta de riesgo en los adolescentes. La actual liberación de las costumbres y la trivialización del uso de métodos anticonceptivos llevan a muchos adolescentes, todavía muy jóvenes, a vivir relaciones sexuales precoces. Estas se realizan con frecuentes cambios de pareja y sin ninguna clase de proyecto. A veces las promueven los medios de comunicación, la música, los educadores en nombre del derecho al placer o con el pretexto de que permiten al joven instruir su deseo a través de la práctica y comenzar así un proceso de maduración (Disaia & Creasman, 2002).

Educación sexual y reproductiva.-

Las instituciones juegan un rol muy importante y fundamental en el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Cuando aquellas incorporan positivamente este concepto, basándose en el desarrollo de la autodeterminación, se producen cambios positivos, tal como se pueden ver en algunas experiencias demostrativas tanto en el campo de la familia, la escuela y los servicios de salud (Chávez, Guerrero, Espinoza, & Ayzanoa, 2007).

Adolescencia.-

Periodo de la vida de la persona donde entiendo que aparece su pubertad y finaliza su infancia, comienza una vida adulta el desarrollo de su organismo. Esto comienza desde los 10 años y su término a los 19 (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Entorno familiar.-

Es lo que rodea a una persona, son personas que forman parte de la familia, como por ejemplo: mama, papa, hermanos, abuelos, etc.

Multiparidad.-

Condición de una mujer que ha tenido dos o más embarazos previos. Estas mujeres están más predispuestas a accidentes del parto y a algunas de las enfermedades del embarazo (Oxford-Complutense, 2006)

Planificación familiar.-

Es la utilización de métodos anticonceptivos para limitar el número de hijos de una pareja. Suministrar a una comunidad o país métodos anticonceptivos acompañados de consejo genético (Oxford-Complutense, 2006).

2.1.2 Antecedentes investigativos

Un estudio realizado por Marisol Torres y Patricia Gonzales, llamado “Antecedentes teóricos y empíricos del uso de métodos de planificación familiar, se resumen las principales determinantes que inciden en el uso de métodos de planificación familiar. Dentro de la evidencia empírica se encuentra, que en Colombia el método de anticoncepción es de conocimiento general, existiendo un elevado uso de métodos de planificación familiar por parte de las mujeres casadas o unidas, y de las sexualmente activas. Así mismo, en las adolescentes, se establece que aunque el uso de métodos de planificación ha aumentado en la última década, continua siendo bajo. Adicionalmente para América Latina y el Caribe se observa que el uso de anticonceptivos ha aumentado considerablemente en las últimas dos décadas aunque de manera heterogénea.

Otro estudio realizado por las autoras Laís Bezerra, Keila Oliveira, Thatiana Araujo. Maestra en ciencias y salud por la Universidad Federal de Piauí, en Brasil; Doctora en Salud Publica por la Universidad de Sao Paulo, Brasil y; Graduada de enfermería por la Universidad Federal de Piauí, en Brasil, respectivamente, con el tema “Multiparidad entre adolescentes y jóvenes y factores de riesgo en Teresina/Piauí”. El objetivo: analizar los factores asociados a la multiparidad en la juventud. Métodos: se trata de estudio transversal, con muestra accidental, realizado con jóvenes de Teresina que finalizaron un embarazo en el primer cuatrimestre de 2006, cuando tenían entre 15 y 19 años de edad. La recolección de los datos se hizo en el año

2008 por medio de la identificación de las jóvenes en los registros de las maternidades y posterior contacto para la entrevista. En los resultados se realizó una entrevista a 464 jóvenes, de las cuales aquellas con mayor propensión a la multiparidad tenían entre 20-22 años (1,6 veces) ($p=0,046$), no estudiaban (3,5 veces) ($p<0,001$). En conclusión, la multiparidad en la juventud está fuertemente asociada a factores socioeconómicos desfavorables, siendo imprescindible ofrecer a las jóvenes, además de la correcta información, acceso a métodos anticonceptivos, la posibilidad de insertarse al sistema de educación y al mercado laboral, favoreciendo la renta, disminuyendo la dependencia financiera y más autoconfianza y autoestima.

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis general

La falta de uso de métodos anticonceptivos y consejería efectiva sobre planificación familiar en la madre adolescente, está provocando embarazos múltiples en las mismas.

2.2.2 Hipótesis específicas

- Existe alguna relación entre el bajo nivel socioeconómico y los embarazos múltiples en adolescentes.
- Los bajos o nulos niveles de escolaridad tienen relación con el embarazo múltiple en adolescentes

- La poca o nula educación sexual en las instituciones educativas provoca el embarazo en adolescentes.
- El núcleo familiar con antecedentes de embarazos múltiples a temprana edad son determinantes que influyen en el embarazo en adolescentes.

2.3 Variables

2.3.1 Variables Independientes

Multiparidad

2.3.2 Variables Dependientes

Planificación familiar en mujeres adolescentes.

2.3.3 Operacionalización de las variables

Variables	Dimensión	Indicador	índice	Medición
Independiente: Planificación familiar	Salud sexual y reproductiva	Tasa de fecundidad Uso de métodos anticonceptivos Porcentaje de personas que conocen MPF Acceso a métodos contraceptivos	Índice de natalidad	Índice de natalidad= $\frac{\text{Nº nacidos vivos}}{\text{población total}}$
Dependiente: Multiparidad en adolescentes	Distribución por edades	Edad media de la fecundidad	Índice de población adolescente	Pirámide poblacional
	Condición socio-económica	Acceso a educación Capacidad económica Acceso a vivienda Hacinamiento Acceso a servicios básicos	Índice de pobreza por NBI	Hogares que tengan uno o más deficiencia en los indicadores
	Embarazos	Numero de gestaciones Intervalo de gestaciones	Índice de embarazo en adolescentes	Población de mujeres adolescente con al menos tres nacido vivos

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

Método de estudio transversal.- El método de estudio transversal, se define como el diseño de investigación basado en la investigación observacional, individual, que mide una o más características en un momento dado. La información que se recolecta en el presente y, en ocasiones, a partir de características o experiencias pasadas de los individuos. Para este estudio se optó por el muestreo accidental, el cual consiste en la obtención de datos de los casos ocurridos en un determinado periodo de tiempo.

Método Deductivo.- Al inicio de la realización de la investigación será necesario basarse en la premisa de que la multiparidad y su relación con la planificación familiar tiene efectos negativos en la salud de la paciente y el feto o recién nacido.

Método Descriptivo.- El objetivo de la investigación es evidenciar que la multiparidad, tiene una estrecha relación con la falta de planificación familiar.

3.2 Modalidad de investigación

Cuantitativa.- El presente proyecto de investigación se ha basado en la modalidad de investigación cuantitativa, la cual se orienta al estudio de las variables que son susceptibles de medición y del análisis estadístico, es decir, se sitúa en un enfoque de características cuantitativas.

3.3 Tipo de Investigación

Investigación Documental

La investigación documental es muy importante, especialmente para la obtención de datos estadísticos, antecedentes, y situación actual del tema en estudio. Fue necesaria también información acerca de estudios anteriores sobre el tema de en investigación.

Investigación de Campo

Por medio de la investigación de campo se reúne la información necesaria recurriendo fundamentalmente al contacto directo con los hechos o fenómenos que se encuentran en estudio, ya sea que estos hechos y fenómenos estén ocurriendo de una manera ajena al investigador o que sean provocados por éste con un

adecuado control de las variables intervinientes; en la investigación de campo se recurre a recabar datos directamente de las personas que los tienen. De esta manera, se busca la efectividad de la aplicación del método, registrando en forma sistemática los resultados que se van observando.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.4.1 Técnicas

La elaboración del perfil de proyecto de investigación se realizara a partir de la revisión bibliográfica y de revistas médicas obstétricas y ginecológicas publicadas en bases de datos que se encuentran accesibles en el google académico lo que permitirá el análisis de la situación actual, con el propósito de conocer a profundidad la multiparidad, sus causas, riesgos y la relación con la anticoncepción mediante la observación de estudios anteriores y entrevistas realizadas.

3.4.2 Instrumentos

Así mismo, para el trabajo de campo se elaboró una hoja de recolección de datos diseñada para obtener la información en base a las variables (ver formulario en el anexo).

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población

La población está comprendida por 2.782 pacientes embarazadas, las edades oscilan entre los 10 y 49 años de edad, mismas que acudieron a la consulta prenatal del Hospital León Becerra Camacho durante el período del 2017.

3.5.2 Muestra

Para este caso se procederá a realizar el muestreo aleatorio simple, con el fin de obtener una muestra de la población total de mujeres embarazadas que sean adolescentes y multíparas. Para esto se hará uso de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{e^2}$$

En donde:

N= tamaño de la población

1 - α = 95%

Z = valor probabilístico dado por el nivel de confianza

e = intervalo de confianza o error máximo permitido

p = varianza de la proporción

q = 1 - p

n= tamaño de la muestra

Para el cálculo, se toman los valores de los datos obtenidos en la recolección de la información de mujeres embarazadas registradas durante el año 2017 en el Hospital León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

$$n = ?$$

$$N = 2782$$

$$1 - \alpha = 95\%$$

$$Z = 1.96$$

$$e = 3\% = 0.03$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

Calculando:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.03)^2}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.25}{(0.03)^2} = \frac{0.96}{0.0009} = 1.067$$

Ajuste:

$$\frac{\frac{1067}{1 + (1067 - 1)}}{2782} = \frac{\frac{1067}{1 + 1066}}{2782}$$

$$\frac{1067}{1 + 0.3831} = \frac{1067}{1,3831} = 771,45$$

Análisis:

Para una población de 2.782 mujeres embarazadas, el tamaño de la muestra es de 771,45 basado en un nivel de confianza de 95% con un margen de error o intervalo de confianza de 3%. Lo que significa que se ha obtenido el número de muestra deseado, donde 771,45 corresponde al número de mujeres adolescentes embarazadas, comprobando que la recolección de datos ha sido acertada.

3.6 Cronograma del Proyecto

Nº	Meses Semana	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
		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	Selección de Tema						x																		
2	Aprobación del tema								x																
3	Recopilación de la Información								X	x	x	x	x	x	x						x				
4	Desarrollo del capítulo I								x	x	X														
5	Desarrollo del capítulo II										x	x	x												
6	Desarrollo del capítulo III												X	x	X										
7	Elaboración de las encuestas								x	x															
8	Aplicación de las encuestas													x	X						X				
9	Tamización de la información													x	x						X				
10	Desarrollo del capítulo IV																X	x							
11	Elaboración de las conclusiones																	x	X						
12	Presentación de la Tesis																				X				
13	Sustentación de la previa																X								
14	Sustentación																							x	

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos Humanos

RECURSOS HUMANOS	N°
INVESTIGADOR	1
TUTORA DE TESIS	1
PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO	1
TOTAL	3

3.7.1 Recursos Económicos

RECUSOSO ECONOMICOS	INVERSIÓN
SEMINARIO DE TESIS	0
TESIS	0
PRIMER MATERIAL ESCRITO EN BORRADOR	10
MATERIAL BIBLIOGRAFICO	5.99
COPIAS A COLORES	15
FOTOCOPIA FINAL	15
FOTOGRAFIAS	5
EMPASTADA	2.50
ALQUILER DE EQUIPO DE INFORMATICA	0
MATERIAL DE ESCRITORIO	15
ALIMENTACION	35
MOVILIZACION Y TRANSPORTE	60
TOTAL	163,49

CAPITULO IV

4. Resultados de la investigación

4.1 Resultados obtenidos de la investigación

Durante el año 2017 fueron atendidas en el Hospital León Becerra Camacho en la ciudad de milagro, la cantidad de 2.782 gestantes. Dónde: 35 de los embarazos corresponde a mujeres de 10 a 14 años, mientras que 763 corresponden a mujeres de 15 a 19, en total los embarazos en adolescentes son de 798 mujeres; 883 son de 20 a 24 años y; 1.101 embarazadas son de 25 a 49 años.

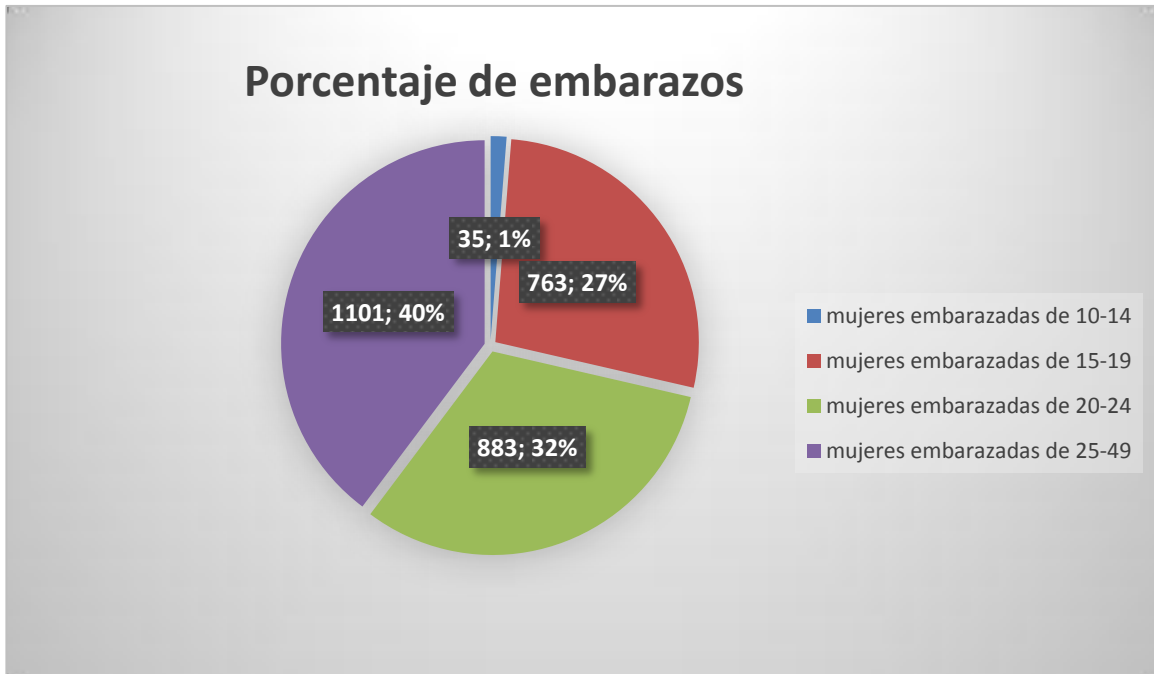


Grafico 1: porcentaje promedio de embarazos en mujeres de 10 a 49 años.

Fuente: Hospital León Becerra Camacho 2017-Milagro

Elaboración propia

De acuerdo a la teoría señalada, se estima que a nivel nacional la tasa de madres adolescentes está representada en un 23,3%, mientras que, los datos obtenidos en la muestra reflejan un porcentaje similar correspondiente a 28,68%, siendo este porcentaje el resultado del total de adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, lo cual representa aproximadamente 5 puntos mayores a la tasa nacional.

Así mismo, se obtuvo una sub muestra realizada por la autora, donde se pretende estimar el porcentaje de las adolescentes embarazadas multíparas atendidas en el Hospital León Becerra Camacho. Para lo cual se logró llenar una ficha de datos con 113 mujeres del total de la población que se obtuvo como fuente principal específica de entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas.

4.2 Análisis e interpretación de datos

Para el análisis de los datos se tomara en cuenta los resultados obtenidos mediante el llenado de la ficha de datos que se realizó con 113 mujeres embarazadas durante su asistencia al control prenatal en el Hospital León Berrera Camacho.

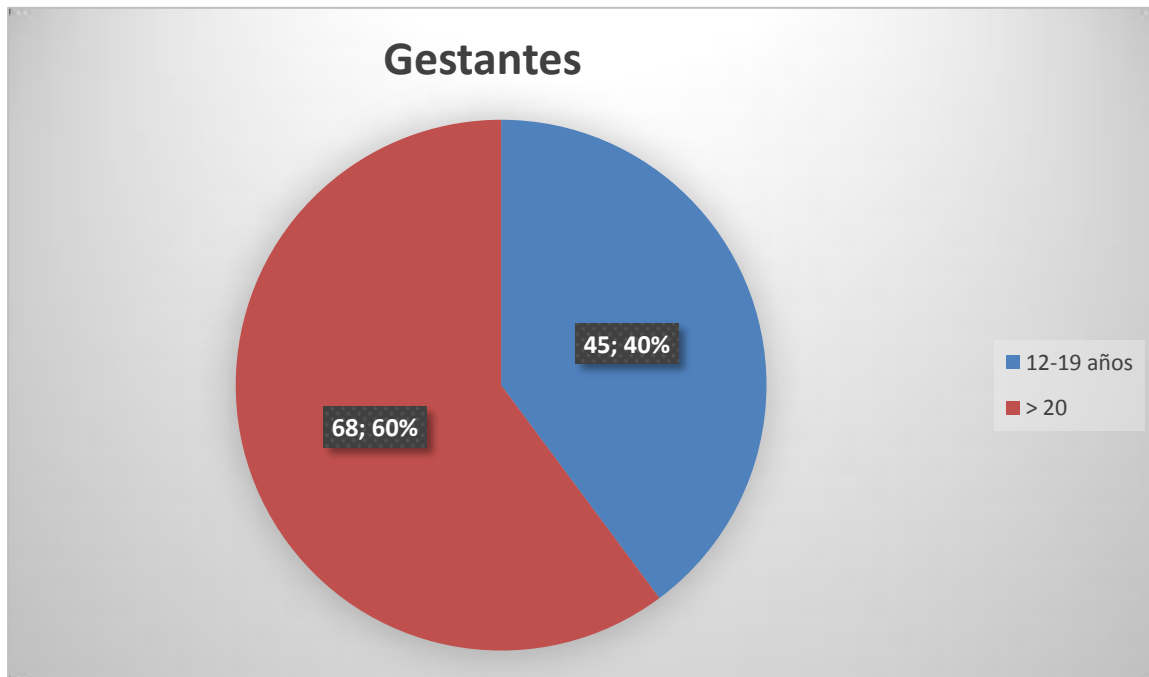


Gráfico 2: porcentaje de embarazos en adolescente de un grupo etario de 12 a 19 años.

Fuente: ficha de datos de la investigación de campo

Elaboración propia

Conforme al resultado obtenido se observa que de las 113 gestantes, que solo 45 son adolescentes de 12 a 19 años, lo cual representa el 40% de la muestra obtenida.

En la siguiente tabla se presenta el número de hijos que le corresponde a estas 45 gestantes que se encuentran en un rango de 12 a 19 años de edad y acudieron al control prenatal.

Tabla 3: Distribución del número de gestantes adolescentes según la edad y promedio de gestaciones.

Edad de mujeres gestantes(años)	Número de mujeres	Número promedio de hijos
12	1	1
13	1	1
14	2	2
15	6	1
16	6	2
17	10	2
18	9	3
19	10	3

Fuente: ficha de datos de la investigación de campo
Elaboración propia

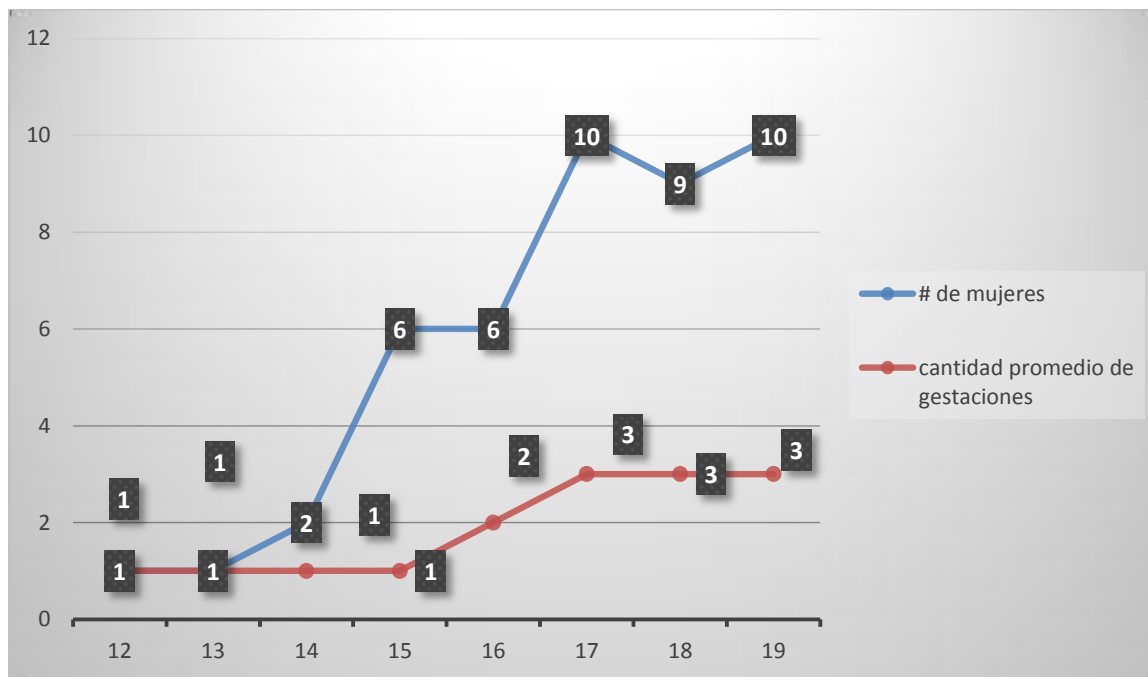


Gráfico 3: Distribución de gestantes adolescentes desagregadas por edad y promedio de gestaciones.

Fuente: ficha de datos de la investigación de campo
Elaboración propia

De acuerdo a los resultados del gráfico 3, se puede evidenciar que el mayor número de mujeres adolescentes embarazadas comprenden las edades de 17 y 19 años, mientras que el mayor número de gestaciones en promedio 3 se concentra en mujeres de 19 años. El número promedio total de hijos o gestaciones que tienen las adolescentes de 12 a 19 años es de 1 a 3.

Así mismo, se evaluó el nivel de instrucción académica de las 45 adolescentes gestantes, con el fin de analizar la relación que existe entre el grado de educación y el conocimiento de uso de métodos anticonceptivos para la planificación familiar y prevención de embarazos múltiples. El detalle en la siguiente tabla:

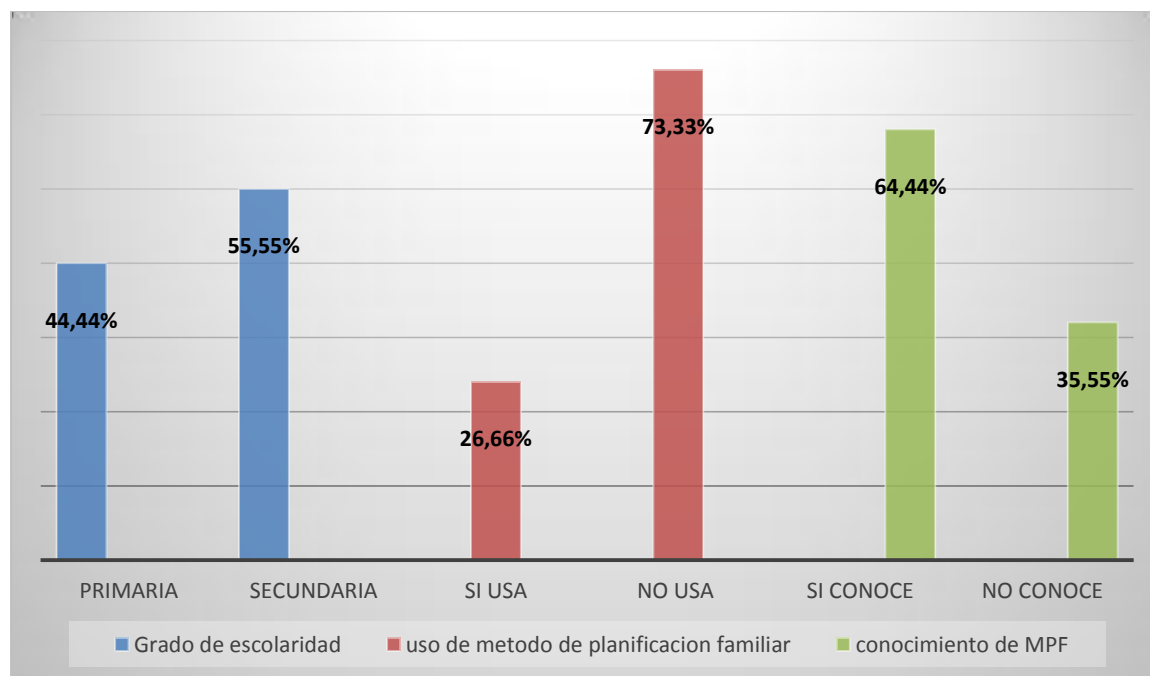


Grafico 4: Porcentajes de instrucción escolar y uso de métodos y de conocimientos anticonceptivos.

Fuente: ficha de datos de la investigación de campo

Elaboración propia

En el gráfico 4 se observa que dentro de la muestra de 45 adolescentes que tienen entre 12 y 19 años de edad, el 44,44% solo llegó hasta la instrucción primaria, mientras que el 55,55% recibió educación secundaria. Así mismo, el 26,66% de las menores asegura usar algún método anticonceptivo para la prevención de futuros embarazos, mientras que el 73,33% no los usa. También se observa que 64,44% tiene algún tipo de conocimiento acerca de las MPF y, un 35,55% desconoce de los tipos de MPF.

A pesar de la gran mayoría de adolescentes tiene conocimientos de los tipos de métodos anticonceptivos, no los usan. Las razones podrían ser por la falta de orientación acerca de los mismos, es decir, saben que existen pero desconocen su uso y aplicación, o en otros casos tienen un conocimiento tergiversado de los métodos para la planificación familiar, como: engordar, pérdida del placer sexual, irritaciones en las partes genitales, esterilidad permanente, corta edad para usarlos, entre otros.

4.3 Conclusiones

En el análisis a las 45 adolescentes que se tomó como referencia de la sub muestra y que pudieron ser entrevistadas durante la atención que recibieron en su periodo gestacional en el hospital León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro en el periodo 2017, se identificó lo siguiente:

1.- El 40% de las gestantes entrevistadas para el llenado de la ficha de datos, son adolescentes con edades entre los 12 y 19 años; y el promedio de gestaciones de las mismas oscilan entre 1 y 2.5 hijos o gestaciones.

2.- La mayor incidencia de estos embarazos se presentó en la adolescencia tardía, esto es entre 17 y 19 años. Este rango corresponde a 29 adolescentes de las 45 entrevistadas.

3.- En el grupo de las adolescentes gestantes más del 70% no usa ningún método de planificación familiar, sin embargo más del 60% asegura conocer por lo uno. Así mismo, vemos que el nivel de instrucción influye en el poco conocimiento de la aplicación y la efectividad de los métodos anticonceptivos.

4.- De acuerdo a la teoría, el porcentaje de madres adolescentes aumenta de manera global, las causas principales son el bajo nivel de escolaridad, iniciación temprana de la vida sexual y la no aplicación y uso de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos y embarazos múltiples en las que ya han gestado por lo menos una vez.

4.4 Recomendaciones

1.- Es importante que la participación de las entidades que se encargan de regular el sistema de educación, adopten medidas formales con materias incluidas en la malla curricular sobre la salud sexual y reproductiva y la prevención de embarazo en la adolescencia.

2.- El sistema de salud pública debe dar seguimiento a las gestantes adolescentes, e informar durante sus controles prenatales sobre métodos anticonceptivos para eliminar en el consciente de la misma toda clase de mitos y tabúes sobre el uso de

anticonceptivos, con el fin de evitar un embarazo previo y mejorar la calidad de vida y de salud de la adolescente.

3.- Mediante la aplicación de medidas preventivas durante el embarazo, disminuir los riesgos de morbilidad tanto de la madre como del producto por nacer. Esto se lo puede hacer por medio de charlas acerca de la alimentación y actividades físicas que la gestante puede realizar, así mismo promover la realización de los controles completos y a tiempo durante la etapa del embarazo.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEÓRICA DE LA APLICACIÓN

5.1 TÍTULO DE LA PROPUESTA

PROGRAMA DE INFORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA LA PREVENCIÓN DE MULTIPARIDAD EN LAS ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO PERIODO 2017

5.2 ANTECEDENTES

Las Jóvenes que viven multiparidad pasan por experiencias complejas que exige la administración concomitante de al menos tres factores: el proceso de madurez, la maternidad y la concepción de hijos. Sin embargo, aunque la primera gestación

pueda no tener desventajas para la adolescente, las maternidades sucesivas pueden causar riesgos para la salud de la madre como del feto o recién nacido.

En esto, como en otros estudios, se detectó asociación entre la multiparidad en la adolescencia y la franja etaria. Datos obtenidos en el análisis multivariado apuntan que las entrevistadas mayores eran más propensas a ser multíparas, lo que es el resultado esperado, considerándose la precocidad de la primera gestación y el mayor tiempo de exposición, aumentando la posibilidad de ocurrencia de nuevo embarazo aun en la juventud.

Respecto al nivel de escolaridad, es muy común ver como las adolescentes que quedan embarazadas por primera vez, desertan del sistema de educación y muy pocas vuelven a insertarse. La situación se torna más grave cuando esto sucede, ya que la adolescente corre mayor riesgo de ser multípara y el proyecto de vida de la joven queda, por lo tanto, comprometido con la maternidad precoz y su repetición.

Por otro lado, el poco uso de métodos anticonceptivos empeora en panorama de las adolescentes multíparas. Según estudios realizados por el Ministerio de Salud, en el Ecuador los jóvenes no utilizan métodos anticonceptivos porque tienen ciertas ideas preconcebidas de amigos, familiares o desinformación en algún medio de comunicación acerca de éstos. En la mayoría de los casos las adolescentes se encuentran con una pareja machista quien prohíbe el uso de estos métodos porque no quieren que engorde, o piensan que esto le da libertad a la mujer para tener relaciones con otros hombres. Así mismo los hombres creen que la vasectomía hace perder la potencia sexual.

Ambas cuestiones reflejan los estereotipos y mitos que existen en torno a la sexualidad en el Ecuador, un país donde la tasa de natalidad disminuye, puesto que las mujeres en edad fértil tienen menos hijos, pero que sin embargo los nuevos nacimientos que existen se concentran en adolescentes desde los 10 años hasta los 19.

En el sistema de salud pública a nivel nacional, el acceso a métodos anticonceptivos es gratuito, sin embargo esto no ha mermado los embarazos no planificados ya que hay mitos sobre su uso. Según el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, indica que los adolescentes pueden y tienen derecho a acudir a un centro de salud pública sin la necesidad de autorización o presencia de un adulto. No solo las mujeres deben prevenir el embarazo, ya que la responsabilidad debe recaer sobre la pareja, para esto, los preservativos de barrera es lo más usado en los varones, que también protegen de las enfermedades de transmisión sexual.

Algunas mujeres, para evitar los anticonceptivos de laboratorios, prefieren los métodos de anticoncepción naturales como el del ritmo, aunque este requiere de disciplina y debe ser usado en una mujer que tenga ciclos menstruales regulares, ya que su debida aplicación tiene una eficacia superior al 90% y aún más cuando se combina con el método de Billings o método del moco cervical, el cual consiste en la identificación del periodo fértil donde existe una secreción producida en el cuello del útero que cambia de características por la acción de hormonas a lo largo del ciclo menstrual.

5.3 JUSTIFICACIÓN

El inicio de la vida sexual en los jóvenes, las prácticas de noviazgo y la ausencia del uso de anticonceptivos, entre otras variables, podrían explicar los casos que se dan en los embarazos adolescentes.

Las instituciones de salud observan al embarazo en adolescente como un problema de salud pública, ya que está estrechamente relacionado a situaciones de riesgo como: prácticas de aborto, en su mayoría clandestino, elevado riesgo de desnutrición del recién nacido debido a la falta de asistencia y control durante el embarazo, incidencia de mortalidad infantil y materna. Además de esto, la adolescente puede ser en la mayoría de los casos, víctima de violencia física por parte de su pareja, ser excluida de los grupos escolares, sufrir marginación por parte de la familia y por consiguiente quedar atrapada en la exclusión social, económica, laboral y educativa.

No obstante, esta situación no puede ser considerada solamente como un problema biológico sino también como un problema social con numerosos segmentos y campos de influencia negativos.

Como resultado de la preocupación por la incidencia de embarazos múltiples en adolescentes en la atención prenatal del Hospital León Becerra Camacho cantón Milagro, es necesario realizar un estudio sobre este fenómeno en zonas poblacionales específica de la localidad con especial atención en el área rural, ya que este sector carece de algunos servicios por lo que la información acerca de la prevención de embarazos es deficiente.

La existencia actual de tal problemática y su efecto negativo en los adolescentes de esta localidad fundamenta la importancia, necesidad y utilidad del tema en cuestión. De modo que la investigación es conveniente porque pretende contribuir a la solución de un problema de interés en el ámbito de salud y social, posee relevancia ya que beneficiara a un gran porcentaje de jóvenes que comienzan su vida dentro del campo pre profesional, curiosidad por la sexualidad, y demás roles dentro de la sociedad.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo General

Determinar los factores prevalentes sobre la multiparidad en adolescentes que acudan al Hospital León Becerra Camacho, con el propósito de implementar un sistema de orientación adecuado para fomentar el uso de anticonceptivos a fin de evitar la reincidencia.

5.4.2 Objetivos Específicos

- Implementar fichas de control de las adolescentes gestantes para darles el debido seguimiento.
- Incrementar la información acerca de las ventajas del uso de anticonceptivos por medio de campañas y charlas a las gestantes.
- Establecer la propuesta de intervención educativa por criterio de expertos

5.5 ASPECTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN

5.5.1 Estructura general de la propuesta

La propuesta está orientada a reducir el número de madres adolescentes múltiparas a por lo menos un 50% del total de pacientes que se atienden en la casa de salud existente según los datos recopilados para esta investigación.

Factores individuales.- Desde la perspectiva que todas las unidades operativas de primer nivel abran sus puertas para brindar atención integral a adolescentes, es necesario analizar las causas por la que algunas adolescentes no acceden a dichos servicios.

En el Ecuador los postulados de la Constitución de la República reconoce en el artículo 66 numerales 2 y 9, el derecho de las personas a una vida digna (Asamblea Nacional, 2008); y entre otras cosas, el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad. Estos derechos se encuentran materializados dentro de los objetivos Nacionales del Buen Vivir, el objetivo 3 que trata de “Mejorar la calidad de vida de la población”, especifica: Aumentar la esperanza de vida de la población, y propone como una de sus metas reducir en 25% el embarazo adolescente y por ende, disminuir la mortalidad materna que en la mayoría de los casos proviene de los riesgos que acarrea el embarazo precoz.

La estrategia para implementar el programa, cuenta con un enfoque de derechos haciendo énfasis en los sexuales y reproductivos, y el dialogo y la participación de los adolescentes. Las líneas de acción son:

- Sistema de información, monitoreo y evaluación
- Involucramiento de las familias de la comunidad
- Participación de los adolescentes
- Participación del Sistema de Educación Superior especializados en el área de obstetricia.

Así mismo, se puede tomar en cuenta una revisión de las experiencias internacionales que muestra intervenciones que han probado ser efectivas en la reducción del embarazo en adolescentes. Lo cual se podría tener como referencia dentro de este estudio y aplicarlo en el marco que compete a la reducción del embarazo en las adolescentes múltiparas.

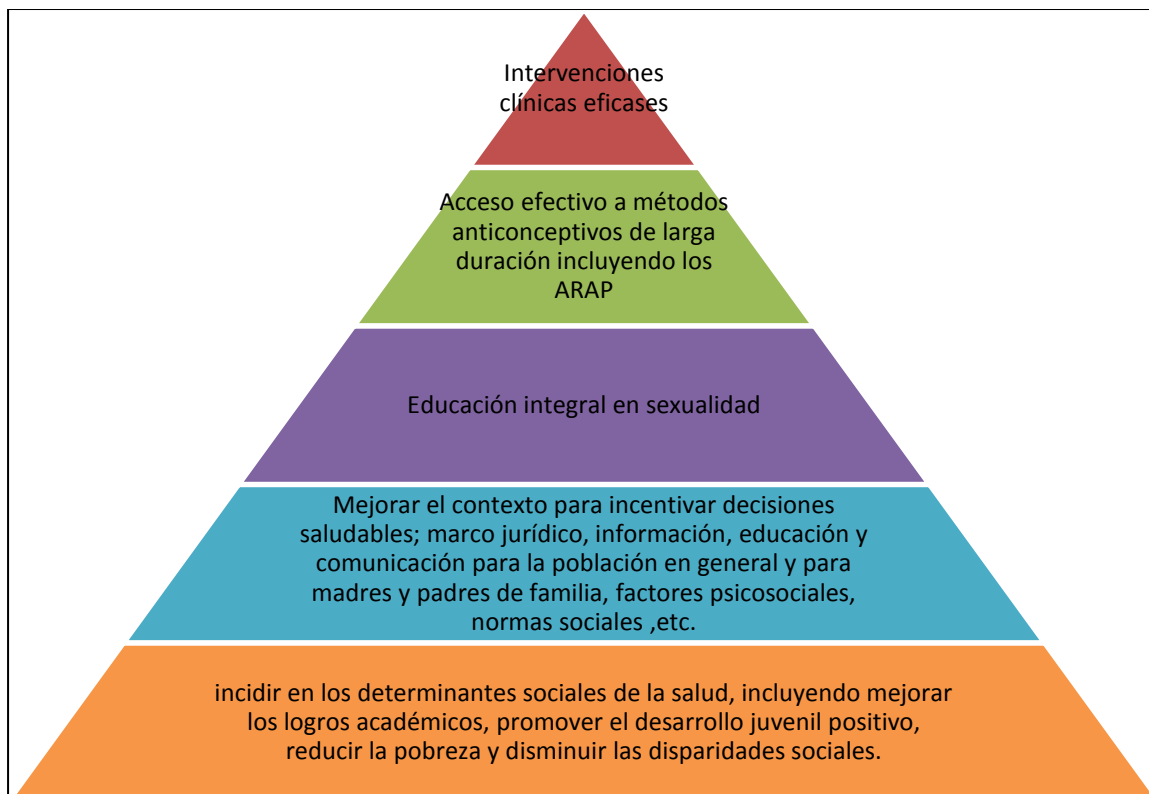


Grafico 5: Niveles de intervención para la prevención de embarazos en adolescentes.

Fuente: ENPEA México <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/98138/ENAPEA>
Elaboración propia

Para lograr los objetivos de la propuesta, es necesario que se lleven a cabo algunas líneas de acción:

- Implementar y sostener durante el tiempo de la campaña de comunicación de derechos sexuales y reproductivos, una visión intercultural adaptada a la adolescencia. Dichas campañas deberán basarse en la evidencia científica y en buenas prácticas de la comunicación e información con la ayuda técnica de los trabajadores de la salud en el área de obstetricia. En la campaña deben emplearse intervenciones innovadoras así como el acompañamiento de materiales impresos y otras actividades culturales, ferias y unidades médicas móviles.
- Asegurar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes con la eliminación de barreras legales, institucionales y culturales.
- Fortalecer las capacidades y espacios de incidencia de las y los adolescentes y jóvenes para la transformación de normas sociales y culturales sobre el ejercicio de la sexualidad y sus derechos sexuales y reproductivos.

5.6 RESULTADOS ESPERADOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN

5.6.1 Alcance de la alternativa

Lógica de la intervención	Indicadores verificables	Fuentes de verificación	Supuestos/factores externos
Disminuir la tasa de embarazo múltiple en adolescentes	Tasa de incidencia de embarazo múltiple en adolescentes	Instituto de estadísticas y censos, estadísticas internas del hospital.	Apoyo de los estudiantes de la facultad de ciencias médicas, especialidad obstetricia
Generar espacios para la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva	Creación de grupos interdisciplinario, realización de charlas reflexivas en base al tema objeto de debate	Realización de cronograma de actividades, registro de actas de asistencia, fotografías.	Apoyo de médicos especialistas en salud sexual y reproductiva
Orientar en la responsabilidad de del embarazo precoz múltiple y el uso de anticonceptivos	Promover mayores conocimientos de riesgos y alternativas	Realización de cronograma de charlas y campañas.	Elevar el canal de comunicación

Teniendo en cuenta que la demanda efectiva es aquella ya existente en la actualidad que no cuenta con la intervención de una planificación familiar y además no hace uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados, el propósito del programa se cumple a cabalidad mientras se logre inculcar en la mayoría de las

adolescente múltiparas mediante la información, educación sexual, consejería, inclusión para la tomas de decisiones sobre su sexualidad y reproducción, los objetivos del desarrollo integral para una mejora en la calidad de vida.

Así mismo se espera que las adolescentes que hayan desertado del sistema de educación, puedan reingresar a los establecimientos educativos para fortalecer las capacidades y potencialidades de las madres jóvenes, contemplando así, este proyecto, como multidisciplinario promoviendo impactos a largo plazo, puesto que este tipo de acción incide directamente en la baja probabilidad de embarazos consecutivos.

La calidad del programa dependerá también de la prioridad y el compromiso de las instituciones que intervienen en el proceso de información y prevención a nivel comunitario. Por lo que el sector salud no puede estar desligado del sector educación, sector de inclusión social y la comunidad en general.

BIBLIOGRAFIA

- Asamblea Nacional. (2008). *Constitucion de la República* . Quito: El Telégrafo.
- Bezerra, L., Oliveira, C., & Araujo, T. (2014). Multiparidad entre adolescentes y jovenes y factores de riesgos en Teresina. *Adolescencia y salud*, 51-62.
- Bonilla-Musoles, F., & Pellicer, A. (2007). *Obstetricia, reproducción y ginecología básicas*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Botella, J., & Clavero, J. (1993). *Tratado de Ginecología. Fisiología, Obstetricia, Perinatología, Ginecología, Reproducción*. Madrid: Díaz de Santos S.A.
- Cabezas, E. D. (2002). Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. *Rev cubana Obstet Ginecol*, 1-6.
- Campos, P., Sanmartí, N., Torres, M., Mingo, B., Fernandez, M., & Boixaderas, N. (2002). *Biología 2*. Barcelona: Ediciones VINCES VIVES, S.A.
- Chávez, S., Guerrero, R., Espinoza, J., & Ayzanoa, G. (2007). *Concepciones y percepciones sobre los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia*. Lima: Nova Print SAC.
- datosmacro.com. (27 de Agosto de 2018). *datosmacro.expansion.com*. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/ecuador>
- datosmacro.com. (1 de Agosto de 2018). *Expansión/Datosmacro*. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/natalidad/ecuador>
- Disaia, p., & Creasman, W. (2002). *Oncología, Ginecología Clínica*. Madrid: Harcourt,S.A.
- Dra Williamson, N. (2013). *Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto de embarazos en adolescentes*. Nueva York: UNFPA.
- Durán, H., & Fernández, J. (1998). *Superpoblación: Encuentro con las academias nacionales de medicina Ibero-Americanas de Portugal y reales academias españolas de distrito*. Madrid: Taravilla.
- Ebensperger, D. E. (2018). A propósito de intervalo intergenesico. *Revista chilena obstetricia y ginecologica*, 1-2.
- El Universo. (2 de Noviembre de 2014). Madres a una edad cada vez más temprana en Ecuador. *El Universo*, págs. <http://www.eluniverso.com/noticias/2014/11/02/nota/4174366/madres-edad-cada-vez-mas-temprana>.

enfermedades, C. p. (s.f.). *Planificación familiar*.

GAD Milagro. (2015). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDYOT) cantón Milagro*. Milagro: Municipio de Milagro.

García, A. (18 de mayo de 2018). Ecuador, tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años. *El Comercio*, págs. 1-2.

Ginecología, R. c. (2017). Reembarazo en la adolescencia: Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005-2015. 361-372.

Harmon, G. (2003). *Manual de embarazo y parto de alto riesgo*. Madrid: S.A. ELSEVIER ESPAÑA.

internacional, P. (2017). *Embarazo adolescente*.

Jejeebhoy, S., Bloom, D., & Edmeades, J. (2016). El rostro del futuro. En *Estado de la población mundial* (págs. 4-11). Nueva York: UNFPA .

Karlsson, H., & Pérez, C. (2009). Hemorragia postparto. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 159-167.

Lombardia, J., & Fernández, M. (2009). *Ginecología y Obstetricia: manual de consulta rápida*. Buenos Aires: médica panamericana.

López, N. (2003). *Curso de educación afectivo-sexual* . Coruña: Netbiblio,S.L.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional). Guía de Práctica Clínica*. . Quito: Dirección Nacional de Normatización Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *PLAN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA*. Quito: Viceministerio de Gobernanza de Salud Pública .

Monroy, A. (2004). *Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: PAX México.

Moura, L., Gomes, K., Sousa, C., & Maranhão, T. (2014). Multiparidad entre adolescentes y jóvenes y factores de riesgo en Teresina/Piauí. *Adolescencia & salud*, 51-62.

MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública.

MSP. (2015). *Riesgo Obstetrico*. zona 5:
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%20%20-%20CLASIFICACION%20DE%20RIESGOS%20OBST%20TRICOS.pdf>.

MSP. (2016). Guia Practica Clinica. En *Control Prenatal* (págs. 10-24).

mundotkm.com. (2018). ¿Cuál es la situación de embarazo adolescente no planificado en Argentina? *Mundo.tkm*, 1-2.

OMS. (2014). *ESTRATEGIAS PARA LA PROGRAMACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR POSTPARTO*. OMS.

OMS. (2018). *EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA*. OMS.

OMS. (2018). *PLANIFICACION FAMILIAR*. OMS.

OMS, UNICEF, ONU. (23 de febrero de 2018). *www.who.int*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

OPS;OMS;UNICEF. (8 de febrero de 2018). <https://www.paho.org>. Obtenido de www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=360

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud adolescente*. Ginebra: OMS.

Oxford-Complutense. (2006). *Diccionario Oxford-Complutense: Enfermería*. Madrid: Complutense.

Parkin, M. (2007). *Macroeconomía 7ma edición*. Mexico: Pearson Educacion .

Pick, S., & Givaudan, M. (2016). *Soy Adolescente*. Londres: HOUSE, Grupo Editorial.

Salinas, S., Dolores, C. M., & Fernandez, C. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Panamá: UNICEF.

Salud, D. G. (2013). GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. En D. d. Salud, *MANUAL DE ORIENTACIÓN ANTICONCEPTIVA* (págs. 24-119). URUGUAY.

SETEP. (2014). *Estrategia nacional para la igualdad y la erradicación de la pobreza*. Quito: Editogram.

Sierra, T., & Mier, P. (2007). *Adolescencia: Riesgo total*. México: Panorama Editorial,S.A de C.V.

Stem, C. (2014). *Prolemas de una adolescente embarazada*.

Susacasa, S. (2018). Análisis de factores sociodemograficos como determinantes de la multiparidad. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 113-117.

Tamez, R. N. (2008). *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal: Asistencia del recién nacido de alto riesgo*. Buenos Aires: Medica Panamericana S.A.

UNFPA. (2014).

- UNFPA. (28 de Febrero de 2018). *http://lac.unfpa.org*. Obtenido de <http://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>
- UNICEF. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011: La adolescencia una época de oportunidades*. New York: UNICEF.
- Valdés, L. M. (2000). *Población reto del tercer milenio : introduccion a la demografía*. México: UNAM.
- Valera, J. (2009). *El embarazo en la adolescencia* . Lima: INDECOPI-PERU.
- Velasco, M., Carrera, G., & Encala, E. (2016). Protección contra la violencia y la discriminación. En *Niños y adolescencia desde la intergeneracionalidad Ecuador 2016* (págs. 113-114). Quito: Observatorio Social del Ecuador.
- Yapur, M. E. (2009). *Análisis y Elaboración de una Base de Datos realizada según el Censo de Equipos Electrónicos para Uso Médico del Hospital León Becerra de Milagro*. Guayaquil: ESPOL.

ANEXOS

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General
¿Cómo se relacionan la multiparidad y la planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el hospital León becerra Camacho milagro periodo 2017?	Establecer la relación entre la multiparidad y la planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el hospital León Becerra Camacho milagro periodo 2017.	La falta de orientación familiar y consejería efectiva, sobre planificación familiar en la madre adolescente está provocando embarazos consecutivos en las mismas.
Problemas derivados	Objetivos específicos	Hipótesis específicas
¿Cuál es la prevalencia de embarazo en mujeres adolescentes atendidas en el hospital León becerra Camacho milagro periodo 2017?	Establecer la incidencia de embarazo en mujeres adolescentes atendidas en el hospital León becerra Camacho milagro periodo 2017	Existe alguna relación entre el nivel socioeconómico bajo y los embarazos en adolescentes. La deserción escolar tiene relación con el embarazo en adolescentes
¿Cuál es el nivel de conocimientos de planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el hospital León becerra Camacho milagro periodo 2017?	Determinar el nivel de conocimientos acerca de planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el hospital León becerra Camacho milagro periodo 2017	La falta de educación sexual en las instituciones educativas provoca el embarazo en adolescentes.
¿Cómo disminuir la relación entre multiparidad y planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el hospital	Diseñar una estrategia que permita disminuir la relación entre multiparidad y planificación familiar en mujeres adolescentes	El núcleo familiar con antecedentes de embarazos precoz (abuela, madre, hija) son determinantes que

León becerra Camacho milagro periodo 2017?	atendidas en el hospital León becerra Camacho milagro periodo 2017.	influyen en el embarazo en adolescentes.
--	---	--

Ficha de datos realizada a madres embarazadas atendidas para el control prenatal.

N°	EDAD	NIVEL DE EDUCACION	USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	TIPO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	CONOCE ALGUN MPF	PARTOS	ABORTOS	GESTAS TOTALES	
1	31	PRIMARIA	NO		SI	3	2	5	
2	20	BACHILLER		SI	INYECTABLE	SI	2	1	3
3	37	PRIMARIA	NO		SI	3	1	4	
4	17	PRIMARIA	NO		SI	2		2	
5	22	SECUNDARIA		SI	INYECTABLE	SI	4	2	6
6	26	PRIMARIA		SI	ACO	SI	3		3
7	20	SECUNDARIA	NO		SI	2	2	4	
8	34	PRIMARIA	NO		SI	4		4	
9	20	NINGUNO	NO		SI	2	1	3	
10	25	EDUCACION MEDIA	NO		SI	3		3	
11	25	SECUNDARIA		SI	ACO	SI	3		3
12	19	PRIMARIA	NO		SI	2	1	3	
13	21	PRIMARIA	NO		SI	3		3	
14	15	SECUNDARIA	NO		NO	1		1	
15	25	PRIMARIA		SI	ACO	SI	4		4
16	17	SECUNDARIA	NO		NO	1	1	2	
17	17	SECUNDARIA	NO		NO	2		2	
18	17	PRIMARIA	NO		NO	1	1	2	
19	27	SECUNDARIA	NO		SI	3	1	4	
20	26	SECUNDARIA	NO		SI	5		5	
21	19	SECUNDARIA		SI	PRESERVATIVO	SI	1	1	2
22	26	PRIMARIA	NO		NO	2		2	
23	22	SECUNDARIA	NO		SI	5	1	6	
24	24	SUPERIOR	NO		SI	2		2	
25	21	PRIMARIA	NO		SI	3		3	
26	14	SECUNDARIA	NO		NO	1	1	2	
27	22	SECUNDARIA		SI	ACO	NO	1		1

28	22	SECUNDARIA		SI	INYECTABLE	SI	3		3
29	17	PRIMARIA	NO			NO	1	2	3
30	16	PRIMARIA		SI	PRESERVATIVO	SI	1		1
31	25	PRIMARIA	NO			SI	3		3
32	27	PRIMARIA		SI	ACO	SI	3		3
33	20	PRIMARIA	NO			SI	2		2
34	26	SECUNDARIA	NO			SI	4		4
35	21	SUPERIOR		SI	COITO INTERRUPTUS	SI	1	1	2
36	26	SECUNDARIA		SI	INYECTABLE	SI	3	1	4
37	27	PRIMARIA		SI	RITMO	SI	3		3
38	28	PRIMARIA		SI	ACO	SI	3		3
39	24	PRIMARIA	NO			SI	4		4
40	14	PRIMARIA	NO			NO	1		1
41	22	SECUNDARIA	NO			NO	1	4	5
42	16	SECUNDARIA		SI	RITMO	SI	2		2
43	26	SECUNDARIA		SI	PRESERVATIVO	SI	2		2
44	18	SECUNDARIA	NO			NO	2	1	3
45	21	PRIMARIA		SI	INYECTABLE	SI	2		2
46	20	SECUNDARIA		SI	ACO	SI	1	1	2
47	31	PRIMARIA	NO			SI	5		5
48	15	PRIMARIA	NO			SI	1		1
49	20	SECUNDARIA		SI	ACO	SI	2		2
50	18	SECUNDARIA	NO			SI	1	1	2
51	23	PRIMARIA		SI	INYECTABLE	SI	3		3
52	21	SECUNDARIA	NO			SI	1	1	2
53	23	SECUNDARIA	NO			SI	2		2
54	36	SECUNDARIA		SI	INTRADERMICO	SI	4	1	5
55	18	SECUNDARIA		SI	INYECTABLE	SI	2		2
56	18	PRIMARIA	NO			SI	2	1	3

57	20	PRIMARIA	NO			SI	2		2
58	29	SECUNDARIA		SI	PRESERVATIVO	SI	3	1	4
59	18	SECUNDARIA		SI	RITMO	SI	1		1
60	19	PRIMARIA		SI	COITO INTERRUPTUS	SI	1	1	2
61	20	PRIMARIA	NO			NO	3		3
62	29	SECUNDARIA		SI		SI	3		3
63	16	PRIMARIA	NO			SI	2		2
64	15	PRIMARIA	NO			SI	1		1
65	25	PRIMARIA		SI		SI	3		3
66	19	PRIMARIA	NO			NO	3		3
67	38	PRIMARIA		SI	COITO INTERRUPTUS	SI	10		10
68	19	PRIMARIA	NO			SI	1		1
69	21	PRIMARIA	NO			SI	2		2
70	19	PRIMARIA		SI	INYECTABLE	SI	3		3
71	36	SECUNDARIA		SI	INYECTABLE	SI	3		3
72	16	SECUNDARIA	NO			NO	1		1
73	18	SECUNDARIA	NO			NO	1		1
74	26	PRIMARIA		SI	ACO	SI	4		4
75	17	PRIMARIA	NO			NO	1		1
76	17	SECUNDARIA		SI	PRESERVATIVO	SI	1	1	2
77	19	SECUNDARIA	NO			SI	1	1	2
78	16	SECUNDARIA	NO			SI	1		1
79	38	SUPERIOR		SI	RITMO	SI	6		6
80	23	SECUNDARIA		SI	INYECTABLE	SI	3		3
81	29	SUPERIOR		SI	INYECTABLE	SI	3	1	4
82	18	SECUNDARIA	NO			SI	2		2
83	19	PRIMARIA	NO			SI	2		2
84	21	PRIMARIA	NO			SI	2	1	3
85	12	PRIMARIA	NO			NO	1		1

86	20	PRIMARIA		SI	INYECTABLE	SI	3	1	4
87	19	SECUNDARIA	NO	SI	INTRADERMICO	SI	1	1	2
88	24	PRIMARIA		SI	ACO	SI	3		3
89	33	SECUNDARIA	NO			SI	5		5
90	25	SECUNDARIA		SI	COITO INTERRUPTUS	SI	3		3
91	27	PRIMARIA	NO			SI	4		4
92	23	PRIMARIA	NO			SI	2	1	3
93	26	PRIMARIA		SI	ACO	SI	3		3
94	24	PRIMARIA		SI	ACO	SI	4		4
95	13	SECUNDARIA	NO			NO	1		1
96	15	SECUNDARIA	NO			NO	1		1
97	17	SECUNDARIA	NO			SI	2		2
98	17	SECUNDARIA	NO			SI	2		2
99	25	SECUNDARIA	NO			NO	5		5
100	18	SECUNDARIA		SI	PRESERVATIVO	SI	1	1	2
101	20	PRIMARIA		SI	RITMO	SI	3		3
102	19	PRIMARIA	NO			SI	5		5
103	18	SECUNDARIA		SI	INYECTABLE	SI	2		2
104	21	SECUNDARIA		SI	COITO INTERRUPTUS	SI	2		2
105	30	SECUNDARIA		SI	PRESERVATIVO	SI	4	1	5
106	29	SUPERIOR		SI	INYECTABLE	SI	3	2	5
107	17	SECUNDARIA	NO			SI	1		1
108	15	SECUNDARIA	NO			SI	1		1
109	15	PRIMARIA	NO			NO	1		1
110	22	SECUNDARIA		SI	ACO	SI	2		2
111	22	SECUNDARIA		SI	ACO	SI	2	1	3
112	24	PRIMARIA		SI	ACO	SI	3		3
113	16	PRIMARIA	NO			SI	1		1

Fuente: base de datos de la investigación

Elaboración propi

HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO

TEMA: MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017.

ENCUESTA

EDAD:

SEXO:

CODIGO:

NIVEL DE PREPARACIÓN:

1) ¿QUE EDAD TENÍA/TIENE EN SU PRIMER EMBARAZO?

2) ¿CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO?

3) ¿USO ANTICONCEPTIVOS ANTES DE SU PRIMER EMBARAZO?

a) SI

b) NO.

c) NO RECUERDO

4) ¿A RECIBIDO ASESORÍA DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

a) SI

b) NO.

c) NO RECUERDO

5) ¿DE LOS SIGUIENTES, QUE TIPO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR CONOCE?

- a) INYECCTABLES HORMONALES
- b) INTRADERMICAS HORMONALES.
- c) BARRERA (condón Mas/Fem)
- d) ORALES HORMONALES
- e) PARCHES
- f) DIU HORMONAL/ COBRE
- g) NATURALES (coito interruptus, basal, calendario)
- h) VASECTOMÍA
- i) ESTERILIZACIÓN

6) ¿QUE PROFESIONAL DE LA SALUD O PERSONA NATURAL LE HA RECOMENDADO EL O LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE USA O A USADO?

7) ¿QUE RAZÓN HA TENIDO PARA CAMBIAR DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN O DESCONTINUAR SU USO?

8) ¿CONOCE LOS FACTORES DE RIESGO CUANDO HAY MAS DE 3 EMBARAZOS?

9) CUANTO TIEMPO ESPERO PARA TENER A SU SEGUNDO HIJO (en caso de presentar más de 2 embarazos)

10) ¿SU PAREJA PLANIFICA CON USTED?



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, OBST. ANA PASOS BAÑO, MSC., en calidad de Tutora del Perfil del Proyecto de investigación con el tema: **"MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017"**, elaborado por la estudiante: **LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN**, con **C.C: 1207505460** de la Carrera de OBSTETRICIA de la Escuela de OBSTETRICIA, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 5 días del mes de Julio del año 2018.

Firma del Docente -Tutor

OBST. ANA MARÍA PASOS BAÑO, MSC.

C.C: 120555612-7



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 5 de Julio del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN**, con cédula de ciudadanía **C.C 1207505460**, egresada de la Carrera de **OBSTETRICIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del Perfil del proyecto de investigación con el Tema: **"MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017"**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **OBST. ANA MARIA PASOS BAÑO, Msc.**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN
C.I 1207505460



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BARAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)



RUBRICA PARA EVALUAR PERFILES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

"MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO

PERIODO 2017"

NOMBRE DE LOS PROPONENTES: LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN

No.	Criterios de evaluación	NIVEL DE DOMINIO				Puntos
		Competente 4	Satisfactorio 3	Básico 2	Insuficiente 1	
1	Idea o tema de Investigación	El tema de investigación es relevante y pertinente a perfil de la carrera. En su formulación refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación es relevante y pertinente al perfil de la carrera. Pero en su formulación no refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación no es relevante pero sí es pertinente al perfil de la carrera.	El tema de investigación no es relevante y no responde al perfil de la carrera.	4
2	Planteamiento del problema (Descripción breve del hecho problemático)	Planteamiento del problema contiene una descripción breve y clara del hecho problemático y cuenta con la delimitación del tema, así como del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto cuenta con la delimitación del tema, así como el planteamiento del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto solo cuenta con la delimitación del tema o el planteamiento del problema de forma clara y precisa.	El proyecto no cuenta con delimitación del tema ni planteamiento del problema.	4
3	Problema (General)	Desarrolla interrogantes que se deriven de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que no se deriven de la justificación y planteamiento del problema pero que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que se deriven de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación pero no están relacionados con su hipótesis.	Las interrogantes propuestas no se relacionan con la investigación.	4
4	Objetivo (General)	Los objetivos son claros y precisos, permiten saber hacia dónde se dirige y lo que se espera de la investigación. Son posibles de cumplir, medir y evaluar.	Se definen los objetivos y permiten de alguna manera saber hacia dónde se dirige la investigación, aunque son difíciles de medir y evaluar.	Se establecen objetivos para la investigación, pero no permiten determinar si los resultados son medibles y si responden a las necesidades planteadas.	Se establecen de alguna manera los objetivos, pero no son claros, no es posible medirlos o evaluarlos.	4
5	Justificación.	Se explica las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación, sin el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación limitadamente, sin el contenido a desarrollar.	Se omite la explicación de las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	4



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)



6	marco teórico preliminar (Esquema de contenidos).	Determina con claridad todas las dimensiones y categorías de las variables del problema de investigación, de manera ordenada.	Determina con claridad todas las dimensiones y categorías de las variables del problema de investigación, sin ningún orden.	Las categorías determinadas están relacionadas con el problema de investigación pero son insuficientes.	Las categorías determinadas no son pertinentes al problema de estudio.	4
7	Hipótesis (General).	La hipótesis tiene relación con el problema y con el objetivos	La hipótesis se relaciona con los problemas pero no con el objetivos	La hipótesis se relaciona con el problema pero no da respuesta al mismo.	La hipótesis no tiene relación ni con el problema ni con el objetivo.	4
8	Tipo de investigación.	Justifica relación con el propósito de la investigación y se justifica su aplicación.	Justifica relación con el propósito de la investigación, pero no se justifica su aplicación.	Explica las razones de su aplicación pero no es pertinente al propósito de la investigación.	No corresponde al propósito de la investigación.	4
9	Metodología.	Define la población, muestra (si corresponde), métodos, técnicas e instrumentos de investigación; y, además describe en que consistió cada uno de sus pasos de manera breve para constituir este proyecto.	Solo define la población, muestra (si corresponde), métodos, técnicas e instrumentos de investigación.	Describe en que consistieron algunos de los pasos empleados de manera breve para constituir este proyecto.	Carece de metodología.	3
10	Referencias Bibliográficas.	Presente una lista de referencias bibliográficas completa, considerando las normas propuestas(APA, Vancouver)	Presente una lista de referencias bibliográficas incompleta, considerando las normas propuestas(APA, Vancouver)	Presente una lista de referencias bibliográficas completa, sin observar ninguna norma	La lista de referencias bibliográficas no corresponde, y no se observa ninguna norma.	4
TOTAL.						39
PROMEDIO PONDERADO 40 - 10 / 28 = 7 Mínimo						9.75

OBSERVACIONES:

	04 - 07 - 2018.	
Nombre y Firma del Docente Evaluador	Fecha de Evaluación	Fecha y Firma de Recepción
		<i>J.F.V.</i>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 5 de Julio 2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Ana Maria Pinos Baño FIRMA: *[Signature]*
 TEMA DEL PROYECTO: Multiparidad y su relación con la planificación familiar en mujeres atendidas en el hospital San Reina Domínguez Milagro periodo 2017
 NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES: Luccetti Marcela Chrea Santillán
 CARRERA: Obstetricia

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
01	20/06/18	REVISIÓN GUÍA METODOLÓGICA : GENERACIÓN DE LA IDEA DE INVESTIGACIÓN	X		10%	<i>[Signature]</i>	<i>Luccetti Marcela</i>
01	25/06/18	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PROBLEMA GENERAL.	X	X	30%	<i>[Signature]</i>	<i>Luccetti Marcela</i>
01	27/06/18	REVISIÓN DE ASISTENCIAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVO	X	X	50%	<i>[Signature]</i>	<i>Luccetti Marcela</i>
01	02/07/18	ELABORAR: JUSTIFICACIÓN, MARCO TEÓRICO, METODOLOGÍA	X	X	75%	<i>[Signature]</i>	<i>Luccetti Marcela</i>
01	04/07/18	REVISIÓN DEL PUNTO DE INVESTIGACIÓN.	X		100%	<i>[Signature]</i>	<i>Luccetti Marcela</i>

[Signature]

Leda. Lilian Muñoz Solorzano. MSc.
 COORDINADORA TITULACIÓN
 CARRERA DE LABORATORIO OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, OBST. ANA PASOS BAÑO, MSC., en calidad de Tutora del Proyecto de investigación segunda etapa: **"MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017"**, elaborado por la estudiante: **LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN**, con **C.C: 1207505460** de la Carrera de OBSTETRICIA de la Escuela de OBSTETRICIA, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 20 días del mes de Agosto del año 2018.

Firma del Docente -Tutor

OBST. ANA MARÍA PASOS BAÑO, MSC.

C.C: 120555612-7



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 20 de Agosto del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN**, con cédula de ciudadanía **C.C 1207505460**, egresada de la Carrera de **OBSTETRICIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la segunda etapa del proyecto de investigación: **"MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017"**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **OBST. ANA MARIA PASOS BAÑO, Msc.**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

**LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN
C.I 1207505460**



Milagro, 19 de Agosto del 2018

CERTIFICACIÓN

LA SUSCRITA DEL DEPARTAMENTO DE ADMISIONES Y ESTADISTICAS DEL HOSPITAL GENERAL “LEON BECERRA CAMACHO” DE MILAGRO.

CERTIFICA:


En atención al oficio S/N con fecha 19 de septiembre del 2018, suscrito por PhD. Betty Mazacon-Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, donde solicita las estadísticas de partos atendidos de mujeres embarazadas del año 2017, Me permito anexar la información solicitada:

AÑO 2017

DIAGNOSTICO	EDAD				Total general
	10-14	15-19	20-24	25-49	
PARTO MÚLTIPLE, TODOS ESPONTÁNEOS	0	3	2	1	6
PARTO MÚLTIPLE, TODOS POR CESÁREA	0	17	5	7	29
PARTO POR CESÁREA DE EMERGENCIA	7	201	256	389	853
PARTO POR CESÁREA ELECTIVA	2	139	101	121	363
PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, OTRAS PRESENTACIONES	5	30	56	38	129
PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, CEFÁLICA DE VÉRTICE	8	45	36	72	161
PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO DE NALGAS O PODALICA	0	10	7	7	24
PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	10	265	389	448	1112
TRABAJO DE PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO CON PARTO PREMATURO	2	46	19	14	81
TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR ANOMALÍAS DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL	1	7	12	4	24
TOTAL GENERAL	35	763	883	1101	2782

Con sentimiento de distinguida consideración.

Atentamente,


Ing. Rosa Barreiro
 Responsable de Admisión y Estadísticas



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 20/08/2018

REGISTRO DE TUTORÍAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (SEGUNDA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: OBST. ANA PASOS BAÑO FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: MULTIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO, MILAGRO PERIODO 2017

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: LUCETTI MARCELA CHICA SANTILLAN

CARRERA: OBSTETRICIA

Número de Tutorías	Fecha de Tutorías	Temas tratados	Tipo de Tutorías		Porcentaje de Asistencia	FIRMANA	
			Presencial	Virtual		Nombre	Apellidos
2	17-07-2018	Desarrollo del índice general e individualización del respectivo de la asignatura	X		80%		Lucetti Marcela
2	19-07-2018	Formulación del capítulo I, capítulos introductorios, contexto nacional y contextualización y conclusiones generales	X		100%		Lucetti Marcela
2	24-07-2018	Formulación del capítulo II, planteamiento del problema, problematización y delimitación	X	X	60%		Lucetti Marcela
2	27-07-2018	Formulación de la investigación, justificación, objetivos generales y específicos	X		80%		Lucetti Marcela
2	31-07-2018	Guía de marco teórico y formulación del mismo	X	X	95%		Lucetti Marcela
2	2-08-2018	Revisión del marco teórico final	X		100%		Lucetti Marcela
2	7-08-2018	Objetivos generales, objetivos específicos, elaboración y operacionalización del capítulo III; metodología de la investigación.	X	X	70%		Lucetti Marcela
2	9-08-2018	Desarrollo del capítulo III; metodología de la investigación.	X	X	80%		Lucetti Marcela
2	14-08-2018	Revisión del cronograma, referencias bibliográficas, anexos	X	X	60%		Lucetti Marcela
2	16-08-2018	Revisión y corrección de la segunda etapa del proyecto de investigación final	X	X	90%		Lucetti Marcela

Obst. Lilian Mélica Solerzano, MSc
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA

