



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TITULO

**CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA Y SU RELACIÓN CON LOS
DETERMINANTES DEL ABORTO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PADRE ALBERTO
BUFONNI DEL CANTÓN QUININDE PROVINCIA DE
ESMERALDAS EN EL PERIODO ABRIL A OCTUBRE
DEL 2012.**

Autora: Rivera Ramos María Elena

Tutora: Msc. Jimena Morales G.

Riobamba -Febrero -2014- Ecuador

Riobamba, febrero 03 de 2014

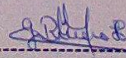
CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

Certificamos que la Srta. María Elena Rivera Ramos con C.I. 060445796-0 egresada de la "UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO", de la Carrera de Enfermería, desarrolló el presente trabajo de investigación; por lo tanto se encuentra apta para realizar la defensa pública de su tesina titulada **CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU RELACIÓN CON LOS DETERMINANTES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PADRE ALBERTO BUFONNI DEL CANTÓN QUININDE PROVINCIA DE ESMERALDAS EN EL PERIODO ABRIL A OCTUBRE DEL 2012.**

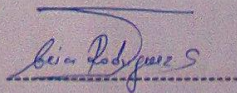
Es todo cuanto podemos certificar autorizando a la interesada hacer uso la presente para los trámites pertinentes.



MSC. JIMENA MORALES



MSC. GRACIELA RIVERA



DR. CÉSAR RODRIGUEZ

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, María Elena Rivera Ramos, soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado en primer lugar a Dios ya que sin su bendición nada es posible, después se lo dedico a mi familia en especial a mi madre por que ha sabido sembrar en mis los más grandes valores, y lo mejor salir adelante aunque el viento este en contra. También va dedicado a cada uno de mis hermanos por que fueron mi apoyo cuando más lo he necesitado de una u otra manera esto es por ustedes por nuestra familia y sin duda se lo dedico a mi querido sobrino Jonathan porque nunca olvidare las pequeñas cositas que hacías por mí. Por último la dedicación a mi persona por que este proyecto significa el último escalón que debía subir para lograr mi sueño siempre he pensado que ser enfermera no es una profesión es una vocación de servicio. Ser enfermera es y será un sueño cumplido.

AGRADECIMIENTO

Mi primer agradecimiento al ser supremo que nos permite vivir cada día y nos da lo necesario para que seamos mejor.

Además de un agradecimiento a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO por ser la institución que me acogió en sus aulas para que pueda formarme y brindarme la oportunidad de lograr mi sueño ser Enfermera.

Agradezco de igual manera a las profesoras que conforman LA ESCUELA DE ENFERMERÍA ya que gracias a sus conocimientos y enseñanzas puedo hoy ejercer una de las carreras más nobles como es la enfermería.

Un sincero agradecimiento a la MsC. JIMENA MORALES por brindarme el apoyo incondicional durante mi etapa de estudiante además de ser mi tutora durante la realización de este proyecto de tesina ya que sin su ayuda y guía el camino hubiese sido más difícil de recorrer.

Le agradezco de todo corazón a mi cuñada por levantarme las veces que pensé que no lo hacía y darme ánimos para seguir adelante gracias Yomi por ser incondicional en mi vida aquí el resultado de todo tu apoyo muchas gracias .

Y para terminar un sincero agradecimiento a la personita que más amo y siempre está conmigo gracias Ale por haberte convertido en la persona que me motiva a ser mejor cada día gracias por su apoyo para poder culminar este proyecto le amo.

RESUMEN

La presente investigación titulada “ CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU RELACIÓN CON LOS DETERMINANTES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PADRE ALBERTO BUFONNY DEL CANTON QUININDE PROVINCIA DE ESMERALDAS EN EL PERÍODO ABRIL A OCTUBRE 2012”, tuvo como propósito determinar si las pacientes atendidas por aborto en el “Hospital Padre Alberto Bufonni”, de la ciudad de Quinindé, conocen sobre salud sexual y reproductiva. Del mismo modo se identificó la relación de las determinantes, individuales, sociales, culturales, económicos, ambientales y emocionales con el aborto. El método utilizado fue inductivo, deductivo no experimental, descriptivo correlacional-causal, además de ser documental y de campo. La población estuvo conformada por 138 pacientes ingresadas a esta casa de salud, con algún tipo de aborto. Se elaboró una entrevista para la recolección de datos, la cual permitió conocer la información que poseen las pacientes sobre el tema en estudio; además se elaboró una lista de cotejo que permitió recolectar datos de la historia clínica. Se evidenció que un 56% de la población estudiada, no conoce sobre salud sexual y reproductiva, mientras que el 44% lo hace parcialmente. Existen varias determinantes presentes, tales como: la dependencia económica, con un 76% de usuarias que dependen de su esposo; un 49% de las pacientes no tienen accesibilidad a los servicios de salud en el lugar donde viven razón por la cual se trasladan a la cabecera cantonal; el 47,10% de la población no logró culminar la instrucción secundaria como determinantes emocionales se encontró que un 45% muestra que ha sufrido estados de depresión aduciendo que la causa ha sido, porque están embarazadas, causas no especificadas, y problemas comunes del hogar. Estos y otros factores influyeron directamente en las usuarias, generando embarazos no deseados en algunos casos y una tasa de un 41% de abortos provocados. Se concluyó que un 37,70% de las personas que respondieron entender sobre salud sexual y reproductiva, piensan que es estar informadas sobre planificación familiar, ignorando temas importantes como: derechos sexuales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, así como el aborto y sus complicaciones; evidenciándose la falta de información en las pacientes. Se recomienda a médicos y obstetras que laboran en el área de consulta externa del Hospital, se implemente y difunda información a las pacientes indagando los temas necesarios para fomentar un óptimo estado de salud sexual y reproductiva.

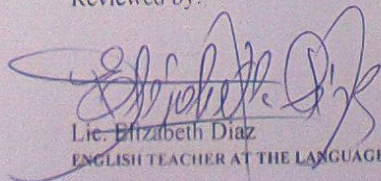


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This research entitled " KNOWLEDGE ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND ITS RELATIONSHIP WITH THE DETERMINANTS OF ABORTION IN WOMEN CARED IN FATHER ALBERTO BUFONNY HOSPITAL OF Quinindé, ESMERALDAS province IN APRIL TO OCTOBER 2012 PERIOD " Its purpose was to determine if the patients served by abortion in the " Hospital Padre Alberto Bufonni " Quinindé city know about sexual and reproductive health. In the same way we identify the relationship of individual, social, cultural, economic, environmental and emotional determinants with abortion. The method used was inductive, deductive non-experimental, descriptive, correlational - causal, also it was documentary and field research. The population consisted of 138 patients was admitted to this hospital with some kind of abortion. An interview for data collection was developed, which allowed us to get the information about what the patients know on the subject under study, also a checklist that allowed collecting data from medical records was developed. It showed that 56 % of the study population does not know about sexual and reproductive health, while 44 % partially know about it. There are several determinants present , such as economic dependence , with 76 % of users who depend on their husband, 49% of patients do not have access to health services where they live so that they are moved or transferred to the main city around , the 47.10 % of the population failed to complete secondary education. Emotional determinants found that 45 % of patients show that states of depression because of pregnancy state or no specified causes, and common household problems. These and other factors directly influenced on patients, generating unwanted pregnancies in some cases and a rate of 41% of induced abortions. We concluded that 37.70 % of people who answer that they understand about sexual and reproductive health, they think they are informed about family planning but ignored important issues such as sexual and reproductive rights , sexually transmitted diseases , contraception, and the and abortion complications ; so it is evident the lack of information on patients. It is recommended that physicians and midwives working in the outpatient area of the hospital implement and diffuse this information to patients exploring the necessary topics to promote an optimal state of sexual and reproductive health.

Reviewed by:


Lic. Elizabeth Diaz
ENGLISH TEACHER AT THE LANGUAGE CENTER



Riobamba February 8th, 2014

INDICE GENERAL

	Pags
Aceptación del tutor	ii
Derechos de autoría	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice general.....	vii-xi
Introducción	1
CAPÍTULO I	
1 Problematización	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Objetivos	6
1.4 Justificación	7
CAPÍTULO II	
2 Marco teórico	9
2.1.2 Breve descripción del área de estudio.....	12
2.2 Fundamentación teórica	13
2.2.1 Salud sexual y reproductiva	13
2.2.1.1 Derechos sexuales y reproductivos	14
2.2.2 Planificación familiar.....	16
2.2.2.1 Métodos anticonceptivos artificiales	19
2.2.2.2 Métodos anticonceptivos naturales	23
2.2.3 Enfermedades de transmisión sexual	24
2.2.4 Aborto espontáneo	31
2.2.4.1 Categoría y tratamiento del aborto espontáneo	33
2.2.4.2 Aborto inducido y técnicas abortivas	36
2.2.4.3 Consecuencias del aborto	41
2.2.4.4 Determinantes del aborto	42
2.2.5 Salud sexual y reproductiva en la Constitución del Ecuador.....	46
2.2.6 Código penal del aborto en Ecuador.....	48

2.3	Definición de términos básicos	51
2.4	Hipótesis y variables	54
CAPÍTULO III		
3	Marco Metodológico.....	61
3.2	Población y muestra de resultados.....	62
CAPÍTULO IV		
3.3	Técnicas e instrumentos	3
3.2	Población y muestra	
CAPÍTULO V		
	Conclusiones.....	108
	Recomendaciones	110
	Bibliografía	111
	Sitios web	112
	Anexos	

ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS

	págs.
Cuadro 1. Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva	64
Cuadro 2. Conocimiento sobre derechos reproductivos	66
Cuadro 3. Derechos reproductivos conocidos por las usuarias	67
Cuadro 4. Lugar donde obtuvo el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva	68
Cuadro 5. Conocimiento de las pacientes sobre los beneficios de la maternidad gratuita	69
Cuadro 6. Accesibilidad a los servicios de salud	71
Cuadro 7. Edad de aparición de la menarquía en las usuarias.....	72
Cuadro 8. Inicio de vida sexual de las pacientes	73
Cuadro 9. Número de compañeros sexuales	74
Cuadro 10. Conocimiento acerca de las infecciones de trans.sexual	75
Cuadro 11. Enfermedades que se contraen por contacto sexual	76
Cuadro 12. Presencia de violencia familiar en las usuarias.....	78
Cuadro 13. Conocimiento sobre planificación familiar	81
Cuadro 14. Decisión sobre cuántos hijos deseaba tener	85
Cuadro 15. El tipo de problemas en la vida conyugal.	87
Cuadro 16. Estados emocionales durante el embarazo	88
Cuadro 17. Actividades cotidianas de las usuarias.....	90
Cuadro 18. Persona de la que depende económicamente	91
Cuadro 19. Nivel de ingresos económicos	92
Cuadro 20. Números de hijos de las pacientes	93
Cuadro 21. Número de embarazos fallidos	94
Cuadro 22. Tipo de aborto.....	95
Cuadro 23. Conocimiento sobre las complicaciones del aborto.....	98
Cuadro 24. Complicaciones conocidas del aborto provocado entre las usuarias ..	99
Grafico 25. Edades en las que se presento el aborto.....	101
Cuadro 26. Grupo étnico de las usuarias entrevistadas	103

Cuadro 27.	Estado civil	104
Cuadro 28.	Nivel de instrucción académica de las usuarias.....	105
Cuadro 29.	Enfermedades relevantes	106

INDICE DE GRÁFICOS

	págs.
Gráfico N° 1.19. anticonceptivos orales	19
Gráfico N° 2.19. implantes.....	19
Gráfico N° 3.20. .inyectable mensual	20
Gráfico N° 4.21. dispositivo intrauterino.....	21
Gráfico N° 5.21. condón	21
Gráfico N° 6.22. condón femenino	22
Gráfico N° 7.22. ligadura de trompas	22
Gráfico N° 8.23. pastilla anticonceptiva de emergencia.....	23
Gráfico N° 9.24. .métodos anticonceptivos naturales.....	24
Gráfico N° 10.25. clamidia.....	25
Gráfico N° 11.26. gonorrea.....	26
Gráfico N° 12.26. sífilis.....	26
Gráfico N° 13.27. herpes genital.....	26
Gráfico N° 14.28. vih/sida.....	27
Gráfico N° 15.29. tronomiasis.....	29
Gráfico N° 16.30. condilomas.....	30
Gráfico N° 17.30. candidiasis.....	30
Gráfico N° 18.36. técnicas abortivas /succión.....	36
Gráfico N° 19.37. técnicas abortivas /dilatación y curetaje.....	37
Gráfico N° 20.37. técnicas abortivas /por inyección de solución salina.....	37
Gráfico N° 21.38. técnicas abortivas /cytotec.....	38
Gráfico N° 22.39. técnicas abortivas /operación cesárea.....	39
Gráfico N° 23.39. técnicas abortivas /dilatación y extracción.....	39
Gráfico N° 24g.40. técnicas abortivas /anticonceptivos.....	40

INTRODUCCIÓN

Aborto es la terminación del embarazo por cualquier circunstancia antes de que el feto este desarrollado lo suficiente para sobrevivir, en países como Estados Unidos, esta definición se limita a la finalización del embarazo antes de las 20 semanas contadas desde el último día de la menstruación normal. A nivel mundial, se registra alrededor de 26 a 31 millones de abortos legales y se estima que 10 hasta 22 millones abortos clandestinos se realizan cada año en lugares donde el aborto es legal y por lo general es razonablemente seguro; donde es ilegal las complicaciones son comunes y unas 150.000 mujeres mueren cada año debido a ello. Además, por el alto índice de abortos que se presentan diariamente y por ende los procedimientos de limpiezas intrauterinas realizadas con mayor frecuencia, los últimos datos recabados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinaron que en Ecuador aproximadamente 125.000 abortos se registran anualmente, es decir que en el país cada cuatro minutos una mujer decide interrumpir su embarazo y practicarse un aborto en cualquier ciudad del país (Telégrafo, 2013).

Al Hospital Padre Alberto Bufonni de la ciudad de Quinindé, provincia de Esmeraladas, llegaban pacientes con argumentos falsos y creencias sobre salud sexual y reproductiva las mismas que no tienen fundamento, lo que estaría generando embarazos no deseados, así como el aumento de prácticas clandestinas y caseras de abortos, ampliando el riesgo de sufrir complicaciones en la práctica de legrados realizados en esta unidad de Salud, se trató de valorar el conocimiento de estos temas en las pacientes atendidas con algún tipo de aborto , para esto se realizó una entrevista a las usuarias, además de realizar una lista de cotejo para la organización de datos obtenidos en la Historia Clínica.

Se contó con una población de 138 pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto en el período de estudio y una de las metas fue conocer las distintas determinantes que influyeron en cada una de las usuarias.

En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo a determinar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y su relación con los determinantes del aborto en mujeres atendidas en el Hospital Padre Alberto Buffoni.

Por tanto, el estudio se estructuró en cinco capítulos de la siguiente manera:

El Capítulo I, contiene el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

El Capítulo II, denominado Marco Teórico, hará referencia a los antecedentes del estudio, bases teóricas que sustentan las variables, el sistema de variables, su operacionalización y la definición de términos básicos.

El Capítulo III, está referido al Marco Metodológico de la investigación, en el mismo se presenta el diseño de la investigación, el tipo de estudio la población la muestra los métodos o instrumentos para la recolección de datos, el procedimiento para la recolección de información y las técnicas para el análisis de datos.

El Capítulo IV se representa los resultados análisis e interpretación de los mismos.

El Capítulo V presenta las conclusiones, recomendaciones y finalmente las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

1 PROBLEMATIZACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Dado el deseo en los países desarrollados para limitar las familias a uno o dos niños y la eficacia de la anticoncepción de uso general, es muy probable que cualquier pareja experimentara al menos un embarazo no deseado en algún momento durante sus años reproductivos. En los países del Tercer Mundo, el tamaño deseado de la familia es más grande, pero el acceso a anticonceptivos eficaces es limitado. Como resultado, el aborto es común. (SALUD)

La tasa más elevada de aborto (83 por 1.000) se registra en Viet Nam, donde es muy común el método de la aspiración en una etapa muy temprana del embarazo. Esta tasa representa únicamente los abortos realizados en el sector público; al incluir los abortos realizados en el sector privado, los cuales se estima que llegan a un tercio del total del sector público, las cifras aumentan a un total de dos millones de abortos y la tasa, a 111 abortos por cada 1.000 mujeres. Aun si se excluyen los abortos realizados en el sector privado, la tasa de aborto a nivel nacional indica que si se mantiene este mismo nivel de aborto, la mujer vietnamita tendrá un promedio de 2,5 abortos durante su vida. Se calcula que por cada muerte materna promediamente quedan cuatro niños huérfanos, lo que trunca los proyectos de desarrollo y las perspectivas del futuro de niñas y niños. (Henshaw)

Contamos un número estimado de abortos que ocurren anualmente en América Latina, en donde aumentó ligeramente de 2003 y 2008, de 4.1 millones a 4.4 millones. La tasa anual de aborto se mantuvo estable entre 2003 y 2008, permaneciendo en 31–32 abortos por 1,000 mujeres en edades de 15–44 años. De los 4.4 millones de abortos realizados en la región. En el 2008, la tasa anual estimada de

aborto inseguro para la región en su conjunto fue de 31 abortos por cada 1,000 mujeres en edades de 15–44 años; la tasa de procedimientos seguros fue menos de dos por 1,000. (Guttmacher.org, 2012)

También es importante el impacto económico. Los gastos en tiempo de internación, personal para atención, medicamentos, transfusiones, etc.; son cuantiosos. La cirugía radical indicada en los casos de sepsis post aborto constituye una cirugía mutilante con graves secuelas y complicaciones.

En nuestro país, específicamente en la provincia del Guayas, se registra el índice más alto en los entes estatales, pues la relación es: 1 aborto por cada 4 partos e incluso hay instituciones como la maternidad Mariana de Jesús en el suburbio de Guayaquil, que atendieron en el 2007, un aborto por cada tres embarazadas. Las cifras reales son superiores, coinciden autoridades y especialistas, pues resulta imposible cuantificar los abortos en clínicas clandestinas. La mayoría son auto-provocados, según los especialistas; se calcula que solo el 10% se producen espontáneamente. (<http://www.eluniverso.com>)

El promedio de embarazos interrumpidos que se registra en los hospitales del estado es 1 por cada 6 en todo el país y 1 de cada 4 solo en Guayas. A estos se suman los de la maternidad de la Junta de Beneficencia, pero la cifra real es mucho mayor, advierten los especialistas. Resulta imposible cuantificar los abortos que de manera clandestina se realizan en clínicas privadas o domicilios.

El Hospital Civil Padre Alberto Buffoni, es una institución que brinda atención de salud de Primer Nivel a la población del cantón Quinindé con un total de 132.268 habitantes según el censo INEC 2010. La población de mujeres en edad fértil es de 31.011 de 15 a 49 años de edad.

En este hospital se atiende a pacientes que presentan cuadros clínicos de algún tipo de aborto. Solo en el año 2011 se registraron 600 casos y en el periodo de estudio se registraron 138 abortos ingresados a dicha casa de salud que varían de acuerdo a su edad, estado civil, nivel de instrucción, etnia, etc. Este dato incluye a las pacientes

atendidas en el servicio de emergencia quienes en ocasiones son diagnosticadas pero no aceptan ser ingresadas y peor aun cumplir el tratamiento.(Estadística"HPAB").

A este Hospital asistían pacientes que referían dolor acompañado de sangrado transvaginal, quienes mencionaban desconocer su estado de gravidez. Luego de su ingreso, al recabar información sobre su estado de salud, decían que para planificar su familia utilizaban métodos caseros como: lavados vaginales con limón, beber 2 vasos de agua y realizarse duchas vaginales después de cada relación sexual. Además, acudían a orinar inmediatamente para no quedarse embarazadas luego del acto sexual, señalando también que no se cuidaban ellas, sino sus parejas. Muchas otras practicaban el coitus interruptus, utilizaban el doble preservativo y se aplicaron aspirina vaginal.

“Todos estos argumentos y creencias sobre salud sexual y reproductiva no tienen fundamento”, lo que estaría generando embarazos no deseados, así como el aumento de prácticas clandestinas y caseras de abortos, aumentando el riesgo de sufrir complicaciones en la práctica de legrados realizados en esta unidad de Salud.

En este sentido se plantean las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los determinantes del aborto en las mujeres atendidas en El Hospital Civil Padre Alberto Bufonni? Y ¿Cuál es su relación con el conocimiento de las pacientes sobre salud sexual y reproductiva?

Para dar respuesta a las interrogantes surge el problema de investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y su relación con los determinantes del aborto en mujeres atendidas en el Hospital Padre Alberto Bufonni, cantón Quinindé provincia de Esmeraldas?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Demostrar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y su relación con determinantes del aborto en mujeres atendidas y los en el Hospital Padre Alberto Bufonni.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva que tienen las pacientes atendidas por aborto.
- Identificar las determinantes individuales, sociales y culturales que influyen en el aborto de las pacientes atendidas en el Hospital Padre Alberto Bufonni
- Estimar las determinantes económicas, emocionales y ambientales que influyen en el aborto de las pacientes atendidas en el Hospital Padre Alberto Bufonni.
- Diseñar un tríptico dirigido a las pacientes post-limpieza intrauterinas en donde se dé a conocer sobre los derechos sexuales y reproductivos, una guía de planificación familiar y las consecuencias del aborto.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Las sociedades no pueden evitar el aborto, pero se puede determinar si será ilegal y peligroso o legal y seguro. En muchos países donde el aborto es totalmente ilegal tienen tasas muy altas de aborto clandestino. (Salud).

Cuando una mujer muere, su familia y su comunidad sufren una considerable pérdida: las familias pierden su contribución en el manejo del hogar, la economía pierde su contribución productiva, los hijos huérfanos tienen menos posibilidades de alcanzar mayor educación y atención en salud a medida que crecen. (Henshaw).

Varios son los grupos de edades que están en riesgo, sobre todo las personas que tienen poco acceso a informarse sobre métodos de planificación familiar y en sí, sobre temas de salud sexual y reproductiva. Recientes estudios realizados en España señalan que por ejemplo la edad mínima con las que mujeres se realizan un aborto es de 17 años. (www.elmundo.es)

En 2008, se practicaron alrededor de 43,8 millones de abortos en el mundo, y cerca de 125.000 en Ecuador, de los cuales solo 200 se encuentran amparados en las excepciones que permite la ley. (Telégrafo, 2013)

Es decir que en cualquier ciudad del país, cada cuatro minutos una mujer decide interrumpir su embarazo y practicarse un aborto. Esta investigación se realizó con el fin determinar el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, así como las determinantes sobre el aborto de cualquier tipo y las causas que llevaron a la mujeres a abortar y que fueron atendidas en el Hospital Padre Alberto Bufonni de la ciudad de Quininde.

Este proyecto de investigación tiene relevancia puesto que a pesar de vivir en un país que ha logrado grandes avances en todos los campos posibles, problemas como la falta de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva siguen generando altas cifras de embarazos en adolescentes, abortos, y como

consecuencias muertes maternas, gracias a este proyecto se pudo conocer que existe falta de promoción en salud sexual y reproductiva responsable, los mismos que estarían generando embarazos no planificados, y su vez incrementando la práctica de abortos.

Este proyecto tuvo como objetivo brindar información a las usuarias sobre derechos sexuales y reproductivos así como también una referencia sobre la eficacia uso de los anticonceptivos más usados. Además, se dio a conocer lo que postula el Código Penal del Ecuador en su capítulo de los delitos contra la vida. El tríptico contempla algunas de las consecuencias a las que se puede llegar en caso de practicarse un aborto, ayudando de esta manera a mejorar el conocimiento sobre estos temas en las usuarias.

Este proyecto es viable puesto que se cuenta con bibliografía acerca de los temas a tratarse y citas bibliográficas actualizadas de revistas electrónicas. Los datos estadísticos fueron proporcionados por el Área de Estadística del Hospital, y lo más importante porque el año de Internado Rotativo se realizó en esta casa de salud.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

Varias son las exponentes de enfermería que a lo largo del tiempo han dedicado su vida a desarrollar varias teorías y modelos como guías de cuidado encaminadas a lograr el mejoramiento de la salud y el bienestar del paciente.

Este trabajo de investigación está enfocado dentro de los lineamientos postulados por Dorotea Orem, con su Teoría General de la Enfermería, compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Se examinó los factores, los problemas de salud y los déficit de autocuidado de la pacientes ingresadas, para realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.

Con el análisis de los datos se evidenció un déficit de autocuidado ya que estas mujeres no cuentan con conocimientos adecuados, sobre lo que implica una salud sexual y reproductiva responsable. (Cisneros, 2005)

2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los siguientes temas de investigación fueron realizados tanto dentro y fuera del país variando un poco en cuanto a la muestra y la población a la que se le realizo el estudio.

El tema **“Factores personales y aborto en adolescentes “**de la autora: Patricia Santos Dolores Eunice Hernández Hernández (Universidad Veracruzana del Estado de México año 2007) cuyos objetivos generales fueron conocer los factores personales, la prevalencia de abortos en adolescentes, así como los antecedentes Gineco-Obstétricos de las adolescentes que abortaron, llegando así a las siguientes conclusiones:

Los resultados muestran que el promedio de edad de las adolescentes que abortaron es de 17 años, con estado civil de unión libre, dedicadas a las labores del hogar, con

escolaridad promedio de primaria terminada, procedente de zona urbana y que no practican ninguna religión. La edad promedio de menarquía fue de 12 años, con inicio de vida sexual activa a los 15 años, destacando las primigestas que no han llegado a concluir un embarazo, predominando el aborto en la onceava semana de gestación, con mayor frecuencia en el mes de julio, con diagnóstico de ingreso por aborto incompleto y de egreso post-operada de Legrado Uterino Instrumental (LUI).”

El siguiente tema “**Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del Hospital Materno Provincial de Córdoba**”, 2006.”, de la autora Lic. Maiztegui Laura Carolina, conto con los siguientes objetivos, determinar el grado de conocimiento que poseen Las multíparas sobre métodos anticonceptivos y conocer si las multíparas adoptan conductas de salud sexual y reproductiva en base a estos conocimientos, llegando a las siguientes conclusiones:

Se concluye que los conocimientos que tienen las mujeres no alcanzan para adoptar conductas, pues no se reflejan en su comportamiento sexual y reproductivo. Finalmente debemos generar cambios en la salud que permitan brindar educación continua, abordando diferentes medios de comunicación social, la escuela y los servicios de asistencia sanitaria. PROPUESTA: Lanzar una estrategia de prevención.

El Tema “**Incidencia de abortos en adolescentes atendidas en emergencia del Hospital Alberto Buffoni**”. Medidas preventivas-educativas”, de la autoría de la Dra. Erika Paola Salinas Romero (Universidad de Guayaquil) tuvo como objetivos: determinar la incidencia de abortos en adolescentes del Hospital Padre Alberto Buffoni y Proponer un programa educativo de prevención de abortos en adolescentes. Llegando a la siguiente conclusión:

Los abortos en adolescentes constituyen un gran problema dentro del área de salud no solo por su alta frecuencia sino también por su alto costo social y económico. Las secuelas físicas pueden ser simples como infecciones hasta graves como esterilidad permanente y muerte. Mientras que los trastornos psíquicos van desde sentimiento de

culpa, cargo de conciencia, depresión; en muchos de los casos permanentes de por vida. En el aspecto social las adolescentes sienten rechazo por la sociedad, vergüenza, baja autoestima, inseguridad y complejos de inferioridad lo que repercute en el plano económico no solo para los padres sino también para el estado que invierte altos recursos para salvar la vida de estos pacientes. Todo esto hace necesario que pongamos atención a este grave problema por todas las repercusiones que se acaban de anotar y que se puede prevenir a través de un programa educativo dirigido a este grupo poblacional.

Un estudio reciente realizado en Madrid España señala lo siguiente:

El 62,35% de las mujeres que interrumpen su embarazo lo hacen por causas que no están relacionadas con su situación económica, laboral o afectiva y de ese porcentaje, casi la mitad -48,47- abortaría "bajo cualquier circunstancia". Es una de las principales conclusiones del estudio que ha presentado hoy la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI) sobre las condiciones que llevan a la mujer a abortar y que ha sido elaborado a partir del testimonio de 5.100 mujeres que lo han hecho en esas clínicas desde febrero hasta mayo de 2012. El análisis constata que el 64% de las mujeres usa anticonceptivos pero el 36% no usa método alguno, por lo que las clínicas han considerado que "lo que hace falta es educación sexual". El 60% de las mujeres que interrumpieron su gestación tenían entre 18 y 30 años, y, en concreto, el grupo más numeroso es el que se encontraba entre 18 y 25 años y que representa el 37% de las usuarias. Las menores de 16 y 17 años sumaron 204, es decir, el 4% del total, una cifra que el presidente de ACAI, Santiago Baranbio, ha considerado baja, si bien ha apuntado que respecto a un anterior estudio presentado en noviembre de 2011 se ha incrementado en un 1%. Durante el periodo del estudio, se contabilizaron 57 casos de menores con 15 años o menos que abortaron". (www.elmundo.es)

2.1.2 BREVE DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El Hospital Padre Alberto Bufonni perteneciente a la ciudad de Quinindé, provincia de Esmeraldas y correspondiente al área de salud N° 5, cuenta con 22 Unidades operativas, siendo una de las más grandes a nivel nacional. El Hospital brinda atención primaria de salud al cantón y sus parroquias. Cuenta con los servicios de emergencia, consulta externa, hospitalización, entre otros. **(Ver anexo 5)**

Su objetivo estratégico, es contribuir al mejoramiento de la salud en base a la atención primaria, fortaleciendo la comunicación y educación interna y externa a través del liderazgo en los procesos con la construcción del reglamento interno del área de salud, capacitación al recurso humano en gestión y atención mayor capacidad técnico administrativas, organización funcional y participativa interinstitucional y ciudadana en salud.

Centrándose en el fortalecimiento de los servicios y programas del Ministerio de Salud Pública implementados en el Hospital PADRE ALBERTO BUFFONI, en el marco del mejoramiento de la capacidad resolutive en la emergencia, consulta externa y la creciente demanda de los usuarios frente a la implementación del nuevo modelo de atención integral en salud familiar comunitaria e intercultural MAIS-FCL.

Cuenta con un total de 112 trabajadores distribuidos en las respectivas áreas del Hospital. **(Ver anexo 6)**

El servicio de Centro Obstétrico cuenta con dos quirófanos, donde se realizan cesáreas y cirugías generales; el área de parto cuenta con dos camillas donde se efectúan partos y legrados; además del área de recuperación. Es en esta área hospitalaria, donde se realizan los procesos de legrados. **(Ver anexo 7)**

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Salud Sexual y Reproductiva es definida por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”. Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de la Salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”. (Lucía Mazarrasa Alvear).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones

sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.
(Jurado)

Dentro de salud sexual y reproductiva tenemos un sin fin de derechos pero mencionaremos los más relevantes como los que maneja el Ministerio de Salud Pública aquí mencionados:

2.2.1.1 Derechos Sexuales y Reproductivos

- **Derecho a la Libertad Sexual**

Se refiere a la posibilidad de vivir y expresar de forma plena, placentera y segura nuestra sexualidad, afectos e identidad, sin abuso sexual, amenazas, en cualquier etapa y situación de vida.

- **El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad y Seguridad Sexual**

Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas y responsables sobre la propia vida sexual partir de la ética y valores personales. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

- **El Derecho a la Privacidad Sexual**

Este derecho involucra el derecho a las expresiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otras personas.

- **Derecho a la Equidad Sexual**

Este derecho garantiza que ninguna persona puede ser excluida, aislada o violentada por razones de sexo, género, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física y/o psicológica, en cualquier situación o espacio de su vida cotidiana.

- **Derecho a vivir de forma Placentera la Sexualidad**

Este derecho se refiere a el bienestar emocional, físico, intelectual y espiritual que cada persona debe experimentar en cada momento de su vida. Incluye las relaciones sexuales consentidas y placenteras, sin presiones, violencia o chantaje, así como la vivencia del autoconocimiento del cuerpo sin culpa, prejuicios o mitos.

- Derecho a la Expresión Sexual Emocional

Se refiere a los derechos que tenemos las personas de comunicar afectos, amor, no solo en las relaciones sexuales, sino también desde la comunicación y expresión de emociones. Las agresiones y violencia en su expresión psicológica, como los gritos, humillaciones, amenazas, desvalorización, burla, etc., son formas de violentar este derecho.

- Derecho a la Libre Asociación Sexual

Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales y emocionales responsables.

- Derecho a la toma de Decisiones Reproductivas, Libres y Responsables

Este derecho protege la decisión autónoma, libre y responsable de decidir el número de hijos que se desea tener, el espacio entre cada uno, con quién se desea tenerlos o no tenerlos, y el acceso a los métodos anticonceptivos modernos adecuados a la necesidad de cada mujer y pareja.

- Derecho a la Información basada en el Conocimiento Científico

Este derecho implica el acceso y difusión de información sobre sexualidad basada en los resultados de investigaciones científicas, y en las evidencias que resulten acerca de su funcionamiento, uso y efectos. La información que se basa en mitos, temores, vergüenza o críticas pueden confundir a las personas, y dificultar la toma de decisiones responsables y saludables para su sexualidad.

- Derecho a la Educación Sexual Integral

La educación sobre sexualidad debe empezar desde la infancia, ya que no solo se refiere a las relaciones sexuales o, a los aspectos físicos como los genitales, sino

también a las ideas, conocimientos, dudas, inquietudes y emociones que surgen en el desarrollo de las personas. Tenemos derecho desde la niñez a contar con espacios seguro para recibir educación sexual integral en todas las instituciones sociales como la familia, los centros de salud, principalmente los centros educativos.

- Derecho a la atención de la Salud Sexual

La atención a la salud debe estar disponible de forma gratuita, sin discriminación, críticas y juzgamientos. Debe incluir acciones de prevención y el tratamiento de todos los problemas y riesgos en relación con la sexualidad. (<http://www.sexualidadsinmisterios.com>)

2.2.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Beneficios de la planificación familiar

Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las

Mujeres.

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

Reducción de la mortalidad de los menores de un año

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

Prevención de la infección por el VIH (virus de inmunodeficiencia)

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

Poder de decisión y una mejor educación

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

Disminución del embarazo de adolescentes

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pre término o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

Menor crecimiento de la población

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

2.2.2.1 Métodos Anticonceptivos

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).

Siendo estos los más importantes:

2.2.2.1.1 Métodos Artificiales

Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»)

Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno), evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación), tiene un >99% si se usa de manera correcta y sostenida 92% como se usa comúnmente, disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico; no debe tomarse mientras se amamanta.



Gráfico N° 1.19.-anticonceptivos orales
Fuente: www.salud180.com

Implantes: son cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno. El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno tienen un >99% de eficacia, debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.



Gráfico N° 2.19.implantes
Fuente: www.femenino.info

Progestágeno en forma inyectable

Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses, según el producto el mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno con un rango de eficacia de >99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente. Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (entre 1 y 4 meses); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación

Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno el mismo mecanismo de los anticonceptivos orales en combinación con un >99% de eficacia si se usan de manera correcta y sostenida 97% como se usan comúnmente las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

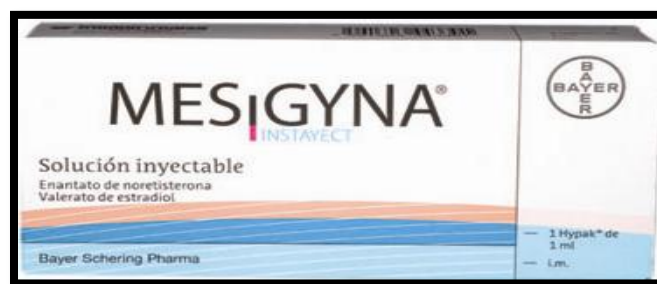


Gráfico N° 3.20.inyectable mensual

Fuente: misexpertos.com

Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre

Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero. El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo. Tiene un >99% de eficacia, disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias.

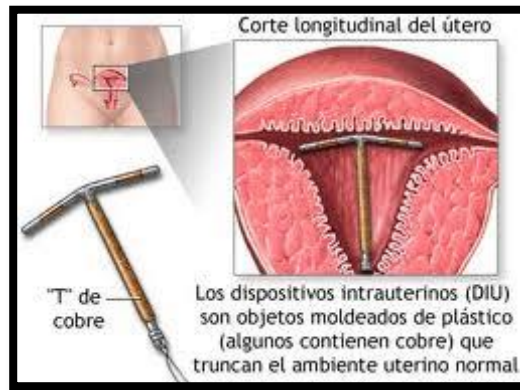


Gráfico N° 4.21. dispositivo intrauterino
 Fuente: www.clinicadam.com

Condón masculino

Es una vaina o cubierta que envuelve el pene erecto. Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo con un 98% de eficacia si se usa de manera correcta y sostenida de un 85% como se usa comúnmente. También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.



Gráfico N° 5.21. condón
 Fuente: tiposdecondones.blogspot.com

Condón femenino

Es una vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave. Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten con un 90% de eficacia si se usa de manera correcta y sostenida de un 79% como se usa comúnmente, también protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.

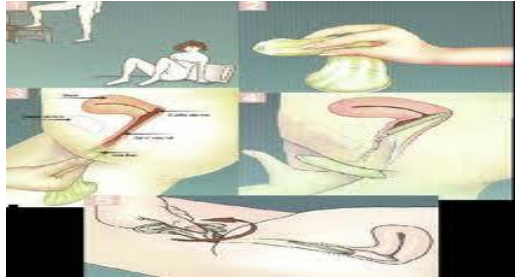


Gráfico N° 6.22.condón femenino
Fuente: condonfemenino.blogspot.com

Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)

Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de falopio los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides con un >99% de eficacia es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.

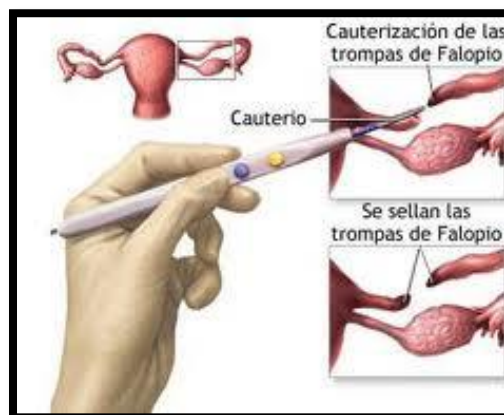


Gráfico N° 7.22.ligadura de trompas
Fuente: minasalmando.blogspot.com

Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1,5 mg)

Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección evita la ovulación reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo.

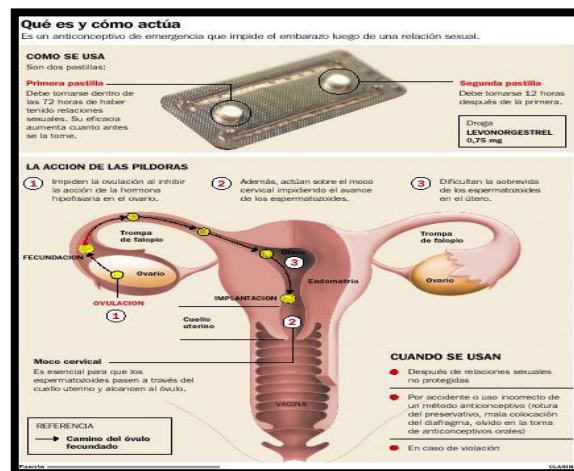


Gráfico N° 8.23.pastilla anticonceptiva de emergencia
Fuente: <http://vivesana.blogspot.com/>

2.2.2.1.2 Métodos Naturales

Método de la retirada (coito interrumpido)

El hombre retira el pene de la vagina y eyacula fuera de esta, con lo que el semen no tiene contacto con los genitales externos de la mujer

Métodos de calendario: se vigilan los días fecundos en el ciclo menstrual; métodos que se basan en síntomas como el moco del cuello uterino y la temperatura corporal. La pareja evita el embarazo evitando tener coito sin protección durante los días fecundos, generalmente mediante la abstinencia o empleando condones con un rango de eficacia de entre 95 y 97% cuando se usa de manera correcta y regular; con un 75% de la manera como se utiliza comúnmente. Puede servir para reconocer los días fecundos por las mujeres que quieren embarazarse y las que desean evitar el embarazo. El uso correcto y regular exige la cooperación del varón. (<http://www.who.in>)



Gráfico N° 9.24. métodos anticonceptivos naturales
Fuente: sexualidadafg.blogspot.com.

2.2.3 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Estas son las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en el mundo. Son causadas por más de 30 distintas bacterias, virus y parásitos; la mayoría pueden conducir a enfermedades crónicas, esterilidad y eventualmente la muerte. Sin embargo, a pesar de su alta incidencia, muchos jóvenes y adultos las desconocen. Y no se hacen suficientes esfuerzos para prevenirlas y controlarlas.

Son las enfermedades de transmisión sexual (ETS), que a nivel mundial afectan a uno de cada 10 jóvenes de entre 15 y 24 años y a cada vez más adultos mayores de 45 años. En América Latina, la falta de datos y estadísticas dificulta hacerse una idea general del panorama. Y los estudios disponibles demuestran que la incidencia de estas enfermedades varía drásticamente de país a país e incluso de un área geográfica a otra dentro de cada nación. Y estas son:

CLAMIDIA

Es la enfermedad bacteriológica más común. Se transmite a través del sexo vaginal, anal y oral. También al compartir juguetes sexuales o de la madre al hijo durante el embarazo o el parto.

Se cura con un antibiótico y la mejor prevención es el preservativo. Se la conoce como “la infección silenciosa” pues en la mayoría de los casos no manifiesta

síntomas. Puede infectar las células del cuello del útero, la uretra, el recto y, a veces, la garganta y los ojos.

Si no se detecta a tiempo puede provocar la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), cuyas consecuencias son el dolor pélvico crónico y esterilidad.

En las mujeres, los síntomas son flujo abundante, sangrado anormal entre los períodos menstruales o durante el acto sexual, dolor al tener relaciones o al orinar y en la parte baja del abdomen.

En los hombres se manifiesta con un líquido blancuzco que sale de la uretra y dolor al orinar o en los testículos.

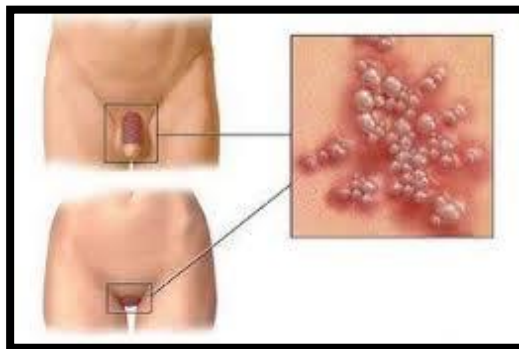


Gráfico N° 10.25. clamidia
Fuente: sexualidadafg.blogspot.com

GONORREA O BLENORRAGIA

La gonorrea es una infección bacteriológica de transmisión sexual que puede infectar la uretra, el cuello del útero, el recto, el ano y la garganta, si se ha practicado sexo oral. Los síntomas normalmente aparecen entre 1 y 14 días después de la relación sexual. Es posible no tener síntomas, y los hombres suelen notarlos más que las mujeres. Los síntomas pueden ser ardor al orinar, líquido blanco o amarillo del pene, flujo vaginal amarillento e irritación o flujo del ano. Una infección de gonorrea durante un embarazo puede causar problemas graves al bebé. Si una madre está infectada puede pasarle la gonorrea a su bebé durante el parto. Se cura fácilmente con antibióticos. Pero si no se trata, en la mujer la gonorrea así como la clamidia se

puede convertir en enfermedad inflamatoria de la pelvis que puede impedirle tener hijos. Si no se trata en los hombres, también puede dejarlos estériles.



Gráfico N° 11.26.gonorrea
Fuente: fiidoo-itsgonorrea.blogspot.com

SÍFILIS

Aunque se cura fácilmente con antibióticos o penicilina, causa miles de muertes en todo el mundo. Se contagia por sexo oral, vaginal o anal, por contacto con la piel de un infectado o al compartir juguetes sexuales. También se puede transmitir en una transfusión de sangre. Se lo puede contagiar la embarazada a su bebé, lo que se conoce como sífilis congénita. Los síntomas coinciden en hombres y mujeres pero pueden ser difíciles de identificar parecidos a los de la fiebre y la gripe- e incluso imperceptibles. En una primera etapa, dos o tres semanas después de que la bacteria haya entrado en el cuerpo, aparecen unos chancros (lastimaduras), generalmente indoloros. Si no se trata durante mucho tiempo, la sífilis puede provocar graves daños al corazón, el cerebro, los ojos y otros órganos internos y provocar la muerte. Se detecta con un exudado o análisis de sangre y observación de la zona genital.



Gráfico N° 12.26.sífilis
Fuente: www.burbuja.info

HERPES GENITAL

El herpes genital es un virus similar al del herpes que aparece en la boca y se transmite por vía sexual. También puede trasladarse a la boca durante el sexo oral. A veces los síntomas aparecen mucho tiempo después de la infección, incluso años. El virus produce unas dolorosas úlceras alrededor de la vagina y en el pene. Al igual que el herpes labial, una vez que el virus entra al cuerpo permanece ahí durante toda la vida, así que las úlceras pueden reaparecer. Actualmente hay antibióticos que combaten el virus y lo controlan, pero no existe una cura. En el caso de las embarazadas, representa un riesgo para el bebé, por lo tanto es necesario consultar al médico en caso de haber tenido herpes.

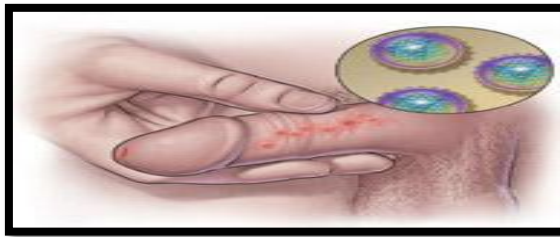


Gráfico N° 13.27. herpes genital

Fuente:yanisvaldez-semiologiaquirurgica.com

VIH/SIDA

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunológico y las destruye, reduciendo la capacidad del cuerpo para protegerse de otras infecciones y del cáncer. No hay cura: la persona queda infectada de por vida. Si empieza a desarrollar infecciones o cáncer se considera que tiene Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido, SIDA. El VIH se transmite sólo a través del ingreso de sangre, semen, fluidos vaginales o leche materna al cuerpo. Las dos maneras más frecuentes de contagiarse son por sexo vaginal o anal sin condón o por compartir jeringas o agujas infectadas. El virus puede pasar de madre a bebé antes o durante el parto y al darle de mamar. Otras vías de contagio son las transfusiones de sangre, el sexo oral y en menor medida en el dentista o a través de besos, si ambas personas tienen heridas en la boca. Los síntomas no son inmediatos. La única forma de detectar el virus es por medio de un examen de sangre.

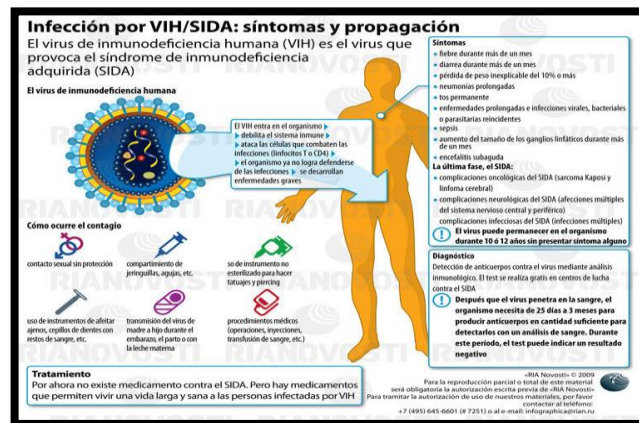


Gráfico N° 13.28.vih/sida
Fuente: <http://sp.ria.ru/infografia/>

TRICONOMIASIS

Causada por el protozoo *Trichomonas vaginalis*, es una ETS muy común. Casi siempre se transmite por contacto sexual. En las mujeres, infecta las células de la vagina y la uretra (el orificio para orinar), en los hombres las de la uretra.

Se transmite por sexo vaginal, compartir juguetes sexuales o de la embarazada al hijo. Casi la mitad de las mujeres no presentan síntomas. Las molestias pueden aparecer desde 3 a 21 días después de contraer el parásito. En las mujeres, los síntomas son flujo blanco o de mal olor, picazón o ardor en la vagina, dolor al orinar y/o al tener relaciones sexuales y molestias abdominales. En los hombres presenta líquido en la uretra, dolor o ardor al orinar o inflamación del glande o el prepucio (menos común). Se detecta con un hisopado y se cura con antibióticos. En el caso de embarazadas, mujeres que dan de mamar o que toman píldora anticonceptiva, hay que consultar al médico. Para evitar nuevas infecciones, la pareja sexual debe tratarse también.

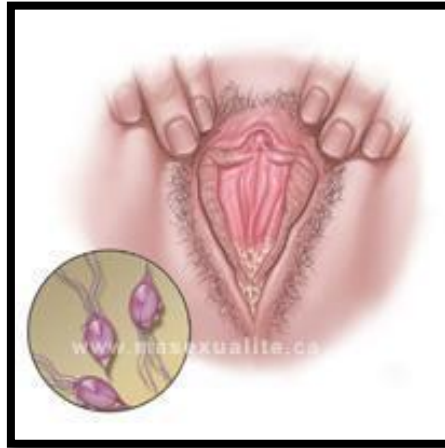


Gráfico N° 14.29.triconomiasis

Fuente: <https://www.google.com.ec/search>

CONDILOMAS (HPV)

Los condilomas o verrugas genitales son sumamente comunes y contagiosas, causadas por el virus del papiloma humano, VPH o HPV, por sus siglas en inglés. Se transmite al mantener relaciones sexuales por vía oral, genital o anal con un infectado aunque también puede contraerse con simple contacto de piel a piel.

Se manifiesta en forma de verrugas localizadas en los genitales o el ano. Sin atención médica, las verrugas crecen y toman una forma similar a una coliflor.

En los hombres, las verrugas genitales se pueden observar generalmente en la cabeza del pene. En las mujeres, algunos tipos de HPV -hay más de 100- pueden llegar a producir cáncer del cuello del útero. Los síntomas incluyen, además de las verrugas, malestar permanente en la zona genital. Si una mujer embarazada tiene condilomas, su hijo puede infectarse durante el parto. El tratamiento de los condilomas suele ser rápido y sencillo. Se aplican cremas o se extirpan las verrugas con calor, frío, láser o una pequeña intervención quirúrgica.



Gráfico N° 15.30.condilomas
Fuente: <http://sialaopcionnoalazar.wordpress.com/>

CANDIDIASIS

Es causada por un hongo llamado *Candida albicans* que vive en la piel, la boca y las áreas genitales. Generalmente se mantiene bajo control, pero a veces crece y produce esta enfermedad. El uso de ropa ajustada, como jeans o ropa interior de materiales sintéticos que no favorecen la ventilación, el embarazo, la quimioterapia, diabetes, VIH u otras enfermedades que afectan el sistema inmunológico o el uso de productos que irriten la vagina, como jabones o champús aumentan el riesgo de Candidiasis.

El hongo puede contagiarse a través del sexo vaginal, anal u oral, por los dedos o por compartir juguetes sexuales. Muchas veces no hay síntomas. El tratamiento es simple y consiste en cremas, óvulos vaginales, pastillas o una combinación de los tres. Si no se trata, generalmente se van solos, pues el cuerpo los combate de manera natural, pero en el hombre pueden provocar inflamaciones de la uretra. (BBC- Mundo revista electronica)

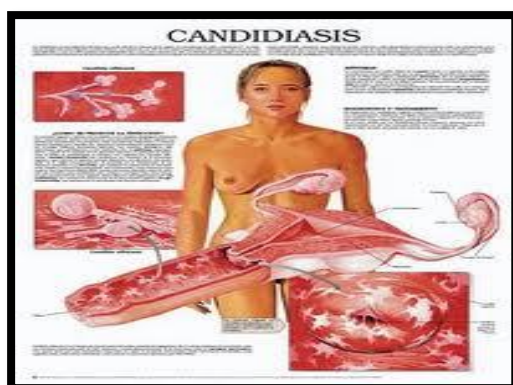


Gráfico N° 15.30.candidiasis
Fuente: <http://prevencion-de-salud.com>

2.2.4 ABORTO

Es la terminación del embarazo por cualquier circunstancia antes de que el feto este desarrollado lo suficiente para sobrevivir, en países como Estados Unidos, esta definición se limita a la finalización del embarazo antes de las 20 semanas contadas desde el último día de la menstruación normal.

2.2.4.1 Aborto Espontáneo

Cuando el aborto se produce sin medios médicos o mecánicos para vaciar el útero, se denomina espontánea. Otro término utilizado es el aborto involuntario.

Factores Maternos

Una variedad de trastornos médicos, las condiciones ambientales, y anomalías del desarrollo se han implicado en el aborto. Y estos son:

Infecciones como el herpes simple, sin embargo, se ha asociado con una mayor incidencia de aborto después de la infección genital en embarazo precoz además de que el aborto espontáneo se asoció independientemente con la madre de inmunodeficiencia humana virus (VIH) de anticuerpos, con serorreactividad sífilis materna, y con la colonización vaginal con estreptococos del grupo B.

Enfermedades crónicas debilitantes.

Al principio del embarazo, enfermedades debilitantes crónicas como la tuberculosis o la carcinomatosis rara vez han provocado aborto, la hipertensión es rara vez asociado con el aborto antes de las 20 semanas, pero más bien puede llevar a la muerte fetal y parto prematuro. Celiaquía se ha reportado que causa la infertilidad masculina y femenina y abortos recurrentes.

Alteraciones endocrinas

Diabetes Mellitus., el aborto espontáneo y malformaciones congénitas tanto se incrementan en las mujeres con diabetes insulino-dependiente. El riesgo está relacionado con el grado de control metabólico en el primer trimestre. En un estudio prospectivo, Mills y colaboradores (1988) reportaron que control de la glucosa

temprano (dentro de los 21 días de la concepción) dio lugar a una tasa de aborto espontáneo similar en comparación con los controles no diabéticos.

Deficiencia de progesterona.

La secreción de progesterona insuficiente por el cuerpo lúteo o la placenta se ha asociado con una mayor incidencia de aborto, lo se ha sugerido que los niveles anormales de uno o más hormonas podrían ayudar a pronosticar el aborto. Desafortunadamente, los niveles reducidos de estas hormonas consecuencia y no la causa. Hay casos bien documentados de defectos de la fase lútea, pero son poco comunes.

Consumo de drogas y factores medioambientales

Se ha descrito una variedad de diferentes agentes, pero no se ha confirmado, que se asocia con un aumento de la incidencia de aborto.

Tabaco. El tabaquismo se ha asociado con un mayor riesgo de aborto para las mujeres que fumaban más de 14 cigarrillos al día, el riesgo era aproximadamente dos veces en comparación con los controles. Armstrong y colaboradores (1992) calcularon que el riesgo aborto aumentado de forma lineal en un factor de 1,2 por cada 10 cigarrillos fumados por día.

Alcohol. Tanto el aborto espontáneo y anomalías fetales pueden resultar del uso frecuente de alcohol durante las primeras 8 semanas de embarazo. El aborto espontáneo se incrementó aun cuando el alcohol se consume " con moderación reportaron que la tasa de aborto se duplica en mujeres que beben dos veces por semana y triplicado en las mujeres que consumían alcohol al día en comparación con los no bebedores.

RADIACIÓN

En dosis suficientes, la radiación es un abortivo reconocido.

ANTICONCEPTIVOS.

No hay evidencia para apoyar que los anticonceptivos orales o agentes espermicidas utilizados en las cremas y jaleas anticonceptivas están asociados con un aumento de la incidencia del aborto.

Los dispositivos intrauterinos, sin embargo, están asociados con una mayor incidencia de aborto séptico después de falla del método anticonceptivo.

DEFECTOS UTERINOS

Cuello uterino incompetente

La incompetencia cervical, también conocida como cuello uterino incompetente, consiste en la incapacidad del cuello (abertura) del útero para permanecer cerrado hasta el final del embarazo. En condiciones normales, el cuello del útero adelgaza en la etapa final del embarazo, preparándose para el trabajo de parto. Sin embargo, si la mujer presenta insuficiencia cervical, el cuello uterino se abre antes del término del embarazo originando un aborto espontáneo o un parto prematuro.

2.2.4.1.1 CATEGORÍAS Y TRATAMIENTO DEL ABORTO ESPONTÁNEO

Es conveniente tener en cuenta los aspectos clínicos de aborto espontáneo en cinco subgrupos: amenazado, inevitable pérdida, y recurrente aborto incompleto.

Se supone que el diagnóstico clínico de la amenaza de aborto es cuando un flujo vaginal sanguinolento o sangrado aparece durante la primera mitad de embarazo. Es una ocurrencia muy común, y uno de cada cuatro o cinco mujeres tiene sangrado vaginal manchado o más pesado durante la gestación temprana. De las mujeres que sangran en el embarazo temprano, aproximadamente la mitad abortará. El sangrado de la amenaza de aborto con frecuencia es leve, pero puede persistir por días o semanas.

Un poco de sangrado en la época de la menstruación esperada puede ser fisiológico. Las lesiones cervicales son propensas a sangrar en el embarazo temprano, especialmente después de la relación sexual. Los pólipos presentes en el orificio cervical externo así como la reacción decidua en el cuello del útero tienden a sangrar en la gestación temprana. Un punto clínico significativo el dolor abdominal inferior.

El sangrado por lo general comienza primero, y dolor abdominal tipo cólico sigue unas pocas horas hasta varios días más tarde. El dolor del aborto puede ser anterior y claramente rítmica, ya que puede ser una lumbalgia persistente, asociada con una sensación de presión en la pelvis, o puede ser un aburrido, línea media, malestar supra púbico. Cualquiera que sea la forma que el dolor tiene, el pronóstico para la continuación del embarazo en la presencia de sangrado y dolor es pobre.

Las mujeres con amenaza de aborto han sido tratadas con progesterona por vía intramuscular o con una amplia variedad de agentes progestacionales sintéticos o por vía oral o por vía intramuscular.

ABORTO INEVITABLE

Inevitabilidad del aborto se señala por la ruptura bruta de las membranas en presencia de la dilatación cervical. En estas condiciones, aborto es casi seguro. En raras ocasiones, un chorro de líquido del útero durante la primera mitad del embarazo es sin consecuencias graves. El líquido podría haberse acumulado previamente entre el amnios y el corion. Más a menudo, sin embargo, cualquiera de las contracciones uterinas comienzan rápidamente, lo que resulta en la expulsión del embarazo, o infección desarrolla. Con la ruptura de la membrana evidente durante la primera mitad del embarazo, la posibilidad de salvar el embarazo es muy poco probable.

ABORTO INCOMPLETO

El feto y la placenta son propensos a ser expulsados juntos en abortos que ocurren antes de 10 semanas, pero por separado a partir de entonces cuando la placenta, en su totalidad o en parte, se retiene en el útero, el sangrado sobreviene tarde o temprano, para producir la señal principal de aborto incompleto. Con abortos que son más avanzados, el sangrado de vez en cuando puede ser masivo hasta el punto de producir hipovolemia profunda. En los casos de aborto incompleto, a menudo es necesario dilatar el cuello del útero antes de legrado. En muchos casos, el tejido de la placenta retenida

simplemente se encuentra suelta en el canal cervical y se puede levantar de un orificio externo expuesta con óvulos o anillo fórceps.

HUEVO MUERTO Y RETENIDO

Esto se define como la retención de los productos muertos de la concepción en el útero durante varias semanas. La justificación de un período de tiempo exacto no está claro, y no sirve para nada clínica útil. En el caso típico, el embarazo temprano parece ser normal, con la amenorrea, náuseas y vómitos, cambios en los senos, y el crecimiento del útero. Después de la muerte del feto, puede haber o no haber sangrado vaginal u otros síntomas que indican una amenaza de aborto. Durante un tiempo, el útero parece seguir siendo cambios y mantener el tamaño, pero por lo general una regresión mamaria. La mujer es el riesgo de perder unas cuantas libras. A partir de entonces, se hace evidente que el útero no sólo tiene cesado para agrandar pero también se ha convertido en más pequeño. Muchas mujeres no tienen síntomas durante este período, excepto la amenorrea persistente. Si el aborto diferido termina espontáneamente, y la mayoría lo hace, el proceso de la expulsión es el mismo que en cualquier aborto. Si retenido varias semanas después de la muerte, se convierte en un saco arrugado que contiene un feto macerado.

ABORTO RECURRENTE

Se denomina aborto recurrente a cualquier pareja que ha experimentado 3 ó más abortos espontáneos consecutivos antes de las 20 semanas gestación.

Utilizándose el término de abortadora recurrente primaria si la pareja no ha tenido embarazos viables entre sí, y abortadora secundaria, si ha existido al menos uno viable previo. Esta definición no es meramente semántica, ya que como veremos más adelante, puede orientar tanto en el estudio como en el pronóstico de fertilidad.

2.2.4.2 ABORTO INDUCIDO

El aborto inducido es la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la hora de la viabilidad fetal. (F. Gary Cunningham, Octubre 2002)

2.2.4.2.1 TECNICAS ABORTIVAS

Succión: El aborto por succión se hace entre la 6ta y la 12va semana. Este método se lleva a cabo introduciendo un tubo a través de la cérvix (la entrada del útero), el cual está conectado a un potente aspirador que destroza el cuerpo del bebé mientras lo extrae. Después, con este tubo o con una cureta (cuchillo curvo de acero) el abortista corta en pedazos la placenta separándola de las paredes del útero y la extrae. Casi el 95% de los abortos se hacen en esta forma. A veces se pueden identificar claramente las partes del cuerpo. Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado, una fuerte succión despedaza al bebé y lo deposita en un recipiente.

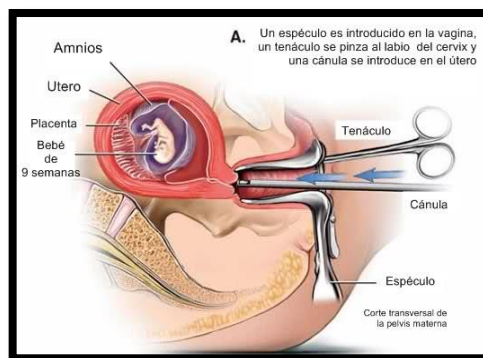


Gráfico N° 16.36.técnicas abortivas /succión
Fuente: [http:// pro-hi-vida.blogspot.com](http://pro-hi-vida.blogspot.com)

Dilatación y Legrado: Curetaje (D y C)

Este método abortivo se utiliza a finales del primer trimestre o principios del segundo, cuando el bebé ya es demasiado grande para ser extraído por succión.

Es similar a este último método, pero en vez de despedazar al bebé por aspiración, se utiliza una cureta o cuchillo, provisto de una cucharilla, con una punta afilada con la cual se va cortando al bebé en pedazos, con el fin de facilitar su extracción por el

cuello de la matriz. Luego se sacan éstos pedazos con la ayuda de fórceps. Este procedimiento tiene más riesgos para la mujer que el método de succión. El bebé destrozado con un afilado cuchillo curvo (cureta) mientras se encuentra en el vientre materno. La enfermera debe juntar todas las partes del cuerpo para asegurar que ha sido extraído totalmente o podría sobrevenir una grave infección uterina.

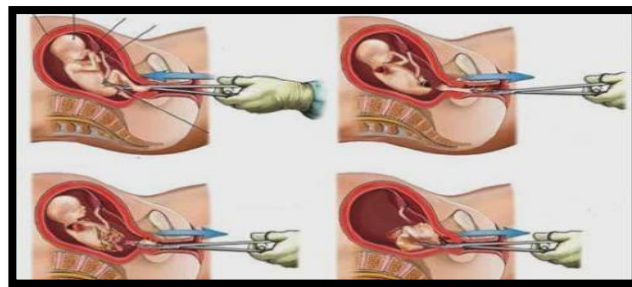


Gráfico N° 17.37.técnicas abortivas /dilatación y curetaje
Fuente: <http://www.hazteoir>

Aborto por Solución (inyección) Salina

Usado después de 16 semanas cuando el bebé es tan grande y legrado es demasiado peligroso para la madre. El líquido amniótico que protege al bebé se extrae, inyectándose en su lugar una solución salina concentrada. El bebé ingiere esta solución que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos y convulsiones. Esta solución salina produce dolorosas quemaduras graves en la piel del bebé. Unas horas más tarde, la madre comienza "el parto" y da a luz un bebé muerto o casi muerto.

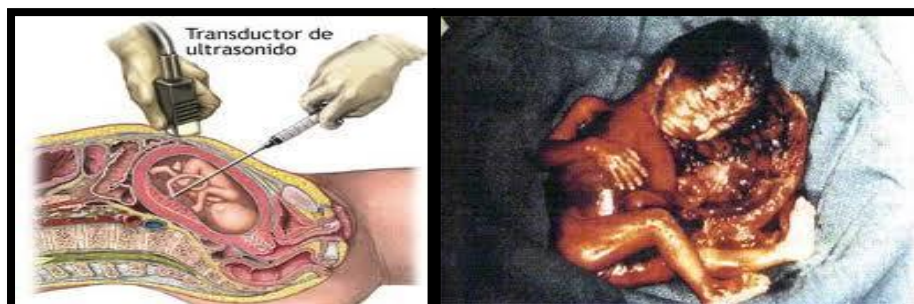


Gráfico N° 18.37.técnicas abortivas /por inyección de solución salina
Fuente: www.gecoas.com;

Prostaglandina y Oxitocina

Este procedimiento es idéntico a la infusión de sal, pero en vez de usar la sal, se usa prostaglandina. Este líquido causa el parto prematuro. Este potente fármaco se administra para provocar violentas contracciones en el útero con objeto de expulsar al bebé prematuramente y causarle la muerte. Sin embargo, a veces el bebé nace vivo, lo que el abortista considera como una "complicación". Muchos abortistas también usan la medicación del corazón, digoxin. También es disponible una forma de supositorio para introducir a la vagina. Usualmente, introducen las enfermeras mientras llevan muchos guantes (por el fuerza del supositorio). Muchas veces se ha usado pitocin para aumentar el parto.

El éxito en la inducción del aborto en el segundo trimestre es posible con altas dosis de oxitocina administrada en pequeños volúmenes de fluidos intravenosos.



Gráfico N° 19.38.técnicas abortivas /cytotec
Fuente: www.ayudacytotec.com;

Aborto por Histerectomía u Operación Cesárea

Este procedimiento es igual a una cesárea. Abierto el vientre y sacado el bebé. Sin embargo, este procedimiento se realiza durante los últimos tres meses del embarazo. Consiste en realizar una cesárea, no con el objeto de salvar al bebé por nacer, sino para dejarlo morir o para matarlo directamente. Como se trata de una intervención quirúrgica mayor tiene frecuentes complicaciones. El bebe es abandonado hasta que muere.

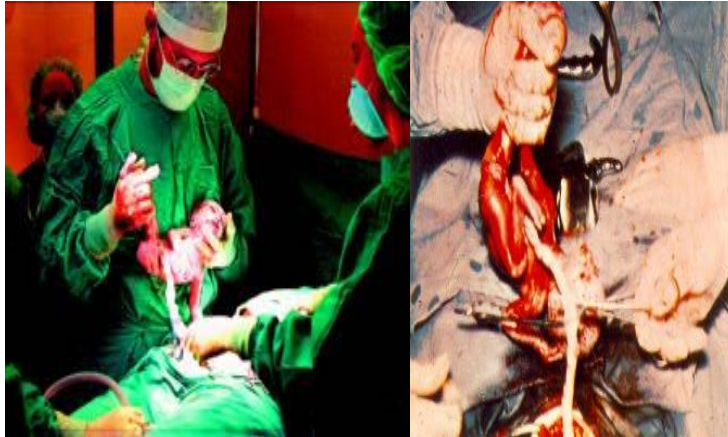


Gráfico N° 20.39.técnicas abortivas /operación cesárea
Fuente: fjpenarey.blogspot.com; abortoytiposdeaborto.blogspot.com

Dilatación Y Extracción (D & X)

Estos bebés pesan solamente una libra aproximadamente y tiene una longitud de 8 pulgadas. Después de dilatado el cuello del útero y drenado el fluido, el abortista, guiado por el ultrasonido, encuentra una pierna del bebé. Usando los fórceps y sus dedos, se ha sacado la pierna y después la otra y el cuerpo entero, pero se queda la cabeza. A este punto, el cráneo es demasiado grande para pasar fácilmente por el canal de parto. Por eso, usando las tijeras, las mete a la fuerza en la base del cráneo del bebé. Después de entrar la calavera, aumenta la brecha para introducir un catéter de succión que aspira el cerebro, causando el colapso de la calavera dejando el pasaje de la cabeza.



Gráfico N° 21.39.técnicas abortivas /dilatación y extracción
Fuente: elaborto59.blogspot.com

Anticonceptivos abortivos

La Píldora del Día Después y El Dispositivo Intrauterino (DIU)

Trabajan principalmente para prevenir la anidación del embrión en el vientre. La mayoría de las píldoras anticonceptiva que trabaja principalmente para prevenir la ovulación y para espesar el moco para prevenir el pasaje de la esperma, habla de un tercer mecanismo cuales para prevenir anidación del embrión en el vientre.

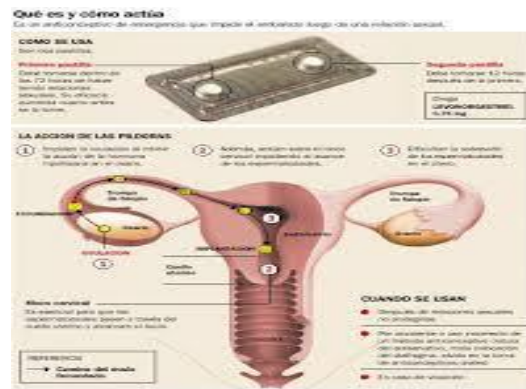


Gráfico N° 22.40.técnicas abortivas /anticonceptivos
Fuente: vivesana.blogspot.com

Metotrexato

Otro procedimiento que incluye muchas visitas al médico. En la primera visita, una mujer recibe una inyección intramuscular de metotrexato, una droga poderosa que es usado para luchar contra el cáncer.

Ataca las células que crecen rápidamente en el trofoblasto, el tejido alrededor el embrión que ser la placenta. Durante la descomposición del trofoblasto, no recibe el bebé la comida, oxígeno, y fluidos necesarios y por eso se muere. Tres a siete días más tarde, recibe la madre un supositorio vaginal de prostaglandina para expulsar el bebé del útero. A veces una segunda dosificación es necesaria. Las que todavía están embarazadas (por lo menos 1 de 25) reciben abortos quirúrgicos. (Jonathan S. Berek, 2002)

2.2.4.3 CONSECUENCIAS DEL ABORTO

El aborto, legal o ilegal también daña física y psicológicamente a la mujer y hasta puede acarrearle la muerte. La propaganda proabortista continuamente proclama la mentira de que el aborto legal es médicamente "seguro", y de que es necesario legalizarlo o despenalizarlo debido a la gran cantidad de muertes maternas causadas por el aborto ilegal. Esta estrategia para legalizar el aborto se llama engañosamente "Maternidad sin riesgos". Entre las complicaciones físicas del aborto en la mujer están las infecciones, las hemorragias, las complicaciones debido a la anestesia, las embolias pulmonares o del líquido amniótico, así como las perforaciones, laceraciones o desgarros del útero. Estadísticamente hablando, se estima que el riesgo inmediato de dichas complicaciones es de un 10%, pero el de las complicaciones a largo plazo es entre el 20 y el 50%.

Además de las complicaciones físicas, las mujeres sufren emocional y espiritualmente de lo que ya se ha identificado como el "Síndrome post-aborto." Estos efectos del aborto incluyen sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis y de enfermedades psicopáticas, tendencia al suicidio, pesadillas en las que aparecen los restos del bebé abortado, recuerdos dolorosos además de:

Ansiedad y depresión – Las adolescentes son más propensas que las mujeres adultas a sufrir las secuelas psicológicas. Aunque la primera reacción puede ser de alivio por no estar más embarazada, la ansiedad, la depresión y el sentimiento de culpa, aparecen pronto.

Síndrome post-aborto – No cabe duda que la práctica del aborto provoca graves tensiones. La mujer posee un instinto materno dado por la misma naturaleza. Violentarlo significa acumular traumas que a veces se manifiestan poco después, pero en otras ocasiones quedan latentes y explotan años más tarde, en las formas más inesperadas como patologías y reacciones psicológicas anómalas.

Algunos de estos reflejos son: angustia, ansiedad, uso de drogas, pérdida de la autoestima, sentimiento de culpa, insomnio, pesadillas aterradoras, abuso de fármacos, afecciones psicosomáticas, agotamiento, dificultad de concentración, misantropía y depresión Este cuadro se agrava si la mujer intenta acallar su conciencia negando que el aborto fue el asesinato de su propio hijo. El negarse a reconocer el propio crimen provoca en ella reacciones psicológicas profundas y desencontradas, que la catapultan a un estado de ansiedad, traumas nerviosos e irritabilidad casi insoportable.

2.2.4.4 DETERMINANTES DEL ABORTO

Factores individuales

Es importante mencionar que en nuestro país más o menos la cuarta parte de mujeres en edad reproductiva son adolescentes; parte de la población que se caracteriza por cambios físicos, emocionales y sociales; debido a la censura que existe en muchas sociedades con respecto al tema de la sexualidad, las adolescentes carecen de información y acceso a servicios adecuados de planificación familiar en condiciones de confidencialidad e independencia ,el hecho es que la mayoría de esta población está en riesgo de abandonar la escuela por estar embarazadas o ser madres.

Como las adolescentes no están suficientemente maduras para el parto, desde el punto de vista psicológico y físico, los partos a edad temprana también se traducen en elevados índices de morbi-mortalidad materna. Las adolescentes tienen más probabilidades que las mujeres mayores de tener un parto prematuro, un aborto espontáneo o que el producto nazca muerto; también es cuatro veces mayor la probabilidad de que mueran por complicaciones en el embarazo.

Factores Sociales

En la práctica es imposible saber cuántos abortos son provocados y cuántos espontáneos, debido a que los primeros son considerados como criminales y reciben teóricamente como tales la sanción correspondiente de nuestras leyes; en virtud de lo

cual las enfermas se niegan rotundamente a confesar, aún en aquellos casos en que se encuentran las pruebas que evidencian la provocación ya que el aborto provocado o criminal se vuelve cada día más frecuente.

Las personas que recurren al aborto criminal son las casadas y la que vive acompañada, de hogar armónico o anárquico en su estructura económica o afectiva, con exceso de familia y carente de todo, o aún con medios económicos suficientes, pero que ya no desea más hijos. Las exigencias económicas cada vez mayores, la falta de protección por parte de la ley en caso de abandono, la falta de una campaña de planificación de familiar para limitar el número de hijos y la irresponsabilidad del esposo para enfrentar sus obligaciones de jefe de hogar, hace que ella asuma la responsabilidad para conservar un buen nivel de vida familiar, limitando el número de hijos recurriendo al aborto criminal.

La soltera joven o madura, para quien el problema es sobre todo de índole social; pues el embarazo representa un estorbo, una afrenta que la lleva a la discriminación y al desprecio de la comunidad.

En marzo de 2013, los delegados de los países ante la Organización de las Naciones Unidas (ONU), debatieron estrategias para la “**eliminación y prevención de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas**”. El documento final, negociado por Michelle Bachelet como cabeza de ONU Mujeres, se vio una vez más complicado por la controversia que genera el aborto en el lenguaje de los así llamados “derechos sexuales y reproductivos”. Cuando se considera quitar la vida de un hijo o hija en gestación, sea envenenándolo químicamente o desmembrándolo quirúrgicamente, **legal o no, es lógico concluir que el aborto es por sí mismo un acto violento**. Pero al mismo tiempo – como fue discutido por investigadores de distintos países en una reunión paralela a las sesiones de ONU Mujer– **el aborto es otra forma de violencia contra la mujer**.

Aunque la relación parece independiente del estatus legal del aborto, es un hecho que miles de mujeres son obligadas a abortar legalmente contra su voluntad, fenómeno

conocido como **“aborto por coerción”**. **La legalización del aborto acrecienta el problema, principalmente debido a una mayor permisividad, facilidad de acceso e incremento sustantivo de las tasas de incidencia del aborto electivo.**

En las últimas décadas, varios estudios epidemiológicos indican que una proporción significativa de abortos inducidos legales –25% o incluso más- ocurre por coerción de la propia pareja o un familiar sobre la mujer o niña esperando un hijo. De hecho, entre los factores de riesgo más comunes para aborto y problemas de salud mental posterior, se encuentra la historia de violencia doméstica infligida por la pareja o el antecedente de abuso durante la niñez. A veces es la propia madre, el padre o ambos los que fuerzan el aborto de una hija embarazada. A esto, se agregan casos de abuso reiterado de adolescentes donde se recurre al aborto legal en caso de embarazo.

Estudios conducidos en Finlandia, confirman que **el aborto incrementa a más del doble el riesgo de suicidio en mujeres en edad reproductiva, mientras el embarazo llevado a término lo reduce**. Un reciente estudio en Chicago, mostró que el aborto incrementa el riesgo de problemas de pareja, incluyendo violencia doméstica, consumo de drogas y divorcio. Al mismo tiempo, existe una fuerte correlación entre las tasas de aborto y homicidios de mujeres.

En China, miles de mujeres son obligadas a abortar debido a las políticas de un solo hijo. El aborto sexo-selectivo de miles de niñas es una cruda realidad de discriminación contra la mujer en China que se reproduce culturalmente también en India.

En el contexto latinoamericano, la historia de aborto inducido se asocia significativamente a ideación suicida en mujeres brasileñas. En México, la violencia física contra la mujer embarazada se incrementó de 5,3% a 9,4. Los estudios se multiplican y estos son sólo algunos ejemplos.

En la apertura de las sesiones organizadas por ONU Mujer, el Secretario General de la ONU, Ban Ki-moon, enfatizó que **“existe una sola verdad universal, aplicable a todos los países, culturas y comunidades: la violencia contra la mujer nunca es**

aceptable, nunca es excusable, nunca es tolerable”. Si éstas no son sólo palabras de buena crianza, la alarmante expansión del aborto legal como forma de violencia contra la mujer, no debería pasar inadvertida para ninguna nación respetuosa de los derechos humanos fundamentales. Omitir su discusión, no es más que favorecer una agenda hipócrita: discutamos toda violencia contra las mujeres y las niñas, menos el aborto cuando es legal. (Dr. Elard Koch)

Factores Económicos

La situación económica de la mujer que aborta, puede ser determinante en su decisión. Cuando la pareja o la mujer no tienen posibilidades económicas para criar a un hijo porque uno de ellos o los dos se encuentren en paro, por bajos ingresos o porque son estudiantes y no poseen dinero propio es muy posible que la mujer aborte. También podemos encontrarnos con el caso de que la mujer o la pareja no tengan el dinero suficiente para pagar a la clínica abortiva legal, en cuyo caso pueden tenerlo y darlo en adopción después o elegir un lugar dónde realicen abortos con precios más bajos pero no con el personal especializado y autorizado, es decir, abortar ilegalmente. Uno de los casos más comunes es el de una adolescente (menor de edad) que se queda embarazada y aunque ella prefiera buscar otra opción, se ve forzada a abortar porque su familia se niega a criar a un hijo. Por otro lado si la pareja o la mujer poseen una buena situación económica, les pueden motivar a criar a un hijo ya que la economía no es un problema para ella/os, claro que no solo importa que económicamente estén bien. Paralelamente podemos decir que el coste del procedimiento depende de la ciudad y de la clínica donde se realice. Generalmente el precio del aborto incrementa conforme lo haga el proceso de gestación, ya que el procedimiento es más complicado al mismo tiempo que avanza el embarazo. El coste puede o no incluir pruebas de detección, ultrasonido, medicamentos, material utilizado durante el procedimiento, visitas de seguimiento. Algunos planes de seguro incluyen abortos, pero otros no antes de pagar, la mujer debe informarse de si su seguro le paga el procedimiento. (Lic. Elva Díaz Díaz, 2001)

2.2.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Capítulo sexto

Derechos de libertad

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener.

Art. 69.- Para proteger los derechos de las personas integrantes de la familia:

1. Se promoverá la maternidad y paternidad responsable; la madre y el padre estarán obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y

protección de los derechos de sus hijas e hijos, en particular cuando se encuentren separados de ellos por cualquier motivo.

(Constitución del Ecuador, 2010)

2.2.5.1 Ley De Maternidad Gratuita

Art. 1.- Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva.

De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas niños niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del estado.

Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados.

Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2006)

Uno de los problemas que actualmente revuelve al país es la despenalización del aborto varios entes lo defienden mientras que otros rechazan una ley que de a poco divide al país para conocer lo que es meramente el aborto conozcamos la ley vigente en el país puesta que dicha actualización está en debate.

2.2.6 CÓDIGO PENAL DEL ABORTO EN ECUADOR

LA COMISION JURIDICA

Considerando:

Que con posterioridad al año de 1959 en que se procedió a la codificación del Derecho Penal Común por la Comisión Legislativa Permanente, se han expedido numerosas e importantes reformas que es menester incorporarlas de manera adecuada en el Código Penal; y,

En ejercicio de la atribución que le confiere el Decreto supremo No. 55, de 8 de julio de 1970, expedido por el señor Presidente de la República, doctor don José María Velasco Ibarra.

Resuelve:

Primero.- Proceder a la codificación del Código Penal y disponer que se publique en el Registro Oficial para que tenga fuerza obligatoria.

Segundo.- Ordenar que se cite el adelante la nueva enumeración de sus artículos

Tercero.- Mandar que esta Resolución se inserte en todas las ediciones del Código Penal codificado por la Comisión Jurídica.

Sección quinta

Niñas, niños y adolescentes

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

TÍTULO VI

DE LOS DELITOS CONTRA LAS PERSONAS

CAPÍTULO I

DE LOS DELITOS CONTRA LA VIDA

Art. 441.- El que por alimentos, bebidas, medicamentos, violencias o cualquier otro medio hubiere, intencionalmente, hecho abortar a una mujer que no ha consentido en reprimido con tres a seis años de reclusión menor.

Si los medios empleados no han tenido efecto, se reprimirá como tentativa.

Art. 442.- Cuando el aborto ha sido causado por violencias hechas voluntariamente, pero sin intención de causarlo, el culpado será reprimido con prisión de seis meses a dos años.

Si las violencias han sido cometidas con premeditación o con conocimiento del estado de la mujer, la prisión será de uno a cinco años.

Art. 443.- El que por alimentos, bebidas, medicamentos o cualquier otro medio hubiere hecho abortar a una mujer que ha consentido en ello, será reprimido con prisión de dos a cinco años.

Art. 444.- La mujer que voluntariamente hubiere consentido en que se causare por sí misma el aborto, será reprimida con prisión de uno a cinco años. Si consintiere en que se le haga abortar o causare por sí misma el aborto, para deshonor, será reprimida con seis meses a dos años de prisión.

Art. 445.- Cuando los medios empleados con el fin de hacer abortar causado la muerte de ésta, el que los hubiere aplicado o indicado con dicho fin reprimido con tres a seis años de reclusión menor, si la mujer ha consentido en el aborto; y con reclusión mayor de ocho a doce años, si la mujer no ha consentido.

Art. 446.- En los casos previstos por los artículos. 441, 443 y 445, si médico, tocólogo, obstetriz, practicante o farmacéutico, la pena de prisión reemplazada con reclusión menor de tres a seis años; la de reclusión menor, con reclusión mayor de cuatro a ocho años; y la de reclusión mayor ordinaria con la extraordinaria de doce a dieciséis años.

Art. 447.- El aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviere en posibilidad de prestarlo, no será punible:

1. Si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y,

2. Si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer. (CODIGO PENAL DEL ECUADOR)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Carcinomatosis

La carcinomatosis es un nombre que se emplea cuando un tumor cancerígeno se ha extendido por diferentes órganos del cuerpo humano.

Celiaquía

Enfermedad que se caracteriza por una mala absorción intestinal, alteraciones de la mucosa del intestino delgado, anemia, raquitismo, retraso en el crecimiento e intolerancia al gluten.

Curetaje

Raspado del interior de un tracto o cavidad para extirpar tejidos que posteriormente son analizados.

Determinante

Son los mecanismos específicos por medio de los que diferentes miembros de la comunidad influyen en los procesos de salud y enfermedad.

Histerectomía

Una histerectomía es la extracción del útero o matriz ya sea por causas naturales o por causa de una intervención quirúrgica

Legrado

Acción o acto de raspar la superficie natural de una cavidad o una superficie patológica para extraer su contenido mediante una legra. Es habitual que se realice un legrado para extraer los fragmentos de la placenta que pueden quedar en el útero tras un aborto.

Metotrexato

Es un medicamento que hace que su sistema inmunitario sea menos activo. Éste se usa para tratar ciertos tipos de cáncer.

Misantropía

La misantropía es una actitud social y psicológica caracterizada por la aversión general hacia el género humano. Su antónimo es la filantropía: amor al ente humano.

Misoprostol

El misoprostol es algo menos efectivo que los antagonistas H2 de histamina, pero más eficaz que el sucralfato en el tratamiento de las úlceras activas gástricas y duodenales. El misoprostol también se utiliza para la inducir parto y, en combinación con otros fármacos, para la interrupción del embarazo.

Ovulación

La ovulación es uno de los procesos del ciclo menstrual de la mujer en el cual un folículo ovárico se rompe y libera un óvulo,¹ también conocido como ovocito o gameto femenino, a la cavidad peritoneal del aparato reproductor femenino durante la fase .

Oxitocina

Es una hormona natural fabricada por el hombre. Este medicamento actúa haciendo que el útero se contraiga. Se utiliza para incrementar la fuerza de las contracciones del útero. Se puede utilizar para acelerar el trabajo de parto o después del parto para controlar el sangrado. Se utilice también para vaciar el útero después de un aborto o aborto espontáneo incompletos.

Progesterona

La progesterona, es una hormona esteroide involucrada en el ciclo menstrual femenino, embarazo (promueve la gestación) y embriogénesis de los humanos y otras especies.

Prostaglandina

Las acciones son múltiples y algunas tienen utilidad práctica, como la PGE1, que se utiliza en clínica para mantener abierto el ductus arterioso, en niños con cardiopatías congénitas y para el tratamiento o prevención de la úlcera gastroduodenal .

Solución salina:

Refiere en medicina a todo suero para reposición hídrica que contenga cloruro de sodio (NaCl) desde el suero fisiológico pasando por sueros hipotónicos a hipertónicos.

Trofoblasto

Capa externa de tejido constitutivo de la pared del blastocito que servirá para su implantación en la pared uterina y para aportar elementos nutritivos al embrión dando origen a la placenta. En la implantación las células se diferencian en dos

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 HIPÓTESIS

- A menor nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva mayor será la incidencia de abortos

2.4.2 VARIABLES

Variable Independiente: conocimientos sobre salud sexual y reproductiva

Variable Dependiente: incidencia de aborto

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Hipótesis: A menor nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva mayor será la incidencia de abortos.

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	ESCALAS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Variable independiente</p> <p>Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Conjunto de saberes sobre asistencia integral a las necesidades de mujeres respecto a la salud sexual y reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, prevención de embarazos no planificados y en la cual interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales religiosos y espirituales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Salud sexual y reproductiva ➤ Asistencia integral a la mujer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conoce acerca de salud sexual y reproductiva ➤ Lugar donde adquirió el conocimiento ➤ Conocimientos sobre maternidad gratuita ➤ Accesibilidad a los servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No ➤ Casa ➤ Centro educativo ➤ Profesional de salud ➤ Amigos ➤ Otros ➤ Conoce ➤ Desconoce ➤ Si ➤ No 	<p>Observación</p> <p>Entrevista</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Salud sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad de inicio de vida sexual ➤ Número de parejas sexuales ➤ Conocimiento sobre ITS ➤ Violencia de género 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10 a 12 años ➤ 3 a 15 años ➤ 15 a 17 años ➤ 8 a 21 años ➤ No recuerda ➤ Uno ➤ Dos ➤ Más de dos ➤ No recuerda ➤ Si ➤ No ➤ Si ➤ No 	Observación Entrevista
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Salud reproductiva 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos ➤ Planificación familiar ➤ Uso de métodos anticonceptivos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conoce ➤ Desconoce ➤ Conoce ➤ Desconoce ➤ Usa ➤ No usa 	

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Factores biológicos ➤ Factores psicológicos ➤ Factores económicos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menarquía ➤ Ansiedad ➤ Depresión ➤ Estabilidad emocional ➤ Ocupación ➤ Dependencia económica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10 a 12 años ➤ 13 a 15 años ➤ 16 a 18 años ➤ Resultados NOC ➤ 1402 ➤ 1409 ➤ Trabaja ➤ Estudia ➤ No realiza ninguna actividad ➤ Usted misma ➤ Esposo 	<p>Observación</p> <p>Entrevista</p>
--	--	---	---	---	--------------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Factores sociales y culturales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nivel de ingresos ➤ Nivel de escolaridad ➤ Estado civil 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Padres ➤ Otros ➤ Bueno ➤ Regular ➤ Escaso ➤ Nulo ➤ Primaria completa ➤ Primaria incompleta ➤ Secundaria completa ➤ Secundaria incompleta ➤ Universidad completa ➤ Universidad incompleta ➤ Ninguno ➤ Casado ➤ Soltera ➤ Unión libre ➤ Viuda 	
--	--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad ➤ Etnia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 12 a 19 años ➤ 20 a 29 años ➤ Mayores de 30 ➤ Blanca ➤ Negra ➤ Mestizo 	
Variable Independiente Incidencia de abortos	Número de casos en los cuales se interrumpe el embarazo por cualquier método ,antes de que el feto este desarrollado y tenga 20 semanas de gestación , o con un peso inferior de 500 gr.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Embarazos ➤ Abortos anteriores ➤ Interrupción espontánea del embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de Embarazos ➤ Número de abortos ➤ Antecedentes patológicos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uno ➤ Dos ➤ Más de tres ➤ Uno ➤ Dos ➤ Más de tres ➤ Enfermedades crónicas ➤ Traumatismos graves ➤ Enfermedades infecciosas ➤ Anomalías uterinas y hormonales 	Observación Entrevista Revisión de Historia Clínica

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Método inducido de interrupción del embarazo ➤ Edad gestacional en la que se produjo el aborto ➤ Conocimiento de complicaciones del aborto 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Técnica abortiva ➤ Semanas de gestación ➤ Conoce ➤ Desconoce 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Curetaje (D y C) ➤ Oxitocina ➤ La Píldora del Día Después ➤ Metotrexato ➤ Otras.(remedios caseros) ➤ Menos de 5 semanas ➤ 6 -10 semanas ➤ 11- 15 semanas ➤ 16- 20 semanas ➤ Esterilidad ➤ Trastornos menstruales ➤ Hemorragia ➤ Infecciones ➤ Shock/muerte ➤ Fiebre 	
--	--	--	---	---	--

CAPÍTULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO

Método científico. se utilizó este método porque para realizar la investigación se conto con información científica, además exponentes de teorías que gozan de fundamentación científica comprobada.

Inductivo: ya que después de una primera etapa de observación, análisis y clasificación de los hechos, se logra postular una hipótesis que brinda una solución al problema planteado, en este caso encontramos que “A menor nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva mayor será la incidencia de abortos.”

Deductivo: ya que se considera que la conclusión se halla implícita dentro de la hipótesis, es decir esta es una consecuencia necesaria de la misma. De esta manera encontramos que hay un déficit de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y estos influyen directamente en el aborto.

3.1.1 Tipo de investigación

Este trabajo se basó en la investigación no experimental-descriptiva-correlacional-causal.

No experimental: Porque se entrevisto a las pacientes ingresadas a centro obstétrico y hospitalización, con la finalidad de analizar su nivel de conocimientos y la relación de estos con el aborto.

Descriptiva: Porque se trabajó con las pacientes que ingresaban con cualquier diagnostico de aborto, en un periodo determinado de tiempo.

Correlacional-causal: Porque se buscó conocer la relación que tienen las variables, es decir como el comportamiento de la una puede causar efecto sobre la otra, es decir el nivel de conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva puede influir en la aparición de un aborto.

3.1.2 Diseño de la investigación

La investigación fue documental porque se apoyó en fuentes bibliográficas, la cual nos permitió recopilar información acerca de temas como Salud Sexual y Reproductiva y las determinantes que permiten que se pueda dar un aborto.

Además fue de campo por que el estudio se realiza en nuestra área de práctica con las pacientes ingresadas con algún cualquier diagnóstico de aborto.

3.1.3 TIPO DE ESTUDIO

Según el período y secuencia del estudio fue **Transversal:** Porque el estudio de la variable se realizó en un determinado momento en el período de abril a octubre 2012. Según análisis y alcance del resultado fue **Explicativa:** por que buscamos establecer el por qué de los hechos mediante una relación causal entre las variables establecidas.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

La población en estudio son todas las pacientes ingresadas a dicha casa de salud con cualquier diagnóstico de aborto en un total de 138 registrados en los servicios de Emergencia y Centro Quirúrgico.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entre las técnicas utilizadas para la recolección de datos tenemos las siguientes:

- **Entrevista:** se utilizó este medio para valorar el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las pacientes ingresadas a centro obstétrico.
- **Revisión de HCl:** se realizó la revisión de las historias clínicas de cada una de las pacientes con el fin de encontrar datos significativos.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA ELABORACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para la elaboración e interpretación de datos se realizó lo siguiente

- Recopilación de información (entrevista pacientes), revisión de historias clínicas.
- Análisis de selección y contenido de la información
- Tabulación de datos mediante la utilización de diagramas tales como pasteles y barras.
- Elaboración de una lista de cotejo

CAPITULO IV

4 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS PACIENTES INGRESADAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN CURSO

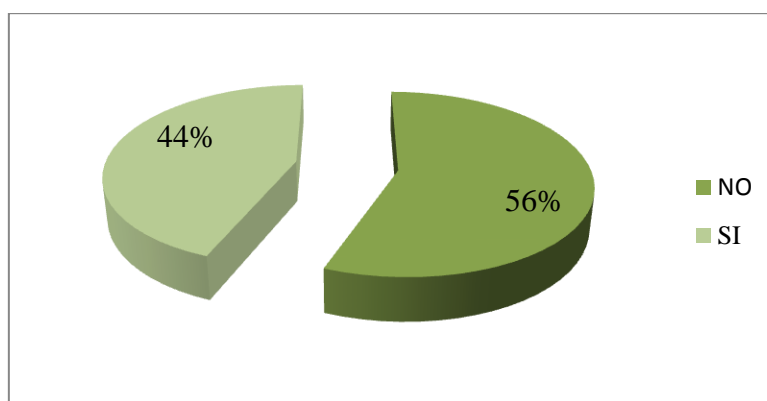
CUADRO 1. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ITEM	N°	%
SI	61	44%
NO	77	56%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 1. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Fuente: Cuadro N° 1

Elaborado por: María Elena Rivera

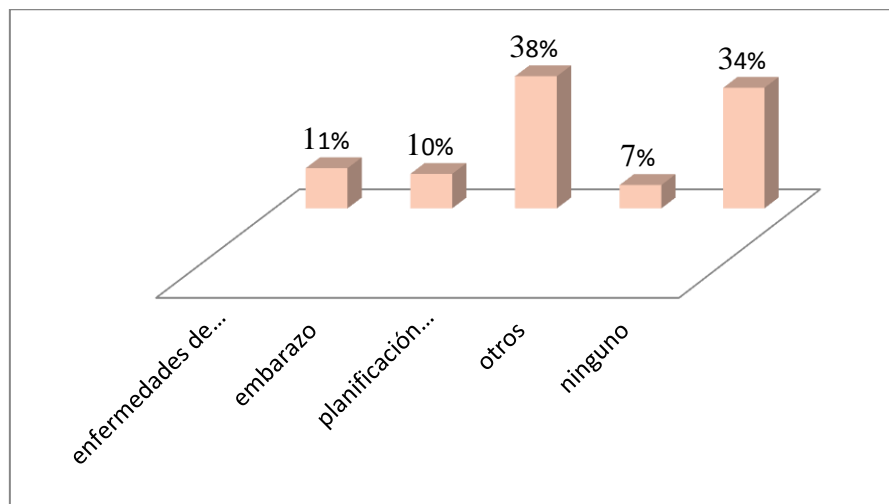
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:, Un 56% de la población estudiada no conoce sobre salud sexual y reproductiva, mientras que el 44% entiende parcialmente sobre este tema. Basados en estos datos se concluye, que apenas un mínimo porcentaje de la población está bien informada, lo que repercute, directamente en las decisiones futuras de las mujer en edad fértil.

CUADRO 1.1. TEMAS CONOCIDOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS USUARIAS

ITEM	N°	%
Enfermedades de transmisión sexual	7	11%
Embarazo	6	10%
Planificación familiar/métodos anticonceptivos	23	38%
Otros	4	7%
Ninguno	21	34%
TOTAL	61	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 1.1 TEMAS CONOCIDOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS USUARIAS



Fuente: Cuadro N° 1.1
Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 38% de las personas que respondieron afirmativamente, creen que saber sobre salud sexual y reproductiva es estar informadas sobre planificación familiar, esto frente a un 34% que respondió que si conoce pero sin responder las temáticas. Además, existen afirmaciones de las pacientes sobre temas relevantes como: enfermedades de transmisión sexual y VIH, embarazo, planificación familiar, entre otros. Basados en estos datos se concluye, que existen temas que tienen mayor difusión entre las pacientes a diferencia de otros que ni siquiera son conocidos por las usuarias.

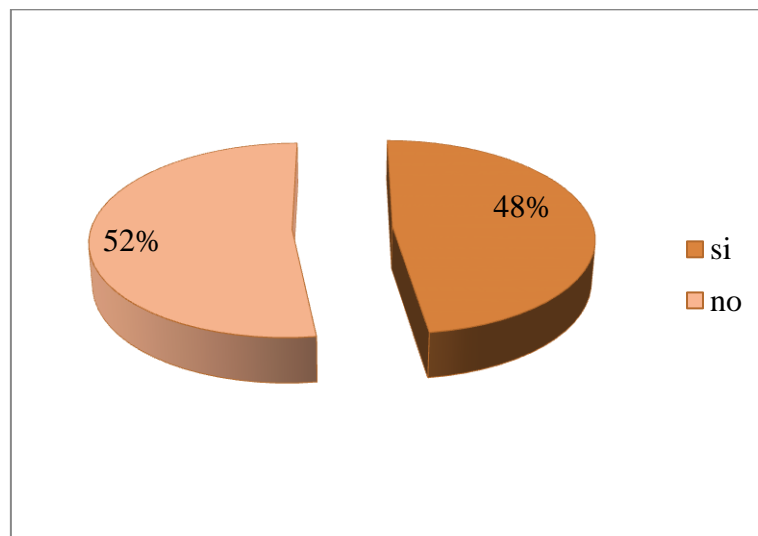
CUADRO 2. CONOCIMIENTO SOBRE DERECHOS REPRODUCTIVOS

ITEM	N°	%
SI	66	48%
NO	72	52%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 2. CONOCIMIENTO SOBRE DERECHOS REPRODUCTIVOS



Fuente: Cuadro N° 2

Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 52% de usuarias entrevistadas, no conoce sobre sus derechos reproductivos lo cual indica que estos derechos no han sido difundidos adecuadamente, o no son de conocimiento común entre la población estudiada; por otro lado el 48%, si afirma conocerlos, lo que muestra que este tema no lo consideran de relevancia y de ahí la falta de conocimiento en las pacientes.

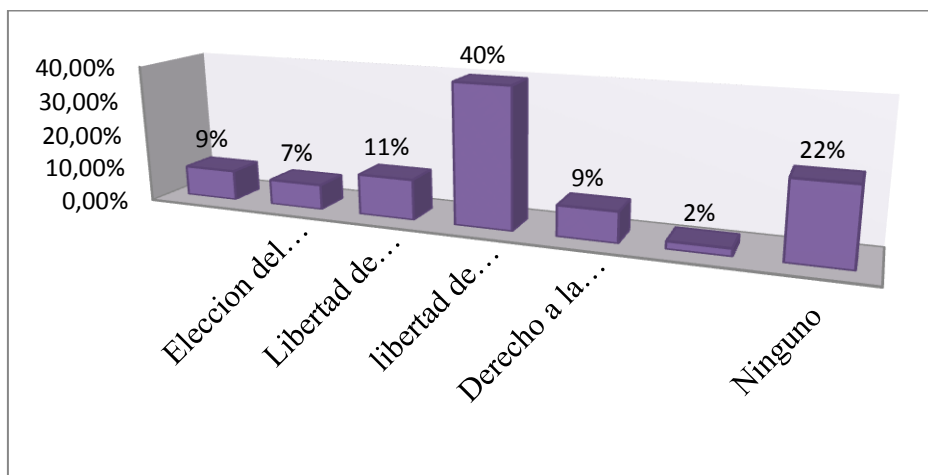
**CUADRO 3. DERECHOS REPRODUCTIVOS CONOCIDOS POR LAS
USUARIAS**

ITEM	N°	%
Respeto a la opción de la reproducción	12	9%
Elección del estado civil	10	7%
Libertad de fundar una familia	16	11%
Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivo	55	40%
Derecho a la alimentación gratuita	12	9%
Derecho a la vacunación	3	2%
Ninguno	30	22%
TOTAL	138	100

Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

**GRÁFICO 3. DERECHOS REPRODUCTIVOS CONOCIDOS POR LAS
USUARIAS**



Fuente: Cuadro N° 3

Elaborado por: María Elena Rivera

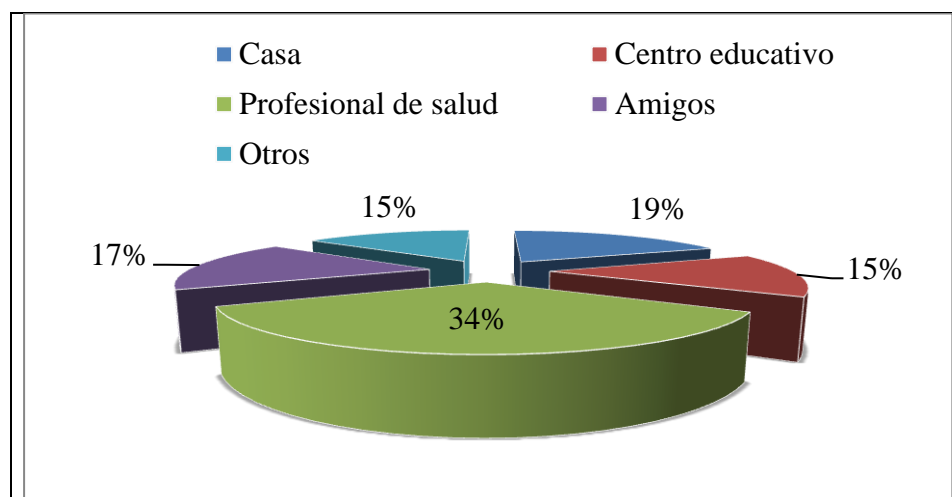
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Con un 40% se evidencia que uno de los derechos más conocidos entre las pacientes es la libertad de decidir sobre el número de hijos que desea tener, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos. El 22% respondió que ninguno de los ítems expuestos tiene relación con el tema, dejándonos en claro que existe un déficit de información en las usuarias.

CUADRO 4. LUGAR DONDE SE OBTUVO EL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ITEM	N°	%
Casa	26	19%
Centro educativo	20	15%
Profesional de salud	48	34%
Amigos	24	17%
Otros	20	15%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 4. LUGAR DONDE SE OBTUVO EL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Fuente: Cuadro N° 4
Elaborado por: María Elena Rivera

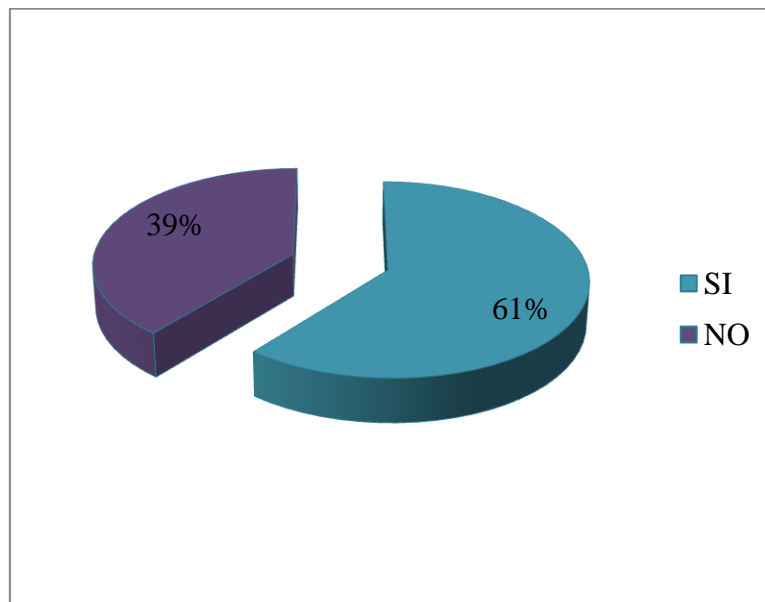
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se puede evidenciar que varios son los lugares donde las pacientes adquirieron información sobre salud sexual y apenas el 34% de las pacientes han recibido información de un profesional de salud y cuenta con información auténtica y veraz. Los datos obtenidos reflejan que es una gran desventaja no contar con fuentes informativas fidedignas, puesto que esto estaría generando confusión de temas sobre el uso correcto de anticonceptivos que al ser utilizados de manera errónea desencadenan embarazos no planificados.

CUADRO 5. CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA MATERNIDAD GRATUITA

ITEM	N°	%
SI	84	61%
NO	54	39%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 5. CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA MATERNIDAD GRATUITA



Fuente: Cuadro N° 5
Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 61% de las pacientes asume tener conocimiento sobre los beneficios de la maternidad gratuita, mientras que el 39% aún los desconoce, por lo que se concluye que las pacientes no están informadas sobre todos los beneficios que ofrece la maternidad, gratuita incluso cuando la mujer se hubiese practicado, o haya sufrido un aborto.

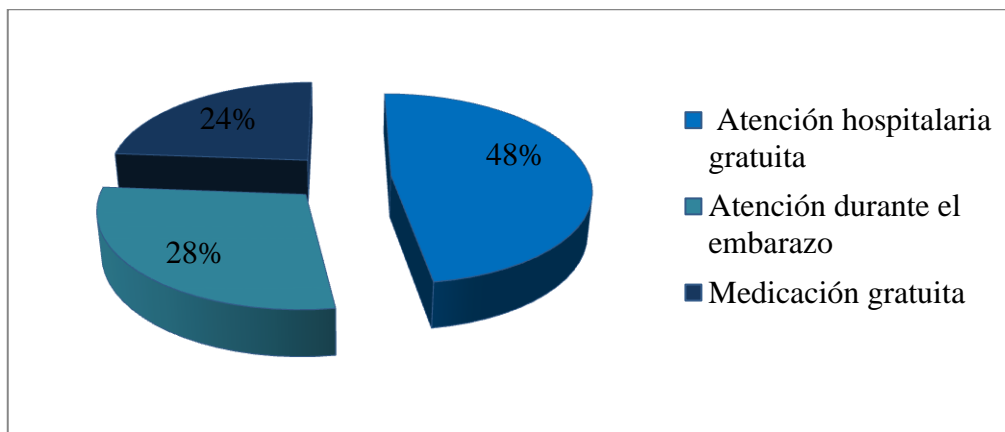
CUADRO 5.1. BENEFICIOS DE LA MATERNIDAD GRATUITA QUE RECIBE

ITEM	N°	%
Atención hospitalaria es gratuita	40	48%
Atención durante el embarazo	24	28%
Medicación gratuita	20	24%
TOTAL	84	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 5.1. BENEFICIOS DE LA MATERNIDAD GRATUITA QUE RECIBE



Fuente: Cuadro 5.1

Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 48% de las pacientes indican que maternidad gratuita corresponde a la atención hospitalaria, un 28% indica que como beneficio a la atención en el embarazo. Podemos decir que las respuestas dadas son parte de los muchos beneficios que posee dicha ley; siendo uno de ellos el derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. Por lo cual se evidencia que existe un déficit de asesoría sobre lo que ofrece los beneficios de la maternidad gratuita en nuestro país.

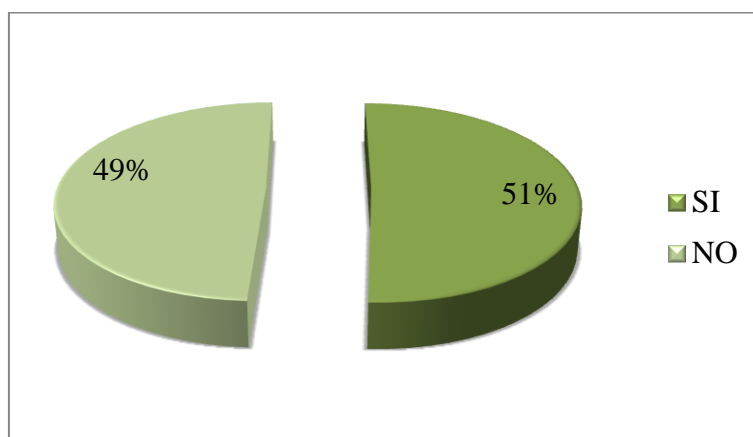
CUADRO 6. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

ITEM	N°	%
SI	70	51%
NO	68	49%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRAFICO 6. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Cuadro N° 6

Elaborado por: María Elena Rivera

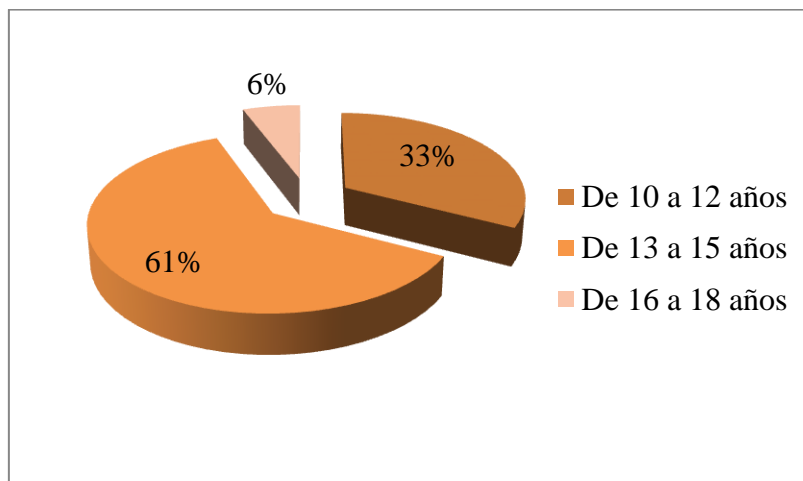
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 51% de las pacientes atendidas cuentan con accesibilidad a los servicios de salud donde viven, y un 49 % no tienen acceso. Lo que estaría generando abortos, puesto que si la atención de salud es escasa existirá, menos promoción de temas como: métodos anticonceptivos, maternidad y paternidad responsable, consecuencias del aborto entre otros; además que los embarazos no contarán con un control prenatal adecuado donde se identifiquen tempranamente factores de riesgo y preste atención oportuna.

**CUADRO 7. EDAD DE APARICIÓN DE LA MENARQUIA EN LAS
USUARIAS**

ITEM	N°	%
De 10 a 12 años	45	33
De 13 a 15 años	85	61
De 16 a 18 años	8	6
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

**GRÁFICO 7. . EDAD DE APARICIÓN DE LA MENARQUIA EN LAS
USUARIAS**



Fuente: Cuadro N° 7
Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se determinó que de las pacientes ingresadas un 33% tuvieron su menarquía entre los 10 a 12 años, un 61% de 13 a 15 años y solo un 6 % de 16 a 18 años. Mientras más anticipadamente se presente la menarquía, mayor será el riesgo de que exista un embarazo a tempranas edades, y al no ser planificado posiblemente termine en un aborto.

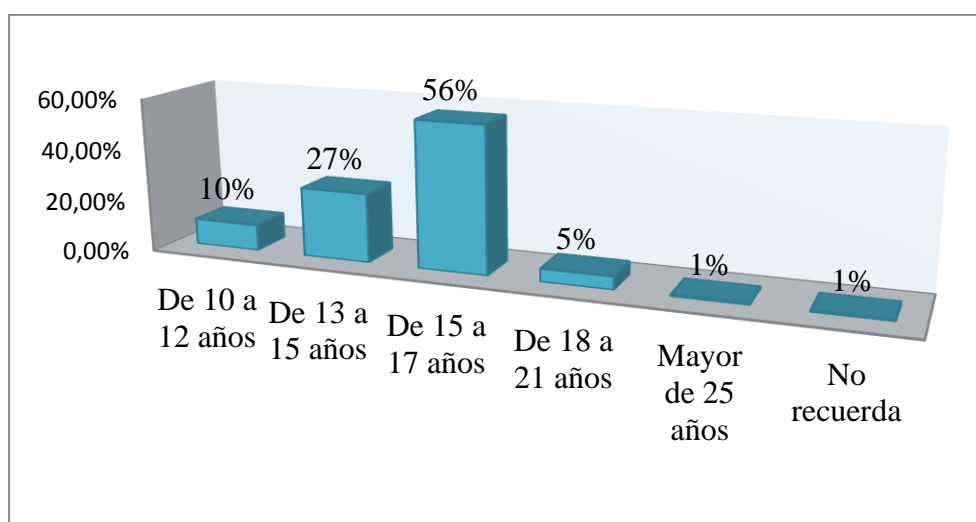
CUADRO 8. INICIO DE VIDA SEXUAL DE LAS PACIENTES

ITEM	N°	%
De 10 a 12 años	14	10%
De 13 a 15 años	37	27%
De 15 a 17 años	78	56%
De 18 a 21 años	7	5%
Mayor de 25 años	1	1%
No recuerda	1	1%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 8. INICIO DE VIDA SEXUAL DE LAS PACIENTES



Fuente: Cuadro N° 8

Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 56% de las usuarias iniciaron su vida sexual entre los 15 a 17 años, se deduce que mientras más tempranamente se inicie una vida sexual, mayor será la probabilidad de que haya embarazos no planificados y por ende se produzcan abortos, puesto que las usuarias, no cuentan con la necesaria madurez física, emocional, y psicológica, que se requiere para que un embarazo se lleve a cabo.

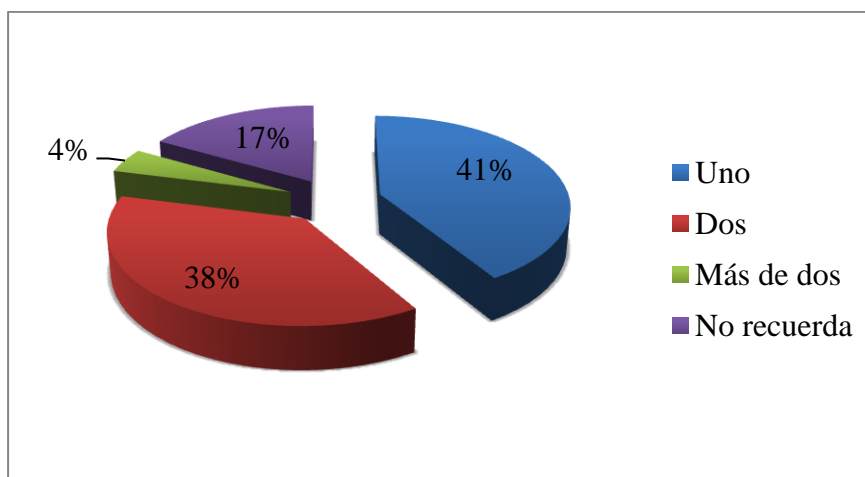
CUADRO 9. NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

ITEM	N°	%
Uno	57	41%
Dos	52	38%
Más de dos	6	4%
No recuerda	23	17%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRAFICO 9. NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES



Fuente: Cuadro N° 9

Elaborado por: María Elena Rivera

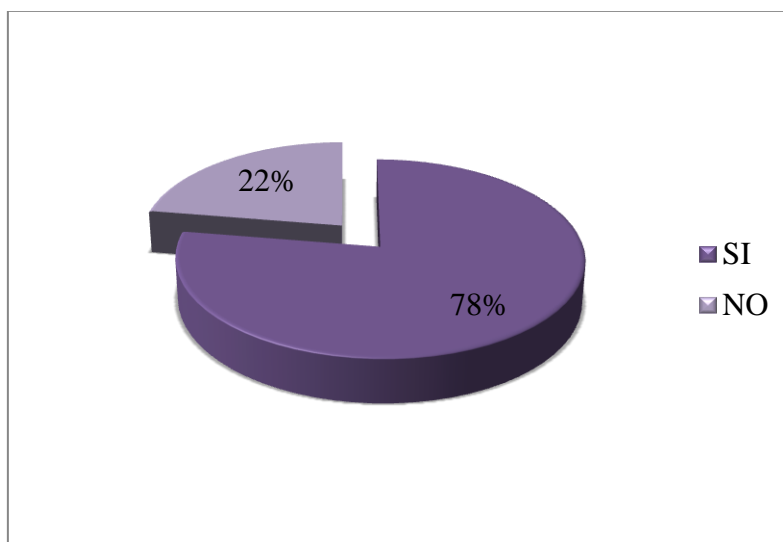
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 41% afirman tener una, pareja sentimental y un 4 % indica no recordar el número de parejas que ha tenido. Todos estos datos nos permiten concluir que independientemente del número de parejas sexuales que hayan tenido las usuarias, no se encuentran exentas de sufrir abortos en cualquier etapa de sus vidas, sin descartar la idea de que al no tener estabilidad emocional y de pareja pueden aparecer embarazos no deseados por la falta de planificación familiar.

CUADRO 10. CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ITEM	N°	%
SI	107	78%
NO	31	22%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 10. CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



Fuente: Cuadro N° 10
Elaborado por: María Elena Rivera

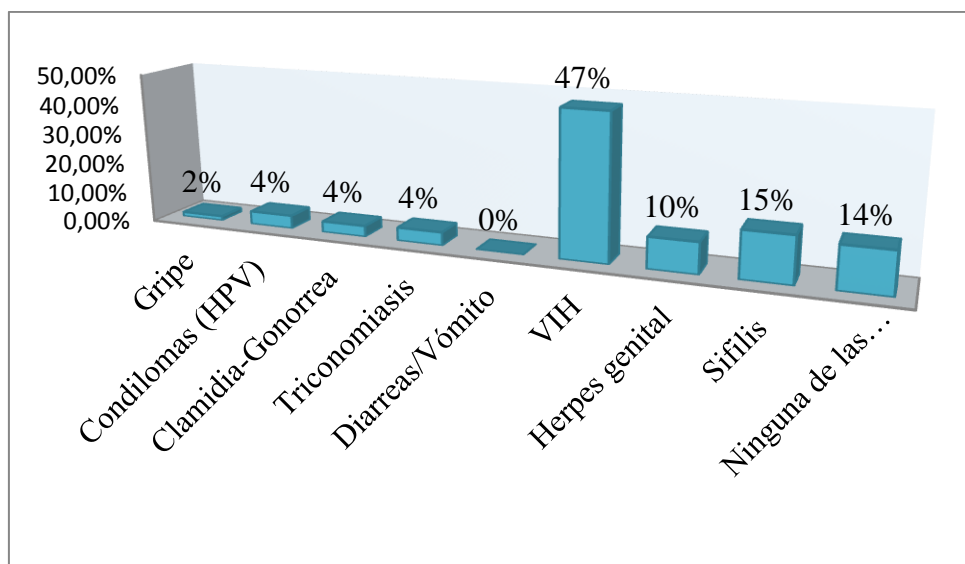
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se puede apreciar que un 78% de las usuarias conoce sobre enfermedades de transmisión sexual, lo cual nos indica que ésta temática ha sido difundida adecuadamente y es de conocimiento común entre la población. Por otro lado, el 22% no las conoce, lo cual demuestra que el ignorar este tema puede en cierta manera ser una determinante que influye en el aborto, por las complicaciones que estas puedan acarrear si se presentan en una mujer embarazada.

CUADRO 11. ENFERMEDADES QUE SE CONTRAEN POR CONTACTO SEXUAL

ITEM	N°	%
Gripe	2	2%
Condilomas (HPV)	6	4%
Clamidia-Gonorrea	5	4%
Triconomiasis	6	4%
Diarreas/Vómito	0	0
VIH	65	47%
Herpes genital	14	10%
Sífilis	21	15%
Ninguna de las anteriores	19	14%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
 Elaborado por: María Elena Rivera

GRAFICO 11. ENFERMEDADES QUE SE CONTRAEN POR CONTACTO SEXUAL



Fuente: Cuadro N° 11
 Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De las pacientes ingresadas y entrevistadas, un 47% conoce el VIH por ser una de las enfermedades más difundidas y que de a poco va tomando auge no solo a nivel mundial sino también en nuestro país; un 14% sugiere que no conoce ninguna de las anteriores, concluyendo que existe conocimiento parcial sobre estas enfermedades pero que sin duda alguna se debe potenciar la información a las pacientes sobre los efectos de éstas enfermedades.

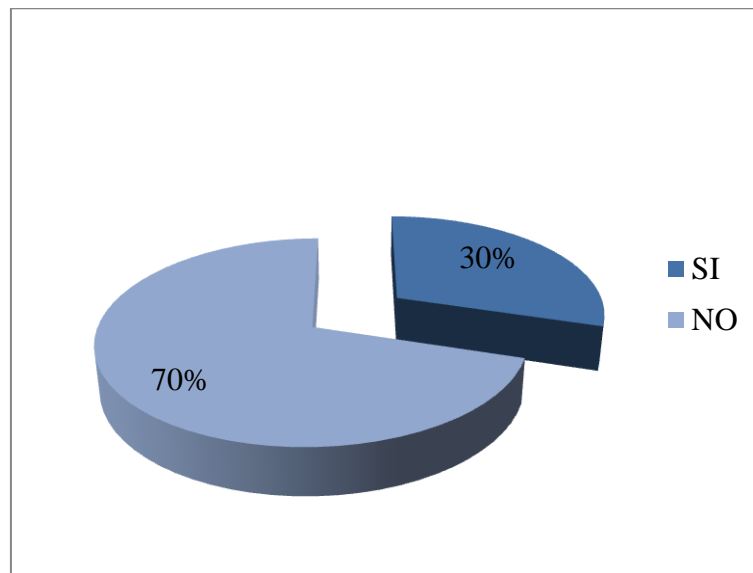
,

CUADRO 12. PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN LAS USUARIAS

ITEM	N°	%
SI	41	30%
NO	97	70%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las paciente
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 12. PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN LAS USUARIAS



Fuente: Cuadro N° 12
Elaborado por: María Elena Rivera

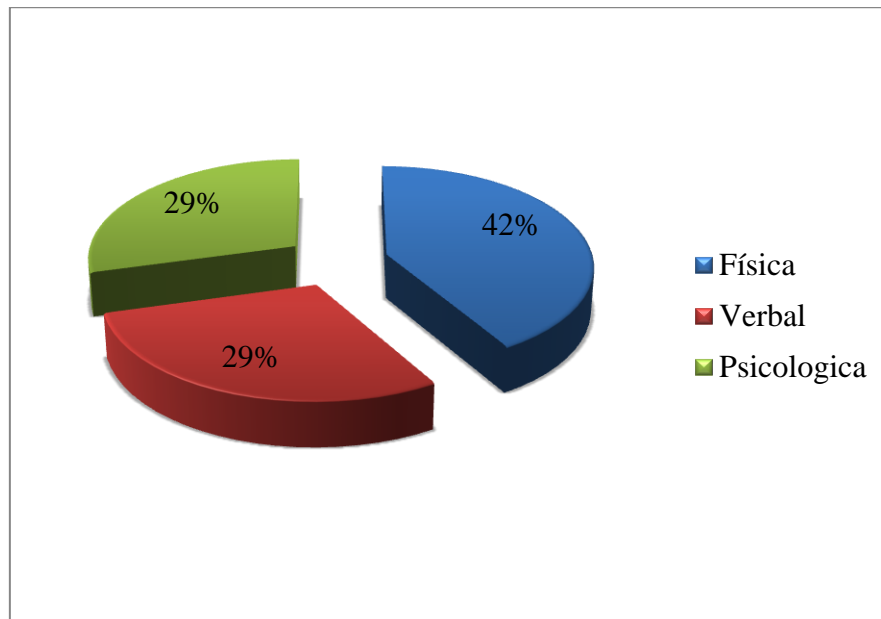
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 30% de las pacientes, refiere que ha sido víctima de violencia familiar, lo que indica que existe un índice considerable de violencia, aún así no se descarta la posibilidad de que haya sufrido un aborto como consecuencia del maltrato. Por otro lado el 70% aduce no haber sufrido de violencia familiar, lo que indica que hay menos probabilidad que estas mujeres hayan abortado como consecuencias de la violencia recibida.

CUADRO 12.1. TIPO DE VIOLENCIA QUE HAN SUFRIDO LAS PACIENTES

ITEM	N°	%
Física	17	42%
Verbal	12	29%
Psicológica	12	29%
TOTAL	41	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 12.1. TIPO DE VIOLENCIA QUE HAN SUFRIDO A LAS PACIENTES



Fuente: Cuadro N° 12.1
Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Las personas que respondieron que si han sufrido de violencia familiar, afirman que han sido objeto de abuso físico, mientras que un 29% refiere que ha sufrido violencia de tipo verbal, e igual que de tipo psicológico, siendo una determinante decisiva para que una mujer decida terminar su embarazo dado los maltratos que recibe por parte de su pareja.

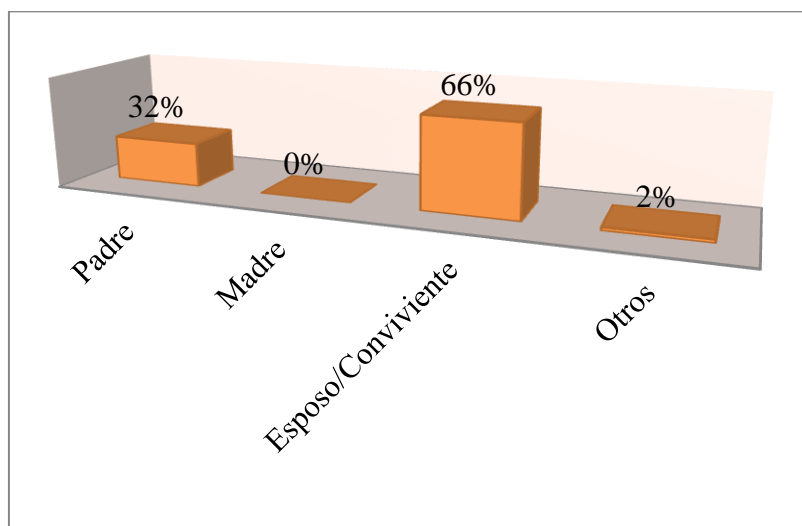
CUADRO 12.1.1. PERSONA QUE AGREDE

ITEM	N°	%
Padre	44	32%
Madre	0	0
Esposo/Conviviente	91	66%
Otros	3	2%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 12.1.1. PERSONA QUE AGREDE



Fuente: Cuadro N° 12.1.1.

Elaborado por: María Elena Rivera

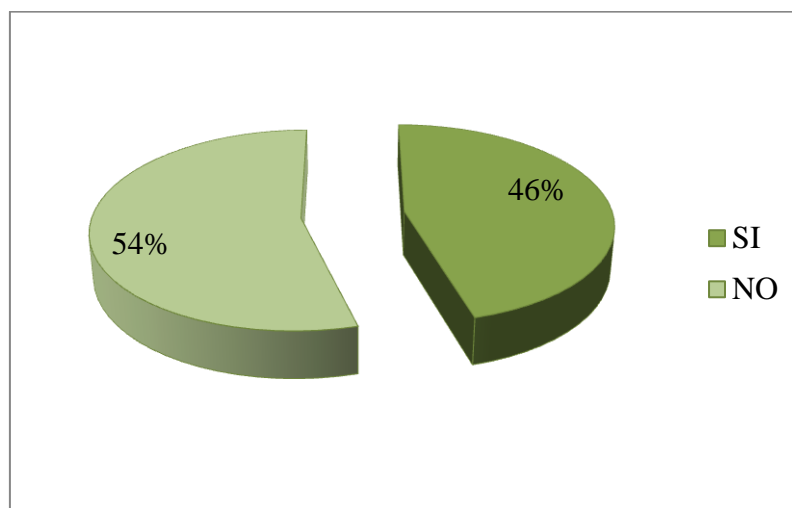
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 66% señala que el agresor ha sido el conviviente o esposo, contra un 31% que respalda que el agresor es el padre del hijo en camino. Con esto concluimos que la violencia contra la mujer es notoria y que claramente una de sus consecuencias puede llegar a ser el aborto. Como se menciona en el documento final, negociado por Michelle Bachelet como cabeza de ONU, entre los factores de riesgo más comunes para aborto y problemas de salud mental posterior, se encuentra la historia de violencia doméstica infligida por la pareja o el antecedente de abuso durante la niñez. A veces es la propia madre, el padre o ambos los que fuerzan el aborto de una hija embarazada.

CUADRO 13. CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ITEM	N°	%
SI	63	46%
NO	75	54%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICA 13. CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Cuadro N° 13
Elaborado por: María Elena Rivera

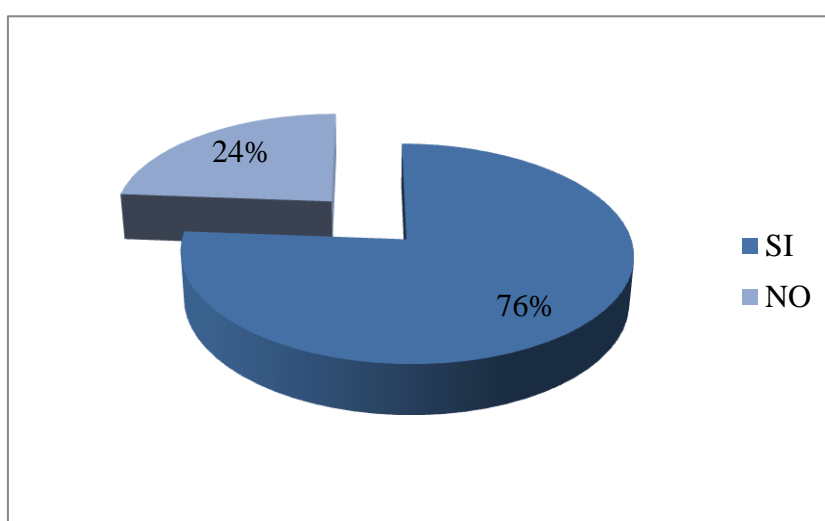
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 54% de las usuarias, indica que no conoce sobre planificación familiar y el 46% afirma conocer sobre el tema y sus afines, lo que evidencia el conocimiento en las usuarias es mínimo, puesto que al desconocer sobre planificación familiar existen muchas probabilidades de experimentar embarazos no deseados, que pueden desencadenar en abortos.

CUADRO 13.1. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ITEM	N°	%
SI	48	76%
NO	15	24%
TOTAL	63	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 13.1. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Cuadro N° 13.1
Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De las pacientes entrevistadas que afirman conocer sobre el tema y respondieron afirmativamente, un 76% de las usuarias ha utilizado alguna vez métodos anticonceptivos y un 24 % nunca los ha usado. Esto hace referencia a que existe una falta de cultura sobre la utilización de métodos anticonceptivos y que su utilización sigue siendo un tabú.

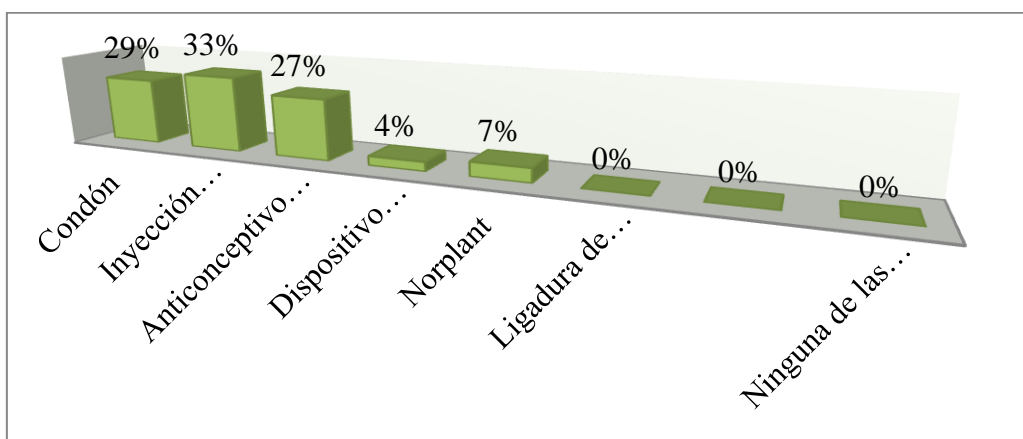
**CUADRO 13.1.1 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
UTILIZADOS POR LAS PACIENTES**

ITEM	N°	%
Condón	40	29%
Inyección (Mesygina, Topasel, depoprovera, etc.)	46	33%
Anticonceptivos orales	37	27%
Dispositivo intrauterino (T de cobre)	6	4%
Norplant	9	7%
Ligadura de trompas	0	0
Todas las anteriores	0	0
Ninguna de las anteriores	0	0
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

**GRÁFICO 13.1.1 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
UTILIZADOS POR LAS PACIENTES**



Fuente: Cuadro N° 13.1.1.

Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Las usuarias atendidas en su mayoría Señalando en su mayoría (33%) que el método anticonceptivo más usado es la inyección mensual seguido por el 29% que afirman haber utilizado el condón y un 27% indica haber usado anticonceptivos orales. Podemos decir que las pacientes al estar informadas parcialmente sobre los métodos de planificación familiar deciden utilizar dichos métodos anticonceptivos, corriendo un alto riesgo de tener como consecuencia un embarazo no planificado y a su vez poder presentarse un aborto.

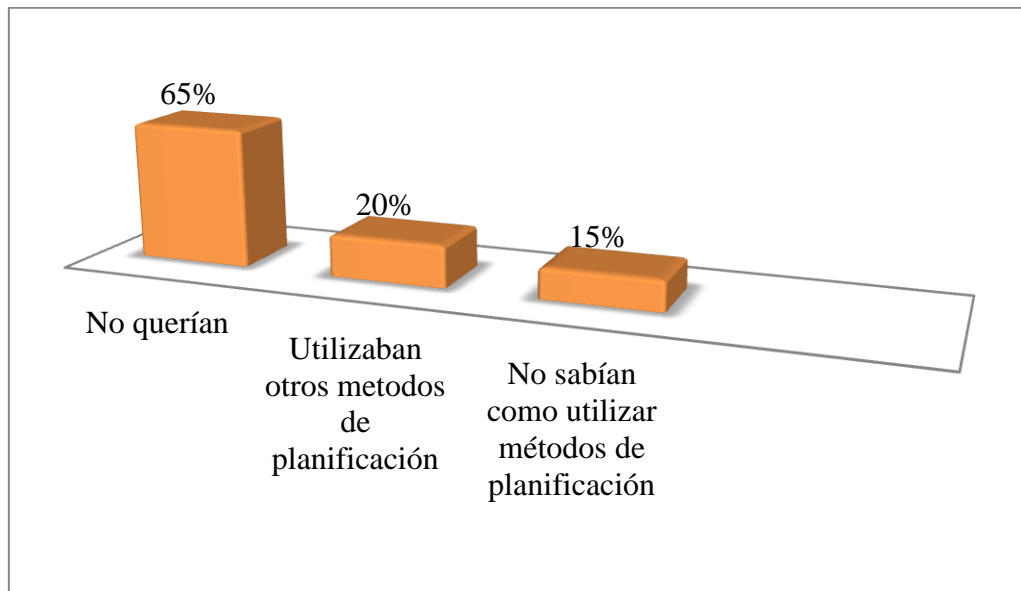
CUADRO 13.2. CAUSA POR LA QUE NO SE HA UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ITEM	N°	%
No querían	49	65%
Utilizaban otros métodos de protección	15	20%
No sabían cómo utilizar métodos anticonceptivos	11	15%
TOTAL	75	100

Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRAFICO 13.2. CAUSA POR LA QUE NO SE HA UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente Cuadro N° 13.2

Elaborado por: María Elena Rivera

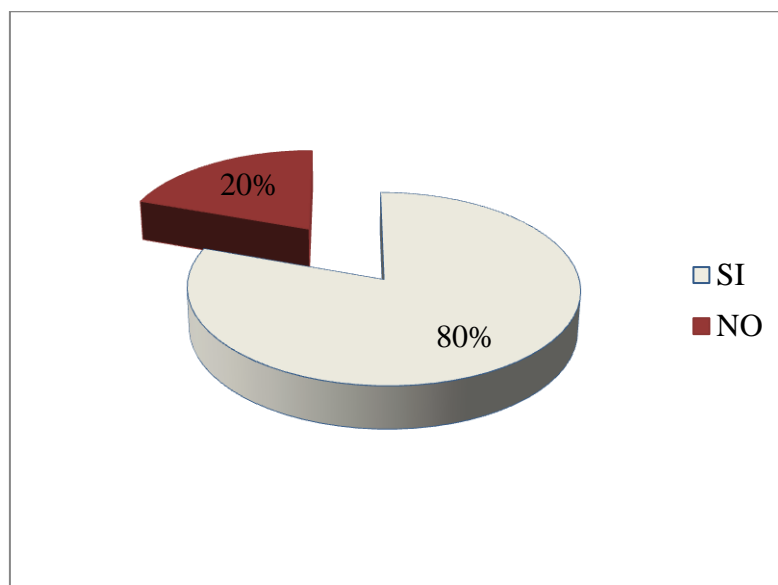
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De un 75% de las personas que no conocen sobre planificación familiar, el 65% no utilizan métodos de planificación familiar simplemente porque no desea hacerlo o por que usaban otros métodos de planificación familiar, naturales y caseros. Un 15% afirma que no los utilizó porque simplemente no sabía cómo, hacerlo dejando en claro que falta potenciar la promoción en salud sobre el uso correcto de los métodos de planificación familiar.

CUADRO 14. DECISIÓN SOBRE CUÁNTOS HIJOS TENER

ITEM	N°	%
SI	111	80%
NO	27	20%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 14. DECISIÓN SOBRE CUÁNTOS HIJOS TENER



Fuente: Cuadro N° 14
Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 80 % de la población estudiada decidió cuántos hijos tener, frente al 20% de las pacientes entrevistadas, que afirma que no fueron ellas las que decidieron; por lo cual se concluye que todavía son otras personas las que toman decisiones por la madre es decir, pueden decidir logran influir en su decisión finalizar o no el embarazo.

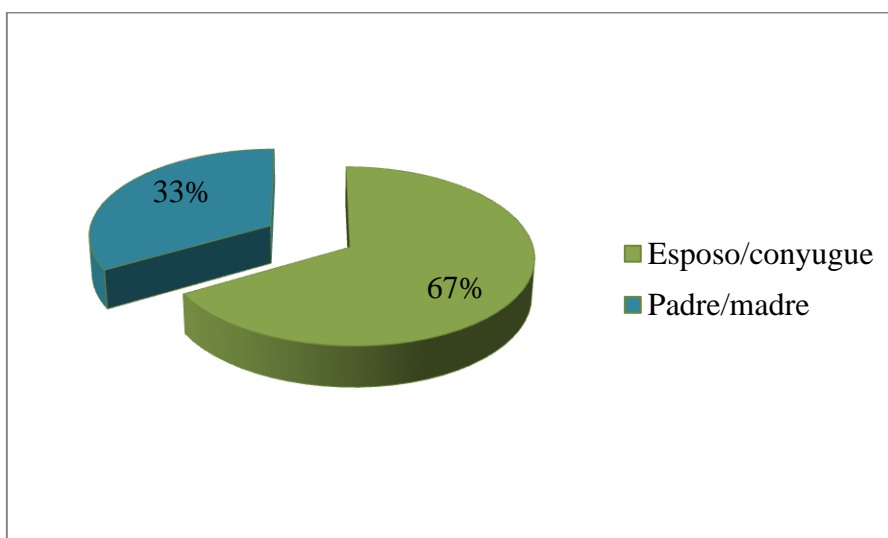
CUADRO 14.1 PERSONA QUE DECIDIÓ POR USTED

ITEM	N°	%
Esposo/conyugue	18	67%
Padre/madre	9	33%
TOTAL	27	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 14.1. PERSONA QUE DECIDIÓ POR USTED



Fuente: Cuadro N° 14.1

Elaborado por: María Elena Rivera

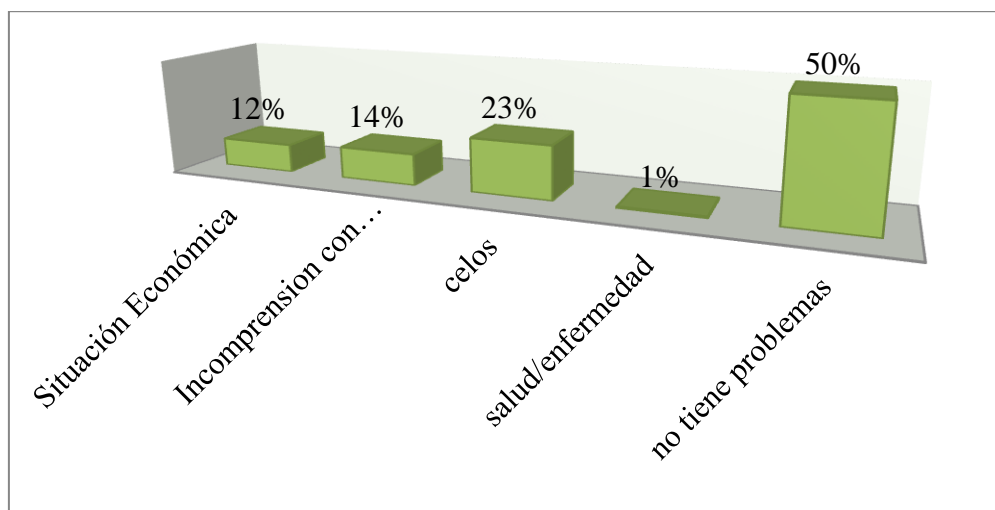
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De las 27 usuarias que afirman no haber tenido decisión propia, 18 de estas indican que fueron sus esposos o conyugues los que decidieron cuántos hijos deberían tener y 9 afirman que los que decidieron por ellas fueron sus padres. Este último valor es significativo porque puede ser el caso de embarazos adolescentes.

CUADRO 15. TIPO DE PROBLEMAS EN LA VIDA CONYUGAL

ITEM	N°	%
Situación económica	17	12%
Incomprensión con la pareja	19	14%
Celos	32	23%
Salud/enfermedad	1	1%
No tiene problemas	69	50%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 15. TIPO DE PROBLEMAS EN LA VIDA CONYUGAL



Fuente: Cuadro N° 15
Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 50% de las pacientes entrevistadas aducen que no tienen ningún tipo de problema en su relación de pareja, frente a un 23% que indica que la mayoría de sus problemas conyugales son por celos. Un 14% indica que sus problemas se basan en la incomprensión con su pareja, y un 12% afirma que sus problemas están relacionados con la situación económica; después de valorar estos datos podemos concluir decir que al existir problemas en la pareja hay mayor posibilidad de que un embarazo no llegue a término por todo lo que esto fuera.

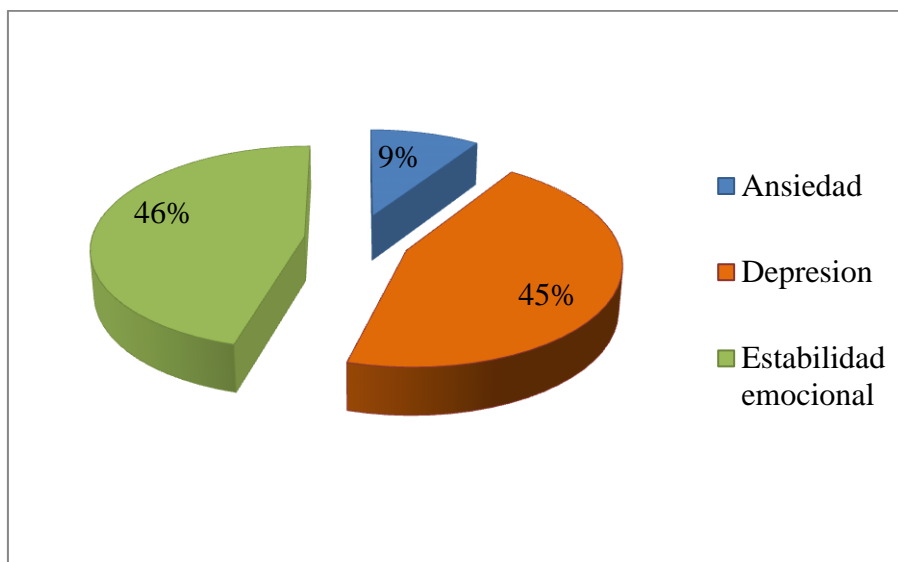
CUADRO 16. ESTADOS EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO

ITEM	N°	%
Ansiedad	13	9%
Depresión	62	45%
Estabilidad emocional	63	46%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 16. ESTADOS EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Cuadro N° 16

Elaborado por: María Elena Rivera

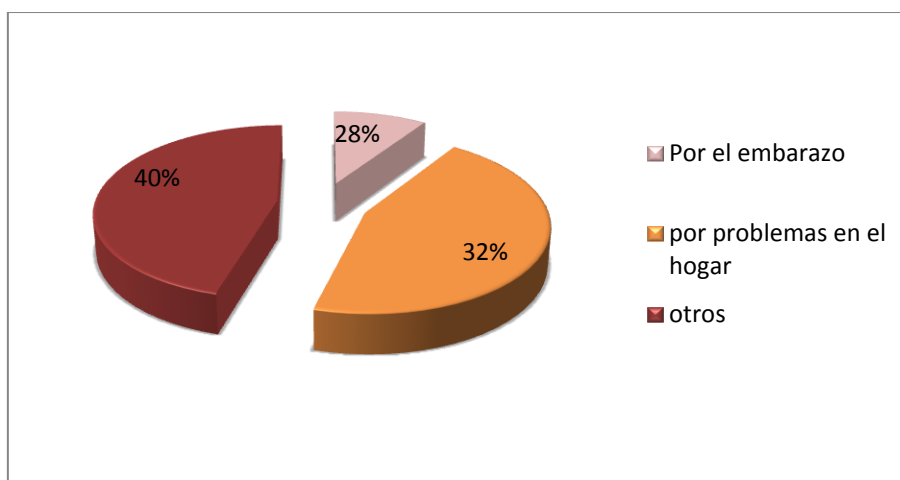
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De la población estudiada, el 46% de las pacientes entrevistadas aducen que poseen estabilidad emocional, razón por la cual no están expuestas a tener embarazos fallidos o auto provocarse los mismos. Esto frente a otro 45% que afirma haber sufrido muestra que ha sufrido depresión y un 9% de pacientes que sufrieron ansiedad; siendo estos estados los que incrementan el riesgo de tomar decisiones inadecuadas sobre su embarazo.

CUADRO 16.1. CAUSAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO ACTUAL

ITEM	N°	%
Por el embarazo	24	32%
Por problemas en el hogar	21	28%
Otros	30	40%
TOTAL	75	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRAFICO 16.1. CAUSAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO ACTUAL



Fuente: Cuadro N° 16.1.
Elaborado por: María Elena Rivera

ANALISIS E INTERPRETACION: Se puede apreciar que se han producido diferentes estados: porque están embarazadas, por causas no específicas, y problemas comunes del hogar, lo que nos lleva a la conclusión que a pesar que aseguran que suman 54% puede afectar su estabilidad emocional y hacer que tomen como decisión la terminación del embarazo.

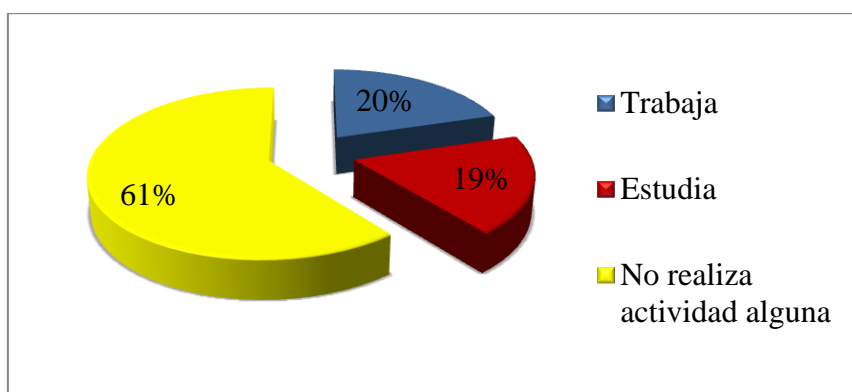
CUADRO 17. ACTIVIDADES COTIDIANAS DE LAS USUARIAS

ITEM	N°	%
Trabaja	28	20%
Estudia	26	19%
No realiza actividad alguna	84	61%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 17. ACTIVIDADES COTIDIANAS DE LAS USUARIAS



Fuente: Cuadro N° 17

Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACION: El 61% de usuarias no realiza ninguna actividad mientras que un 20% trabaja y un 19% estudia. Con estos datos se puede llegar a la conclusión de que la mayoría de pacientes se ocupan únicamente de sus respectivas familias.

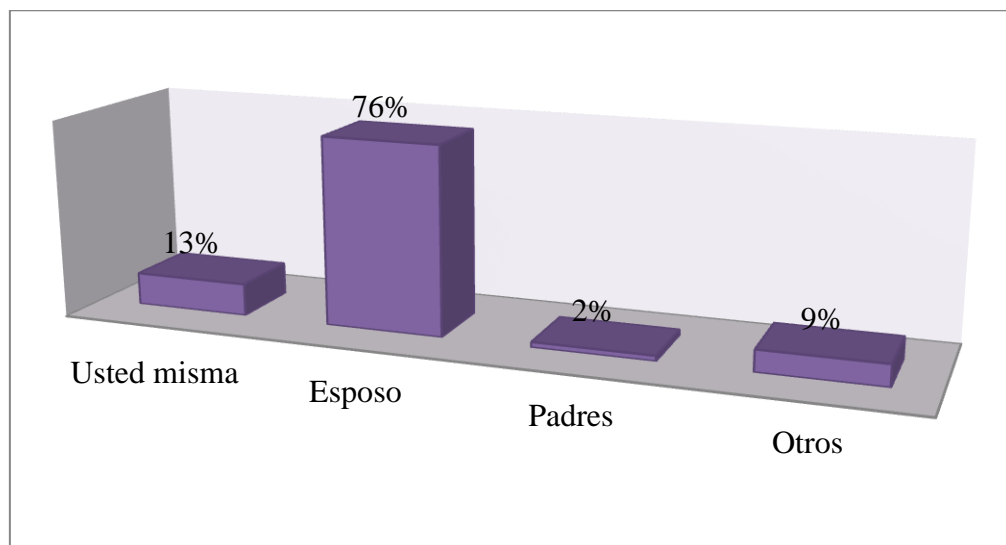
CUADRO 18. PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONÓMICAMENTE

ITEM	N°	%
Usted misma	18	13%
Esposo	105	76%
Padres	3	2%
Otros	12	9%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 18. PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONÓMICAMENTE



Fuente: Cuadro N° 18

Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Existe un 76% de pacientes que dependen únicamente de su esposo, pues de no realizar actividades que promuevan su economía están ligadas en cierta manera, a las decisiones tomadas por parte de su pareja, es decir éste también puede determinar si se desea concluir o llevar a término el embarazo, si existe una razón económica que lo provoque, por otro lado encontramos un 13% de pacientes entrevistadas que dependen de su propio sustento, es decir que la decisión de llevar a cabo la prolongación o finalización del embarazo depende únicamente de ella. La dependencia económica juega un rol muy importante a la hora de decidir si se llevara a término el embarazo, puesto que de este factor determina si existen las condiciones necesarias para el nacimiento del nuevo ser.

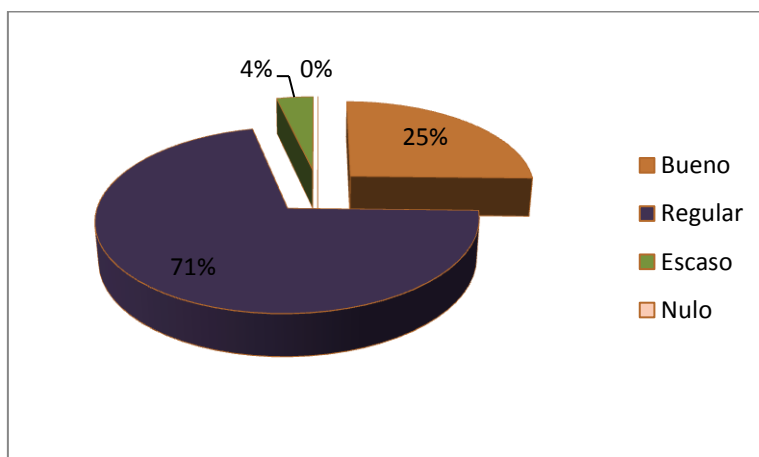
CUADRO 19. NIVEL DE INGRESOS ECONÓMICOS

ITEM	N°	%
Bueno	35	25%
Regular	98	71%
Escaso	5	4%
Nulo	0	0
TOTAL	138	100

Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 19. NIVEL DE INGRESOS ECONÓMICOS



Fuente: Cuadro N° 19

Elaborado por: María Elena Rivera

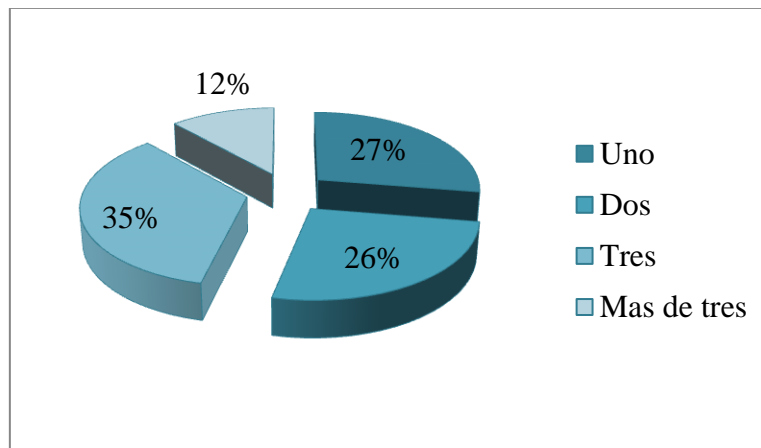
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se encontró que existe un 71% de usuarias que indican que sus ingresos son regulares y un 25 % afirman que sus ingresos son buenos. Se puede concluir que las pacientes entrevistadas, poseen estabilidad económica que puede ser factor indiscutible para decidir si el embarazo llega a término o no, puesto que tener un buen estado económico no garantiza que todos los embarazos sean deseados o planificados.

CUADRO 20. NÚMERO DE HIJOS DE LAS ENTREVISTADAS

ITEM	N°	%
Uno	38	27%
Dos	36	26%
Tres	48	35%
Más de tres	16	12%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 20. NÚMERO DE HIJOS DE LAS ENTREVISTADAS



Fuente: Cuadro N° 20.

Elaborado por: María Elena Rivera

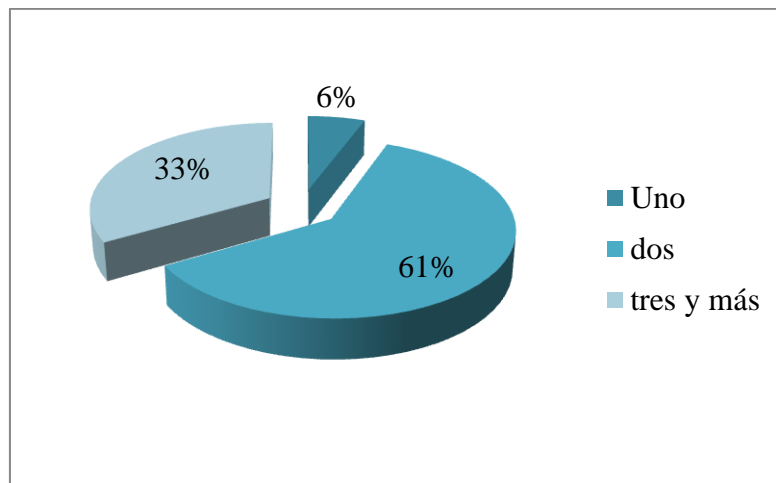
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Al examinar los datos obtenidos, podemos encontrar un 35 % de pacientes con tres hijos, un 26% que tiene uno y un 12% que tiene más de tres hijos. Por lo tanto, en aquellos hogares de mujeres encuestadas con tres hijos, existiría la posibilidad de pensar en concluir el embarazo actual, por el número considerable de hijos.

CUADRO 21. NÚMERO DE EMBARAZOS FALLIDOS

ITEM	N°	%
Uno	8	6%
Dos	84	61%
tres y más	46	33%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 21. NÚMERO DE EMBARAZOS FALLIDOS



Fuente: Cuadro N° 21.
Elaborado por: María Elena Rivera

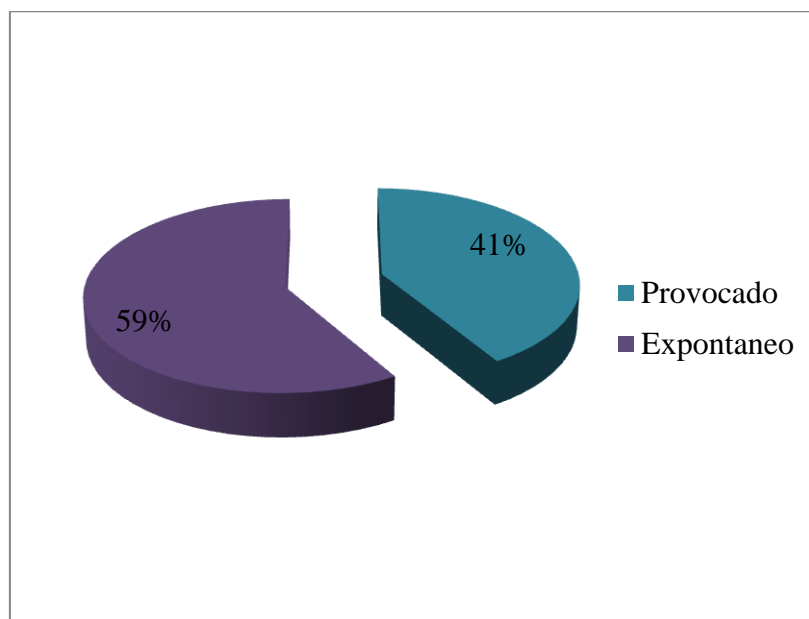
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Existe un 61% de pacientes que ha experimentado dos abortos, un 33% sufrió tres y más abortos y un 6% tienen un aborto en curso. Toda la población estudiada en algún momento de su vida experimentó cualquier tipo de aborto independientemente de la causa que la promovió, a lo contrario de tener índices bajos de no haber tenido ningún embarazo fallido y encontrarse atravesando por uno.

CUADRO 22. TIPO DE ABORTO

ITEM	N°	%
Provocado	57	41%
Espontaneo	81	59%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

GRAFICO 22. TIPO DE ABORTO



Fuente: Cuadro N° 22.
Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:, Al analizar los datos obtenidos podemos encontrar un 59%, de pacientes que indican que su aborto es espontáneo, un 41% que fue provocado; con estos datos se puede constatar que en la mayoría de los casos el aborto no tiene que ver con la decisión de la paciente si no al contrario simplemente se dio por otras causas, sin descartar que de igual manera existe un porcentaje de pacientes que se practicaron el aborto.

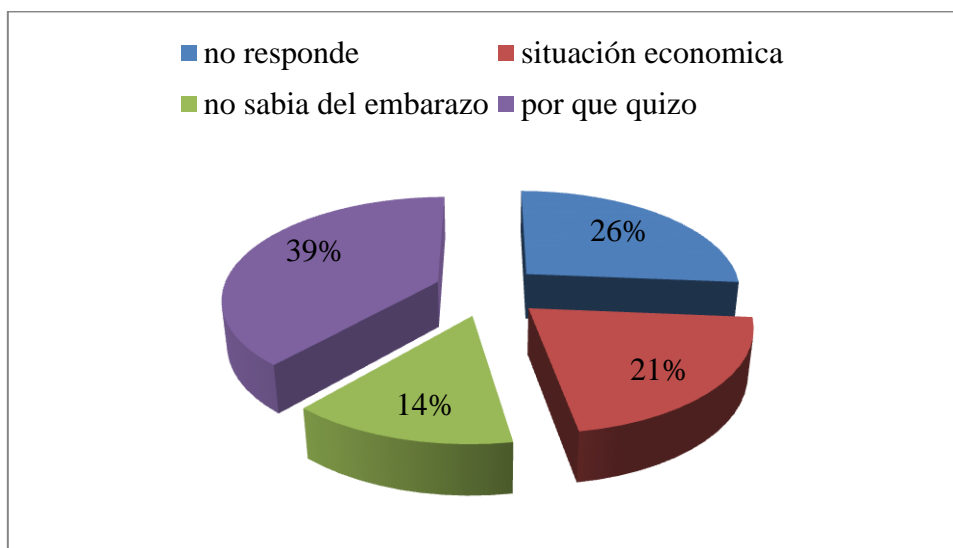
CUADRO 22.1. CAUSAS POR LA QUE TOMÓ LA DECISIÓN

Ítem	N°	%
No responde	15	26%
Situación económica	12	21%
No sabía del embarazo	8	14%
Porque quiso	22	39%
Total	57	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRAFICO 22.1. CAUSAS POR LA QUE TOMÓ LA DECISIÓN



Fuente: Cuadro N° 22.1.

Elaborado por: María Elena Rivera

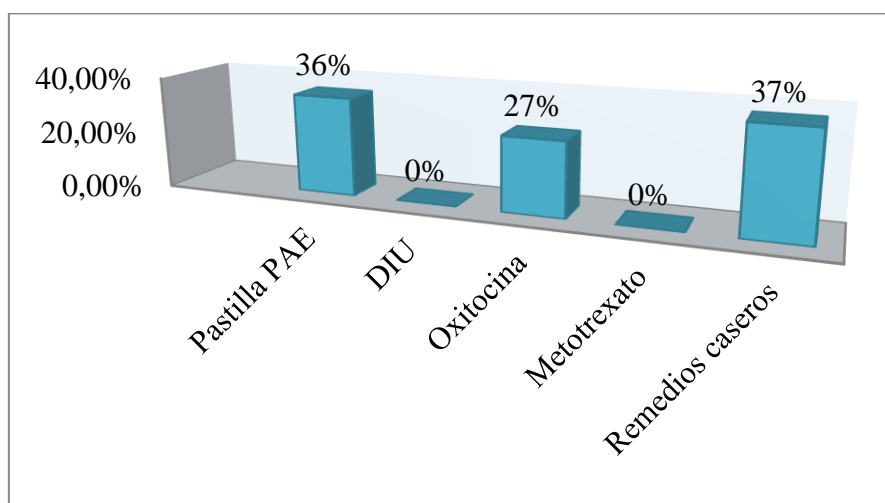
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 39% de pacientes señalaron que la causa que motivo al aborto fue simplemente porque quiso, un 26% no responde la razón por la cual se practicó el aborto. Un 21% indica que es por causas del factor económico y un 14% aduce no haber conocido del estado gestacional en el que se encontraba. Se puede observar que existen varias justificaciones para no llevar el embarazo a término por parte de las pacientes entrevistadas.

**CUADRO 22.1. 2 PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL ABORTO
PROVOCADO**

ITEM	N°	%
Pastilla PAE	20	36%
DIU	0	0
Oxitocina	15	27%
Metotrexato	0	0
Métodos caseros	21	37%
TOTAL	57	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB
Elaborado por: María Elena Rivera

**GRÁFICO 22.1.2 PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL ABORTO
PROVOCADO**



Fuente: Cuadro N° 22.1.
Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Para terminar el embarazo se utilizaron métodos como: la pastilla del día después (36%), remedios caseros, para producirse el aborto (37%), y la utilización de oxitocina también llamada pitocin (27%). Con estos datos constatamos que ciertos medicamentos están al alcance de las pacientes haciendo que sea fácil su uso indiscriminado; de igual forma continúan utilizando productos caseros accesibles que suelen ser recomendados por personas que ya los han utilizado previamente.

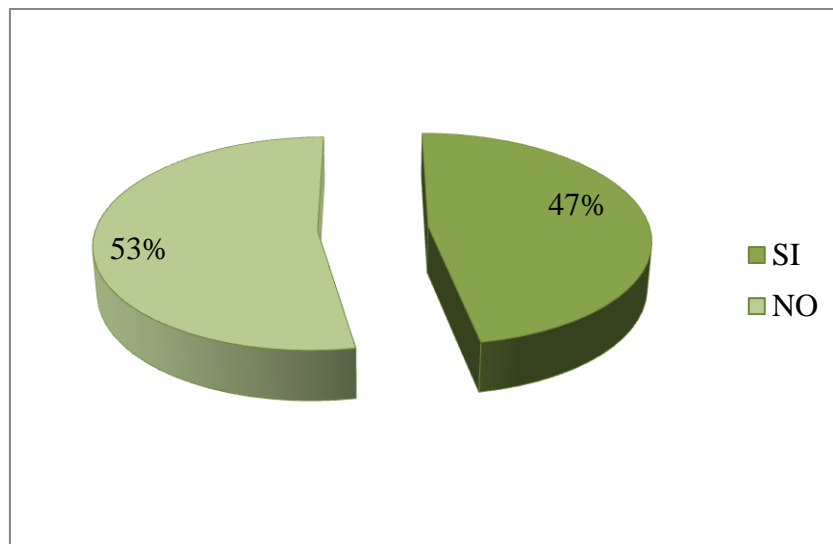
CUADRO 23. CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO

ITEM	N°	%
SI	65	47%
NO	73	53%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 23. CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO



Fuente: Cuadro N° 23.

Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 53 % de las pacientes no conoce las complicaciones a las que puede conllevar un aborto, independientemente de la manera en la que se haya producido, evidenciándose el desconocimiento de las usuarias.

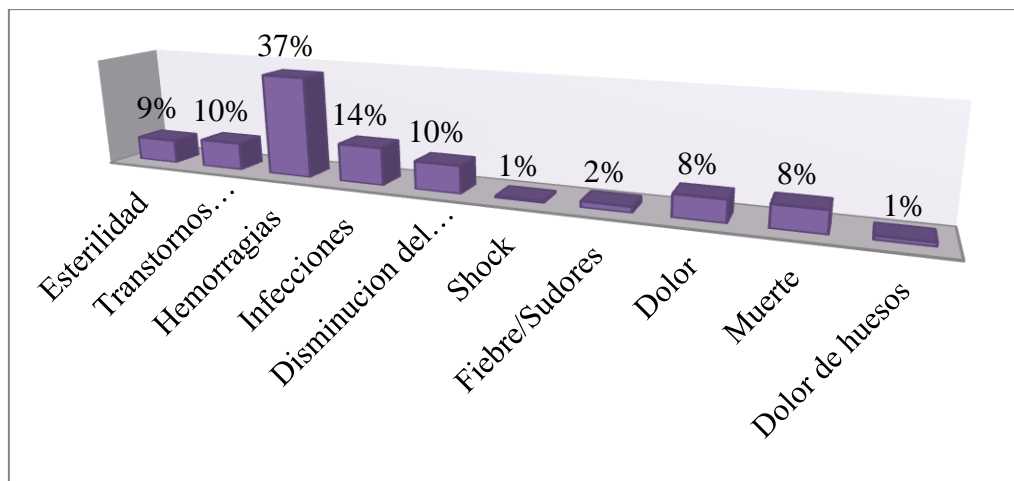
**CUADRO 24. COMPLICACIONES CONOCIDAS DEL ABORTO
PROVOCADO ENTRE LAS USUARIAS**

ITEM	N°	%
Esterilidad	12	9%
Trastornos menstruales	14	10%
Hemorragias	51	37%
Infecciones	19	14%
Disminución del deseo sexual	14	10%
Shock	1	1%
Fiebre/Sudores	3	2%
Dolor	11	8%
Muerte	11	8%
Dolor de huesos	2	1%
TOTAL	138	100

Fuente: Entrevista dirigida a las pacientes HPAB

Elaborado por: María Elena Rivera

**GRÁFICO 24. COMPLICACIONES CONOCIDAS DEL ABORTO
PROVOCADO ENTRE LAS USUARIAS**



Fuente: Cuadro N° 24.

Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 37% de las usuarias, cree que una de las complicaciones del aborto es la hemorragia, un 14%, señala que son las infecciones, un 9% la esterilidad y con porcentajes menores tenemos: trastornos menstruales, disminución del deseo sexual, shock, fiebre, sudores y muerte. Por lo tanto es urgente potenciar la educación sobre las consecuencias reales a las que puede llevar un aborto.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS OBTENIDOS EN LA REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y DETALLADOS EN LA LISTA DE COTEJO DE LAS PACIENTES INGRESADAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO

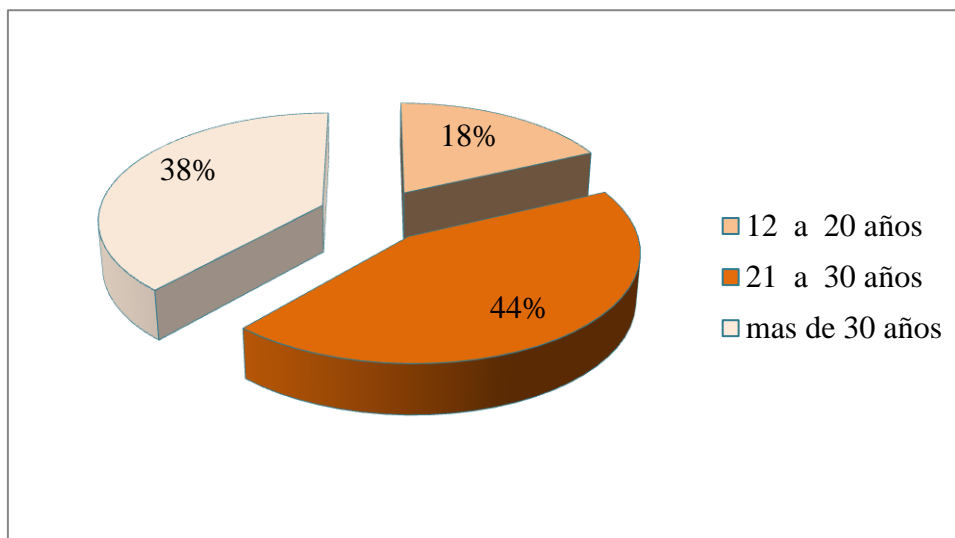
CUADRO 25. EDADES EN LAS QUE SE PRESENTÓ EL ABORTO

ITEM	Nº	%
12 a 20 años	25	18%
21 a 30 años	60	44%
más de 30 años	53	38%
TOTAL	138	100

Fuente: Lista de cotejo

Elaborado por: María Elena Rivera

GRAFICO 25. EDADES EN LAS QUE SE PRESENTÓ EL ABORTO



Fuente: Cuadro N° 25

Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 44% de la población en estudio se encuentra entre las edades de 21 a 30 años, un 38% en edades de 30 en adelante y un 18% de 12 a 20 años. Es evidente que no es una población netamente adolescente pero encontramos un porcentaje importante de pacientes jóvenes que han experimentado algún tipo de aborto. Pacientes mayores de 30 años se incluyen,

aduciendo que no deseaban concluir con su embarazo pues el aborto se produjo espontáneamente interviniendo factores como la edad avanzada.

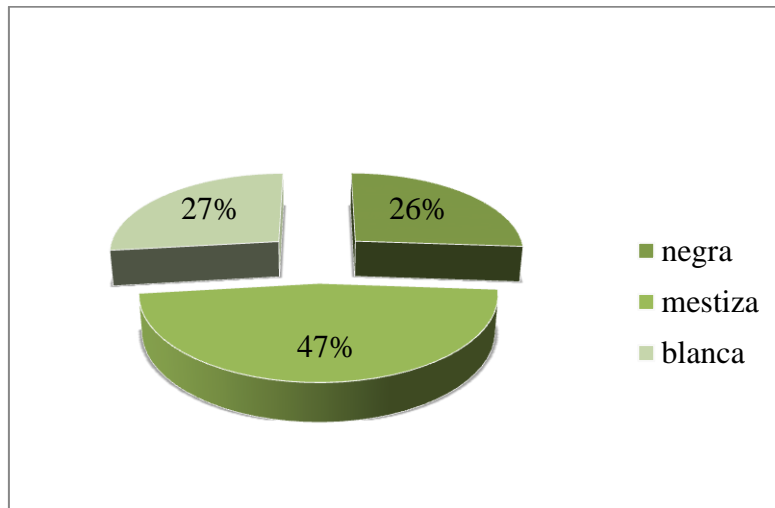
CUADRO 26. GRUPO ÉTNICO DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS

ITEM	N°	%
Negra	36	26%
Mestiza	65	47%
Blanca	37	27%
TOTAL	138	100%

Fuente: Lista de cotejo

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 26. GRUPO ÉTNICO DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS



Fuente: Cuadro N° 26

Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Podemos notar que un 47% de la población en estudio pertenece al grupo étnico mestizo, un 26% raza negra y un 27% que pertenece al grupo étnico de raza blanca, llegando a la conclusión que el aborto afecta de igual manera a todos los grupos étnicos existentes.

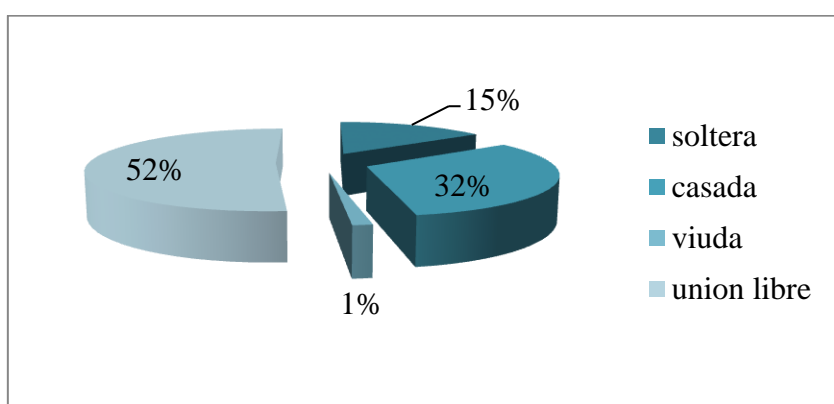
CUADRO 27. ESTADO CIVIL

ITEM	N°	%
Soltera	21	15%
Casada	44	32%
Viuda	2	1%
Unión libre	71	52%
TOTAL	138	100%

Fuente: Lista de cotejo

Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 27. ESTADO CIVIL



Fuente: Cuadro N° 27

Elaborado por: María Elena Rivera

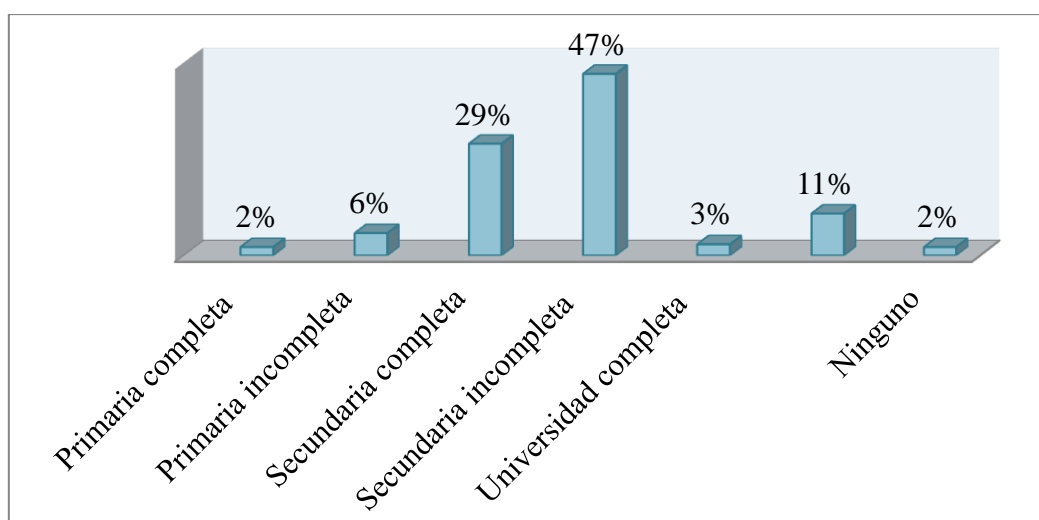
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 52% de pacientes pertenecen al estado civil unión libre, frente a un 32% de casadas y un 15% son solteras. En nuestro país al reconocer a la unión libre o unión de hecho como matrimonio, la mayoría de las usuarias formaron un hogar estable, pero en el sector de la Costa no se lo considera como tal; razón por la cual puede influir en la decisión de producirse un embarazo no deseado que podría desencadenarse en aborto.

CUADRO 28. NIVEL DE INSTRUCCIÓN ACADÉMICA DE LAS USUARIAS

ITEM	N°	%
Primaria completa	3	2%
Primaria incompleta	8	6%
Secundaria completa	40	29%
Secundaria incompleta	65	47%
Universidad completa	4	3%
Universidad Incompleta	15	11%
Ninguno	3	2%
TOTAL	138	100%

Fuente: Lista de cotejo
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 28. NIVEL DE INSTRUCCIÓN ACADÉMICA DE LAS USUARIAS



Fuente: Cuadro N° 28
Elaborado por: María Elena Rivera

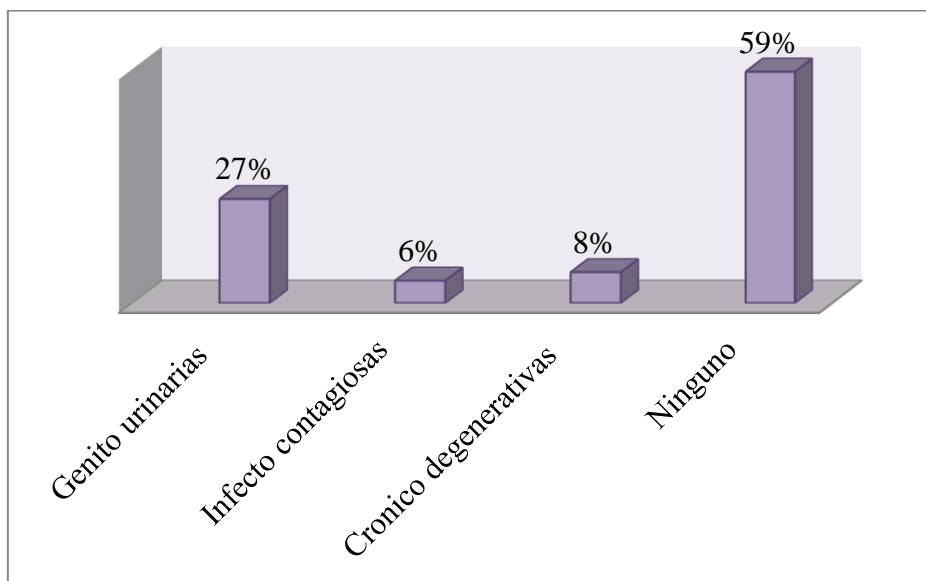
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 47% de usuarias no logró culminar la secundaria, un 30% si logró hacerlo y un 11% que no finalizó los estudios universitarios. Las mujeres motivo de estudio que poseen un alto nivel de instrucción pueden tener mayor acceso a la información y conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, además de asimilar de mejor manera la forma de planificar un embarazo y de cómo utilizar cualquier método anticonceptivo.

CUADRO 29. ENFERMEDADES RELEVANTES

ITEM	N°	%
Genito- urinarias	37	27%
Infecto -contagiosas	8	6%
Crónico- degenerativas	11	8%
Ninguno	82	59%
TOTAL	138	100%

Fuente: Lista de cotejo
Elaborado por: María Elena Rivera

GRÁFICO 29. ENFERMEDADES RELEVANTES



Fuente: Cuadro N° 29
Elaborado por: María Elena Rivera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Un 59% de usuarias indican haber padecido algún tipo de antecedente patológico, que puede ser causa para que se produzca cualquier tipo de aborto; el 27% presentó antecedentes genito-urinarios que pudieron estar ligados con el aborto.

4.1 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Por lo mencionado anteriormente, se puede decir que en la mayor parte de la población existe un déficit de conocimientos necesarios sobre salud sexual y reproductiva, pues el 56% no conoce sobre el tema, mientras que el 44% sustenta que sí. Así tenemos que un 38% de las personas que respondieron afirmativamente, creen que únicamente involucra la planificación familiar, frente a un 34% que dice conocerla sin precisar temas; además, un 11% menciona que salud sexual y reproductiva es conocer solo las enfermedades de transmisión sexual y el VIH y finalmente, un 7% dio otras respuestas erróneas. Basados en estos datos, se concluye que la mayoría de la población estudiada desconoce sobre salud sexual y reproductiva.

De las 138 pacientes entrevistadas, el 54% indica que **no** conoce sobre planificación familiar, a pesar de que el 76% de las personas ha utilizado métodos anticonceptivos alguna vez y un 24 % nunca los ha usado. De las personas que desconocen sobre planificación familiar, un 65% jamás han utilizado métodos de planificación familiar simplemente porque no querían hacerlo, un 20% mencionó no haberlos utilizado por que usaban otros métodos de planificación naturales y caseros, que no son científicamente comprobados y un 15% no los utilizo porque no sabían cómo usarlos, dejando en claro que existe deficiencia en la promoción en salud sobre este tema importante.

Por todo lo mencionado anteriormente **SE ACEPTA LA HIPÓTESIS PLANTEADA** que fue:

“A menor nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva mayor será la incidencia de abortos”.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Se concluyó que en la mayor parte de la población existe un déficit de conocimientos necesarios sobre salud sexual y reproductiva, pues el 56% no conoce sobre el tema, mientras que el 44% sustenta que sí. Así tenemos que un 38% de las personas que respondieron afirmativamente, creen que únicamente involucra la planificación familiar, frente a un 34% que dice conocerla sin precisar temas; además, un 11% menciona que salud sexual y reproductiva es conocer solo las enfermedades de transmisión sexual y el VIH y finalmente, un 7% dio otras respuestas erróneas.
2. Como determinantes sociales y culturales que pueden ser factores para que exista un embarazo no planificado y por ende un aborto, se identificó al: **nivel de instrucción**, en donde apenas un 28,98 % de las pacientes lograron culminar el nivel de instrucción secundario, frente a un 47,10% que no logro culminarla. Otro factor es el **estado civil**, pues un 52% de la población mantiene una relación en unión libre, mientras que un 32 % de las entrevistadas está casada. Además; otro determinante encontrado es el **grupo étnico**, pues un 47% con mayor tendencia al aborto es el mestizo, frente a un 27% del grupo étnico negro.
3. Como factor **económico** el 76% de pacientes depende únicamente de su esposo, y un 13% de las pacientes entrevistadas mencionan depender de su propio sustento. Además como determinantes **ambientales** tenemos que un 49% de las usuarias no cuenta con el acceso necesario a servicios de salud en lugar donde vive. Puesto que si no existen lugares donde recibir la información necesaria sobre planificación familiar influirán de cierta manera en la aparición de embarazos no planificados, además de mujeres sin la atención necesaria. Y como determinantes **emocionales** se encontró que un 45% muestra que ha sufrido estados de depresión aduciendo que la causa ha

sido, porque están embarazadas, causas no especificadas, y problemas comunes del hogar.

4. Se concluyo este trabajo de investigación realizando un tríptico el mismo que permitió potenciar la información sobre salud sexual y reproductiva a las pacientes ingresadas con diagnóstico de post limpieza intrauterina efectuado por presencia de aborto.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de enfermería que labora en esta casa de salud, se recomienda potenciar estos temas, puesto que es el personal que mayor tiempo pasa con las pacientes, y se debe informar sobre salud sexual y reproductiva ya que son temas fundamentales, puesto que mientras mayor información reciban, se logrará que existan menos embarazos no planificados y por ende se logre disminuir la tasa de abortos.
2. Se recomienda a médicos y obstetras que laboran en el área de consulta externa del Hospital, se implemente y difunda información a las pacientes indagando los temas necesarios para fomentar un óptimo estado de salud sexual y reproductiva.
3. A las máximas autoridades de escuelas y colegios pertenecientes a la ciudad de Quininde se recomienda crear grupos juveniles en los cuales se trate como tema principal la salud sexual y reproductiva, se capacite a maestros de la institución sobre estos temas para que sean ellos los promotores de crear jóvenes sexualmente responsables.
4. A padres de familia, madres solteras, etc. se les recomienda acudir al hospital o centro de salud cercano a pedir información sobre estos temas para que así estén informados de fuentes verídicas y puedan disipar de manera correcta las dudas de su hijo o de algún miembro de la familia si este fuera el caso.

CAPITULO VI

5 BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, D. (2006). Marco Metodológico. En Métodos De Investigación Y Técnicas De Estudio (Págs. 85-86-87-88-89). Riobamba - Ecuador.
- Cisneros, F. (Febrero De 2005). Recuperado El 08 De Julio De 2013, De /Biblioms.Dyndns.Org/Libros/Enfermeria/Teoriasymodelosdeenfermeriaysua plicacion.Pdf
- Estadística"HPAB". (S.F.). Estadísticas Año 2011. Quinde-, Esmeraldas, Ecuador.
- F. Gary Cunningham, M. (Octubre 2002). Obstetricia De Willians. New York Chicago San Francisco Lisbon Londona Madrid Mexico City: Mcgraw-HILL.
- Jonathan S. Berek, B. L. (2002). Técnicas Abortivas. En Ginecología De Novak'S (13º Edición Ed., Págs. 120,121,122). Los Angeles California: Rebecca D. Rinehart.
- Lucía Mazarrasa Alvear, S. G. (S.F.). Salud Sexual Y Reproductiva.
- Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. (29 De Agosto De 2006). Recuperado El 12 De Noviembre De 2013, De /Ley de maternidad gratuita y atencion ala infancia.Pdf
- CODIGO PENAL DEL ECUADOR. (s.f.). Recuperado el 15 de Octubre de 2013, de
- (2010). Constitución del Ecuador. Montecristi- Ecuador
- Simpsom, G. N. (2006). Obstetricia de Gabbe Niebyl y Simpsom. Madrid , España.

SITIOS WEB

- BBC- Mundo revista electronica. (s.f.). Obtenido de http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2010/09/100701_salud_sexual_ets_galeria.shtml
- by KW Jones, P. D. (10 de 09 de 2010). Family Doctor. org. Obtenido de <http://familydoctor.org/familydoctor/es/drugs-procedures-devices/prescription-medicines/methotrexate.html>
- Ciencia.glosario.net. (09 de noviembre de 2006). Obtenido de <http://ciencia.glosario.net/genetica/trofoblasto-5184.html>
- Diccionario de medicina, v. (s.f.). Salud Doctissimo. Obtenido de <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/celiaquia.html>
- Diccionario médico. (s.f.). Recuperado el 06 de junio de 2013, de http://www.diccionariomedico.org/Curetaje_249.htm
- Doctissimo. (s.f.). Obtenido de <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/legrado.html>
- Dr. Elard Koch, d. M. (s.f.). Centro de Bioética Persona y Familia. Obtenido de : <http://www.chileb.cl/perspectiva/aborto-y-violencia-contra-la-mujer-una-verdad-incomoda/>
- Guttmacher.org. (Enero de 2012). Obtenido de www.guttmacher.org
- Henshaw,S.S.(s.f.)<http://www.guttmacher.org>.Obtenidode http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-ES.pdf
- <http://www.eluniverso.com>. (s.f.). Obtenido de <http://www.eluniverso.com/2008/03/23/0001/8/53D3CB5D77404D828B1E99F63BF48D23.html>

- <http://www.sexualidadsinmisterios.com>. (s.f.). Obtenido de <http://www.sexualidadsinmisterios.com/mis-derechos/96-derechos-sexuales-y-reproductivos>
- <http://www.who.in>. (s.f.). Recuperado el 11 de noviembre de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>. (s.f.). Recuperado el 11 de noviembre de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- Jurado, P. p. (s.f.). [aprendiendosexualidad.blogspot](http://aprendiendosexualidad.blogspot.com). Recuperado el 16- octubre -2012, de <http://aprendiendosexualidad.blogspot.com/2008/06/educacin-sexual.html>
- Lic. Elva Díaz Díaz, I. D. (2001). *Rev Cubana Salud Pública* . Recuperado el 12 de noviembre de 2013, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_1_01/spu04101.htm
- Louise Akin, -D. P.-S. (29 de Julio de 2011). *El Camino Hospital*. Obtenido de <http://healthinformation.elcaminohospital.org/Spanish/DrugReference/121,1424es>
- Luis W. Lu, M. F. (septiembre de 22 de 2008). *Revista Cibernética de Oftalmológica*.
- *Salud*. (2 de febrero de 2012). Obtenido de <http://yasalud.com/solucion-salina/>
- *Salud*, O. M. (s.f.). Recuperado el 03 de Julio de 2012, de WWW.OMS.COM
- *Telégrafo*, E. (23 de Junio de 2013). Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, de <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/aborto-entre-el-debate-legal-y-la-aceptacion.html>

- Vademecum. (2005 de Abril de 2005). Obtenido de <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/m050.htm>
- <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/06/15/espana/1339763255.html>

ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA



ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS PACIENTES INGRESADAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN CURSO.

OBJETIVO:

Determinar el conocimiento de las mujeres atendidas sobre salud sexual y reproductiva así como la relación con los determinantes del aborto en el Hospital Padre Alberto Bufonni.

INSTRUCTIVO:

Por favor escuche con atención cada una de la preguntas y responda con la mayor veracidad posible.

1. ¿Conoce sobre salud sexual y reproductiva? Si No
Si su respuesta es positiva, que conoce
.....
2. ¿Conoce sobre sus derechos reproductivos? Si () No ()
3. ¿Cuál de los siguientes considera que son sus derechos reproductivos?
 - Respeto a la opción de la reproducción. ()
 - Elección del estado civil. ()
 - Libertad de fundar una familia. ()
 - Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos ()
 - Derecho a la alimentación gratuita ()
 - Derecho a la vacunación ()
 - Ninguno ()
4. Donde obtuvo el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva
Casa () Centro educativo () Profesional de salud
Amigos () Otros ()
5. ¿Conoce los beneficios y derechos de la maternidad gratuita?
Si () No ()
Si su respuesta es positiva, ¿que beneficios recibe?
.....
.....
6. ¿Tiene accesibilidad a los servicios de salud donde usted vive?
Si () No ()
7. ¿A qué edad tuvo su menarquía?
De 10 a 12 años () De 13 a 15 años () De 16 a 18 años ()
8. ¿A qué edad inició su vida sexual
De 10 a 12 años () De 13 a 15 años ()

- De 15 a 17 años () De 18 a 21 años ()
 Mayor de 25 años () No recuerda ()
9. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?
 Uno () Dos () Más de dos () No recuerda ()
10. ¿Conoce acerca de las infecciones de transmisión sexual?
 Si () No ()
11. De las siguientes enfermedades, establezca cuáles se contraen por contacto sexual.
- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| Gripe () | Diarreas / vómitos () |
| Condilomas (HPV) () | VIH () |
| Clamidia -Gonorrea () | Herpes genital () |
| Tricomoniasis () | Sífilis () |
| Ninguna de las anteriores () | |
12. ¿Ha sufrido de violencia familiar?
 Si () No ()
 ¿Si su respuesta es positiva, de qué tipo?
 Física () Verbal () Psicológica ()
13. ¿Quién es el agresor?
 Padre () Madre ()
 Esposo / conviviente () Otros ()
14. ¿Conoce sobre planificación familiar?
 Si () No ()
 Si su respuesta es positiva ¿Ha utilizado métodos anticonceptivos?
 Si () No ()
 Si su respuesta es positiva, ¿cuál de estos métodos?
- ✓ Condón ()
 - ✓ Inyección (mesygina, Topasel, depoprovera, etc.) ()
 - ✓ Pastillas ()
 - ✓ Dispositivo intrauterino (T de cobre) ()
 - ✓ Norplant ()
 - ✓ Ligadura de trompas ()
 - ✓ Todos los anteriores ()
- Si su respuesta es negativa y nunca los ha usado ¿cuál ha sido la causa?

15. ¿Usted decidió cuántos hijos deseaba tener?
 Si () No ()
 Si su respuesta es negativa, quien decidió por usted

16. En su vida conyugal, el tipo de problemas que tiene es por:
- | | |
|---------------------------------|------------------------|
| Situación Económica () | Celos () |
| Incomprensión con la pareja () | Salud / enfermedad () |
| No tiene problemas () | |
17. ¿Durante este embarazo ha tenido estados de?
 Ansiedad ()
 Depresión ()

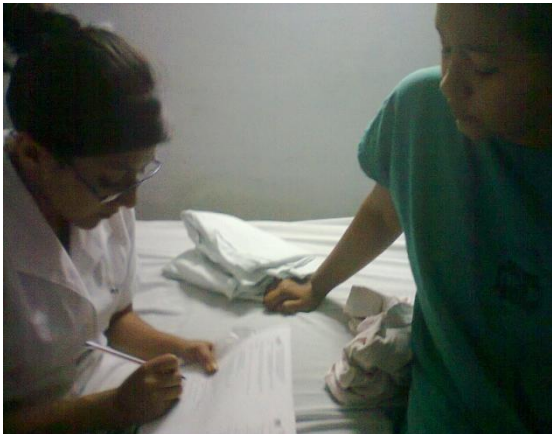
Estabilidad Emocional ()

Si ha sufrido ansiedad y depresión por que ha sufrido estos estados

-
18. Al momento, Usted
Trabaja () Estudia () No realiza actividad alguna ()
19. ¿De quién depende económicamente?
✓ Usted misma ()
✓ Esposo ()
✓ Padres ()
✓ Otros ()
20. Su nivel de ingresos económicos es:
✓ Bueno ()
✓ Regular ()
✓ Escaso ()
✓ Nulo ()
21. ¿Cuántos hijos tiene?
Uno () Tres ()
Dos () Más de tres () N°.....
22. ¿Con el actual cuantos embarazos fallidos ha tenido?
Uno () Dos () Más de tres ()
23. Su aborto fue:
Provocado () Espontáneo ()
¿Si su aborto fue provocado, cuál es la causa por la que tomó esta decisión?
.....
Si su aborto fue provocado ¿qué procedimiento utilizó?
Remedios caseros ()
La Píldora del Día Después ()
El Dispositivo Intrauterino ()
Metotrexato ()
Oxitocina ()
Otro fármaco ()
24. ¿Conoce sobre las complicaciones del aborto?
Si () No ()
- 25.Cuál de las siguientes considera una complicación del aborto provocado.
Esterilidad _ _ hemorragias_ infecciones _ Shock Muerte_ dolor de huesos
Trastornos menstruales _ fiebre /sudores _ Dolor _ Disminución del deseo sexual_

**ANEXO 2: EVIDENCIA DE ENTREVISTA A PACIENTES
INGRESADAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO**





ANEXO 3: TRIPTICO

TITULO:

Tríptico sobre derechos sexuales y reproductivos a más de consecuencias del aborto y una guía de planificación familiar:

OMS: ¡ CADA 4 MINUTOS ! una mujer aborta en Ecuador clandestinamente y sus consecuencias pueden ser:

Consecuencias Físicas:

- * Esterilidad
- * Aborto espontáneo
- * Transtornos menstruales
- * Hemorragias
- * Infecciones

Efectos psicológicos:

- * Culpabilidad
- * Impulsos suicidas
- * Sensación de pérdida
- * Insatisfacción

Transtornos emocionales:

- * Llanto / suspiros
- * Insomnio
- * Agotamiento

Datos obtenidos de: OPS/OMS

Sabias que....?

El 60% de mujeres que en su vida se vieron más de una vez ha sufrido violencia en sus relaciones.

En Ecuador 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género.

En Ecuador 1 de cada 4 mujeres ha vivido el género violencia, un número que la violencia psicológica es la forma más recurrente de violencia de género con el 33.9%.

En todos los niveles de atención la violencia de género sobrepasa el 30% en urgencias en las mujeres que tienen mayor nivel de violencia de género.

El 30% de mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género el 70% ha sido violencia por su pareja o expareja.

El 30% de mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género el 70% ha sido violencia por su pareja o expareja.

Datos obtenidos de: INEC

Realizado por:
Ma. Elena Rivera/Egresada/ Escuela de Enfermería"Unach"

Universidad Nacional de Chimborazo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería

Un solo país, diferentes lugares, varios rostros pero compartiendo los mismos derechos sexuales y reproductivos

Ecuador

Tema de Tesina:
"Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y su relación con los determinantes del aborto en mujeres atendidas en el Hospital Padre Alberto Bufonni"

Derechos Sexuales y Reproductivos

- * Derecho a la Libertad Sexual
- * El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Y Seguridad Sexual
- * El Derecho a la Privacidad Sexual
- * Derecho a vivir de forma Placentera la Sexualidad
- * Derecho a la Libre Asociación Sexual
- * Derecho a la toma de Decisiones Reproductivas, Libres y Responsables
- * Derecho a la Información basada en el Conocimiento Científico
- * Derecho a la Educación Sexual Integral
- * Derecho a la atención de la Salud Sexual

<http://www.sexualidadsinmiedo.com/mis-derechos/94-derechos-sexuales-y-reproductivos>

Ley del aborto en el Ecuador (Actual ley en debate)

Art. 444. - La mujer que voluntariamente hubiere consentido en que se le haga abortar, o causare por sí misma el aborto, será reprimida con prisión de uno a cinco años.

Art. 447. - El aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviere en posibilidad de prestarlo, no será punible:

1. Si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y,
2. Si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer.

"Guía de anticonceptivos y planificación familiar"

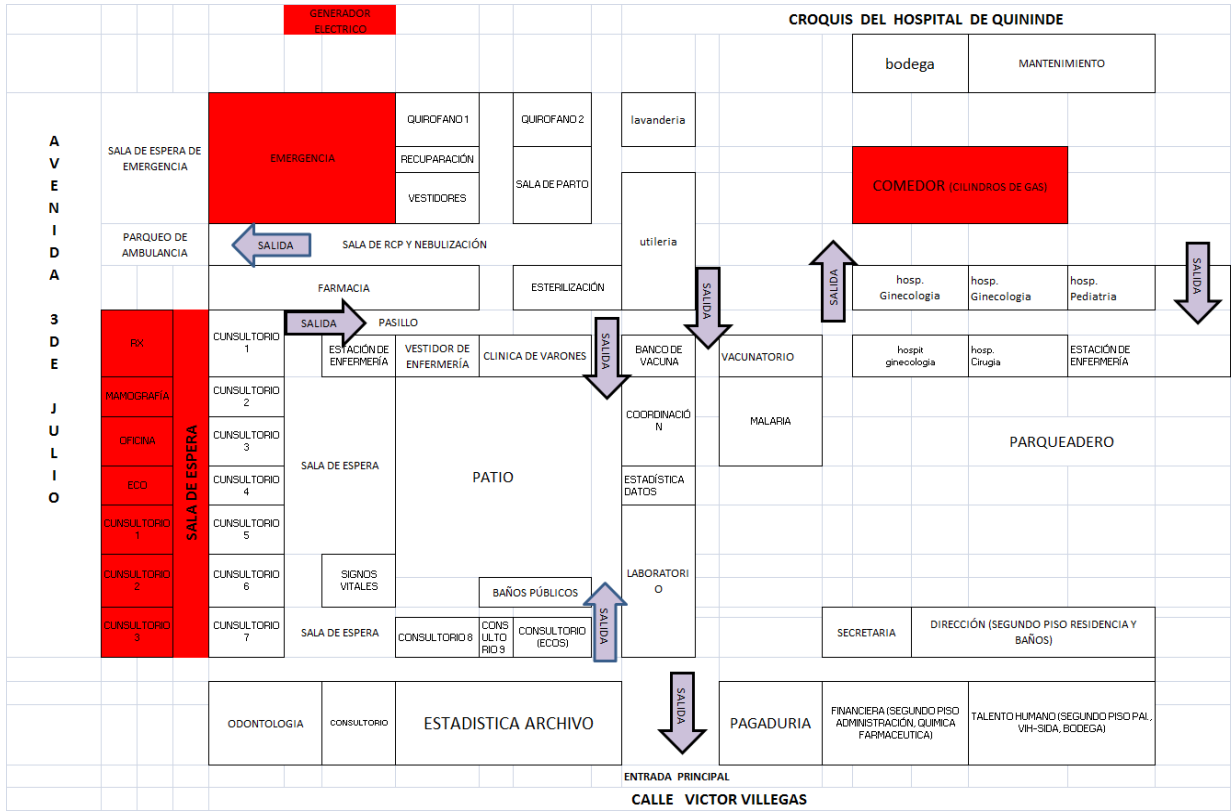
Documento por OMS Organización mundial de la Salud, febrero 2003.

Método	Recipiente de la esterilización	Duración de la protección	Reversa a la fertilidad, después de dejar de usarla	Privacidad de uso	Protección contra SIDA / EDA	Previene otras infecciones reproductivas
Condición	Mujeres	continua	siempre	no es privado	si	si
Anticoncepción implantable	Mujeres de 1 entre 300	3-10 años	inmediatamente	no es privado, pero puede serlo para algunos países	si	si
Anticoncepción por inyección	Mujeres de 2 entre 100	continua	inmediatamente	no es privado	si	si
Implante	Mujeres de 3 entre 100	1-11 meses	siempre, pero puede haber una reversión	no es privado	si	si
Diáfragma	Mujeres de 8 entre 100	1 mes	inmediatamente	privado	no	si
Píldora	Mujeres de 8 entre 200	1 mes	inmediatamente	no es privado, pero puede serlo para algunos países	si	si
Anillo vaginal	Mujeres de 8 entre 100	1 mes	inmediatamente	no es privado, pero puede serlo para algunos países	si	si
Condón	Mujeres de 11 entre 100	continua	inmediatamente	no es privado	si	no
Diáfragma	Mujeres de 11 entre 100	continua	inmediatamente	no es privado	si	no
Coito interrumpido	Mujeres de 24 entre 100	continua	inmediatamente	no es privado	si	no
Espermicidas	Mujeres de 25 entre 100	continua	inmediatamente	no es privado	si	no

ANEXO 4: EVIDENCIA DE LA ENTREGA DE TRIPTICO A PACIENTES POST-LIMPIEZA UTERINA



ANEXO 5 CROQUIS “HPBA”



ANEXO 6: PERSONAL “HPAB”

POSICIONAL DEL AREA DE SALU N°5 - HPAB.	
APELLIDOS Y NOMBRES	PUESTO INSTITUCIONAL
PROCESO GOBERNANTE	
2008-320-1166-0000-01-08-000-004.	
AREA DE SALUD No 5 QUININDE	
PROCESOS GOBERNANTES	
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD	
ANDRADE MONCAYO ZULLY LORENA	MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA
SECRETARIA	
MARIN BEJARANO MARIA JOSE	SECRETARIA
PROCESOS HABILITANTES	
DE ASESORÍA	
UNIDAD DISTRITAL DE ASESORIA	
CERVANTES ESPAÑA JORGE ENRIQUE	ABOGADO
UNIDAD DISTRITAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	
ESTADISTICA	
MINA QUIÑONEZ TERESA ISABEL	ANALISTA INFORMATICO
ARGUELLO ZOILA DEL CARMEN	JEFE DE ESTADISTICA
BANGUERA ARGUELLO CLAUDIA ELIZABETH	ASISTENTE DE ESTADISTICA
QUIÑONEZ CORTEZ DIOGNY	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD(ASISTENTE DE ESTADISTICA)
NAVARRETE VALENCIA JEFFERSON FABRICIO	ASISTENTE DE ESTADISTICA
MERA NAVIA JENY RAMONA	ASISTENTE DE ESTADISTICA
GANCHOZO ZAMBRANO SHIRLEY ILIANA	ASISTENTE DE ESTADISTICA
AGENDADORA	
RAMIREZ QUIÑONEZ INDHIRA DEL ROCIO	AGENDADORA
DE APOYO	
UNIDAD DISTRITAL ADMINISTRATIVA FINANCIERA	
UNIDAD ADMINISTRATIVA FINANCIERA	
MONTOYA PEÑARRIETA PATRICIA LOURDES	COORD. DE GESTION FINANCIERA
GESTIÓN DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD	
GALARZA GUAMANI MARINA DEL PILAR	CONTADORA
ADMINISTRACION DE CAJA	
SOSA MIRANDA MARU EDA	PAGADORA RECAUDADORA
UNIDAD ADMINISTRA DE TALENTO HUMANO	
QUIÑONEZ SEVILLANO ANGELICA ALEXANDRA	ANALISTA DE TALENTO HUMANO
JIMENEZ LUNA JUAN GABRIEL	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO
UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADMINISTRACIÓN, SERVICIOS INSTITUCIONALES	
REVELO CARRERA MARCO APOLO	ADMINISTRADOR
MOREIRA MOROCHO JESSIA ALEXANDRA	ANALISTA ADMINISTRATIVO
ADQUISICIONES	

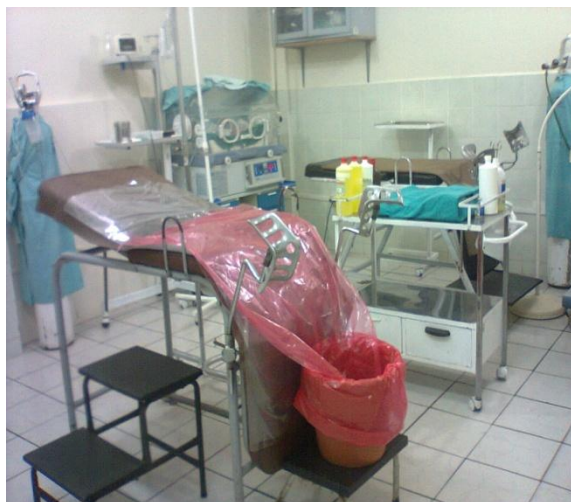
PISCO ARTEAGA LIGIA ALEJANDRA	ASISTENTE DE GESTION DE SERVICIOS INSTITUCIONALES
ACTIVOS FIJOS Y BODEGA	
SACOTO RAMIREZ MARCO ANTONIO	APOYO DE GESTION FINANCIERA
ZAMBRANO ANDRADES BRENDA JONEYVE	OFICINISTA
RODRIGUEZ CEDEÑO RENE REINALDO	GUARDALAMACEN
GUARDIANA	
ARBOLEDA BORJA ALCIDES SEBASTIAN	GUARDIAN
BATIOJA ESCOBAR JOSE EFREN	GUARDIAN
ABEIGA MITE JORGE REYES	GUARDIAN
TELLO VILLAFUERTE BERNARDO ENRRIQUE	GUARDIAN
PESANTES PEÑARRIETA MARCO VICENTE	GUARDIAN
LIMPIEZA	
APOLO VARGAS MARY GEOCONDA	LIMPIEZA
OLMEDO CUERO NORMA MIRIAN	LIMPIEZA
MERCADO SEVILLANO ANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD (ROPERIA)
MANTENIMIENTO	
MENDOZA ERNESTO RENULFO	TECNICO DE MANTENIMIENTO
TELLO VILLAFUERTE CELSO LUIS	AUX. DE MANTENIMIENTO
SERVICIO DE NUTRICION Y ALIMENTACION (COCINA)	
MAFFARE AYOVI HENRY VLADIMIR	NUTRICIONISTA
VACANTE JUBILADA JULIO 2011	
SERVICIO DE NUTRICION Y ALIMENTACION (COCINA)	
ERAZO SANDOVAL MARTHA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD (AUX. DE ALIMENTACION)
TENORIO RODRIGUEZ ONEIDE GLORIDA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD (AUX. DE ALIMENTACION)
ORDOÑEZ VALENCIA JUSTINA BEATRIZ	AUX. DE ALIMENTACION
VERA RODRIGUEZ BETHY JULY	AUX. DE ALIMENTACION
LAVANDERIA	
TENORIO RODRIGUEZ DIONIS NORMANDIS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD (LAVANDERIA)
LUCIN QUIÑONEZ JUANA DE LOURDES	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD (LIMPIEZA)
QUIÑONEZ GONZALEZ CARMEN ELENA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD (LAVANDERIA)
COSTURA Y ROPERIA	
VITE HERRERA ROQUE JACINTO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD (ROPERIA)
TRANSPORTE	
ALCIVAR RODRIGUEZ RAMON EDUARDO	CHOFER
ARGUELLO BENAVIDEZ ELVIS DAKAR	CHOFER DE AMBULANCIA
GARCIA ORTIZ FAVIO HUMBERTO	CHOFER DE AMBULANCIA
SALAZAR VERA IVAN MARCELO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD (CHOFER)
VENTANILLA ÚNICA DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA	
HERNANDEZ TRIVIÑO JANINAMARISOL	ENCARGADA DE VENTANILLA ÚNICA
PROCESOS DE VALOR AGREGADO	
UNIDAD DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA	
EPIDEMIOLOGIA	
PARRA GARCIA JHON JAYRO	MEDICO GENERAL

VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO	
BALSECA TORRES EDWIN PUBLIO	INSPECTOR SANITARIO
ALCIVAR MURILLO BOLIVAR MOISES	INSPECTOR SANITARIO
ESTRATÉGIAS DE SALUD COLECTIVA	
AGUILAR MOROCHO MARIA DEL ROSARIO	COORD. DE GESTION DE ENFERM
UNIDAD DE GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA	
PULECIO MELGAR WASHINGTON WLADIMIR	MEDICO GENERAL
ARTICULACIÓN Y MANEJO DEL SNS Y LA RED PÚBLICA	
DOMINGUEZ MENDOZA LEONARDO FAVIO	MEDICO GENERAL
MEDICAMENTOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS	
GESTIÓN DE FARMACIA	
SOSA PAREDES JONATHAN OLIMPO	QUIMICA FARMACEUTICO
JIMENEZ VERA MONICA AZUCENA	AUXILIAR DE FARMACIA
ARGUELLO MERA ANGEL FRANCISCO	AUX. DE FARMACIA
DARLIN CAICEDO TOALA	AUX. DE FARMACIA
ARCOS ARGUELLO AMANDA YAQUELIN	AUX. DE FARMACIA
EDWAR QUIÑONEZ RIVADENEIRA	AUX. DE FARMACIA
UNIDAD DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	
PRECIADO VALVERDE AMALIA VIVIANA	MEDICO GENERAL
COELLO NAJERA WILLIAN NELSON	ODONTOLOGO
RED DE HOSPITALIALES Y ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA	
GOMEZ JIMENEZ GLADYS MAURICIA	ENFERMERA
GESTIÓN DE ENFERMERÍA	
CEVALLOS NAZARENO SORAYA MARITZA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
QUIÑONEZ QUIÑONEZ HILDA EVELINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
QUIÑONEZ CABEZA ROSA FLORISELDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
MERCADO BARAHONA VENUS MARTHA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
YANEZ PRECIADO GLADYS AMPARO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
QUIÑONEZ MONTAÑO GLADIERMANIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
RUA ALVAREZ AMELIA KATHERINE	AUXILIAR DE ENFERMERIA
SALGUERO ORTIZ ROBERTO CARLOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA
RIVERA PARRAGA BERTHA ARACELY	AUXILIAR DE ENFERMERIA
LOOR MERO TRINIDAD DE LOS ANGELES	AUXILIAR DE ENFERMERIA
KARR RODRIGUEZ KAREN GINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
COROZO QUIÑONEZ DIEGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
BARREZUETA PALMA VICTORIA ARGENTINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
CHEME HERNANDEZ MARITZA SULUAGA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
AVEIGA DAVAS DANNY CARMEN	AUXILIAR DE ENFERMERIA
GARRIDO CORTEZ MAYRA CELESTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ROSALEZ NAZARENO MELANIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
DELGADO QUILONEZ LEONILDA MARILU	AUXILIAR DE ENFERMERIA
CALDERON CALDERON ZONIA MARILU	AUXILIAR DE ENFERMERIA
MOREIRA ALCIVAR ELSA PABLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
GARCIA ORTIZ KARLA GERMANIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
NAZARENO QUIÑONEZ GINA GISELA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
BRAVO BERMEO ISABEL DEL ROCIO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

GARCIA SIMARRON CRISTHIAN ALEXANDER	AUXILIAR DE ENFERMERIA
CONSULTA EXTERNA	
REVILLA GUALAN LUZ IMELDA	OBSTETRIZ
SANCHEZ CAMINO PETRONA ELIZABETH	MEDICO PEDIATRA
VILLALBA LOPEZ RAMIRO PATRICIO	MEDICO GENERAL
VACANTE	MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA
SAAVEDRA BONILLA LINDER JAVIER	MEDICO
BRIONES ESMERALDAS KATY MARICELA	GIONECÓLOGA
ORTEGA YANZZA VERONICA KATIUSCA	DERMATOLOGA
RIVADENEIRA MACHADO FERNANDO GUSTAVO	MÉDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA
HERAS PANCHANA FRANKLIN SEGUNDO	MÉDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA
FERNANDEZ VERA OLGA FABIOLA	OBSTETRIZ RURAL
LUNA MINA NANCY	AUXILIAR DE ENFERMERIA (SIGNOS VITALES)
ESPINOZA QUIÑONEZ SHIRLEY	AUXILIAR DE ENFERMERIA (SIGNOS VITALES)
MENDEZ HINOSTROZA CARMELA LEONOR	AUXILIAR DE ENFERMERIA (SIGNOS VITALES)
SEVILLANO RODRIGUEZ CARMEN DANNY	AUXILIAR DE ENFERMERIA
SEVILLANO RODRIGUEZ EMPERATRIZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD (LIMPIEZA)
ESTOMATOLOGIA	
PEREZ REINOSO MARCO RAUL	ODONTOLOGO
NAZARENO RODRIGUEZ LINDA MAYDA	ODONTOLOGA
MACIAS BERNITA MARIA	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA
EMERGENCIA	
MACIAS MENDOZA MAURICIO MARCELO	MEDICO RESIDENTE
VERGARA SANTOS EDUARDO JAVIER	MEDICO RESIDENTE
ZEA IÑIGUEZ MARIA JOSE	
GARCES VALENZUELA LEOVIGILDO	MEDICO RESIDENTE
GARCIA ULLOA MARIA TERESA	MEDICO RURAL
VIVAR VILLON KARIN LILIANA	MEDICO RURAL
BEJAR ALBAN ANA CRISTINA	MEDICO RURAL
RIASCOS ANGULO LORENA	MEDICO RURAL
VERGARA PUERTA ONEIDA ROSA	MEDICO RURAL
ORTIZ ROJAS ANA GRACIELA	MEDICO RURAL
GAMARRA ZAVALA BRENDA PILAR	MEDICO RURAL
LASTRA AMAYA GUADALUPE STEFANIA	ENFERMERA RURAL
PINELA ORTIZ KATHY KARINA	ENFERMERA
FARIAS QUIÑONEZ VICTOR HENRY	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD (LIMPIEZA)
COPARA SIMBA LUIS OLMEDO	PARAMEDICOS
PAGUAY BARRINUEVO JORGE LUIS	PARAMEDICOS
CENTRO QUIRURGICO	
BALLESTEROS ANGULO FRANCISCO EPIFANIO	TECNOLOGO ANESTESISTA
ZHUNLAULA AGREDA VICTOR HUGO	CIRUJANO GENERAL
ESCOBAR CESAR AUGUSTO	MEDICO AYUDANTE DE CIRUGIA
QUIÑONEZ ARROYO DEYSI GEOCONDA	ENFERMERA
QUIÑONEZ MALA DUFFER DIOSTEFANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD (LIMPIEZA)
CÓRDOVA JARAMILLO EDGAR HUMBERTO	ANATÉSIOLOGO
SALA DE PARTOS	
SUAREZ CONCHA LIZ GISSELA	OBSTETRIZ
HOSPITALIZACION	
CEVALLOS LOOR FRANCISCA DEL ROSARIO	ENFERMERA

VACUNACION	
IZA YANEZ ALEJANDRO DAVID	ENFERMERA RURAL
SERVICIOS TÉCNICOS COMPLEMENTARIOS	
LABORATORIO CLINICO	
CALVOPIÑA MOLINA LEONEL RENE	PATÓLOGO
YUGCHA CULQUI MARIELA JADIRA	LCDA. EN LABORATORIO CLINICO
MINA BENNETT ISIDRO EUGEINO	AUXILIAR DE LABORATORIO
ANGULO QUIÑONEZ ORLANDO ALBERTO	AUXILIAR DE LABORATORIO
VALLES URRUTIA FLERIDA ESTHER	LCDA. EN LABORATORIO CLINICO
MORENO ARAUJO YEXIBEL PAMELA	TLGA. EN LABORATORIO CLINICO
PEÑAFIEL SANTANDER JULIO CESAR	LCDA. EN LABORATORIO CLINICO
ZAMORA ARCE SUSANA JADIRA	SECRETARIA
INTERNAS ROTATIVAS	
RIVERA RAMOS MARIA ELENA	ENFERMERA ROTATIVA
PARRA CARRASCO LESLI LILIAN	ENFERMERA ROTATIVA
PAREDES PADILLA CECILIA PILAR	ENFERMERA ROTATIVA
LONDO LOPEZ VILMA VERONICA	ENFERMERA ROTATIVA
GRANIZO CHICA NADIA DALHIA	ENFERMERA ROTATIVA
MONAR SANTILLAN NELLY MARISOL	ENFERMERA ROTATIVA
SAGVA SINCHE TATIANA ELIZABETH	ENFERMERA ROTATIVA
TAYUPANDA SHILQUIGUA VALERIA ALEXANDRA	ENFERMERA ROTATIVA
SISLEMA LOPEZ DINA ISABEL	ENFERMERA ROTATIVA

ANEXO 7 DISTRIBUCIÓN DE CENTRO OBSTETRICO Y QUIRURGICO



ANEXO 8
LISTA DE COTEJO DE RECOLECCION DE DATOS OBTENIDOS DE LA REVISIÓN DE HISTORIA CLINICA

N° PCTE	EDAD	DIAGNOSTICO	GRUPO ETNICO			ESTADO CIVIL			NIVEL DE INSTRUCCIÓN				ENFERMEDADES RELEVANTES					SEMANAS DE GESTACIÓN	PROCEDIMIENTO REALIZADO	HALLAZGOS	N° HCL			
			NEGRA	MEZTIZO	BLANCO	SOLTERA	CASADA	VIUDA	U. LIBRE	Primaria		Secundaria		Universidad		Ninguno	GENTO URINARIAS					INFECTO CONTAGIOSAS	CRONICO DEGENERATIVA	NINGUNO
										C	I	C	I	C	I									
1	35	Aborto espontaneo		x				X				x			x				13 sem	LIU	Restos corio embrionarios	21687		
2	31	Aborto incompleto	x				x			x								x	10sem	LIU	Restos corio embrionarios	22285		
3	26	Aborto incompleto		x				X		x								x	15sem	LIU	Restos corio embrionarios	22310		
4	20	Aborto incompleto			x			X		x				x					20sem	LIU	Restos corio embrionarios	21900		
5	17	Aborto incompleto		X				x			x							X	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	95860		
6	36	Aborto espontaneo		x			x			x								X	13 sem	LIU		00822842		
7	30	Aborto en curso	x				x				x			x					12sem	LIU	Restos corio embrionarios	00822515		
8	31	Aborto incompleto		x			x					x			x				10sem	LIU	Restos corio embrionarios	112157		
9	31	Aborto incompleto		x			x		x									x	10sem	LIU	Restos corio embrionarios	22531		
10	25	Aborto incompleto		X				X					x					x	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	22314		
11	19	Aborto incompleto			x			X		x								x	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	107764		
12	20	Aborto incompleto	x					X		x								x	10sem	LIU	Restos corio embrionarios	118633		
13	21	Aborto incompleto		x		x				x								x	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	75949		
14	30	Aborto incompleto		x			x		x									x	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	33220		
15	12	Aborto incompleto		x				X		x								x	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	21875		
16	17	Aborto incompleto	x			x					x							x	16sem	LIU	Restos placentarios	00833477		
17	27	Aborto incompleto		x				x		x				x					12 sem	LIU	Restos placentarios	00833495		
18	26	Aborto incompleto		x			x						x		x				12sem	LIU	Restos corio embrionarios	33503		
19	42	Aborto diferido	x					x		x					x				10sem	LIU	Restos corio embrionarios	47894		
20	23	Aborto diferido		x			x				x							x	11sem	LIU	Restos corio embrionarios	00833790		
21	20	Aborto incompleto			x			x		x					x				10sem	LIU	Restos corio embrionarios	33797		

N° PCTE	EDAD	DIAGNOSTICO	GRUPO ETNICO							ESTADO CIVIL				NIVEL DE INSTRUCCIÓN						ENFERMEDADES RELEVANTES					SEMANAS DE GESTACIÓN	PROCEDIMIENTO REALIZADO	HALLAZGOS	N° HCL			
			NEGRA	MEZITIZO	BLANCO	SOLTERA	CASADA	VIUDA	U. LIBRE	Primaria		Secundaria		Universidad		Ninguno	GENITO URINARIAS	INFECTO CONTAGIOSAS	CRONICO DEGENERATIVA	NINGUNO											
										C	I	C	I	C	I																
22	20	Aborto incompleto		x									x						X	10sem	LIU	Restos corio embrionarios	3379720								
23	32	Aborto incompleto			x		x								X					20sem	LIU	Restos corio embrionarios	00843								
24	36	Aborto en curso	X								x									x	12sem	LIU		102852							
25	38	Aborto incompleto		x							x										x	---	LIU	Restos corio embrionarios	22365						
26	23	Aborto incompleto		x					X					x								x	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	34013					
27	37	Aborto en curso			x				x			X										X	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	34823					
28	24	Aborto incompleto		x					x													X	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	34010					
29	31	Aborto incompleto	x						x	x					x							----	LIU		00834835						
30	23	Aborto incompleto		x																		X	10sem	LIU	Restos corio embrionarios	00835023					
31	45	Aborto incompleto		X																				10sem	LIU	Restos corio embrionarios	33030				
32	26	Aborto incompleto		x																			x	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	48031				
33	18	Aborto incompleto		x																			X	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	35350				
34	18	Aborto incompleto			x																			x	13sem	LIU	Restos corio embrionarios	35508			
35	22	Aborto incompleto	x																					x	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	35561			
36	39	Aborto incompleto		x																					X	14sem	LIU	Restos corio embrionarios	35900		
37	26	Aborto incompleto			x																				x	10sem	LIU	Restos corio embrionarios	35503		
38	36	Aborto incompleto		x																						x	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	35583	
39	33	Aborto incompleto	x																							X	12sem	LIU	Restos corio embrionarios	53688	
40	42	Aborto incompleto		x																						X	10sem	LIU	Restos corio embrionarios	35913	
41	41	Aborto incompleto		x																								10sem	LIU	Restos corio embrionarios	35914
42	21	Aborto incompleto			x																						X	10sem	LIU	Restos corio embrionarios	105128

N° PCTE	EDAD	DIAGNOSTICO	GRUPO ETNICO							ESTADO CIVIL				NIVEL DE INSTRUCCIÓN								ENFERMEDADES RELEVANTES					SEMANAS DE GESTACIÓN	PROCEDIMIENTO REALIZADO	HALLAZGOS	N° HCL
			NEGRA	MEZITIZO	BLANCO	SOLTERA	CASADA	VIUDA	U. LIBRE	Primaria		Secundaria		Universidad		Ninguno	GENITO URINARIAS	INFECTO CONTAGIOSAS	CRONICO DEGENERATIVA	NINGUNO										
										C	I	C	I	C	I															
43	41	Aborto incompleto		X					x							x					10sem	LIU	Restos corio embrionarios	105128						
44	23	Aborto incompleto			x		x				x							X			10sem	LIU	Restos corio embrionarios	35488						
45	23	Aborto incompleto		X				X		X								X			10 sem	LIU	Restos corio embrionarios	87085						
46	26	Aborto incompleto		X				X			X							X			12 sem	LIU	Restos corio embrionarios	36456						
47	22	Aborto incompleto	X					X			x							x			14 sem	LIU	Restos corio embrionarios	119505						
48	21	Aborto incompleto			x			x		x								X			10 sem	LIU	Restos corio embrionarios	84432						
49	35	Aborto incompleto		x		x					x							x			8 sem	LIU	Restos corio embrionarios	119596						
50	39	Aborto séptico	x					x			x			x							15 sem	LIU	Restos corio embrionarios	119485						
51	36	Aborto incompleto		x			x					x						x			15 sem	LIU	Restos corio embrionarios	36890						
52	18	Aborto séptico	x					x		x								x			12 sem	LIU	Restos corio embrionarios	36844						
53	19	Aborto provocado		x			x				x							x			12 sem	LIU	Restos corio embrionarios	00836909						
54	27	Aborto provocado	x			X					x							x			20 sem	LIU	Restos fetales	37728						
55	29	Aborto provocado			x			x	x									X			10 sem	LIU	Restos corio embrionarios	37768						
56	-	Aborto provocado	x			x							x					X			10 sem	LIU	Restos corio embrionarios	94846						
57	-	Aborto provocado			x			x		x						X					12 sem	LIU	Restos corio embrionarios	119793						
58	14	Aborto séptico		X				x			X							X			14 sem	LIU	Restos corio embrionarios	37973						
59	19	Aborto incompleto		X		X					X							X			15 sem	LIU	Restos corio embrionarios	37976						
60	17	Aborto en curso		X		x					x							X			12 sem	LIU	Restos corio embrionarios	379721						
61	21	Aborto incompleto			x			x			x			x							15sem	LIU	Restos corio embrionarios	38131						
62	34	Aborto incompleto		x				x			x							x			15sem	LIU	Restos corio embrionarios	38143						
63	17	Aborto incompleto			x	x					x							x			17sem	LIU	Restos corio embrionarios	119919						

N° PCTE	EDAD	DIAGNOSTICO	GRUPO ETNICO							ESTADO CIVIL				NIVEL DE INSTRUCCIÓN						ENFERMEDADES RELEVANTES					SEMANAS DE GESTACIÓN	PROCEDIMIENTO REALIZADO	HALLAZGOS	N° HCL
			NEGRA	MEZITIZO	BLANCO	SOLTERA	CASADA	VIUDA	U. LIBRE	Primaria		Secundaria		Universidad		Ninguno	GENITO URINARIAS	INFECTO CONTAGIOSAS	CRONICO DEGENERATIVA	NINGUNO								
										C	I	C	I	C	I													
64	24	Aborto incompleto	x						x							x					12sem	LIU	Restos corio embrionarios	119434				
65	19	Aborto incompleto			x		x					x							X		15 sem	LIU	Restos corio embrionarios	38155				
66	40	Aborto incompleto		x					x											x	10 sem	LIU	Restos corio embrionarios	38764				
67	-	Aborto incompleto	x				x			x										x	12 sem	LIU	Restos corio embrionarios	119915				
68	20	Aborto incompleto			x	x						x								X	12 sem	LIU	Restos corio embrionarios	85985				
69	20	Aborto incompleto		x		x						x								x	-	LIU	Restos corio embrionarios	4004176				
70	25	Aborto incompleto		x					x				x	X							14 sem	LIU	Restos corio embrionarios	39328				
71	39	Aborto incompleto		x			x					x								x	12 sem	LIU	Restos corio embrionarios	0083933				
72	24	Aborto en curso	x						x						x						10 sem	LIU	Restos corio embrionarios	03114				
73	28	Aborto incompleto		x		x							x							x	12 sem	LIU	Restos corio embrionarios	39342				
74	17	Aborto incompleto	x				x					x								x	12 sem	LIU	Restos corio embrionarios	39341				
75	38	Aborto incompleto	x				x			x							X				20 sem	LIU	Restos fetales	39980				
76	24	Aborto incompleto		x					x					x						X	12 sem	LIU	Restos corio embrionarios	399173991				
77	32	Aborto incompleto	x			x						x								x	10 sem	LIU	Restos corio embrionarios	39934				
78	28	Aborto incompleto			x				x				x							X	10 sem	LIU	Restos corio embrionarios	86403				
79	27	Aborto incompleto		X				x				x								x	9 sem	LIU	Restos corio embrionarios	40350				
80	24	Aborto incompleto			x			x				x								x	10 sem	LIU	Restos corio embrionarios	40662				
81	24	Aborto incompleto		x				x				x								x	16 sem	LIU	Restos corio embrionarios	40671				
82	39	Aborto incompleto	x					x				x		x							10 sem	LIU	Restos corio embrionarios	120464				
83	33	Aborto diferido			x			x				x		x							10 sem	LIU	Restos corio embrionarios	00840695				
84	23	Aborto incompleto	x			x						x								x	20 sem	LIU	Restos fetales	34098				

N° PCTE	EDAD	DIAGNOSTICO	GRUPO ETNICO			ESTADO CIVIL			NIVEL DE INSTRUCCIÓN						ENFERMEDADES RELEVANTES				SEMANAS DE GESTACIÓN	PROCEDIMIENTO REALIZADO	HALLAZGOS	N° HCL		
			NEGRA	MEZTIZO	BLANCO	SOLTERA	CASADA	VIUDA	U. LIBRE	Primaria		Secundaria		Universidad		Ninguno	GENITO URINARIAS	INFECTO CONTAGIOSAS					CRONICO DEGENERATIVA	NINGUNO
										C	I	C	I	C	I									
85	39	Aborto incompleto		x			x					x						x	8sem	LIU	Restos corioplacentarios	008840695		
86	20	Aborto incompleto		x		x					x							x	----	LIU	-----	120545		
87	26	Aborto incompleto	x				x				x							x	----	LIU	-----	120231		
88	30	Aborto incompleto		x							x							x	12sem	LIU	Restos corioplacentarios	50025		
89	22	Aborto incompleto			x		x				x				X				10sem	LIU	Restos corioplacentarios	120640		
90	23	Aborto incompleto		x									x	x					10sem	LIU	Restos corioplacentarios	40726		
91	31	Aborto incompleto	x				x				x							X	6 sem	LIU	Restos corioplacentarios	50040		
92	42	Aborto incompleto		X			x				x						x		10sem	LIU	Restos corioplacentarios	40712		
93	42	Aborto incompleto			x								x	x					--sem	LIU	Restos corioplacentarios	50732		
94	37	Aborto espontáneo		x			x						x				x		12sem	LIU	Restos corioplacentarios	507754		
95	22	Aborto incompleto	x								x							x	12sem	LIU	Restos corioplacentarios	851030		
96	20	Aborto incompleto			x		x					x						x	15sem	LIU	Restos corioplacentarios	851030		
97	30	Aborto en curso	x										x					x	14sem	LIU	Restos corioplacentarios	15892		
98	15	Aborto séptico			x	x					x							X	----	LIU	-----	5549		
99	43	Aborto incompleto	x				x				x						x		-----	LIU	-----	121170		
100	26	Aborto incompleto	x				x				x						X		17sem	LIU	Restos corioplacentarios	02597		
101	21	Aborto incompleto			x						x							x	7.5sem	LIU	Restos corioplacentarios	121166		
102	25	Aborto incompleto		x			x					x						x	8sem	LIU	Restos corioplacentarios	00853120		
103	20	Aborto incompleto		x							x							x	12sem	LIU	Restos corioplacentarios	121334		
104	24	Aborto incompleto			x		x				x			X					12sem	LIU	Restos corioplacentarios	121345		
105	16	Aborto incompleto		x		x					x							x	-----	LIU	Restos corioplacentarios	53322		

N° PCTE	EDAD	DIAGNOSTICO	GRUPO ETNICO			ESTADO CIVIL				NIVEL DE INSTRUCCIÓN						ENFERMEDADES RELEVANTES					SEMANAS DE GESTACIÓN	PROCEDIMIENTO REALIZADO	HALLAZGOS	N° HCL
			NEGRA	MEZITIZO	BLANCO	SOLTERA	CASADA	VIUDA	U. LIBRE	Primaria		Secundaria		Universidad		Ninguno	GENITO URINARIAS	INFECTO CONTAGIOSAS	CRONICO DEGENERATIVA	NINGUNO				
										C	I	C	I	C	I									
106	22	Aborto incompleto		x				x			x							x	12sem	LIU	Restos corioplacentarios	53713		
107	27	Aborto incompleto			x			x			X							x	10sem	LIU	Restos corioplacentarios	853727		
108	21	Aborto en curso	x								x							x	12 sem	LIU	Restos corioplacentarios	00853951		
109	23	Aborto incompleto	x					x			x			x					10 sem	LIU	Restos corioplacentarios	53946		
110	32	Aborto incompleto			x		x				x				x				15 sem	LIU	Restos corioplacentarios	53876		
111	30	Aborto en curso		x				x		x								x	20 sem	LIU	Restos fetales	3874		
112	29	Aborto incompleto		x				x			x							x	8 sem	LIU	Restos corioplacentarios	121520		
113	30	Aborto incompleto			x			x			x			X					20 sem	LIU	Restos fetales	53902		
114	24	Aborto incompleto		X				x					x					x	12 sem	LIU	Restos corioplacentarios	53896		
115	37	Aborto incompleto		X				x			x			x					12 sem	LIU	Restos corioplacentarios	54190		
116	35	Aborto incompleto			X		x				x					x			35 sem	LIU	Restos corioplacentarios	54282		
117	17	Aborto incompleto		X		x					x							x	12 sem	LIU	Restos corioplacentarios	54196		
118	15	Aborto incompleto		x		x					x							x	20 sem	LIU	Restos fetales	54200		
119	34	Aborto incompleto	x				x				x							x	10 sem	LIU	Restos corioplacentarios	54419		
120	25	Aborto incompleto		x							x			X					10 sem	LIU	Restos corioplacentarios	54204		
121	21	Aborto incompleto			x			x			x							x	12 sem	LIU	Restos corioplacentarios	54364		
122	31	Aborto incompleto	x					x					x	x					14 sem	LIU	Restos corioplacentarios	5447		
123	39	Aborto incompleto		x			x				x							x	10 sem	LIU	Restos corioplacentarios	118146		
124	30	Aborto incompleto			x			x			x							x	12sem	LIU	Restos corioplacentarios	54462		
125	16	Aborto incompleto	x			x					x							x	10sem	LIU	Restos corioplacentarios	54690		
126	33	Aborto incompleto			x			x			x			x					10sem	LIU	Restos corioplacentarios	54693		

ANEXO 9: MAPA PROVINCIA DE ESMERALDAS



**ANEXO 10: MAPA
QUININDE**

DEL CANTON



