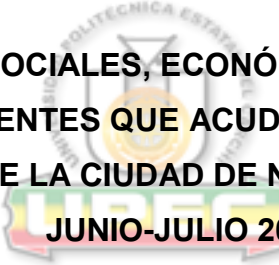


UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE INTERNADO ROTATIVO

**“DETERMINANTES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES DEL
ABORTO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PROVINCIAL
MARCO VINICIO IZA DE LA CIUDAD DE NUEVA LOJA EN EL PERIODO
JUNIO-JULIO 2011”**



AUTORAS:

CHILQUINGA RUIZ SONIA GUADALUPE

ROJAS RODRÍGUEZ DIANA CATERINE

Trabajo de grado para obtener
el Título de Licenciado(a) en Enfermería

TUTORA: ESP. GERMANIA BENAVIDES

SUCUMBÍOS-NUEVA LOJA- ECUADOR

DERECHO DE AUTOR

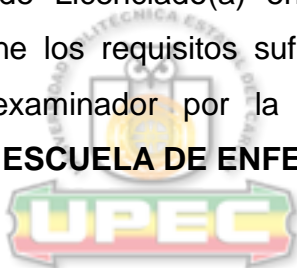
Ley de propiedad intelectual, Art. 5:

“El derecho de autor nace y se protege por el solo hecho de la creación de la obra, independientemente de su mérito, destino o modo de expresión. El reconocimiento de los derechos de autor y de los derechos conexos no está sometido a registro, depósito, ni al cumplimiento de formalidad alguna” (Ecuador. Ley de Propiedad Intelectual, Art.5.).



APROBACIÓN DEL TUTOR DE CONTENIDOS

En calidad de Tutor de Contenidos en el Trabajo de Investigación del tema: **“DETERMINANTES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES DEL ABORTO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PROVINCIAL MARCO VINICIO IZA DE LA CIUDAD DE NUEVA LOJA EN EL PERIODO JUNIO-JULIO 2011”**, de las señoritas estudiantes SONIA GUADALUPE CHILQUINGA RUIZ - DIANA CATERINE ROJAS RODRÍGUEZ, para la obtención del el Título de Licenciado(a) en Enfermería, considero que el informe investigativo reúne los requisitos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador por la **UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI, ESCUELA DE ENFERMERÍA.**



TULCÁN-NUEVA LOJA, SEPTIEMBRE 2011

.....

ESP. GERMANIA BENAVIDES

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

SONIA GUADALUPE CHILQUINGA RUIZ- DIANA CATERINE ROJAS RODRÍGUEZ, portadoras de la cédula de ciudadanía No. 0401304308-0401636709 declaramos que el presente Proyecto de **“DETERMINANTES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES DEL ABORTO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PROVINCIAL MARCO VINICIO IZA DE LA CIUDAD DE NUEVA LOJA EN EL PERIODO JUNIO-JULIO 2011”**, es original, auténtico y personal de las autoras, a excepción de las citas.

En tal virtud, expresamos que el contenido, las conclusiones, los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación, y luego de la redacción de este documento son y serán de nuestra exclusiva responsabilidad legal y académica.

.....
SONIA GUADALUPE CHILQUINGA RUIZ

.....
DIANA CATERINE ROJAS RODRÍGUEZ

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los suscritos Docentes Miembros de Tribunal de Grado aprueban el presente proyecto **“DETERMINANTES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES DEL ABORTO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PROVINCIAL MARCO VINICIO IZA DE LA CIUDAD DE NUEVA LOJA EN EL PERIODO JUNIO-JULIO 2011”**el mismo que ha sido elaborado de conformidad con las disposiciones reglamentarias emitidas por la **UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI, ESCUELA DE ENFERMERÍA.**



F.....

F.....

F.....

F.....

CARCHI-TULCÁN, SEPTIEMBRE 2011

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo y toda nuestra carrera universitaria a Dios por ser quien ha estado a nuestro lado en todo momento dándonos las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día para seguir adelante.

Agradecemos infinitamente a nuestros padres ya que gracias a ellos nos sustentaron durante todo este camino recorrido, son a ellos a quien les debemos todo, horas de consejo, de regaños, de tristezas, de alegría de las cuales estamos muy seguras que las han hecho con todo el amor del mundo.

También agradecemos a nuestros maestros quien día a día compartíamos nuevas experiencias, ya que ellos confiaron en nuestras capacidades y debilidades sirviéndonos así como base fundamental en nuestro diario vivir.

A nuestra Universidad Politécnica Estatal del Carchi, y en especial a la Escuela de Enfermería por abrirnos sus puertas y permitirnos ser parte de una generación de triunfadores, emprendedores y futuros entes partícipes de la comunidad quienes son los que nos necesita.

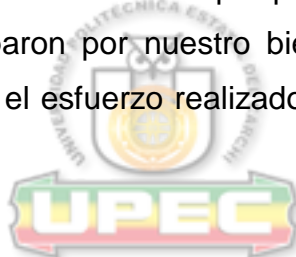
SONIA

DIANA

AGRADECIMIENTO

Primero y antes que nada, damos gracias a Dios, por estar con nosotras en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradecer siempre a nuestras familias porque a pesar de no estar presentes físicamente, se preocuparon por nuestro bienestar desde la lejanía, y está claro que si no fuese por el esfuerzo realizado por ellos, nuestros estudios no hubieran sido posibles.



De igual manera nuestro más sincero agradecimiento al Rector de la Universidad Politécnica Estatal Carchi Dr. Hugo Ruiz Enríquez, a la Directora de la Escuela de Enfermería la MSC. Ruth Salgado, a nuestra Directora de Tesis la Esp. Germania Benavides gracias por hacer posible la culminación de nuestra carrera.

SONIA

DIANA

CESIÓN DE DERECHOS

Sonia Guadalupe Chiquinga Ruiz - Diana Caterine Rojas Rodríguez con cédulas de ciudadanía N° 0401304308- 0401636709, cedemos los derechos a la Universidad Central del Ecuador-Universidad Politécnica Estatal del Carchi



.....
SONIA GUADALUPE CHILQUINGA RUIZ

.....
DIANA CATERINE ROJAS RODRÍGUEZ

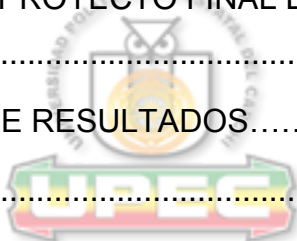
ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

CARATULA.....	i
DERECHO DE AUTOR	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR DE CONTENIDOS	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
CESIÓN DE DERECHOS.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE APÉNDICES Y ANEXOS.....	xii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	xiii
RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN	xviii
CAPITULO I.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. ENUNCIADO DEL TEMA	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	2
1.4. JUSTIFICACIÓN	2
1.5. OBJETIVOS	4
1.6. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD	4
CAPITULO II.....	5

2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. MARCO INSTITUCIONAL.....	5
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.3. HIPÓTESIS, VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	29
3. DISEÑO METODOLÓGICO	34
3.1. TIPO DE ESTUDIO	34
3.2. UNIVERSO.....	34
3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS.....	35
3.4. DISEÑO DEL INSTRUMENTO	35
3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	35
CAPITULO IV.....	36
4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS Y PLAN DE INTERVENCIÓN.....	36
4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	36
4.2. PLAN DE INTERVENCIÓN.-	62
CAPITULO V.....	67
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
5.1 CONCLUSIONES.....	67
5.2 RECOMENDACIONES	68
CAPITULO VI.....	69
6.- BIBLIOGRAFÍA.....	69
6.1 BIBLIOGRAFÍA CITADA	69
6.3 REFERENCIAS ELECTRÓNICAS	70
CAPÍTULO VII.....	72
7. ANEXOS.....	72

7.1. ASOCIACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES	72
7.2. CUESTIONARIO	75
7.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	80
7.4. DISEÑO DE TRÍPTICO	85
7.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO	87
7.6. AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL	888
7.7. APROBACIÓN DE PROYECTO FINAL DE TUTOR DE TESIS	899
7.8. APROBACIÓN DE PROYECTO FINAL DEL TRIBUNAL DE LECTORES	90
7.9. SOCIALIZACION DE RESULTADOS.....	91
7.10. GLOSARIO.....	91
7.10. PERFIL DE TESIS.....	102



ÍNDICE DE APÉNDICES Y ANEXOS

ANEXO Nº 1	72
7.1. ASOCIACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES	72
ANEXO Nº 2	75
7.2. CUESTIONARIO	75
ANEXO Nº3	80
7.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	80
ANEXO Nº 4	855
7.4. DISEÑO DE TRÍPTICO	855
ANEXO Nº 5	877
7.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO	877
ANEXO Nº 6	888
7.6. AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL	888
ANEXO Nº 7	899
7.7. APROBACIÓN DE PROYECTO FINAL DE TUTOR DE TESIS	899
ANEXO Nº 8	90
7.8. APROBACIÓN DE PROYECTO FINAL DEL TRIBUNAL DE LECTORES	90
ANEXO Nº 9	91
7.9. SOCIALIZACION DE RESULTADOS	91
ANEXO Nº 10	1022
7.10. GLOSARIO	1022
ANEXO Nº 11	102
7.11. PERFIL DE TESIS	102

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

FIGURA Nº 1	5
FIGURA Nº 2	9
FIGURA Nº 3	11
FIGURA Nº 4	19
FIGURA Nº 5	21
FIGURA Nº 6	22
FIGURA Nº 7	25
TABLA Nº 1.....	366
GRÁFICO Nº1.....	366
TABLA Nº 2.....	377
GRÁFICO Nº 2.....	377
TABLA Nº 3.....	388
GRÁFICO Nº 3.....	38
TABLA Nº 4.....	39
GRÁFICO Nº 4.....	399
TABLA Nº 5.....	40
GRÁFICO Nº 5.....	40
TABLA Nº 6.....	41
GRÁFICO Nº 6.....	41
TABLA Nº 7.....	42
GRÁFICO Nº 7.....	42
TABLA Nº 8.....	43



GRÁFICO N° 8.....	43
TABLA N° 9.....	444
GRÁFICO N° 9.....	44
TABLA N° 10.....	455
GRÁFICO N°10.....	455
TABLA N° 11.....	466
GRÁFICO N° 11.....	46
TABLA N° 12.....	47
GRÁFICO N° 12.....	47
TABLA N° 13.....	488
GRÁFICO N° 13.....	48
TABLA N° 14.....	499
GRÁFICO N° 14.....	499
TABLA N° 15.....	50
GRÁFICO N° 15.....	50
TABLA N° 16.....	51
GRÁFICO N° 16.....	51
TABLA N° 17.....	52
GRÁFICO N° 17.....	52
TABLA N° 18.....	533
GRÁFICO N° 18.....	53
TABLA N° 19.....	544
GRÁFICO N° 19.....	54



TABLA N° 20.....	55
GRÁFICO N° 20.....	55
TABLA N° 21.....	56
GRÁFICO N° 21.....	56
TABLA N° 22.....	57
GRÁFICO N° 22.....	577



RESUMEN

El aborto se ha utilizado como método de planificación familiar desde épocas remotas y se conoce que está en dependencia de algunos factores tales como la edad de la mujer, el grado de escolaridad, la historia obstétrica, el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, entre otros.

El objetivo de este trabajo es tratar de explicar la problemática del aborto inducido en la adolescencia partir de una perspectiva bioética, para ello abordamos algunas consideraciones sobre la situación actual del aborto en la adolescencia así como las agresiones que puede sufrir el embrión y los aspectos bioéticas relacionados con el aborto, partiendo de la problemática sociológica y los conflictos éticos en torno del aborto, realizando un análisis acerca de la decisión de abortar, las complicaciones del aborto y sus complicaciones éticas.

Cada año ocurren por lo menos cinco millones de abortos provocados entre las mujeres de 15 a 19 años. Debido a que en muchos países el aborto no está permitido por la ley, las adolescentes con frecuencia se someten a procedimientos inadecuados por parte de personas no capacitadas. Como resultado, las adolescentes constituyen un significativo y desproporcionado porcentaje de las muertes e incapacidades que causa el aborto en condiciones de riesgo. Los adolescentes por lo general cuentan con poca información sobre los temas de reproducción y sexualidad y poco acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

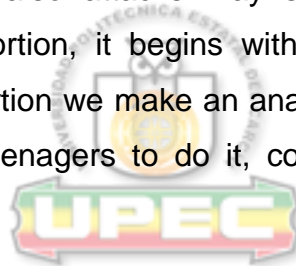
La interrupción de embarazo representa un problema de salud que compromete la salud reproductiva de las adolescentes tanto desde el punto de vista biológico, psicológico, económico y social.

PALABRAS CLAVE: aborto, adolescentes, social, económico, cultural.

ABSTRACT

Abort is used as familiar planning method since epoch ago and it is known because it depends about some factors, such as age of woman, scholar level, obstetrics history, uses and knowledge's about contraconception methods and others.

Objective about this work is to explain about persuaded abortion in adolescence through a bioethics perspective, for this reason we talk about abortion situation actually in adolescence also attacks may suffer the embryo and bioethics aspects related with abortion, it begins with sociology problems and ethics conflicts related with abortion we make an analyze about give birth prematurely decisions and respect teenagers to do it, consent and complications related about it.



Each year five million persuaded abortions occurred in women between 15-19 years old. Some countries prohibit abortions, so teenager do inadequate procedure with unable people. For it there is a big percentage of death or uncacity women. Teenagers have no enough information about sexual reproduction and a little access to reproductive health services and familiar planning.

To interrupt pregnancy women, it represents a problem in reproductive health in teenagers and in biology, sociology, economic and social aspects.

KEYWORDS: abortion, adolescents, social, economic, cultural

INTRODUCCIÓN

La elaboración del presente trabajo de investigación está motivada por nuestra inquietud debido al incremento de embarazos en adolescentes.

La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 10 y 19 años de edad.

El aborto inducido no es un problema fácil de evaluar. La dificultad radica en que una conducta social no puede ser explicada por las opiniones de sus actores. Depende del sistema de relaciones sociales donde está inmersa, las relaciones jurídicas y morales, las instituciones que influyen sobre ella y del soporte económico y tecnológico del país. Es difícil conocer la problemática real del aborto en la adolescencia en nuestra región, pues en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños este proceder es ilegal o tiene serias restricciones.

El aborto en las adolescentes tiene un gran peso en la familia en la toma de la decisión de abortar, también coinciden con que el deseo de no interrumpir los estudios y no estar preparada para asumir la maternidad constituyen razones importantes en las que se basa esta decisión además otras conductas de riesgo como es el inicio precoz de las relaciones sexuales.

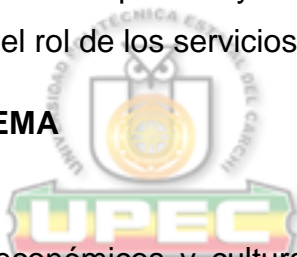
El presente trabajo es evaluar o encontrar las determinantes sociales, económicas y culturales que constituye la toma de la decisión de interrumpir una gestación durante la adolescencia, no sólo aplicándolos a la adolescente demandante de un aborto y al personal médico enfrentado al problema, sino al contexto donde se desarrolla este problema social y las presiones que mueven necesidades, decisiones y motivaciones.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto en adolescentes en nuestro país responde a múltiples factores por lo que se hace necesario investigar cuales son los determinantes sociales, económicos y culturales del aborto en adolescentes que acuden al Hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Nueva Loja en el periodo Junio-Julio 2011, además relacionar los factores que influyen en la toma de decisión de las adolescentes e identificar el rol de los servicios de salud sexual y reproductiva.

1.1. ENUNCIADO DEL TEMA



Determinantes sociales, económicos y culturales del aborto en adolescentes que acuden al Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la ciudad de Nueva Loja en el periodo Junio-Julio 2011”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el mundo mueren 200 mil mujeres al año por realizarse abortos en lugares clandestinos. De acuerdo con datos de la OMS, publicados en 1997, cada año se practicaban alrededor de 50 millones de abortos en el mundo; de éstos, 20 millones se realizaron en condiciones inseguras provocando la muerte de 78 mil mujeres.

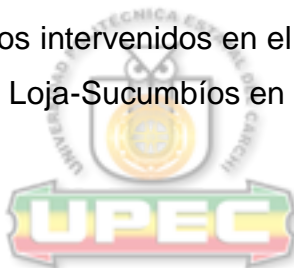
En 1999 el 10% de las mujeres entre 15 y 19 años se embarazaba. La tasa es la segunda más alta de América Latina.

En los últimos ocho años se duplicó la tasa de abortos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública hasta llegar a 24.228 por año.

En el Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos de la ciudad de Nueva Loja se han registrado 382 abortos en el periodo Enero-Diciembre 2010, de los cuales todos corresponden a adolescentes 10 a 19 años, de los cuales 311 son realizados procedimientos invasivos. “Datos proporcionados por el departamento de estadística del “HPMVIZA”

1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Influyen las determinantes sociales, económicas y culturales de las adolescentes en los abortos intervenidos en el Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la ciudad de Nueva Loja-Sucumbíos en el periodo Junio-Julio 2011?



1.4. JUSTIFICACIÓN

En el país, actualmente, los estudios realizados con relación a la adolescencia, han sido abordados sobre diferentes aspectos del embarazo, sin embargo, con respecto al aborto, como causa principal de morbi-mortalidad en este grupo etáreo no se ha logrado definir su propia realidad.

El modelo tradicional del abordaje y tratamiento del aborto en las adolescentes de nuestras instituciones está orientado al abordaje de la patología, sin tomar en cuenta el entorno y el daño psicológico.

Generalmente tratamos en nuestras unidades de salud el producto final en este caso el aborto sin embargo hay múltiples factores maternos, fetales, ovulares, conocidos y estudiados, pero no obstante nos falta dirigir estudios de investigación relacionado con los factores sociales, la familia y el entorno. El ingreso de una adolescente con un aborto puede representar una oportunidad única de contacto con el sistema de salud, este contacto debe ser aprovechado para tener un acceso de servicio de calidad, integral y diferenciado para tratar las complicaciones bio-psicosociales del aborto, indagar sobre el entorno familiar para prevenir que se vuelva a presentar el evento. El valor social de

este estudio está centrado en dar a conocer resultados que involucran a la familia como uno de los múltiples determinantes sociales del aborto en las adolescentes y de proveer información con el propósito de orientar esfuerzos dirigidos al fortalecimiento de los hogares y en los diferentes actores sociales.

Según María Torres (2011), “Uno de cada seis embarazos se interrumpe en el Ecuador”, (párr. 9), La cantidad de partos ha presentado un incremento mucho más bajo.

Hace ocho años se atendieron 117.334 nacimientos en hospitales públicos, y en el 2007 la cifra llegó a 143.535. Es decir, la cifra subió en un 22%.

Según María Torres (2011), “Uno de cada seis embarazos se interrumpe en el Ecuador”, (párr. 10), si se suman los 4.216 abortos registrados el año pasado en la maternidad más grande del país –la Enrique C. Sotomayor, de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, crece hasta llegar a los 28.444 embarazos inconclusos.

Además el rápido incremento en la tasa de fecundidad en mujeres menores de 20 años y el riesgo potencial a que este grupo está expuesto, nos orienta a tratar de detectar las características preliminares del porque se produce el fenómeno, investigar si éstas tienen relación directa con las limitaciones impuestas sobre la mujer, con las costumbres y actitudes tradicionales de su familia o con las condiciones socio-económicas, de salud y geográficas de la misma.

En el Ecuador el aborto es la segunda causa de muerte materna ya que los embarazos son terminados en aborto y cada año se dan alrededor de 20.000 egresos hospitalarios por esta causa.

En el Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos se han registrado 382 abortos en el periodo Enero-Diciembre 2010, de los cuales 311 son realizados procedimientos invasivos. “Datos proporcionados por el departamento de estadística del HPMVIZA”

[Además de los datos proporcionados por el departamento de estadística, podemos mencionar que estos datos son de las adolescentes que asistieron a esta casa de salud en el servicio de emergencia, tomando en cuenta que no existen datos estadísticos en forma general de adolescentes que acuden al “HPMVI”].

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las determinantes sociales, económicos y culturales del aborto en adolescentes que acuden al Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la ciudad de Nueva Loja en el periodo Junio-Julio 2011



1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterización social, económica y cultural del aborto en adolescentes
- Identificar los factores que influyen en la toma de decisión de las adolescentes
- Conocer cuál es el rol de los servicios de salud sexual y reproductiva a los que las adolescentes asistieron.

1.6. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

Esta investigación fue posible realizarla gracias al acceso a todos los datos estadísticos e información de cada paciente con antecedente de abortos en el Hospital Provincial Marco Vinicio Iza; y además se contó con la autorización del Director del Hospital para la realización de esta investigación.

CAPITULO II

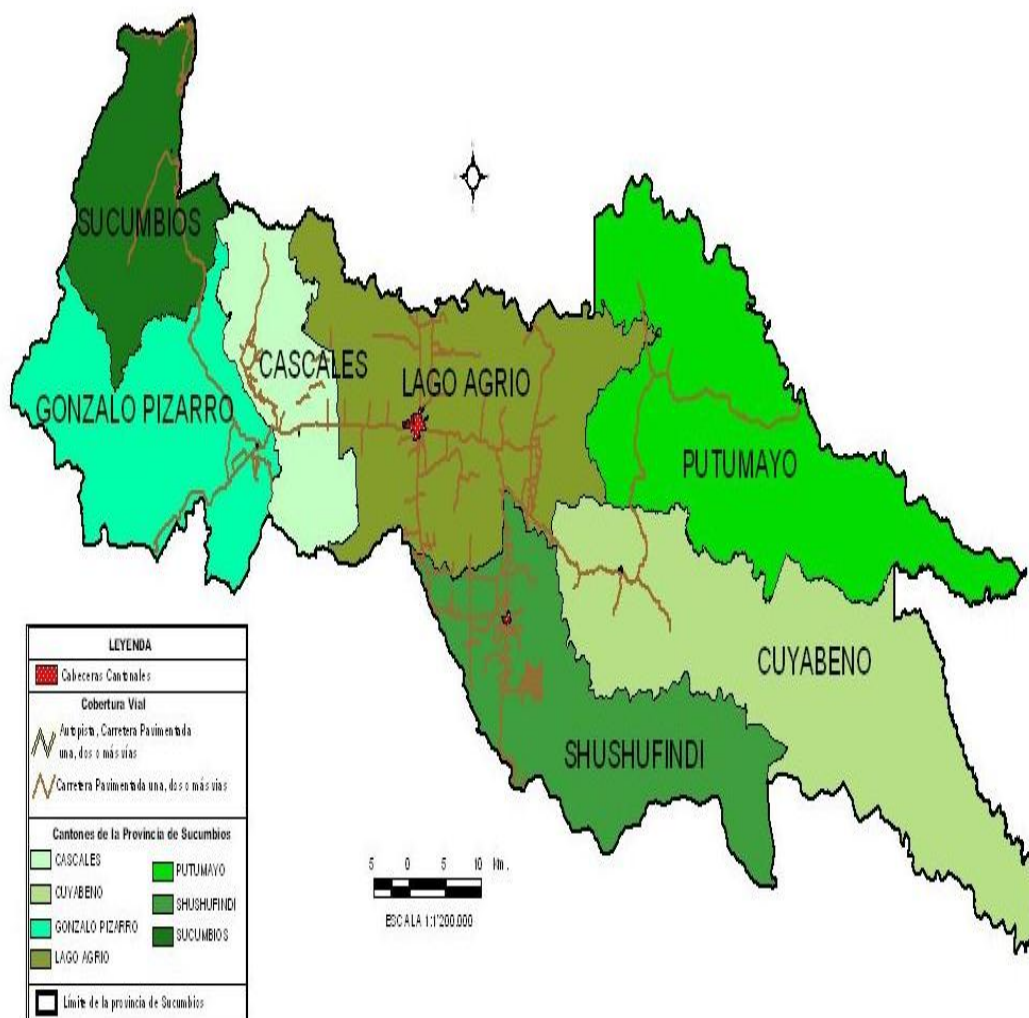
2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO INSTITUCIONAL

ASPECTO GEOGRÁFICO DEL LUGAR

FIGURA Nº 1

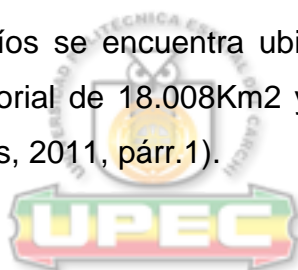
PROVINCIA DE SUCUMBIOS



El 13 de febrero de 1989 en el Gobierno del Presidente Rodrigo Borja, mediante la ley No 008 fue creada la Provincia de Sucumbíos, cuya capital es la ciudad de Nueva Loja cantón Lago Agrio. La quinta Provincia de amazonia tuvo varias razones, entre ella la inmensa riqueza petrolera y minera; que hasta esa época pertenecía a la Provincia de Napo. La presión poblacional y las imperiosas necesidades básicas insatisfechas obligaron al Estado Ecuatoriano a un reordenamiento jurisdiccional del territorio en esta zona de la amazonia.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La Provincia de Sucumbíos se encuentra ubicado al nororiente del Ecuador, tiene una extensión territorial de 18.008Km² y con una población de 128.995 habitantes. (Sucumbíos es, 2011, párr.1).



LIMITES

NORTE: por la república de Colombia

SUR: con las provincias de Orellana y Napo

ESTE: con las provincias de Carchi, Pichincha e Imbabura

OESTE: con la República de Perú. (Sucumbíos es, 2011, párr.2)

CLIMA

Ofrece un clima tropical húmedo con temperaturas que oscilan entre los 37 a 39 grados Celsius y máximas precipitaciones en verano. Dicho clima posibilita una vegetación de selva ecuatorial, característica de la Amazonia.(Cantón Lago, 2011, párr.3)

POBLACIÓN

La población del Cantón LAGO AGRIO, según el Censo del 2001, representa el 51,8 % del total de la Provincia de Sucumbíos; ha crecido en el último período intercensal 1990-2001, a un ritmo del 5,2 % promedio anual. El 48,9% de su población reside en el Área Rural; se caracteriza por ser una población joven ya


que el 47,5 % son menores de 20 años, según se puede observar en la Pirámide de Población por edades y sexo. (INEC 2001, 2011, párr.1).

RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL “MARCO VINICIO IZA”

Según Ángel Patín, (2011), “Tesis de Gerencia en Salud”, (párr. 35), El Ministerio de Salud Pública, dispone la construcción y equipamiento del Centro de Salud Hospital Lago Agrio, mediante Registro Oficial No. 117 del 17 de junio de 1976 y fue creado el 12 de Febrero de 1986 durante el Gobierno del Ingeniero León Febres Cordero, inició su funcionamiento con 15 camas y con un déficit de recursos humanos, por cuanto no se proyectó con el incremento de la población a futuro; es así, que inicia su atención de primer nivel, contando entonces a más del personal administrativo y técnico, con 3 partidas presupuestarias para médicos tratantes (Consulta Externa) y 4 partidas para médicos residentes, (Emergencia y Hospitalización), 3 enfermeras profesionales y 14 auxiliares de enfermería, con seguridad en aquel tiempo, hace 24 años, las necesidades institucionales no requerían más personal.

Actualmente, el Hospital cuenta con una plantilla de personal de 110 partidas presupuestarias bajo la LOSEP y 32 partidas del Contrato Colectivo; es decir, el área operativa cuenta con 16 partidas de médicos tratantes, 9 de médicos residentes, 1 de Odontología, 18 de enfermeras profesionales, 18 Servidor Público de Apoyo 1 (Auxiliares de Enfermería), bajo el régimen de la LOSEP y del Contrato Colectivo 14 Auxiliares de Enfermería y 1 Auxiliar de Odontología, el resto recalamos están distribuidas en el área técnica y administrativa.

El Ministerio de Salud Pública, mediante Acuerdo Ministerial No 00584, de fecha 11 de Mayo del 2001, cambia su denominación de Centro de Salud Hospital a Hospital Marco Vinicio Iza, luego con Acuerdo Ministerial No. 00782, de 14 de diciembre del 2001, se lo eleva a la categoría de Hospital Provincial, brindando atención en las cuatro especialidades básicas Medicina Interna, Ginecología, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Traumatología, Psicología, contando con una capacidad hospitalaria de 45 camas y cuidado intermedio en el área de neonatología con 5 incubadoras y 5 cunas de alojamiento conjunto para pacientes patológicos.



Con fecha 04 de julio del 2006, mediante Acuerdo Ministerial No. 305, se eleva la capacidad hospitalaria a 73 camas, sin la creación de partidas presupuestarias para personal y financiamiento para el equipamiento.

Cabe recalcar, que desde la creación del hospital no se estimó el fenómeno de crecimiento poblacional, que con ello las necesidades de atención de salud iban a ir en aumento y que para responder a estas necesidades se requería de infraestructura, recursos económicos, equipamiento y sobre todo lo más importante el talento humano, acorde con la evolución de las ciencias de la salud y la prestación de servicios que sin lugar a dudas debe ser entregada con eficiencia y calidad, garantizando la capacidad operativa en beneficio de la comunidad.

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

FIGURA N° 2



Según María Zambrano (2011), "Tesis final de Grado de Administración y Marketing", (párr. 78), El hospital se encuentra ubicado en la zona urbana del cantón Lago Agrio, Provincia de Sucumbíos, cuya construcción es de hormigón de una sola planta, de baldosa, cuenta con los servicios básicos, con áreas físicas adecuadas pero insuficientes, debido al incremento de servicios con una infraestructura original que era la de un centro de Salud hospital, de quince camas hospitalarias, desde hace ocho años y por el incremento de la demanda se inauguró la segunda parte del hospital con veinticinco camas hospitalarias, más el área de neonatología. El periodo 2003 y 2004 con el apoyo del proyecto MODERSA, se amplió el servicio de emergencia, Centro Quirúrgico y Rayos X. Todas las construcciones son en hormigón, pero no es suficiente para cubrir las necesidades de la demanda. Todas las áreas cuentan con servicios básicos pero son insuficientes, el agua es de mala calidad, los cortes de luz son

frecuentes, la planta de luz no abastece las necesidades de energía eléctrica. En el año 2005 se firma un convenio entre Petro-Ecuador, Ministerio de Salud Pública para la construcción de la planta administrativa que actualmente se encuentra funcionando y la construcción de una ampliación para 33 camas hospitalarias ya que en este año, el Ministerio de Salud Pública, eleva la capacidad de nuestro hospital de cuarenta a 73 camas hospitalarias, lamentablemente esta área, se encuentra inhabilitada, porque hasta la presente fecha no ha sido posible justificar los rubros invertidos en el proyecto por administraciones anteriores.

Por ser un hospital de referencia sus autoridades, se han preocupado por incrementar equipamiento necesario, que no es suficiente, aunque permite el desarrollo de procesos de atención médica y de enfermería sin complicaciones, en gran medida asegura la calidad de las prestaciones. Un elemento importante que se debe destacar es que el tiempo de vida promedio de los equipos se reduce a la mitad que otras ciudades del país, que debido al clima, y al uso continuo; al momento, la mayoría de los equipos se encuentran en regular estado.

Hoy el Ministerio de Salud Pública ha puesto mayor interés en nuestra institución y nos ha dotado de equipamiento, y está presupuestada la construcción del nuevo hospital que será de 120 camas hospitalarias.

UBICACIÓN SECTORIAL

El hospital Provincial Dr. Marco Vinicio Iza, está ubicado en la Provincia de Sucumbíos, cantón Lago Agrio, calle Av. Quito y Vicente Narváez , pertenece al sector público, mediante Registro Oficial No. 117 del 17 de junio de 1976 y fue creado el 12 de febrero de 1986 con el Gobierno del Ing. León Febres Cordero, El Ministerio de Salud Pública, mediante Acuerdo Ministerial No. 00584, de fecha 11 de Mayo del 2001, cambia su denominación de Centro de Salud Hospital a Hospital Dr. Marco Vinicio Iza Hernández, luego con Acuerdo Ministerial No. 00782, de 14 de Diciembre de 2001, se eleva a la categoría de

Hospital Provincial, brindando atención en las cuatro especialidades básicas Medicina Interna, Ginecología, Cirugía y Pediatría, contando con una capacidad de 40 camas hospitalarias.

ANÁLISIS SITUACIONAL ACTUAL

Límites Espaciales

Hospital Dr. Marco Vinicio Iza Lago Agrio – Sucumbíos – Ecuador

Calles Av. Quito y Vicente Narváez Tfno. 2830250



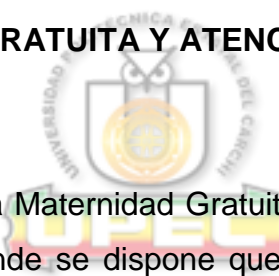
Para el año 2015, seremos una organización líder en salud basados en procesos que aplica valores y principios institucionales, atendidos por personal altamente calificado y motivado; con tecnología de punta e infraestructura adecuada dirigido a la población de la provincia de Sucumbíos y respetando su pluriculturalidad.

MISIÓN

El Hospital Provincial Marco Vinicio Iza, es una unidad ejecutora de segundo nivel, que brinda atención de salud en las cuatro especialidades básicas; con el contingente de personal altamente calificado para la población de la provincia de Sucumbíos, donde sus clientes internos tienen un alto grado de pertinencia.

POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A AL INFANTE



Una vez que la Ley de La Maternidad Gratuita y atención a la Infancia, cuenta con sus reglamentos, donde se dispone que se dicten las normas técnicas y administrativas y financiera, el Ministerio de Salud Pública como ejecutor del programa y miembro del Comité de Apoyo y seguimiento a la Ley. El Registro Oficial No 523 del 9 de septiembre del 1994, cuya reforma han sido publicadas en el Registro oficial de 667 del 3 de abril de 1995, 98 del 30 de diciembre 1996, 120 del 31 de julio del 1997, 381 del 10 de agosto de 1998 en la denominada Ley de Trole II del 18 de agosto del 2000, está orientada a fortalecer e integrar las acciones de la salud a favor de los grupos más vulnerables de la población: madres y niños/as menores de cinco años

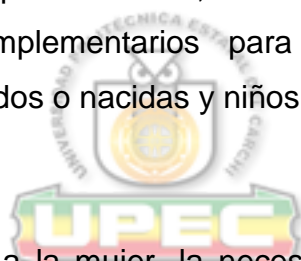
Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia comprende

- Prestación Gineco-Obstétrica
- Prestaciones Neonatales
- Prestaciones Odontológicas
- Lista de Medicamentos, insumos y materiales para la presentación.

Varías temas expuestas han sido muy valiosa para cubrir las necesidades que presenta la población ecuatoriana. Sobre todo en madres y niños menores de cinco años.

Art.1.- Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso del programa de salud sexual y reproductiva. De igual manera se atiende se otorga sin costo la atención de salud a los recién nacidos/as, y niños/as 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 medicina, insumos, micronutrientes, suministro exámenes básicos, complementarios para la atención de las mujeres embarazadas recién nacidos o nacidas y niños – niñas menores de cinco años.



Maternidad: Se asegura a la mujer, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control de enfermedad de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamientos (excepto sida); atención de parto normal y riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas la violencia intrafamiliar, toxemia, sépsis del embarazo, parto y post parto; así como la dotación de sangre y hemoderivados.

Recién nacidos y niña, niños menores de cinco años de edad. Se asegura la necesaria y la oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad los recién nacidos o nacidas y sanos y sanas: Prematuros, prematuros de bajo peso, y patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sépsis), a los niñas/os menores de cinco años en las enfermedades comprendidas en las estrategias de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública. (Reglamento a, 2011, párr.1).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

ABORTO:

“La OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno.

La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente en torno a las 22 semanas de gestación.

Tipos de Aborto

Clases de aborto según la causa etiológica que lo produce.

Aborto espontáneo: cuando se produce por un mecanismo natural sin que se realice ninguna maniobra o intervención medicamentosa o instrumental para terminar la gestación.

Aborto inducido o provocado: se efectúa deliberadamente utilizando una o varias maniobras o procedimientos con la única intención de facilitar la expulsión del producto.

Edad Gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días.

Toma de decisiones sobre el Aborto: Es mediante el cual se realiza una elección entre las alternativas o formas para resolver diferentes situaciones de la vida, estas se pueden presentar en diferentes contextos: a nivel, sentimental etc. (Definición de, 2011, párr.1).

ADOLESCENCIA:

Según MarilynHernández (2011), “Aborto en la Adolescencia. Un Tema para reflexionar”, (párr. 1), La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones

psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial

Adolescencia Temprana (10 a 13 años):

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años):

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Adolescencia tardía (17 a 19 años):

“Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de

pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

Evolución del embarazo en adolescentes:

Según María Inés (2011), "Sexualidad y Embarazo", (párr. 1), Existen numerosas publicaciones que documentan el impacto negativo del embarazo precoz, especialmente con edad ginecológica inferior a 2 años. Este se expresa en aspectos biológicos y psicosociales de la madre y del hijo (los más estudiados) así como del padre y de las familias de origen.

En la madre adolescente

Entre los aspectos biológicos destaca mayor riesgo de anemia, síndrome hipertensivo, infección urinaria, así como aumento del riesgo de aborto, de complicaciones del aborto y aún de mortalidad materna. Cabe destacar, sin embargo, que cuando la adolescente embarazada recibe atención oportuna, suficiente y de calidad apropiada a sus particulares necesidades, estos riesgos disminuyen notoriamente.

Aborto y Mortalidad Materna:

La mortalidad materna de las adolescentes está relacionada con la mortalidad materna general, siendo más alta en los países en que la mortalidad materna total es mayor; contribuyen a ésta, la baja condición social de la mujer, la ausencia de servicios de atención materna, y la falta de aplicación de tecnologías apropiadas.

La mortalidad materna es 50 veces más alta en las adolescentes de América Latina comparadas con las de los Estados Unidos de América y Canadá (cifras entre 15 y 20 en Perú y Ecuador versus 0,4 y 0,1 muertes por complicaciones de embarazo parto y puerperio por 100.000 mujeres de 15 a 24 años). 25 a 30% de la mortalidad materna está determinada por el aborto, siendo la tasa más alta la de Perú, con 4,8.

Establecer la frecuencia real de abortos provocados en la Región de las Américas es difícil. En algunos países, como Cuba y los Estados Unidos, la legislación permite la interrupción del embarazo, mientras en otros la legislación la prohíbe y está penada por la ley. En Estados Unidos, la razón de abortos para el grupo de menores de 15 años es de 133 por 100 nacidos vivos, cifra que se reduce a la mitad en el grupo de 15 a 19 años (la razón para todas las edades es de 34 por 100 nacidos vivos). En Cuba, 1 de cada 4 abortos se realiza en una menor de 20. Estudios a pequeña escala en Brasil, Colombia y Perú indican que 1 de cada 10 mujeres hospitalizadas por aborto tiene menos de 20 años. En general, un 30% de la mortalidad por aborto en América Latina se produce en mujeres de 24 años o menos.

En cuanto a los aspectos psicosociales, destaca el riesgo de deserción escolar y baja escolaridad definitiva; ello se acompaña, a futuro, de desempleo más frecuente, e ingreso económico reducido de por vida. Asimismo, hay mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. A ello se agrega un mayor número de hijos. Así, el embarazo de la adolescente afecta su proyecto de vida en todos sus aspectos.

El hijo de madre adolescente tiene, en general, mayores riesgos que el de madre de más de 20 años. Este riesgo se expresa en mayor frecuencia de bajo peso de nacimiento y de morbilidad en el período perinatal (incluyendo malformaciones congénitas) y posteriormente; mayor probabilidad de desnutrición y retardo en el desarrollo psicomotor y afectivo, tasas más altas de mortalidad en la infancia, y mayor riesgo de negligencia y maltrato.

Cabe agregar que estos riesgos suelen verse agravados por la condición de "ilegitimidad" que aún se mantiene en muchos países de América Latina y que limita el ejercicio de los derechos del hijo e incluso su acceso a servicios de salud.

DETERMINANTES SOCIALES:

“Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud.”

Sociabilidad de los adolescentes: es la capacidad, la aptitud que permite al individuo vivir con los otros y en grupo, y es fruto de comprensión hacia el otro, de posibilidad de simpatía y empatía.

Con el desarrollo de la madurez las posibilidades asociativas se multiplican, y las relaciones sociales se descubren mejor. El adolescente no sólo tiene la necesidad de encontrar un amigo, sino, que de hecho se hace capaz de vivir la amistad dado que tiene la capacidad de sociabilidad. (Determinantes Sociales, 2011, párr.1).

Grado de instrucción: Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal, que corresponden con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico-evolutivo articulado con el desarrollo psico-físico social y cultural.

Analfabetismo: Persona que no sabe leer ni escribir.

Alfabetismo: Es la capacidad para leer y escribir un párrafo sencillo en un idioma cualquiera.

Educación Básica: Es el segundo nivel obligatorio del sistema educativo. Comprende tres etapas con duración de tres años de escolaridad cada una. Atiende a los educandos a partir de los 6 años de edad.

Educación media y diversificada: Es el tercer nivel del sistema educativo. Comprende la formación de bachilleres y de técnicos medios en la especialidad

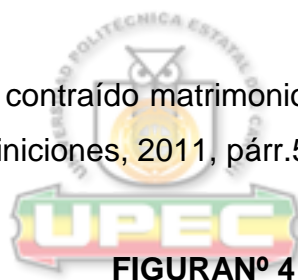
correspondiente, los estudios respectivos tienen una duración no menor de dos años. (Conceptos Definiciones, 2011, párr.6)

Estado civil: “Es la relación en que se hallan las personas en el agrupamiento social, respecto a los demás miembros del mismo agrupamiento.

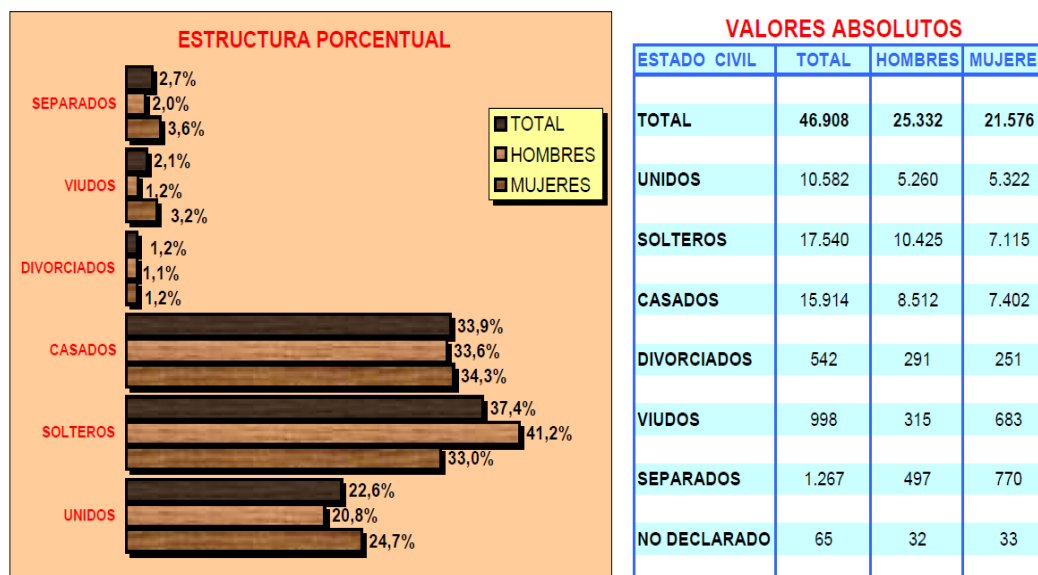
Unión Libre: Persona que vive en estado marital sin haber contraído matrimonio legal con aquélla con la cual convive

Soltero: Persona que nunca se ha casado ni vive en estado marital con otra persona. ”

Casado: Persona que ha contraído matrimonio conforme a la ley y vive con su cónyuge. (Conceptos Definiciones, 2011, párr.5)



POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MÁS POR ESTADO CIVIL O CONYUGAL, SEGÚN SEXO



FUENTE: www.inec.gob.ec/c/document_library/ge

Empleo: Es la concreción de una serie de tareas a cambio de una retribución denominada salario. (Conceptos Definiciones, 2011, párr.8)

Estructura Familiar: Conjunto de interacción organizado de manera estable y estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propio que les otorgan singularidad.

Familia nuclear o elemental: Formada por padre, madre e hijo.

Familia extensa o consanguínea: Familia que comparte hogar con personas familiares (Abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines).

Familia monoparental: Sólo hay un padre o madre, e hijos o hijas.

Familia monoparental extendida: Hay un progenitor, hijos o hijas y personas de la familia.

Familia monoparental compleja: Hay un progenitor y a su cargo hijos o hijas y comparte vida con personas ajenas a la familia.

Familia de madre soltera: Cumple llevar a cabo la crianza de los hijos y el manejo del hogar sin la compañía o apoyo de una pareja; por decisión propia o circunstancias de su entorno.

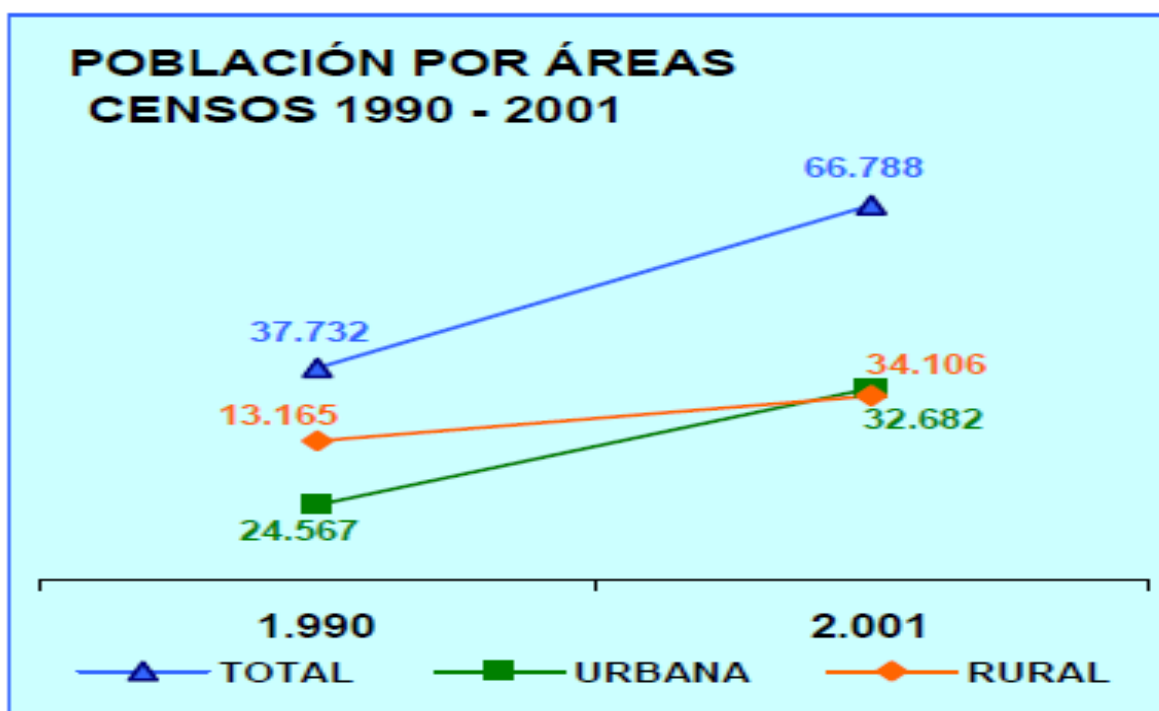
Familia reconstruida: aquellas que formamos en nuestras segundas nupcias o uniones. (Tipos familias, 2011, párr.5)

Procedencia: Hecho de proceder alguien o algo de un determinado lugar, persona, grupo. (Conceptos Definiciones, 2011, párr.11)

Población urbana: El término urbano se refiere esencialmente a ciudades, pueblos y otras áreas densamente pobladas.

Población rural: Aquella censada fuera de los límites de las áreas urbanas incluyendo aglomerados rurales (poblados y otros). (Conceptos Definiciones, 2011, párr.13)

FIGURANº 5



FUENTE: www.inec.gob.ec/c/document_library/ge

DETERMINANTES ECONÓMICAS

La economía es la ciencia que analiza el comportamiento humano como una relación entre fines dados y medios escasos que tienen usos alternativos.

Ingresos Familiares: Son las remuneraciones percibidas por las personas producto de la contraprestación de su trabajo, en el mes anterior a la fecha del Censo en el último mes de trabajo. (Conceptos Definiciones, 2011, párr.18)

Tenencia de vivienda: Local construido, transformado o dispuesto para fines de alojamiento de personas, ya sea temporal o permanente. De acuerdo al uso que se destine, la vivienda puede ser:

Propia: Es la vivienda que ha sido adquirida por el jefe u otro miembro del hogar, la cual puede estar totalmente pagada o no en la fecha del Censo.

Alquilada: Es la vivienda donde el jefe u otro miembro del hogar paga un alquiler mensual por vivir en la totalidad o parte de la vivienda.

Otra forma: es la vivienda que ha sido cedida como parte del salario, o cedida gratis por razones de amistad.

Cuarto: Es cada una de las habitaciones de la vivienda que están separadas por paredes completas y son utilizadas con fines de alojamiento. No se considera como cuarto a las habitaciones divididas con biombo, tabiques o entrepaños, ni baños, lavaderos, pasillos, cocina, balcón, consultorios, oficina, abastos, taller, peluquería, etc.

Cuarto para dormir: Es cualquier habitación o ambiente de la vivienda que los miembros del hogar utilicen habitualmente para dormir. (Conceptos Definiciones, 2011, párr.20)



FIGURANº 6

VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, POR TIPO DE VIVIENDA, SEGUN PARROQUIAS									
PARROQUIAS	TOTAL VIVIENDAS	TIPO DE VIVIENDA							
		CASA O VILLA	DEPARTAMENTO	CUARTOS EN INQUIL	MEDIA-GUA	RANCHO	COVACHA	CHOZA	OTRO
TOTAL CANTÓN	15.273	9.922	466	2.682	1.313	523	139	184	44
NUEVA LOJA(URBANO)	8.652	4.861	405	2.381	1.007	80	63	16	39
PERIFERIA	1.244	1.051	3	31	79	54	14	12	-
DURENO	620	538	2	7	15	39	8	11	2
GENERAL FARFÁN	1.095	800	2	82	85	101	11	14	-
EL ENO	1.099	985	5	22	28	60	7	12	-
PACAYACU	1.390	1.079	38	85	42	68	28	51	1
JAMBELÍ	488	303	-	58	44	26	2	33	2
STA. CECILIA	705	525	13	16	13	95	8	35	-

FUENTE: www.inec.gob.ec/c/document_library/ge

Tipo de vivienda: Es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndoles de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales

Distribución de la vivienda: Es la división de una vivienda según sus necesidades familiares. (Conceptos Definiciones, 2011, párr.22).

Servicios Básicos: destinadas a la adquisición de servicios necesarios para el funcionamiento de las dependencias

Servicio Eléctrico Público: Se refiere si la vivienda tiene o no electricidad suministrada por red pública.

Servicio Telefónico: Se refiere si la vivienda tiene o no servicio telefónico.

Servicio de Aseo Urbano: Se refiere si la vivienda tiene o no servicio de recolección de desecho.

Servicio de Barrido de Calles: Se refiere al servicio público de limpieza de calles y áreas públicas en el entorno inmediato a la vivienda. (Conceptos Definiciones, 2011, párr.25)

Convivencia de pareja: Unión de dos personas, con independencia de su orientación sexual, a fin de convivir de forma estable, en una relación de afectividad análoga a la conyugal.

Reacción de la pareja frente al embarazo: El apoyo o rechazo de la pareja al descubrir el embarazo influencia grandemente las decisiones de las adolescentes.

Influencia de las personas en la toma de decisiones: Uso de su razonamiento y pensamiento para elegir una decisión a un problema que se le presente en la vida. (Conceptos Definiciones, 2011, párr.12).

ROL DE LOS SERVICIO DE SALUD

Según Antonio Garcia(2011), “El proceso de toma de decisiones y de resolución de problemas”, (párr. 1), La vida de la mujer, ya que los abortos practicados en condiciones clandestinas o las complicaciones de aborto mal atendidas se traducen en elevados niveles de morbilidad y mortalidad maternas. Estas consecuencias, en términos de su morbilidad y mortalidad maternas, se suelen sub-declarar o negar: declaración de abortos inducidos como espontáneos, causas imprecisas o catalogadas en otros rubros de los registros hospitalarios (hemorragia, septicemia) en lugar de registrarse como aborto inducido...

En 1994 la OMS estimaba que entre el 10 y 50% de los abortos inducidos requieren atención médica debido a las complicaciones, las cuales afectan particularmente a las mujeres jóvenes y a las pertenecientes a grupos sociales de bajos recursos. En efecto estas mujeres recurren a abortos clandestinos en condiciones de alto riesgo, a diferencia de las mujeres de medios más favorecidos que pueden financiar un aborto ilegal pero sin altos riesgos. La situación de ilegalidad favorece la existencia de un “mercado clandestino” muy oneroso, contribuyendo así a la pauperización de las mujeres y sus familias y generando prácticas discriminatorias y de injusticia social en ellas. Suelen ser víctimas de complicaciones graves por recurrir a personas poco calificadas y/o a procedimientos peligrosos y no tienen acceso a tratamientos de calidad en caso de complicaciones.

De acuerdo con datos de la OMS, publicados en 1997, cada año se practicaban alrededor de 50 millones de abortos en el mundo; de éstos, 20 millones se realizaban en condiciones inseguras y provocaban la muerte de 78 mil mujeres. Casi la totalidad de las muertes asociadas al aborto inseguro (99%) ocurren en regiones y países con altos niveles de pobreza y marginación social.

En los países desarrollados el riesgo de morir por complicaciones del aborto inseguro es de 1 por cada 3,700 procedimientos, mientras que en los del

mundo en desarrollo el riesgo es mucho mayor, de 1 por cada 250 procedimientos (PopulationReports, 1997). Para el año 2000, la OMS calculó que a escala internacional se realizaron alrededor de 19 millones de abortos en condiciones inseguras, de los cuales 18.5 millones (97.5%) ocurrieron en países del mundo en desarrollo”

FIGURANº 7

CUADRO 2 ESTIMACIONES DE LA OMS SOBRE LA INCIDENCIA DEL ABORTO INSEGURO EN REGIONES DEL MUNDO SEGÚN NIVEL DE DESARROLLO, ALREDEDOR DEL AÑO 1995-2000

Región	Número de abortos inseguros / año (millones)
Total mundial	19
Regiones desarrolladas	.5
Regiones en desarrollo	18.5
América Latina y El Caribe	3.7

Fuente: Ahman, E., Shah, I., 2002. Unsafe abortion: worldwide estimates for 2000. *Reproductive Health Matters*, v. 10(19), p. 13-17.

FUENTE: <http://ccp.ucr.ac.cr/ac/gonzalez.pdf>

-Existencia de servicios de salud sexual y reproductiva:

La existencia de servicios de salud sexual y reproductiva deficientes es una de las causas de mortalidad materna, y ha dado lugar a un aumento del número de infecciones de transmisión sexual en todo el mundo, en particular en los países en desarrollo. La OMS estima que todos los años se producen 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas de transmisión sexual, como la clamidiasis y la gonorrea, entre la población de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. Muchos de esos casos no son tratados por falta de acceso a servicios adecuados. Cada año se producen millones de casos de infecciones

víricas, incluida la infección por VIH. Además, la infección de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VPH) está estrechamente vinculada al cáncer cervicouterino, que anualmente se diagnostica a más de 490 000 mujeres y provoca 240 000 muertes.

Cada año, alrededor de ocho millones de mujeres embarazadas sufren complicaciones potencialmente mortales a consecuencia de infecciones de transmisión sexual y del mal estado de su salud sexual. Se estima que 529 000 mujeres mueren anualmente durante el embarazo y el parto, principalmente en los países en desarrollo, por causas en gran medida prevenibles.

"Está produciéndose un aumento realmente alarmante en el número de infecciones de transmisión sexual y en su gravedad", señala el Dr. Anders Nordström, Director General en funciones de la OMS. "Además, las consecuencias de una mala salud sexual y reproductiva van mucho más allá de las infecciones de transmisión sexual, ya que son causa directa de enfermedades y muertes que podrían prevenirse de raíz."

Es inaceptable que hoy en día una mujer muera durante el parto o que alguien sea VIH-positivo por falta de información y recursos".

Los jóvenes son particularmente vulnerables. Cada año se producen más de 100 millones de infecciones de transmisión sexual curables y una parte importante de los 4,1 millones de casos nuevos de infección por VIH se dan entre jóvenes de 15 a 24 años de edad. Los embarazos precoces, los abortos en condiciones de riesgo, las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, y la coacción y violencia sexuales son algunos de los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a los adolescentes (de edades entre 10 y 19 años) con una vida sexual activa.

Está claro que si no se invierte en salud sexual y reproductiva no podrán alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 encaminados a reducir la mortalidad infantil y materna para el año 2015", dice Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva del FNUAP. "Así, por ejemplo, la prevención de embarazos

no deseados y la reducción de las necesidades no cubiertas de planificación familiar son medidas esenciales para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad perinatal. Con todo, se estima que en los países en desarrollo y en los países en transición hay 200 millones de mujeres que no tienen acceso a servicios de planificación familiar. (Las prioridades, 2011, párr.3).

DETERMINANTES CULTURALES:

Conjunto de modos de vida, costumbres, conocimientos, y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época o grupo social.

Constituye el modo de expresarse del hombre en sus dimensiones, con proyecciones hacia una sociedad más humanizante y permanece de autoevaluación.

Los/as poblaciones indígenas presentan mayores niveles de pobreza y menores niveles de educación, mayores rezagos en salud y salud reproductiva, altas tasas de fecundidad y mortalidad materna e infantil. Las adolescentes indígenas inician la actividad sexual siendo aún niñas, y se casan a edades muy tempranas (12 a 14 años), afectando sus oportunidades y posibilidades de superar la pobreza.

La diferencia en la edad de iniciación sexual de las mujeres residentes en áreas rural y urbana es más alta en Perú, donde las mujeres de áreas rurales inician las relaciones sexuales en promedio dos años antes que las de áreas urbanas, mientras que en Colombia y Bolivia esta diferencia es de un año. En los demás países las mujeres de áreas rurales inician las relaciones seis meses antes que las urbanas. (Buenas Prácticas, 2011, párr.87).

Hoy los adolescentes han encontrado nuevas formas de agruparse, formando verdaderas tribus con características culturales propias. Culturas adolescentes que están plagadas de símbolos en los cuales la influencia del mercado comercial es muy grande. Por ello adquieren elementos por su valor estético,

es decir porque les gustan, sin considerar su valor simbólico, o aquello que representan.

Las culturas de los adolescentes que tienden a construir modas, generando grupos y subgrupos que se diferencian entre sí por su manera de vestirse, el tipo de música que escuchan, la manera de peinarse, los lugares que frecuentan, los hábitos. En suma, por un estilo de ver la vida que los caracteriza. (Buenas Prácticas, 2011, párr.68).

Lengua: conjunto ordenado y sistemático de formas orales, escritas y grabadas que sirven para la comunicación entre las personas que constituyen una comunidad lingüística.

Lengua Aborigen: lengua propia de cierta comunidad grupo de personas.

Castellano: Lengua románica hablada en España, en Hispanoamérica y en otras zonas del mundo”

Etnia: “Etnia (del griego *ethnos*, ‘pueblo’), en antropología, unidad tradicional de conciencia de grupo que se diferencia de otros por compartir lazos comunes de nacionalidad, territorio, cultura, valores, raza o tradición histórica. (Definición ABC, 2011, párr.1)

Comportamiento de la comunidad frente a la sexualidad: Es tener una actitud positiva frente a la sexualidad y aceptar que es una expresión psicológica, social y corporal natural y positiva a la que tienen derecho los niños, los jóvenes, los adultos y los viejos.

Religión: Conjunto de creencias y normas acerca de la divinidad.(Definición ABC, 2011, párr.4).

2.3. HIPÓTESIS, VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

2.3.1. HIPÓTESIS

Las determinantes sociales, económicos y culturales de las adolescentes, influyen en el aborto intervenidos en el Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la ciudad de Nueva Loja en el periodo junio-julio 2011.

2.3.1. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE.- Determinantes sociales, económicos y culturales de las adolescentes

VARIABLE INDEPENDIENTE.- Aborto en las Adolescente

2.3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.-

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR: DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
ABORTO	Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación.	<p>Tipo de Aborto: Clases de aborto según la causa etiológica que lo produce.</p> <p>Edad Gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días</p> <p>Toma de decisiones sobre el Aborto: Es mediante el cual se realiza una elección entre las alternativas o formas para resolver</p>	<p>✓ Aborto espontáneo</p> <p>✓ Aborto inducido o provocado</p> <p>✓ 0-5 SG</p> <p>✓ 6-11SG</p> <p>✓ 12-17 SG</p> <p>✓ 18-22 SG</p> <p>✓ Propia</p> <p>✓ De la pareja</p> <p>✓ De los padres</p> <p>✓ De los amigos</p>

		diferentes situaciones de la vida, estas se pueden presentar en diferentes contextos: a nivel, sentimental etc.	
DETERMINANTES SOCIALES	Condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud.	<p>Grado de Instrucción: Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal, que corresponden con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico-evolutivo articulado con el desarrollo psico-físico social y cultural.</p> <p>Estado Civil: Es la relación en que se hallan las personas en el agrupamiento social, respecto a los demás miembros del mismo agrupamiento.</p> <p>Empleo: Es la concreción de una serie de tareas a cambio de una retribución pecuniaria denominada salario.</p> <p>Estructura Familiar: Conjunto de interacción organizado de manera estable y estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propio que les otorgan singularidad.</p> <p>Procedencia: Hecho de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analfabeto ✓ Alfabeto ✓ Primaria Completa ✓ Primaria Incompleta ✓ Secundaria Completa ✓ Secundaria Incompleta ✓ Soltero ✓ Unión libre ✓ Casado ✓ Trabajo ✓ Trabajo-Estudio ✓ Estudio ✓ F. nuclear o elemental ✓ F. extensa o consanguínea. ✓ F. monoparental ✓ F. de madre soltera. ✓ F. reconstruida. ✓ Urbano

		proceder alguien o algo de un determinado lugar, persona, grupo, etc.	✓Rural
DETERMINANTES ANTES ECONÓMICOS	La economía es la ciencia que analiza el comportamiento humano como una relación entre fines dados y medios escasos que tienen usos alternativos.	<p>Ingresos Familiares: Son las remuneraciones percibidas por las personas producto de la contraprestación de su trabajo, en el mes anterior a la fecha del Censo en el último mes de trabajo.</p> <p>Tenencia de Vivienda: Local construido, transformado o dispuesto para fines de alojamiento de personas, ya sea temporal o permanente.</p> <p>Tipo de Vivienda: Es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndoles de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales</p> <p>Distribución de la Vivienda: Es la división de una vivienda según sus necesidades familiares.</p> <p>Servicios Básicos: Destinaciones de servicios necesarios para el funcionamiento de las dependencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Menos de 100 USD al mes ✓De 100 a 200 USD al mes ✓De 100 a 200 USD al mes ✓De 200 a 300 USD al mes ✓De 300 o más USD al mes ✓Propia ✓Alquilada ✓Otra forma ✓Cuarto ✓Cuarto para dormir ✓Casa de cemento ✓Casa de madera ✓Casa mixta ✓Cabaña ✓Departamento ✓Cuarto sola ✓Cuarto compartido ✓Todos en un mismo cuarto. ✓Servicio Eléctrico Público ✓Servicio Telefónico ✓Servicio de Aseo Urbano ✓Servicio de Barrido de Calles

		<p>Rol de los servicios de salud: Los jóvenes que tienen relaciones sexuales deben tener acceso a información sobre servicios de salud y prevención del embarazo y las ITS/VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibe consejería ✓ No recibe consejería
<p>DETERMINANTES ANTES CULTURALES</p>	<p>Conjunto de modos de vida, costumbres, conocimientos, y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época o grupo social.</p>	<p>Lengua: Conjunto ordenado y sistemático de formas orales, escritas y grabadas que sirven para la comunicación entre las personas que constituyen una comunidad lingüística.</p> <p>Etnia: (del griego <i>ethnos</i>, 'pueblo'), en antropología, unidad tradicional de conciencia de grupo que se diferencia de otros por compartir lazos comunes de nacionalidad, territorio, cultura, valores, raza o tradición histórica.</p> <p>Comportamiento de la comunidad frente a la sexualidad: Es tener una actitud positiva frente a la sexualidad y aceptar que es una expresión psicológica, social y corporal natural y</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lengua Aborigen ✓ Castellano ✓ Blanco ✓ Mestizo ✓ Afro ecuatoriano ✓ Aborigen ✓ Indígena ✓ Inicio de la vida sexual ✓ Vida sexual activa ✓ Tipo de pareja ✓ Uso de métodos de planificación

		<p>positiva a la que tienen derecho los niños, los jóvenes, los adultos y los viejos.</p> <p>Convivencia de pareja: Unión de dos personas, con independencia de su orientación sexual, a fin de convivir de forma estable, en una relación de afectividad análoga a la conyugal.</p> <p>Reacción de la pareja frente al embarazo: El apoyo o rechazo de la pareja al descubrir el embarazo influencia grandemente las decisiones de las adolescentes.</p> <p>Influencia de las personas en la toma de decisiones: Uso de su razonamiento y pensamiento para elegir una decisión a un problema que se le presente en la vida</p> <p>Religión: Conjunto de creencias y normas acerca de la divinidad.</p>	<p>familiar.</p> <p>✓ Estable ✓ Múltiple ✓ Ocasional</p> <p>✓ Aceptación ✓ Rechazo ✓ Abandono ✓ Indiferencia ✓ Negación</p> <p>✓ Pareja ✓ Padres ✓ Amigos ✓ Medios de comunicación</p> <p>✓ Católica ✓ Evangélica ✓ Testigo de Jehová ✓ Adventista ✓ Ateo ✓ Otra</p>
--	--	---	--

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación estará enmarcada en dos tipos de estudio

Correlacional, porque nos permitirá medir el grado de influencia o relación entre la variable independiente y la variable dependiente

Descriptiva, porque en cada fase de la propuesta se irá midiendo el comportamiento de los elementos dentro del proceso sistémico.

DOCUMENTAL Y DE CAMPO

Documental



Se refiere a la información que se obtendrá de libros, revistas, folletos y demás documentos que permitan dar el soporte para el mejor desenvolvimiento de la investigación.

De campo

La investigación de campo es la que utilizaremos en la presente investigación, porque me permitirá acudir al lugar de los acontecimientos a fin de apoyarnos en informaciones que provengan entre otras, entrevistas, cuestionarios y encuestas.

3.2. UNIVERSO

Universo

Se encuentra constituido por todas las adolescentes que acuden al Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la ciudad de Nueva Loja, tomando como referencia 50 pacientes correspondiendo al 100% de la población.

3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS

Métodos Empíricos

Observación: para este método realizamos una guía de observación la cual nos permitió observar la condición de la adolescente al momento que llega a esta casa de salud.

Técnicas

Encuestas: porque es un método que permite la obtención de información de las adolescentes con aborto que acuden al HPMVI sobre los datos socioeconómicos y culturales que las caracterizan siendo respuestas veraces y de fuente directa.

3.4. DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Para este fin elaboraremos un instrumento de recolección de datos que luego de ser sometido a un análisis y comprobación de datos se verán los resultados.
Anexo N° 2

Se contará con el Director de Hospital, Líder de Enfermería, pacientes, personal de estadística.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS.

Para esto realizamos una prueba piloto aplicando las encuestas a 10 personas, cuyas personas no se encuentran involucradas al problema planteado, además los datos que recolectamos lo realizamos intra y extra horarios de trabajo, también se facilitó la recolección de datos ya que una de las autoras estuvo directamente en el área de dilatación, donde fue posible mejorar la captación de las adolescentes.

Para la tabulación de datos utilizamos Excel.

CAPITULO IV

4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS Y PLAN DE INTERVENCIÓN

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

1.- Edad de las adolescentes.

TABLA N° 1

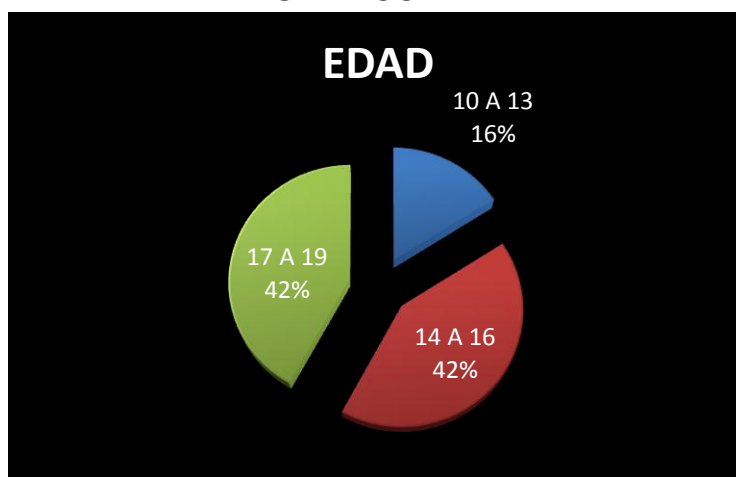
EDAD	N°	PORCENTAJE
10-13	8	16%
14-16	21	42%
17-19	21	42%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO N°1



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la primera pregunta los intervalos de edad de las adolescentes encuestadas que un 42% corresponde a las de 14 a 16 años, con igual porcentaje las de 17 a 19 años, y el 16 % a las comprendidas de 10 a 13 años de un total de 50 encuestas.

2.- Procedencia de las adolescentes

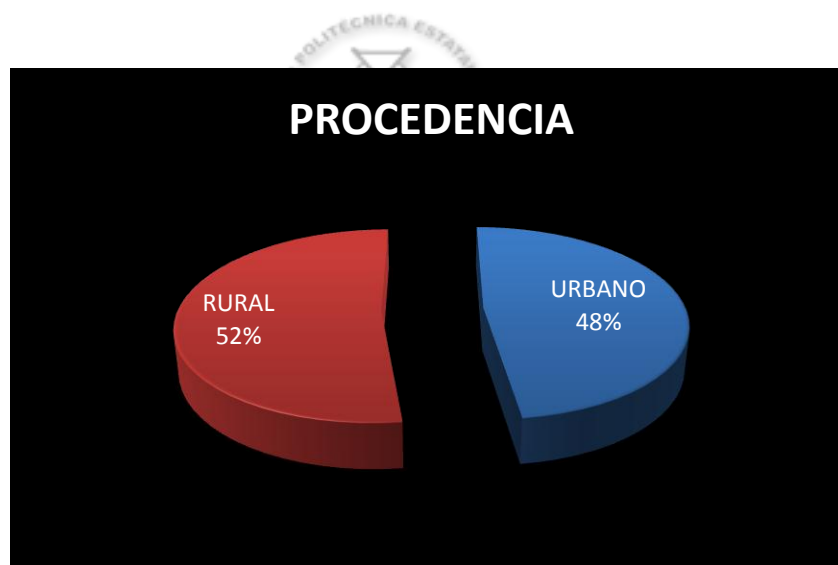
TABLA Nº 2

PROCEDENCIA	Nº	PORCENTAJE
URBANO	24	48%
RURAL	26	52%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

GRÁFICO Nº 2



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la segunda pregunta la procedencia de las adolescentes encuestadas que un 52% corresponde al área rural, y el 48% al área urbana de un total de 50 encuestas

FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS

3.- Grado de Instrucción de las adolescentes

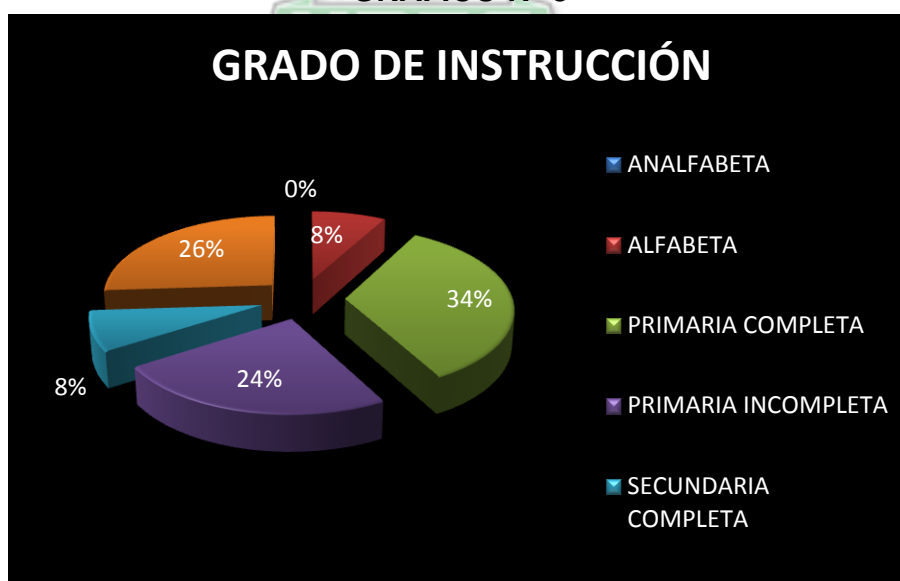
TABLA N° 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	PORCENTAJE
ANALFABETA	0	0%
ALFABETA	4	8%
PRIMARIA COMPLETA	17	34%
PRIMARIA INCOMPLETA	12	24%
SECUNDARIA COMPLETA	4	8%
SECUNDARIA INCOMPLETA	13	26%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.
ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO N° 3



FUENTE: Encuestas.
ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la tercera pregunta el grado de instrucción de las adolescentes encuestadas que un 34% tienen primaria completa, el 24% tienen primaria incompleta, el 26% tienen secundaria incompleta, el 8% tienen secundaria completa, el 8% alfabeto, y el 0% analfabeto de un total de 50 encuestas.

4.- Estado civil de las adolescentes

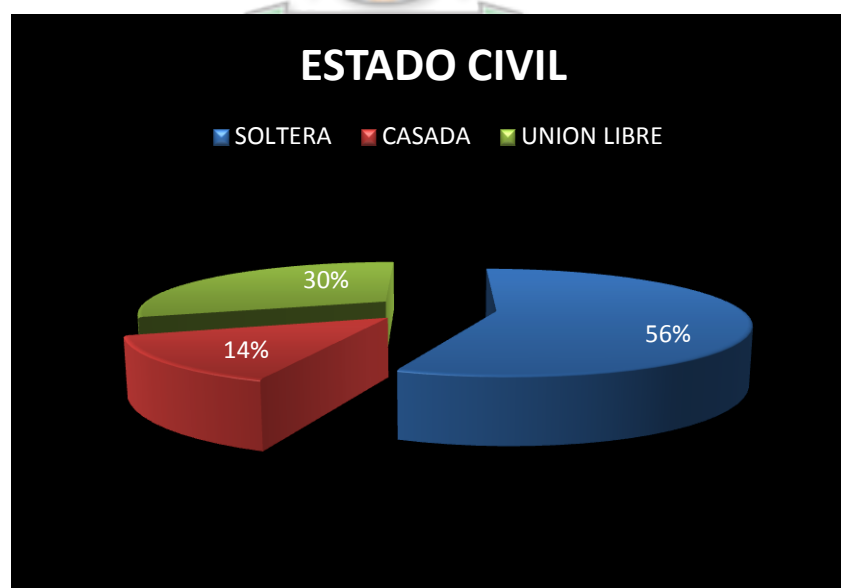
TABLA N° 4

ESTADO CIVIL	N°	PORCENTAJE
SOLTERA	28	56%
CASADA	7	14%
UNIÓN LIBRE	15	30%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

GRÁFICO N° 4



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la cuarta pregunta el estado civil de las adolescentes encuestadas que un 56% corresponde a adolescentes con estado civil soltera, un 30% se encuentran en unión libre, y un 14% están casadas, de un total de 50 encuestas.

5.- Tipo de empleo de las adolescentes

TABLA N° 5

TIPO DE EMPLEO	N°	PORCENTAJE
TRABAJO	8	16%
TRABAJO-ESTUDIO	7	14%
ESTUDIO	11	22%
AMA DE CASA	24	48%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO N° 5



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la quinta pregunta el tipo de empleo de las adolescentes encuestadas que un 48% son amas de casa, el 22% estudian, el 16% trabajan, y el 14% trabajan y estudian, de un total de 50 encuestas.

6.- Conformación de la familia de las adolescentes

TABLA N° 6

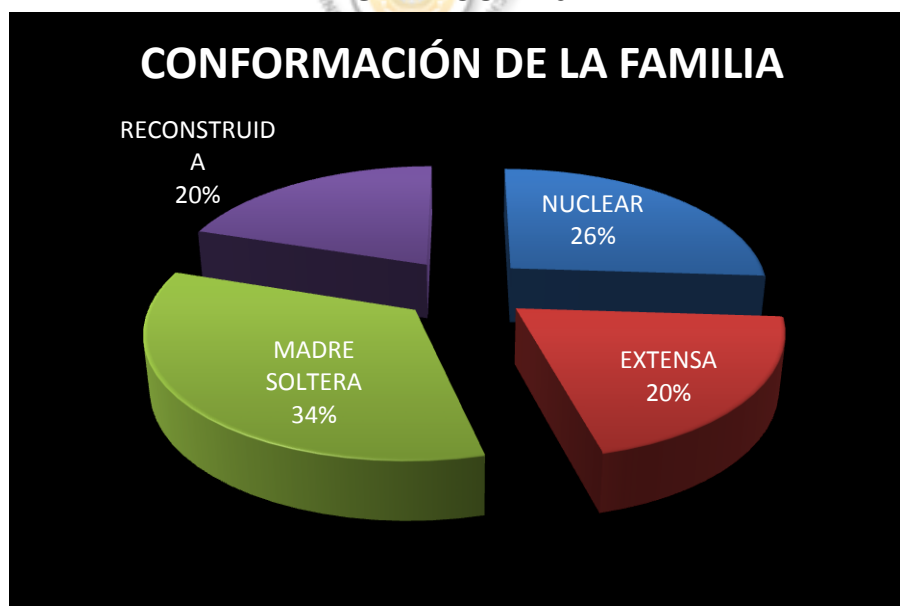
CONFORMACIÓN DE LA FAMILIA	Nº	PORCENTAJE
NUCLEAR	13	26%
EXTENSA	10	20%
MADRE SOLTERA	17	34%
RECONSTRUIDA	10	20%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO N° 6



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la sexta pregunta la conformación de la familia de las adolescentes encuestadas que un 34% está constituida por su madre, un 26% la familia es nuclear, de igual manera con un 20% se encuentran constituidas de una familia extensa y reconstruida, de un total de 50 encuestas.

7.- Ingreso familiar de las adolescentes

TABLA N° 7

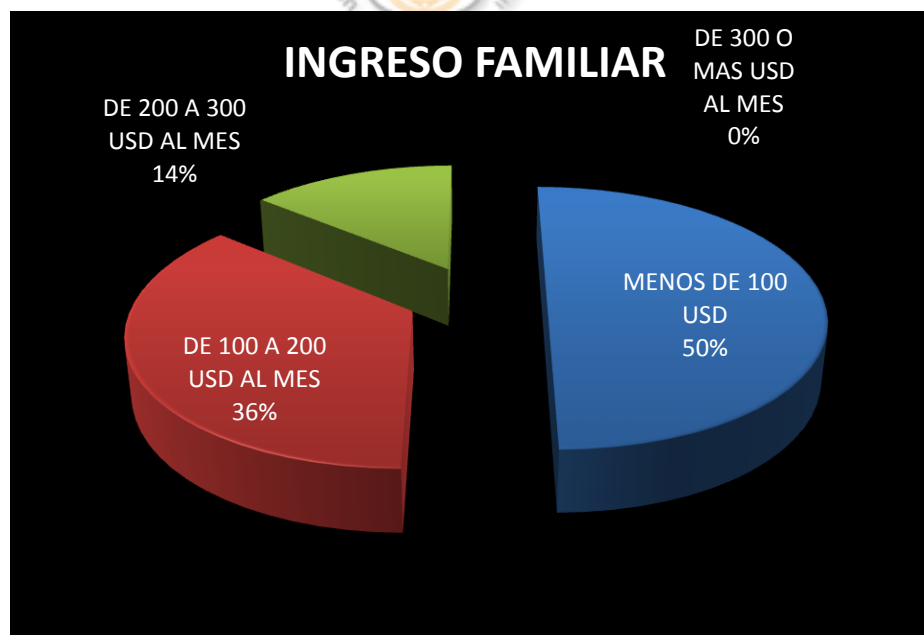
INGRESO FAMILIAR	Nº	PORCENTAJE
MENOS DE 100 USD	25	50%
DE 100 A 200 USD AL MES	18	36%
DE 200 A 300 USD AL MES	7	14%
DE 300 O MAS USD AL MES	0	0%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO N° 7



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la séptima pregunta el ingreso familiar de las adolescentes encuestadas que un 50% su ingreso es menos de 100 dólares al mes, un 36% el ingreso es de 100 a 200 dólares al mes, el 14% su ingreso es de 200-300 dólares al mes, de un total de 50 encuestas.

8.- Situación de la vivienda de las adolescentes

TABLA Nº 8

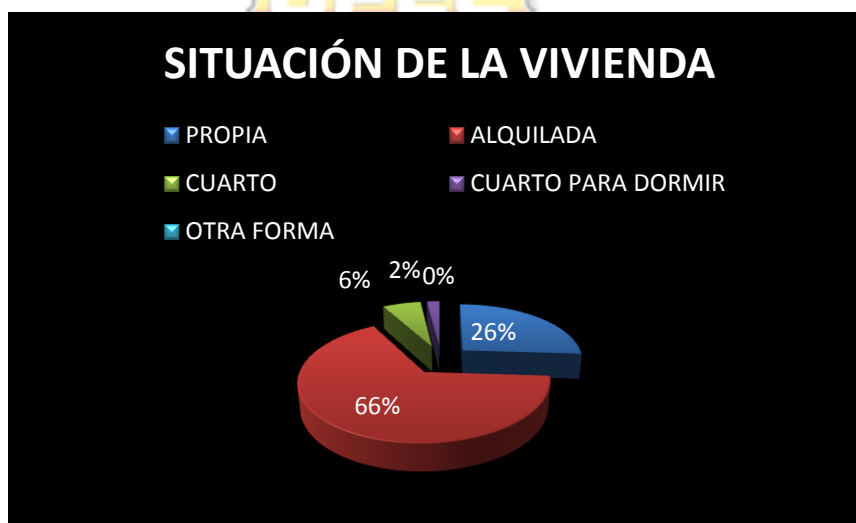
SITUACIÓN DE LA VIVIENDA	Nº	PORCENTAJE
PROPIA	13	26%
ALQUILADA	33	66%
CUARTO	3	6%
CUARTO PARA DORMIR	1	2%
OTRA FORMA	0	0%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO Nº 8



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la octava pregunta la situación de la vivienda de las adolescentes encuestadas que un 66% su vivienda es alquilada, un 26% la vivienda es propia, el 6% solo poseen un cuarto, y un 2% tienen un cuarto para dormir, de un total de 50 encuestas.

9.- Tipo de construcción de la vivienda de las adolescentes

TABLA N° 9

TIPO DE CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDA	Nº	PORCENTAJE
CASA DE CEMENTO	18	36%
CASA DE MADERA	21	42%
CASA MIXTA	6	12%
DEPARTAMENTO	5	10%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO N° 9



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la novena pregunta el tipo de construcción de la vivienda de las adolescentes encuestadas que un 42% que la construcción de la vivienda es de madera, un 36% la construcción de la vivienda es de cemento, el 12% la construcción de la vivienda es de madera y cemento (mixta) y un 10% tienen un departamento, de un total de 50 encuestas.

10.- Distribución de la vivienda de las adolescentes

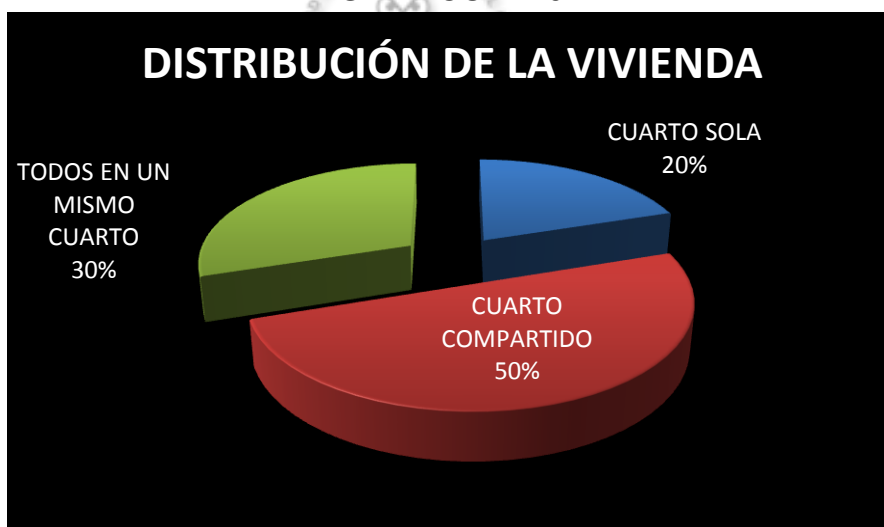
TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA	Nº	PORCENTAJE
CUARTO SOLA	10	20%
CUARTO COMPARTIDO	25	50%
TODOS EN UN MISMO CUARTO	15	30%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

GRÁFICO N°10



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la decima pregunta la distribución de la vivienda de las adolescentes encuestadas que un 50% que tienen que compartir su cuarto, el 30% tienen que compartir un cuarto para todos los miembros familiares, el 20% tienen su propio cuarto, de un total de 50 encuestas.

11.- Servicios básicos con los que cuentan las adolescentes

TABLA N° 11

SERVICIOS BÁSICOS	N°	PORCENTAJE
SI	33	66%
NO	17	34%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.
ENCUESTAS: Autoras.

GRÁFICO N° 11



FUENTE: Encuestas.
ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la decima primera pregunta los servicios básicos de las adolescentes encuestadas que un 66% si cuentan con todos los servicios básicos necesarios, y el 34% carecen de este servicio y/o no lo tienen completo, de un total de 50 encuestas.

12.- Convivencia de las adolescentes con la pareja

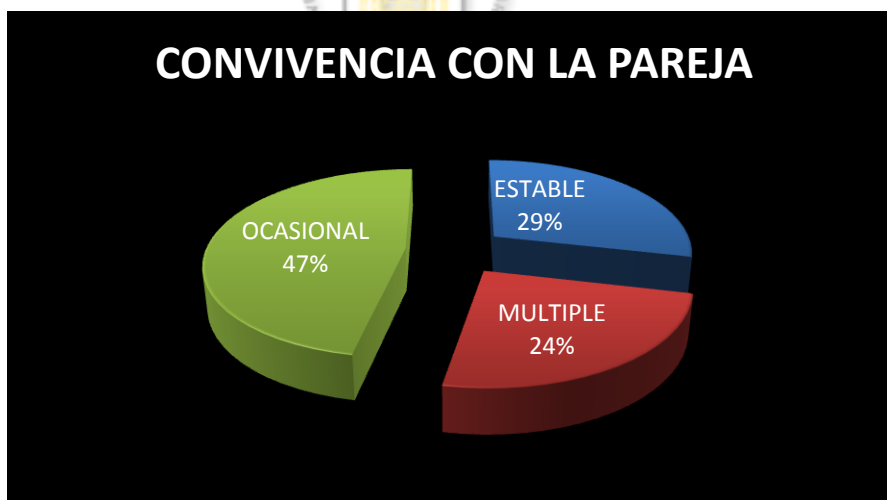
TABLA N° 12

CONVIVENCIA CON LA PAREJA	N°	PORCENTAJE
ESTABLE	14	29%
MÚLTIPLE	12	24%
OCASIONAL	23	47%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

GRÁFICO N° 12



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la decima segunda pregunta sobre la convivencia de las adolescentes con la pareja donde un 47% es ocasional, 29% estable, 24% múltiple, de un total de 50 encuestas.

13.- Reacción de la pareja frente al embarazo

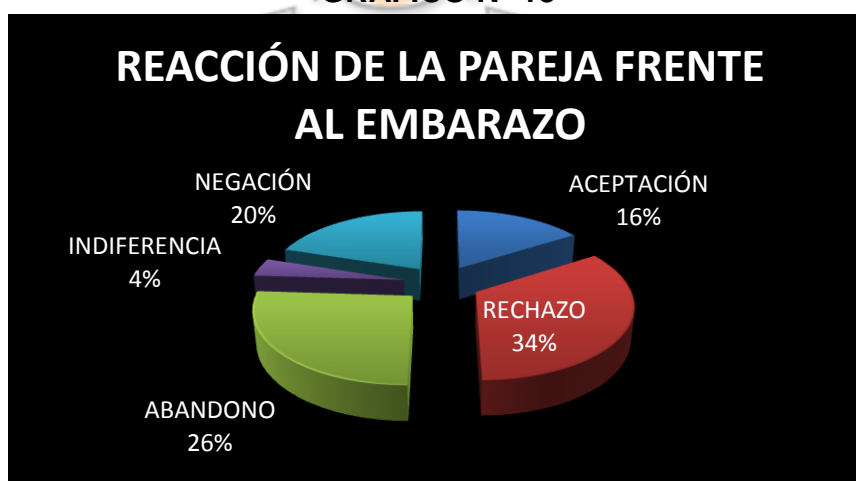
TABLA N° 13

REACCIÓN DE LA PAREJA FRENTE AL EMBARAZO	Nº	PORCENTAJE
ACEPTACIÓN	8	16%
RECHAZO	17	34%
ABANDONO	13	26%
INDIFERENCIA	2	4%
NEGACIÓN	10	20%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.
ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO N° 13



FUENTE: Encuestas.
ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la decima tercera pregunta sobre la reacción de la pareja frente al embarazo donde el 34% rechaza el embarazo, 26% abandona a la pareja, 20% se niegan, 16% aceptan el embarazo, 4% tienen indiferencia frente al embarazo, de un total de 50 encuestas.

14.- Influencia en la toma de decisiones de las adolescentes

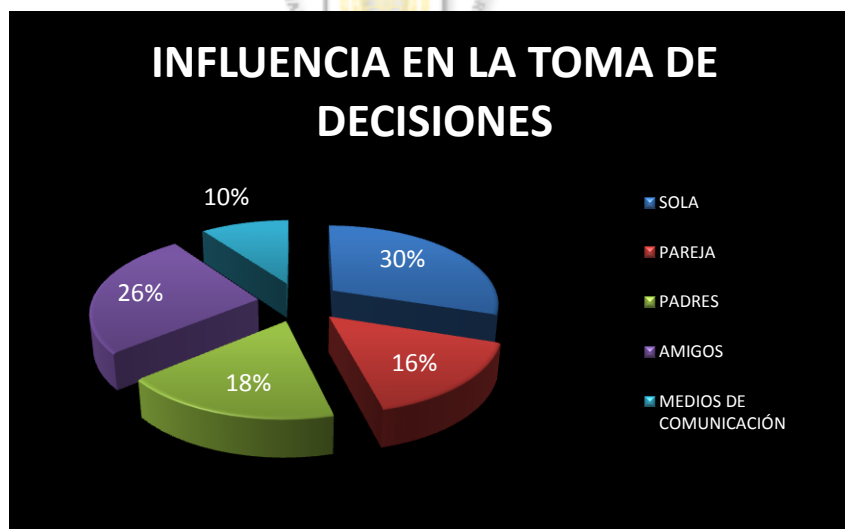
TABLA N° 14

INFLUENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES	N°	PORCENTAJE
SOLA	15	30%
PAREJA	8	16%
PADRES	9	18%
AMIGOS	13	26%
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	5	10%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

GRÁFICO N° 14



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la decima cuarta pregunta la influencia en la toma de decisiones de las adolescentes donde un 30% toman solas las decisiones, 26% influyen los amigos, 18% son sus padres, 16% influye la pareja, 10% los medios de comunicación, de un total de 50 encuestas.

15.- Consejería sobre sexualidad en los servicios de salud, a las que asistieron las adolescentes.

TABLA N° 15

CONSEJERÍA SOBRE SEXUALIDAD	N°	PORCENTAJE
SI	13	26%
NO	37	74%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.
ENCUESTAS: Autoras.

GRÁFICO N° 15



FUENTE: Encuestas.
ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la decima quinta pregunta la consejería sobre sexualidad en los servicios de salud, a las que asistieron las adolescentes donde el 74% no recibieron consejería y un 26% si la recibieron, de un total de 50 encuestas.

FACTORES CULTURALES

16.- Tipo de lengua de las adolescentes

TABLA N° 16

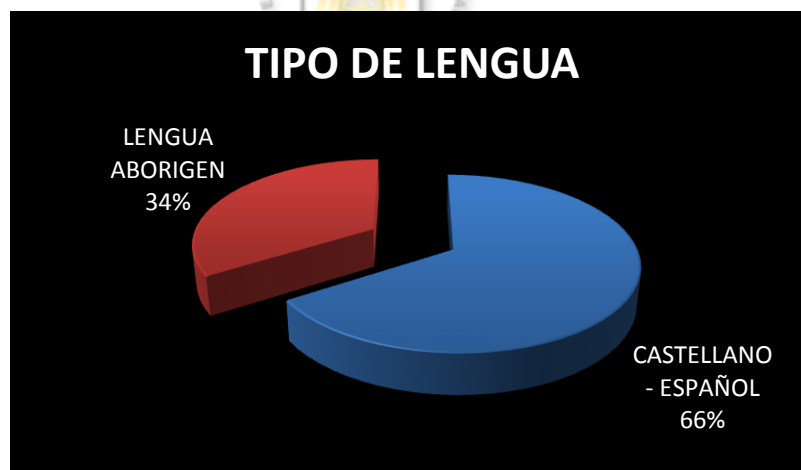
TIPO DE LENGUA	N°	PORCENTAJE
CASTELLANO- ESPAÑOL	33	66%
LENGUA ABORIGEN	17	34%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO N° 16



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la decima sexta pregunta el tipo de lengua de las adolescentes donde un 66% hablan castellano-español y un 34% hablan lengua aborigen o propio de su comunidad, de un total de 50 encuestas.

17.- Tipo de etnia de las adolescentes

TABLA N° 17

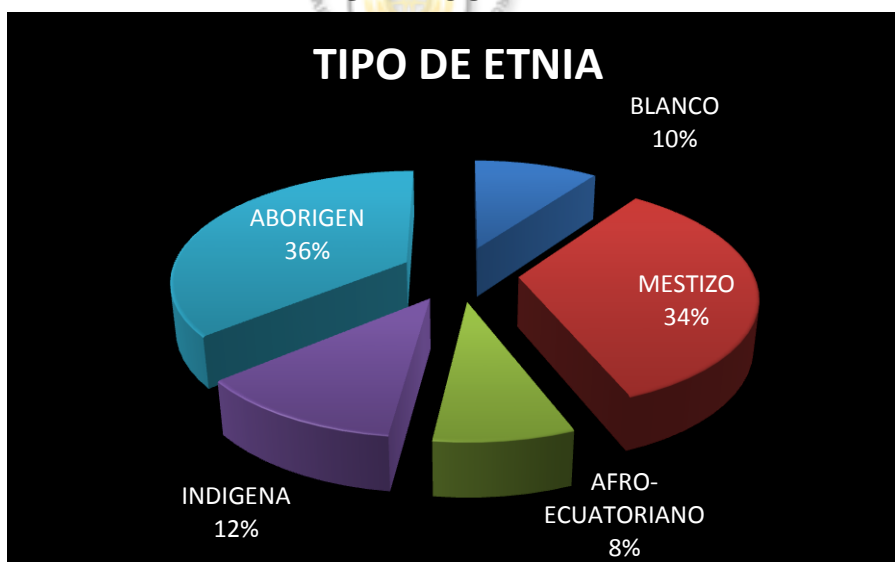
TIPO DE ETNIA	N°	PORCENTAJE
BLANCO	5	10%
MESTIZO	17	34%
AFRO-ECUATORIANO	4	8%
INDÍGENA	6	12%
ABORIGEN	18	36%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO N° 17



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la decima séptima pregunta el tipo de etnia de las adolescentes donde 36% es de etnia aborigen, 34% es mestiza, 12% es indígena, 10% es blanco y 8% es afro-ecuatoriano, de un total de 50 encuestas.

18.- Tipo de religión de las adolescentes

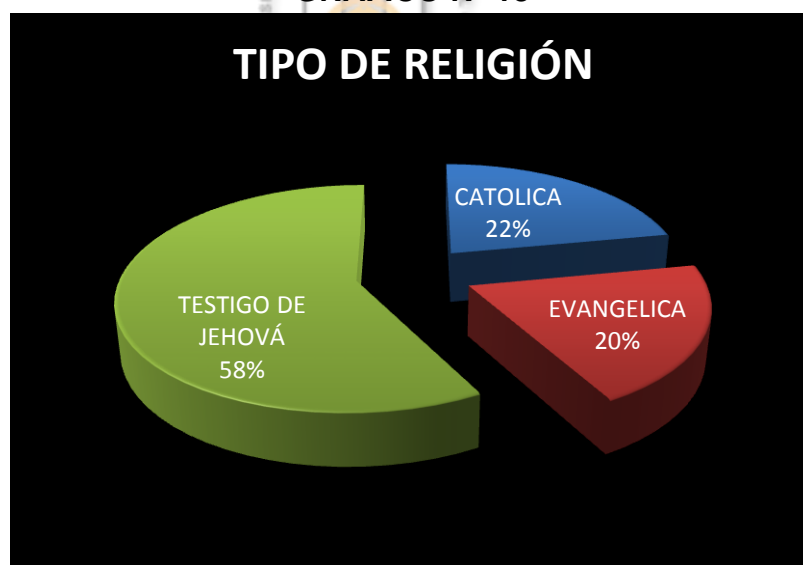
TABLA N° 18

TIPO DE RELIGIÓN	N°	PORCENTAJE
CATÓLICA	11	22%
EVANGÉLICA	10	20%
TESTIGO DE JEHOVÁ	29	58%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

GRÁFICO N° 18



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la decima octava pregunta el tipo de religión que practican las adolescentes donde el 58% es testigo de Jehová, 22% es católica, 20% evangélica, de un total de 50 encuestas.

19.- Comportamiento de la comunidad frente a la sexualidad.

a) Inicio de la vida sexual

TABLA N° 19

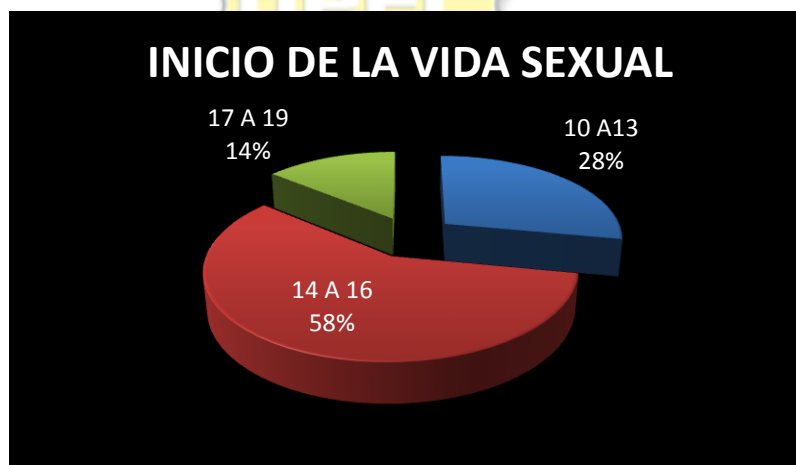
INICIO DE LA VIDA SEXUAL	N°	PORCENTAJE
10-13	14	28%
14-16	29	58%
17-19	7	14%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO N° 19



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la decima novena pregunta el inicio de la vida sexual de las adolescentes donde el 58% inicio de 14 a 16 años, 28% inicio de 10 a 13 años, y un 14% inicio de 17 a 19 años, de un total de 50 encuestas.

b) Vida sexual activa de las adolescentes

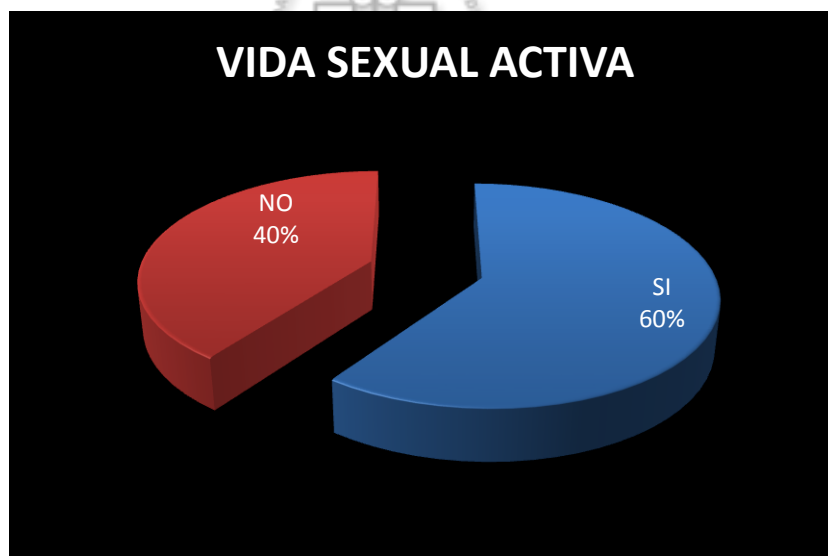
TABLA N° 20

VIDA SEXUAL ACTIVA	N°	PORCENTAJE
SI	30	60%
NO	20	40%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

GRÁFICO N° 20



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la vigésima pregunta sobre la vida sexual activa de las adolescentes donde el 60% llevan una vida sexual activa y un 40% no llevan vida sexual activa, de un total de 50 encuestas.

c) Métodos de planificación familiar que piensan en usar las adolescentes.

TABLA N° 21

USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	N°	PORCENTAJE
SI	24	48%
NO	26	52%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.
ENCUESTAS: Autoras.

GRÁFICO N° 21



FUENTE: Encuestas.
ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la vigésima primera pregunta si piensan utilizar las adolescentes algún método de planificación familiar donde el 52% de las adolescentes no piensan utilizar ningún método de planificación familiar y un 48% si piensan en utilizar algún método de planificación familiar, de un total de 50 encuestas.

c). Tipos de métodos de planificación familiar que piensan utilizar las adolescentes.

TABLA N° 22

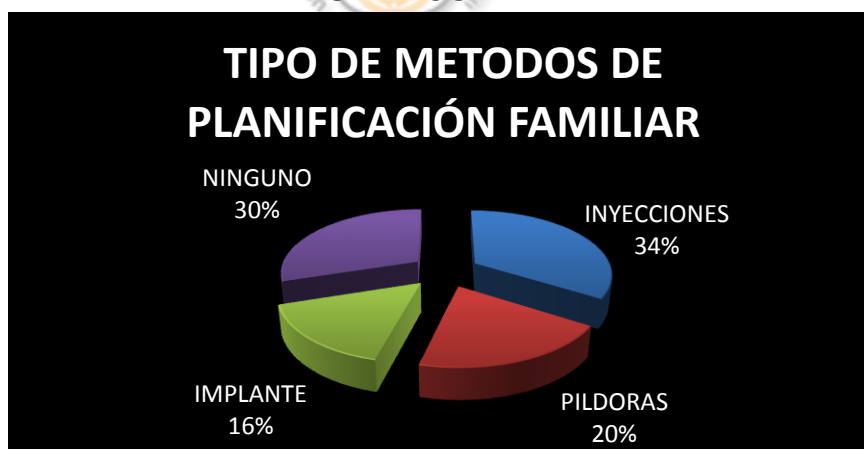
TIPO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	N°	PORCENTAJE
INYECCIONES	17	34%
PÍLDORAS	10	20%
IMPLANTE	8	16%
NINGUNO	15	30%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.



GRÁFICO N° 22



FUENTE: Encuestas.

ENCUESTAS: Autoras.

ANÁLISIS:

Tenemos en la vigésima segunda pregunta los tipos de métodos de planificación familiar que piensan utilizar las adolescentes donde 34% utilizarían inyecciones, 30% ningún método, 20% píldoras, 16% implantes, de un total de 50 encuestas.

INTERPRETACIÓN DE DATOS

De acuerdo a las encuestas aplicadas a las adolescentes, con diagnóstico de aborto, que acudieron al Hospital Provincial Marco Vinicio Iza en el periodo Junio –Julio 2011, en el Servicio de Emergencia y Gineco/obstetricia, se pudo evidenciar que el grupo más vulnerable se encuentra entre las edades comprendidas de 14-16 años representada por el 54%, sin menos preciar otro grupo que también se lo considera alarmante es de 10-13 años representada por el 16%, lo que consideramos en este de edad hay un mayor riesgo para la práctica del aborto

En lo relacionado a la Procedencia de las adolescentes el 52% pertenece al área rural, mientras que un 48% pertenecen al área urbana, sin que está sea una diferencia muy marcada si aumenta el factor de riesgo y predisposición para que se practiquen el aborto en las adolescentes que pertenecen al área rural.

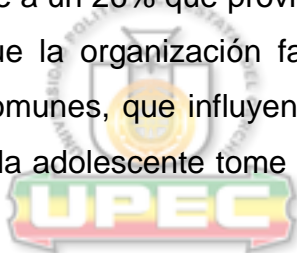
El Grado de Instrucción de las adolescentes en las que se aplico las encuestas podemos evidenciar que el grado de escolaridad no es significativo porque encontramos que el 34% tienen primaria completa, el 26% de adolescentes con secundaria incompleta, que les permite recibir información adecuada, sin que esto implique en la concientización de los temas relacionadas con sexualidad y salud reproductiva responsable.

El Estado civil de las adolescentes un 56% son solteras, el 30% unión libre, si sumamos estos dos porcentajes podemos decir el 86% de las adolescentes no tienen bien definido su relación de pareja lo que conlleva inestabilidad emocional; , hay una falta de estabilidad tanto de la pareja como emocionalmente, ya que estas adolescentes muchas de las veces tienen que enfrentarse a un embarazo no deseado, cuya situación las obliga a tomar decisiones que la pueden llevar a la muerte, como es provocar un aborto.

En el tipo de empleo de las adolescentes encuestadas encontramos que el 48% son amas de casa, lo que significa un mayor riesgo para optar por un aborto,

como situación a un embarazo no deseado, ya que estas adolescentes todavía dependen económicamente, de sus padres o pareja, a este grupo se suman el 22% de las adolescentes que si continúan su estudio, de esta manera podemos deducir que las adolescentes que no tienen un tipo de empleo se encuentran más expuestas a practicar aborto, en comparación con las que tienen un empleo o actividad económica estable.

Relacionando la Conformación de la familia de las adolescentes, encontramos que un 34% de ellas provienen de hogares monoparental, cuya jefe de familia es la madre soltera, frente a un 26% que provienen de una familia nuclear, esto nos permite visualizar que la organización familiar permite a la adolescente satisfacer necesidades comunes, que influyen en los proyectos de vida, como factor protector para que la adolescente tome decisiones acertadas frente a la sexualidad.



El Ingreso familiar de las adolescentes encuestadas encontramos que es menor de 100 dólares al mes con el 50% de los casos, que no es un ingreso suficiente para poder mantener a la familia, por lo que las adolescentes optan por trabajar y de esta manera poder ayudar a su familia, este factor es muy determinante para optar por la decisión de aborto ante un embarazo no deseado.

En la Situación de la vivienda podemos decir que un 66% de las adolescentes viven alquilando su vivienda y la situación de la vivienda no es la adecuada, teniendo que un 42% de que la vivienda de las adolescentes es de madera y considerando que esta situación no es la adecuada tanto en el aspecto físico y emocional, y si comparamos con el ingreso familiar encontramos que es un riesgo muy elevado ya que muchas de las veces tienen que pasar muchas necesidades para tener su vivienda y poder sobrevivir con lo que ellas se pueden proveer.

Distribución de la vivienda y los servicios básicos de las adolescentes investigadas encontramos que 50% de las adolescentes tienen que compartir

un cuarto, lo que no poseen la privacidad necesaria que una adolescente quisiera tener, con un 30% tenemos que las adolescentes también comparten con los demás miembros familiares, pero en su mayoría todas las adolescentes si cuentan con todos los servicios básico con un porcentaje del 66 %, considerando que estos factores tienen un riesgo muy leve, lo que no tiene influencia en la toma de decisiones del aborto.

Según la convivencia de la pareja evidenciamos que el 28% de las adolescentes tienen una pareja estable lo que no significaría un riesgo, pero sin menos preciar que el 24% de las adolescentes tiene múltiples parejas donde este factor se comportaría de elevado riesgo, lo que se podría decir que no solo se encuentran expuestas a embarazo y aborto, sino que también a adquirir enfermedades de transmisión sexual al no utilizar una debida protección.

En la Reacción de la pareja frente al embarazo, en las adolescentes investigadas encontramos que un 34% ante la noticia del embarazo la pareja la rechaza, busca otros culpables, rechazando su paternidad, y relacionando con el estado civil podemos mencionar que las adolescentes tienen que asumir muchas de las veces responsabilidades y la toma de decisión es sola con un porcentaje del 30%, que muchas de las veces estas decisiones son tomadas de una manera errónea que incluso les llega a perjudicar su propia vida.

Según la encuesta aplicada nos indica que un 74% no ha recibido consejería en educación sexual y un 26% si ha recibido, lo que indica que los servicios de salud no están haciendo su trabajo conjuntamente con los adolescentes.

Según la encuesta aplicada el tipo de lengua que hablan las adolescentes tenemos un 66% castellano-español y un 34% lengua aborígen, lo que indica que la comunicación de los adolescentes es clara y entendible.

De acuerdo el tipo de etnia tenemos que un 36% son aborígenes, y mestizo 34%, lo que indica que la mayor parte de las adolescentes que llegan a este servicio de salud es propia del sector o aborígen y mestiza lo que indica que la

diferenciación social favorece la educación afectivo-sexual de las y los adolescentes.

Según la religión que practican las adolescentes tenemos un alto porcentaje del 58% son testigo de Jehová lo que indica que la religión puede ser un factor predisponente para que las adolescentes tomen la decisión de practicar el aborto por temor al rechazo o que las juzguen.

Tenemos que el inicio de la vida sexual de las adolescentes encuestadas es de 14-16 años, lo que indica que existe una relación entre la edad de las adolescentes que practican aborto, con el inicio de la actividad sexual estableciendo que estas dos características van de la mano y para esto debemos frenar esta situación mediante una adecuada orientación sexual y reproductiva que sea inculcada desde los hogares que es donde se empieza a formarse el/ la adolescente, sin menos precia que de 10-13 años con un porcentaje del 28% que también causa alarma y es una situación que mediante la buena educación y practica vamos a poder disminuir estos altos índices.

La vida sexual activa de las adolescentes tenemos que un 60% llevan una vida sexual activa y un 40% no llevan una vida sexual activa lo que nos indican que los adolescentes no tienen responsabilidad ante los actos que ellos están haciendo por lo que si hay un embarazo ellos no saben cómo enfrentarlo.

En lo relacionado al uso de métodos de planificación familiar tenemos que un 52% no los usa lo que nos indica que existe un riesgo muy elevado, y también que las adolescentes a la sexualidad no la toman con responsabilidad, sin menos preciar el 48% de las adolescentes que si los usan de una manera adecuada para su propio beneficio.

Los métodos anticonceptivos que les gustaría usar las adolescentes tenemos 34% inyecciones, 20% píldoras, 16% implante, 30% ninguno, lo que nos indica que las adolescentes quieren vivir su sexualidad con valores, actitudes y habilidades para tener una paternidad y maternidad responsable y exitosa como producto de una opción libre y consciente.

4.2. PLAN DE INTERVENCIÓN.-

Con dicho proyecto investigativo pretendemos prevenir los abortos en la ciudad de Lago Agrio sobre todo dando una orientación y educación a las adolescentes que acuden a esta casa de salud, y de esta manera reducir el número de índices de abortos practicados en las adolescentes.

Nuestro propósito principal con este proyecto es disminuir esta problemática y el índice de abortos en las adolescentes.

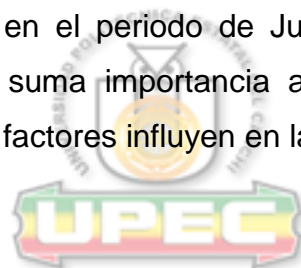
Ya que podemos observar que en el periodo de Junio- Julio 2011 en el Servicio de Emergencia y Gineco/ Obstetricia obtuvimos datos de suma importancia a lo que refiere a las determinantes socioeconómicas y culturales del aborto donde estos factores influyen en la decisión que pueden llegar a tomar las adolescentes.

Objetivo General-

Educar a los adolescentes sobre temas de sexualidad y reproducción.

Objetivos Específicos:

- ✓ Promover la buena práctica de salud sexual y reproductiva.
- ✓ Fomentar la equidad, la libertad de expresión y al mismo tiempo promover la toma de decisiones libres y responsables.



ACTIVIDADES	FECHAS	RECURSOS -RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración de tríptico en el que se incluyan temas como: Salud Sexual y Reproductiva, Derechos Sexuales en las/os adolescentes, cuyos trípticos se los distribuirá, en el servicio de Gineco/obstetricia y Emergencia, para esto vamos a involucrar a las señoritas/res internas/os que se encuentren en dicho servicio. 	10-09-2011	Hojas Computadora Impresiones Copias Internas/os Rotativos Líder del servicio
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación al personal de Enfermería, Ginecólogos, Obstétrices, Médicos en aspectos relacionados como al buen trato y privacidad que necesitan los adolescentes en la atención recibida. 	20-10-2011	Personal de Enfermería, Ginecólogos, Obstétrices, Médicos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinar con las autoridades de HPMVI, para sugerir la creación de un Buzón de sugerencias respecto a la entrega de servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes, en dicho buzón, todas/os los adolescentes podrán sugerir sus comentarios y de esta forma podremos ayudar a mejorar la atención y el trato a los adolescentes, este buzón de sugerencias será colocado en el servicio de Consulta Externa, Gineco/ Obstetricia y en el Centro de Salud Abdón Calderón. 	25-10-2011	Autoridades del HPMVI Internas Rotativas Encargadas Responsables de los servicios de Consulta Externa, Gineco/ Obstetricia y en el Centro de Salud Abdón Calderón. Insumos para la realización del buzón Recursos económicos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinar con la Lcda. Cecilia Vásquez, coordinadora del Centro de 		

<p>Salud Abdón Calderón, para establecer un cronograma de charlas educativas con temas relacionados a salud sexual y reproductiva cuyos temas serán dirigidos a las adolescentes de los cuartos cursos de los diferentes colegios de la localidad.</p> <p>➤ Coordinar con la Lcda. Cecilia Vásquez, coordinadora del Centro de Salud Abdón Calderón, a programar cursos vacacionales de adolescentes de (14-17 años), cuyos cursos tendrán temas relacionados a salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar y de género, derechos sexuales y reproductivos apoyados en un video-foro para escuchar y responder a los estudiantes sus inquietudes con respecto a la sexualidad, la maternidad, el aborto, métodos anticonceptivos, entre otros temas, además se establecerá horarios de acuerdo a las necesidades del/ la adolescente, también se realizara demostraciones y prácticas de maternidad y paternidad responsable, en donde se conformara grupos de adolescentes y se les entregara un bebe durante todo en curso y ellos</p>	<p style="text-align: center;">25-11-2011</p>	<p>Internas Rotativas Encargadas Lcda. Cecilia Vásquez Coordinadora del Centro de Salud Abdón Calderón Papel Internet Impresiones</p> <p>Internas Rotativas Encargadas Lcda. Cecilia Vásquez Coordinadora del Centro de Salud Abdón Calderón Recursos económicos Papel Internet Impresiones Espacio físico</p>
---	---	--

tendrán que asumir la responsabilidad de maternal y paternal, y al final se realizara una evaluación de cómo fue la experiencia, ventajas y desventajas, y de esta manera lograremos una mejor concientización de lo que es la salud sexual y reproductiva y maternidad y paternidad responsable, los cursos serán gratuitos y se los realizara en el Centro de Salud Abdón Calderón.



Cronograma

Mayo a Julio 2011

Abril 2011

TIEMPO ACTIVIDADES	30/04/2011
Revisión de protocolo	x

Mayo 2011

TIEMPO ACTIVIDADES	04/05/11	11/05/11	15/05/11	16/05/11
Solicitud al Director del Hospital Marco Inicio liza- líder de Gineco- Obstetricia	x			
Segunda Revisión de protocolo		x		
Aplicación de encuestas			x	
Presentación de protocolo				x

Julio 2011

TIEMPO ACTIVIDADES	01/07/2011 al 25/07/2011	08/07/2011 al 28/07/2011	14/07/2011 al 30/07/2011
Tabulación de Datos	x		
Estructura del Informe Final		x	
Revisión			x

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- ✓ De acuerdo a la investigación realizada podemos decir que los factores sociales si influyen en las adolescente ante la toma de decisión de practicar aborto, evidenciando que el estado civil de las mencionadas, encontramos un elevado porcentaje que son provenientes de madres solteras, lo que no es muy beneficioso para las adolescentes porque en su hogar no se encuentra bien estructurado, además estas adolescentes todavía dependen económicamente de otras personas por lo que consideramos un mayor riesgo para optar esta práctica como es el aborto.

- ✓ El factor económico si tiene considerable influencia en la práctica de aborto, ya que muchas de ellas todavía dependen de otras personas, y también es muy importante la situación de la vivienda porque no todas ellas tienen su privacidad, muchas comparten habitaciones, sus viviendas son alquiladas, teniendo que pasar muchas privaciones, también resaltamos que estas adolescentes tienen una vida sexual con múltiples parejas exponiéndose a un embarazo no deseado, pero también a adquirir numerosas infecciones de transmisión sexual, por lo que este factor es muy sustentable y de mayor riesgo para esta práctica.
- ✓ Los factores culturales no marcan mayor diferencia en la práctica de aborto, pero si podemos decir que la etnia si tiene relevancia ya que predispone a este grupo a practicar el aborto, ya sea por una inadecuada información sobre sexualidad responsable o una falta de concientización al no utilizar métodos de planificación familiar.
- ✓ Los factores relacionados a consejería de salud sexual y reproductiva al que las adolescentes asistieron si tienen una relación con el aborto en las adolescente, ya que estas adolescentes obtuvieron información acerca de sexualidad y métodos de planificación por parte de personal no calificado, en la mayoría de los casos las adolescentes recibieron la información de otras adolescentes que han pasado por la misma situación, o de familiares que no tienen la debida preparación.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Incrementar y perfeccionar las acciones de información, educación y comunicación a nivel de la Atención Primaria de Salud, en la que se incorporen los temas de salud sexual y reproductiva; además de la importancia de la comunicación familiar.
- ✓ Que el problema no es solo de las adolescentes, de la pareja y de la familia, sino que también es de todos, porqueno es solo trabajo de los

servicios de salud educar y prevenir embarazos, sino que también el trabajo debe ser multidisciplinario e interinstitucional para que de esta forma todos obtengamos resultados positivos y ayudemos a prevenir embarazos no deseados e incluso el aborto.

- ✓ Promover consejerías sobre sexualidad a las parejas de adolescentes que acuden a los centros de atención primaria, con toda privacidad que ellos requieren y de esta manera ayudar a prevenir el embarazo en la adolescencia.
- ✓ Dirigir charlas a los centros educativos, basadas en la promoción de métodos anticonceptivos, en la prevención del embarazo a temprana edad y en los riesgos del aborto en la adolescencia.
- ✓ Impartir trípticos donde estos contenga todo lo relacionado al aborto y sus consecuencias y repartirlas en los centros educativos, servicios de salud, discotecas, bares etc.

CAPITULO VI

6.- BIBLIOGRAFÍA

6.1 BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. Brissa C. (2011). Características sociales de los Adolescentes hoy en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/>.
2. Figueredo D. (2011). Documentos, Publicaciones y Recursos Educativos hoy en: <http://www.monografias.com/trabajos41/>.
3. Gabriel J. (2011). Definición de Empleo. Definición ABC hoy en: <http://www.definicionabc.com/economia/empleo.php>
4. Gharzeddine O. (2011). Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel hoy en: <http://www.who.int/mediacentre/news/>.

5. Hernández M. (2011). Aborto en Adolescentes. Un Tema para Reflexionar hoy en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/>.
6. Labrada M. (2011). Planificación de la Familia hoy en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_3_98/mgi07398.pdf
7. Mailto G. (2011). Definición de Población Urbana y Rural hoy en: <http://www.eclac.org/celade/publica/bol63/bd63def00e.html>.
8. Mejeant I. (2011). Revista Yachaikuna hoy en: <http://icci.nativeweb.org/yachaikuna/1/mejeant.pdf>.
9. Pérez, P. (2011). El tono de las palabras separa al regaño del maltrato hoy en: <http://www.el-nacional.com/canales/>.
10. Santillana. (2011). Definición de Procedencia hoy en: <http://www.elpais.com/diccionarios/castellano/procedencia>
11. Torres, M. (2011). Uno de cada seis embarazos se interrumpen en el Ecuador hoy en: <http://www.eluniverso.com/2008/>.
12. Vásquez C. (2011). Concepto y Definición de Población y Vivienda hoy en: <http://iies.faces.ula.ve/censo90/>.

6.3 REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

1. <http://www.eluniverso.com/2008/03/23/0001/8/53D3CB5D77404D828B1E99F63BF48D23.html>
2. http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=2930&Itemid=426
3. http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_temas/g_determinantes_sociales/determinantes.html
4. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Caracteristicas-Sociales-De-Los-Adolescentes/229289.html>
5. http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblacion_y_vivienda.html
6. <http://www.definicionabc.com/economia/empleo.php>

7. <http://www.elpais.com/diccionarios/castellano/procedencia>
8. <http://www.eclac.org/celade/publica/bol63/bd63def00e.html>
9. <http://www.monografias.com/trabajos22/ecuador-actual/ecuador-actual.shtml>
10. <http://www.orasconhu.org/documentos/Oct%2008%20Concepto%20%20BP%20en%20PEA%20-4.pdf>
11. <http://icci.nativeweb.org/yachaikuna/1/mejeant.pdf>
12. http://es.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%B3n_Amaz%C3%B3nica_del_Ecuador
13. <http://ccp.ucr.ac.cr/ac/gonzalez.pdf>
14. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_3_98/mgi07398.htm
15. <http://www.monografias.com/trabajos41/atencion-prenatal/atencion-prenatal.shtml>
16. http://www.babysitio.com/embarazo/salud_prenatal_control_primer_trimestre.php

CAPÍTULO VII

7. Anexos

Anexo N° 1

7.1. Asociación Empírica de Variables

En la Provincia de Sucumbíos el tema del aborto es muy grave ya que existen instituciones que proveen a las mujeres información gratuita acerca de cómo se puede interrumpir un embarazo con medicamento llamado Misoprostol, con el fin de terminar un embarazo no deseado, las adolescentes no tienen responsabilidad sobre su cuerpo y no se sienten capaces de enfrentar a la difícil situación de estar embarazada, además tienen miedo por lo que dirán sus padres, su familia o no se sienten apoyada por su pareja por lo cual toman la decisión de interrumpir el embarazo.

Las adolescentes tienen relaciones con sus parejas sin utilizar ningún método anticonceptivo ellas inician su vida sexual a temprana edad y cuando quedan embarazadas se ven forzadas a abortar.

Siendo esta una provincia en desarrollo el grado de instrucción de las adolescentes es de secundaria incompleta ya que las adolescentes dejan de estudiar por diferentes motivos como no le gusta estudiar, saca malas calificaciones etc. Además hay adolescentes que estudian y trabajan para ayudar a sustentar a su familia.

En esta provincia es evidente que el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que poseen las adolescentes es deficiente. A pesar de poseer alguna información respecto al embarazo en la adolescencia y sus consecuencias negativas para la vida de la joven; este nivel no se corresponde con el comportamiento asumido y la actitud adoptada para evitar el embarazo o planificar su familia, las vías o canales de información preferentemente han sido

las madres y los maestros de las adolescentes; lo que demuestra la insuficiencia y deficiente labor educativa desarrollada a través de la atención primaria de salud; así como el poco trabajo desarrollado con los círculos de adolescentes.

El estado civil de la mayoría de las adolescentes es soltero y unión libre ellas no se sienten preparadas para asumir una responsabilidad tan importante como es el matrimonio, además algunas adolescentes suelen tener parejas ocasionales con las cuales es poco probable que logren una verdadera relación sexual satisfactoria y difícilmente lleguen a consolidar un vínculo.

Las adolescentes deben tener en cuenta que su pareja debe merecerle confianza como para entregarse a él y tener en cuenta que el hombre que ha elegido deberá ser lo suficientemente maduro psicológicamente para asumir las consecuencias; porque todos los métodos anticonceptivos pueden fracasar, principalmente cuando no se tiene experiencia; y aunque esta posibilidad sea pequeña hay que tenerla en cuenta y no olvidarla.

En esta provincia la mayoría de adolescentes estudian en la tarde o noche debida que ellas tienen trabajos de medio tiempo para sustentar a su familia o ellas misma pagar sus estudios para salir adelante.

Las adolescentes se ven confundidas y no saben dónde acudir para obtener orientación y ayuda, por lo cual optan por comprar pastillas que son vendidas sin receta médica esta decisión es tomada por ella mismo o por influencia de sus amigas o pareja.

TOMA DE DECISIONES EN EL ABORTO

El aborto en adolescentes es una decisión que impactará la vida de las adolescentes dramáticamente, tanto si decide abortar o si decide dar a luz. Una vez que el aborto ha sido efectuado no se puede deshacer.

La mujer que en el fondo no quiere abortar, cuando se le permite recapacitar con tranquilidad, generalmente toma la decisión de tener al hijo y se responsabiliza tanto de su maternidad como del futuro del niño. En cambio, si no se le da la oportunidad de pensar con tranquilidad puede ser que se precipite a un aborto del cual se arrepienta. Por otro lado, la mujer que desea profundamente abortar, hará todo lo que está en sus manos para inducirse un aborto, incluso poniendo a riesgo su vida.

Como miembros de un equipo de salud debemos abrir las puertas para que las mujeres reciban el apoyo psicológico, social, moral y aún económico que les permitirá tomar una decisión con mayor tranquilidad y con bases más claras.

Así se reducirá en vez de aumentar el número de abortos porque dejaran de abortar aquellas mujeres que están inseguras y confundidas. Obviamente, para que funcione este sistema, deberá asegurarse la consejería psicológica para todos los casos en que la mujer busque el aborto.

Si como miembros de salud no actuamos oportunamente, la mujer que se encuentra angustiada por su embarazo tendrá dificultades de buscar consejo y apoyo emocional y moral y, en medio de la confusión, puede más fácilmente buscar un aborto clandestino en el que encontrara una invitación para el aborto ya que implica una ganancia económica para quien lo practica.

Anexo N° 2

7.2. Cuestionario

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Estimada amig@ para nosotros es importante identificar las determinantes sociales, económicos y culturales del aborto en adolescentes que acuden al Hospital Provincial Marco Vinicio Iza en el periodo mayo-julio 2011. Para esto, le pedimos conteste el siguiente banco de preguntas.

1.- Datos de Identificación:



Edad

10 a 13 años

14 a 16 años

17 a 19 años

Procedencia

Urbano

Rural

2- Factores Socio-Económicos

- Qué grado de instrucción tiene usted

Analfabeto Primaria Incompleta

Alfabeto Secundaria Completa

Primaria Completa Secundaria Incompleta

- **Su estado Civil es:**

Soltero Unión Libre Casado

- **Su tipo de empleo es:**

Trabajo Trabajo-Estudio Estudio

- **Su familia esta conformada por:**

F. nuclear.

F. extensa.

F. de madre soltera.

F. reconstruida.



- **Ingresos Familiares son de:**

Menos de 100 USD al mes De 100 a 200 USD al mes

De 200 a 300 USD al mes De 300 o más USD al mes

- **Cuál es la situación de su vivienda**

Propia Alquilada

Cuarto Otra forma

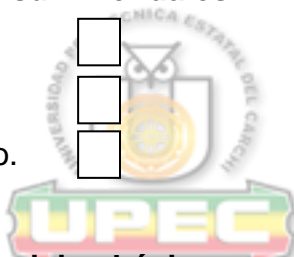
Cuarto para dormir

- **¿Qué tipo de construcción tiene su vivienda?**

Casa de cemento	<input type="checkbox"/>	Cabaña	<input type="checkbox"/>
Casa de madera	<input type="checkbox"/>	Departamento	<input type="checkbox"/>
Casa mixta	<input type="checkbox"/>		

- **La distribución de su vivienda es:**

Cuarto sola	<input type="checkbox"/>
Cuarto compartido	<input type="checkbox"/>
Todos en un mismo cuarto.	<input type="checkbox"/>



- **Cuenta con los servicios básicos necesarios**

Si No

- **La convivencia de su pareja es:**

Estable	<input type="checkbox"/>
Ocasional	<input type="checkbox"/>
Múltiple	<input type="checkbox"/>

- **¿Qué reacción tomó su pareja frente al embarazo?**

Aceptación	<input type="checkbox"/>	Abandono	<input type="checkbox"/>	Negación	<input type="checkbox"/>
Rechazo	<input type="checkbox"/>	Indiferencia	<input type="checkbox"/>		

- **¿Quién influye en la toma de sus decisiones?**

Pareja

Amigos

Padres

Medios de comunicación

- **¿Ha recibido consejería sobre sexualidad en los servicios de salud?**

Si

No

2- Factores Culturales



- **Qué tipo de lengua usted habla**

Castellano-Español

Lengua Aborigen

- **Indique usted a qué tipo de etnia pertenece.**

Blanco

Indígena

Mestizo

Aborigen

Afro ecuatoriano

- **¿Qué tipo de religión usted practica?**

Católica

Testigo de Jehová

Ateo

Evangélica

Adventista

Otra

- **Comportamientos de la sexualidad frente a la comunidad**

A qué edad inicio su vida sexual _____

Lleva usted una vida sexual activa _____

Piensa usted usar algún método de planificación familiar

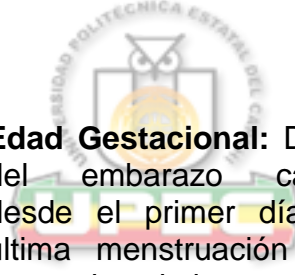
_____ **Cuál** _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN




ANEXO N°3

7.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR: DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
ABORTO	Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación.	<p>Tipo de Aborto: Clases de aborto según la causa etiológica que lo produce.</p>  <p>Edad Gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días</p> <p>Toma de decisiones sobre el Aborto: Es mediante el cual se realiza una elección entre las alternativas o formas para resolver diferentes situaciones de la vida, estas se pueden presentar en diferentes contextos: a nivel, sentimental etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aborto espontáneo ✓ Aborto inducido o provocado ✓ 0-5 SG ✓ 6-11SG ✓ 12-17 SG ✓ 18-22 SG ✓ Propia ✓ De la pareja ✓ De los padres ✓ De los amigos
DETERMINANTES SOCIALES	Condiciones sociales en que las personas	Grado de Instrucción: Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analfabeto ✓ Alfabeto ✓ Primaria

	viven y trabajan, que impactan sobre la salud.	<p>educativo formal, que corresponden con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico-evolutivo articulado con el desarrollo psico-físico social y cultural.</p> <p>Estado Civil: Es la relación en que se hallan las personas en el agrupamiento social, respecto a los demás miembros del mismo agrupamiento.</p> <p>Empleo: Es la concreción de una serie de tareas a cambio de una retribución pecuniaria denominada salario.</p> <p>Estructura Familiar: Conjunto de interacción organizado de manera estable y estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propio que les otorgan singularidad.</p> <p>Procedencia: Hecho de proceder alguien o algo de un determinado lugar, persona, grupo, etc.</p>	<p>Completa ✓ Primaria Incompleta ✓ Secundaria Completa ✓ Secundaria Incompleta</p> <p>✓ Soltero ✓ Unión libre ✓ Casado</p> <p>✓ Trabajo ✓ Trabajo-Estudio ✓ Estudio</p> <p>✓ F. nuclear o elemental ✓ F. extensa o consanguínea. ✓ F. monoparental ✓ F. de madre soltera. ✓ F. reconstruida.</p> <p>✓ Urbano ✓ Rural</p>
DETERMIN ANTES	La economía es la ciencia que	Ingresos Familiares: Son las remuneraciones percibidas	✓ Menos de 100 USD al mes

<p>ECONÓMICOS</p>	<p>analiza el comportamiento humano como una relación entre fines dados y medios escasos que tienen usos alternativos.</p>	<p>por las personas producto de la contraprestación de su trabajo, en el mes anterior a la fecha del Censo en el último mes de trabajo.</p> <p>Tenencia de Vivienda: Local construido, transformado o dispuesto para fines de alojamiento de personas, ya sea temporal o permanente.</p> <p>Tipo de Vivienda: Es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndoles de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales</p> <p>Distribución de la Vivienda: Es la división de una vivienda según sus necesidades familiares.</p> <p>Servicios Básicos: Destinaciones de servicios necesarios para el funcionamiento de las dependencias</p> <p>Rol de los servicios de salud: Los jóvenes que tienen relaciones sexuales deben tener acceso a</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ De 100 a 200 USD al me ✓ De 100 a 200 USD al mes ✓ De 200 a 300 USD al mes ✓ De 300 o más USD al mes ✓ Propia ✓ Alquilada ✓ Otra forma ✓ Cuarto ✓ Cuarto para dormir ✓ Casa de cemento ✓ Casa de madera ✓ Casa mixta ✓ Cabaña ✓ Departamento ✓ Cuarto sola ✓ Cuarto compartido ✓ Todos en un mismo cuarto. ✓ Servicio Eléctrico Público ✓ Servicio Telefónico ✓ Servicio de Aseo Urbano ✓ Servicio de Barrido de Calles ✓ Recibe consejería ✓ No recibe consejería
--------------------------	--	--	--

		información sobre servicios de salud y prevención del embarazo y las ITS/VIH.	
DETERMINANTES ANTES CULTURALES	Conjunto de modos de vida, costumbres, conocimientos, y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época o grupo social.	<p>Lengua: Conjunto ordenado y sistemático de formas orales, escritas y grabadas que sirven para la comunicación entre las personas que constituyen una comunidad lingüística.</p>  <p>Etnia: (del griego <i>ethnos</i>, 'pueblo'), en antropología, unidad tradicional de conciencia de grupo que se diferencia de otros por compartir lazos comunes de nacionalidad, territorio, cultura, valores, raza o tradición histórica.</p> <p>Comportamiento de la comunidad frente a la sexualidad: Es tener una actitud positiva frente a la sexualidad y aceptar que es una expresión psicológica, social y corporal natural y positiva a la que tienen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lengua Aborigen ✓ Castellano ✓ Blanco ✓ Mestizo ✓ Afro ecuatoriano ✓ Aborigen ✓ Indígena ✓ Inicio de la vida sexual ✓ Vida sexual activa ✓ Tipo de pareja ✓ Uso de métodos de planificación familiar.

		<p>derecho los niños, los jóvenes, los adultos y los viejos.</p> <p>Convivencia de pareja: Unión de dos personas, con independencia de su orientación sexual, a fin de convivir de forma estable, en una relación de afectividad análoga a la conyugal.</p> <p>Reacción de la pareja frente al embarazo: El apoyo o rechazo de la pareja al descubrir el embarazo influye grandemente las decisiones de las adolescentes.</p> <p>Influencia de las personas en la toma de decisiones: Uso de su razonamiento y pensamiento para elegir una decisión a un problema que se le presente en la vida</p> <p>Religión: Conjunto de creencias y normas acerca de la divinidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estable ✓ Múltiple ✓ Ocasional ✓ Aceptación ✓ Rechazo ✓ Abandono ✓ Indiferencia ✓ Negación ✓ Pareja ✓ Padres ✓ Amigos ✓ Medios de comunicación ✓ Católica ✓ Evangélica ✓ Testigo de Jehová ✓ Adventista ✓ Ateo ✓ Otra
--	--	---	--

Anexo N° 4

7.4. DISEÑO DE TRÍPTICO

DISEÑO DE TRÍPTICO

<p>UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI</p> <p>PROGRAMA DE INTERNADO ROTATIVO</p> <p>RESPONSABLES: SONIA CHILIQUNGA DIANA ROJAS</p> <p>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</p> 	<p>¿QUE ES LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?</p> <p>La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".</p> <p>¿PATERNIDAD RESPONSABLE?</p> <p>"Capacidad de la pareja de decidir libre y responsablemente el procedimiento que utilizarán para tener el número de hijos que puedan alimentar, vestir, educar y amar dignamente"</p> <p>¿PROCREACIÓN RESPONSABLE?</p> <p>"La conveniencia que la pareja tenga el número de hijos que responsablemente y por decisión propia pueda alimentar, educar y tratar con cariño"</p>	<p>¿SABIAS QUE?</p>  <p>Las mujeres y hombres jóvenes requieren de una educación sexual objetiva e integral, que responda a sus necesidades y problemáticas, y facilite el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura sin interferir con los derechos de otras personas, que incluye entre otros el derecho a recibir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Información sobre la prevención de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, etc.
---	---	--



- ✚ Información sobre la amplia gama de métodos de anticonceptivos adecuados para cada necesidad y su uso correcto; asegurando el consentimiento libre e informado.
- ✚ Servicios e información por parte de personas sensibles, respetuosas y con capacidad para solucionar de problemas que se presenten
- ✚ Servicios de salud que proporcionen información, orientación y atención de manera oportuna y confidencial.
- ✚ En caso necesario: apoyo y tratamiento integrales en casos de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, abuso sexual y violencia intrafamiliar



¿QUÉ SON LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS?

Son parte de los derechos humanos que se basan en los principios de libertad, privacidad, dignidad, equidad, integridad corporal y autonomía. Para poder asegurar una sexualidad saludable, se necesita conocerlos y ejercerlos.

Estos derechos incluyen el derecho de la población a disfrutar de la salud sexual y reproductiva, así como el derecho a su libre decisión y a la eliminación de cualquier forma de discriminación, coerción o violencia.



¿PARA QUÉ SIRVE EL RECONOCIMIENTO DE ESTOS DERECHOS?

Para poderlos ejercer plenamente, es necesario ser congruente con las responsabilidades que se desprenden de la toma de decisiones; por esto, se reconoce que un buen ejercicio de estos derechos tiene como beneficios:

El poder decidir de una manera informada sobre nuestra salud sexual y reproductiva.

Fomentar la equidad, la libertad de expresión y al mismo tiempo promover la toma de decisiones libres y responsables.

Ayudar a que ninguna persona sea violentada en su sexualidad.

“En los servicios amigables para los adolescentes, encontraras profesionales que te puedan orientar y ofrecer estos servicios en forma respetuosa, confidencial y privada. Localiza y visita a estos centros son gratuitos”




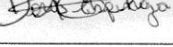
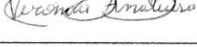
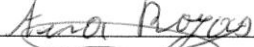


Anexo Nº 5

7.5. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI
ESCUELA DE ENFERMERÍA
INTERNADO ROTATIVO
“DETERMINANTES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES DEL
ABORTO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PROVINCIAL
MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO JUNIO-JULIO 2011”

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
Maldonado Maritza	
Lady López	
Dulce Macías	
Doris Espinoza	
Verónica Araluz	
Carrojal Pamela	Carrojal Pamela
Ana Rojas	
Daca Karina	
Yhoana Ujeda	Yhoana Ujeda
Ivette Aguilera	Ivette Aguilera

Anexo N° 6

7.6. Autorización Institucional



OFICIO GEH-155

Nueva Loja, 11 de mayo del 2011

Señoritas
SONIA CHILQUINGA RUÍZ
DIANA ROJAS RODRÍGUEZ
INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERIA
Presente

De mi consideración:

Mediante el presente comunico a ustedes, que esta Dirección Hospitalaria les **autoriza realizar las encuestas respectivas en los servicios de Emergencia y Ginecología de esta Casa de Salud**, para el trabajo final de tesis, según Oficio recibido en Secretaría de Gestión Estratégica Hospitalaria el 04 de mayo de 2011.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,



DR. LEONARDO PAVÓN CALDERÓN
DIRECTOR
HOSPITAL PROVINCIAL "MARCO VINICIO IZA".

Elaborador por: C. Sarango C.
Revisado por: Dr. L. Pavón C.

Anexo Nº 7**7.7. APROBACIÓN DE PROYECTO FINAL DE TUTOR DE TESIS**

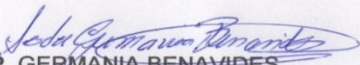
TULCAN, 29 DE SEPTIEMBRE DEL 2011

CERTIFICADO

Certifico haber dado lectura y corrección al trabajo de investigación sobre **“LAS DETERMINANTES SOCIALES, ECONÓMICAS Y CULTURALES DEL ABORTO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PROVINCIAL MARCO VINICIO IZA DE LA CIUDAD DE NUEVA LOJA EN EL PERIODO JUNIO-JULIO 2011”** de las señoritas Sonia Chiliquinga Ruiz y Diana Rojas Rodriguez.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, las interesadas pueden hacer uso del presente como crean conveniente.

Atentamente,


ESP. GERMANIA BENAVIDES
TUTORA DE PROYECTO FINAL DE GRADO

ANEXO Nº 8**7.8. APROBACIÓN DE PROYECTO FINAL DEL TRIBUNAL DE LECTORES**

Tulcán, 28 de Septiembre de 2011

CERTIFICADO

Certificamos haber dado lectura y corrección a la trabajo de investigación sobre "LAS DETERMINANTES SOCIALES, ECONOMICAS Y CULTURALES DEL ABORTO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PROVINCIAL MARCO VINICIO IZA DE LA CIUDAD DE NUEVA LOJA EN EL PERIODO JUNIO-JULIO 2011", de las señoritas Sonia Chilibingua Ruiz y Diana Rojas Rodríguez.

Es todo cuanto podemos certificar en honor a la verdad, las interesadas pueden hacer uso del presente como crean conveniente.

Atentamente,



Msc. Marlene Villarreal M.

Msc. Nancy Obando

ANEXO Nº 9**7.9. SOCIALIZACION DE RESULTADOS****UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DE CARCHI****FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD****ESCUELA DE ENFERMERÍA**

En calidad de representante del Servicio de Emergencia y Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la ciudad de Nueva Loja, me permito certificar la socialización de los resultados del Proyecto de Tesis **“DETERMINANTES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES DEL ABORTO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL PROVINCIAL MARCO VINICIO IZA DE LA CIUDAD DE NUEVA LOJA EN EL PERIODO JUNIO-JULIO 2011**, presentada por las señoritas Sonia Chiliquina Ruiz y Diana Rojas Rodríguez, y la entrega de trípticos que va a favorecer la educación Sexual y Reproductiva de las adolescentes.

FIRMA

.....

Msc. Ángel Patín

ANEXO N°10

7.10.Glosario

GLOSARIO

A

Aborto: terminación espontánea de un embarazo antes que el desarrollo fetal haya alcanzado las 20 semanas, período después del cual a la terminación del embarazo se le clasifica como parto pretérmino.

Aborto espontáneo: pérdida de un feto durante el embarazo por causas naturales.

Aborto inducido o provocado: se llama así al resultado de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. La técnica más empleada sigue siendo la dilatación cervical con bujías de Hegar y la evacuación mediante legrado instrumental o vacuoextracción con aspiración por vacío, manual o mecánica.

Adolescencia.- Período de la vida en el cual tiene lugar la transición biológica y psicosocial desde la infancia hasta la edad adulta.

Alucinaciones.- Fuerte percepción de un hecho u objeto que no ocurre en la realidad; puede involucrar cualquiera de los sentidos (es decir, visual, auditivo, gustativo, olfativo o táctil).

Amenaza de aborto. Presencia de sangrado procedente de la cavidad uterina o de dolor pélvico determinado por la contracción uterina y que no se acompaña de modificaciones cervicales.

Amenorrea. Falta de la menstruación por más de 60 días.

Aumento de la población.- El aumento total de la población resultante de la interacción de los nacimientos, defunciones y la migración en una población, en un determinado período de tiempo.

Autoestima.- Sentimientos acerca de uno mismo.

B

Bajo peso al nacer. Recién nacido con peso inferior a 2 500 gramos.

C

Características sexuales primarias.- Órganos genitales internos y externos en los hombres y las mujeres (por ejemplo, el útero y los testículos).

Características sexuales secundarias.- Las características físicas de los varones y las mujeres que no están involucradas en la reproducción, (por ejemplo, los cambios en la voz, la forma del cuerpo, la

Censo.- Estudio de una zona determinada que da como resultado la enumeración de toda la población y la recopilación de la información demográfica, social y económica concerniente a dicha población en un momento dado.

Conducta suicida.- Acciones realizadas por la persona que está pensando o planeando su propia muerte.

Constante.- Es un número arbitrario que no cambia (por ejemplo, 100, 1.000 ó 100.000) por el que pueden multiplicarse una tasa, razón, o proporción para expresar estas medidas en forma más comprensible. Por ejemplo, en Cuba sucedieron 0,0134 nacimientos vivos por persona en 1996. Si se multiplica esta tasa por una constante (1.000) se obtiene el mismo resultado estadístico por cada 1.000 personas. Ésta es una forma más clara de expresar el mismo principio: hubo

13,4 nacimientos por cada 1.000 habitantes. En las fórmulas de las páginas siguientes, “k” significa constante.

Control de la natalidad.- Prácticas empleadas por las parejas que permiten el coito con una menor probabilidad de concepción. Con frecuencia el término control de la natalidad se utiliza como sinónimo de términos tales como anticoncepción, control de la fecundidad y planificación familiar.

Crónico.- Problema que dura mucho tiempo.



Delincuente juvenil.- Persona que actúa de forma ilegal y que no tiene edad suficiente para ser tratado como adulto bajo las leyes de la comunidad.

Demografía.- Del griego demos [pueblo] + graphie [estudio]. El estudio científico de las poblaciones humanas incluyendo su tamaño, composición, distribución, densidad, crecimiento y otras características demográficas y socioeconómicas y de las causas y consecuencias de los cambios experimentados por esos factores.

Densidad de la población.- La densidad de la población se expresa normalmente como el número de personas por unidad de área de terreno.

Depresión.- Trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y abatimiento.

Dismenorrea.- Dolor o molestia que se experimenta justo antes o durante el período menstrual.

E

Edad gestacional. Duración del embarazo calculada desde el primer día de la

última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas.

Edad media.- El promedio de edad de todos los miembros de una población.

Edad mediana.- La edad que divide a una población en dos grupos numéricamente iguales, es decir la mitad de la población tiene menos edad y la otra mitad tiene más edad que la mediana.

Embrión. Producto de la concepción desde la fecundación y durante las primeras doce semanas completas de su desarrollo.

Emigración.- El proceso de dejar un país para adoptar residencia en otro.

Encuesta.- Un análisis de personas o familias seleccionadas en una población que se utiliza de ordinario para determinar características o las tendencias demográficas de un segmento mayor o de la totalidad de la población.

Estado: Situación en que se encuentra alguien o algo, y en especial cada uno de sus sucesivos modos de ser o estar.

Estadísticas vitales.- Datos demográficos sobre nacimientos, defunciones, muertes fetales, casamientos y divorcios.

Estrógeno.- Grupo de hormonas secretado por los ovarios que afecta numerosos aspectos del cuerpo.

Esquizofrenia.- Uno de los trastornos de salud mental más complejos; caracterizado por pensamientos distorsionados, sentimientos extraños y conducta y utilización del lenguaje inusual. Implica una alteración severa, crónica e incapacitante del cerebro.

F

Familia.- Normalmente, la familia se define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen una relación por nacimiento, matrimonio o adopción.

Fecundidad.- Procreación real de un individuo, pareja, grupo o población.

Fecha probable del nacimiento. Para su cálculo se adicionan siete días al primer día de la última menstruación y se restan tres meses de calendario o bien se agregan 40 semanas.

Feto. Producto de la concepción, desde la decimotercera semana de embarazo y durante el tiempo que permanece en el interior del seno materno.

Fobia.- Temor incontrolable, irracional y persistente ante un objeto, situación o actividad específica.



Hogar.- Un hogar se define a menudo cuando una o más personas ocupan una sola vivienda.

I

Identidad.- Autoconocimiento de las propias características o personalidad, sentido de sí mismo.

Incidencia .- Proporción de personas que contraen una enfermedad durante un determinado período de tiempo.

Inmigración.- El proceso de pasar de un país a otro para adoptar residencia permanente.

Intento de suicidio.- Acción orientada a quitarse la vida que no logra provocar la muerte.

L

Lactancia materna: Es la alimentación de los bebés con leche materna para satisfacer sus requerimientos nutricionales.

Longevidad.- La edad máxima que podrían alcanzar los seres humanos en condiciones óptimas. La longevidad del hombre parece ser de unos cien años.

M

Manía.- Trastorno del estado de ánimo que puede caracterizarse por gran júbilo, impulsividad, irritabilidad, rapidez al hablar, nerviosismo, distracción y, o falta de sentido común.

Medicina del adolescente.- Subespecialidad de la medicina pediátrica orientada a brindar asistencia médica holística a pacientes adolescentes y a tratar los problemas médicos que comúnmente ocurren durante la adolescencia.

Menarquía.- Aparición de la primera menstruación.

Menopausia.- Cesación natural de la menstruación.

Menstruación.- Proceso cíclico de desprendimiento del revestimiento del endometrio, que sale a través de la vagina junto con secreción proveniente del cuello uterino y la vagina. Este proceso se origina cuando un óvulo maduro que no ha sido fertilizado por un espermatozoide viaja desde uno de los ovarios y por medio de las trompas de Falopio hasta llegar al útero, proceso al cual se le llama ovulación.

Migración.- El movimiento de personas a través de una división política para establecer una nueva residencia permanente. Se divide en migración internacional (migración entre países) y migración interna (migración dentro de un país).

Morbilidad.- Frecuencia de las enfermedades en una población.

Mortalidad.- Defunciones como componentes del cambio de población.

Mortalidad infantil.- La tasa de mortalidad infantil es el número de niños menores de 1 año que fallece por cada 1.000 nacidos vivos durante un año determinado.

Mortalidad materna. Número de mujeres que fallecen durante el estado grávido puerperal, desde que el embarazo se inicia, hasta la sexta semana después del parto.

Mortalidad perinatal. Indica el número de muertes prenatales y neonatales. Se expresa por el número de muertes por mil nacidos vivos.

Mortinato. Producto de un embarazo de más de 20 semanas, que después de terminar su separación del organismo materno no respira ni manifiesta ningún signo de vida. El término no es sinónimo de muerte fetal ni de recién nacido muerto.

Movilidad.- Movimiento demográfico de las personas.

Muerte neonatal. Muerte del producto desde el momento del nacimiento, hasta que cumple 28 días.

Muerte prenatal. Muerte del producto in útero, desde que el embarazo es mayor de 20 semanas, hasta antes del nacimiento.

P

Paridad.- El número de hijos nacidos vivos que ha tenido una mujer en un momento dado: por ejemplo, las “mujeres de paridad doble” son aquéllas que en ese momento ya han tenido dos hijos y las “mujeres de paridad cero” son las que todavía no han tenido ninguno.

Parto. Proceso mediante el cual el producto de la concepción ya viable y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales.

Parto de producto inmaduro. Expulsión del feto después de la semana 20 y antes que cumpla 28. El producto pesa de 500 a menos de 1 000 gramos.

Pensamiento suicida.- Ideas de suicidio o deseo de quitarse la vida.

Periodo prenatal. Se extiende desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.

Planificación familiar.- Actividad consciente de las parejas encaminada a regular el número y el espaciamiento de los nacimientos. De ordinario la planificación familiar connota la práctica del control de la natalidad para evitar un embarazo, aunque también incluye los intentos de la pareja para inducirlo.

Prevalencia: la proporción de personas con una enfermedad particular dentro de una población dada en un momento dado.

Primípara. Mujer que ha tenido un parto de un feto viable.

Población.- Un grupo de objetos u organismos de la misma especie.

Proporción.- Es la relación entre un subgrupo de población y toda la población; es decir, un subgrupo de población dividido por toda la población.

Psicólogo.- Profesional acreditado en salud mental especializado en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Su capacitación los prepara para tratar a niños y adultos en forma individual, como integrantes de una familia o en grupo. Los psicólogos también llevan a cabo evaluaciones cognitivas, académicas y de la personalidad.

Pubertad.- Secuencia de eventos por los que el niño se convierte en un adulto joven; caracterizada por la secreción de hormonas, el desarrollo de las características sexuales secundarias, las funciones reproductoras y los períodos de crecimiento repentino.

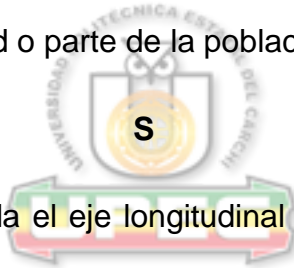
R

Razón.- Es la relación entre un subgrupo de población y la población total u otro subgrupo; es decir, un subgrupo dividido por otro.

Razón de abortos.- La razón de abortos es el número de abortos por cada 1.000 nacidos vivos en un año determinado.

Recién nacido. Producto de la concepción proveniente de un embarazo mayor de 20 semanas, desde que ha terminado su separación del organismo materno, hasta que cumple 28 días de nacido. El término se emplea tanto para los productos que nacen vivos como para los mortinatos.

Registro de la población (registro civil).- Un sistema oficial de recopilación de datos en el que se inscriben continuamente las características demográficas y socioeconómicas de la totalidad o parte de la población.



Situación. Relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre.

Suicidio.- Acto intencional de quitarse la vida.

T

Tasa de abortos.- La tasa de abortos es el número de abortos por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva durante un año determinado.

Tasa de fecundidad.- Es el número de nacimientos vivos por cada grupo de 1.000 mujeres entre las edades de 15 a 49 durante un año determinado.

Tasa de incidencia.- La tasa de incidencia es el número de personas que contraen una enfermedad durante un determinado período de tiempo por cada 1000 habitantes expuestos al riesgo.

Tasa de mortalidad perinatal.- El número de muertes fetales después de 28 semanas de embarazo (muertes fetales tardías) más el número de muertes de niños menores de 7 días por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad.- La tasa de mortalidad (denominada también la tasa bruta de mortalidad) es el número de muertes por cada 1.000 habitantes durante un año determinado.

Tasa de natalidad.- denominada también la tasa bruta de natalidad, indica el número de nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes durante un año determinado.

Tasa de prevalencia.- La tasa de prevalencia es el número de personas que padecen de una enfermedad determinada en un punto determinado de tiempo por

Tasa.- Es la frecuencia de los eventos demográficos acaecidos en una población durante un determinado período de tiempo (normalmente un año) dividida entre la población “a riesgo” de sufrir el evento durante ese período de tiempo. Las tasas indican cuán común es que suceda algún evento

Trastorno afectivo.- Categoría dentro de los problemas de la salud mental que incluye los trastornos depresivos.

Trastorno del aprendizaje.- Los trastornos del aprendizaje se caracterizan por las dificultades en el área académica (lectura, matemáticas o expresión escrita); es decir, que la capacidad de logro de un niño en un área académica específica es inferior a la esperada de acuerdo con su edad, nivel escolar e inteligencia.

U

Urbanización.- Aumento en la proporción de una población que vive en las zonas urbanas.

Z

Zona urbana.- Las definiciones de zonas urbanas varían de un país a otro. Típicamente, se considera urbana una zona con una población de 2.000 o más habitantes.

ANEXO Nº 11

7.11. PERFIL DE TESIS

**FORMATO PARA DECLARAR TEMA Y PROBLEMA PARA TRABAJO FINAL
DE GRADO**

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE:Propuesta de Proyecto de Investigación Propuesta de Proyecto de Tesis Propuesta de Proyecto Globalizador **Datos Generales**

Información general del proyecto de investigación							
Tema de Investigación: "Determinantes sociales, económicos y culturales del aborto en adolescentes que acuden al Hospital Marco Vinicio Iza en el periodo Abril-Julio 2011"							
Escuela: ENFERMERIA							
Línea de Investigación (Marque con una X, la que corresponda)							
Negociación Comercial		Comercio Exterior y Aduanas		Desarrollo Empresarial		Productividad	Emprendimiento e Innovación
Impactos Ambientales		Mercadeo y Marketing		Promoción y desarrollo turístico y eco turístico		Cultura y saberes ancestrales	Planta turística
Bioseguridad y factores de riesgo		Medicina ancestral y/o tradicional		Prevención, promoción, curación y rehabilitación en salud	x	Biotecnología agropecuaria	Manejo y conservación de recursos naturales
Producción agropecuaria		Pos cosecha		Transformación de materias primas			
Duración del Proyecto		4	meses				
Cooperantes en el proyecto de investigación:							
Instituciones Educativas	x	ONG y/o Fundaciones		Entidades de Gobierno	x	Gobierno Seccional	Ninguno

Centros de Investigación		Empresas Privadas		Empresas Públicas		Otro			
Información de las instituciones cooperantes:									
Nombre de la Institución:		HOSPITAL PROVINCIAL MARCO VINICIO IZA							
Cooperante:	Dr. Leonardo Pavon			Cargo:	Director Hospital				
Dirección:	HPMVI				Ciudad/País:	LAGO AGRIO			
Email:				Teléfono:				Fax:	
Nombre de la Institución:									
		UNIVERSIDAD POLITECNICA DEL CARCHI							
Cooperante:	RUTH SALGADO			Cargo:	DIRECTORA DE ESCUELA				
Dirección:	UPEC				Ciudad/País:	Ecuador			
Email:				Teléfono:				Fax:	
Financiación del proyecto, los fondos serán:									
Propios	<input checked="" type="checkbox"/>	Externos	<input type="checkbox"/>	Mixtos	<input type="checkbox"/>				
Monto total del proyecto en USD: 300 usd									
Información de las instituciones aportantes:									
Nombre de la Institución:									
Contacto:				Cargo:					
Dirección:					Ciudad/País:				
Email:				Teléfono:				Fax:	
Nombre de la Institución:									
Contacto:				Cargo:					
Dirección:					Ciudad/País:				
Email:				Teléfono:				Fax:	

Datos de los Investigadores

Nombre (Incluyendo estudiantes)	Cargo Actual en la UPEC	Cargo en el proyecto de Investigación
Germania Benavides	Docente	Tutora
Diana Rojas	Estudiante enfermería	Coordinadora Recolectadora de datos Encuestadora
Sonia Chilingua	Estudiante enfermería	Coordinadora Estadístico/epidemiólogo Encuestadora

Formulación de problema.

Describe la situación problema; cuál es el problema que pretende resolver?, sea concreto y señale las variables.

En el mundo mueren 200 mil mujeres al año por realizarse abortos en lugares clandestinos. De acuerdo con datos de la OMS, publicados en 1997, cada año se practicaban alrededor de 50 millones de abortos en el mundo; de éstos, 20 millones se realizaban en condiciones inseguras y provocaban la muerte de 78 mil mujeres.

Para el año 2000, la OMS calculó que a escala internacional se realizaron alrededor de 19 millones de abortos en condiciones inseguras, de los cuales 18.5 millones (97.5%) ocurrieron en países del mundo en desarrollo.¹

La tasa de mortalidad materna aumentó de 63 por cada 100.000 nacidos vivos en 1995, a 78 en el 2003. Solo el 36% de las mujeres que tuvo un parto fue a un control post-parto, que es el período más sensible para las muertes maternas. La segunda causa de muerte materna en el Ecuador son los embarazos terminados en aborto y cada año se dan alrededor de 20.000 egresos hospitalarios por esta causa.

En 1999 el 10% de las mujeres entre 15 y 19 años se embarazaba. La tasa es la segunda más alta de América Latina.²

En los últimos ocho años se duplicó la tasa de abortos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública hasta llegar a 24.228 por año.³

En el Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos se han registrado 382 abortos en el periodo Enero-Diciembre 2010, de los cuales 311 son

¹<http://www.suite101.net/content/como-se-considera-el-aborto-en-el-mundo-a15453#ixzz1HipviUkm>

²http://www.educate.org/alandar/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=28 CEPAR, ENDEMAIN 2004.

³<http://www.eluniverso.com/2008/03/23/0001/8/53D3CB5D77404D828B1E99F63BF48D23.html>

realizados procedimientos invasivos.”Datos proporcionados por el departamento de estadística del HPMVIZA”

Con este estudio se pretende conocer cuáles son los determinantes sociales, económicos y culturales del aborto en adolescentes que acuden al Hospital Marco Vinicio Iza en el periodo Abril-Julio 2011, como también de determinar las características socio-demográficas y económicas que influyen, además de relacionar los factores que influyen en la toma de decisión de las adolescentes e identificar el rol de los servicios de salud sexual y reproductiva a los que las adolescentes asistieron.



Justificación y alcance del proyecto

Responda a las siguientes inquietudes: ¿Por qué es importante investigar el problema?, ¿para qué investiga este problema?, ¿Qué impactos genera esta investigación?, ¿Quiénes son los beneficiarios?. ¿Factibilidad: Económica, técnica, Bibliográfica, etc.?

Porque es importante investigar el temas?En el país, actualmente, los estudios realizados con relación a la adolescencia, han sido abordados sobre diferentes aspectos del embarazo y la mayoría de ellos a lo interno de servicios hospitalarios, sin embargo, con respecto al aborto, como causa principal de morbimortalidad en este grupo etáreo no se ha logrado definir su propia realidad.

La cantidad de partos ha presentado un incremento mucho más bajo. Hace ocho años se atendieron 117.334 nacimientos en hospitales públicos, y en el 2007 la cifra llegó a 143.535. Es decir, la cifra subió en un 22%.

Si se suman los 4.216 abortos registrados el año pasado en la maternidad más grande del país –la Enrique C. Sotomayor, de la Junta de Beneficencia de Guayaquil–, crece hasta llegar a los 28.444 embarazos inconclusos.⁴

Además el rápido incremento en la tasa de fecundidad en mujeres menores de 20

⁴<http://www.eluniverso.com/2008/03/23/0001/8/53D3CB5D77404D828B1E99F63BF48D23.html>

años y el riesgo potencial a que este grupo está expuesto, nos orienta a tratar de detectar las características preliminares del porque se produce el fenómeno, investigar si éstas tienen relación directa con las limitaciones impuestas sobre la mujer, con las costumbres y actitudes tradicionales de su familia o con las condiciones socio-económicas, de salud y geográficas de la misma.

Para que investigar el problema?

Con este estudio se pretende crear pautas para lograr la vinculación de los proveedores de servicios para que se arbitre un amplio conjunto de medidas que vayan no sólo en función de mejorar los elementos de la atención integral de la salud reproductiva sino también interrelacionarlos con los otros sectores sociales que son determinantes de la salud de la mujer.

Por esa razón es importante conocer cuáles son las mejores estrategias y medidas para disminuir este alto índice de mortalidad materna

Qué impactos genera esta investigación? Disminuir la morbimortalidad en pacientes con síntomas de aborto, conociendo los diferentes factores y procesos que produce este evento

Quiénes son los beneficiarios? En general todos somos beneficiarios ya que este tema es global, no depende solo de la familia sino que también depende de instituciones públicas, privadas y la comunidad, y de esta manera vamos a crear nuevas estrategias, ideas y modelos de prevención de embarazos no deseados en este grupo a investigar.

Factibilidad: Económica, técnica, Bibliográfica? Factible de realizarlo y viable porque lo evaluamos ante una necesidad colectiva y conocemos las condiciones del tema, población a estudio, y así podremos aportar datos verídicos y así poderlos comparar con investigaciones, datos, estrategias ya realizadas y así poderlas innovar y aplicar en este grupo de estudio.

Antecedentes de la investigación.

Resultados de investigaciones anteriores, teorías que permiten deducir el problema.

En 1968 se realizó la primera exploración al problema del aborto en Nicaragua. El doctor Clemente Guido encontró un porcentaje de 1.5% de abortos ilegales como componente del 5% que representaba el aborto en el país.

En Nicaragua el aborto en sus diferentes formas representa el 10- 15% de embarazos no deseados.

Durante la década de los 80 la primera causa de muerte materna en Nicaragua ha sido el aborto clandestino secundario a embarazos no deseados. En 1994 el aborto clandestino ocupó el primer lugar de muerte materna hospitalaria en Managua.

En 1989 el MINSA colaboró con IPAS, para iniciar un programa a fin de mejorar el tratamiento del aborto incompleto, así como la orientación y servicio de atención post-aborto, mediante la capacitación y asistencia técnica en la prestación de servicios.

En 1995 el personal de salud había sido capacitado en el uso de la técnica aspiración endouterina y estaba prestando servicio en 30 unidades de salud pública. En ese mismo año el proyecto se graduó oficialmente y el apoyo externo de IPAS concluyó.

En 1996 se evaluó

En 1998 la Doctora Ana María Pizarro, en una investigación sobre Atención humanizada del aborto y del aborto inseguro, resume los principales parámetros de alto riesgo reproductivo identificados por el gobierno de Nicaragua:

-Fecundidad más joven de Centroamérica: adolescentes de 15 a 19 años, con un promedio de 158 nacimientos por mil en 1990.

-En las mujeres: 14% de uniones antes de los 15 años y 45% de uniones antes de los 18 años, en 1995.

-12.1% de mujeres solteras con hijos entre los 15 y 19 años, en 1993.

-67% de mujeres sin educación expresan no querer tener más hijos en 1992.

-Demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar por parte del 24% de las mujeres en unión marital, el 65% de ellas de procedencia rural, y el 70% sin haber asistido a la escuela o sin terminar la educación primaria, en 1992.⁵

⁵www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/69.pdf

En el Ecuador es la segunda causa de muerte materna ya que los embarazos son terminados en aborto y cada año se dan alrededor de 20.000 egresos hospitalarios por esta causa.

En los últimos ocho años se duplicó la tasa de abortos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública hasta llegar a 24.228 por año.

La cantidad de partos ha presentado un incremento mucho más bajo. Hace ocho años se atendieron 117.334 nacimientos en hospitales públicos, y en el 2007 la cifra llegó a 143.535. Es decir, la cifra subió en un 22%.

Si se suman los 4.216 abortos registrados el año pasado en la maternidad más grande del país –la Enrique C. Sotomayor, de la Junta de Beneficencia de Guayaquil–, crece hasta llegar a los 28.444 embarazos inconclusos.⁶

En el Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos se han registrado 382 abortos en el periodo Enero-Diciembre 2010, de los cuales 311 son realizados procedimientos invasivos.”Datos proporcionados por el departamento de estadística del HPMVIZA”

⁶<http://www.eluniverso.com/2008/03/23/0001/8/53D3CB5D77404D828B1E99F63BF48D23.html>

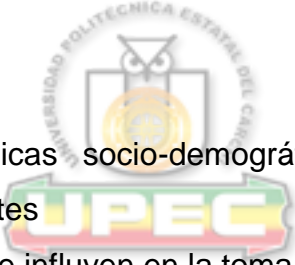
Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo General: Identifica la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos. El objetivo debe responder a las preguntas "qué" y "para qué". Es el conjunto de resultados cualitativos que el programa o proyecto se propone alcanzar a través de determinadas acciones.

Objetivo General.

Identificar las determinantes sociales, económicos y culturales del aborto en adolescentes que acuden al Hospital Marco Vinicio Iza en el periodo Abril-Julio 2011”

Objetivos Específicos

- 
- a) Determinar las características socio-demográficas y económicas que influyen en el aborto en adolescentes
 - b) Relacionar los factores que influyen en la toma de decisión de las adolescentes
 - c) Identificar el rol de servicios de salud sexual y reproductiva a las que las adolescentes asistieron.

Hipótesis o idea a defender:

Hipótesis cuando el proyecto tenga mayor carga cuantitativa, es decir, el uso de modelos estadísticos matemáticos.

Idea a defender, cuando el proyecto tenga mayor carga cualitativa, y el uso de estadística descriptiva.

Hipótesis

Cuáles son los determinantes del aborto en adolescentes que acuden al Hospital Marco Vinicio en el periodo Abril-julio 2011

Objeto De Estudio

Adolescentes

Campo De Acción

Determinantes de Aborto

**Tipo de investigación**

Se describe el tipo de investigación que se considere pertinente, teniendo en cuenta el tema y los objetivos propuestos

El diseño del presente estudio es analítico, de casos y controles-retrospectivo, en donde se seleccionara a mujeres adolescentes en función de la presencia de un evento, que en este caso es el de tener historia de aborto.

También es descriptiva porque nos ayudara a identificar las relaciones que existen entre los hechos para lograr una verdadera comprensión del fenómeno a estudiar.

La presente investigación será de tipo **descriptivo** porque estará dirigida a determinar cómo será la situación de las variables de la investigación, a la vez que es de carácter aplicada por cuanto ofrece propuestas factibles para la solución del problema

planteado.

Será **bibliográfica** porque nos permitirá indagar documentales que nos ayude a apoyar la investigación donde desee realizarla para así evitar investigaciones ya realizadas y poder emprender nuevos conocimientos y caminos para mejorar nuestra investigación.

También será **correlacional** porque se interesará por averiguar cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí.



CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO DE PROYECTO						
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS - INSUMOS	VALOR UNITARIO	CANT.	VALOR TOTAL	TIEMPO
OBJETIVO 1	1.1. Guía de observación	Hojas, Fichas	0.20	100	20.00	144horas
	1.2. Análisis de datos estadísticos	Estadísticas	0.10	20	2.00	
		Computador	1.20	12	14.40	
	1.3. Encuestas	Impresiones	0.15	100	15.00	
		Copias	0.05	200	10.00	
OBJETIVO 2	1.1. Tabulación de datos de las encuestas	Computador	1.20	8	9.60	216horas
		Hojas	0.05	70	3.50	
	1.2. Asociación de factores	Impresiones	0.15	60	9.00	
	1.3. Análisis de datos obtenidos de las encuestas	Estadística	0.10	20	2.00	
OBJETIVO 3	1.1. Elaboración del informe final.	Hojas de papel bond	0.03	600	18.00	360horas
		Impresiones	0.15	200	30.00	
	1.2. Revisión del informe final	Copias	0.05	600	30.00	
	1.3. Entrega del informe final	Empastado	25.00	3	75.00	
		Elaboración de cuadros estadísticos	0.10	40	4.00	
		Transporte	7.00	9	56.00	
SUBTOTAL					298.50	720 horas
TOTAL					298.50	720 horas

Bibliografía y otra producción científica citada

- 1) www.suite101.net/content/como-se-considera-el-aborto-en-el-mundo-a15453#ixzz1HipviUkm
- 2) www.educate.org/alandar/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=28
CEPAR, ENDEMAIN 2004.
- 3) www.eluniverso.com/2008/03/23/0001/8/53D3CB5D77404D828B1E99F63BF48D23.html
- 4) www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/69.pdf
- 5) Datos Proporcionados por el Departamento de Estadística del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza
- 6) www.comiteprovida.org/aborto/estrategias-legalizacion-aborto.pdf
- 7) <http://www.e-health.edu.co/aborto/proyectoaborto.pdf>
- 8) http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/26%20Salud%20reproductiva%20e.pdf

Declaración Final

Los abajo firmantes declaramos bajo juramento que el proyecto descrito en este documento no ha sido presentado a otra institución nacional o internacional para su financiamiento, no causa perjuicio al ambiente, es de nuestra autoría y no transgrede norma ética alguna.

Lugar: Tulcán
2011

Fecha: 7 de Abril

Firmas

Sonia Chilibingua
Nombre
C.I.:0401304308

Diana Rojas
Nombre
C.I.:0401636709

Espacio Reservado para la Comisión de Investigaciones

Funcionario
responsable:

Nombre

Firma

Fecha de
Recepción

