

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE AFECTAN LA MULTIPARIDAD EN EL  
MUNICIPIO DE PARRAMOS”**

“Serie de casos prospectiva realizada en el departamento de Chimaltenango en 2019”

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad San Carlos de Guatemala

**Priscila María López García**

**Médico y Cirujano**

**Guatemala, Julio 2020**



El infrascrito Decano y el Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG–, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

La bachiller:

PRISCILA MARÍA LÓPEZ GARCÍA 201110337 2545530790101

Cumplió con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE AFECTAN  
LA MULTIPARIDAD EN EL MUNICIPIO DE PARRAMOS**

Serie de casos prospectiva realizada en el departamento de Chimaltenango en 2019

Trabajo asesorado por el Dr. Pedro Noé Brito Hermoso y revisado por la Dra. María Estela del Rosario Vásquez Alfaro, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:

**ORDEN DE IMPRESIÓN**

En la Ciudad de Guatemala, el veintitrés de julio del dos mil veinte



Dr. C. César Oswaldo García García  
Coordinador



Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva  
DECANO

Vo.Bo.  
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva  
Decano



El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que la estudiante:

PRISCILA MARÍA LÓPEZ GARCÍA 201110337 2545530790101

Presentó el trabajo de graduación titulado:

CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE AFECTAN  
LA MULTIPARIDAD EN EL MUNICIPIO DE PARRAMOS

Serie de casos prospectiva realizada en el departamento de Chimaltenango en 2019

El cual ha sido revisado por la **Dra. María Estela del Rosario Vásquez Alfaro** y, al establecer que cumple con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les AUTORIZA continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, veintitrés de julio del año dos mil veinte.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. C. César Oswaldo García García  
Coordinador





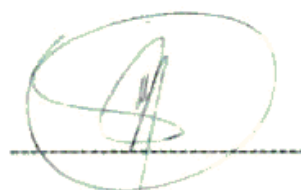
Guatemala, 23 de julio del 2020

Doctor  
César Oswaldo García García  
Coordinador de la COTRAG  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Dr. García:

Le informo que yo:

PRISCILA MARÍA LÓPEZ GARCÍA



Presenté el trabajo de graduación titulado:

CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE AFECTAN  
LA MULTIPARIDAD EN EL MUNICIPIO DE PARRAMOS

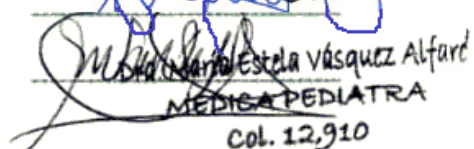

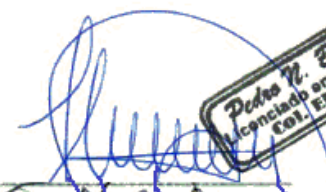
Serie de casos prospectiva realizada en el departamento de Chimaltenango en 2019

Del cual el asesor y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

#### FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesor (a): Dr. Pedro Noé Brito Hermoso

Revisor (a): Dra. María Estela del Rosario Vásquez Alfaro  
Reg. de personal 20100453



MARÍA ESTELA VÁSQUEZ ALFARO  
MÉDICA PEDIATRA  
COL. 12,910





## **ACTO QUE DEDICO:**

**A DIOS:** Por ser mi fuente de inteligencia y sabiduría, por darme la fortaleza y los ánimos cuando sentía desmayar, a ti Señor dedico este triunfo exaltando tu fidelidad una vez más en mi vida, siempre estuviste conmigo en cada desvelo, en cada turno, en cada examen y nunca me desamparaste, siempre sentí tu mano ayudándome, a ti la gloria y honra por siempre.

**A MI ESPOSO:** William Samuel Guevara Orellana, gracias por tanto amor, comprensión y apoyo incondicional, gracias por tomarte este reto tan personal y por esforzarte tanto para que lo lograra, gracias por soportar desvelos, carreras y sacrificarte junto a mí, sin tu ayuda no hubiera sido posible llegar hasta aquí. Te amo, eres el amor de mi vida.

**A MI HIJO:** Hijo hoy marco este precedente y quiero que sepas que no hay nada que con el respaldo de Dios y mucho esfuerzo, no puedas lograr, todo es posible al que puede creer. Te amo Samuel Isaac, este logro también es para y por ti, porque no quise enseñarte sobre el esfuerzo solo con palabras, sino con hechos.

**A MIS PADRES:** Luis Felipe López Carías y María Elena García de León, gracias por que fueron ustedes quienes creyeron en mi sueño desde el principio, quienes me brindaron todo su amor y apoyo incondicional para iniciar esta carrera y luego al casarme, continuaron apoyándome y acompañándome en el proceso, gracias por no dudar que lograría llegar hasta el final de mi carrera, son un ejemplo de una vida de fe. Hoy honro sus vidas con este logro y les agradezco por sus incesantes oraciones y consejos que es lo fundamental, sin ustedes jamás hubiera llegado hasta aquí, los amo.

**A MIS HERMANOS:** Karen Emilsa López García y Luis Pablo López García, gracias por ser ejemplo de esfuerzo, perseverancia y valentía, por creer en mí y por apoyarme en este caminar, son un pilar fundamental en mi vida, los amo.

**A MI FAMILIA:** Muchas gracias por su amor, ánimos y consejos, son importantes para mí.

**A MIS AMIGOS:** Muchas gracias por ser parte de esta aventura, por creer en mí y por acompañarme durante todo este tiempo en las buenas y en las malas.

**A MI ALMA MATER:** La Universidad San Carlos de Guatemala, por admitirme y formarme en sus aulas como la profesional que siempre soñé ser.

**Priscila María López García**

## **AGRADECIMIENTOS ESPECIALES**

A mi revisora de tesis Dra. María Estela del Rosario Vásquez Alfaro por compartir su conocimiento tan valioso, por su paciencia, apoyo y por enseñarme a hacer las cosas con excelencia y dedicación, por guiarme en este proceso el cual culmina exitosamente. Al Lic. Pedro Noé Brito Hermoso por su apoyo y acompañamiento durante todo este proceso, sus aportes como profesional fueron fundamentales en la realización de este trabajo.

Al área de salud de Chimaltenango y Centro de Salud de Parramos por abrirme las puertas y por el apoyo brindado para llevar a cabo este estudio.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Caracterizar los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos del departamento de Chimaltenango en 2019. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Serie de casos prospectiva en 154 mujeres multíparas a quienes se les aplicó un cuestionario; con análisis estadístico univariado y aval del Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas. **RESULTADOS:** El 62 % (95) casada; 51 % (79) católica; 69 % (107) vive en área urbana; 79 % (122) ama de casa; 54 % (83) indígena; 51 % (79) con educación primaria; media  $6 \pm 2$  gestas; 63% (97) no utilizó método de planificación familiar; 26% (40) registró temor para utilizar método de planificación familiar; la edad media del primer hijo de  $19 \text{ DE} \pm 3$  años; la edad media de inicio de relaciones sexuales de  $19 \text{ DE} \pm 3$  años; 56% (87) registró un salario menor a Q. 2 992. **CONCLUSIONES:** De los factores que afectan la multiparidad más de la mitad es casada, católica, vive en área urbana, con educación primaria, cuya media del número de gestas es 6, ocho de diez es ama de casa, cinco de diez es indígena, con edad media de inicio de relaciones sexuales de 19 años, más de la mitad no utiliza ningún método de planificación familiar, tres de diez refiere no utilizarlo por temor y el ingreso económico en seis de cada diez es menor a Q2 992.

**Palabras clave:** Multiparidad, Salud Reproductiva, Planificación Familiar.



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>2. MARCO DE REFERENCIA</b> .....	5
2.1 Marco de antecedentes.....	5
2.2 Marco referencial .....	8
2.2.1 Multiparidad.....	8
2.2.2 La edad como factor de riesgo para la multiparidad .....	9
2.2.3 Factores sociodemográficos que se relacionan con la multiparidad .....	10
2.2.4 Relaciones sexuales y la fertilidad.....	10
2.2.5 Factores ginecoobstétricos que se relacionan con la multiparidad .....	11
2.2.6 Planificación familiar y métodos anticonceptivos .....	12
2.2.7 Factores que influyen en la decisión de utilizar métodos anticonceptivos.....	15
2.2.8 Principales factores que influyeron en la decisión de no utilizar algún método de ....	16
Planificación familiar.....	16
2.2.9 Maternidad y paternidad responsable.....	17
2.2.10 El factor económico como determinante para la fecundidad .....	17
2.3 Marco teórico .....	22
2.4 Marco conceptual.....	25
2.5 Marco geográfico y sociodemográfico.....	27
2.6 Marco institucional .....	28
2.7 Marco legal .....	29
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	31
3.1 Objetivo general.....	31
3.2 Objetivos específicos .....	31
<b>4. POBLACIÓN Y MÉTODOS</b> .....	33
4.1 Enfoque y diseño de investigación .....	33
4.1.1 Enfoque.....	33
4.1.2 Diseño de investigación.....	33
4.2 Unidad de análisis y de información.....	33
4.2.1 Unidad de análisis: .....	33
4.2.2 Unidad de información.....	33
4.3 Población y muestra .....	33

4.3.1 Población diana .....	33
4.3.2 Población a estudio .....	34
4.3.3 Muestra .....	34
4.4 Selección de los sujetos a estudio .....	35
4.5 Definición y operacionalización de variables .....	36
4.6 Recolección de datos.....	39
4.6.1 Técnicas.....	39
4.6.2 Procesos .....	39
4.6.3 Instrumento .....	42
4.6.3.1 Prueba piloto .....	42
4.7 Procesamiento y análisis de datos.....	42
4.8 Alcances y límites de la investigación .....	44
4.8.1 Obstáculos .....	44
4.8.2 Alcances.....	44
4.9 Aspectos éticos de la investigación.....	44
4.9.1 Principios éticos generales .....	44
4.9.2 Categoría de riesgo .....	46
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>6. DISCUSIÓN .....</b>	<b>53</b>
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>59</b>
<b>8. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>61</b>
<b>9. APORTES .....</b>	<b>63</b>
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>
<b>11. ANEXOS .....</b>	<b>77</b>
Anexo 11.1. Municipio de Parramos, departamento de Chimaltenango. ....	77
Anexo 11.2. Instrumento de recolección de datos.....	78
Anexo 11.3. Consentimiento informado .....	82

# 1. INTRODUCCIÓN

La multiparidad según Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth j, Rouse D, Spong C, fue considerada como la cualidad de la mujer que completó dos o más embarazos hasta las 20 semanas o más, determinando la paridad no por el número de fetos nacidos sino por la cantidad de embarazos que llegaron a éstas 20 semanas, sin embargo Alamo F, afirmó que la multiparidad correspondió a aquella condición por la cual la gestante tuvo 2 o más partos, por lo que dada las diferencias conceptuales, en ésta investigación se consideró la multiparidad como la cualidad de la mujer que tuvo dos o más partos.<sup>1-2</sup>

Además, Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth j, Rouse D, Spong C en su libro Williams Obstetricia, mencionaron que existen tres tipos de parto: vaginal espontáneo, vaginal con aplicación de fórceps y cesárea transperitoneal, por lo que en ésta investigación se tomó en cuenta el antecedente de cesárea transperitoneal para definir la paridad de la mujer y no sólo el antecedente de partos por vía vaginal.<sup>1</sup>

Se consideró que la multiparidad fue una cualidad que se alcanzó durante la edad fértil de la mujer y se vinculó directamente con el crecimiento poblacional; esto se vió reflejado en el informe nacional de la encuesta mundial de avances del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) que se realizó en 2013 en el cual se mencionó que Guatemala tuvo una de las tasas más altas de crecimiento poblacional a nivel de América Latina de 2.4, así mismo en el año 2014 el Instituto Nacional de Estadística (INE) realizó un informe con las estadísticas demográficas y vitales en donde evidenció que el número promedio de hijos que esperaba tener una mujer al llegar al final de su vida reproductiva es de 2.9 hijos por mujer.<sup>3-4-5</sup>

Se evidenció que a partir de un análisis demográfico a nivel departamental, Chimaltenango reportó en 2012 una tasa de fecundidad de 3.3 mayor a la nacional de 3.1, además se registró 25.2 nacimientos por cada mil habitantes y de ellos el 16.8% correspondió a madres menores de 20 años de edad.<sup>6</sup>

Según la Dirección del Área de Salud (DAS) de Chimaltenango, éste departamento en el año 2014 registró una tasa de natalidad de 20.72, el año 2015 reportó 22.45, en el año 2016 registró 20.75, en el año 2017 reportó 19.25 y finalmente en el 2018 reportó 21.30. La tasa de

fecundidad en el año 2014 fué de 64.97, en el año 2015 reportó 69.80, en el año 2016 registró 67.23, en el año 2017 reportó 59.71 y finalmente en el 2018 reportó 62.34. <sup>1</sup>

Así mismo en los últimos cinco años Parramos fué el municipio que registró el porcentaje más alto en no utilizar ningún método anticonceptivo para planificación familiar del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) con un 95%, ya que tuvo 6641 mujeres en edad fértil, además tuvo una tasa de fecundidad de 58, una tasa de natalidad en promedio de 18.41 y un crecimiento vegetativo de 6.23, además, se revisó 63 expendientes clínicos de mujeres que acudieron al centro de salud de Parramos, en el año 2018, 3 de cada 10 mujeres presentó multiparidad y en el año 2019, 4 de cada 10, lo cual evidenció que éste fenómeno se encontró presente en ésta localidad y que va en aumento. <sup>2</sup>

Se consideró ciertas características sociodemográficas, ginecoobstétricas y económicas familiares como factores que afectan la multiparidad, los cuales fueron el interés de estudio de la presente investigación. Dentro de los factores sociodemográficos se mencionó la edad, ya que la edad a la que se inició actividad sexual reproductiva determinó la paridad de la mujer según su edad cronológica. La religión fue otro factor que incidió en la paridad, ya que según algunas de ellas, utilizar algún método anticonceptivo se consideró pecado. La vivienda también fué importante dentro de ésta clasificación ya que se observó que la tasa global de fecundidad fué mayor en áreas rurales del país. <sup>7-8-9</sup>

Siguiendo ésta misma clasificación, se consideró la ocupación como un factor sociodemográfico importante ya que se observó que las mujeres adaptaron su conducta reproductiva según su vida laboral. El grupo étnico y la escolaridad fueron también factores sociodemográficos relevantes ya que se observó que la tasa global de fecundidad fué mayor en grupos indígenas con 3.6 y personas sin ningún tipo de educación con 4.6, en comparación con grupos no indígenas con una tasa de 2.8 y con algún tipo de educación con una tasa de 1.6. <sup>10-9</sup>

Dentro de los factores ginecoobstétricos que afectan la multiparidad, se consideró el antecedente de cesárea transperitoneal como un factor ginecoobstétrico importante ya que ésta vía de resolución de parto también determinó la paridad y en ocasiones incluso la limitó, también dentro de ésta clasificación se incluyó el antecedente de número de gestas, abortos,

---

<sup>1</sup> Datos proporcionados por Salud Reproductiva de la Dirección del Área de Salud de Chimaltenango, información no publicada.

<sup>2</sup> Datos proporcionados por el Centro de Salud de Parramos, información no publicada.



partos por vía vaginal y de hijos vivos debido a que éstos factores incidieron en la salud materna y en el número de hijos vivos por mujer. <sup>11-12</sup>

En ésta misma clasificación se incluyó la planificación familiar y la contraindicación médica para utilizar métodos de planificación familiar, ya que en ocasiones, ésta última fué un motivo fuera de la voluntad para abandonar o interrumpir la planificación familiar, lo que incidió en la paridad de la mujer, tal es el caso de algún diagnóstico como coagulopatías o bien, algún antecedente quirúrgico como histerectomía, entre otros, sin embargo en ocasiones se debió a una falta de acceso o rechazo a los métodos de planificación familiar, entre otras causas; tales como abandono por causas personales y psico-culturales. <sup>13-14</sup>

Existen además otros factores que afectaron la multiparidad y fueron razones por las cuales las mujeres decidieron voluntariamente no utilizar algún método de planificación familiar, entre ellos se observó inconvenientes al utilizar el método, creencias religiosas, desaprobación de la pareja, vergüenza y temor entre otros, incidiendo en la paridad. Se mencionó también la edad en la que una mujer tuvo su primer hijo como un factor ginecoobstétrico importante ya que se observó que el tener un primer hijo a edad temprana, aumentó el riesgo de seguir teniendo embarazos durante el resto de su edad fértil hasta alcanzar la paridad máxima. <sup>15-16-11</sup>

Siguiendo ésta misma clasificación, se incluyeron como factores ginecoobstétricos el inicio temprano de relaciones sexuales ya que representó un riesgo para el inicio de una vida reproductiva a temprana edad, se observó que cada año a nivel mundial aproximadamente 15 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad dan a luz a su primer hijo. Así mismo el periodo intergenésico fué también un factor importante que se definió como aquel que se encontró entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo, que por lo general en multíparas suele ser corto, es decir, menor a 18 meses. <sup>17-18</sup>

Se consideró como factor ginecoobstétrico importante el número de parejas sexuales ya que se observó que 29% de las madres y 40% de los padres con múltiples parejas sexuales tuvieron cinco o más hijos, un número mayor que quienes tuvieron una sola pareja sexual. Otro factor que se consideró que afectó la multiparidad fué el económico familiar, ya que quienes estaban en el quintil inferior de riqueza tuvieron una tasa global de fecundidad de 4.9 en comparación con el grupo que tuvo un quintil de riqueza superior con una tasa global de fecundidad de 1.9 es decir, a menor quintil de riqueza, mayor tasa de fecundidad. <sup>19-9</sup>

Se evidenció además, que la multiparidad trajo consigo efectos negativos que condicionaron la aparición de diversas complicaciones a la salud no solo de la mujer, sino del producto de la gestación, tales como diabetes mellitus gestacional, parto pretérmino, prolapso genital, hemorragia uterina, preeclamsia, macrosomía y muerte fetal.<sup>20-21-22-23-24-25-26-27</sup>

En el pasado se consideró normal y aceptable el observar mujeres con familias muy numerosas en donde cada mujer tenía no menos de 6 hijos e incluso hasta 16, según profesionales de la salud se consideró que ésta condición fué el resultado de la falta de salud sexual y reproductiva, sin embargo, los tiempos cambiaron y el sistema de salud mejoró y trató la manera de implementar programas y servicios con vías del fortalecimiento en salud sexual y reproductiva, pero a pesar de ésto aún se continuó observando éste fenómeno llamado multiparidad en la sociedad.<sup>28</sup>

Se observó que a nivel nacional el número de hijos por pareja en áreas rurales del país, continuó siendo elevado, es decir continuó la multiparidad; ésto se vió reflejado en que Guatemala tuvo recientemente una tasa de crecimiento poblacional de 2.4% anual es decir, una de las más altas de América Latina. Según la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) que se realizó en 2014-2015, la tasa global de fecundidad fué de 3.1 y las mujeres que se encontraron en el rango de edad 40-49 años tuvieron un promedio de nacidos vivos de 6.1, quienes tuvieron un quintil de riqueza inferior tuvieron un promedio de nacidos vivos de 6.7.<sup>12-9</sup>

A nivel local en el año 2018, Almaraz A, mencionó que en el municipio de Zaragoza, del departamento de Chimaltenango, se observó una gran cantidad de mujeres con antecedente de nueve a diez partos es decir, grandes multíparas, también se observó un grupo con una paridad menor de cuatro, se observó que en ambos grupos se presentaron factores religiosos, educativos y culturales que incidieron en éste fenómeno.<sup>11</sup>

Se consideró la multiparidad como un fenómeno importante que afecta a la salud materna debido a sus efectos negativos, por lo tanto es de interés saber cuáles son los factores que afectan la multiparidad y que conducen a la mujer hacia ella, por lo cual surgió la pregunta ¿Cuál es la caracterización de los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos del departamento de Chimaltenango en 2019? Para dar respuesta se realizó una serie de casos, la cual se enfocó en caracterizar los factores que afectaron la multiparidad en mujeres multíparas mayores de 18 años de edad que residieron en el municipio de Parramos y que aceptaron voluntariamente participar en éste estudio.

## 2. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1 Marco de antecedentes

Se consideró que la multiparidad fué un fenómeno que tuvo alta relevancia no sólo a nivel salud, sino social, político y económico de todo un país, ésto debido a que se le consideró un factor de riesgo para el desarrollo de diversas morbilidades materno-infantil. Según estudios que se realizaron, ésta problemática se encontró presente a nivel mundial, sin embargo, fueron algunos países en donde se encontró mayor incidencia de ella.

#### 2.1.1. A nivel internacional

En el año 2014 Bezerra L, Oliveira K, Rodríguez C, Araújo T, realizaron un estudio en Teresina Brazil con el objetivo de analizar los factores asociados a la multiparidad en la juventud, la población a estudio fueron 464 mujeres que terminaron un embarazo en los primeros cuatro meses del 2006 cuando tenían entre 15 y 19 años, los resultados mostraron que hubo asociación entre multiparidad y el grupo etario de 20 y 22 años (OR 1.63), falta de escolaridad (OR 3.58), no tener un trabajo remunerado en ése momento (OR 2.28), relaciones sexuales antes de los 15 años (OR 1.27), no utilizar ningún método de planificación familiar en la primera relación sexual (OR 1.43), y el tener un primer hijo antes de los 15 años (OR 3.53), todo lo anterior con un IC del 95%.<sup>29</sup>

Susacasa S, realizó un estudio en el año 2014, en Buenos Aires, Argentina. El estudio tuvo como objetivo analizar las diferencias sociodemográficas entre mujeres embarazadas gran multíparas de aquellas que no lo son, la población a estudio fueron mujeres que tuvieron partos en el hospital materno infantil Ramón Sardá durante el año 2008, los resultados revelaron que los factores que más se asociaron fueron la edad a la que tuvo el primer parto con según OR 8.7, el no utilizar ningún método anticonceptivo con OR de 6.06, y nacionalidad según OR 3.44, los tres factores mencionados con un IC de 95%.<sup>7</sup>

Renojo M, realizó un estudio en el año 2017, en Lima Perú, con el objetivo de determinar las características sociodemográficas y culturales de las adolescentes con embarazo reincidente, la población que se estudió fueron 312 gestantes adolescentes del Hospital María Auxiliadora, los resultados evidenciaron que del total de la población a estudio el 64.4% eran

solteras, el 52.6% eran estudiantes, el 77.6% no utilizaban ningún tipo de método anticonceptivo antes de presentar el primer embarazo, el 92.3% de ellas estudiaron hasta nivel secundario.<sup>30</sup>

Chica L, realizó un estudio en Los Ríos, Ecuador en el año 2018, el objetivo fué determinar la relación entre la multiparidad y planificación familiar en mujeres adolescentes que fueron atendidas en el Hospital León Becerra Camacho durante el año 2017, la población a estudio fueron 771 mujeres atendidas en éste centro, los resultados mostraron que un 45% tuvo entre 12 y 19 años de edad siendo el número promedio de hijos o gestaciones que presentaron de 1 a 3, de ellas un 44.44% sólo estudió hasta primaria, mientras que el 55% estudió hasta secundaria, un 26.66% aseguró utilizar algún método anticonceptivo y un 73.33% refirió que nunca lo utilizaron.<sup>31</sup>

En el año 2019, Vetanzo G, realizó un estudio en Lima, Perú, con el objetivo principal de analizar los factores asociados a embarazos no planificados en mujeres de 15 a 49 años de edad en Perú según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) que se realizó en el año 2017, según los resultados los factores asociados a embarazos no planificados fueron la edad entre 20 y 24 años (OR 1.41), no tener escolaridad (OR 10), tener educación primaria (OR 1.83), tener educación secundaria (OR 1.94) y estado civil soltero (OR 15), todos los datos anteriores tuvieron un IC del 95%.<sup>32</sup>

Huillca A, en el año 2014 en Perú, realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo potenciales para desarrollar diabetes mellitus gestacional, la población a estudio fueron 84 casos de mujeres gestantes con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional por medio de una prueba de tolerancia oral de glucosa y glucosa en ayunas, los resultados mostraron que la multiparidad estuvo asociada al desarrollo de dicha enfermedad según un OR 3.54 y un IC del 95%.<sup>20</sup>

Huerta O, Pérez S, De Jesús A, Jiménez M, Sandoval L, en el año 2017 realizaron un estudio en Cancún, México. El objetivo fué determinar los factores clínicos que se asociaron a muerte fetal, la población a estudio fueron un total de 43 casos del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Hospital General Regional, los resultados evidenciaron que de ellos un 46.5% eran hijos de madres multíparas, lo que evidenció relación entre multiparidad y muerte fetal según razón de prevalencia (RP) 3.83, un  $\chi^2$  de 6.92 y un IC del 95%.<sup>27</sup>

En el año 2013, en Guayaquil Ecuador, Caño D, realizó un estudio con el objetivo de conocer la incidencia de adolescentes múltiparas de 14 a 19 años y los factores que influyeron en las mismas, para la población se tomaron en cuenta 225 pacientes entre 14 y 19 años que tuvieron como antecedente una gesta en la consulta externa del Hospital Materno Infantil, los resultados fueron que 82% tuvo entre 18 y 19 años de edad, 63% estudió hasta secundaria, 93% estaba en unión libre, el 73% se dedicaba al hogar, 74% tuvo al menos dos gestas, 94% tuvo como antecedente dos partos, y el 84% refirió que nunca utilizaron ningún método anticonceptivo.<sup>33</sup>

#### 2.1.2. A nivel nacional

En el año 2015, Betancourt E, realizó un estudio en Cuilapa Guatemala, el estudio tuvo el objetivo de evidenciar si la administración de oxitocina en perfusión continua, siendo administrada durante las primeras 6 horas de puerperio inmediato, era útil para evitar atonía uterina en las pacientes grandes múltiparas, la población a estudio fueron 83 mujeres gran múltiparas que resolvieron su embarazo en el Hospital Nacional de Cuilapa, los resultados mostraron que un 13% de ellas aún bajo el uso de oxitocina en perfusión, presentó atonía uterina en las primeras 6 horas del puerperio inmediato, además el 30% de ellas superó los 10 partos.<sup>34</sup>

En el 2010, en Baja Verapaz, Guatemala, Gaitán E, et al., realizaron un estudio que consistió en analizar los factores de riesgo que se asociaron al periodo intergenésico corto en mujeres en edad fértil que consultaron a los servicios de salud, la población a estudio fueron 389 casos de mujeres con dos o más embarazos en un periodo menor a dos años, los resultados mostraron principalmente asociación de periodo intergenésico corto con tener un primer embarazo a la edad de 20 años según OR 1.88 y un IC 95%, y falta de escolaridad según OR 1.74 y un IC 95%.<sup>35</sup>

Son V, en el año 2017, en Quiché, Guatemala, realizó una investigación que tuvo como objetivo principal determinar los factores que influyen en el aumento de embarazos en mujeres entre 10 y 19 años, la población a estudio fueron 22 mujeres embarazadas comprendidas entre éstas edades que asistieron al puesto de salud Agua Escondida, los resultados fueron que un 63% tuvo entre 17 y 19 años, el 100% no estudió antes del embarazo, el 100% eran casadas, el 77% profesaban la religión evangélica, y un 64% vivían aún con sus suegros, además refirió que en la comunidad de Agua Escondida un 95% contrajo matrimonio entre 14 y 16 años de edad.<sup>36</sup>

Solís J, Pérez J, Archila K, Almaraz R, realizaron una tesis en los departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez, Guatemala, en el año 2014, el objetivo era describir los factores personales, culturales y sociales que se asociaron a embarazos en adolescentes, la población a estudio fueron 5845 mujeres entre 10 y 19 años que asistieron a diversos centros de educación, los resultados mostraron que un 63% tuvo entre 16 y 18 años, 51% profesaban la religión católica, un 96% eran solteras, 75% de ellas no eran indígenas, 79% de ellas procedieron de área urbana y un 67% presentó un inicio de vida sexual entre 16 y 18 años.<sup>37</sup>

En el año 2017, Coronado L, realizó un estudio que tuvo por objetivo determinar los factores que influyeron en embarazos de las adolescentes, el estudio se realizó con pacientes del Centro de Atención Permanente (CAP), en el municipio de Comitancillo, San Marcos, Guatemala, los resultados mostraron que un 56% tuvieron entre 16 y 17 años, un 68% hablaba un idioma maya, 70% vivieron en área rural, 70% eran solteras, 56% eran amas de casa, 60% solo tuvo educación primaria, 80% profesaban la religión católica.<sup>38</sup>

En Cobán, Alta Verapaz, en el año 2011, Ramirez M, Quiroa M, realizaron un estudio en el cual se tuvo como objetivo describir las características sociodemográficas, uso de métodos anticonceptivos y creencias de las mujeres en edad fértil, la población a estudio fueron 222 mujeres en edad fértil de las comunidades de Chitocan y Satis, los resultados indicaron que un 68% de las mujeres en edad fértil no utilizó ningún método de planificación familiar, el 55% estaban unidas, un 24% se encontró entre 20 y 24 años de edad, el 88% perteneció al grupo étnico indígena, el 56% se encontraron en área rural, el 70% eran católicas, el 41% era analfabeta y el 60% sintió temor de usar métodos de planificación familiar.<sup>16</sup>

## **2.2 Marco referencial**

### **2.2.1 Multiparidad**

Se definió como una condición de la mujer que tuvo 2 o más partos con productos de 20 o más semanas de gestación, aclarando que la paridad estuvo determinada por el número de embarazos que alcanzaron la viabilidad y no por el número de fetos paridos en cada gestación, ésta condición conllevó muchas situaciones que pusieron en riesgo la salud materno-infantil, debido a que la multiparidad produjo cambios en el útero entre los cuales se mencionó disminución de la elasticidad y contractibilidad lo que aumentó la resistencia a nivel del cuello

uterino, y predispuso así a partos prolongados, retención placentaria, hemorragia postparto y desgarro de partes blandas.<sup>1</sup>

En éstas mujeres se observó una inadecuada o irregular utilización de los métodos de anticonceptivos convencionales, por lo que se asoció a una falta de planificación familiar y también a la falta de educación sexual y reproductiva, la mayoría de éstas mujeres tuvieron varios hijos a su cuidado, por lo que dispusieron de menor tiempo para cumplir con sus visitas obstétricas, lo que nos muestra un círculo que no se rompe. También se mencionó que la instrucción de la madre fué considerada el indicador del nivel de vida, ya que a medida que obtuvo más información modificó su comportamiento en pro de la salud tanto materna como infantil.<sup>39</sup>

Además, se observó que la multiparidad trajo repercusiones en el ingreso económico familiar, cuidados psicofísicos por parte de la madre, los niños y por consiguiente de todo el grupo familiar y en la sociedad. Además, se observó que existió una inadecuada o irregular utilización de los métodos de planificación familiar convencionales por parte de mujeres en edad fértil.<sup>40</sup>

#### 2.2.2 La edad como factor de riesgo para la multiparidad

La OMS, consideró el tener menos de 18 años como la etapa en donde se adquiere madurez reproductiva y se realiza la transición entre niñez y la edad adulta respecto a patrones biológicos y psicológicos. Ésta etapa fué considerada entre los 10 y los 18 años caracterizada por el crecimiento acelerado en longitud y masa corporal, así como el inicio de la edad fértil y vida sexual.<sup>30</sup>

En ésta etapa además se presentaron cambios morfológicos, funcionales, y hormonales, que influyeron en el comportamiento de la persona, ya que fué en ésta etapa donde generalmente inició el interés por el sexo opuesto, se describió que el embarazo durante ésta etapa de la vida, fué uno de los principales factores para la pobreza, morbi-mortalidad materno infantil y deserción escolar, al tener presente que la educación es uno de los pilares para el crecimiento económico y desarrollo social, pasó a ser una carga más en el subdesarrollo.<sup>30</sup>

Fué además durante ésta etapa que se tuvo el riesgo de quedar embarazada con un periodo intergenésico corto luego de su anterior embarazo, ya que muchas de ellas desconocieron la importancia de la salud sexual, planificación familiar y métodos

anticonceptivos, por lo que se consideró que reforzar ésta educación era vital como herramienta básica del desarrollo, prevención de morbi-mortalidad materno infantil y promoción de la salud tanto materna como familiar.<sup>30</sup>

### 2.2.3 Factores sociodemográficos que se relacionan con la multiparidad

#### 2.2.3.1 Ámbito familiar:

Se consideró a la familia como la institución por excelencia que proveyó el bienestar básico del individuo y constituyó la unidad primaria de salud, además tuvo como característica la unidad, satisfacción de necesidades reproductivas, cuidado, afecto, socialización, entre otras. Sin embargo, es aquí donde muchas veces existió disfunción y fué precisamente en una edad joven en donde no se obtuvo la empatía y comprensión por parte de los padres como consecuencia de una mala comunicación.<sup>30</sup>

#### 2.2.3.2 Baja escolaridad:

La repetición y el retraso escolar fueron fenómenos que con alta frecuencia antecedieron a la deserción escolar y éstos acompañados de un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, lo que llevó a conspirar contra el aprovechamiento del potencial desde la temprana edad y el desarrollo tanto personal, como social. En las mujeres quienes tuvieron su primer hijo a una edad temprana se observó que debido al embarazo, se presentaron dificultades para escalar mayores niveles de educación y superación, ésto se agravó por el hecho de pertenecer a un estrato socioeconómico bajo.<sup>30</sup>

### 2.2.4 Relaciones sexuales y la fertilidad

Se definió la fertilidad como la capacidad que tiene todo ser viviente para reproducirse, en los humanos ésta reproducción tuvo serias implicaciones sociales, políticas, éticas e incluso religiosas.<sup>41</sup> Además, estuvo relacionada con la sexualidad ya que ésta se encontró presente a lo largo de toda la vida y se pudo expresar a través de pensamientos, deseos, actitudes, prácticas y relaciones interpersonales. Se consideró ésta característica como inherente en todos los seres humanos, independientemente de su condición física o mental, y que además estuvo influenciada por la interacción de múltiples factores, entre los cuales se pudo mencionar, políticos, culturales, biológicos, éticos y espirituales.<sup>42</sup>



Se definió las relaciones sexuales como el contacto físico entre personas fundamentalmente con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual o también con fines reproductivos, éstas no sólo implicaron la penetración o coito sino que abarcó también cualquier contacto que pusiera en excitación sexual con o sin orgasmo, caricias en cualquier parte del cuerpo, besos, masajes en cualquier parte del cuerpo, abrazos, entre otros. <sup>42</sup>

## 2.2.5 Factores ginecoobstétricos que se relacionan con la multiparidad

### 2.2.5.1 Inicio precoz de relaciones sexuales:

Recientemente se estudió que las relaciones sexuales se dieron cada vez a una edad más temprana cuando no se tuvo la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención, y cuando se añadió el escaso conocimiento de salud sexual y reproductiva, se aumentó el riesgo de padecer alguna enfermedad de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos. <sup>30</sup>

### 2.2.5.2 Relación con parejas mayores y residir con la pareja:

Generalmente ésto es debió a que una mujer de edad joven buscó en la persona mayor una figura paterna como consecuencia de la carencia de amor en el hogar, que en muchas ocasiones suele ser disfuncional. Ésta situación otorgó a la mujer una sensación falsa de estabilidad y seguridad, sin embargo constituyó un factor de riesgo para un embarazo a edad temprana y embarazo reincidente. <sup>30</sup>

### 2.2.5.3 Antecedente de aborto

Se realizaron estudios donde se evidenció que hasta un 50% de las mujeres de edad joven presentaron un antecedente de aborto y a pesar de ello continuaron embarazándose. Ésto constituyó un factor de riesgo al no poder recibir la información y orientación sobre proyectos de vida distintos a la maternidad, por lo que tuvo gran posibilidad de repetir el embarazo con un periodo intergenésico corto, hasta tener satisfacción en la paridad. <sup>30</sup>

### 2.2.5.4 Periodos intergenésicos cortos

Se definió como el tiempo que hay de separación entre el fin del penúltimo embarazo y la fecha del inicio del último embarazo, cuando éste periodo fué menor de 18 meses se

consideró corto, generando efectos negativos en el futuro tanto de la madre como del hijo. Éste periodo se relacionó con la falta de educación sexual, desconocimiento de métodos anticonceptivos y de planificación familiar que tuvo una mujer durante el periodo de adolescencia, y ésto a su vez se combinó con la falta de madurez emocional.<sup>30</sup>

## 2.2.6 Planificación familiar y métodos anticonceptivos

### 2.2.6.1 Planificación familiar:

La planificación familiar (PF), se definió como la base principal para tener salud reproductiva con potenciales efectos positivos en la sociedad y la salud, al planificar se logró reducir índices de pobreza, tasas de mortalidad tanto materna como infantil, y la disminución de diversas morbilidades que se desarrollaron en ocasiones durante el embarazo. Además, de éstos beneficios también se logró mejorar la calidad de vida, potencializar las oportunidades de educación y empleo, así como la inserción de las mujeres dentro de la sociedad, la PF también ayudó al logro de varias Metas del Milenio.<sup>43</sup>

Se consideró que la decisión de traer hijos al mundo representó un derecho que las mujeres tuvieron para ejercer libremente, ya que se estimó que conocieron el momento adecuado para ello según sus condiciones físicas, emocionales y sus posibilidades económicas. Cuando no se tuvo el deseo de traer hijos a éste mundo, las parejas debieron acordar que método de planificación familiar les era más conveniente de acuerdo a sus posibilidades y circunstancias. Al escoger un método anticonceptivo hubo ciertas condiciones mínimas que se tomaron en cuenta y fueron:<sup>44</sup>

- Inocuidad:  
Los beneficios superan por mucho los riesgos del método.<sup>44</sup>
- Eficacia: se consideró efectivo un método cuando tuvo un índice de Pearl inferior a 10, cuando tuvo una efectividad media el índice fué de 10 y 20, cuando casi no fué eficaz fué entre 20 y 30, y cuando no fué eficaz en su totalidad fué superior a 30.<sup>44</sup>
- Reversibilidad: Significa que la fertilidad se debía revertir, es decir, la posibilidad de lograr un embarazo debe ser la misma que poseían, al retirar el método de planificación familiar.<sup>44</sup>

- Tolerancia y aceptabilidad: al ser un método anticonceptivo aceptado, éste logró ser eficaz. <sup>44</sup>

#### 2.2.6.2 Métodos anticonceptivos

Entre los distintos métodos de planificación familiar se encontró que los más comunes fueron:

- Implante anticonceptivo:

Consistió en un dispositivo flexible, delgado y de plástico con una hormona de progestina que evitó que el ovario liberara el óvulo y se colocó en la región subcutánea del brazo. Éste método no proporcionó protección contra ninguna enfermedad de transmisión sexual (ETS). Una de sus principales ventajas fué que no necesitó ser sustituido a los tres años, y una desventaja que se consideró fué que pudo generar sangrado irregular, motivo por el cual muchas mujeres abandonaron los métodos de planificación. <sup>45</sup>

- Dispositivo intrauterino (DIU):

Dispositivo en forma de T que el profesional de la salud insertó en el útero, el cual fué pequeño y flexible. De éste tipo de dispositivo existieron dos clasificaciones, el DIU de cobre el cual no necesitó ser reemplazado por 10 años y que no contuvo hormona y el DIU de levonorgestrel que contuvo hormona y se cambió hasta los tres años aproximadamente, una ventaja de éste método fué que proporcionó control de la natalidad de manera eficaz y segura.

<sup>45</sup>

- Inyecciones:

Éste método consistió en una inyección intramuscular con hormona progestina que evitó que se libere el ovulo en el ciclo menstrual, la duración de su efecto fué de tres meses, una de las desventajas de éste método fué que muchas mujeres refirieron sangrado irregular y aumento de peso, motivo de abandono en muchas ocasiones. <sup>45</sup>

- Anillo vaginal anticonceptivo:

Éste dispositivo consistió en hormonas que evitaron la liberación de los óvulos, consistió en introducir el anillo a la vagina una vez al mes, el anillo debió dejarse durante tres semanas y luego se retiró por una semana que fué durante la cual la usuaria presenta su periodo menstrual. Dentro de las ventajas se describió mejora del acné, y entre las desventajas se mencionó cefalea, náusea y flujo vaginal.<sup>45</sup>

- Parche anticonceptivo:

Se consideró el parche con hormonas que fueron liberadas al torrente sanguíneo y que evitaron la liberación del óvulo para la concepción, éste método necesitó ser substituido una vez por semana durante tres semanas consecutivas y luego se retiró totalmente durante una semana completa, tiempo durante el cual la usuaria observó su menstruación. Las desventajas que se refirieron fueron náusea, cefalea, irritación en piel, y las ventajas principales fueron el control de la natalidad y la mejora de los cólicos menstruales.<sup>45</sup>

- Píldora anticonceptiva:

Se informó que nueve de cada cien mujeres que utilizaron éste método quedaron embarazadas durante el primer año con uso regular, la píldora se administró por vía oral y contuvo estrógeno y progesterona, o solamente progesterona. Entre las ventajas no fué un método invasivo, mejoró el acné, controló la natalidad y redujo el riesgo de cáncer de ovario, las desventajas que se mencionaron fueron las coagulopatias, cefalea y la disciplina que debió tenerse para cumplir el tratamiento a cabalidad.<sup>45</sup>

- Condón masculino:

Éste método no invasivo consistió en la colocación de funda fina de látex que debió deslizarse sobre el pene en cada relación sexual, entre los beneficios más destacados se mencionó el control de la natalidad y la protección contra ETS. Dentro de las desventajas se mencionó que pudo romperse durante el acto sexual y que algunas personas fueron alérgicas al material del condón.<sup>45</sup>

- Espermicida:

Éste método consistió en utilizar un gel o crema que la mujer administró dentro de su vagina antes de tener relaciones sexuales, con éste método refirieron que veintiocho de cada cien mujeres que sólo utilizaron espermicidas quedaron embarazadas en el primer año, lo que representó una alta tasa de fallo para evitar la natalidad.<sup>45</sup>

## 2.2.7 Factores que influyen en la decisión de utilizar métodos anticonceptivos

### 2.2.7.1 Factores individuales:

En ocasiones se presentó el temor por utilizar algún método nuevo y sus efectos secundarios, desconfianza sobre la eficacia del método y sobre los efectos de la fertilidad a largo plazo.<sup>46</sup>

### 2.2.7.2 Factores familiares:

En éste caso se observó la herencia de las distintas creencias de generación en generación, se incluyó las opiniones del esposo en la decisión de la mujer cuando escogió el método anticonceptivo.<sup>46</sup>

### 2.2.7.3 Factores económicos:

En el caso de áreas rurales, los métodos anticonceptivos generalmente fueron proporcionados de forma gratuita por algún centro de salud lo cual fué un beneficio para continuar con los métodos de planificación familiar, sin embargo hubo ocasiones en donde existió limitación en el transporte, debido al costo del mismo.<sup>46</sup>

### 2.2.7.4 Factores sociales:

Los distintos mitos y creencias que no sólo se heredaron de generación en generación, sino que se transmitieron y se manejaron de una comunidad a otra se explicaron debido al bajo nivel de educación, ocupación que eran pobremente retribuidas, poca información por parte de los medios de comunicación y pobre educación sexual que existió a nivel comunitario y social,

sin embargo ésta situación fué muy común en áreas rurales, ya que en áreas urbanas se observó que algunas mujeres utilizaron métodos de planificación familiar debido a sus estudios y trabajo o bien, deseo de superación antes de la crianza. <sup>46</sup>

## 2.2.8 Principales factores que influyeron en la decisión de no utilizar algún método de Planificación familiar

A pesar de que con el paso del tiempo se fortalecieron los programas en salud reproductiva y sexual y métodos de planificación familiar, existió un gran porcentaje de mujeres que decidieron no utilizar ningún método de planificación familiar, entre los principales factores según estudios se encontraron:

- Falta de información:

Ésto se consideró como falta de educación a su vez o bajo nivel educativo ya que a pesar de que se tuvo el acceso a los servicios de salud, muchas mujeres no conocieron los distintos métodos de planificación familiar, ya que en ocasiones solo se trató con uno o dos métodos como opciones y se añadió en que pensaron que eran dañinos para su salud, sobre todo cuando fueron métodos de planificación familiar en donde no presentaron mes a mes el periodo menstrual. <sup>16</sup>

- Creencias religiosas:

Fueron muchas las mujeres multíparas que mantuvieron una firme creencia respecto a que la cantidad de hijos está determinada por Dios. Al mantener ésta creencia se fortaleció a su vez la creencia de que planificar era pecado, por lo que decidieron no utilizar ningún método de planificación familiar. <sup>16</sup>

- Influencia de la suegra en la decisión de planificar:

La influencia familiar jugó un papel determinante en la decisión de utilizar o no algún método de planificación familiar. Fueron muchas las mujeres que al casarse, se trasladaron a vivir a la casa del conyugue, lo que generó ocasión para ser influenciadas por las opiniones de la familia del conyugue, principalmente por la suegra, ya que se consideró que las mujeres que planificaron lo hicieron con intereses personales e individuales, se creyó que incluso se trataba

de un caso de infidelidad, por lo que las mujeres decidieron no planificar para evitar problemas familiares.<sup>16</sup>

- Influencia del conyugue en la decisión de planificar

Se observó en muchos lugares un modelo machista en donde la decisión de planificar no fué de la mujer, sino del esposo y en muchas ocasiones ésta decisión fué distinta entre la pareja, siendo ésta situación de poder y convivencia vista como algo tradicional o normal y se observó que prevaleció principalmente en áreas rurales.<sup>16</sup>

- Factores culturales:

En muchas culturas se consideró la maternidad como una de las maneras para reafirmarse como mujeres con quienes valió la pena casarse, por lo que una mujer que no tuvo capacidad reproductiva o que ésta fué limitada voluntaria o involuntariamente, fué mal vista en la comunidad.<sup>46</sup>

### 2.2.9 Maternidad y paternidad responsable

Se consideró que ser padres conlleva la responsabilidad de prolongar la especie, pero también se observó que cuando ocurrió un parto, no solo nació un hijo sino nació también una familia y una nueva generación que formó parte de una sociedad, por lo que se exigió cada vez más un conocimiento mayor acerca de cómo debieron orientarse para lograr una maternidad y paternidad consciente en el transcurso de la vida.<sup>47</sup>

Fué de mucha importancia que la familia conociera qué debe hacer y cómo hacerlo, para que los hijos crecieran en un ambiente en el cual se le estimularan para propiciar el desarrollo de todos los aspectos de su formación, además los padres consideraron que fué vital que sus hijos se desarrollaran en un ambiente saludable, y con una comunicación efectiva ya que ésta ayudó a disminuir la incidencia de disfunción familiar, lo que condicionó para el embarazo adolescente.<sup>47</sup>

### 2.2.10 El factor económico como determinante para la fecundidad

El crecimiento de la familia no se debió solamente a un factor, éste se encontró en relación a las crisis que se vivió en una determinada región y al crecimiento económico

desigual. Así, en América Latina existió un grupo de mujeres que decidió posponer el inicio de la vida conyugal en pos del desarrollo y superación personal y profesional, además cuando decidió iniciar su vida reproductiva, decidió tener pocos hijos, así como también trabajar al mismo tiempo que realizó la labor de la crianza. Existió también otro grupo de mujeres que en comparación, tuvo alta probabilidad de experimentar una maternidad precoz y de no lograr la superación profesional, de modo que no lograron independencia económica.<sup>48</sup>

## 2.2.11 Tipos de parto

### 2.2.11.1 Parto por vía vaginal:

Se consideró el parto como una serie de contracciones involuntarias, rítmicas, y progresivas del útero que finalmente lograron realizar el borramiento y dilatación del cuello uterino, se desconoció el estímulo inicial por el cual se inició trabajo de parto, pero se valoró que el estiramiento mecánico del cuello y la manipulación digital logró aumentar la actividad contráctil del útero, esto posiblemente por liberación de oxitocina en la glándula hipófisis posterior.<sup>49</sup>

El parto conllevó una serie de periodos o fases las cuales fueron:

- Estadio 1:

Se estimó que abarcó desde el inicio hasta la completa dilatación del cuello, aproximadamente 10 cms. Y se compuso de dos fases; latente y activa.<sup>49</sup>

La fase latente consistió en molestias mínimas en las cuales el cuello inició borramiento y logró dilatar aproximadamente cuatro centímetros, las contracciones fueron irregulares. En las nulíparas duró aproximadamente ocho horas y en las multíparas duró cinco horas en promedio, aunque en realidad, ésta fase fué difícil de precisar y la duración pudo variar.<sup>49</sup>

La fase activa consistió en la dilatación completa del cuello del útero y la presentación descendiente hacia la pelvis media. En la mujer nulípara la duración fué en promedio de cinco a siete horas y en la mujer multípara de dos a cuatro horas, la falta de progresión respecto a la dilatación y el descenso de la presentación pudo ser indicio de la presencia de una distocia.<sup>49</sup>



- Estadio 2

Se tuvo en cuenta como el momento desde la dilatación completa del cuello del útero hasta el momento del nacimiento del parto, éste estadio tuvo un promedio de duración en nulíparas de dos horas y en mujeres multíparas de una hora, sin embargo esto dependió de la necesidad de analgesia o algunas otras situaciones que pudieron generarse en el transcurso de éste tiempo. Cuando se trató de un parto espontáneo las mujeres suplementaron las contracciones uterinas con pujo. <sup>49</sup>

- Estadio 3

Éste estadio fué propio del momento posterior al nacimiento del bebé, fué el momento para realizar el alumbramiento o salida de la placenta, se consideró el tiempo desde un par de minutos, hasta incluso treinta minutos, depende de cómo transcurrió el parto. <sup>49</sup>

#### 2.2.11.2 Parto por cesárea transperitoneal

Éste procedimiento permitió el nacimiento de un bebé por vía abdominal, y aunque en el pasado hubo controversia sobre llamarlo parto, finalmente se consideró una forma de nacimiento, ya que implicó una madre y un bebe, es decir hubo humanidad presente. Para llevar a cabo una cesárea hubo muchas indicaciones tanto maternas como fetales. Entre las causas maternas se mencionaron: cesárea anterior, síndrome hipertensivo severo, ruptura uterina, placenta previa, falta de progreso de trabajo de parto o simplemente por elección de la madre. Entre las causas fetales se mencionaron: anomalía de presentación o posición, prolapso de cordón, prevención distocia de hombro, restricción de crecimiento intrauterino severo, embarazo gemelar con distocia presentación. <sup>50</sup>

Se contemplaron distintas técnicas para la realización de cesárea, entre las principales se encontraron:

- Laparotomía de Pfannenstiel

Se consideró como una incisión transversa de aproximadamente diez a doce centímetros de longitud sobre el pubis, donde se seccionó en forma transversa la sección celular subcutánea y aponeurosis, posteriormente se diseccionó el plano muscular partiendo de

la línea media y se separó en sentido vertical los músculos rectos abdominales, se identificó el peritoneo parietal, se penetró la cavidad peritoneal y se identificó el segmento uterino.<sup>50</sup>

- Histerectomía

Para éste procedimiento se tomó en consideración que la incisión transversa baja fué la más frecuente, se identificó el segmento uterino, se abrió transversalmente el peritoneo visceral, se descendió la vejiga, una vez expuesto, el amnios se seccionó y se procedió a la extracción fetal, ésta maniobra dependió del tipo de presentación, se procedió posteriormente al alumbramiento y revisión instrumental y manual de la placenta con la finalidad de evitar complicaciones por retención de restos placentarios. Posteriormente se administró oxitocina, según protocolo local con el fin de favorecer la contracción uterina.<sup>50</sup>

- Laparotomía media infra umbilical

Se tomó en consideración que la indicación para realizar ésta técnica se planificó para una ampliación de la laparotomía hacia la porción superior del abdomen, ésto cuando existió la presencia de una cicatriz previa o en situaciones de urgencia.<sup>50</sup>

- Técnica de Pelosi

Incisión similar a Pfannenstiel, se utilizó disección con electrocauterio hasta llegar a aponeurosis, se realizó una pequeña separación de los rectos abdominales para posteriormente continuar con disección digital el resto de la línea media y lograr entrar al peritoneo. Se procedió a abrir el útero por medio de la disección descrita en la línea media pero se prolongó lateralmente por tracción digital, luego se realizó extracción fetal, y posteriormente se administró oxitocina, se esperó el alumbramiento espontáneo, no se cerró peritoneo visceral ni parietal así como músculo, la aponeurosis se cerró con poliglactina y se procedió al cierre y masaje uterino.

<sup>50</sup>

## 2.2.12 Antecedentes ginecoobstétricos

Los antecedentes ginecoobstétricos fueron parte principal de la herramienta diagnóstica de todo médico; la historia clínica o anamnesis. El objetivo principal fué identificar factores de riesgo para el desarrollo de alguna patología, entre otros. La anamnesis debió ser sistemática,

estructurada y dirigida, debió incluir además los siguientes datos: datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y antecedentes familiares, dentro de los antecedentes personales se consideraron los antecedentes obstétricos y ginecológicos los cuales fueron de importancia para la salud sexual y reproductiva de la mujer, y entre ellos se mencionó: <sup>51</sup>

- Fórmula de la fertilidad

En éste apartado se debió recolectar toda la información relacionada con la reproducción, es decir, el número de embarazos, el número de abortos y el número de partos ya que fueran por vía vaginal o por cesárea que la paciente tuvo durante su vida reproductiva hasta el momento de la entrevista. <sup>51</sup>

- Fórmula menstrual

Se consideró toda la información relacionada al periodo menstrual, como edad de la primera regla, número de días que duró su ciclo menstrual y su período menstrual, además se dió importancia a cualquier irregularidad o anomalía en el ciclo. <sup>51</sup>

- Información reproductiva importante

Si la paciente era sexualmente activa, fué necesario indagar sobre el método de planificación familiar que utilizó ya fuera en ése momento o anteriormente, de no utilizar algún método se debió indagar el motivo. <sup>51</sup>

- Antecedentes sexuales

Dentro de la anamnesis fué importante tomar en cuenta la conducta sexual, es decir, se indagó sobre el número de parejas con las que se mantuvo relaciones sexuales y edad de inicio de relaciones sexuales principalmente, entre otros. <sup>51</sup>

## 2.3 Marco teórico

### 2.3.1 Teoría de la influencia familiar en la multiparidad:

Almaraz A, refirió que la influencia familiar jugó un papel muy importante sobre la decisión de tener hijos, sea ésta por parte de los padres, suegros o conyugue. Se observó que la mayoría de las mujeres múltiparas procedieron de familias en las cuales ocurrió éste mismo fenómeno, ya que la cantidad de hermanos de éstas mujeres eran de hasta cinco, razón por lo cual consideraron la cantidad de hijos que tuvieron como algo normal, se añadió a ésta situación que en muchas ocasiones el conyugue deseó procrear más hijos, lo que formó un patrón repetitivo que se perpetuó en las siguientes generaciones.<sup>16</sup>

### 2.3.2 Teoría del estrato social

Rivera R, Seperak R, observaron que las mujeres que tuvieron un estrato social alto, pasaron más tiempo dentro del sistema de educación y se insertaron más tarde al mercado laboral por lo que el inicio de vida sexual fué más tardío, mientras que las que tuvieron un estrato social bajo abandonaron el sistema de educación aproximadamente a los 12 años lo que condujo a que se involucraran más tempranamente al trabajo y al inicio de relaciones sexuales que se explicó por una falsa independencia y capacidad de llevar un hogar, razón por la que fueron parte del quintil inferior de pobreza, el cual fué un factor de la multiparidad.<sup>52</sup>

### 2.3.3 Teoría del periodo intergenésico y la edad

Funes M, indicó que el periodo intergenésico corto se dió principalmente en mujeres de 26 y 30 años y que generalmente presentaron la complicación materna parto pretérmino, y que la complicación fetal más frecuente fué la restricción del crecimiento intrauterino.<sup>53</sup>

### 2.3.4 Teoría del comportamiento planificado

Martin M, Martínez J, Rojas D, sostuvieron que la conducta humana no fué impredecible, sino voluntaria y se determinó por la intención conductual, la cual se constituyó por tres procesos principales:<sup>54</sup>

#### 2.3.4.1 Actitudes sociales

Ésta surgió de la relación entre la valoración de cada situación por parte de cada sujeto, y las expectativas conductuales.<sup>54</sup>

#### 2.3.4.2 Norma subjetiva:

Se consideró como la manera en que cada individuo recibió y luego interpretó lo que las personas le dijeron y los grupos que éste consideró relevantes sobre cuáles fueron sus motivaciones y cómo debieron actuar para acomodarse a las opiniones de los demás.<sup>54</sup>

#### 2.3.4.3 Control conductual

Se trató sobre la creencia que contuvo un individuo sobre su propia capacidad para llevar a cabo alguna tarea determinada o actitud.<sup>54</sup>

#### 2.3.5 Teoría de la promiscuidad y la naturaleza humana

Raryan C, explicó que la sexualidad humana se aproximó a la de nuestros parientes más próximos, el chimpancé, ya que las hembras de ésta especie sostuvieron relaciones sexuales múltiples veces al día con casi todos los machos que se mostraron predispuestos, también los machos de ésta especie sostuvieron relaciones sexuales en grupo y de manera desenfundada, incluso con otros del mismo sexo, por lo que el sexo lo utilizaron no solo para fines reproductivos sino para relajar tensiones y mantener buenas relaciones con su entorno.<sup>55</sup>

Se creyó que los seres humanos tuvieron como naturaleza humana la promiscuidad, ésta heredada de ancestros hipersexuales que practicaron el sexo comunal lo cual explicó porque recientemente se tuvieron altas tasas de fecundidad y embarazos con periodos intergenésicos cortos, por la naturaleza humana y el deseo inherente por el sexo.<sup>55</sup>

#### 2.3.6 Teoría de la sexualidad y los cambios culturales

García J, indicó que la manera en que se vive la sexualidad, estuvo ligada a los cambios culturales, además fué la cultura el lugar donde la sexualidad humana se construyó y se estableció con ciertas normas aceptables conforme el paso del tiempo, resultó inevitable que

cuando la cultura cambió sus regulaciones de sexualidad dinámica, sus tiempos y sus estructuras, cambiaron también los senderos de la vida erótica y sus normas para circular. <sup>56</sup>

### 2.3.7 Teoría de la paternidad y maternidad responsable

La maternidad y paternidad se configuró apartir del contexto histórico, social, político, cultural y económico en donde se desarrollaron, por lo que se relacionó con un campo de prácticas culturales en torno a la reproducción, se consideró exigir responsabilidad cada vez más tanto del padre como de la madre en los procesos donde se implicaron la fecundidad en los que se debió incluir varias decisiones según Beck G, como la estabilidad de la pareja, patrimonio, vivienda, y hasta determinar el momento oportuno para engendrar. <sup>57</sup>

### 2.3.8 Teoría de los factores determinantes de la fecundidad

Van K, informó que fué trabajo por parte de los sociólogos y otros científicos del campo social quienes formularon una teoría inicial sobre el impacto que tuvo la transición demográfica en las distintas poblaciones. Posteriormente se agregó que la fecundidad no solo está limitada a la demografía de la población sino que se vió incluida por distintos factores como los sociales, contextuales o determinantes indirectos, por lo que se consideró que si ocurrieron algunos cambios en algunos de los factores, éstos se manifestaron en la fecundidad para incrementarla o para reducirla. <sup>58</sup>

### 2.3.9 Teoría del no uso de métodos de planificación familiar

Almaraz A, consideró que las mujeres decidieron no utilizar ningún método de planificación familiar debido a que tuvieron relaciones sexuales con poca frecuencia con su conyugue por lo que no lo consideraron necesario, o bien porque se encontraron en periodo de lactancia, sea ésta exclusiva o no. Además muchas mujeres refirieron que si utilizaron algún método de planificación familiar, estuvieron expuestas a los efectos secundarios de los mismos, con la posibilidad de problemas para concebir. <sup>16</sup>

### 2.3.10 Teoría del valor cambiante de los hijos

Caldwell T, expuso la teoría que consistió en que en las sociedades tradicionales principalmente el área rural, los padres vieron a sus hijos como potencial fuerza de trabajo para luego poder contribuir económicamente con la familia, lo que nos explicó el porqué de una familia tan numerosa ya que tuvieron como fin el asegurar el ingreso familiar en el futuro, además en éstas áreas muchas veces la pareja no tuvo la capacidad de decidir sobre el tamaño de la familia por distintos motivos.<sup>58</sup>

### 2.3.11 Teoría de demanda y oferta de hijos:

Becker L, mencionó que los hijos llegaron a ser vistos como un bien fijo y duradero y adquirirlo brindó a la familia utilidad, además se estableció una relación entre el total de inversión que realizaron los padres con sus hijos y la calidad de hijo que éste debió ser, por lo que se partió siempre del ingreso familiar del que se dispuso para maximizar la utilidad del producto, es decir del hijo. Por lo que la teoría enseñó que hubo una relación entre la cantidad con la calidad de hijos según presupuesto, es decir, la demanda de hijos dependió de su costo.<sup>58</sup>

### 2.3.12 Teoría de la perspectiva de la innovación-difusión y cambio cultura e ideacional

Ésta teoría puso de manifiesto que la tendencia que pudo tener la fecundidad estuvo dada por la difusión entre los miembros de la comunidad de las prácticas que se relacionaron con la regulación de la fecundidad, para lo cual se consideraron dos aspectos principales que fueron: La innovación y la difusión.<sup>58</sup>

La innovación se refirió a que en la comunidad la fecundidad disminuyó como consecuencia de que se divulgaron comportamientos y actitudes extrañas e incluso ausentes en la comunidad, es decir, se innovó en conocimiento. El segundo se refirió a que la divulgación se debió a la difusión de los comportamientos y actitudes de un grupo en la comunidad, hacia otros grupos.<sup>58</sup>

## 2.4 Marco conceptual

- Adolescencia: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS; la adolescencia se define como el grupo poblacional que se encuentra entre 10 a 19 años.<sup>30</sup>

- Edad: Es el tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el día de hoy.  
59
- Embarazo: Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. 30
- Embarazo en adolescentes: Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida ésta por la Organización Mundial de la Salud OMS, como el lapso de vida transcurrido entre 10 y 19 años de edad. 30
- Escolaridad: Es el conjunto de cursos o clases que un estudiante sigue en un establecimiento. 59
- Estado civil: Es la situación que tiene una persona dentro de una agrupación jurídicamente constituida y que conlleva responsabilidades y también derechos a ejercer. 60
- Etnia: Es el conjunto de personas o comunidad humana que se define por afinidad racial, lingüística, cultural, etc. 59
- Fertilidad: Característica que se atribuye a algo o alguien que tiene la capacidad para reproducirse. 61
- Métodos anticonceptivos: Son aquellos que permiten disfrutar la sexualidad de una manera segura, por que ayudan a cuidar sus cuerpos y su salud sexual, además de que también permiten tener un control del número de hijos que desean. 62
- Multiparidad: Condición en la que se encuentra una mujer que ha llevado dos o más embarazos más allá de las 20 semanas de amenorrea, aclarando que la paridad está determinada por el número de embarazos que alcanzan la viabilidad y no por el número de fetos paridos en cada gestación. 30



- Paternidad y maternidad responsable: Es el mantenimiento del hogar, la formación integral de los hijos mediante el esfuerzo común, con iguales derechos y responsabilidades. <sup>30</sup>
- Planificación familiar: Es el conjunto de prácticas que son utilizadas por una pareja para decidir cuál es el momento adecuado para ser padres y la cantidad de hijos que desean tener, controlando así su reproducción y descendencia. <sup>63</sup>
- Salud sexual y reproductiva: Es tener relaciones sexuales que sean enriquecedoras y también gratificantes sin que exista temor a adquirir alguna enfermedad o a tener un embarazo no deseado, es regular la fertilidad sin tener el riesgo de que efectos negativos, dicho de otra manera, es poder tener un embarazo y parto seguros y poder criar hijos sanos. <sup>59</sup>
- Sexo: Es una condición orgánica en la que según la anatomía podemos distinguir entre hombre y mujer, además se acompaña de características sexuales secundarias que permiten distinguir entre femenino o masculino. <sup>30</sup>

## **2.5 Marco geográfico y sociodemográfico**

### **2.5.1 Municipio de Parramos.**

El municipio de Parramos (ver anexo 11.1) se situó en el departamento de Chimaltenango, se encontró a 14°36'30" latitud y 90°48'08" longitud, se encontró a una distancia de 7 Km de la cabecera departamental y a 60 Km de la ciudad capital, con un área geográfica de 16 km<sup>2</sup> que se distribuyó en tres aldeas que fueron San José Parrojas, Pamoay y Chirijúyu. <sup>64</sup>

### **2.5.2 Características poblacionales.**

La población se encontró integrada por familias quienes en promedio se conformaron por siete miembros y algunas más numerosas. Se observó una densidad poblacional de 873 habitantes por kilómetro cuadrado, una cuarta parte era ladina y el resto perteneció a la etnia indígena. <sup>64</sup>

### 2.5.3 Aspectos socioeconómicos.

La mayor parte de personas de éste municipio se dedicó principalmente a la siembra y cosecha de frijol, maíz, frutas y hortalizas que posteriormente vendieron en el mercado local y algunos fueron exportados al extranjero, además los árboles representaron un recurso que la población aprovechó para la construcción de viviendas y elaboración de muebles, explotaron la madera tanto para la venta como para consumo energético.<sup>64</sup>

### 2.5.4 Servicios básicos.

El agua potable no representó un problema a enfrentar, ya que contaron con nacimientos de agua en los estilleros municipales así como con pozo mecánico que suministró el agua a todas las aldeas. Aproximadamente el 90% de la comunidad que vivió en el casco urbano poseyó título de agua potable, 85% de la población contó con servicio de drenaje y un 90% con energía eléctrica.<sup>64</sup>

## **2.6 Marco institucional**

### 2.6.1 Ministerio de salud pública y asistencia social (MSPAS)

Se consideró como el ente rector de la salud en el país y también como líder en todos los procesos que relacionó políticas de salud del gobierno, por lo que rigió las 29 áreas de salud departamentales, entre ellas el área de salud de Chimaltenango.

A éste ministerio correspondió formular políticas y hacer cumplir el régimen jurídico con relación a la salud tanto preventiva, curativa, y a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación tanto de la salud física como mental de los habitantes del país, además también participó en la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera de salud y veló además, por el cumplimiento de tratados y convenios internacionales que tuvieron relación con la salud en casos de desastres naturales y epidemias.

### 2.6.2 Dirección del área de salud de Chimaltenango (DAS)

La DAS de Chimaltenango funcionó como el ente técnico normativo para programas en salud de los distintos distritos que tuvo bajo su cargo. Entre los programas se encontraron los

programas de salud reproductiva, programas de inmunizaciones, programas de laboratorio, programas de vectores, programas de seguridad alimentaria y nutricional y programas de saneamiento ambiental, ésta entidad se encontró ubicada en la 6ta. Avenida 9-26 Zona 1 en el departamento de Chimaltenango.

### 2.6.3 Centro de salud de Parramos

El centro de salud contó con distintos programas que buscaron la prevención de enfermedades y la promoción de salud en los habitantes de éste municipio, entre los cuales estuvieron el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), saneamiento ambiental, programa de tuberculosis, programa de zoonosis, atención al paciente con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN), programa de salud reproductiva, atención a la morbilidad, programa de Tuberculosis (TB), programa de planificación familiar, programa de vigilancia epidemiológica, programa de agua. Éste centro se encontró ubicado en cantón “La Unión” en el municipio de Parramos, departamento de Chimaltenango.

## 2.7 Marco legal

Se consideró que la Constitución Política de la República de Guatemala, legisló todos los aspectos que estuvieron relacionados a la salud, según el artículo 94 el estado fué el encargado de velar por la asistencia social y la salud de todos los guatemaltecos a través del desarrollo de acciones de prevención, recuperación, promoción y rehabilitación con el fin de procurarles el mayor bienestar físico, social y mental. Además, según el artículo 95 todas las personas e instituciones debieron velar por la conservación y restablecimiento de la salud.<sup>65</sup>

Guatemala también contó con el Programa Nacional de Salud Reproductiva que tuvo como uno de sus objetivos mejorar la salud de la familia por lo que se enfocó en el hombre y la mujer en etapa reproductiva y el recién nacido, además proporcionó los lineamientos tanto técnicos como normativos para que el personal de salud que labora en los distintos niveles de atención estuviera en capacidad de proveer los servicios de salud reproductiva a toda la población por lo cual tuvieron una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin factores de riesgos asociados, y se logró de ésta manera reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.<sup>66</sup>

Además, el programa de maternidad y paternidad responsable tuvo como uno de sus objetivos apoyar al fortalecimiento de la salud reproductiva por medio de acciones que incluyeron promoción, prevención y recuperación, se consideró la equidad de la población, así como los derechos y obligaciones como padres responsables, se integró la participación de todos los actores y sectores que estuvieron involucrados para un abordaje integral.

Éste programa alentó e involucró al hombre en las acciones relacionadas a la salud reproductiva y no sólo a la mujer, además diseñó e implementó una serie de estrategias que implicaron participación multisectorial y multidisciplinaria que logró estimular al ejercicio de maternidad y paternidad responsable.<sup>67</sup>

La ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva según el decreto No. 87 (2005), tuvo como objetivo general asegurar a la población el acceso a servicios de planificación familiar los cuales incluyeron consejería, provisión de métodos de planificación familiar, educación sobre salud sexual y reproductiva y consejería, para lograr ésto se buscó el establecimiento de mecanismos donde se obtuvo fuentes de financiamiento local, lo que disminuyó la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de entidades internacionales.<sup>68</sup>

Se consideró que la ley para la maternidad saludable según decreto número 32-2010 tuvo por objetivo crear un marco jurídico que permitió desarrollar mecanismos necesarios para mejorar la salud de las mujeres y su calidad de vida así como también la del recién nacido, además promovió el desarrollo humano ya que aseguró la maternidad, mediante el acceso universal, gratuito y oportuno a información veraz y completa y servicios de salud relacionados con el periodo prenatal, natal y posnatal, para la prevención y erradicación de la morbi-mortalidad materna-neonatal.<sup>69</sup>

Según el Decreto 7-99. Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer en el artículo 8 informó sobre todas las medidas que se tomaron a nivel familiar que incluyó la comprensión adecuada de la maternidad como función social. En el artículo 15 de ésta misma ley se informó que el gobierno por medio de sus órganos y con la participación de la mujer definió políticas que garantizaron sin ningún tipo de presión el acceso a servicios de salud, educación, planificación familiar, y salud durante el embarazo con el fin de reducir la mortalidad materna.<sup>70</sup>

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo general**

- 3.1.1 Caracterizar los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos del departamento de Chimaltenango en 2019.

### **3.2 Objetivos específicos**

- 3.2.1 Describir los factores sociodemográficos que presentan las mujeres multíparas.
- 3.2.2 Identificar los factores ginecoobstétricos que presentan las mujeres multíparas.
- 3.2.3 Establecer el factor económico familiar que presentan las mujeres multíparas.



## **4. POBLACIÓN Y MÉTODOS**

### **4.1 Enfoque y diseño de investigación**

#### 4.1.1 Enfoque

- Cuantitativo.

#### 4.1.2 Diseño de investigación

- Serie de casos prospectiva.

### **4.2 Unidad de análisis y de información**

#### 4.2.1 Unidad de análisis:

Datos sobre factores sociodemográficos, factores ginecoobstétricos y económico familiar que se registraron en el instrumento para la recolección de datos que se diseñó para éste estudio.

#### 4.2.2 Unidad de información

Mujer múltipara que residió en el municipio de Parramos, del departamento de Chimaltenango.

### **4.3 Población y muestra**

#### 4.3.1 Población diana

Mujer múltipara que residió en el departamento de Chimaltenango.

#### 4.3.2 Población a estudio

Mujer multípara que residió en el municipio de Parramos, del departamento de Chimaltenango.

#### 4.3.3 Muestra

Para éste estudio no se realizó un cálculo de muestra ya que el diseño que se utilizó fue una serie de casos prospectiva el cual se consideró una estrategia metodológica de investigación científica que generó resultados que fortalecieron, desarrollaron e hicieron crecer teorías que existieron por medio de una enumeración descriptiva de características seleccionadas que se observaron en un tiempo, por lo que éste estudio permitió describir la caracterización de factores que afectaron la multiparidad en el municipio de Parramos.<sup>71</sup>

##### 4.3.3.1 Marco muestral

###### a) Unidad primaria de muestreo

En ésta unidad, se tomó en cuenta los datos que proporcionaron sobre salud reproductiva la DAS de Chimaltenango y el centro de salud de Parramos.

###### b) Unidad secundaria de muestreo

Dato que proporcionó la sala situacional del centro de salud de Parramos sobre el número de viviendas que se ubicaron dentro de los límites del municipio de Parramos, departamento de Chimaltenango, el cual fue de 4174 casas distribuidas 3456 en el casco urbano y 718 en el área rural según mapa de la localidad.

##### 4.3.3.2 Tipo y técnica de muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó fue no probabilístico con técnica de muestreo consecutivo.



#### **4.4 Selección de los sujetos a estudio**

##### 4.4.1 Criterios de inclusión

- Mujer multípara mayor de 18 años de edad que residió en el municipio de Parramos.
- Mujer multípara que aceptó participar voluntariamente en el estudio y firmó el consentimiento informado o bien colocó su huella digital en caso de analfabetismo en presencia de un testigo que proporcionó la participante.

##### 4.4.2 Criterios de exclusión

- Mujer multípara con deterioro cognitivo que impidió proveer información.

#### 4.5 Definición y operacionalización de variables

Macro-variable	Micro-variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación/unidad de medida
Factores sociodemográficos	Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado. <sup>72</sup>	Dato de la edad que proporcionó la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Numérica Discreta	Razón	Años
	Estado civil	Es la situación que tiene una persona dentro de una agrupación jurídicamente constituida y que conlleva responsabilidades y también derechos a ejercer. <sup>59</sup>	Dato que brindó la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Categórica policotómica	Nominal	Casado Unido Soltero Separado Divorciado Viudo
	Religión	Conjunto de dogmas, normas y prácticas relativas a una divinidad. <sup>73</sup>	Información sobre el credo religioso que proporcionó la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Categórica policotómica	Nominal	Católica Evangélica Otra Ninguna
	Zona de vivienda	Lugar geográfico donde actualmente conviven o residen. <sup>73</sup>	Información sobre zona de vivienda que identificó y registró el investigador según croquis de la localidad, por lo que no se consideró como pregunta dentro de la entrevista, sin embargo se registró en el instrumento para la recolección de datos.	Categórica Dicotómica	Nominal	Rural Urbana
	Ocupación	Actividad con sentido, donde se participa cotidianamente. Emplearse en un trabajo, tarea o ejercicio. <sup>13</sup>	Dato sobre actividad laboral que proporcionó la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Categórica Policotómica	Nominal	Ama de casa Trabajadora Estudiante
	Grupo étnico	Grupo de personas que tienen en común características raciales, lingüísticas y culturales. <sup>72</sup>	Dato sobre identidad étnica que refirió la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Categórica Dicotómica	Nominal	Indígena No indígena

	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante logra ganar en un establecimiento formal de educación. <sup>72</sup>	Información sobre el último nivel de educación formal obtenido que proporcionó la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Categórica Policotómica	Ordinal	Ninguna Primaria Básica Diversificada Universitaria
Factores ginecoobstétricos	Antecedente de cesárea transperitoneal	Tipo de parto quirúrgico que consiste en la apertura del útero para la extracción de un bebé que haya sucedido en el pasado. <sup>74</sup>	Información sobre el número de cesáreas que tuvo la mujer multipara y que proporcionó en el momento de la entrevista.	Categórica Dicotómica	Nominal	Sí No
	Antecedente de abortos	Expulsión del producto de la gestación antes de las 28 semanas. <sup>14</sup>	Información sobre la cantidad de abortos que tuvo la mujer multipara y que proporcionó en el momento de la entrevista.	Categórica Dicotómica	Nominal	Sí No
	Hijos muertos	Total de muertes de personas que han sido producto de un parto, nacidos de la misma mujer.	Dato sobre el número de hijos que fallecieron y que brindó la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Categórica Dicotómica	Nominal	Sí No
	Antecedente de gestas	Cantidad de veces que una mujer ha estado embarazada, incluyendo abortos y mortinatos. <sup>14</sup>	Información sobre la cantidad de gestas que tuvo la mujer multipara y que proporcionó en el momento de la entrevista.	Numérica Discreta	Razón	Cantidad
	Antecedente de partos por vía vaginal	Es el número de culminación de un embarazo por vía abdominal o vaginal con un producto viable. <sup>14</sup>	Información sobre la cantidad de partos que tuvo la mujer multipara y que proporcionó en el momento de la entrevista.	Numérica Discreta	Razón	Cantidad
	Número de hijos vivos	Total de producto con vida generado del parto, nacidos de la misma mujer, ya sea con salud o enfermedad. <sup>14</sup>	Número de hijos con vida que proporcionó la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Numérica Discreta	Razón	Cantidad
	Planificación familiar	Es el conjunto de prácticas que son utilizadas por una pareja para decidir cuál es el momento adecuado para ser padres y la cantidad de hijos que desean tener, controlando así su reproducción y descendencia. <sup>13</sup>	Información sobre el uso de algún método para planificación familiar en el pasado o presente que proporcionó la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Categórica Policotómica	Nominal	Actualmente sí utiliza algún método de planificación familiar.  Actualmente no utiliza ningún método de planificación familiar, pero los ha utilizado.  Nunca ha utilizado ningún método de planificación familiar.

	Contraindicación médica para utilizar métodos de planificación familiar	Condición por la cual un profesional en salud indica que no se debe utilizar un fármaco, ni realizar un procedimiento o cirugía. <sup>75</sup>	Información que proporcionó la mujer multipara sobre si tuvo o no alguna indicación médica por la que no realizó planificación familiar como consecuencia de algún antecedente ginecoobstétrico ya sea médico o quirúrgico.	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No
	Contraindicación médica	Condición por la cual un profesional en salud indica que no se debe utilizar un fármaco, ni realizar un procedimiento o cirugía. <sup>75</sup>	Dato sobre cuál fue la contraindicación médica para utilizar métodos de planificación familiar que proporcionó la mujer multipara.	Categórica Policotómica	Nominal	Coagulopatías Histerectomía otros
	Razones por las cuales no utiliza algún método de planificación familiar	Creencias o percepciones por las cuales una persona decide no utilizar ningún método de planificación familiar.	Información sobre las razones por las cuales no utiliza o no utilizó algún método de planificación familiar que proporcionó la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Categórica policotómica	Nominal	Inconvenientes al utilizar el método. Religión Temor Vergüenza Desacuerdo en pareja otro
	Edad a la que tuvo su primer hijo	Tiempo en que el primer producto del parto ha vivido hasta el momento de la investigación	Dato sobre la edad del primer hijo vivo que brindó la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Numérica Discreta	Razón	Años
	Edad de inicio de relaciones sexuales	Media de inicio de edad de relaciones sexuales e intimidad de una persona <sup>76</sup>	Información que proporcionó la mujer multipara en el momento de la entrevista sobre la edad a la que inició relaciones sexuales.	Numérica Discreta	Razón	Años
	Periodo intergenésico	Periodo entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo. <sup>19</sup>	Dato que proporcionó la mujer multipara a estudio en relación al tiempo que en mayoría esperó entre un embarazo y otro.	Categórica Policotómica	Nominal	< 1.5 años 1.5 años a 5 años > 5 años No recuerda
	Número de parejas sexuales	Es la cantidad de personas con las que un individuo ha mantenido o mantiene un acto sexual. <sup>77</sup>	Información sobre la cantidad de parejas sexuales que tuvo la mujer multipara y que proporcionó en el momento de la entrevista.	Numérica Discreta	Razón	Cantidad
Factor económico familiar	Nivel de ingreso económico familiar	Es la remuneración que reciben en conjunto los miembros de una familia económicamente activos por realizar una actividad. <sup>72</sup>	Información sobre la remuneración familiar que brindó la mujer multipara en el momento de la entrevista.	Categórica policotómica	Nominal	Menor a Q. 2 992  Mayor a Q. 2 992 <sup>78</sup>  No sabe

## 4.6 Recolección de datos

### 4.6.1 Técnicas

La recolección de datos se realizó con apoyo de un cuestionario que fué diseñado por la investigadora el cual fué aplicado mediante la técnica de entrevista a las mujeres multíparas mayores de 18 años de edad que vivieron en el municipio de Parramos, del departamento de Chimaltenango, el investigador documentó la información que recibió en el cuestionario que tuvo en sus manos en todo momento, para lo cual se estimó un tiempo de duración de 15 a 20 minutos.

### 4.6.2 Procesos

#### 4.6.2.1 Fase I: Realización de anteproyecto

Se presentó a la Coordinación de Trabajos de Graduación (COTRAG) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, un anteproyecto con el tema de interés, el cual fué aprobado y permitió el inicio del desarrollo del protocolo.

#### 4.6.2.2 Fase II: Gestión de autorización institucional

- Área de salud de Chimaltenango

Se realizó una carta y coordinó la entrega de la misma con el objetivo de solicitar autorización por parte del director de la DAS de Chimaltenango para la realización de la investigación en el municipio de Parramos.

- Municipalidad de Chimaltenango

Se elaboró una carta y coordinó la entrega de la misma con el objetivo de solicitar autorización por parte del alcalde de la municipalidad de Parramos para llevar a cabo la investigación en el municipio de Parramos.

#### 4.6.2.3 Fase III: Recopilación de datos y elaboración de protocolo

Se realizó una exhaustiva búsqueda de información y documentación para obtener todas las referencias bibliográficas lo que sustentó el protocolo y dió respaldo a la investigación, posteriormente se ingresó a COTRAG donde se revisó y autorizó.

4.6.2.4 Fase IV: Aprobación por parte del Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas:

Se ingresó el protocolo al Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas quienes analizaron y evaluaron todos los aspectos necesarios para su ejecución.

4.6.2.5 Fase V: Realización y aplicación de prueba piloto:

Se procedió a realizar una prueba piloto donde se evaluó la comprensión por la participante y el tiempo que duró la entrevista con el fin de sistematizar el trabajo de campo, ésta prueba se realizó en el municipio de San Juan Sacatepéquez, del departamento de Guatemala por tratarse de una población sociodemográficamente similar, se realizó por medio de un muestreo no probabilístico consecutivo y se tomó como base el croquis de la localidad que fué proporcionado por la municipalidad de dicho municipio.

En casos donde no hubo respuesta o cuando las participantes no desearon firmar el consentimiento informado, se procedió a pasar a la siguiente vivienda hasta obtener el total de participantes.

4.6.2.6 Fase VI: Trabajo de campo:

Se procedió a realizar trabajo de campo una vez que se finalizó la prueba piloto, la manera en que se recolectó la información que generó cada mujer multípara que se entrevistó en el municipio de Parramos, departamento de Chimaltenango se detalla a continuación:

- Se eligió a la participante por aleatorización simple según el mapa de la localidad que proporcionó el centro de salud de Parramos.
- Se visitó la vivienda correspondiente en donde el investigador se identificó previamente con el nombre y número de carne universitario e informó que se encontró en trabajo de campo de tesis previo a obtener el título como Médico y Cirujano.

- Se informó sobre el objetivo por el cual se realizó la investigación.
- Se corroboró si la posible participante cumplió con los criterios de inclusión para ser parte de la investigación.
- Se extendió la invitación para participar en la investigación, se informó que tuvo el derecho de decidir no participar sin que eso tuviera consecuencias negativas para ella o para su familia.
- Se leyó en voz alta el consentimiento informado a las mujeres que decidieron participar, en el cual se explicó cuáles fueron los derechos que tuvo como participante, así como los beneficios de participar en la investigación, el cual firmó o en caso de analfabetismo colocó su huella digital en presencia de un testigo que proporcionó la participante, si tuvo alguna pregunta, la realizó en cualquier momento sin ningún inconveniente.
- Se aplicó un instrumento para la recolección de datos que diseñó el investigador y porque no se trató de un instrumento autocomplementado, se aplicó con apoyo de una entrevista, por lo que fué el investigador quien documentó la información en el instrumento para la recolección de datos inmediatamente.
- Se agradeció la participación y el investigador se despidió y procedió a realizar éste mismo proceso con la siguiente participante.
- Se invitó a las mujeres de la comunidad al finalizar el trabajo de campo, a participar en una charla educativa sobre salud sexual y reproductiva en el centro de salud de Parramos, haciendo énfasis en las mujeres que fueron parte de éste estudio.

#### 4.6.2.7 Fase VII: Procesamiento, elaboración de base de datos e informe final:

Se procesó la información que se recolectó en el instrumento para la recolección de datos la cual se ingresó en Microsoft Excel 2016 en una base de datos que se autorizó previamente y se analizó con estadística descriptiva y posteriormente se realizó la elaboración del informe final.

#### 4.6.2.8 Fase VIII: Reporte de resultados a las autoridades correspondientes:

Se realizó un informe con los resultados que generó la investigación el cual se presentó ante las autoridades de la DAS de Chimaltenango y centro de salud de Parramos quienes respaldaron éste trabajo, y tomaron las medidas que creyeron pertinentes ante los factores que afectaron la multiparidad.

### 4.6.3 Instrumento

El instrumento para la recolección de datos (ver anexo 11.2.) inició con una breve introducción e instrucciones generales sobre el estudio que se realizó y posteriormente se estructuró de la siguiente manera:

- La primera sección contuvo 6 preguntas con el fin de recolectar información sobre los factores sociodemográficos que presentaron las mujeres multíparas a estudio.
- La segunda sección contuvo 14 preguntas con el objetivo de recolectar información sobre factores ginecoobstétricos que presentaron las mujeres multíparas a estudio.
- La tercera y última sección consistió en 1 pregunta que tuvo el fin de recolectar información sobre el factor económico familiar que presentaron las mujeres multíparas a estudio.

#### 4.6.3.1 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto con la cual se evaluó el cuestionario y afinó aspectos de redacción, se corrigieron y mejoraron las deficiencias que éste tuvo, así como se determinó el tiempo para la aplicación del mismo, se llevó a cabo con mujeres que cumplieron criterios de inclusión en el municipio de San Juan Sacatepéquez, del departamento de Guatemala, la participante calificó inmediatamente cada pregunta con las opciones fácil, regular, difícil, e indicó el motivo por el cual consideró difícil la pregunta, posteriormente el investigador procedió a modificar la redacción de las preguntas que la mujer multípara calificó como regular y difícil y corrigió las deficiencias que encontró con lo que finalmente mejoró la comprensión del cuestionario y sistematizó el trabajo de campo para su ejecución.

## 4.7 Procesamiento y análisis de datos

### 4.7.1 Procesamiento de datos

Cuando se tuvo la totalidad de la información que se registró en el instrumento que se diseñó para la recolección de datos, se tabuló en un ordenador propio del investigador el cual contó con un sistema operativo Windows 7 Home Premium y el paquete de Microsoft Office



2016. Se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel en donde la primera columna de la base de datos contuvo el número único de identificación de la encuesta correspondiente, el resto de columnas contuvo la codificación de las variables del estudio y se le asignó un código numérico a las respuestas de las variables que fueron categóricas, lo que facilitó su tabulación.

Se registró las variables que fueron de tipo numéricas con los valores que se obtuvieron cuando se midieron, las cuales fueron: edad, antecedente de gestas, antecedente de partos por vía vaginal, número de hijos vivos, edad a la que tuvo su primer hijo, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales. Ya que ésta investigación tuvo como diseño una serie de casos, los resultados de las variables a estudio se analizaron y presentaron con medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias, proporciones y porcentajes.

#### 4.7.2 Análisis de datos

El análisis de los datos que se obtuvo, se realizó con base a los objetivos que se establecieron, se realizó un análisis descriptivo de las tres macrovariables que fueron factores sociodemográficos, ginecoobstétricos y económico familiar, posteriormente se realizó un análisis con frecuencias, proporciones y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables que fueron numéricas.

Objetivo 1: Se describió los factores sociodemográficos que presentaron las mujeres multíparas a estudio, para lo cual se analizó las microvariables: edad como variable numérica la cual se analizó con medidas de tendencia central y dispersión. Estado civil, religión, zona de vivienda, ocupación, grupo étnico, escolaridad las cuales correspondieron a variables categóricas, se analizaron con frecuencias, proporciones y porcentajes.

Objetivo 2: Se identificó los factores ginecoobstétricos que presentaron las mujeres multíparas a estudio, para lo cual se analizó las variables numéricas: antecedente de gestas, antecedente de partos por vía vaginal, número de hijos vivos, edad a la que tuvo su primer hijo, edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales, éstas variables se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión.

Las variables antecedente de cesárea transperitoneal, antecedente de abortos, hijos muertos, planificación familiar, contraindicación médica para utilizar métodos de planificación

familiar, contraindicación médica, razones por las cuales no utiliza algún método de planificación familiar y periodo intergenésico, correspondieron a tipo categórica por lo que se analizaron con frecuencia, proporción y porcentajes.

Objetivo 3: Se estableció el factor económico familiar que presentaron las mujeres multíparas a estudio, para lo cual se analizó la microvariable nivel de ingreso económico familiar con frecuencia, proporciones y porcentajes ya que fué una variable de tipo categórica.

## **4.8 Alcances y límites de la investigación**

### **4.8.1 Obstáculos**

Definido el diseño metodológico de la investigación, no se estableció una asociación entre las variables que se estudiaron y la multiparidad, tampoco se dió un seguimiento a través del tiempo a las participantes del estudio, otra circunstancia que se consideró fué el horario en que se realizó la entrevista, por lo que se consideró que la información solo representó a la población que se estudió.

### **4.8.2 Alcances**

Con éste estudio se describió los factores sociodemográficos, se identificó los factores ginecoobstétricos y se estableció el factor económico familiar que presentaron las mujeres multíparas que residieron en el municipio de Parramos, del departamento de Chimaltenango, se consideró que éstos factores afectaron la multiparidad, por lo tanto ésta investigación generó información confiable y certera que se presentó ante las autoridades correspondientes para la toma de medidas necesarias ante dicho fenómeno, además sirvió como plataforma de futuras investigaciones en éste campo.

## **4.9 Aspectos éticos de la investigación**

### **4.9.1 Principios éticos generales**

Ésta investigación se basó en principios éticos tales como: autonomía, ya que se respetó la toma de decisión de la participante y se le proporcionó previamente un consentimiento informado (ver anexo 11.3.) el cual tuvo la libertad de decidir firmarlo o no. Beneficencia, debido

a que se trató de minimizar cualquier tipo de daño a la participante, además se benefició cuando se le invitó a ser parte de una charla educacional que se impartió en el centro de salud de Paramos en donde aprendió sobre salud sexual y reproductiva. Justicia, ya que todas las mujeres tuvieron la misma posibilidad de participar en el estudio debido a que la selección de participantes se realizó de manera aleatoria.

Además, la investigación se apegó a las normas CIOMS (Council For International Organizations Of Medical Sciences) las cuales brindaron las pautas éticas para la investigación relacionada con la salud en seres humanos elaboradas en colaboración con la OMS.

La pauta uno trató sobre el valor social y científico y respeto a los derechos. Se consideró importante mencionar el valor social que tuvo ésta investigación, ya que en éste municipio no hubo un estudio similar, los resultados tuvieron un impacto positivo en la salud pública de ésta comunidad debido a que se comprendió e intervino de manera adecuada y oportuna ésta problemática con el fin de proteger y promover la salud de las personas.

En relación al valor científico, éste se evidenció por medio de una sólida estructura en las partes que compusieron la investigación que se realizó, además la información que se generó por medio de ésta investigación fué confiable y válida con la cual se alcanzaron los objetivos establecidos. Respecto a los derechos, la selección de las participantes se realizó sin discriminación referente a su étnia, creencias religiosas o políticas, por lo que se preservaron sus derechos humanos, se respetó, protegió y se fué justo con las participantes donde se realizó, además las participantes decidieron su participación o no por medio del consentimiento informado.

La pauta cuatro expuso los posibles beneficios individuales y riesgos de participar en una investigación, éste estudio se apegó a ésta pauta ya que minimizó los riesgos a los cuales posiblemente estuvieron expuestas las participantes, ya que no se realizaron procedimientos invasivos que interfirieron con la integridad física de la participante.

Además, las participantes asistieron a una charla educacional que se impartió en el centro de salud de Parramos en donde aprendieron sobre salud sexual y reproductiva y en especial sobre los factores que afectan la multiparidad y las posibles consecuencias.

La pauta nueve expuso sobre las personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado, ésta investigación se apegó a ésta pauta ya que cada participante tuvo previamente la información pertinente sobre la investigación, además se le entregó el consentimiento informado el cual sin ejercer influencia o coacción firmó voluntariamente como evidencia de su deseo por participar, en caso de analfabetismo colocó su huella digital en presencia de un testigo que la participante eligió, en caso de no querer participar, no tuvo que firmar el consentimiento informado.

La pauta diez trató sobre modificaciones y dispensas del consentimiento informado, por lo que éste estudio se apegó a ésta pauta ya que no se dió inicio a la recolección de información sin que antes se obtuviera el consentimiento informado de cada participante, posteriormente no se modificó o alteró éste mismo. La única excepción que se consideró fué que no se ejecutara alguna parte de la investigación sin la necesidad de dicha dispensa o modificación.

Además, la pauta dieciocho trató sobre las mujeres como participantes en una investigación. Ésta investigación se apegó a ésta pauta porque tomó en cuenta mujeres mayores de 18 años de edad, no se excluyeron socialmente por etnia, religión o preferencia política, previo a decidir participar en la investigación firmaron o colocaron su huella digital personalmente en el consentimiento informado con lo que se respetó su autonomía y derechos como mujer, en ningún momento el permiso de otra persona reemplazó el requisito de consentimiento informado individual por parte de la participante.

Finalmente la pauta veinticinco trató sobre el conflicto de intereses en una investigación, Ésta investigación se apegó a ésta pauta ya que se realizó con el único propósito de generar de una manera éticamente apropiada información novedosa que fué útil para la promoción en salud de la mujer, por lo tanto el investigador declaró que no persiguió ningún beneficio financiero o político cuando realizó ésta investigación.

#### 4.9.2 Categoría de riesgo

Ésta investigación fué de riesgo categoría I (sin riesgo) ya que tanto la técnica como el diseño que se aplicó no implicó una intervención fisiológica, ni psicológica, sino que solamente se obtuvo información por medio de una entrevista que se realizó a las participantes. Por lo tanto, la participante no se expuso a ningún riesgo.

## 5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la información que se obtuvo a través del instrumento de recolección de datos que realizó el investigador del estudio: Caracterización de los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos. Éste estudio se realizó tanto en el área rural como urbana del municipio de Parramos, departamento de Chimaltenango, y se realizó el trabajo de campo durante el mes de noviembre 2019.

Se seleccionó una muestra aleatoria de 154 mujeres quienes cumplieron con los criterios de selección para participar en el estudio. A continuación se presenta como fue la distribución proporcional de la muestra a estudio.

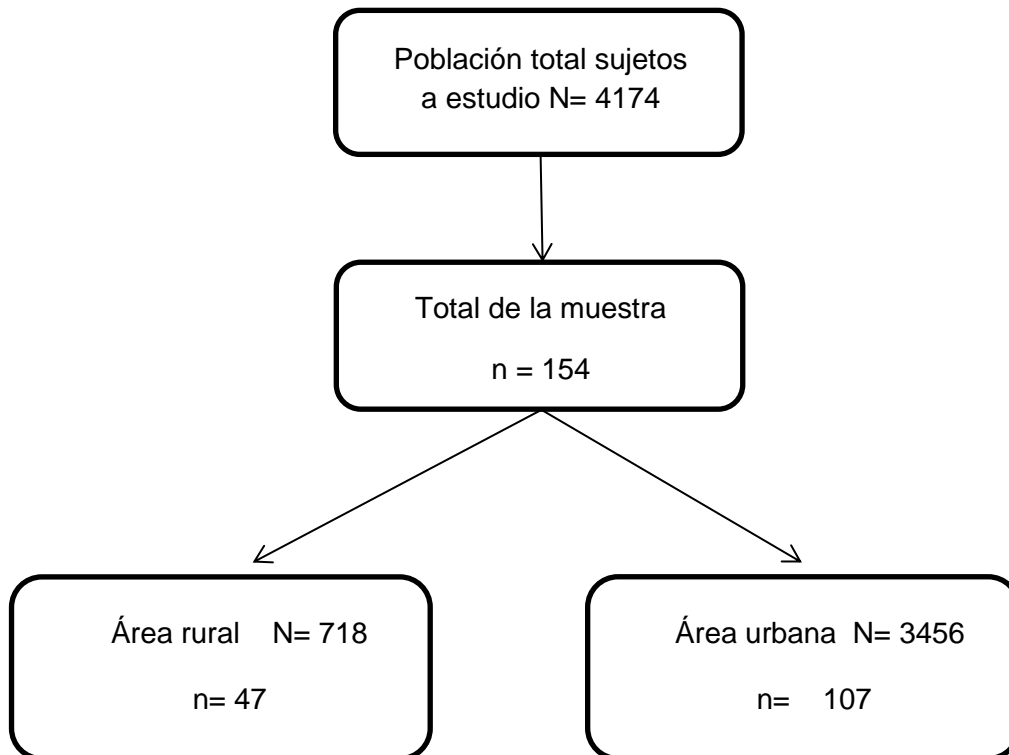


Tabla 1. Factores sociodemográficos de las mujeres múltiparas a estudio

n= 154

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
*Me: 41		
**RIC: (32-52)		
<b>Estado civil</b>		
Casado	95	61.69
Unido	41	26.62
Soltero	1	0.65
Separado	10	6.49
Divorciado	2	1.30
Viuda	5	3.25
<b>Religión</b>		
Católica	79	51.30
Evangélica	51	33.12
Otra	2	1.30
Ninguna	22	14.29
<b>Zona de vivienda</b>		
Rural	47	30.52
Urbana	107	69.48

\*Me: mediana, \*\*RIC: rango intercuartil.

Tabla 1.1. Factores sociodemográficos de las mujeres múltiparas a estudio

<b>n= 154</b>		
<b>Características sociodemográficas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	122	79.22
Trabajadora	32	20.78
Estudiante	-	-
<b>Grupo étnico</b>		
Indígena	83	53.90
No indígena	71	46.10
<b>Escolaridad</b>		
Ninguna	49	31.82
Primaria	79	51.30
Básica	21	13.64
Diversificada	5	3.25
Universitaria	-	-

Tabla 1.2. Factor económico familiar de las mujeres múltiparas a estudio.

<b>n=154</b>		
<b>Características económicas familiares</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Nivel de ingreso económico familiar</b>		
Menor a Q. 2 992	87	56.49
Mayor a Q. 2 992	17	11.04
No sabe	50	32.47

Tabla 2. Factores ginecoobstétricos de las mujeres multíparas a estudio.

<b>n=154</b>		
<b>Características ginecoobstétricas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Antecedente de cesárea transperitoneal</b>		
Sí	95	61.68
No	59	38.32
<b>Antecedente de abortos</b>		
Sí	82	53.24
No	72	46.76
<b>Hijos muertos</b>		
Sí	30	19.48
No	124	80.52
<b>Antecedente de gestas</b>		
* $\bar{x}$ : 5.52		
** DE: $\pm$ 2.66		
<b>Antecedente de partos por vía vaginal</b>		
* $\bar{x}$ : 3.90		
** DE: $\pm$ 2.54		
<b>Número de hijos vivos</b>		
* $\bar{x}$ : 4.49		
** DE: $\pm$ 2.02		
<b>Planificación familiar</b>		
Actualmente sí utiliza algún método de planificación familiar	57	37.01
Actualmente no utiliza ningún método de planificación familiar, pero los ha utilizado	41	26.62
Nunca ha utilizado ningún método de planificación familiar.	56	36.36

\*  $\bar{x}$ : media, \*\* DE: Desviación estándar.



Tabla 2.1. Factores ginecoobstétricos de las mujeres multíparas a estudio.

	<b>n=154</b>	
<b>Características ginecoobstétricas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Contraindicación médica para utilizar métodos de planificación familiar</b>		
Si	7	4.55
No	91	59.09
<b>Contraindicación médica para utilizar métodos de planificación familiar</b>		
Coagulopatias	6	3.90
Histerectomía	1	0.65
Otros	-	-
<b>Razones por las cuales no utiliza o no ha utilizado algún método de planificación familiar</b>		
Temor	40	25.97
Inconvenientes al utilizar el método	22	14.29
Desacuerdo en pareja	19	12.34
Religión	14	9.09
Otro	-	-
Vergüenza	-	-
<b>Edad a la que tuvo su primer hijo</b>		
* $\bar{x}$ : 19.84		
** DE: $\pm$ 2.97		
<b>Edad de inicio de relaciones sexuales</b>		
* $\bar{x}$ : 18.80		
** DE: $\pm$ 2.67		

\*  $\bar{x}$ : media, \*\* DE: Desviación estándar.

Tabla 2.2. Factores ginecoobstétricos de las mujeres multíparas a estudio.

<b>n=154</b>		
<b>Características ginecoobstétricas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Periodo intergenésico</b>		
< 1.5 años	29	18.83
1.5 años – 5 años	100	64.94
> 5 años	11	7.14
No recuerda	14	9.09
<b>Número de parejas sexuales</b>		
*(Mo): 1		

\* Mo: moda

## 6. DISCUSIÓN

En éste estudio se consideró la multiparidad como una cualidad de la mujer la cual se alcanza durante todo el transcurso de su edad fértil, es decir, etapa en la cual el cuerpo tiene la capacidad biológica de poder concebir y dar a luz, se relacionó éste fenómeno con el incremento del crecimiento poblacional de determinado lugar, además se consideró la multiparidad como la cualidad de la mujer que tuvo dos o más partos, y se tomó en cuenta el antecedente de cesárea transperitoneal para definir la paridad y no solo el parto por vía vaginal.

3-1

A continuación, en relación a los resultados que se obtuvo en éste estudio, cuyo objetivo general fué caracterizar los factores que afectaron la multiparidad en el municipio de Parramos del departamento de Chimaltenango en 2019, fué necesario mencionar que éste estudio se realizó tanto en áreas rurales como urbanas según croquis que proporcionó el centro de salud de Parramos.

La organización de la presentación y discusión de resultados fueron elaboradas con base a las características sociodemográficas, ginecoobstétricas y económicas familiares de las mujeres de éste municipio que cumplieron con los criterios de selección del estudio, debido a que se consideró que éstas características fueron factores que afectaron la multiparidad.

Se tomó en cuenta cuando se describió la caracterización de los factores sociodemográficos las variables: edad, estado civil, religión, zona de vivienda, ocupación, grupo étnico y nivel de escolaridad.

En relación a la edad, se reportó entre las entrevistadas una mediana de 41 años de edad de RIC (32-52), lo cual coincidió con el estudio que realizó Susacasa S. titulado: Análisis de factores sociodemográficos como determinantes de la multiparidad extrema y su relación con la morbilidad materna, en el que se observó que dentro de multíparas a estudio 45% eran mayores de 35 años de edad, evidenciando relación entre la edad y la paridad.<sup>7</sup>

Respecto al estado civil, el 61.69% refirió estar casada y el 26.62% reportó estar unida, resultados similares a la VI ENSMI 2014-2015 en donde se reportó que en el grupo de mujeres de 15 a 49 años de edad, el 58% se encontró en unión (35% casadas y 23% unidas), por lo que

la multiparidad fué mayor en casadas, quizás por la estabilidad que proporcionó la pareja para brindar apoyo tanto económico como emocional.<sup>9</sup>

Con relación a la religión, se reportó que la mayoría de las participantes refirió ser católica con un 51.30%, lo cual fué similar al estudio que realizó Arce V, titulado: Factor socioeconómico y educativo en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres que acuden al subcentro de salud de Colonche de la provincia de Santa Elena durante el periodo 2011-2012, en donde los resultados evidenciaron que del total de participantes la mayoría de ellas fueron católicas con un 88% y manifestaron que utilizaron algún método de planificación familiar para reducir la multiparidad fué pecado.<sup>8</sup>

En referencia a zona de vivienda, en éste estudio se reportó que un 69.48% de las participantes correspondió al casco urbano de Parramos, lo cual no coincidió con la VI ENSMI 2014-2015 en donde la tasa global de fecundidad fué mayor para áreas rurales del país con 3.7 en comparación con áreas urbanas con 2.5, sin embargo se tuvo en cuenta que la ENSMI se realizó a nivel nacional y en ésta investigación en Parramos existió una mayor distribución de personas en el casco urbano en comparación con el área rural del municipio, siendo éste, parte rural del país.<sup>9</sup>

En cuanto a ocupación, el 79.22% refirió ser ama de casa y un 20.78% indicó ser trabajadora, la misma coincidió con Enríquez Y, Ortiz K, Ortiz J, en su estudio: Efecto de las preferencias de fecundidad en la cantidad de hijos: comparación entre trabajadoras peruanas en donde evidenció que la media de hijos nacidos vivos entre trabajadoras independientes fué de 2.44 en comparación con trabajadoras dependientes con 1.49 en donde se concluyó que las mujeres adaptaron su conducta reproductiva con base a su ocupación y vida laboral; ésto se relacionó con los resultados de ésta investigación, ya que la mayoría de las entrevistadas fueron amas de casa, siendo todas ellas múltiparas y en menor porcentaje trabajadoras e independientes, por lo tanto es notable en ésta comparación cómo la mujer adaptó su vida reproductiva a su ocupación.<sup>10</sup>

Respecto al grupo étnico y nivel de escolaridad los resultados de ésta investigación evidenciaron que un 53.90% de las entrevistadas fueron indígenas y un 51.30% de todas las entrevistadas tuvo escolaridad primaria y en segundo lugar con un 31.82% no presentaron ningún nivel de escolaridad, éstos resultados fueron similares a los de la VI ENSMI en donde se reportó que la tasa global de fecundidad fué mayor en el grupo indígena con 3.6 en

comparación con el grupo no indígena, así mismo la tasa global de fecundidad fué mayor en el grupo con ningún tipo de educación con una tasa de 4.6 en comparación con quienes presentaron educación superior.<sup>9</sup>

Con relación a la caracterización de los factores ginecoobstétricos, se consideró como parte de éstos, las siguientes variables: antecedente de cesárea transperitoneal, antecedente de abortos, hijos muertos, antecedente de gestas, antecedente de partos por vía vaginal, número de hijos vivos, planificación familiar, contraindicación médica para utilizar métodos de planificación familiar, razones por las cuales no utilizó algún método de planificación familiar, edad a la que tuvo su primer hijo, edad a la que inicio relaciones sexuales, periodo intergenésico, número de parejas sexuales, cuyos resultados se discuten a continuación.

En cuanto a antecedente de cesárea transperitoneal un 62% de las mujeres multíparas tuvo al menos una cesárea, ésto fué similar al estudio que realizó Almaraz A, que se tituló: Estilo de vida y caracterización socio-económica y cultural de grandes multíparas del municipio de Zaragoza, departamento de Chimaltenango, Guatemala, de junio a noviembre 2017 en donde se evidenció que del total de mujeres a estudio 13% tuvo al menos una cesárea transperitoneal como antecedente y vía de resolución de embarazo.<sup>12</sup>

Respecto a antecedentes ginecoobstétricos en éste estudio se reportó que un 53% de las mujeres multíparas tuvo un antecedente de aborto y un 19% tuvo antecedente de al menos un hijo muerto, se observó una media de antecedente de gestas de 5.52 con una DE +/- 2.66, de partos por vía vaginal 3.90 con una DE +/- 2.54, de hijos vivos de 4.49 con una DE +/- 2.02, éstos resultados fueron similares a los reportados por Solares N, quien realizó un estudio que tituló: Caracterización epidemiológica y tratamiento de la paciente post aborto en donde refirió que del total de participantes 38% tuvo antecedente de más de tres gestas por mujer con una DE +/- 3.5, el 30% tuvo más de tres partos y el 30% algún aborto previo, incidiendo en el número de hijos vivos y el número de hijos muertos de las participantes.<sup>13</sup>

Con relación a planificación familiar se reportó que un 37.01% sí utilizó algún método de planificación familiar y 62.98% de mujeres no utilizó método de planificación familiar, éstos resultados fueron similares a los expuestos por Ávila C, Rhea B, Gutiérrez J, Hoadley K, Romero N, Rodríguez M, quienes realizaron el Análisis del Sistema de Salud en Guatemala en el año 2015 en donde se evidenció una discrepancia entre el uso de métodos de planificación familiar en áreas urbanas con un 35% y áreas rurales con un 25%, es decir en áreas rurales se

utilizó menos, además también se mostró una brecha sobre el uso de métodos de planificación familiar entre mujeres indígenas con 19% y no indígenas con 36%, es decir las mujeres indígenas utilizó menos métodos de planificación familiar, como lo registró el presente estudio.

14

Respecto a la contraindicación médica para utilizar métodos de planificación familiar se evidenció que en mujeres que utilizaron algún método de planificación familiar o que los habían utilizado en algún momento el 59.09 % de las participantes refirió que no tuvo una contraindicación médica para no planificar y solo un 4.55 % de ellas indicó que si tuvo una contraindicación, dentro de ésta el 85.71 % registró coagulopatias y el 14.28 % histerectomía, Guzmán J, realizó un estudio que tituló: Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción en donde evidenció que del total de participantes el 9.69% refirió tener contraindicación médica para utilizar métodos de planificación familiar, lo que indicó en ambos casos, que en su mayoría la falta de planificación familiar no se debió a una contraindicación médica o situación fuera de su voluntad para utilizar métodos de planificación familiar. <sup>11</sup>

En referencia a razones por las cuales no utilizó algún método de planificación familiar, en éste estudio llama la atención que los resultados indicaron que el principal motivo para no utilizar un método de planificación familiar fué por temor a un 25.97 %, según las entrevistas personales se documentó temor a que la planificación familiar tuviera un efecto negativo en la capacidad de reproducción, éstos resultados fueron parecidos a los publicados por Quiroa M, Ramirez M, quienes realizaron un estudio titulado: Características sociodemográficas, creencias de las mujeres en edad fértil, uso de métodos de planificación familiar y la participación de la pareja, en donde se registró que del total de participantes el principal motivo para no utilizar métodos de planificación familiar fué también por temor con un 60% lo que representó también el mayor porcentaje. <sup>16</sup>

En cuanto a la edad en la que se tuvo el primer hijo los resultados mostraron una media de 19.84 años de edad con una DE +/- 2.97, éstos resultados fueron similares a los que reportó Almaraz A, quien realizó un estudio titulado: Estilo de vida y caracterización socio-económica y cultural de grandes multíparas del municipio de Zaragoza, departamento de Chimaltenango, Guatemala, de junio a noviembre 2017, en donde indicó que del total de participantes un 25% tuvo su primer hijo a los 17 años, sin embargo el rango con mayor porcentaje estuvo entre los 15 y 20 años de edad. <sup>12</sup>

Respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales las participantes indicaron iniciar actividad sexual como media a los 18 años con una DE +/- 2.67, éstos datos fueron similares a los que refirieron Mora A, Hernández M, quienes realizaron una publicación llamada: Embarazo en la adolescencia e indicaron que las mujeres inician a tener relaciones sexuales entre los 15 y 19 años de edad. <sup>17</sup>

Con relación al periodo intergenésico, un 64.94% de las participantes refirió que esperó entre 1.5 años a 5 años entre un embarazo y el próximo, lo cual fué un periodo intergenésico adecuado, con éstos resultados existió concordancia con lo dicho por Zavala A, Ortiz H, Salomón J, Padilla C, Preciado R, quienes realizaron una publicación que llamaron: Periodo intergenésico: Revisión de la literatura, en donde expusieron que el periodo intergenésico que recomendó la OMS fué no menor a un año y medio y no mayor de cinco años, además de que consideró que la multiparidad tuvo relación con el periodo intergenésico. <sup>18</sup>

En referencia al número de parejas sexuales los resultados de ésta investigación mostraron una moda de 1, lo cual difiere con lo dicho por Schmeer K, Hays J, quienes realizaron una investigación que llamaron: Fecundidad multipareja en Nicaragua: Formación de familias complejas en un entorno de bajos ingresos, en donde indicaron que las madres al igual que los padres con múltiples parejas sexuales tuvieron más hijos que quienes tuvieron una sola pareja sexual, en ésta investigación se tomó en cuenta que el contexto cultural jugó un papel fundamental en la decisión del número de parejas sexuales. <sup>19</sup>

Con respecto a la variable nivel de ingreso económico familiar para caracterizar el factor económico familiar y los resultados muestran que un 56.49% de las participantes tuvieron un ingreso en sus hogares menor a Q.2 992 como salario mínimo, así como un 32.47% de ellas desconocían el ingreso económico familiar, ésto concordó con la información que se reportó en la VI ENSMI que se realizó en el periodo 2014-2015 en donde indicaron que quienes estuvieron en el quintil inferior de riqueza tuvieron una tasa global de fecundidad de 4.9 en comparación con el grupo que tuvo un quintil de riqueza superior con una tasa global de fecundidad de 1.9 es decir, a menor quintil de riqueza, mayor tasa de fecundidad. <sup>9</sup>

La información que se generó, permitió identificar como fortaleza el aporte de información en relación a la caracterización de los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos, departamento de Chimaltenango 2019, ya que pese a que el fenómeno se ha descrito en diferentes escenarios culturales, ésta información local del municipio de

Parramos del departamento de Chimaltenango en relación a la población femenina es de vital importancia para el Área departamental de Salud del MSPAS, ya que a través de ella se pueden generar estrategias que mejoren los indicadores de salud reproductiva actuales, como la planificación familiar.

Sin embargo, el estudio presentó debilidades y dentro de ellas: el no incluir a la totalidad de la población femenina del municipio de Parramos, además no se pudo comparar los resultados con algún otro grupo poblacional, limitándose según el diseño únicamente a la observación y descripción de las características del grupo a estudio.

No obstante, generó la oportunidad de realizar un informe sobre la situación actual respecto a la caracterización de los factores que afectan la multiparidad considerando los factores: sociodemográficos, ginecoobstétricos y económicos familiares, el cual fué entregado a la DAS de Chimaltenango y a la directora del Centro de Salud de Parramos, para poder analizarlos e implementar estrategias en vías de la mejora a la salud reproductiva del municipio.



## 7. CONCLUSIONES

7.1 En cuanto a los factores sociodemográficos de las mujeres multíparas del estudio, se describe que posee una edad mediana de 41 años, más de la mitad es casada, católica, vive en área urbana, con educación primaria, ocho de diez es ama de casa, cinco de diez es indígena.

7.2 Respecto a los factores ginecoobstétricos de las mujeres multíparas del estudio, se identifica que presenta una media del número de gestas de seis, edad media de inicio de relaciones sexuales de 19 años, más de la mitad no utiliza ningún método de planificación familiar, y tres de diez refiere no utilizarlo por temor.

7.3 Con relación al factor económico familiar se establece que seis de cada diez mujeres multíparas tienen un ingreso económico familiar menor a Q. 2 992.



## **8. RECOMENDACIONES**

### **8.1. Al Área de Salud de Chimaltenango y Centro de Salud de Parramos**

8.1.1 Orientar al personal de salud que brinda atención en los servicios de salud materna sobre la necesidad de reforzar la educación sexual y reproductiva, así como la planificación familiar en las usuarias del servicio, con la finalidad de mejorar las condiciones de salud materna.

8.1.2 Fortalecer la promoción de los programas relacionados a la salud reproductiva, con énfasis en la planificación familiar, según resultados obtenidos.

8.1.3 Fomentar la necesidad e importancia de superación personal lo cual tendría influencia en la manera de percibir su entorno, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y economía de las usuarias, y por consiguiente en la mejora de los indicadores de salud reproductiva y factores sociodemográficos y económicos según los resultados obtenidos en éste estudio.

### **8.2. A la población del municipio de Parramos del departamento de Chimaltenango.**

8.2.1 Atender a las recomendaciones en salud sexual, reproductiva y planificación familiar brindadas por el personal de salud.

### **8.3. A la Facultad de Ciencias Médicas**

8.3.1 Promover e incentivar la investigación científica sobre la multiparidad desde otras perspectivas con la finalidad de enriquecer el tema y generar información e indicadores del fenómeno los cuales serían útiles para el mejoramiento de la salud reproductiva.



## **9. APORTES**

Éste estudio generó información científica y novedosa sobre la caracterización de los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos, departamento de Chimaltenango en 2019, se consideró para éste fenómeno, factores sociodemográficos, ginecoobstétricos y el económico familiar los cuales facilitaron la descripción del evento de estudio y constituyó un referente de la población que participó en el mismo, para futuras investigaciones.

Se brindó una plática sobre planificación familiar, salud sexual y reproductiva a la población de estudio con la finalidad de reforzar la promoción en salud y prevención de enfermedades relacionadas a la multiparidad, en dicha actividad se hizo énfasis en los factores que se identificaron en ésta localidad.

Se realizó un informe con los resultados que generó ésta investigación, el cual se presentó ante la DAS de Chimaltenango y la directora del Centro de Salud de Parramos para ser analizada y generar estrategias que vayan en vías del mejoramiento de la salud materna y reproductiva a todas las mujeres del municipio de Parramos.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams obstetricia. Argentina: McGraw- Hill; 2011.
2. Alamo Barreto FL. Multiparidad como factor de riesgo para anemia en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. [tesis Médico y Cirujano]. Trujillo, Perú : Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2016 [citado 13 Abr 2019]. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2133/1/RE\\_MED.HUMA\\_FIORELA.ALAMO\\_MULTIPARIDAD.PARA.ANEMIA.EN.GESTANTES\\_DATOS.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2133/1/RE_MED.HUMA_FIORELA.ALAMO_MULTIPARIDAD.PARA.ANEMIA.EN.GESTANTES_DATOS.PDF)
3. Herrera Cuenca M. Mujeres en edad fértil: Etapa crucial en la vida para el desarrollo óptimo de las futuras generaciones. An venez nutr [en línea]. 2017 [citado 20 Jun 2019]; 30 (2): [aprox. 4 pant.]. Disponible en: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2017/2/art-5/#>
4. Guatemala. Ministerio de Desarrollo Social. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Informe nacional de la encuesta mundial de avances del programa de acción de la conferencia internacional sobre población y desarrollo. Guatemala: Sergrafica; 2013
5. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. República de Guatemala: Estadísticas demográficas y vitales 2014 [en línea]. Guatemala: INE; 2014 [citado 25 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/01/13/FijigScCmvJuAdaPlozybqKmr01Xtkjy.pdf>
6. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Caracterización departamental Chimaltenango 2012. Guatemala: INE; 2013.
7. Susacasa S. Análisis de factores sociodemográficos como determinantes de la multiparidad extrema y su relación con la morbimortalidad materna. Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramón Sarda [en línea]. 2014 [citado 21 Jul 2019]; 33 (3):110-118. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91238563001>
8. Echáiz del Pezo A J, Borbor Tumbaco L V. Factor socioeconómico y educativo en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres que acuden al subcentro de salud colonche 2011-2012.

- [tesis Licenciada en Enfermería en línea]. La Libertad, Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud; 2012 [citado 20 Jun 2019]  
Disponibile en:  
<http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/609/1/BORBOR%20TUMBACO%20ECHAEZ.pdf>
9. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015 [en línea]. Guatemala: ICF Internacional; 2017 [citado 21 Jun 2019]; (Serie Informes Técnicos: 6)
  10. Enriquez Canto Y, Ortiz Romaní KJ, Ortiz Montalvo YJ. Efecto de las preferencias de fecundidad en la cantidad de hijos: comparación entre trabajadoras peruanas. *Horiz Med* [en línea]. 2018 Sep [citado 21 Jun 2019]; 18 (3): 37-47. Doi: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n3.07>
  11. Almaraz Marroquín A R. Estilo de vida y caracterización socio-económica y cultural de grandes múltiparas del municipio de Zaragoza, departamento de Chimaltenango, Guatemala, de junio a noviembre 2017. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez, Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud; 2018 [citado 2 Oct 2019]. Disponible en: N
  12. Solares Valdez N A. Caracterización epidemiológica y tratamiento de la paciente post aborto. [tesis Maestría en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2014 [citado 2 Oct 2019]. Disponible en: [http://www.repositorio.usac.edu.gt/1531/1/05\\_9432.pdf](http://www.repositorio.usac.edu.gt/1531/1/05_9432.pdf)
  13. Guzmán Camas J M, Factores asociados al abandono de métodos de anticoncepción. [tesis de Maestría en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2016 [citado 26 Jun 2019]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10148.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10148.pdf)
  14. Ávila C, Rhea B, Gutiérrez J, Hoadley K, Romero C, Romero N. Guatemala, análisis del sistema de salud 2015 [en línea]. Bethesda, MD: Proyecto Health Finance and Governance, Abt Associates; 2015 [citado 3 Oct 2019]. Disponible en: <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1862/Guatemala-Analisis-del-Sector-Publico-Salud-Esp-INFORME-COMPLETO-FINAL-Abr2016.pdf>



15. Torres Ixcayau A R. Factores que influyen en el abandono de los métodos de planificación familiar en mujeres receptoras del programa. [tesis Licenciado en Enfermería en línea]. Quetzaltenango, Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2015 [citado 6 Oct 2019]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/02/Torres-Alba.pdf>
16. Ramirez Caal M A, Quiroa Casado M E. Características sociodemográficas, creencias de las mujeres en edad fértil, uso de métodos de planificación familiar y la participación de la pareja. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011 [citado 7 Oct 2019]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8826.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8826.pdf)
17. Mora Cancino A M, Hernández Valencia M. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obstet Mex [en línea]. 2015 [citado 22 Mayo 2019]; 83: 294-301. Disponible en: [https://nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2015/numero%205/art.revision\\_embarazo.pdf](https://nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2015/numero%205/art.revision_embarazo.pdf)
18. Zavala García A, Ortiz Reyes H, Salomón Kuri J, Padilla Amigo C, Preciado Ruiz R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. Ginecol [en línea]. 2018 Feb [citado 20 Mayo]; 83 (1): 52-61. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000100052&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>.
19. Schemeer K, Hays J. Fecundidad multipareja en Nicaragua: Formación de familias complejas en un entorno de bajos ingresos. Int. perspect. sex. reprod. Health [en línea]. 2017 [citado 20 Jun 2019]; 43 (1): 29-38. Disponible en: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/43e3317sp.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/43e3317sp.pdf)
20. Huillca Briceño A. La multiparidad como factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2016 Jun [citado 22 Mayo 2019]; 42 (2): 189-198. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2016000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000200005&lng=es)
21. Rivera Inga F R. Multiparidad como factor de riesgo de parto pretérmino en pacientes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Belén de Trujillo. [tesis Médico y Cirujano en línea].

Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2015 [citado 23 Mayo 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1541>

22. Bósquez N M. Multiparidad como factor de riesgo de prolapsos genitales en mujeres mayores de 40 años atendidas en el centro de salud Alfonso Oramas González. [tesis de Maestría en línea]. Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2018 [citado 22 Mayo 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31615/1/CD-423-BOSQUEZ%20BOSQUEZ.pdf>
23. Ccahuin Sueno F G. Multiparidad como factor de riesgo para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco. [tesis Maestría en línea]. Perú: Universidad Alas Peruanas, Facultad de Ciencia Humana y Ciencias de la Salud; 2017 [citado 20 Mayo 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/4847>
24. Dioses E, Oña G, Cardoso K, Meza J, Matorel M. Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del norte del Perú. Rev. Cuerpo méd [en línea]. 2014 [citado 20 Jun 2019]; 7 (4): 22-24. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Jessica\\_Meza\\_Liviapoma/publication/297734199\\_Factores\\_asociados\\_a\\_la\\_hemorragia\\_de\\_la\\_segunda\\_mitad\\_del\\_embarazo\\_en\\_un\\_Hospital\\_del\\_norte\\_del\\_Peru/links/56e1ddea08ae4e3e94281d57.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jessica_Meza_Liviapoma/publication/297734199_Factores_asociados_a_la_hemorragia_de_la_segunda_mitad_del_embarazo_en_un_Hospital_del_norte_del_Peru/links/56e1ddea08ae4e3e94281d57.pdf)
25. Revoredo Llanos I A. Edades extremas, multiparidad, grado de instrucción, estado civil, partos anteriores, parto gemelar, peso ganado, como factores de riesgo de preeclampsia, en pacientes del Centro de Salud Huanchaco, Trujillo. [tesis Maestría en línea]. Perú: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado; 2018 [citado 20 Jun 2019]. Disponible en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17603/revoredo\\_lli.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17603/revoredo_lli.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
26. Alvarenga Rodríguez P E. Factores de riesgo asociados a macrosomía fetal. [tesis Maestría en línea]. Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud; 2017 [citado 1 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS49/pdf/TMVS49.pdf>

27. Huerta Jiménez O, Pérez Silva S, De Jesús García A, Jiménez Baez M V, Sandoval Jurado L. Factores asociados con muerte fetal en un hospital de segundo nivel de atención en Cancún, Quintana Roo. Rev. CONAMED [en línea]. 2017 [citado 3 Jun 2019]; 22 (1): 5-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6000400>
28. Amen Yang K W, Vecilla Cayambe J A. Multiparidad como factor de riesgo obstétrico y reproductivo en las gestantes que acudieron a la consulta prenatal del hospital provincial martin Icaza de la ciudad de Babahoyo, en el periodo comprendido del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril del 2011. [tesis Maestría en línea]. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2011. [citado 3 Jun 2019]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/662/6/T-UTB-FCS-OBST-000018.pdf>
29. Bezerra de Moura L N, Oliveira Gomes K R, Rodríguez de Oliveira S, Araújo Maranhao T. Multiparidad entre adolescentes y jóvenes y factores de riesgo en Teresina/Piauí. Adolesc Salud [en línea]. 2014 [citado 26 Abr 2019]; 11 (3): 51-62. Disponible en: [http://adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=456&idioma=Espanhol](http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=456&idioma=Espanhol)
30. Renojo Vilchez M K. Características sociodemográficos y culturales de las adolescentes con embarazo reincidente en el hospital maría auxiliadora 2017. [tesis Maestría en línea]. Perú: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017 [citado 24 Abr 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1552/TITULO%20-%20Renojo%20Vilchez%2c%20Mariela%20Katherine.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Chica Santillan L M. Multiparidad y su relación con la planificación familiar en mujeres adolescentes atendidas en el hospital león becerra Camacho, Milagro periodo 2017. [tesis Maestría en línea]. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. [citado 25 Abr 2019]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/4564/1/P-UTB-FCS-OBST-000004.pdf>
32. Vetanzo Sánchez G C. Embarazo no planificado y sus factores asociados según la encuesta demográfica y salud familiar del Perú. [tesis Maestría en línea]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2010. [citado 19 Mayo 2019]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10336/Vetanzo\\_sg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10336/Vetanzo_sg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

33. Caño Moscol D A. Factores que influyen en la multiparidad en adolescentes de 14 a 19 años, atendidas en la consulta externa del hospital materno infantil Dra. Matilde Hildalgo de procel. [tesis Maestría en línea]. Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2013. [citado 20 Mayo 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1819/1/UNIVERSIDAD%20DE%20GUAYAQUIL%20completo.pdf>
34. Betancourt Morales E E. Oxitocina como tratamiento preventivo de atonía uterina en pacientes grandes multíparas en puerperio inmediato. [tesis Maestría en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Escuela de Estudios de Postgrado; 2015. [citado 18 Mayo 2019]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/2745/1/Elsa%20Eunice%20Betancourt%20Morales.pdf>
35. Gaitán López H E, Torres Henríquez J L, Ventura Milian A J, Thomas H G, González Bran J R, Maldonado Berducido O H, et al. Factores de riesgo asociados a mujeres con periodo intergenésico corto. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010. [citado 20 Mayo 2019]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8720.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8720.pdf)
36. Son Velásquez V K. Factores que influyen en el aumento de embarazos en las mujeres adolescentes de 10 a 19 años. [tesis Licenciada en Enfermería en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. [citado 20 Mayo 2019]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrcd/2018/09/02/Son-Victoria.pdf>
37. Solís Valladares J A, Pérez Rodas J M, Archila Eguizábal K A, Almaraz Villatoro R E. Factores sociodemográficos y culturales asociados al embarazo en adolescentes. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 21 Mayo 2019]. Disponible en: [http://www.repositorio.usac.edu.gt/699/1/05\\_9474.pdf](http://www.repositorio.usac.edu.gt/699/1/05_9474.pdf)
38. Coronado velásquez L. Factores que influyen en los embarazos en adolescentes. [tesis licenciada en Enfermería]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la

Salud; 2017. [citado 22 Mayo 2019]. Disponible en:  
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrcd/2018/09/02/Coronado-Lucrecia.pdf>

39. Alegría Llanos K G. Grado de instrucción primaria y multiparidad asociados a incumplimiento del control prenatal. [tesis Médico Cirujano en línea]. Perú: Universidad privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2017. [citado 23 Abr 2019]. Disponible en:  
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2569/1/RE\\_MED.HUMA\\_KATHERINE.ALEGRIA\\_GRADO.DE.INSTRUCCION.PRIMARIA.Y.MULTIPARIDAD.ASOCIADOS.A.INCUMPLIMIENTO\\_DATOS.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2569/1/RE_MED.HUMA_KATHERINE.ALEGRIA_GRADO.DE.INSTRUCCION.PRIMARIA.Y.MULTIPARIDAD.ASOCIADOS.A.INCUMPLIMIENTO_DATOS.PDF)
40. Américo C F, Santos A, Ribeiro A C, Silva J A, Ferreira E R. Atención al planteamiento familiar y riesgo reproductivo evitable: estudio transversal. *Online braz. j. nurs* [en línea]. 2013 [citado 20 Mar 2013]; 12 (4): [aprox. 3 pant]. Disponible en:  
[http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/4241/html\\_57](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/4241/html_57)
41. Soriano Ortega K P, Carballo Mondragón E, Roque Sánchez A M, Durán Monterrosas L, Kably Ambe A. Percepción de la fertilidad en mujeres en edad reproductiva, según su edad. *Ginecol Obstet Méx* [en línea]. 2017 [citado 26 Abr 2019]; 85 (6): 364-373. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S030090412017000600364&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030090412017000600364&lng=es&nrm=iso)
42. Mendoza Tascón L A, Claros Benítez D I, Peñaranda Ospina C B. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev Chil Obstet Ginecol* [en línea]. 2016 Jun [citado 26 Abr 2019]; 81 (3): 243-253. Disponible en:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000300012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012)
43. Allen Leigh B, Villalobos Hernández A, Hernández Serrato M I, Suárez L, de la Vara E, de Castro Filipa, et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud pública Méx* [en línea]. 2013 [citado 28 Abr 2019]; 55 (2): 235-240. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800021&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800021&lng=es)

44. Unión de Asociaciones Familiares. Planificación familiar y métodos anticonceptivos [en línea]. España: UNAF; 2013 [citado 21 Jun 2019]. Disponible en: <https://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/planificacion-familiar-y-metodos-anticonceptivos/>
45. HealthyChildren.org. Métodos anticonceptivos eficaces para los adolescentes sexualmente activos [en línea]. Illinois: American Academy of Pediatrics; 2014 [actualizado 8 Ene 2016; citado 21 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex/Paginas/birth-control-for-sexually-active-teens.aspx>
46. Bermeo Villa N A, Cazho Morocho R E. Influencia sociocultural en el acceso y uso de métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil de la comunidad de Huertas, Santa Isabel 2015. [tesis Licenciada en Enfermería en línea]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2016. [citado 25 Jun 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23646/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
47. Urquiza Fonseca O, Urquiza Fonseca B, Reyes Urquiza Y, Ríos Maestre I. Efectos del programa de maternidad y paternidad responsables en el conocimiento de gestantes. Rev Cuba enferm [en línea]. 2016 [citado 24 Abr 2019]; 32 (1): 60-65. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n1/enf071116.pdf>
48. Esteve A, Florez-Paredes E. Edad a la primera unión y al primer hijo en America Latina: estabilidad en cohortes más educadas. Notas de Población (Santiago, Chile) [en línea]. 2014 Dic [citado 27 Abr 2019]; Año 41 (99): 39-53. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37432-notas-poblacion-vol-41-ndeg-99>
49. Brown H. Manejo del trabajo de parto normal [en línea]. New Jersey: Merck Sharp & Dohme Corp; 2019 [citado 25 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>.
50. Schnapp C, Sepulveda E, Robert J A. Operación cesárea. Rev med clin condés [en línea]. 2014 [citado 29 Abr 2019]; 25 (6): 987-992. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706480>

51. Alcázar J L. Ginecología y obstetricia en la formación de grado [en línea]. Navarra, España: Médica Panamericana; 2017. Capítulo IV, Historia clínica, exploraciones básicas y pruebas complementarias en obstetricia y ginecología [citado 2 Mayo 2019]; p. 33-43. Disponible en: [https://www.unav.edu/documents/29044/12213684/capitulo\\_muestra.pdf/7795ca27-9c69-475a-830a-f9dbd609aa2d](https://www.unav.edu/documents/29044/12213684/capitulo_muestra.pdf/7795ca27-9c69-475a-830a-f9dbd609aa2d)
52. Seperak Viera R A, Rivera Calcina R. Determinantes sociodemográficos de la alta fecundidad en mujeres peruanas. Rev Chil Obstet ginecol [en línea]. 2018 Nov [citado 23 Mayo 2019]; 83 (5): 452-463. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000500452&lng=en.%20http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500452](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500452&lng=en.%20http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500452).
53. Funes Polanco M A. Estado nutricional en pacientes con período intergenésico corto y sus complicaciones materno-fetales. [tesis Maestría en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2016. [citado 22 Mayo 2019]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10021.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10021.pdf)
54. Martín M J, Martínez J M, Rojas D. Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2011 [citado 25 Mayo 2019]; 29 (6): 433-43. Disponible en: <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF8/005>
55. Castro Nogueira L, Toro Ibáñez M A. El mito de la promiscuidad sexual y otros cuentos. RDL [en línea]. 2013 [citado 22 Mayo 2019]; 187: 1-12. Disponible en: [https://www.revistadelibros.com/articulo\\_imprimible\\_pdf.php?art=5118&t=articulos](https://www.revistadelibros.com/articulo_imprimible_pdf.php?art=5118&t=articulos)
56. García J. Sexualidad y cambios culturales. Rev urug psicoanal [en línea]. 2014 [citado 19 Mayo 2019]; (119): 17-26. Disponible en: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201411902.pdf>
57. Arango J U. Paternidad y maternidad en hombres y mujeres con prácticas homoeróticas. Trab Soc [en línea]. 2014 [citado 26 Mayo 2019]; 16 (16): 111-126. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/47062>
58. Pierre J J. Análisis regional de los determinantes próximos de la fecundidad en Haití. [tesis Maestría en línea]. Tijuana, México: El Colegio de la Frontera Norte; 2016. [citado 2 Jun 2019].

Disponible en: <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2016/10/TESIS-Pierre-Joseph-Junior.pdf>

59. Pérez Estrada J S. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para planificación familiar en mujeres de edad fértil. [tesis Maestría en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2017. [citado 2 Jun 2019]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10412.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10412.pdf)
60. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Estado Civil. Semanario Judicial de la Federación [en línea]. 23 Sep 2016 [citado 8 Jun 2019]; Décima época. Disponible en: <https://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/Documentos/Tesis/2012/2012591.pdf>
61. Pérez Porto J, Gardey A. Definición de fertilidad [en línea]. [s.l.]: definición.de; 2008. [actualizado 2014; citado 2 Jun 2019]. Disponible en: <https://definicion.de/fertilidad/>
62. Escalera Cuyubamba, Y K. Méndez Ventura T. Causas del embarazo precoz en las adolescentes atendidas en el centro de salud Chilca. [tesis Trabajo Social en línea]. Perú: Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Trabajo Social; 2015. [citado 23 Mayo 2019]. Disponible en: [http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/907/TTS\\_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/907/TTS_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
63. Salvador Z. La planificación familiar: beneficios, recomendaciones y métodos [en línea]. Barcelona, España: reproducciónasistida.org; 2017 [actualización 2019; citado 23 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/metodos-de-planificacion-familiar/>
64. Ramírez Méndez H E. Hospital municipal de Parramos. [tesis Arquitectura en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Arquitectura; 2015. [citado 20 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/6567/1/H%C3%89CTOR%20EDUARDO%20RAM%C3%8DR%20M%C3%89NDEZ.pdf>

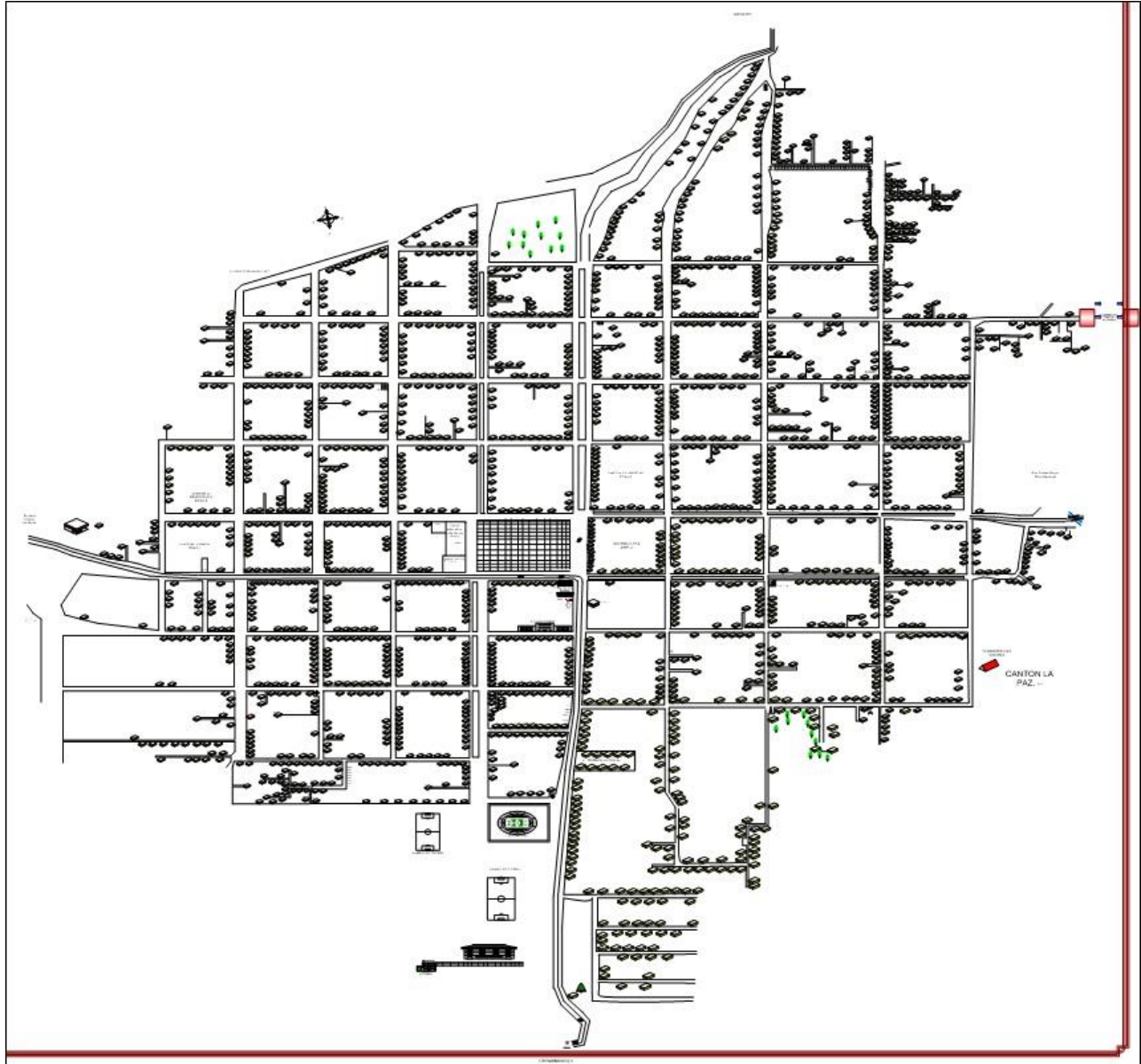


65. Guatemala. Corte de Institucionalidad. Constitución política de la república de Guatemala [en línea]. Guatemala: Corte de Institucionalidad; 2002. [citado 23 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/archivos/informacionpublica/ConstitucionPoliticaDeLaRepublicaDeGuatemala.pdf>
66. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de salud reproductiva. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011. [citado 22 Mayo 2014]. Disponible en: <http://portal.mspas.gob.gt/index.php/en/programa-nacional-de-saludreproductiva.html>
67. Guatemala. Programa paternidad y maternidad responsable [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011. [citado 22 Mayo 2019]. Disponible en: <http://portal.mspas.gob.gt/index.php/en/programa-nacional-de-saludreproductiva.html>
68. Guatemala. Sistema de información sobre la primera infancia en América Latina. Decreto No. 87-Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva [en línea]. Guatemala: Organismo Judicial; 2012. [citado 23 Mayo 2019]. Disponible en: [http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi\\_normativa/guatemala\\_decreto\\_nro\\_87\\_2005.pdf](http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/guatemala_decreto_nro_87_2005.pdf)
69. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Ley Para La Maternidad Saludable. Decreto Número. 32-2010 [en línea]. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2010. [citado 23 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/LeyParalaMaternidadSaludable.pdf>
70. Guatemala. Observatorio Salud Reproductiva. ALIANMISAR Guatemala. Red Nacional de Hombres. Compendio de leyes para la acción en salud reproductiva en Guatemala [en Línea]. Guatemala: OSAR, ALIANMISAR, Red Nacional de Hombres; 2014 [citado 23 Mayo 2019]. Disponible en: <http://www.alianmisar.org/userfiles/Compendio%20de%20leyes%20alta%20resolucion.pdf>
71. Martínez Carazo P C. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Pensam & gest [en línea]. 2006 [citado 23 Mayo 2019]; 1 (20): 165-193. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>

72. Villeda Henry M A, López Laparra V P, López Alvarado I A, Castañeda Morales D A, Hernández Ramirez J R, Arenales Mendoza R D. Medicación con antibióticos sin prescripción médica de padres o encargados en niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2018. [citado 20 Abr 2019]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_11086.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_11086.pdf)
73. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [en línea]. Madrid, España: RAE; 2018 [citado 28 Feb 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es>
74. Pérez Porto J, Merino M. Definición cesárea [en línea]. [s.n]: definición.de; 2018 [citado 25 Jun 2019]. Disponible en: <https://definicion.de/cesarea/>
75. Taber's Medical Dictionary Online website. Contraindicaciones [en línea]. Meryland: A.D.A.M.; 2019. [citado 21 Abr 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002314.htm>
76. De Irala J, Osorio A, Carlos S, Ruiz Canela M, López del Burgo C. Media de edad de inicio de relaciones sexuales ¿saben lo que queremos decir? Arch Sex Behav [en línea]. 2011. [citado 26 Jun 2019]; 1 (1): 1-5. Disponible en: <https://www.unav.edu/documents/58292/c7125e79-a032-47d4-a69f-83a0d3d37f30>
77. Hurtado de Mendoza Z M, Veytia López M, Guadarrama Guadarrama R, González Forteza C. Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios. Nova scientia [en línea]. 2017 [citado 5 Jul 2019]; 9 (19): 615-634. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-07052017000200615&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052017000200615&lng=es). <http://dx.doi.org/10.21640/ns.v9i19.849>.
78. Guatemala. Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Salario mínimo [en línea]. Guatemala: MINTRAB; 2019 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.mintrabajo.gob.gt/index.php/dgt/salario-minimo>

# 11. ANEXOS

## Anexo 11.1. Municipio de Parramos, departamento de Chimaltenango.





**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES  
QUE AFECTAN LA MULTIPARIDAD  
EN EL MUNICIPIO DE PARRAMOS**



Ésta investigación tiene como objetivo principal caracterizar los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos. **Toda la información que usted nos brinde será secreta garantizando la confidencialidad de los datos.** Las participantes fueron elegidas al azar, los resultados de ésta entrevista serán utilizados con el fin de beneficiar la salud de la comunidad, por lo que es importante dedicar un tiempo necesario para realizar la encuesta. Agradecemos de ante mano su colaboración en ésta investigación.

**INSTRUCCIONES GENERALES**

A continuación se presentan 21 preguntas las cuales se le solicita responder de forma verbal, no hay tiempo estimado para responder cada pregunta por lo que puede tomarse el tiempo que usted considere necesario, si en algún momento alguna pregunta le genera dudas, puede preguntar en cualquier momento durante la entrevista sin ninguna pena.

**SECCION I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.**

1. ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su estado civil actual?

Casado  Unido  Soltero  Separado  Divorciado

Viuda

3. ¿A qué religión pertenece?

Católica  Evangélica  Otra  Ninguna

Zona en la que vive la participante: Rural  Urbana

4. ¿Actualmente a qué se dedica?

Ama de casa  Trabajadora  Estudiante

5. ¿A qué grupo étnico pertenece?

Indígena  No indígena

6. ¿Cuál fue el último nivel de educación forma que obtuvo?

Ninguno  Primaria  Básico  Diversificado  Universitario

## **SECCION II. DATOS GINECOOBSTÉTRICOS.**

7. ¿Se ha realizado alguna cesárea? Sí  No

8. ¿Ha tenido algún aborto? Sí  No

9. ¿Tiene hijos que hayan fallecido? Sí  No

10. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuántos partos por vía vaginal ha tenido? \_\_\_\_\_

12. ¿Cuántos hijos vivos tiene? \_\_\_\_\_

13. Respecto al uso de métodos de planificación familiar, responda la opción que considere adecuada:

Actualmente si utiliza algún método de planificación familiar

Actualmente no utiliza ningún método de planificación familiar, pero los ha utilizado

Nunca ha utilizado ningún método de planificación familiar

14. ¿Ha tenido alguna contraindicación médica para utilizar métodos de planificación familiar?

Sí  No

15. En caso de haber presentado alguna contraindicación médica para el uso de métodos anticonceptivos, indique ¿Cuál?

Coagulopatías  Histerectomía  Otro: \_\_\_\_\_.

16. ¿Cuáles son las razones por las cuales no ha utilizado o no utiliza algún método de planificación familiar?

Inconvenientes al utilizar el método  Religión  Temor

Vergüenza  Desacuerdo en pareja  Otro

17. ¿A qué edad tuvo su primer hijo vivo? \_\_\_\_\_

18. ¿A qué edad tuvo su primer relación sexual? \_\_\_\_\_

19. ¿En su mayoría, cuánto tiempo considera que ha esperado entre un embarazo y otro?

< 1.5 años

1.5 años a 5 años

> 5 años

No recuerda

20. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo? \_\_\_\_\_

**SECCION III. DATOS SOBRE ECONOMIA FAMILIAR.**

21. ¿Cuál es la suma de los salarios que reciben entre todos los miembros de la familia que son económicamente activos?

Menor a Q. 2 992  Mayor a Q. 2 992

No sabe

### Anexo 11.3. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN



#### PARTE I: HOJA DE INFORMACIÓN

Saludos cordiales, por éste medio le informo que soy estudiante del último año de la carrera Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala, estoy realizando una investigación como trabajo de tesis, titulada: “Caracterización de los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos”. La multiparidad es una cualidad de la mujer que ha tenido 2 o más partos, aclarando que la paridad es dada por el número de embarazos logrados y no por el número de hijos paridos, además éste fenómeno representa un factor que pone en peligro la vida de la madre. Por lo tanto, ésta investigación pretende caracterizar los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos, del departamento de Chimaltenango.

Le informo que estoy invitando a mujeres mayores de 18 años, sean multíparas y que residan en el municipio de Parramos, del departamento de Chimaltenango a ser parte de ésta investigación. **Su participación es voluntaria** en éste estudio, es decir puede decidir participar o no hacerlo, sin que éste tenga consecuencias negativas para su usted o su familia, además no representa ningún costo para usted. **la información que usted proporcione no será revelada, sino que será manejada por el investigador de manera confidencial.** Puede tomarse el tiempo necesario para decidir su participación y si desea puede consultarlo con alguna persona de su entera confianza y responder al consentimiento el día siguiente. **Puede abandonar la investigación en cualquier momento aún cuando haya aceptado participar o negarse a responder alguna pregunta que le resulte incomoda.**

Además, usted obtendrá el beneficio de recibir una charla educativa sobre salud reproductiva y sexual, en la cual aprenderá sobre los factores que afectan la multiparidad y los efectos negativos en la salud materna de dicho fenómeno con el fin de promover la salud. Ésta investigación no representa ningún riesgo ni para usted, ni para su familia.



Si en algún momento tuviera dudas sobre alguna palabra o pregunta, puede hacer preguntas en cualquier momento de la entrevista con toda libertad sin ningún inconveniente. El Procedimiento que se llevará a cabo si decide participar es el siguiente:

1. El investigador se presentará identificándose con el carné universitario en el cual se muestra su fotografía, nombre completo y número del mismo.

2. El investigador le proporcionará información sobre el estudio que se encuentra realizando, explicando el objetivo, los beneficios, los riesgos y sus derechos sobre participar

3. Se leerá la introducción e instrucciones del instrumento de recolección de datos.

4. Se le realizarán 21 preguntas dirigidas por el investigador en relación a factores sociodemográficos, ginecoobstétricos, y económicos, de las cuales 7 responderá conforme lo considere (preguntas abiertas) y 14 en las cuales se le presentaran opciones para responder (preguntas cerradas).

5. Las preguntas serán respondidas por su persona de manera verbal, mientras el investigador registra la información en el instrumento para la recolección de datos el cual tendrá todo el tiempo en sus manos.

## **PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

**He sido invitada a participar en la investigación: “Caracterización de los factores que afectan la multiparidad en el municipio de Parramos”. He sido informada sobre el proceso a realizar, entiendo que se me realizará una serie de preguntas guiadas por el investigador, las cuales son secretas. También se me ha explicado sobre los riesgos y sobre los beneficios que tendrá ser parte de ésta investigación.**

**He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de realizar preguntas sobre la investigación y han sido contestadas satisfactoriamente. Además, se me ha informado que mi identidad no será revelada a nadie por ningún motivo, por tanto, consiento voluntariamente participar en ésta investigación y comprendo que tengo el derecho de retirarme de ella en cualquier momento o abstenerme a responder preguntas que me sean incómodas sin que esto tenga consecuencias para mí o para mi familia.**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_.

Firma o huella del participante: \_\_\_\_\_.



Fecha: \_\_\_\_\_.

**He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que la persona ha dado consentimiento libremente.**

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_.

Huella del participante:

Firma o huella del testigo: \_\_\_\_\_.



Fecha: \_\_\_\_\_.

**He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que la persona ha dado consentimiento libremente.**

Nombre del investigador: \_\_\_\_\_.

Firma del investigador: \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_\_\_.

**Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado\_\_\_\_\_ (iniciales del investigador/subinvestigador).**