

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado - Hospital Nacional Sergio Bernales- 2004

TESIS Para optar el título profesional de LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTOR

Karina Johana Sánchez Vidal

ASESOR Edita Cuya Candela

LIMA - PERU 2005

*A mis padres y hermanos, por el apoyo incondicional
brindado durante todo el proceso de mi formación.*

*A todas aquellas mujeres que pasaron por esta disyuntiva
Y tomaron el camino adecuado viendo así nacer
una sonrisa.*

INDICE

CONTENIDO	PAG
Resumen	4
Introducción	6
Objetivos	13
Hipótesis	13
Material y Métodos	14
Resultados	19
Discusión	36
Conclusiones	48
Recomendaciones	49
Bibliografía	50
Anexos:	
Entrevista Semiestructurada	55
Operacionalización de las Variables	57
Consentimiento Informado	59

RESUMEN

NIVEL DE PARTICIPACION DE LAS PERSONAS EN LA DECISION DEL ABORTO PROVOCADO- HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES- 2004

OBJETIVO: Analizar la relación entre el nivel de participación de las personas y la decisión del aborto provocado.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo, transversal, correlacional realizado en el Hospital Sergio Bernales. Estudiamos el nivel de participación de las personas: ella (1° persona), pareja (2°) y madre, amiga, padre y otros como terceras personas, en la decisión del aborto provocado. Se entrevistó a 105 pacientes (95% de confianza y $\pm 5\%$ de error), incluidas entre 14 y 45 años, con diagnóstico de aborto incompleto y que reconocieron el aborto provocado. Procesamos los datos en el programa SPSS v10, el análisis fue a través del Chi cuadrado, significativo $p < 0.05$ y OR IC 95%.

RESULTADOS: La edad promedio fue 23.8 años, solteras (51.9%), estudios secundarios (66.7%), edad gestacional promedio 9.2 semanas, inicio de relaciones sexuales promedio a los 17.5 años, con una pareja sexual (53.3%), sin antecedente de aborto (80%) ni uso de métodos anticonceptivos (58.1%). La persona que sugiere el aborto es la amiga (39%), financia la pareja (53.3%) y acompaña la amiga (41%). La decisión del aborto esta dada por ella (35.2%), ambos (32.4%) y la pareja (15.2%). Cuando la pareja decide existe 11.5 veces más posibilidades de que ella participe en algún momento en la realización del aborto, en la sugerencia (OR: 175 IC95% 7-260), financiamiento (OR: 17 IC95% 4.6-67.9) y acompañamiento (OR: 72 IC95% 5.3-2269.3).

CONCLUSIÓN: La pareja está relacionado en el aborto provocado, en la sugerencia, financiamiento y acompañamiento. La mamá y amiga están asociadas parcialmente.

Palabras Claves: aborto provocado, nivel de participación de las personas.

INTRODUCCION

La maternidad segura, saludable y voluntaria es parte de los Derechos Humanos. La mayoría de las mujeres buscan realizar su sueño de procrear y celebran cuando esto ocurre, pero no todas lo hacen, ya que miles de mujeres, en el ámbito mundial, por distintos motivos y circunstancias conciben un hijo sin haberlo planificado y si bien, algunas aceptan el hecho y tiene un hijo al que posteriormente llegan a querer, otras sufren ante la disyuntiva entre tener un hijo no planificado o de interrumpir la gestación sin importarles su carácter ilegal ni las condiciones en las que se realiza, a pesar de lo difícil que pueda ser este proceso.

Se llama aborto a toda interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un peso del producto de la gestación inferior a 500gr y con una medida total de 20 centímetros o con una medida de la coronilla al coxis de 16.5 centímetros⁽³⁷⁾; se divide a este cuadro en dos grandes grupos: el Aborto espontáneo, o sea, los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieren artificialmente en la evolución de la gestación y los abortos provocados, aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo⁽³⁶⁾, la clasificación más conocida del aborto espontáneo, considera los diferentes estadios o fases evolutivas agrupándolos en: amenaza de aborto, aborto inminente, aborto inevitable, aborto en curso, aborto incompleto, aborto completo, aborto diferido y aborto séptico. El aborto incompleto es la expulsión de parte del producto de la concepción a través del cuello uterino dilatado, generalmente la muerte fetal ocurrió con anterioridad, si no se brinda el tratamiento oportunamente se corre el riesgo de que se agudice el cuadro, manifestándose con dolor, fiebre, hemorragia genital o flujo purulento fétido, el útero se

palpa agrandado, blanduzco y doloroso a la compresión, todos estos síntomas corresponden al aborto incompleto infectado⁽³⁵⁾.

El aborto provocado, es un problema de salud pública con repercusiones en la parte social, económica, política, religiosa y legal que tiene enormes implicancias y consecuencias para la salud, la vida y el desarrollo de miles de mujeres en el país, y a pesar del reconocimiento del aborto como problema importante eminentemente social y de salud pública, además las leyes consideran circunstancias para que se practique en forma legal, buena parte de los profesionales médicos y las instituciones de salud mantienen posturas conservadoras y de reserva al respecto, sin embargo, su práctica ha sido utilizada por miles de mujeres para el control de la natalidad desde épocas remotas, ya que se conoce su utilización desde hace más de 500 años ^(16,17).

Diferentes países en el ámbito mundial con diferentes condiciones sociales, culturales, económicas y políticas enfrentan hoy en día este fenómeno, pero no son muchos donde pueden debatirse oficialmente este problema, debido a las restricciones en su realización y a la inexistencia de estadísticas fidedignas, a pesar de su enorme gravedad, continua siendo un tema insuficientemente tratado y debatido⁽¹⁷⁾ y por muchas razones más, se trata de un asunto difícil, polémico e incómodo de tratar debido a la escasa independencia que ha mostrado el derecho frente a las intervenciones de la jerarquía católica, respecto a la interrupción voluntaria del embarazo⁽¹⁴⁾, otro ejemplo esta referido a la rápida polarización que su debate origina, la cual simplifica la discusión que suele terminar en postura meramente opuesta: estoy a favor o estoy en contra, sin dar tiempo a profundizar el problema, esta manera de abordar el tema ha impedido que sobre el mismo se den repuestas adecuadas en el marco del respeto y protección de los derechos sexuales y reproductivos⁽⁹⁾.

De acuerdo con las recomendaciones de la Conferencia Internacional de Población de 1984, el aborto provocado no debe ser promovido como método de planificar la familia, integrado a las acciones de salud, sino un medio de protección a la mujer, en particular como forma efectiva para evitar los abortos inseguros.

En la Declaración de la Mujer sobre Políticas de Población y Desarrollo (Cairo-1994), se señala los derechos de la mujer con relación a su salud reproductiva, el derecho individual y la responsabilidad social de decidir si debe, cómo, cuándo tener hijos y cuántos tener, ninguna mujer debe ser obligada a tener un hijo o impedida a tenerlo contra su voluntad cualquiera sea su edad, estado civil, situación económica, etc⁽¹⁷⁾. El 28 de Julio de 1999 se dio a conocer a través de los medios de prensa, el comunicado “Seis acciones urgentes para reducir la mortalidad materna y el aborto inseguro”, el mismo que fue firmado por 67 organizaciones en el cual plantean: generar datos fiables y comparables como base para desarrollar y evaluar políticas y programas, asumir el compromiso político y destinar los recursos para impulsar en todos los hospitales una atención integral del aborto incompleto, brindar educación y servicios especializados a las y los adolescentes, poner al alcance de las mujeres la píldora anticonceptiva de emergencia en los servicios de salud reproductivas y planificación familiar, ofrecer atención integral a las mujeres víctimas de violencias sexual y finalmente revisar la legislación restrictiva contra las mujeres que abortan ya que la legislación y el acceso a los servicios no conducen a largo plazo a un mayor uso del aborto provocado para controlar la fecundidad, ya que se ha observado que en los países desarrollados con estas condiciones, la tendencia predominante de las tasas de aborto ha sido su disminución^(1,25). El comité de Derechos Humanos de la Naciones Unidas en su quincuagésimo octavo periodo de sesiones incluye lo

preocupante de la legislación peruana, ya que el aborto está sujeto a sanciones penales, aun en el caso que el embarazo sea producto de una violación y que el aborto provocado, de manera insegura, sea causante de muertes maternas a nivel nacional. Estas disposiciones trae como resultado someter a las mujeres a un tratamiento inhumano y pudieran ser incompatibles con los artículos tercero, sexto y séptimo del pacto⁽¹⁷⁾ debido a que el Código Penal en el Perú menciona que el aborto es ilegal salvo que exista peligro para la salud o a la vida de la mujer, a pesar del estatus legal del aborto en nuestro país, las mujeres siguen sometiéndose a abortos inseguros frente a un embarazo no planificado.

La situación del aborto provocado es muy compleja, puesto que el 62% de la población mundial vive en países donde el aborto esta permitido por diversos motivos. Son 50 los países que lo permiten sin restricción en cuanto a la razón; en otros 14 se permite por razones socioeconómicas de la mujer, su edad, estado civil y el número de hijos vivos; en 20, se permite expresamente para proteger la salud física y mental de la mujer así como su vida; 31 países no lo autorizan de manera explícita pero la mujer tiene una posibilidad legal para acceder a un aborto cuando corre riesgo su vida y son 43 países, en su mayoría africanos, los que lo prohíben⁽¹⁵⁾. En nuestro país, así como en otros de América Latina existe legislación restrictiva y punitiva al respecto, por lo que generalmente debe realizarse de forma clandestina y muchas veces bajo condiciones deplorables desde el punto de vista sanitario y psicológico, lo que incrementa el riesgo de complicaciones así como de muerte⁽¹²⁾, pero este riesgo no se distribuye uniformemente entre la población, ya que es mucho más alto en mujeres pobres y residentes en áreas rurales en países en vías de desarrollo, quienes tienen menos posibilidades de acceder a servicios de salud que les presta atención adecuada y oportuna.

La Organización Mundial de la Salud calcula que se producen anualmente unas 585,000 muertes maternas, la mayor parte de ellas por causas previsibles, como el aborto. Cada año ocurren 20 millones de abortos inseguros y como resultado de las complicaciones de estos, mueren unas 70,000 mujeres, es decir, una de cada ocho muertes maternas se debe a un aborto inseguro⁽¹⁸⁾. En 1994, basándose en un análisis secundario de la ENDES se estimó que en el Perú se produjeron 271,150 abortos inducidos y se estima que sigan en aumento.

En 1996 en el Instituto Especializado Materno Perinatal se atendieron 4600 partos (21%), 423 adolescentes ingresaron con el diagnóstico de aborto, representando el 13.9% de todos los casos, la tasa de abortos para este grupo fue de 19.5 por 1000 nacidos vivos⁽⁸⁾. En 1998 se calculó que en América Latina el 10% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones derivadas de un aborto son menores de 20 años y que en el Perú, las mujeres entre 15 y 19 años se practicaban 23 abortos por cada 1000 mujeres ⁽²⁹⁾.

Según el Instituto Alan Guttmacher en 1999 se produjeron en todo el mundo 77 millones de abortos anuales, de los cuales 46 millones fueron inducidos, con excepción de América del Norte, Europa y algunos países del Asia, donde la mayoría de abortos inducidos son realizados legalmente, en el resto del mundo, incluido el Perú, lo son clandestinamente⁽¹⁾. Esta es una de las razones por la cual en nuestro país no contamos con estadísticas fidedignas sobre este tema, ya que los trabajos realizados se basan en encuestas y censos indirectos que están orientados a encontrar un perfil de mujer con alto riesgo de someterse a un aborto. Según Cañedo cuando en una investigación se plantean datos, los cuales no se encuentran en ningún registro disponible, uno opta por la utilización de la encuesta. La encuesta es un método de investigación que nos permite indagar sobre asuntos

puntuales, estas son traducidas en dos técnicas, la entrevista y el cuestionario, se escogió la entrevista, puesto que el dato referente al aborto provocado, requiere de la presencia de un entrevistador para asegurar la calidad de los datos, pues como tema delicado que es, debe ser adecuadamente dirigido por un entrevistador

En el Hospital Sergio Bernal en el año 2004, se hospitalizaron 5,902 pacientes en el departamento de Gineco-obstetricia, teniendo como promedio mensual 482 pacientes, el 97% obstétricas de las cuales el 70.9% terminó en parto normal y el 29.1% en cesárea, teniendo un 16.2% de adolescentes. Los casos de abortos incompletos han ido en aumento, un análisis de los últimos trece años arroja que para el año 1990, se presentaron 130 casos y para el año 2003 fueron de 228 casos, teniendo como promedio anual 160 casos. En el año 2004 se realizaron 253 legrados uterinos por aborto incompleto, teniendo un promedio mensual de 21 pacientes de las cuales el 15.3% fueron adolescentes y 11.1% de abortos incompletos infectados. En un estudio preliminar se estimó que los abortos provocados pueden llegar a un 35.3%, es decir, de cada tres abortos incompletos que ingresan al servicio uno es provocado.

Se define como riesgo de aborto a todos los casos que presenten menos de tres meses de embarazo⁽¹³⁾, en los años 1999 y 2000 el 50% de los casos fue de este tipo, sin embargo, en el año 2001 se evidencia un incremento del 10% en el riesgo, el perfil encontrado de mujer con riesgo de abortar es: mujer joven con una edad promedio de 27,7 años, con grado de escolaridad secundario, condición laboral desocupada o dedicada al cuidado del hogar, de estado civil conviviente o soltera, la gran mayoría de ellas no tienen hijos o suelen tener un hijo, la edad gestacional promedio es de

11.5 semanas, con inicio de relaciones sexuales antes de los 20 años, no uso de Método Anticonceptivos o uso irregular de estos^(2, 4,10,17).

Se considera que la complicación del aborto depende de quien lo practica, es más elevado si la mujer se manipula ella misma o si acude a una persona no calificada, que si va a un profesional de salud, la condición socioeconómica de la mujer (pobre o no pobre) así como su lugar de residencia habitual (urbana o rural) son también factores que juegan un rol importante en la probabilidad de sufrir complicaciones, aun si las pacientes acuden al mismo tipo de proveedor⁽¹⁾, el riesgo es más alto entre las mujeres pobres que viven en área rural o en centros poblados carente de asistencia médica, se estima que de 100 mujeres que se practican un aborto, 44 sufren complicaciones, entre las mujeres pobres rurales y 27 entre las urbanas pobres, 24 entre las no pobres rurales y 5 entre las no pobres urbanas. El riesgo de complicación de las mujeres pobres se explicaría por su condición de salud previa al aborto, como es la anemia, desnutrición y debilitamiento por distintos intentos realizados, buscando interrumpir su embarazo o porque los profesionales de la salud a los que acuden no tienen la misma calificación que aquellos que atienden a mujeres con mayores recursos, ya que no siguen prácticas de prevención de infecciones y porque debido a limitaciones económicas y a urgencias por continuar con sus labores cotidianas, las mujeres pobres no siguen las indicaciones de cuidados después del procedimiento y tampoco cumplen con la medicación prescrita, debido a ello, las complicaciones más frecuentes son: infecciones, hemorragias, endometriosis, endometritis, cervicitis, peritonitis, pelviperitonitis, perforaciones uterinas a corto plazo y la esterilidad a largo plazo, dichas complicaciones conlleva a que 40,000 mujeres anualmente requieran servicios de salud para el tratamiento de secuelas de abortos clandestinos^(9,12,14), pero también encontramos consecuencias psicológicas como depresión que puede ser un episodio transitorio normal de

resolución espontánea o convertirse en un trastorno mental grave, así como también esta presente la culpa, tristeza, ansiedad^(7,10).

Dentro de las razones para recurrir a un aborto se encuentra no tener edad para tener hijos, deseo de seguir estudiando, no tener una relación estable, falla de métodos anticonceptivos, inestabilidad económica, tener muchos hijos, miedo a los padres entre los más comunes^(1,4,11).

El embarazo así como el parto, son eventos de gran importancia para la vida de una mujer, más aun cuando no lo espera, la disyuntiva entre tener un hijo no deseado o terminar la gestación pone susceptible a la mujer, encontrándose la participación de otras personas en la toma de decisión aparte de ella como es la pareja y sus padres principalmente, así también se sabe que el 30% de las mujeres abortan porque alguien y no ellas mismas lo deciden, además cuando la mujer es mas joven es más probable que desee que los padres intervengan en esta decisión^(2,11,17).

Se define participación de las personas en el aborto provocado, al tipo de participación que es condición para tomar la decisión de abortar, la cual lo hemos dividido en cuatro grupos: primero la participación ideológica, se llama así a la persona que da la idea para que ese embarazo no planificado termine en aborto provocado, segundo la participación económica, se llama así a la persona que brinda el dinero o ayuda a conseguir el dinero para que se lleve a cabo el aborto, tercero la participación en la acción, se llama así a la persona que acompaña al lugar donde se llevará a cabo el aborto provocado, pudiendo ser una clínica, consultorio, farmacia o el domicilio de la mujer o de la pareja y finalmente participación en la decisión, se llama así a la persona quien decide que se lleve a cabo el aborto, pudiendo ser ella misma, la pareja, ambos, familiares o amigos.

La siguiente variable a estudiar es la persona que participa, entendida como la persona que está involucrada en la participación ideológica (persona que sugiere), participación en la acción (persona que acompaña), participación económica (persona que financia) y participación en la decisión (persona que decide) pudiendo ser la mujer (ella misma) catalogada como primera persona involucrada, la pareja como segunda persona involucrada y la madre, padre, hermanos, tíos, amigos y otros como terceras personas involucradas.

Se cree que, para que un embarazo no planificado termine en aborto no sólo participa la mujer que esta embarazada, sino que se ve influenciada por otras personas que forma parte de su entorno social para tomar esta decisión, mediante la sugerencia del aborto, financiamiento y acompañamiento al establecimiento donde se llevará a cabo y en algunas mujeres se puede observar que la decisión de abortar es tomada por otra persona, siendo la pareja la más involucrada.

Por estas razones es que nos planteamos encontrar la relación existente entre el nivel de participación de las personas y el aborto provocado en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la relación existente entre el nivel de participación de las personas y la decisión del aborto provocado en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Sergio Bernales durante los meses Julio-Octubre del 2004.

Objetivos específicos

- ◆ Determinar el perfil socioreproductivo de las pacientes con aborto provocado hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Sergio Bernales durante los meses Julio -Octubre del 2004.

- ◆ Analizar la relación entre el nivel de participación de las personas y la decisión del aborto provocado en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Sergio Bernales durante los meses Julio -Octubre del 2004.

Hipótesis

En pacientes con aborto provocado, la decisión de ella y la participación de otras personas en la sugerencia, financiamiento y acompañamiento influyen en la decisión del aborto.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de investigación: Retrospectivo, Transversal, Correlacional

Diseño

Se trata de un estudio retrospectivo correlacional donde se entrevistó a 105 pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de aborto incompleto que posteriormente admitieron que fue provocado. Se determinó en estas pacientes el nivel de participación de otras personas y de ella en la decisión del aborto provocado. Las entrevistas se tabularon y se analizaron con el programa estadístico SPSS, con la finalidad de encontrar estimaciones entre la decisión del aborto provocado y la participación de otras personas (familiares y no familiares), para encontrar estas relaciones se utilizó el odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza al 95%

Población

Pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Sergio Bernaldes con diagnóstico clínico y ecográfico de aborto incompleto y que posteriormente admitían que ese aborto fue provocado, se estimó que el promedio mensual de abortos provocados era del 35.3%, por lo que se determinó que en cuatro meses de estudio se encontraría 96 casos de aborto provocado.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que aceptan ingresar al estudio.
- Mujeres en edad fértil.

- Con diagnóstico clínico y ecográfico de aborto incompleto.
- Admitan que el aborto fue provocado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con trastornos psiquiátricos.
- Paciente hospitalizada en el servicio por alguna otra complicación.

Unidad de análisis: paciente con aborto provocado.

Muestra:

Tamaño de Muestra:

El promedio mensual de casos de aborto incompleto que llegan al Hospital Sergio Bernales es de 68 casos al mes, de ellos, se encontró que 24 (35.3%) admitían que este aborto fue provocado, con

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

una confianza requerida del 95% y un error de muestreo de $\pm 5\%$, la muestra mínima requerida es de 96 casos.

Donde:

Z^2 = es la confianza requerida (95%) : 1.96

p = es la prevalencia del evento (1.87%) : 0.35

q = el complemento de la prevalencia (100%-1.87%) : 0.65

e^2 = es el error de muestreo ($\pm 5\%$) : 0.05

Finalmente se tomó como tamaño de muestra un total de 105 pacientes con aborto provocado.

Tipo de Muestreo: No probabilístico por conveniencia

Método, Técnica e Instrumento de recolección de datos

Método: Encuesta.

Técnica : Entrevista semiestructurada.

Instrumentos de medición:

El Instrumento fue un formulario precodificado, que consta de 18 ítems, la cual fue dividida en dos partes: la primera indagaba datos generales como edad, estado civil, grado de instrucción, fórmula obstétrica, edad gestacional, lugar de nacimiento, edad de la pareja, edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de métodos anticonceptivos. La segunda parte indagaba la participación de las personas en el aborto provocado (como quien tomó la decisión, con quien vivía, quien sugiere, financia y acompaña, y si existieron amenazas o maltrato físico para que se realizase el aborto). Esta encuesta no duró más de 15 minutos (Anexo 1).

Definición de Variables

Participación de las personas (Variable Independiente)

Participación de ella misma (primera persona), pareja (segunda persona) y amiga, mamá, hermanos y otros (terceras personas), en la sugerencia, financiamiento y acompañamiento en la decisión del aborto provocado.

Aborto provocado (Variable Dependiente)

Cuando la paciente manifiesta que se ha realizado un aborto provocado, pudiendo ser influenciado o no en su decisión por otras personas.

Variables Intervinientes:

- ◆ Edad de la paciente
- ◆ Estado civil
- ◆ Grado de instrucción
- ◆ Fórmula obstétrica
- ◆ Edad de inicio de relaciones sexuales
- ◆ Uso de métodos anticonceptivos
- ◆ Edad de la pareja.

Plan de procedimientos

Primeramente se solicitó autorización al servicio de Gineco-obstetricia del hospital.

Una vez obtenido los permisos, se procedió a realizar la prueba piloto con la finalidad de encontrar la muestra mínima requerida y además validar el instrumento. Las conclusiones de esta prueba piloto nos permitió encontrar que el 35.3% de los abortos incompletos eran provocados y además redefinir cuatro preguntas correspondientes a las variables independientes, en las demás se obtuvo una tasa de respuesta adecuada. Posteriormente se procedió a la construcción del instrumento final. Los días escogidos para la muestra se procedió a revisar las historias clínicas, en aquellas que presentaban diagnóstico de aborto incompleto, se le preguntó si este evento había sido espontaneo

o provocado. En aquellas que respondían que era provocado, se le invitaba a participar en el estudio, se aplicó una entrevista semiestructurada en ellas, previa firma del consentimiento informado, con una duración promedio de quince minutos.

Posteriormente toda la información se procesó en una base de datos Microsoft Excel y se analizó a través del programa estadístico SPSS v10 para Windows a través de estadística inferencial.

Análisis de datos

Para el análisis estadístico, en las variables cualitativas, estado civil, grado de instrucción, lugar de nacimiento, uso de métodos anticonceptivos, persona que tomó la decisión, con quien vivía, quien sugiere, financia y acompaña, amenazas o maltrato físico para que se realizase el aborto se utilizó la distribución de frecuencias y para la pruebas de hipótesis se utilizó el chi cuadrado significativo $p < 0.05$.

Para las variables cuantitativas, edad, fórmula obstétrica, edad gestacional, edad de la pareja, edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales, se utilizó promedios y desviación estándar.

Para las variables de relación, aborto provocado, persona que tomó la decisión, con quien vivía, quien sugiere, financia y acompaña, y si existieron amenazas o maltrato físico para que se realizase el aborto, se utilizó el odds ratio (OR), con sus IC al 95%.

RESULTADOS

Se presentan los resultados de las 105 pacientes entrevistadas con diagnóstico clínico y ecográfico de aborto incompleto, pero que posteriormente admitieron que el aborto fue provocado. Se presentan en tres grandes áreas, la primera, analiza el perfil socioreproductivo de las pacientes con aborto provocado. La segunda, analiza el nivel de participación de las personas con relación al aborto provocado y por última se estudia el nivel de participación de las personas y la decisión del aborto provocado. El análisis, se operativizó con el nivel de participación, es decir, la primera persona es referida a que la causa del aborto provocado fue ella misma, la segunda persona es referida a la causa del aborto por la pareja y la tercera persona es referida a la mamá, amiga, tíos, hermanos, primas, y otras personas como determinantes en la decisión del aborto provocado.

PERFIL SOCIOREPRODUCTIVO DE LAS PACIENTES CON ABORTO PROVOCADO

Se presentan los datos socioreproductivos de las pacientes (edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de nacimiento, edad de inicio de relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, número de pareja sexuales, edad gestacional) y edad de la pareja.

Tabla 1. Perfil social de las pacientes con abortos provocados**Hospital Nacional Sergio E. Bernales****2004**

Perfil social	n	%
<i>Edad de la paciente (años)***</i>		
14-20	44	41.9
21-26	25	23.8
27-32	24	22.9
33-38	12	11.4
<i>Edad de la pareja (años)***</i>		
15-21	21	20.0
22-27	37	35.2
28-33	28	26.7
34-39	8	7.6
40-45	6	5.7
46-52	5	4.8
<i>Grado de instrucción***</i>		
Primaria	12	11.4
Secundaria	70	66.7
Superior Técnico	21	20.0
Superior Universitario	2	1.9
<i>Estado Civil***</i>		
Casada	2	1.9
Unión Estable	44	41.9
Soltera	54	51.9
Otro	5	4.8
<i>Lugar de Nacimiento**</i>		
Lima	66	62.9
Provincia	39	37.1
Total	105	100

***p<0.001

**p<0.01

Con respecto a la edad de las pacientes estudiadas, el 41.9% se encuentran entre los 14 y 20 años, el 23.8% entre 21 y 26 años, el 22.9% son mujeres entre 27 y 32 años y con un 11.4% las mujeres entre 33 y 38 años (Tabla 1), teniendo como promedio de edad 23.8 años y además el 33.4% de las pacientes son adolescentes.

La edad de la pareja fluctúa entre los 15 y 52 años teniendo como edad promedio 27.8 años, 4.2 años mayor al promedio de edad de las pacientes que abortan. El 35.2% está entre los 22 y 27 años, el 26.7% entre 28 y 33 años, el 20% entre 15 y 21 años y el 7.6% entre 34 y 39 años (Tabla 1).

Con relación al grado de instrucción, el 66.7% de las pacientes tienen grado de instrucción secundaria, ya sea completa o incompleta, el 21.9% presenta instrucción superior, sea técnico (20%) o universitario (1.9%) y el 11.4% estudió hasta primaria, no se encontró pacientes analfabetas (Tabla 1).

Con respecto al estado civil (Tabla 2), el 51.4% son solteras, de las cuales el 9.5% son solteras con hijos vivos y el 49.9% no los tiene, teniendo un tiempo promedio de relación de 2.8 años; el 41.9% son convenientes, con un tiempo promedio de relación de 2.5 años el 4.8% son separadas o divorciadas y sólo el 1.9% son casadas actualmente, con un tiempo promedio de relación de 7 años.

Con respecto al lugar de nacimiento el 62.9% de nuestras pacientes nacieron en la ciudad de Lima y el 37.1% nacieron en provincia (Tabla 1).

Con relación a la edad de inicio de relaciones sexuales, el 57.1% de las pacientes tuvieron su primera relación sexual entre los 12 y 17 años, el 34.3% entre los 18 y 22 años, el 5.7% entre los 23 y 27 años y el 2.9% entre los 28 y 32 años; teniendo como edad promedio de inicio de relaciones sexuales 17.5 años (Tabla 2).

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, el 58% de las pacientes refirió no usar método en los últimos dos meses antes de salir embarazadas, de las que sí usaban, el método más utilizado es la píldora anticonceptiva en un 12.4%, seguido por la ampolla trimestral y el método del ritmo en el 9.5% respectivamente, el 8.6% usó preservativo; el uso de óvulos y DIU se observa en el 1% de las pacientes respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Perfil Reproductivo de las pacientes con aborto provocado

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

Perfil Reproductivo	n	%
<i>Edad de Inicio de IRS(años)***</i>		
14-20	44	41.9
21-26	25	23.8
27-32	24	22.9
33-38	12	11.4
<i>Uso de MAC***</i>		
No uso	61	58.1
Píldora	13	12.4
Ampolla	10	9.5
Ritmo	10	9.5
DIU	1	1.0
Ovulos	1	1.0
Preservativo	9	8.6
<i>Edad Gestacional (sem.)***</i>		
4-8	52	49.5
9-12	32	30.5
13-16	15	14.3
17-20	6	5.7
<i>Número de P.S.***</i>		
1	56	53.3
2	40	38.1
3	6	5.7
4	2	1.9
5	1	1.0

Total	105	100
-------	-----	-----

IRS: inicio de relaciones sexuales ***p<0.001

DIU: dispositivo intrauterino

P.S: parejas sexuales

MAC: métodos anticonceptivos

El 53.3% de las pacientes refirieron haber tenido una sola pareja sexual, el 38.1% dos parejas y el 8.6% entre tres y cinco parejas sexuales, teniendo como promedio 0.7 parejas por mujer.

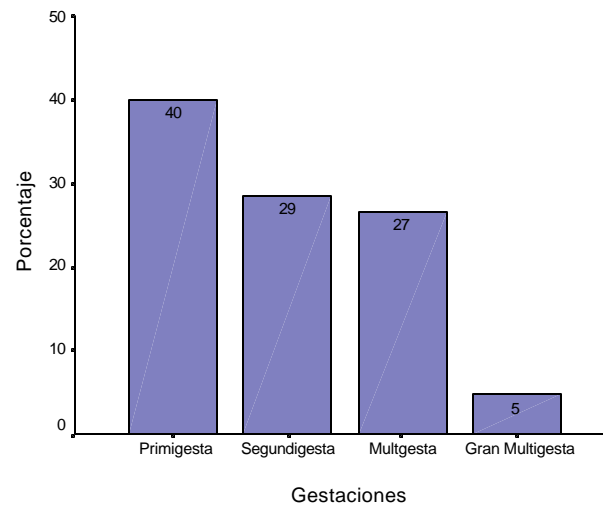
Con respecto a la edad gestacional en la cual se llevó a cabo el aborto, el 49.5% de las pacientes decidió abortar entre las 4 y 8 semanas de gestación, el 30.5% entre las 9 y 12 semanas, el 14.3% entre las 13 y 16 semanas y el 5.7% entre las 17 y 20 semanas, es decir, que el 77.3% de las pacientes abortaron en el primer trimestre de gestación o que el 80.2% de los casos fue un aborto temprano y el 19.8% tardío. Teniendo como promedio 9.2 semanas para que se realice el aborto.

Figura 1. Antecedentes Obstétricos de las pacientes con aborto provocado

Hospital Sergio E. Bernales

2004

p<0.001



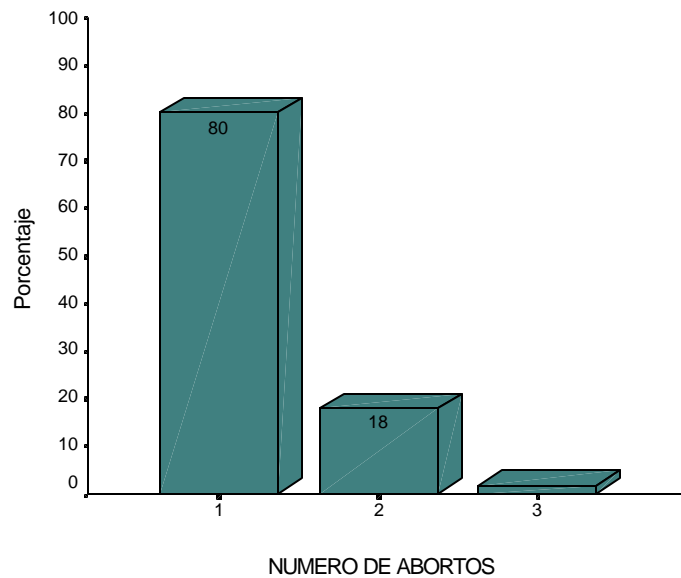
Un importante dato encontrado en nuestro estudio, es la baja paridad de nuestras pacientes, el 40% de ellas son primigestas, el 29% segundigestas (Figura 1), el 30.5% tienen un hijo vivo y el 23% tienen de dos a más hijos vivos, teniendo como promedio para nuestra población 1.3 hijos vivos por mujer.

Figura 2. Número de abortos de las pacientes con aborto provocado

Hospital Sergio E. Bernales

2004

p<0.001



El 80% de nuestras pacientes no tiene antecedente de aborto, el 18.1% tuvo un aborto y el 1.9% dos, teniendo como promedio 0.4 abortos por mujer (Figura 2).

NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS EN LA DECISIÓN DEL ABORTO PROVOCADO

Se presentan los datos de las pacientes que manifestaron aborto provocado con la vinculación de personas que participan en la realización de dicho procedimientos, es decir personas que la paciente manifiestan que participan, como es el caso ella misma (como primera y única persona involucrada), la pareja (como segunda persona involucrada) y la mamá, amiga, papá, hermanos, tíos y otros, como terceras personas involucradas

Estas personas tienen un nivel de involucramiento a través del tipo de participación que presentan, este tipo de participación, a su vez se ha determinado en cuatro grupos que son: la persona que

sugiere el aborto provocados (persona que da la idea), la persona que financia el procedimiento (aquella persona que facilita el dinero para la realización del aborto), la persona que acompaña a la realización del aborto, (lugar donde se realiza el aborto) y por último la persona que decide la realización del aborto.

Tabla 3. Personas con quien vivía la paciente durante el aborto provocado

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

Convivencia	n	%
Con su familia	29	27.6
Pareja más hijo	27	25.7
Pareja	19	18.1
Hijos	10	9.5
Sola	9	8.6
Mamá	3	2.9
Hermano	2	1.9
Papá	1	1.0
Amiga	1	1.0
Tío	1	1.0
Prima	1	1.0
Otra pareja	1	1.0
Otros	1	1.0
Total	105	100

El 27.6% de las pacientes vive con sus padres, el 25.7% son parte de una familia nuclear junto a sus hijos y pareja, el 18.1% vive sólo con su pareja, el 9.5% son madres solteras, el 8.6% viven solas, el 2.9% vive con su madre y el resto, vive con su padre, amiga o tío en el 1% respectivamente (Tabla 3).

La participación de las personas en la decisión del aborto provocado se ha dividido en tres tipos: la primera es la persona que sugiere que se lleve a cabo el aborto, segundo es la persona que facilita el dinero para que se lleve a cabo tal evento y la última es la persona que acompaña a la mujer al lugar donde se va a realizar el aborto. Al analizar a las personas que sugieren el aborto, en el 39% de los casos es la amiga, en el 24.8% es la pareja y en el 11.4% es la madre encontrándose también la participación del tío, prima, papá y otros. Al estudiar a las personas que financian al aborto, es la pareja en el 53.3% de los casos quien generalmente brinda el dinero, el 22.9% es ella misma, quien obtiene el dinero y en el 9.5% de los casos es financiado por la madre; encontrándose también la participación de la amiga, hermano y tío (Tabla 4).

Tabla 4. Tipo de participación de las personas en la Decisión del aborto en pacientes con aborto provocados Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

Participación	Persona					
	Sugiere		Financia		Acompaña	
	n	%	n	%	n	%
Papá	1	1	-		-	
Mamá	12	11.4	10	9.5	10	9.5
Hermano	9	8.6	3	2.9	8	7.6
Amiga	41	39	8	7.6	43	41
Pareja	26	24.8	56	53.3	27	25.7
Tío	3	2.9	2	1.9	2	1.9
Sola	8	7.6	24	22.9	11	10.5
Prima	2	1.9	1	1	1	1
Otra pareja	1	1	-		1	1
Esposa de pareja	1	1	-		1	1
Otro	1	1	1	1	1	1
Total	105	100	105	100	105	100

Al estudiar a las personas que acompañan al lugar donde se va a realizar el aborto, en el 41% de los casos es la amiga quien acompaña, en el 25.7% es la pareja, el 10.9% de las mujeres acuden solas y el 9.5% es acompañada por su madre; encontrándose también la participación de los hermanos, tíos, primos y otros (Tabla 4).

La participación del padre sólo se observa en la sugerencia más no financia, ni mucho menos acompaña al lugar donde se realizara el aborto, por el contrario, la participación de la madre se observa en la sugerencia (11.4%), financiamiento (9.5%) y acompañamiento (9.5%) en porcentajes similares (Tabla 4).

La participación de la amiga se ve con mayor fuerza en la sugerencia (39%) y acompañamiento (41%) pero también ayuda en el financiamiento en algunos casos.

La participación de la pareja es mayor en el financiamiento (53.3%) pero también sugiere (24.8%) y acompaña (25.7%).

También encontramos casos en los cuales no existe participación de otras personas, ya que fue la misma paciente quien concibe la idea de que ese embarazo en esas condiciones es indefendible (sugerencia) en el 7.6% de los casos por lo cual decide abortar (35.2%), financia el acto en el 22.9% y acude sola al lugar donde se realizara el aborto en el 10.5% de los casos, por lo tanto no recibe influencia de otra persona para tomar esta decisión.

RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS Y EL ABORTO PROVOCADO

El nivel de participación es la estimación que presentan cada uno de las personas involucradas en la realización del aborto provocado, este nivel de estimación se presentará a través del odds ratio (OR) y se considerarán relacionados al aborto provocado, aquellos que sean significativos.

Tabla 5. Persona que decide la realización del aborto provocado

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

Decisión del aborto provocado***	n	%
Sola	37	35.2
Ambos	34	32.4
Pareja	16	15.2
Mamá	6	5.7
Tío	3	2.9
Patrona	3	2.9
Hermano	2	1.9
Otra pareja	2	1.9
Esposa de la pareja	1	1.0
Otro persona	1	1.0
Total	105	100

***p<0.001

En el 35.2% de los casos, la persona que decide terminar esta gestación en aborto es ella misma, en el 32.4% de los casos es una decisión compartida con la pareja, el 15.2% solo decide la pareja y en el 5.7% decide la madre, encontrando también la toma de decisión por parte de tíos y hermanos, es decir, que en el 32.5% de los casos el aborto se realiza porque otra persona y no ella misma lo decide (Tabla 5).

Al estudiar la influencia del estado civil en la decisión de someterse a un aborto provocado, se encontró que esta, no es tan representativa, puesto que son similares los porcentaje en ambos grupos entre las solteras, unión estable y casadas (51.4% vs 51.5%, 40.5% vs 42.6% y 0% vs 2.9% respectivamente), datos similares se encontraron cuando la pareja decide que se realice el aborto.

Al estudiar el nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado, se encontró que cuando la pareja decide el aborto, existe 1.7 veces más probabilidad de que ella también participe en la decisión del aborto. (OR: 1.7 IC95% 1.4-2.03), del mismo modo al estudiar el nivel de participación de la madre, se encontró que cuando la madre decide el aborto, existe 1.6 veces más probabilidad de que ella decida el aborto. (OR: 1.6 IC95% 1.4-1.9). Al estudiar el nivel de participación de ambos en la decisión del aborto provocado, se encontró que cuando ambos deciden el aborto, existe 1.7 veces más probabilidad de que ella decida voluntariamente el aborto. (OR: 1.7 IC95% 1.4-2.03)

Tabla 6. Edad de la paciente según persona que decide el aborto provocado

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

<i>Edad de la paciente (años)</i>	<i>Persona que decide</i>					
	<i>Ella misma***</i>		<i>Pareja</i>		<i>Madre*</i>	
	n	%	n	%	n	%
14-20	6	16.2	9	56.3	5	83.3
21-26	13	35.1	4	25	1	16.7
27-32	12	32.4	2	12.5	-	-
33-38	6	16.2	1	6.3	-	-

Total	37	100	16	100	6	100
-------	----	-----	----	-----	---	-----

*p<0.05

***p<0.001

Cuando la mujer tiene entre 14 y 20 años, la decisión de abortar la toma generalmente la madre en el 83.3% de los casos o la pareja en un 56.3%, cuando tiene entre 21 y 26 años, ella toma la decisión de abortar en el 35.1% de los casos, la pareja en el 25% y la participación de la madre, es menor; cuando tienen de 27 años a más, la decisión de abortar es tomada por ella misma y en menor porcentaje por la pareja, es decir, cuando la mujer tiene más edad la decisión de abortar es de ella misma (Tabla 6).

Tabla 7. Presencia de amenazas para la realización del aborto según persona que decide el aborto provocado – Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

Amenaza	Persona que decide			
	Pareja*		Ella misma**	
	n	%	n	%
SI	10	62.5	7	18.9
NO	6	37.5	30	81.1
Total	16	100	37	100

*p<0.05

**p<0.01

Al estudiar la presencia de amenazas para tomar la decisión de abortar, se observa que cuando la mujer es amenazada, es la pareja quien toma la decisión del aborto en el 62.5% de los casos y en el 18.9% ella decide; por el contrario cuando no es amenazada, en el 81.1% de los casos ella decide y en el 37.5% es la pareja quien toma la decisión, existiendo 7 veces más posibilidad de que cuando

hay amenazas, la pareja decida el aborto, que cuando no lo hay y decide ella misma (OR 7.14 IC95% 1.64-33.15), (Tabla 7).

Tabla 8. Presencia de agresión física para la realización del aborto según persona que decide el aborto provocado – Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

Agresión Física	Persona que decide			
	Pareja***		Ella misma*	
	n	%	n	%
SI	8	50	-	
NO	8	50	37	100
Total	16	100	37	100

*p<0.05

***p<0.001

Ante la presencia de agresión físico (Tabla 8), la decisión de realizarse el aborto recae sobre otra persona más no la mujer misma y generalmente es la pareja en el 50% y cuando no hay maltrato físico, ella toma la decisión en la mayoría de los casos. Existiendo 37 veces más posibilidad que cuando la pareja decide el aborto este presenta la agresión física al compararla con la decisión de ella misma (OR 37 IC95% 3.65-911.03).

Tabla 9. Personas con quien vivía la paciente según persona que decide el aborto provocado – Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

Convivencia	Persona que decide									
	Ella misma		Pareja		OR	IC 95%	Madre		OR	IC 95%
	n	%	n	%			n	%		
Mamá	2	5.4	-		2	-	-		2	-
Hermano	2	5.4	-		2	-	-		2	-
Amiga	1	2.7	-		4	0.0-1149.9	-		2	-
Pareja	6	16.4	4	25	2.7	0.14-90.4	2	33.3	1.3	-
Sola	4	10.8	1	6.3	1		-		1	
Pareja e hijo	6	16.2	3	18.8	2	0.1-71.94	3	50	2	0.1-71.94
Prima	-		1	6.3	4	0.0-1149.9	-		-	
Hijos	4	10.8	-		-	-	-		-	-
Con su familia	12	32.4	7	43.8	2.3	0.17-66.9	1	16.7	0.3	0.01-16.11

Total	37	100	16	100	6	100
-------	----	-----	----	-----	---	-----

Al estudiar la participación de las personas que viven con la mujer frente a la decisión del abortar, encontramos que cuando la mujer vive con sus padres, es la pareja (43.8%) quien toma la decisión, seguido por ella misma (32.4%) encontrándose también la participación de la madre. Cuando vive con su pareja e hijos en el 50% de los casos, es la madre quien toma la decisión, la pareja (18.8%) y ella misma (16.2%); cuando vive sólo con su pareja, quien decide es la madre (33.3%), la pareja (25%) y ella misma (16.4%) y cuando vive sola o con su madre, hermanos, amiga e hijos, la decisión de abortar la toma ella misma (Tabla 9).

Al estudiar la relación de la convivencia de las personas con la presencia del aborto provocado, se encontró que no existe relación directa entre convivir con algunas personas y la influencia en la decisión de abortar.

Tabla 10. Persona que decide el aborto según personas que sugieren el aborto provocado

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

Sugerencia	Decisión del aborto provocado									
	Ella misma**		Pareja		OR	IC 95%	Madre***		O R	IC 95%
	n	%	n	%			n	%		
Mamá	5	13.5	1	6.3	1.4	0.0-70.31	6	100	8.4	0.58-25.1
Hermano	3	8.1	2	12.5	4.6	0.2-23.02	-	-	2.3	0.0-137.2
Amiga	20	54	2	12.5	0.7	0.0-23.02	-	-	0.4	0.0-15.0
Pareja	1	2.7	10	62.5	70	2.7-109.2	-	-	7	0.0-1861.7
Sola	7	18.9	1	6.3	1	-	-	-	1	-
Prima	1	2.7	-	-	7	0.0-186.7	-	-	7	0.0-1861.7
Total	37	100	16	100			6	100		

**p<0.01

***p<0.001

Al estudiar a las personas que sugieren el aborto en relación con la persona que toma la decisión de hacerlo (Tabla 10) encontramos, cuando la madre sugiere el aborto ella toma la decisión, seguido por la mujer y la pareja en menor porcentaje. Cuando es la amiga quien sugiere, la decisión de abortar la toma la mujer en el 54% o la pareja en el 12.5%, cuando la pareja sugiere el aborto, él toma la decisión de hacerlo en el 62.5% de los casos, seguido por ella misma en el 2.7% y cuando es la prima quien sugiere, es la propia paciente quien toma la decisión. Al estudiar la relación de las personas que sugieren y la decisión del aborto, se encontró que es significativo en la pareja, no siendo así con la madre, existiendo 70 veces más posibilidad de que cuando la pareja sugiere el aborto, sea él quien tome la decisión, comparado cuando ella lo decide (OR: 70 IC95%2.7-109.2).

Tabla 11. Persona que decide el aborto según personas que financia el aborto provocado

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

Financiamiento	Persona									
	Ella misma***		Pareja*		OR	IC 95%	Madre***		OR	IC 95%
	n	%	n	%			n	%		
Mamá	4	10.8	-	-	4.3	0.0-210.7	5	83.3	21.3	1.5-653.8
Hermano	1	2.7	-	-	-	-	-	-	17	0.0-423.5
Amiga	7	18.9	1	6.3	2.4	0.0-107.0	-	-	2.4	0.0-107.0
Pareja	7	18.9	15	93.8	36.4	36.6-89.7	1	16.7	2.4	0.0-107.0
Sola	17	45.9	-	-	1	-	-	-	1	-
Prima	1	2.7	-	-	-	-	-	-	17	0.0-423.5
Total	37	100	16	100			6	100		

*p<0.05

***p<0.001

Al estudiar a las personas que brindan el dinero para que se lleve a cabo el aborto encontramos que cuando es la pareja quien financia el procedimiento es por que él tomó la decisión en el 93.8% de

los casos, seguido por la mujer en el 18.9% y la madre en el 16.7%; cuando es la amiga quien ayuda al financiamiento, la decisión de abortar la toma la paciente en el 18.9% y la pareja en el 6.3%; cuando la madre financia el aborto, la decisión es tomada por la madre en el 83.3% y sólo el 10.8% por la paciente y cuando el hermano, prima o ella misma financia la decisión de abortar es tomado por la misma paciente. Al estudiar la relación existente, se encontró que cuando la pareja financia el aborto, es él quien decide que se lleve a cabo, del mismo modo cuando la madre financia, es la madre quien decide, existiendo 36 veces más posibilidad que ocurra esto en la pareja, (OR:36.4 IC95% 36.6-89.7) y 21 veces más posibilidad en la madre (OR:21.3 IC95% 1.5-653.8) al compararlo con ella misma (Tabla 11).

Tabla 12. Tipo de participación de las personas en la Decisión del aborto en pacientes con aborto provocados – Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

<i>Acompañamiento</i>	<i>Persona</i>									
	<i>Ella misma*</i>		<i>Pareja*</i>		<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	<i>Madre***</i>		<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>			<i>n</i>	<i>%</i>		
Mamá	4	10.8	-	-	2	-	6	100	12	0.8-380.2
Hermano	3	8.1	-	-	2.7	0.0-154.6	-	-	2.7	0.0-15.6
Amiga	21	56.8	4	25	1.5	0.12-41.6	-	-	0.3	0.0-16.1
Pareja	-	-	11	68.8	88	3.4-134.6	-	-	8	0.0-21.1
Sola	8	21.6	1	6.3	1	-	-	-	1	-
Prima	1	2.7	-	-	8	0.0-209.1	-	-	64	2.4-10.42
Total	37	100	16	100			6	100		

*p<0.05

***p<0.001

Al estudiar a las personas que acompañan a la mujer al establecimiento donde se llevó a cabo el aborto con relación a la persona que decide (Tabla 12), encontramos que cuando es la madre quien la acompaña es por que ella tomó la decisión en la totalidad de los casos, cuando es la amiga quien

la acompaña es la paciente quien toma la decisión en el 56.8% o la pareja en el 25%, cuando acude sola, la decisión es tomada por ella misma en el 21.6% y en menor porcentaje por la pareja en el 6.3%, cuando la persona que acompaña es la hermana o la prima es porque la paciente tomó la decisión de abortar y cuando la pareja es quien acompaña, es porque la decisión la tomó él, en un 68.8% de los casos. Al estudiar la relación entre el acompañamiento y la decisión del aborto provocado, se encontró relación con la pareja y la prima. Existiendo 88 veces más posibilidad que cuando la pareja decide el aborto, sea él quien la acompañe (OR:88 IC95% 3.4-134.6), pero existe 64 veces mas posibilidad que cuando la mamá decide el aborto, sea la prima quien la acompañe (OR: 64 IC95% 2.4-10.42).

Tabla 13. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

2004

Participación	Persona					
	Sugiere		Financia		Acompaña	
	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
Papá	7.0	(0.0-1861)	-	-	-	-
Mamá	9.8	(0.7-292.1)	3.4	(0.6-22.9)	4.0	(0.5-39.6)
Hermano	14.0	(0.8-498)	4.9	(0.3-163.4)	4.4	(0.5-53.8)
Amiga	7.4	(0.7-173)	0.4	(0.01-3.97)	2.8	(0.6-15.6)
Pareja	175.0	(7-260)	17.0	(4.6-67.9)	72.0	(5.3-2269.3)
Tío	21.0	(0.6-387)	4.8	(0.3-163.3)	5.0	(0.2-235.9)
Sola		1.0		1.0		1.0
Prima	7.0	(0.0-1861)	2.4	(0-107.07)	2.7	(0.0-154.6)
Otra pareja	7.0	(0.0-1861)	-	-	2.7	(0.0-154.6)
Esposa de pareja	7.0	(0.0-1861)	-	-	2.7	(0.0-154.6)
Patrona	7.0	(0.0-1861)	2.4	(0-107.07)	2.7	(0.0-154.6)

La tabla 13, nos indica que la pareja está fuertemente relacionada a la decisión del aborto

provocado, en la sugerencia (OR: 175 IC95% 7-260), en el financiamiento (OR: 17 IC95% 4.6-67.9) y el acompañamiento (OR: 72 IC95% 5.3-2269.3). Además cuando la pareja decide el aborto existe 11.5 veces más posibilidad de que la mujer haya participado en algún momento de la realización del aborto provocado. (OR: 11.5 IC95% 1.9-86.4), todos estos datos fueron estadísticamente significativos ($p < 0.05$).

DISCUSION

La población estudiada son mujeres hospitalizadas con diagnóstico clínico y ecográfico de aborto incompleto, por lo tanto, el perfil de la mujer abortadora que presentaremos a continuación es sugerente más que concluyente, ya que se han estudiado a las pacientes que ingresaron al hospital con alguna complicación de moderada a severa (hemorragia, infección, perforación uterina, etc.) no ingresando al estudio las pacientes que no se han complicado, ya que posiblemente accedieron a un aborto provocado seguro, diferenciándose así, de las pacientes estudiadas.

La población encuestada fueron mujeres entre 14 y 45 años, el 41.9% de las ellas se encontraba entre 14 y 20 años, teniendo un 33.4% de adolescentes, datos similares han sido publicados^(2,13) en la cual encontraron que las mujeres que recurren al aborto son menores de 20 años en el 60% de los casos y que además presentan 2.1 veces más riesgo de recurrir al aborto que las mayores de 25 años, también se publicó que el mayor porcentaje está entre 20 y 29 años; teniendo como promedio 23.8 años^(9,17,20,21,23), este resultado es seis años mayor a lo publicado por Thapa⁽²³⁾. El incremento del embarazo temprano se debe posiblemente a que el Perú esta siguiendo el precedente establecido por los países desarrollados donde se ha observado el aumento de la actividad sexual prematrimonial, por lo cual se hace evidente la necesidad de desarrollar programas de planificación familiar, así como también de prevención primaria basada en la formación de la sexualidad, centrandose su atención a este grupo de mujeres con el fin de reducir la necesidad de recurrir al aborto, ya que este programa debe garantizar el conocimiento y utilización apropiada de métodos anticonceptivos y así evitar o disminuir el embarazo en adolescentes y sus posteriores consecuencias.

Con respecto a la pareja, la edad promedio encontrada es de 27.8 años, 4.2 años mayor al promedio de edad en la mujer, este es un comportamiento normal ya que se observa generalmente que en una relación el varón siempre es mayor, este promedio es 4.4 años más a lo publicado anteriormente (Villamonte.1999) y además se estima que es 8.27 veces más probable que el presente embarazo termine en aborto cuando el tiempo de relación es menor de un año que cuando es mayor de este tiempo, esto podría deberse a que dicha pareja no se conocen suficientemente y no están preparados, como pareja, así como económicamente, ni psicológicamente para enfrentar juntos un embarazo y posteriormente formar una familia por lo cual recurren al aborto provocado como primera opción ante un embarazo no planificado^(2,8).

La edad de inicio de relaciones sexuales, con el pasar del tiempo, es más temprana, se ha publicado que el 85% de las pacientes inicia su actividad sexual antes de los 20 años y sólo el 0.9% a los 25 años más años, con una edad promedio de 15.6 años^(6,8), en nuestro estudio se encontró que el 57.1% inicia entre los 12 y 17 años, con una edad promedio de 17.5 años, ya que el 34.3% inicia entre 18 y 22 años de edad, la ENDES 2000 publicó que la edad mediana de la primera relación sexual en mujeres a nivel nacional, fue de 19 años, 1.5 años mayor a lo encontrado en nuestro estudio, dos años antes, que la edad mediana de la primera unión conyugal. Además, esta edad va según el lugar de residencia, siendo para Lima Metropolitana 20.3 años, entonces si lo comparamos con nuestros resultados tendríamos 2.8 años menos que el promedio de Lima, este inicio precoz podría deberse a la presión del grupo, por la idea que las relaciones sexuales fortalecen el vínculo de pareja⁽³⁴⁾ o por el abuso sexual que fueron víctimas, algunas de nuestras pacientes.

Las mujeres son las principales usuarias de los servicios de planificación familiar en el mundo, el predominio de algunos métodos de regular la fecundidad sobre otros depende, en gran medida, de los conocimientos, opiniones y actitudes que adopta la mujer, el 58.1% de la población encuestada no usa ni ha usado, ningún método anticonceptivo dos meses antes del embarazo no planificado que posteriormente terminó en aborto, menor al 61.32% (Ferrando.2002), 68.9% (Strikler.2001) y mayor al 52% (Chile.2001) ya publicados^(1,9,13). De las que sí utilizan, es la píldora anticonceptiva la más usada, seguido por la ampolla trimestral dentro de los métodos anticonceptivos modernos y el 9.5% utiliza el método del ritmo, se estima que el 50.5% de las mujeres actualmente unidas usa métodos anticonceptivos modernos y el 32.1% de las mujeres en edad fértil, teniendo así que del total de mujeres en edad fértil sexualmente activas el 74.5% se encuentra suficientemente protegida teniendo como método moderno más utilizado a la ampolla trimestral (14.8%) seguido por el DIU (9.1%) y la píldora anticonceptiva (6.7%) y dentro de los métodos naturales el 14.4% utiliza la abstinencia periódica (método del ritmo, temperatura basal, moco cervical y MELA)^(1,32). Se cree que el incremento de la prevalencia de métodos anticonceptivos podría disminuir la incidencia de abortos provocados en lugares donde la fecundidad se mantenga constante, pero también se ha observado una relación directa entre el aborto y la utilización de métodos anticonceptivos, esto se debería a que el uso de estos métodos no puede satisfacer la creciente necesidad de regular la fecundidad, además se cree que el incremento del uso de métodos y del aborto disminuyen las tasas de fecundidad a nivel mundial^(22,27).

El 53.3% de las pacientes refirió tener una sola pareja sexual, con la que actualmente está, y el 46.7% refirió dos o más parejas, datos publicados⁽⁸⁾ nos muestran que el 25.6% de las mujeres con

antecedente de aborto tienen de dos a más parejas sexuales, tal porcentaje es menor al nuestro, además se encontró que el promedio es 0.7 parejas por mujer.

El 51.4% de las pacientes son solteras, es decir, mantuvieron relaciones sexuales con sus enamorados, similar al 56% (Cabezas.1998) y mucho menor al 77.9% (Strikler.2001) y 91.5% (Chile.2001) publicados anteriormente la cual dividió a las solteras con hijos (18.2%) y sin hijos (73.3%)^(6, 9,13) y en nuestro estudio las solteras son el 56.2%, convivientes 41.9% y casadas sólo el 1.9%. ENDES 2000 publicó que la edad media de unión de las mujeres entre los 25 a 49 años fue de 21.4 años, este indicador casi no ha variado en los últimos 25 años, pero entre las mujeres menores de 30 años, hay indicios de una ligera tendencia a unirse más tardíamente, pues la edad mediana de la primera unión es de 21.9 años para las mujeres entre los 25 a 29 años.

Con respecto al grado de instrucción el 66.7% de nuestras pacientes estudiaron secundaria, esto debido a que si seguimos un plan curricular normal, casi todas nuestras pacientes ya deberían haber terminado sus estudios secundarios, el 21.9% tienen estudios superior, sea técnico o universitario, el 11.4% tiene estudios primarios, sea completo o incompleto considerado un porcentaje elevado debido a que la tasa neta de matriculados en educación primaria para Lima - Callao es de 89.3%, es decir, uno de cada 8 tiene sólo estudios primarios, pero debería ser 7 de cada 8 pacientes, además se sabe que la tasa más baja a nivel nacional lo tiene Amazonas (79%) y la más alta, se observa en Madre de Dios (95%)⁽³¹⁾, en este estudio no se encontró pacientes analfabetas, esto es reflejo de la disminución observada de mujeres sin educación a nivel nacional en los últimos cuatro años, debido a los programas implantados como el "Programa de Alfabetización".⁽³²⁾

La edad gestacional en la cual la mujer recurre al aborto está entre las cuatro y ocho semanas generalmente y en menor proporción entre las nueve y doce semanas, teniendo como edad gestacional promedio 9.2 semanas, es decir, la mujer reconoce que está embarazada generalmente por su auto percepción y la ausencia de menstruación, que es entre las cuatro y cinco semanas, por lo cual recurre a consulta o a un examen en sangre u orina para verificar el embarazo y entre el día que se entera hasta el día en que aborta, pasan aproximadamente 4.7 semanas, por lo cual, este es el tiempo en donde tenemos que actuar, o sea cuando una paciente acude a la consulta por un retraso menstrual y está entre las 4 y 9 semanas, uno debe reconocer si ese embarazo ha sido planificado o no, y si no lo fue, evitar que esa mujer recurra al aborto, dándole ayuda psicológica y trabajando conjuntamente con la pareja y su familia, fortaleciendo así su red social, porque si pasa de las 9 semanas y la mujer ya decidió que no quiere continuar con su embarazo, entonces posiblemente ella abortará, así uno trate de persuadirla, aumentando así la morbimortalidad materna ya que este procedimiento se realiza en forma clandestina y en la mayoría de los casos de forma insalubre, aumentando así las complicaciones. Nuestro esquema planteado para el mejoramiento de este problema y que adopta los esquemas de promoción de la salud (Restrepo), tiene cuatro pilares a considerar: en primer lugar los profesionales de la salud deberían trabajar en la educación en salud, a través del mejoramiento de los esquemas de educación para la salud o educación sanitaria. En segundo lugar buscar cambios de comportamientos en salud sexual y reproductiva, este cambio de comportamiento se debe lograr a través de la recreación de las técnicas educativas utilizadas actualmente, que están más encaminadas a los parámetros intramurales y muy pocos a los extramurales, priorizando las técnicas participativas. En tercer lugar, hay que lograr que la entrega de contenidos sea eminentemente científico, tratando de dar toda la información que actualmente produce la ciencia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, por ejemplo las innovaciones en

planificación familiar. Finalmente todos los esquemas de cambios de comportamiento necesariamente tienen que darse a conocer a través de las técnicas de comunicación de masas, utilizando las ciencias de la comunicación, para así poder llegar a la totalidad de la población objetivo.

Se encontró una baja paridad en las pacientes, esto podría deberse posiblemente a que nuestra población es eminentemente joven en su mayoría, ya que contamos con un 33.4% de adolescentes, es decir 1 de cada 3 pacientes es adolescente sabiendo que el 13% de las mujeres entre 15 y 19 años ya son madres (11%) o están embarazadas por primera vez (2%) a nivel nacional y el 8.3% en Lima Metropolitana ⁽³³⁾ y además representan entre las mujeres sin educación el 37% ⁽³²⁾ teniendo como promedio 1.3 hijos vivos menor a la tasa global de fecundidad a nivel nacional, que es de 2.9, la cual ha disminuido en el 21% de lo estimado en 1996 (ENDES 2000) y 2.1 hijos a nivel de Lima Metropolitana.^(32,33)

El 80% de las pacientes no tiene antecedente de aborto, es decir, recurrieron a este evento en su primer embarazo utilizándolo así como un método para planificar la familia y el 20% tiene antecedente de uno o dos abortos, datos publicados nos muestran que casi el 40% de las mujeres que abortan tienen antecedente del mismo procedimiento⁽³⁾.

La relación de convivencia con otras personas puede influir en la decisión de abortar o tener un hijo no deseado, ya que una de las razones por la cual una mujer decide abortar es por temor a la familia o a los padres sabiendo además que la familia tiene una existencia universal reconocida como la célula básica y fundamental de la sociedad con funciones y responsabilidades para cada miembro de ella, además atraviesa por un ciclo vital muy dinámico formado por tres etapas: la primera es la

formación de la familia a través del matrimonio y la convivencia de los miembros de la pareja, la segunda es la ampliación de la familia mediante el embarazo, la adopción y la crianza de los hijos y por último la ruptura de la familia mediante el divorcio, la migración de los miembros (para formar otras familias) y la muerte⁽¹⁷⁾; dentro de la formación de la familia aparecen diferentes motivaciones en la pareja tanto para decidir cuando y cuantos hijos tener y el tiempo que debe haber entre ellos, por este motivo recurren a los métodos de planificación familiar y en el caso de un embarazo no planificado al aborto. El 27.6% de nuestras pacientes viven con sus padres, debido posiblemente a que el 41.9% de nuestras pacientes están entre 14 y 20 años y además en nuestro país a diferencia de los países desarrollados, las personas de esta edad no se han independizado totalmente de sus padres y más aun si estamos hablando de mujeres, donde la preponderancia en el machismo es alta; el 25.7% de nuestras pacientes forman junto a su esposo e hijos una familia nuclear, aparentemente esta mujer no tendría por qué recurrir a un aborto ya que el embarazo se dio dentro de una matrimonio e hipotéticamente tendría que haber sido planificado, pero como la mayoría de ellas no estaban usando métodos anticonceptivos o habían abandonado el método debido al desabastecimiento de insumos en el periodo de estudio en los Centros de Salud e incluso en nuestro hospital obligando así a las pacientes a discontinuar con su método, ya que no podían comprarlo en las farmacias por no contar con los recursos económicos, debido a que en nuestra área de estudio, las mujeres en su mayoría no cuentan con un trabajo remunerado y algunas acuden al servicio a espaldas de sus parejas, debido al machismo de estos, por lo cual, estas mujeres salieron embarazadas sin planificarlo recurriendo al aborto como primera opción para regular su fecundidad, usándolo así como un método para planificar la familia. El 18.1% de las pacientes vivían con su esposo en comparación al 64.6% publicado por Álvarez y Col⁽⁸⁾ y además se sabe que las pacientes que habitan con sus esposos y la familia de este, tienen 2.47 veces más riesgo de terminar en aborto

en comparación a las mujeres que viven con su pareja y las familiares de esta, el 9.5% viven con sus hijos, es decir, son jefas de hogar y posiblemente por encontrarse solas y al frente de una familia y un embarazo no planificado deciden abortar; el 8.6% vive sola; el 2.9% vive sólo con su madre, en comparación a lo publicado por Alvarez y Col, donde se encontró que el 58% de las pacientes viven con su madre, se conoce que existe una mayor probabilidad de someterse a un aborto y a otras practicas de riesgo , cuando los padres son divorciados y que además la tasa de aborto era mayor que cuando el jefe de hogar era el padre (11.2 vs 7.8%) sabiendo también que el 72.4% de las pacientes viven en una familia disfuncional en comparación al 62.2% ya publicado^(5,8)

Al analizar la tabla 4, la relación existente entre la participación de las personas y la decisión del aborto provocado, una aproximación a esta realidad lo indica Strickler, el cual sostiene que para terminar un embarazo, es necesario disponer de dos cosas; dinero y contactos personales, nosotros coincidimos que estos elementos son necesarios, pero agregamos tres elementos más, el primero es la sugerencia para la culminación del embarazo en aborto, en segundo lugar está la decisión de abortar, en tercer lugar, la búsqueda del financiamiento, en cuarto lugar el acceso (contactos personales) y finalmente el acompañamiento. Aquí confluyen un sin número de personas relacionadas con la mujer que realiza este acto, a través de vínculos familiares (mamá, papá, hermanos, tíos y primas), maritales (enamorado, pareja estable o esposo) y amicales (amiga, otra pareja, esposa de la pareja y otros). Una posible explicación que está fuertemente asociado a la decisión de abortar, la tiene la pareja (segunda persona), pues está involucrado en los cuatro momentos descritos, comparativamente hablando, la pareja está involucrada en la sugerencia (24.8%), la decisión (15.2%), el financiamiento (53.3%) y acompañamiento (25.7%) del aborto provocado. La decisión encontrada por nosotros es similar a lo encontrado en Chile⁽¹³⁾ que fue del

14.6%. Biológicamente hablando, es la pareja la responsable de la procreación, entonces sería muy claro indicar, que tanto los procesos de concepción, y control de los hijos pasan por las decisiones de la pareja, por lo que es considerado necesario su participación. Desde del punto de vista social, la pareja es irresponsable con sus acciones, pues en un primer inicio, el control de los hijos, es una decisión de las parejas, pero nuestra sociedad a no tener patrones estructurados que sean significativos para la población, la cual es tomado de tres sitios (el hogar, el colegio y la iglesia), los cuales actualmente están en crisis, porque en el hogar la comunicación es muy pobre y hay un alto índice de familias disfuncionales acompañado con la presencia de violencia; en los colegios no se cumplen el rol educador para formar un ser humano de calidad y finalmente la iglesia que está en oposición a las actuales tendencias de la sociedad relacionado a lo sexual, no presentando así nuevos moldes, responsables para este evento. También hay que destacar que en estas parejas, existe un problema psicológico vinculado básicamente a la autoestima y la personalidad, que repercuten en su actitud. Por lo tanto, si se quisiera trabajar en la prevención del aborto provocado, está tiene que iniciarse con las parejas sexualmente activas, sin importar sus vínculos legales, sociales o psicológicos.

Posterior a la pareja, es la amiga (tercera persona), está presente en la sugerencia (39.3%), financiamiento (7.6%) y acompañamiento (41%), no encontrándose así en la decisión. Posiblemente la primera persona en enterarse del embarazo no planificado es la amiga, es por esta razón que ella es una de las principales involucradas desde el inicio, pero no tendrá una influencia determinante en la toma de decisión, pero sí en la sugerencia, no está comprometida fuertemente en el financiamiento, pero ayuda en la obtención del mismo, pero si es gravital a la hora de acompañarla, luego de la toma de decisión. Por qué es gravital en el acompañamiento, posiblemente porque ella,

es la primera en enterarse, o porque ella ha tenido una experiencia previa sobre el evento o porque ha presenciado como otras personas han pasado por un evento similar y ha podido observar la forma de resolución, apoyando así fuertemente en la culminación del embarazo en un aborto provocado, en aquellas que han tenido experiencia previa, facilita el acceso al aborto provocado. Un comportamiento similar podría observarse en la madre, pues ella también está en la sugerencia (11.4%), decisión (5.7%), financiamiento (9.5%) y acompañamiento (9.5%).

Al analizar el comportamiento que presentan aquellas personas en la cual no se observa la participación de otras personas en la sugerencia del aborto (7.6%), decidieron (35.2%), financiaron (22.9%) y acudieron (10.5%) solas para la realización del aborto, una posible explicación a este evento consiste: en primer lugar, en comparación a otros grupos de mujeres que han abortado, la decisión de ella sola, esta tremendamente influenciada por la decisión personal, debido a que consideran que este embarazo en esos momentos es indefendible ⁽¹⁰⁾ puesto que ya tiene un plan de vida ya definido en comparación a los otros casos (cuando ella no decide) este acto puede estar influenciado no solamente por ella, puesto que si hubiera apoyo de otras personas (pareja o padres) la decisión podría tomar otro rumbo, ya que se ha estudiado que ellos pueden tener fuerte influencia en la decisión del aborto provocado, este comportamiento se puede observar en aquellas mujeres que tienen independencia económica; en segundo lugar se encuentran las personas que deciden realizarse el aborto por que está presente la presión tácita de gente significativa para ella (padres generalmente) comportamiento que puede observarse en aquellas mujeres que no tienen independencia económica y por último es que, en este grupo de mujeres se intercambia el comportamiento inicialmente descrito para culminar en aborto provocado (sugerencia, decisión,

financiamiento, acceso y acompañamiento) porque en este grupo el acceso esta primero que la decisión.

La decisión de que se lleve a cabo el aborto, es generalmente de la paciente (35.2%) ya que se trata de una decisión importante que pone en peligro su integridad física, debido a que se lleva a cabo en forma clandestina y dependiendo de los recursos económicos con que cuente la paciente se puede realizar de una forma segura o insegura, en un estudio preliminar en nuestro hospital se encontró que el 82% de las pacientes se auto producían el aborto mediante el uso de misoprostol intravaginal o en forma combinada (vía oral y vía vaginal) en su domicilio aconsejadas por un farmacéutico y que acudían al hospital tras una complicación que generalmente era el sangrado excesivo (33%), el dolor (12%) o fiebre (5%); psicológica debido al síndrome post aborto que pueden presentar cuyo síntoma mas común es la depresión y moral ya que la sociedad no acepta este hecho por lo cual es mantenido en secreto. El 32.4% fue decisión de los dos miembros de la pareja debido posiblemente a que alguno de ellos o ambos no se encontraban suficientemente preparados psicológica ni económicamente para enfrentar un embarazo y posteriormente formar una familia. El 15.2% de los casos lo decidió solamente la pareja, sin importar la opinión de la mujer, es bien conocido pero rara vez mencionado que los hombres han coaccionado a la mujer hacia el aborto cuando se ajusta a sus propios intereses además que los varones mayores de 20 años influyen en sus parejas para que aborten 2.1 veces más en comparación a los menores de 20 años. El 5.7% decidió la madre, evidenciamos un papel activo y predominante de la madre pues asume el papel protagónico tanto en la educación como en la crianza de los hijos, además de ser la encargada de impartir las primeras instrucciones en educación sexual, repercutiendo así en las posteriores actitudes y decisiones que va tomar la joven en su proyecto de vida o futuro personal.

Al estudiar la decisión de otras personas para el aborto, se encontró que el 32.4% de las pacientes abortan porque alguien más decidió (pareja, mamá, tío, patrona, hermano, otros) sin tomar en cuenta su opinión, frente al 30% ya publicado por Callahan ⁽³⁾, se sabe que el 97.1% de las pacientes que abortan tienen conocimiento y autorización de sus padres, de ellos el 81.1% se lo comunicaron personalmente, pero sólo el 18.8% conocían del embarazo de sus hijas a través de otras personas, mostrándose así la falta de confianza y comunicación que existe entre los hijos y sus padres, además que el 85.9% de las madres reaccionaron de una manera favorable frente al embarazo de sus hijos, el 4.2% de una manera agresiva y el 7% se mostró indiferente ante la noticia, con relación a los papás el 38.9% de ellos tuvo una reacción favorable y el 8.4% reaccionó de una forma agresiva o indiferente respectivamente ⁽¹¹⁾ además debemos tener en cuenta que la decisión de abortar es motivada por más de un factor, mientras que el uso de métodos anticonceptivos puede reducir el número de embarazos no planificados y los abortos, serán siendo difícil prevenir algunas de estas intervenciones debido a las limitaciones que tiene la mujer para determinar y controlar todas las circunstancias de su vida.⁽²⁶⁾

Se observa que cuando la mujer tiene menos edad, la decisión de abortar la toma la pareja, que en algunos casos es la primera persona en enterarse y además es mayor que ella o la madre, esto podría deberse a que ella no se encuentra lo suficientemente preparada para enfrentar un embarazo y ante la sugerencia, financiamiento y acompañamiento de estas personas se ve influenciada y a diferencia que cuando la mujer se encuentra entre 27 y 38 años la decisión de abortar es de ella y en menor proporción de la pareja, no observándose la participación de la madre, posiblemente porque

a esta edad ella ya tiene decidido sus objetivos y puede tomar sus propias decisiones sin consultar a otras personas.

Al estudiar la presencia o ausencia de violencia, sea esta física o verbal, en la decisión del aborto provocado, encontramos que cuando existe amenazas o agresión física, la decisión es tomada por otra persona que generalmente es el agresor, la ENDES 2000 publicó que casi todas las mujeres alguna vez unidas (95%) viven o han vivido con sus esposos situaciones de apoyo emocional pero que también es evidente que alguna de ellas viven o han vivido el apoyo emocional con situaciones de control (34%), situaciones desobligantes (48%) o de amenazas (21%) siendo la persona causal más frecuente el esposo, sobretodo en las mujeres de mayor edad, entre las separadas o divorciadas y entre las mujeres sin educación, también el 41% de las mujeres alguna vez unidas han sido agredidas físicamente por su esposo, la mayoría de ellas (83%) alguna vez y el 16% frecuentemente, además es mayor entre las mujeres de 45 a 49 años (23%), sin educación (26%), separadas o divorciadas (32%) y en los departamentos de Cuzco y Huánuco (24%), también el 30% de las mujeres en edad fértil (MEF) han sido agredidas físicamente por alguna persona cuando han sido solteras sobre todo por la madre (46%), el padre (45%) pero la mayor proporción de las MEF identificaron a la madre como la fuente de agresión. En nuestro estudio se observó que en el 37.1% de los casos hubo amenazas, de los cuales el 62.5% la decisión del aborto lo tomó la pareja, que fue el agresor y el 18.9% fue decisión de ella y cuando existía agresión física (12.4%) el 50% de los casos decidió la pareja, obligándolas a acudir al establecimiento donde se llevó a cabo el aborto provocado.

CONCLUSIONES

- ❖ La persona más relacionada en la sugerencia del aborto es la tercera, es decir, la amiga (39%).
- ❖ La persona más relacionada en el financiamiento del aborto es la segunda, es decir, la pareja (53.3).
- ❖ La persona más relacionada en el acompañamiento es la tercera, es decir, la amiga (41%).
- ❖ En orden de prioridad, la persona que decide el aborto es ella (35.2%), ambos (32.4%) finalmente la pareja (15.2%).
- ❖ El 32.4% de las mujeres abortan porque otras personas lo deciden y no ellas mismas.
- ❖ Cuando la pareja decide el aborto existe 11.5 veces más posibilidades de que ocurra dicho evento.
- ❖ La pareja está fuertemente relacionada a la decisión del aborto provocado, en la sugerencia (OR: 175 IC95% 7-260), en el financiamiento (OR: 17 IC95% 4.6-67.9) y el acompañamiento (OR: 72 IC95% 5.3-2269.3).
- ❖ La edad promedio de las pacientes entrevistadas fue de 23.8 años, estado civil soltera (51.9%), grado de instrucción secundaria (66.7%), promedio de edad gestacional en la cual terminó el embarazo de 9.2 semanas, inicio de relaciones sexuales 17.5 años, sin utilización de métodos anticonceptivos (58.1%), con una pareja sexual (53.3%) y sin antecedente de aborto (80%).

RECOMENDACIONES

- ❖ Realizar estudios con una mayor muestras y de preferencia en diferentes centros hospitalarios.
- ❖ Realizar estudios donde se incluya datos de la pareja como: inicio, tipo y conclusión de la relación.
- ❖ Realizar estudios donde se incluya datos de la amiga como: edad, antecedentes reproductivos y tiempo de relación amical.

BIBLIOGRAFIA

1. FERRANDO DELICIA “*el aborto Clandestino en el Perú: Hechos y Cifras*” Ediciones CMP Flora Tristan; 2002.
2. CASTAÑEDA ILEANA; “*Factores Biosociales que influyen en la aparición del Aborto provocado*” Revista Cubana de Obstetricia y ginecología. 1999; 25(1): 55-60.
3. CALLAHAN DANIEL “*Debate sobre el aborto ¿puede curarse esta enfermedad publica crónica?*” Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1992; (4):741-748.
4. LANGER ANA “*El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe*” Revista Panamericana de Salud Publica.2002; 11 (3):1-13.
5. CALERO JORGE; SANTANA FELIPE “*Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto*” Revista Cubana de salud publica. 2001; 27 (1):50-57.
6. CABEZAS EVELIO; LANGER ANA; ALVAREZ LUISA; BUSTAMANTE PATRICIA “*Perfil sociodemográfico del aborto inducido*” Revista de Salud Publica de México. 1998; 40 (3): 265-271.
7. DEL PALACIO R.; RUBIO J.; DE NICOLAS M.; LOPEZ N. “*Efecto psicológico del aborto espontáneo: papel del ginecólogo*” Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1997; 24 (10):12-15.
8. VILLAMONTE WILFREDO “*Factores socioeconómicos culturales condicionantes de aborto en gestantes adolescentes en el Instituto Especializado Materno Perinatal*” (tesis de especialidad) Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.1999.

9. STRICKLER JENNIFER; HEIMBURGER ANGELA; RODRIGUEZ KAREN “*El aborto clandestino en América Latina: perfil de una clínica*” *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 2001, numero especial: 24-27.
10. STOTLAND NADA “*Aspectos psicosociales del aborto inducido*” *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. 1997; 3 (3):631-641.
11. FONSECA ANA; SANTIESTEBAN ZAIDA “*Aborto y adolescencia*” *Revista de sexología y sociedad*. 1999; 5 (3):2-4.
12. BLANCO JULIA; CASTAÑEDA XOCHITL “*Tolerancias y resistencias: el aborto desde las perspectivas de las parteras tradicionales de un área rural de México*” *Revista de Salud Publica*. 1999; 33(4): 334-341.
13. FUNDACION CHILE UNIDO “*Tres años de asistencia al embarazo no deseado*” Chile, septiembre 2001 (Corriente de Opinión N°54).
14. CARETAS “*Alboroto y aborto*”. En revista Caretas. Edición 1749. Del 28 de noviembre del 2002.
15. CARETAS “*El aborto*”. En revista Caretas. Edición 1750 del 5 de diciembre del 2002.
16. GONZALES DEYANIRA “*Los médicos y el aborto*” *Revista de salud Publica de México*. 1995; 37(3): 248-255.
17. ALVAREZ LUISA; GARCIA CARIDAD; CATASUS SONIA; BENITES MARIA; MARTINEZ MARIA “*El aborto en Cuba*” ediciones de ciencias sociales.1994.
18. CENTRO DE LA MUJER PERUANA FLORA TRISTAN “*Mortalidad materna y aborto inseguro: enfrentando la realidad*” (resumen). En: mesa redonda Lima 14 de octubre 1999.

19. BECKER DAVIDA; GARCIA SANDRA; LARSEN VILA “*Knowledge and opinions about Abortion Law Among Mexico Youth*” *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 2002; 28(4):205-213.
20. AGADJANIAN VICTOR “*Quasi-Legal: Abortion services in a sub-Saharan Setting: Users profile and Motivations*” *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 1998,24(3):111-116.
21. AHIADKEKE CLEMENT “*Incidence of Induced Abortion in Southern Ghana*” *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 2001,27(2):96-1001 y 108.
22. MARSTON CICELY; CLELAND JOHN “*Relationships between contraception and Abortion: a Review of the Evidence*” *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 2003,29 (1):6-13.
23. THAPA SHYAM; PADHYE SARASWATI “*Induced abortion in Urban Nepal*” *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 2001,27(3):144- 147 y 151.
24. THI NHU NGOC NGUYEN; WINIKOFF BEVERLY; CLARK SHELLEY; et al “*Safety, efficacy and Acceptability of Mifepristone-Misoprostol Medical Abortion in Vietnam*” *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 1999,24 (1):10- 14 y 33.
25. HENSHAW STANLEY; SINGH SUSHEELA; HAAS TAYLOR “*Recent Trends in Abortion Rates Worldwide*” *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 1999,25(1):44-48.
26. BANKOLE AKINRINOLA; SINGH SUSHEELA; ILAAS TAYLOR “*Reasons why women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries*” *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 1998,23(3):117- 127 y 152.

27. BAIRAGI RADHESHYAM “*Effects of sex Preference on contraceptive use; Abortion and Fertility in Matlab, Bangladesh*” *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 2001; 27 (3):137-143.
28. WINIKOFF BEVERLY; SIVIN IRVING; COYALI KURUS; et al “*The Acceptability of Medical abortion in China, Cuba an India*” *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 1997; 23 (2):73-78 y 89.
29. RADHAKRISHMA ARUNA; GRINGLE ROBERT; GREENSLADE FORREST “*Identificando la intersección: adolescencia, embarazo no deseado. VIH/SIDA y aborto en condiciones de riesgo*” ediciones IPAS 1999.
30. OMS; INSTITUTO ALAN GUTMACHER; FUNDACION FORD “*Aborto inducido en América Latina y el Caribe*”. (resumen). En: primer encuentro de investigadores Bogota 1995.
31. MINSA “*Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en el Perú*” ediciones 2004.
32. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMACION- MINSA “*ENDES 2000*”
33. OPS; MINSA “*Situación de salud en el Perú- Indicadores Básicos 2003*” ediciones
34. MORRIS DESMOND “*El mono desnudo*” Buenos Aires: EMECE; 1971.
35. SCHWARCS RICARDO “*Obstetricia*” Buenos Aires: El Ateneo; 1998.
36. PACHECO JOSE “*Ginecología y Obstetricia*” Lima: Mad Corp; 1999.
37. MIGUEL GUTIERREZ RAMOS “*El aborto como problema de Salud Pública*” *Revista de Actualidad Materno Perinatal*. 2000; (8):37-46.

ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Formula Obstétrica: G___ P_____

Edad Gestacional: _____

Lugar de nacimiento: _____

I - DATOS GENERALES

1- Grado de instrucción:

- | | |
|---------------|---------------|
| a) Analfabeto | c) Secundaria |
| b) Primaria | d) Superior |

2- Edad (mujer): ___ años

3- Edad (pareja): ___ años

4- Estado civil

- | | | | |
|-----------|------------------|------------|---------|
| a) Casada | b) Unión estable | c) Soltera | d) Otro |
|-----------|------------------|------------|---------|

II- CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS

1- Edad de la primera relación sexual: ___ años

2- Número de parejas sexuales: _____

3- Usó de métodos anticonceptivos antes del embarazo:

- | | |
|-------|-------|
| a) Si | b) No |
|-------|-------|

III- CARACTERÍSTICAS DEL ABORTO

1- Cuando se realizó el aborto provocado ¿ Con quién vivía en ese momento?

- | | | |
|-------------|-----------|---------|
| a) Padres | c) Amigos | e) Sola |
| b) Hermanos | d) Pareja | |

2- Cuando decidió realizarse el aborto ¿Alguna de estas personas se lo sugirió?

- | | | |
|---------|-------------|-----------|
| a) Mamá | c) Hermanos | e) Pareja |
| b) Papá | d) Tíos | f) Amigos |

3- Cuando decidió realizarse el aborto ¿Quién le facilitó el dinero?

- a) Mamá
- b) Papá
- c) Hermanos
- d) Tíos
- e) Pareja
- f) Amigos

4- Cuando decidió realizarse el aborto ¿quién la acompañó al establecimiento donde se realizó el aborto?

- a) Mamá
- b) Papá
- c) Hermanos
- d) Tíos
- e) Pareja
- f) Amigos

5- ¿Alguna persona la amenazó para que aborte?

- a) Sí
- b) No

6- ¿Alguien la chantajeó para que aborte?

- a) Sí
- b) No

7- ¿Alguna persona la agredió físicamente debido a que no estaba de acuerdo con su embarazo?

- a) Sí
- b) No

8-¿Quién tomó la decisión de abortar?

- a) Yo
- b) Pareja
- c) Los dos
- d) Padre
- e) madre
- f) hermanos
- g) Amigos

ANEXO 2. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	dimensiones	tipos	escala	Indicador	Fuente de verificación	Tabla de código
Aborto provocado	Aquel procedimiento realizado para terminar un embarazo no planificado por personal carente de calificación o en un ambiente sin las mínimas condiciones de salud.	Embarazo no planificado	Cualitativa	Nominal	Respuesta Positiva	Entrevista	Si =1, No =0
Participación de las personas	Tipo de participación que es condición para tomar la decisión de abortar	Participación ideológica	Cualitativa	Nominal	Respuesta Positiva	Entrevista	Si =1, No =0
		Participación en la acción	Cualitativo	Nominal	Respuesta Positiva	Entrevista	Si =1, No =0
		Participación económica	Cualitativa	Nominal	Respuesta Positiva	Entrevista	Si =1, No =0
		Participación en la decisión	Cualitativa	Nominal	Respuesta Positiva	Entrevista	Si =1, No =0

Persona que participa	Cuando en la decisión del aborto provocado han participado a parte de la involucrada, la influencia de otras personas expresado por la mujer	Familiares	Cualitativo	Nominal	Respuesta positiva	Entrevista	Si =1, No =0
		Amigos	Cualitativo	Nominal	Respuesta positiva	Entrevista	Si =1, No =0
		Pareja	Cualitativo	Nominal	Respuesta positiva	Entrevista	Si =1, No =0
Edad de la paciente	En años cumplidos		Cuantitativa	razón		En años	
Grado de instrucción mujer/ pareja	Años de estudio	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	cuantitativa	ordinal	Respuesta positiva	En años	Analfabeta=0 Primaria=1 Secundaria=2 Superior=3
Edad de la pareja	En años cumplidos		cuantitativa	razón		En años	
Estado civil			cualitativa	nominal	Respuesta positiva	encuesta	Soltera = 0 Casada = 1 Conviviente = 2 Otros=3
Violencia	Uso intelectual de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra otra persona	Físico	Cualitativa	Nominal	Respuesta Positiva	Encuesta	Si=0 No=1
		Psicológico	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva	Encuesta	Si=0 No=1

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, en mis plenas facultades mentales, acepto participar en el estudio: **NIVEL DE PARTICIPACION DE PERSONAS EN LA DECISION DEL ABORTO PROVOCADO - HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES - 2004**. Comprendo que seré parte de un estudio de investigación que se enfoca a Analizar la relación existente entre el nivel de participación de las personas y el aborto provocado.

Además se tratará en todo momento de buscar mi privacidad y comodidad, esta entrevista tendrá una duración promedio de 15 a 20 minutos, la cual fue otorgada en forma libre y voluntaria, y que aún después que la entrevista inicie, yo puedo rehusarme a responder a preguntas específicas o decidir terminar la entrevista en cualquier punto. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no seré identificada de ninguna manera. Mi participación o negativa a responder no afectará a los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los proveedores de salud.

Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la Universidad Mayor de San Marcos por la señorita Karina Johana Sánchez Vidal alumna de dicha casa de estudio para obtención del Título Universitario. Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma y nombre completo.

Fecha/ /

Firma