

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

Factores socioreproductivos y su relación con el aborto provocado - Instituto Especializado Materno Perinatal – 2004

TESIS para optar el título profesional de LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTOR

Verónica Sánchez Quezada

ASESOR Edita Cuya Candela

Lima – PERU 2005

Este trabajo va dedicado a mis padres, quienes con su amor y apoyo hicieron de mi una persona de bien y con su intelecto y energía son una inspiración para mi.

INDICE

Resumen	.....	4
Introducción	.....	5
Justificación	.....	16
Objetivos de la investigación:	.....	17
▪ objetivo general	.....	17
▪ objetivo específico	.....	17
▪ hipótesis	.....	17
Material y Métodos	.....	18
▪ tipo de estudio.	.....	18
▪ área de estudio.	.....	18
▪ diseño del estudio.	.....	18
▪ población y muestra.	.....	19
▪ definición de variables.	.....	20
▪ técnicas e instrumento de recolección de datos. ....	.....	21
▪ plan de procedimiento.	.....	22
▪ análisis e interpretación de los datos. ....	.....	22
Resultados	.....	24
Discusión	.....	35
Conclusiones y recomendaciones	.....	49
Referencias bibliográficas	.....	54
Anexos	.....	56

RESUMEN

FACTORES SOCIOREPRODUCTIVOS Y SU RELACION CON EL ABORTO PROVOCADO - INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL - 2004

OBJETIVO: Analizar la relación entre factores socioreproductivos y el aborto provocado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio correlacional retrospectivo realizado en Instituto Especializado Materno Perinatal. Entrevistamos a 92 pacientes, edad 15 a 49 años, con diagnóstico previo de embarazo y con antecedente de aborto provocado (hasta 2 años). Excluimos pacientes con trastornos de la conducta y problemas psiquiátricos. Utilizamos una entrevista estructurada, la cual constó 5 ítems, que daban un total de 30 preguntas. Verificamos datos relacionados con el hogar, características sociales de la pareja, características reproductivas y características del aborto provocado. Analizamos a través de estadísticas descriptivas e inferenciales, $p < 0.05$ y para las asociaciones OR IC 95%.

RESULTADOS: Existe 13.3 veces más probabilidad de presentar factores socioreproductivos de riesgo para aborto provocado en aquellas mujeres que cursaron estudios básicos, 12 veces más en aquellas que iniciaron su actividad sexual dentro de los 13 a 19 años, es 11.1 veces más en aquellas que fueron primigestas, 10.7 veces más en aquellas que no vivían con la pareja, 8.1 veces más en aquellas que no tenían pareja estable, 6.7 veces más en aquellas que tenían de cero a cinco años de relación con la pareja, 4.8 veces más en aquellas que presentan grado de hacinamiento 4, es 4.2 veces más cuando la edad de primera gestación se encuentra dentro de los 14 a 19 años y finalmente 3.7 veces más cuando la edad es de 20 a 25 años.

CONCLUSIONES: Los factores asociados al aborto provocado ser joven (20 a 25 años), soltera, con estudios básicos (primaria y secundaria), vivir en grado de hacinamiento 4 (todos duermen en una habitación), menos de 5 años de unión con pareja, no vivir con él; inicio de actividad sexual precoz (13 a 19 años), primera gestación entre 14 a 19 años.

Palabras Clave: aborto provocado, factores sociales, factores reproductivos

INTRODUCCIÓN

La maternidad segura, saludable y voluntaria es parte de los derechos humanos⁽⁶⁾. La mayoría de mujeres busca realizar su sueño de procrear (aunque algunas deciden no tener descendencia) y celebran cuando esto ocurre. Pero no todas lo hacen⁽⁵⁾. Miles de mujeres por distintos motivos y circunstancias conciben sin haberlo planeado y, si bien aceptan el hecho y tienen un hijo al que quieren, otras sufren ante la disyuntiva de tener un hijo no deseado o de interrumpir la gestación sin importarles que sea ilegal, ni las condiciones en las que lo hacen, a pesar de lo difícil que puede ser este proceso. Bajo este contexto, se trata de abordar con seriedad las condiciones y causas que llevan a las mujeres a tomar esta decisión. En nuestro país, una de las carencias que impide actuar sobre el Aborto Provocado es la ausencia de información sobre su real magnitud y características dado que es ilegal⁽⁴⁾.

En base a las distintas encuestas y entrevistas que se han hecho en América Latina y en países fuera de la región, a mujeres que han pasado por la experiencia de un aborto, encontraremos una misma matriz de respuesta, y en ella podremos fácilmente percibir que tras la interrupción voluntaria del embarazo, siempre estará presente un estado de necesidad, una situación límite que la mujer no está en la posibilidad de controlar y que la impulsa a tomar la decisión, aunque ello resulte en la violación de preceptos religiosos y prohibiciones legales, o implique, por las condiciones en las que lo realiza, grave riesgo para su vida o su salud⁽⁷⁾.

En este orden de ideas nos daremos cuenta que existe múltiples factores presentes en las mujeres que se han practicado un aborto, pero actualmente se le da mayor importancia a los factores sociales y los factores reproductivos, porque se ha demostrado que el inicio tardío de la reproducción y el deseo de menos hijos se asocian con un mayor desarrollo social y con ello van adquiriendo cada vez más la perspicacia de emplear la contracepción para limitar la familia, recurriendo al aborto en caso de fallas de los métodos anticonceptivos o en casos extremos⁽¹⁷⁾.

Diversas investigaciones demuestran que existen muchos factores que influyen en la génesis de un Aborto Provocado, entre los que se encuentran los Factores Sociales y los Factores Reproductivos. Este estudio trata de identificar y determinar que relación existe entre los factores socioreproductivos y el aborto Provocado, con la finalidad de delinear o construir un probable perfil de las mujeres que se han sometido a un aborto provocado; a su vez los datos encontrados servirán de base y podrán ser comparados con aquellos que han sido estudiado en otras realidades.

El aborto Provocado es uno de los factores más importantes en la morbilidad y mortalidad materna, y en nuestro país actualmente es considerado un problema de salud pública; sin embargo a pesar de la importancia de su estudio y las posibles implicancias que presenta este fenómeno, resulta muy difícil abordarlo debido a que existen múltiples restricciones legales, éticas y médicas, a pesar de ello, este estudio persigue ampliar el conocimiento acerca del aborto provocado en búsqueda de desarrollar medidas electivas de prevención y una posible solución a este problema, pues cuando los factores socioreproductivos de riesgo (baja escolaridad, no

ocupación, inicio precoz de relaciones sexuales y ser primigestas), el estado civil y la edad intermedia están presentes, se asocian al Aborto Provocado.

Los Profesionales de Obstetricia están capacitados para abordar temas de la Salud Reproductiva, eso según la Ley de Trabajo de la Obettriz/Obstetra, en donde el artículo 6 indica que los profesionales de la obstetricia pueden elaborar y ejecutar proyectos de investigación, en el campo de la salud y en otros en los que estemos capacitados y nuestra especialidad permita; por ende el Aborto Provocado es un tema que puede ser estudiado a cabalidad. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Internacional Planned Parenthood Federation y por publicaciones provenientes de países latinoamericanos, así como de nuestro medio, han demostrado que la práctica del aborto Provocado se ha incrementado en forma progresiva, llegando a ser el método más practicado mundialmente para resolver embarazos no deseados y su elevada incidencia constituye un problema de Salud Pública, esto especialmente en países menos desarrollados donde es utilizado como uno de los métodos más prevalentes para la regulación de la fecundidad, además porque hace resaltar las serias consecuencias que de ellos derivan y desempeñan un papel considerable en las tasas de morbilidad y mortalidad⁽¹⁾.

Esta situación en América Latina, esta dominada principalmente por tres factores, el carácter ilegal del aborto provocado, un alto índice de abortos ilegales y un bajo índice de condenas penales⁽²⁾. Una serie de entrevistas a las mujeres revela que en

general, no están a favor del aborto, pero que lo han practicado alguna vez como remedio social para evitar un embarazo no deseado⁽³⁾.

En 1994, una publicación del Instituto Alan Guttmacher⁽⁴⁾ en base a un análisis secundario de las ENDES, estimó que en el Perú se producen 271,150 abortos inducidos anualmente. La misma fuente señala que del total de embarazos que se producen, el 40% son embarazos deseados, el 30% son embarazos no deseados y finalmente un 30% terminan en aborto inducido. Para el año 2002, el Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán⁽⁵⁾ actualiza estos datos utilizando la misma metodología que entonces y logra obtener que en 1999 se produjeron en todo el mundo 77 millones de abortos anuales, de los cuales 46 millones fueron provocados con excepción de América del Norte, Europa y algunos países de Asia, donde la mayoría de abortos provocados son realizados legalmente, en el resto del mundo incluido el Perú, lo son clandestinamente, a pesar de que el Estado ha considerado la penalización del mismo, lo cual en lugar de ser una solución, ha originado que su practica se desarrolle en forma clandestina y para las mujeres más pobres en condiciones insalubres, que ponen en peligro la vida de miles de ellas. Así lo demuestran la alta tasa de mortalidad y morbilidad asociada al aborto.

Sin embargo, el aborto provocado es un tema que vale en todos los aspectos de las relaciones humanas y llega al fondo de la estructura de la sociedad. Como materia de discusión, es difícil comentar sobre él, sin sentar las bases propias y personales, llegando a ser un tema político, social, religioso, ético, moral, legal y médico. Un ejemplo de ello lo constituyen las opiniones dadas por los pobladores de México, a quienes se les realizó una encuesta acerca de la percepción que tenían del aborto,

y se obtuvo un respaldo casi general para el aborto como el derecho de una mujer, esto refleja el reconocimiento por parte del público de la importancia del aborto como un método para regular la fecundidad, o de la necesidad de despenalizar el aborto, mientras que el rechazo de situaciones específicas probablemente refleje desaprobarción personal del aborto bajo tales circunstancias⁽³⁾. Esto refleja que en la realidad el aborto provocado constituya un problema de gran envergadura.

A través de los siglos, la humanidad y en especial las mujeres han tenido la preocupación constante de controlar su fecundidad. En épocas pasadas el desconocimiento de la fisiología de la reproducción lleva a las poblaciones al uso de métodos diversos para limitar el número de hijos, incluyendo como recurso desesperado, la interrupción de la gestación⁽⁴⁾.

A pesar de los años transcurridos y de las distintas estrategias empleadas, esta situación no ha cambiado. Diversas investigaciones demuestran que el embarazo no deseado afecta a las mujeres de todas las clases sociales y esta determinado por factores muy diversos, entre los que se encuentran los factores reproductivos tener ya muchos hijos^(8,21,22), no tener una pareja estable^(8,9,11,19,20), factores sociales como ser muy joven^(8,9,10,12,19,20), no haber cumplido con sus expectativas educativas⁽²⁰⁾, otros problemas como la insuficiente educación sexual y reproductiva^(4,8), así como la dificultad que enfrentan para acceder a servicios de salud reproductiva de calidad y eficiencia⁽⁴⁾. En respuesta a estos problemas, el aborto provocado sigue siendo empleado como solución para enfrentar dichos embarazos, a pesar del dolor que significa una decisión de esa naturaleza y las secuelas permanentes en la salud y capacidad reproductiva.

El Aborto Provocado actualmente es reconocido como un problema de salud pública⁽¹³⁾, por su magnitud, la gravedad de sus consecuencias y su repercusión psicológica, social y económica. En el Perú con el fin de evitar el aborto provocado, el Estado Peruano ha considerado la penalización, lo cuál en vez de ser una solución, ha originado que su practica se realice en forma clandestina, las consecuencias que implica son los riesgos que atraviesan las mujeres que no cuentan con recursos económicos para costear dicha intervención, involucrar a personas que no tienen el conocimiento para atenderlas y ser realizada en condiciones insalubres que ponen en peligro la vida de miles de ellas.

La muerte de una mujer joven no es el único costo humano del aborto provocado realizado en condiciones de insalubridad, con frecuencia muchas mujeres quedan con serias limitaciones e incapacidades físicas que resultan en morbilidad frecuente. Además de esto, existen consecuencias sociales y familiares funestas que se reflejan en orfandad o rompimiento del núcleo familiar. Junto a estos costos humanos inaceptables, el tratamiento de las complicaciones del aborto incompleto, causa un drenaje importante de los recursos del sistema de atención de salud. En consecuencia debemos de ser conscientes que el aborto puede y debe prevenirse y no debe ser causa de muerte, ni de sufrimiento para muchas mujeres.

Debe admitirse también que el aborto, aunque puede disminuirse sensiblemente a través de medidas preventivas, nunca desaparecerá pese a su ilegalidad o al endurecimiento de las leyes de un país⁽⁸⁾. Para lograr que las acciones de prevención tengan el efecto planeado, es necesario conocer los factores que llevan a la mujer a un embarazo no planeado y optar por el aborto provocado. Sobre ese

conocimiento se deben enfocar las acciones educativas, motivaciones de prevención y orientación de conductas de riesgo.

La importancia del estudio de aborto ha sido destacada tanto por investigadores individuales como por instituciones internacionales, como la OMS, quien señala al aborto provocado está tan extendido en muchos países que se le ha calificado como una epidemia⁽¹¹⁾. En un estudio sobre los determinantes próximos a la fecundidad en Cuba se ponderó el papel que juegan cada uno de los determinantes próximos de la fecundidad del modelo de Bongaart⁽¹⁴⁾, una de las conclusiones más resaltantes de este estudio fue que el aborto ocupaba el segundo lugar entre los determinantes de la disminución de la fecundidad; el primero fue la utilización de métodos anticonceptivos, además dio a conocer que entre los factores sociales el más importante es el nivel educacional de las mujeres.

Teniendo en cuenta esto, los investigadores realizaron diversos estudios acerca del embarazo no planeado y el aborto provocado en las mujeres de niveles socioeconómicos bajos y lograron demostrar que mientras más bajo sea el nivel educativo y el estrato socioeconómico de la mujer, mayor es la probabilidad de embarazos no planeados; sin embargo la ocurrencia de abortos provocados en estos grupos es baja, debido a que entre ellos el número de nacimientos no planeados es mayor y la prevención de embarazos es menor⁽⁸⁾.

Los diversos estudios han arrojado algunas luces acerca de los factores que están más relacionados con la ocurrencia de embarazos no planeados y abortos provocados. En los grupos de mayor riesgo están las mujeres menores de veinte

años^(8,10,12), las que inician su actividad sexual a edades muy tempranas^(8,10,11), las que tienen una alta tasa de fecundidad y mayor número de gestaciones⁽⁸⁾, las que no usan método de planificación familiar o utilizan uno de baja eficacia anticonceptiva o lo hacen en forma incorrecta^(8,11,15,19).

Esfuerzos recientes realizados por investigadores nacionales e internacionales han logrado la aplicación de metodologías novedosas, estimaciones más aproximadas de los niveles de incidencia de aborto provocado en el Perú. Uno de estos estudios fue el realizado por el grupo de investigadoras del Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán” y la Pathfinder International^(5,16), la investigación mostró que en el Perú cada año se producirían 352 mil abortos. Las estimaciones sugieren que se registra un aborto por cada nacido vivo y que las probabilidades de las mujeres Peruanas de 15 a 49 años de provocarse un aborto es de 5,2%, además de una cifra aproximada de un millón de embarazos que ocurrirían cada año, el 40% termina en nacimiento deseado, el 25% en nacimiento no deseado y el 35% en aborto provocado.

De acuerdo con las estadísticas el Perfil de las Mujeres atendidas en establecimientos públicos de salud y complicaciones de aborto, poco más del 62% es menor de 30 años. Entre ellas el 14% es menor de 20 años. El 30% no tienen ningún hijo y el 60% tiene de 1 a 4 hijos. La edad gestacional en la que con más frecuencia se interrumpe el embarazo es de 7 a 12 semanas (66% del total). El 83% de mujeres tiene una pareja estable viviendo con ella ya sea por matrimonio (23%) o por una unión de hecho (conviviente, 60%) cifra que desvirtúa la afirmación de que el aborto es más frecuente entre mujeres solteras. La mayor parte de las mujeres no está sola en la experiencia de terminar un embarazo no deseado.

Esto también podría explicarse en estudios realizados en Chile⁽¹⁷⁾ de donde se desprende que las mujeres comienzan a recurrir al aborto al pasar de un nivel socioeconómico y cultural más bajo a un nivel medio. Cuando tienen más educación y participan en la vida económica y social del país, van adquiriendo cada vez más la perspicacia de emplear la contracepción para limitar la familia, recurriendo al aborto en caso de fallas de los métodos anticonceptivos o en casos extremos. Esto concuerda por lo encontrado por Alan, quien encontró que en México y Chile la mujer que a pasado por la experiencia de un aborto provocado tenía una fuerte participación en el ingreso familiar. Además evidencio que en México existe mayor participación económica de la pareja, en cambio en Chile existe mayor colaboración de la mujer en la economía familiar.

El estudio “El Aborto Clandestino en América Latina Perfil de una Clínica”⁽¹⁸⁾ que se realizo en Colombia, determina que el perfil del Aborto Provocado es muy diferente del que se identifico a fines del año 1970 entre las mujeres hospitalizadas debido a complicaciones causadas por el aborto, la mayoría de las cuales eran mujeres casadas, tenía dos o más hijos y un nivel educativo de menos de 8 años de escolaridad. Estas diferencias pueden deberse, en parte, a los cambios ocurridos a través del tiempo en el tipo de mujer que se somete a un aborto (por ejemplo, ahora son más jóvenes y mejor instruidas de lo que fueron en el pasado).

Asimismo, dichas diferencias también pueden reflejar la variación en el acceso de salud a servicios de aborto en condiciones adecuadas (por ejemplo, los datos basados en admisión hospitalaria siempre representaran en forma exagerada a las mujeres con cuadros de infecciones producto de las condiciones insalubres). Sin

embargo, trabajos realizados en América Latina sugieren que la probabilidad de un aborto es particularmente elevada entre mujeres jóvenes^(8,9,10,12,19) y las mujeres no casadas^(8,9,11,19).

El estudio “Características Sociodemográficas, reproductivas y Medicas de mujeres admitidas por Aborto en el Hospital de la Región Sur de Brasil”⁽¹⁹⁾ determino que de 620 casos de aborto incompleto admitidos; 114 fueron abortos inducidos, de los cuales el 50% utilizo Misoprostol como método abortivo; entre las características apreciadas en mujeres con aborto inducido se encuentran: mujeres jóvenes (78.5%), solteras y sin pareja estable viviendo con ellas (42.4%), que han tenido sólo estudios primarios (17.8%) y que no han estado usando ningún método anticonceptivo en el tiempo de la concepción (53.9%); dentro de las mujeres que han sido hospitalizadas por complicaciones del Aborto Inducido las características físicas indican que han sido menos severas de las complicaciones que se han observado en estudios anteriores.

Mientras un estudio realizado en Cuba⁽²⁰⁾, reafirma dicha versión y concluyó que las mujeres una vez embarazadas tienen más riesgo de recurrir al aborto cuando son más jóvenes, no migrantes, se han criado en una cultura urbana, tienen niveles de secundaria o preuniversitario, no están ocupadas y entre las ocupadas cuando son obreras, las solteras, las que han tenido pareja sexual sin unirse, las que su pareja sexual no es migrante, las que su pareja sexual se crió en una cultura urbana y cuando son blancas.

Entonces la situación socioeconómica de la mujer puede afectar su actitud con respecto al Aborto Inducido y su probabilidad de obtenerlo, en países del África donde a pesar de la situación económica que afecta estas ciudades y la ley que restringe la interrupción voluntaria del embarazo estudios como Abortion Services in a Sub Saharan Setting: Users Profile and Motivations⁽²¹⁾ y Incidence of Induced Abortion in Southern Ghana⁽²²⁾ lograron obtener que por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva ocurren 17 abortos, hubo aproximadamente 19 abortos por cada 100 embarazos (o 27 abortos por cada 100 nacidos vivos). La mayoría (60%) de las mujeres que se habían sometido a un aborto eran menores de 30 años, y el 36% eran nulípara. El 58% no se encontraban en unión estable y estudiaban el 36%; el 45% se habían sometido a un aborto antes de la séptima semana de gestación y el 90% ante de la décima semana. Sólo el 12% de las mujeres manifestaron que se habían sometido a un aborto con un médico. Las mujeres que vivían en zonas urbanas que habían estudiado o que tenían cuatro o más hijos tenían mayores probabilidades de someterse a un aborto. Las mujeres que eran trabajadoras independientes tenían mayores probabilidades de un obtener un aborto que aquellas que eran empleadas.

Hoy por hoy, lo que se trata de establecer con claridad es el perfil de las mujeres que se han sometido a un aborto en el Perú y tener un mejor conocimiento de los determinantes del aborto provocado, esto nos dará la posibilidad de incidir sobre ellas mediante programas o políticas, permitirán reducir su magnitud, así como atenuar las consecuencias sobre la salud reproductiva de la mujer y el impacto que esta condición causa en los servicios hospitalarios.

Justificación

El Aborto Provocado es uno de los principales problemas de la salud materna en el Perú, por su magnitud, la gravedad de sus consecuencias y su repercusión psicológica, social y económica. Por este motivo, el hablar acerca de este tema implica cuestiones de fondo tanto éticas, médicas como legales y hoy en día predominan en el debate social los enfoques parciales, la desinformación y la intolerancia con respecto a este tema.

El aborto Provocado es, entonces, un tema donde se reflejan de manera dramática la injusticia, la vulnerabilidad y la violencia ejercidas sobre la mujer desde su entorno y de toda la sociedad. Es el último eslabón de una cadena de carencias y de fallas desde lo educativo, de acceso a los servicios de salud de calidad y de presiones culturales en cuanto al rol de la mujer en la sociedad.

Por este motivo los integrantes del equipo de atención de la salud de la mujer y particularmente las obstetras, estamos en una situación donde el abordaje del problema del aborto provocado constituye una necesidad imprescindible. Esta situación implica, por un lado, el derecho a opinar sobre una materia vivida cotidianamente en nuestra profesión y, por otro lado, el deber de que estas posiciones beneficien, antes que a nadie, a las mujeres, nuestras usuarias-pacientes y también a la comunidad. Por ello, nuestro estudio persigue ampliar el conocimiento acerca del aborto provocado en búsqueda de desarrollar medidas electivas de prevención y una posible solución a este problema.

Objetivo General

Analizar que relación existe entre los factores socioreproductivos y el aborto Provocado

Objetivos Específicos

- Determinar la relación existente entre los Principales Factores Sociales y el Aborto Provocado en pacientes con este antecedente atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal.

- Determinar la relación existente entre los Principales Factores Reproductivos y su relación con el Aborto Provocado en pacientes con este antecedente atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal.

- Analizar cuáles son los factores relacionados positivamente con el Aborto Provocado en pacientes con este antecedente atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal.

Hipótesis

Cuando los factores socioreproductivos de riesgo (baja escolaridad, no ocupación, inicio precoz de relaciones sexuales y ser primigestas), el estado civil y la edad intermedia están presentes, se asocian al Aborto Provocado.

MATERIAL Y METODOS

Tipo De Estudio: Analítico Correlacional Retrospectivo

Área De Estudio: Instituto Especializado Materno Perinatal, perteneciente a la Dirección de Salud Lima del Ministerio de Salud, ubicado en Cercado de Lima.

Diseño: Se trata de un estudio correlacional retrospectivo realizado en Instituto Materno Perinatal de Lima. Se entrevistó a 92 pacientes que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado, edad entre los 15 a 49 años, con diagnóstico de embarazo por cualquier método moderno o clínico y con antecedente previo de aborto provocado (hasta 2 años). Se excluyeron pacientes con trastornos de la conducta y problemas psiquiátricos. El tipo de muestreo fue No probabilístico por conveniencia, debido a que la población en estudio era muy reducida. Se utilizó el método encuesta y la técnica fue la entrevista estructurada, la cual constó 30 preguntas, de ellos veintiocho fueron de respuesta múltiple y dos de respuesta abierta, están se encontraban divididas en cinco items, que verificaba las características sociales, datos relacionados con el hogar, características sociales de la pareja, características reproductivas y características del aborto provocado, la entrevista tuvo una duración promedio de 15 minutos y se buscó en todo momento proteger la privacidad de las mujeres que aceptaron participar en el estudio. Posteriormente toda la información fue tabulada en una base de datos Microsoft Excel, luego fue analizada a través del programa estadístico SPSS v10 para Windows, para obtener estadísticas descriptivas e inferenciales, con un nivel de significación estadística $p < 0.05$, para la determinación de las asociaciones se utilizó

el OR con sus intervalos de confianza al 95%. La finalidad será evaluar el grado de relación entre las variables positivas (factores socioreproductivos en mujeres con aborto provocado) y analizar su correlación.

Población y Muestra

Población: Mujeres en edad fértil con antecedente de aborto provocado atendidas en cualquiera de los servicios del Instituto Materno Perinatal de Lima.

Criterios de Inclusión:

- Paciente que acepte participar en el estudio, previo consentimiento informado
- Mujer en edad fértil (15-49 años)
- Antecedente de aborto provocado (hasta los últimos 2 años).
- Con diagnóstico de embarazo por cualquier método moderno o clínico previo al aborto provocado.

Criterio de Exclusión

- Pacientes con trastornos de la conducta.
- Pacientes con problemas psiquiátricos.

Unidad de análisis: Factores sociales y reproductivos de las mujeres con Abortos Provocados

Unidad de muestreo: Mujer con antecedente de aborto provocado.

Tamaño de muestra: En el Instituto Materno Perinatal, se estimó una prevalencia del 20% de antecedente de aborto provocado, para una confianza del 95% y un error de $\pm 5\%$ se determinó que la muestra mínima requerida era de 80 casos, por lo cual se tomó una muestra de 92 casos.

Tipo de muestreo: No Probabilístico por conveniencia

Tiempo: 12 meses

Definición De Variables

Factores Sociales (Variable Independiente): Todos aquellos fenómenos sociales que pueden influenciar y/o determinar la aparición de un Aborto Provocado. Entre ellos tenemos: Estado Civil, Ocupación, Grado de Instrucción, Lugar de Nacimiento, Edad, Estructura Familiar, Servicios del Hogar, Material de Vivienda, Electrodomésticos del Hogar.

Factores Reproductivos: Conjunto de comportamientos sexuales y reproductivos que al reunirse van a influenciar y/o determinar la aparición de un Aborto Provocado. Entre ellos tenemos: Número de Hijos, Número de Parejas, Edad de Inicio de Primera Relación Sexual, Edad de Primer Embarazo, Paridad, Métodos Anticonceptivos.

Aborto Provocado (Variable Dependiente): Es la terminación de un embarazo no deseado, antes de que el feto haya alcanzado la viabilidad, provocándose los ellas

mismas o a través de terceros en condiciones de clandestinidad. Para nuestro estudio va ser aquella respuesta positiva concerniente a la descripción de un Aborto Provocado en el cuál este evento no ha transcurrido más de dos años.

Operacionalización de Variables (anexo N°3)

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Método: Encuesta

Técnicas: Entrevista Estructurada

Instrumento De Recolección De Datos: Se aplicó una entrevista estructurada, dividida en 5 ítems, de la siguiente manera: características sociales (9 preguntas), datos relacionados con el hogar (3 preguntas), características sociales de la pareja (7 preguntas), características reproductivas (6 preguntas) y características del aborto provocado (5 preguntas), dando un total de 30 preguntas, de ellas veintiocho fueron de respuesta múltiple y dos de respuesta abierta. Cada encuesta fue manejada por una entrevistadora capacitada en el tema (tesista). La entrevista tuvo una duración promedio de 15 a 20 minutos, dependiendo muchas veces de la cantidad de información que proporcionaba la encuestada al hablar del tema.

Plan De Tabulación: En todas las variables se utilizará tablas de frecuencias simples, tablas de contingencias de doble entrada y tablas univariadas para la determinación de las asociaciones.

Plan De Procedimientos: Se aplicó una encuesta mediante una Entrevista estructurada, la cuál tuvo una duración promedio de 15 a 20 minutos, cada encuesta fue manejada por una entrevistadora capacitada en el tema (tesista). El procedimiento para la recolección de los datos se determinó de la siguiente manera: se prosiguió a revisar las Historias Clínicas las cuales en su mayoría se encontraban en el módulo de operación de cada Servicio (1,2,3,4 y 6), para realizar la revisión de cada Historia Clínica se contó con el permiso del Jefe de cada Servicio. No se tuvo dificultades al hallar la información, debido a que el único dato que se recolectó de la historia clínica fue la fórmula obstétrica.

Luego de obtenido ese dato, se buscó a aquellas mujeres que tenían un aborto dentro de su fórmula obstétrica, para realizarles una entrevista, cuyo fin era recolectar información acerca de ese aborto, lo primero era averiguar si la mujer había confirmado ese embarazo mediante cualquier método moderno o clínico y lo segundo era indagar acerca del aborto, si había sido espontáneo o provocado; después de obtenida la información, se procedió a realizar la encuesta a cada paciente que cumplía con los requisitos de inclusión. Se trató en todo momento de buscar la privacidad y comodidad de la paciente al momento de la realización de la entrevista.

Análisis De Datos: Los datos fueron procesados de manera electrónica en una base de datos Microsoft Excel y se analizó en el paquete estadístico SPSS y la forma de presentación de los resultados será mediante cuadros estadísticos. Para encontrar la relación entre las variables cualitativas, factores sociales y reproductivos con el aborto provocado, se aplicó la prueba de asociación Odds

ratio, con sus intervalos de confianza al 95%, además se analizarán a través del Chi cuadrado, significativo con un $p < 0.05$. Para las variables cuantitativas, se analizará a través del promedio y su desviación estándar y se comprobará a través de la prueba t-Student, significativo con un $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se presenta los resultados de 92 pacientes con antecedentes de aborto provocado; estos se explicarán a través de tablas donde se relacionará las características generales y reproductivas de las mujeres encuestadas, de sus parejas y del aborto provocado (factores sociales y reproductivos). Antes de pasar a dar los datos obtenidos tendremos que considerar que en la sección Otros Estados (Tabla 1) a las pacientes que fueron viudas y divorciadas. En el Grado de Hacinamiento (Tabla 1), se consideró cuatro grados: el Grado 1 fue cada persona tiene habitación mas habitaciones anexas, el grado 2, cada persona tiene habitación, el grado 3, encuestada y pareja tiene habitación más algunas otras personas también lo tiene y el grado 4 cuando todos los que vivían, dormían en la misma habitación. En la Condición de Trabajo (Tabla 5) se consideró No remunerado, a las amas de casa.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA MUJER

De acuerdo con los resultados entre las pacientes entrevistadas con antecedentes de aborto provocado, el 59.8% se encontró dentro del rango de 20 a 31 años, divididos entre 20 a 25 años con 28.3% y 26 a 31 años con un 31.5%. Entre las edades extremas tenemos a las adolescentes (15 a 19 años) y las añosas (36 a 40 años) con el 12% cada una. La edad promedio entre las encuestadas fue 27.2 años. Dentro del grado de instrucción, el 62% correspondió al nivel secundario y de ellas el 70.2% habían culminado estos estudio; sólo el 13% tenían primaria y el 25% nivel superior, divididas entre superior técnico (12%) y superior universitario (13%), culminando sus estudios el 75% y 76.9% respectivamente; dentro del total de años

de estudios, la mayoría presentó entre 11 a 15 años (57.6%), seguido del 30.4% que sólo tuvieron de 6 a 10 años de estudios, cabe resaltar que no hubo ninguna mujer analfabeta dentro de nuestro estudio. A diferencia de otros estudios, la mayoría de encuestadas contaba con un trabajo 53.2%; divididos entre oficios menores (13%), comerciante (13%), empleada (12%) y otros (15.2%); mientras las amas de casa representaron el 46.8%. Al verificar el estado conyugal, aproximadamente el 60.8% se encontraban con pareja, en unión estable 39.1% y casada el 21.7%; en esta ocasión las solteras representaron el 35.9%. Dentro de la convivencia familiar existieron dos grupos definidos, la de parejas con o sin hijos que representó el 45.7% y sin pareja que representó el 40.2% de las encuestadas, finalmente tenemos el grado de hacinamiento, el mayor porcentaje de encuestadas se encontraba dentro del grado 2 (cada persona tiene habitación) con un 50%, seguido del grado 4 (todos duermen en una habitación) con un 28.3 (Tabla 1).

CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA

Con respecto a la pareja se verificó que la edad predominante fue de 26 a 31 años con un 40.2%, de 16 a 25 años con un 27.1% y de 32 a más de 38 con un 32.6%. El nivel de escolaridad mayoritario fue el secundario con un 56.5% (mayor que las pacientes), seguido del superior con un 40.2% dividido entre superior técnico (18.5) y superior universitario (21.7%); para el total de años de estudio, el mayor porcentaje se encontró de 11 a 15 años con un 66.3%. En la condición de trabajo se verifica que entre los oficios menores (carpinteros, electricistas, pintor, etc.) y los oficios eventuales (aquellos cuya duración fue menor a tres meses) representan un 44.5%, otro trabajo importante es el comerciante, que representó el 26.1%. Todos estos datos fueron estadísticamente significativos (Tabla 2).

TABLA 1. Distribución de las Mujeres Encuestadas con Antecedente de Aborto según Variables Generales - Instituto Especializado Materno Perinatal – 2004

Variables Generales	Mujeres Encuestadas	Distribución Porcentual
Edad (en años)*		
15 – 19	11	12.0
20 – 25	26	28.3
26 – 30	33	31.5
31 – 35	12	16.3
36 – 40	10	12.0
Nivel de Escolaridad*		
Primaria	12	13.0
Secundaria	57	62.0
Superior técnico	11	12.0
Superior universitaria	12	13.0
Total de Estudios (años)*		
1 a 5	2	2.2
6 a 10	28	30.4
11 a 15	53	57.6
16 a más	9	9.8
Estado Conyugal*		
Soltera	33	35.9
Conviviente	36	39.1
Casada	20	21.7
Otros Estados**	3	3.3
Condición de Trabajadora*		
Ama de Casa	43	46.7
Empleada	11	12.0
Comerciante/ Empresaria	12	13.0
Ambulante	1	1.1
Oficios Menores	12	13.0
Oficios Eventuales	6	6.5
Profesional	7	7.6
Convivencia Familiar*		
Pareja con o sin Hijos	42	45.7
Más otro miembro de la Familia	13	14.1
Sin Pareja	37	40.2
Grado de Hacinamiento*		
Grado 1	11	12
Grado 2	46	50
Grado 3	9	9.8
Grado 4	26	28.3

*p<0.001

**Otros Estados: Viuda y Separada

TABLA 2. Distribución de las Mujeres Encuestadas con Antecedente de Aborto según Datos Relacionados con la pareja - Instituto Especializado Materno Perinatal – 2004

Variables Generales de la Pareja	Mujeres Encuestadas	Distribución Porcentual
Edad (en años) *		
16 – 19	4	4.3
20 – 25	21	22.8
26 – 31	37	40.2
32 – 37	17	18.5
> de 38	13	14.1
Nivel de Escolaridad*		
Primaria	3	3.3
Secundaria	52	56.5
Superior técnico	17	18.5
Superior universitaria	20	21.7
Total de Estudios (años)*		
6 a 10	15	16.3
11 a 15	61	66.3
16 a más	16	17.4
Condición de Trabajador*		
Empleado	6	6.5
Obrero	4	4.3
Comerciante/ Empresario	24	26.1
Ambulante	4	4.3
Oficios Menores	20	21.7
Oficios Eventuales	21	22.8
Profesional	13	14.1

*p<0.001

CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS

Con respecto a las características reproductivas de las pacientes con antecedentes de aborto provocado, la edad de inicio de las relaciones sexuales fue mayor en las adolescentes (78.3%), sólo el 19.6% dentro de los 20 a 25 años, siendo la edad promedio de inicio de relaciones sexuales 17 años. Para la edad de la primera gestación hubo dos grupos importantes entre 20 a 25 años de edad con un 47.8%, seguido por las adolescentes (13 a 19 años) con un 42.4%, siendo la edad promedio

para la primera gestación 20 años. La mayoría de encuestadas (75%) tuvo de 2 a 4 parejas sexuales y sólo el 25% tuvo una pareja sexual. El 80.4% de las mujeres encuestadas habían tenido 2 o más gestaciones; de ellas el 69.6% tenían uno o más hijos, teniendo como promedio 1.16 hijo por encuestada. El 47.8% de las mujeres indicaron que no usaban métodos anticonceptivos al momento de la concepción y de aquellas que habían estado practicando la anticoncepción el 72.3% usaban métodos hormonales. En cuanto al tiempo de relación con la pareja, se verificó que el mayor porcentaje tenía menos de cinco años de relación(57.6%). Estos datos fueron estadísticamente significativos (Tabla 3).

CARACTERÍSTICAS DEL ABORTO PROVOCADO

En cuanto a las características del aborto, se pensaba que la dificultad de encontrar donde acudir para la realización de un aborto provocado resultaría en una postergación del procedimiento, sin embargo; el 75% de las mujeres presentaron embarazos entre 4 y 8 semanas (medidos desde la fecha de su último periodo menstrual); el 20.7% habían estado embarazadas durante 9 a 12 semanas y sólo el 4.4% tenía más de 12 semanas de gestación, entonces el tiempo de duración de la gestación fue mayoritariamente dos meses (45.7%). Con respecto al método de elección para finalizar gestación, el procedimiento médico (57.6%) fue el preferido, elegido por ser considerado un método seguro en un 81.1% de casos y por ser un método accesible en un 18.9% de casos; seguido del método químico (38%), elegido por ser considerado un método accesible 88.6% y por ser considerado método seguro 11.4%. Entonces la razón de elección del método abortivo se basó en dos factores importantes; por considerarlo seguro (51.1%) o accesibles (47.8%). Un gran número de mujeres (45.7%) tuvieron que ir al hospital luego del procedimiento

realizado y dentro de ellas, el 42.9 escogió el método médico para culminar la gestación y el 47.6% el método químico; resaltamos aquí que todas las mujeres entrevistadas (9.5%) que escogieron el método folclórico para culminar gestación tuvieron que ir al hospital. Todos estos datos fueron estadísticamente significativos (Tabla 4)

TABLA 3. Antecedente de Aborto según Características Reproductivas - Instituto Especializado Materno Perinatal – 2004

Características Reproductivas	Mujeres Encuestadas	Distribución Porcentual
Primera Relación Sexual (años)*		
13 – 19	72	78.3
20 – 25	18	19.6
26 – 31	2	2.2
Primera Gestación (años)*		
14 – 19	39	42.4
20 – 25	44	47.8
26 – 31	9	9.8
Número De Parejas Sexuales*		
1	23	25.0
2	36	39.1
3	25	27.2
>4	8	8.7
Número de Gestaciones		
Primigesta	18	19.6
Segundigesta	28	30.4
Multigesta	46	50.0
Tiempo Total de Relación (años)*		
0 – 5	53	57.6
6 – 10	26	28.3
11 – 15	9	9.8
16 – 20	4	4.3
Uso de Método Anticonceptivo		
Si	48	52.2
No	44	47.8

*p<0.001

TABLA 4. Distribución de las Mujeres Encuestadas con Antecedente de Aborto según Características Relacionadas al Aborto Provocado - Instituto Especializado Materno Perinatal – 2004

Características Relacionadas con el Aborto Provocado	Mujeres Encuestadas	Distribución Porcentual
Tiempo de duración de Gestación (meses)*		
1	27	29.3
2	42	45.7
3	19	20.7
4	3	3.3
5	1	1.1
Método Abortivo Usado*		
Procedimientos Médicos	53	57.6
Procedimientos Químicos	35	38.0
Método Folclórico	4	4.3
Razón de Elección del Aborto*		
Menos Costoso	1	1.1
Seguro	47	51.1
Accesible	44	47.8
Hospitalización		
Si	42	45.7
No	50	54.3

*p<0.001

FACTORES SOCIALES DE RIESGO

Los factores sociales se dividieron en dos grupos, el primer grupo se considero aquellos que tenían uno o ningún factor social y el segundo grupo (de riesgo) fue con los que tenían más de un factor social. Finalmente se cruzó los factores sociales de riesgo versus cada uno de los factores sociales.

Existe 26.6 veces más probabilidad de presentar factores sociales de riesgo en aquellas que no tenían pareja estable (OR: 26.6 IC95% 3.5-558.1), 26.6 veces más probable en aquellas que no vivían con la pareja (OR: 26.6 IC95% 3.5-558.1), 13.9

veces más probable entre los 20 a 25 años (OR: 13.9 IC95% 1.8-292.6), 12.5 veces más probable (OR: 12.5 IC95% 1.6-98.4) en aquellas que tenían el grado 4 de hacinamiento (todos dormían en una habitación), 10.4 veces más probable (OR: 10.4 IC95% 3.8-30.9) en aquellas que cursaron estudios básicos (primaria-secundaria) y 4.4 veces más probable (OR: 4.4 IC95% 1.5-13.2) en aquellas que tenían un trabajo no remunerado (amas de casa). Todos los datos fueron estadísticamente significativos (Tabla 5).

TABLA 5. Factores Sociales de Riesgo, en Mujeres con Antecedente de Aborto

- Instituto Especializado Materno Perinatal – 2004

Factores Sociales de Riesgo	OR	IC 95%
Estado Conyugal		
Sin Pareja**	26.6	3.5 – 558.1
Convivencia Familiar		
No vive con la Pareja	26.6	3.5 – 558.1
Edad (años)		
20 – 25	13.9	1.8 – 292.6
Grado de Hacinamiento		
Grado 4	12.5	1.6 - 98.4
Grado de Instrucción		
Estudios Básicos*	10.4	3.8 - 30.9
Condición de Trabajadora		
No Trabaja (ama de casa)	4.4	1.5 - 13.2

*Estudios Básicos (Primaria, Secundaria)

**Estado Conyugal (Soltera, Viuda, Divorciada)

FACTORES REPRODUCTIVOS DE RIESGO

Los factores reproductivos se dividieron en dos grupos, el primer grupo se considero aquellos que tenían dos o menos factores reproductivos y el segundo grupo (de

riesgo) fue con los que tenían mas de tres factores reproductivos. Finalmente se cruzó los factores reproductivos de riesgo versus cada uno de los factores.

Existe 15.3 veces más probabilidad (OR: 15.3 IC95% 3.3-70.2) de presentar factores reproductivos de riesgo cuando la edad de la primera gestación fue entre los 14 a 19 años, es 11.2 veces más probable (OR: 11.2 IC95% 3.7-34.2) en aquellas que tenían de cero a cinco años de relación con la pareja, es 8.7 veces más probable (OR:8.7 IC95% 1.1-69.0) en aquellas que era su primera gestación (primigestas), 8.4 veces más probable cuando la edad de la primera relación sexual fue entre los 13 a 19 (OR: 8.4 IC95% 2.8-25.3), es 4.3 veces más probable en aquellas que tuvieron dos o más parejas sexuales (OR: 4.3 IC95% 1.6-11.7) y es 2.7 veces más probable en aquellas que no utilizaban método anticonceptivo (OR: 2.7 IC95% 1.03-7.1). Todos los datos fueron estadísticamente significativos (Tabla 6)

TABLA 6. Factores Reproductivos de Riesgo, en Mujeres con Antecedente de Aborto - Instituto Especializado Materno Perinatal – 2004

Factores Reproductivas de Riesgo	OR	IC 95%
Primera Gestación (años)		
14 – 19	15.3	3.3 - 70.2
Tiempo Total de Relación (años)		
0 – 5	11.2	3.7 - 34.2
Número de Gestaciones		
Primigesta	8.7	1.1 - 69.0
Primera Relación Sexual (años)		
13 – 19	8.4	2.8 - 25.3
Número De Parejas Sexuales		
más de 1	4.3	1.6 - 11.7
Uso de Método Anticonceptivo		
NO	2.7	1.03 - 7.1

FACTORES SOCIOREPRODUCTIVOS ASOCADOS AL ABORTO PROVOCADO

Los factores socioreproductivos se dividieron en dos grupos, el primer grupo se considero aquellos que tenían menos de tres factores sociales y menos de cuatro factores reproductivos y el segundo grupo (de riesgo) fue con los que tenían como mínimo cuatro factores reproductivos y tres factores sociales. Finalmente se cruzó los factores socioreproductivos de riesgo versus cada uno de los factores (edad, grado de instrucción, estado conyugal, convivencia familiar, grado de hacinamiento, edad de la primera relación sexual, edad de la primera gestación, numero de gestaciones y tiempo total de la relación).

Existe 13.3 veces más probabilidad de presentar factores socioreproductivos de riesgo en aquellas mujeres que cursaron estudios básicos (OR: 13.3 IC95% 1.7-104.6), es 12 veces más probable en aquellas que iniciaron su actividad sexual dentro de los 13 a 19 años (OR: 12 IC95% 1.5-253.4), es 11.1 veces más probable en aquellas que fueron primigestas (OR: 11.1 IC95% 3.4-36.4), es 10.7 veces más probable en aquellas que no vivían con la pareja (OR: 10.7 IC95% 3.7 – 31.2), es 8.1 veces más probable en aquellas que no tenían pareja estable (OR: 8.1 IC95% 2.9-22.4), es 6.7 veces más probable (OR: 6.7 IC95% 2.1-21.6) en aquellas que tenían de cero a cinco años de relación con la pareja, es 4.8 veces más probable (OR: 4.8 IC95% 1.8-12.7) en aquellas que presentan grado de hacinamiento 4, es 4.2 veces más probable cuando la edad de primera gestación se encuentra dentro de los 14 a 19 años (OR: 4.2 IC95% 1.6-10.9) y finalmente es 3.7 veces más probable cuando la edad es de 20 a 25 años (OR: 3.7 IC95% 1.4-9.8). Estos datos fueron estadísticamente significativos (Tabla 7). La ocupación (factor social), el uso de

métodos anticonceptivos y el número de parejas sexuales (factores reproductivos) no fueron significativos.

TABLA 7. Factores Socioreproductivo de Riesgo, en Mujeres con Antecedente de Aborto - Instituto Especializado Materno Perinatal – 2004

Factores Socioreproductivos de Riesgo	OR	IC 95%
Grado de Instrucción		
Estudios Básicos *	13.3	1.7 - 104.6
Primera Relación Sexual (años)		
13 – 19	12.0	1.5 – 253.4
Número de Gestaciones		
Primigesta	11.1	3.4 - 36.4
Convivencia Familiar		
No vive con la Pareja	10.7	3.7 - 31.2
Estado Conyugal		
Sin Pareja **	8.1	2.9 - 22.4
Tiempo Total de Relación (años)		
0 – 5	6.7	2.1 - 21.6
Grado de Hacinamiento		
Grado 4	4.8	1.8 - 12.7
Primera Gestación (años)		
14 – 19	4.2	1.6 - 10.9
Edad		
20 – 25	3.7	1.4 - 9.8

*Estudios Básicos (Primaria, Secundaria)

**Estado Conyugal (Soltera, Viuda, Divorciada)

DISCUSIÓN

Tomando en cuenta la escasa información que existe sobre el aborto provocado en América Latina y mucho más en el Perú, este estudio ofrece una perspectiva directa sobre varios aspectos, que van desde la clandestinidad en que se realiza este procedimiento hasta cada uno de los factores sociales, reproductivos, etc., que intervienen directa o indirectamente en el aborto provocado.

El aborto en Lima no es un fenómeno aislado si no la expresión de un problema más complejo determinado por factores que van desde los más generales, relacionados con el medio en que se desenvuelve la mujer; hasta los más específicos, como son, las características socioreproductivas. Cabe resaltar que a pesar de que el Aborto Provocado es un tema muy importante y en la actualidad es considerado un grave problema de salud pública, no existen muchos estudios realizados en Lima respecto a este tema, básicamente la información esta dada por una organización dirigida por la Sra. Ferrando Delicia, quien en numerosas publicaciones hace referencia y muestra cifras respecto a este tema tan controversial, en su libro titulado “El Aborto Clandestino en el Perú: Hechos y Cifras”, nos da un perfil de las mujeres atendida en establecimientos públicos de salud por complicaciones de aborto, de acuerdo con esta estadística, poco más del 62% es menor de 30 años. Entre ellas el 14% es menor de 20 años. El 30% no tiene ningún hijo y el 60% tiene de 1 a 4 hijos. El 83% de mujeres tiene una pareja estable viviendo con ella ya sea por matrimonio (23%) o por una unión de hecho (conviviente, 60%)⁽⁴⁾. A pesar de que estos datos son recopilados de estadísticas de los centros donde han acudido las mujeres por consecuencia de abortos

infectados, las cifras no difieren mucho de lo encontrado por nuestro estudio donde a diferencia de ellos, nuestras encuestadas han tenido antecedente de aborto provocado y no necesariamente han acudido a los establecimientos por complicaciones del procedimiento. Otro punto importante, es que no existen datos acerca de los factores socioreproductivos de las mujeres que han abortado en Lima, motivo por el cuál la mayoría de comparaciones que se van a realizar son con trabajos realizados en otros países.

El Aborto Provocado es un tema muy controversial y difícil de tocar debido a las claras restricciones tanto éticas, legales como médicas; una de las principales limitaciones se encuentran en la medición del volumen e incidencia del aborto provocado, especialmente en nuestro país donde su practica es ilegal, los datos disponibles son incompletos, fragmentados o poco confiables. Por ello, la incidencia tomada por nuestro estudio fue la de las mujeres que han reconocido su practica durante la realización de la prueba piloto. Además la recolección de datos resulto complicada, debido a que estamos abordando un tema muy intimo y a la vez penado por la justicia. Para comprobar la veracidad de las respuestas otorgadas por nuestras encuestadas, se hizo preguntas muy personales y se estableció cierta confianza con la persona entrevistada; además de firmar un consentimiento informado, donde la mujer aceptaba participar del estudio y aseguraba que todos los datos que daba eran fidedignos.

Entonces, para nuestro estudio tomamos un posible perfil de aquella mujer que se somete a la practica de un aborto en forma clandestina, el cual lo construimos teniendo en cuenta diversos estudios de América Latina^(3,4,7,8,10,15,16,17,18,19,21,22,23,26),

donde el aborto es ilegal al igual que en nuestro medio y tomando referencias de estudios realizados en países donde el aborto es legal^(5,9,11,12,14,20,24,25), con el objeto de poder tener una panorámica amplia al respecto de este tema. En el caso de Lima, elegimos dentro de los factores sociales a aquellas mujeres que tenían entre 20 a 25 años, no tenían pareja (solteras, separadas o viudas), que habían cursado estudios básicos (primaria y secundaria), que no tenían trabajo remunerado (amas de casa), que no vivían con su pareja y que tenían grado de hacinamiento 4 (todos duermen en una habitación); en cuanto a los factores reproductivos elegimos edad de la primera relación sexual entre 13 y 19 años, edad de la primera gestación entre 14 y 19 años, tiempo total de relación con la pareja entre cero a cinco años, haber tenido más de una pareja sexual, ser su primera gestación (Primigesta) y por último el no usar métodos anticonceptivos.

Según los resultados encontrados en nuestro estudio respecto a los factores sociales, cabe resaltar que el hecho de no tener pareja (ser soltera, separada o viuda) y no vivir con la pareja, son situaciones que ponen en riesgo a la mujer de enfrentarse a un embarazo no deseado y aumenta la probabilidad de realizarse un aborto, lo que ratifica que la condición marital continua jugando un papel importante, como factor social en la fecundidad. Es posible que América Latina esté siguiendo el precedente establecido por los Estados Unidos (y la mayoría de países desarrollados) donde esta aumentando la actividad sexual prematrimonial⁽¹⁸⁾. Según una encuesta de opinión en la ciudad de México⁽³⁾, el 17% de la población encuestada estuvo de acuerdo en que, el no estar casada era razón suficiente para que una mujer decidiera interrumpir un embarazo y el 19% aprobó la decisión de abortar cuando la pareja no desea tener más hijos. La Secretaria Distrital de Salud

de Bogotá, consideró importante incluir dentro de sus líneas de investigación el aborto y el embarazo no planeado, para lo cuál realizó una investigación cualitativa a 24 mujeres hospitalizadas como consecuencia de la práctica abortiva, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de las encuestadas, sugirió que las mujeres más susceptibles de presentar embarazos no deseados y abortos, son: edad entre 20 y 24 años, educación menos de siete y con compañero ocasional o con problemas de relación⁽⁸⁾, en Cuba, a pesar de que el aborto es legal, diversos estudios^(9,11,12,14) confirman lo encontrado en este trabajo, al señalar mayor prevalencia de aborto provocado en las mujeres solteras. Álvarez Vásquez entrevistó a 1965 mujeres, de las cuales el 54.7% habían tenido experiencias de aborto y de estas 192 tuvieron aborto en el curso del año anterior a la encuesta, aquí encontró que las mujeres una vez embarazadas tienen más riesgo de recurrir al aborto cuando son más jóvenes, son solteras, han tenido pareja sexual sin unirse y las que no viven con su pareja; ya que cuando esto ocurría la mayoría de los embarazos terminaba en nacimientos vivos, pero en el caso contrario terminaban en aborto, entonces la relación aborto–nacido vivo es mayor entre las que no tenían pareja⁽²⁰⁾.

Otro punto importante es la edad en la cuál ocurrió el aborto provocado, para nuestro estudio el ser joven (20 a 25 años), estuvo asociado a que el embarazo concluya en aborto provocado, ya que este grupo, esta en pleno apogeo de su vida reproductiva (se encuentran en el periodo ideal de fertilidad) y dentro de sus expectativas a corto plazo, no se encuentra la maternidad, esto concuerda con los trabajos realizados en otros países^(3, 8,18,11,9,19,29,21), donde el mayor porcentaje de abortos es realizado en mujeres jóvenes. Es conocido, que el aborto provocado, es

más frecuente en las edades jóvenes; entonces el hecho de que las mujeres tuvieran su primer embarazo en las edades más idóneas desde el punto de vista psicológico, social y biológico para cometer la responsabilidad de los hijos fueran las que tuvieran más riesgo de concluir este embarazo con un aborto provocado⁽⁹⁾, es un resultado que refleja que aún existe dificultades en la educación sanitaria, porque en vez de planificar la natalidad con métodos adecuados, recurren al aborto en el momento del embarazo, cuando están trascurriendo por el período más activo de su actividad sexual. Otro estudio, evaluó las características sociodemográficas reproductivas y médicas de mujeres admitidas por aborto⁽¹⁹⁾, entre 620 mujeres entrevistadas, notificó que menos de un cuarto (22.7%) de los casos fue clasificado como aborto provocado; los resultados indican que una parte importante de mujeres que buscan atención hospitalaria para el tratamiento de aborto provocado esta constituido por jóvenes, solteras, sin ocupación remunerada y no usuarias de métodos modernos de planificación familiar, lo que al parecer podría ser un comportamiento similar en nuestra realidad.

El grado de hacinamiento fue considerado importante y en nuestro estudio se encontró dentro de los cuatro factores sociales asociados con el aborto provocado; en nuestros datos encontramos mayor riesgo en aquellas mujeres que viven en una sola habitación a diferencia de aquellas que cuentan con una vivienda de mayores habitaciones. A nivel internacional en los trabajos realizados respecto al aborto, sólo se encuentran referencias del hogar en los realizados en Cuba^(11,20). Díaz realizó un trabajo, teniendo una muestra de 5,413 mujeres embarazadas, de estos embarazos el 7.7% terminó en aborto; el factor más importante identificado por Díaz, fue vivir en una vivienda de hasta tres habitaciones. Se interpreta que puede

ser una pareja que convive con una persona de edad avanzada (abuelos, tíos, etc.) que vive en una vivienda amplia y ha acogido a la embarazada en su vivienda⁽¹¹⁾. Para este caso la vivienda no es sólo considerada como indicador económico, sino también, la posibilidad de ayuda familiar. Mientras Álvarez Vásquez encontró algo muy similar en un análisis de los hogares según el hacinamiento, muestra, que existe una relación entre las tasas de fecundidad, aborto y el grado de hacinamiento, a medida que aumenta el grado de hacinamiento, son mayores ambas tasas; para todas las categorías consideradas la tasa de aborto es superior a la de fecundidad y el valor mayor de la relación aborto/nacido vivo, se encontró en los hogares que tenían un hacinamiento medio (114,6%). Aunque el tipo de vivienda en el que residían las mujeres no mostró relación estadística con las tasas, es necesario destacar, que las mujeres que vivían en cuartos de solar, fueron las que tuvieron la mayor tasa de aborto y la menor tasa de fecundidad, dando como resultado que el riesgo de aborto al embarazarse fuera el mayor de todos, con una relación de 241 abortos por cada 100 nacidos vivos⁽²⁰⁾. Estos son resultados que evidencian que las malas condiciones de la vivienda se asocian a un mayor riesgo de recurrir al aborto.

Con respecto al grado de instrucción, varios autores señalan que la escolaridad baja y las pocas perspectivas de lograr un estatus social deseable, por medio de la calificación profesional, conducen a embarazos no deseados que concluyen en abortos provocados⁽¹¹⁾. Esto puede ser corroborado mediante nuestro estudio donde las mujeres en riesgo cursaban estudios básicos, entonces la escolaridad media es un factor determinante de la fecundidad y por ende del aborto. El nivel educacional siempre es determinante a la hora de tomar una decisión dentro del

ámbito reproductivo (quedar embarazada, usar métodos anticonceptivos o realizarse un aborto), ya que existe una relación muy marcada entre el nivel de educación de las mujeres y el nivel de la fecundidad, sobre todo en Latinoamérica. En un estudio realizado en Hawai se concluyó que las características personales de las mujeres que solicitaban se les practique su primer aborto eran, predominantemente, tener menos de 25 años, ser soltera y contar con un nivel medio de preparación. Strickler recogió registros médicos de 808 pacientes de un servicio urbano de aborto clandestino en América del Sur y demostró que casi nueve de cada diez pacientes habían cursado por lo menos enseñanza secundaria, cerca del 75% tenían menos de 30 años y un porcentaje similar no estaban casadas⁽¹⁸⁾.

Otra área muy importante a analizar fue el factor ocupación. El dedicarse al cuidado del hogar (ama de casa), aumenta la posibilidad de que el embarazo termine en aborto, a pesar de que más del 50% de las mujeres encuestadas contaban con ocupación (desde profesional hasta oficios eventuales), se pudo observar que aquellas que no lo tenían constituían la población de riesgo, esto se podría explicar debido a que la mujer no tiene independencia económica (el cuidado del hogar, a pesar de que este es considerado un trabajo fuerte por muchas personas, no da remuneración) y por ende no se siente suficientemente preparada para afrontar la llegada de un hijo en esta circunstancia, lo que nos lleva a pensar que la economía en el hogar puede ser factor suficiente para tomar una decisión que puede poner en riesgo su propia vida. Esto difiere con lo encontrado por Alan, quien estudia los aspectos socioeconómicos y psicológico en mujeres Mexicanas y Chilenas que han recurrido al aborto; aquí el autor encontró que la mujer que tuvo un aborto tiene una

fuerte participación en el ingreso familiar, es decir; la mujer cuenta con un empleo remunerado. Además evidencio que en México existe mayor participación económica de la pareja, en cambio en Chile existe mayor colaboración de la mujer en la economía familiar.

Dentro de los factores reproductivos caben resaltar seis que son representativos (edad de primera gestación, tiempo de relación de pareja, número de gestaciones, edad de primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de métodos anticonceptivos) y que según nuestro trabajo, aumentan la posibilidad de que el embarazo concluya en aborto provocado. A pesar de que no es considerado el factor reproductivo más importante va ser el primero del cual vamos a tocar, ya que dentro de los factores socioreproductivos es el que resalta por su importancia y su riesgo. La edad de la primera relación sexual, el comienzo de las relaciones sexuales a edades tempranas aumenta el riesgo de recurrir al aborto, esto se explica debido a que la mujer no le llega la información adecuada o no toma conciencia de que el iniciar su actividad sexual sin protección conlleva a un embarazo no planificado y dada las condiciones sociales desfavorables (ser joven y con estudios básicos), el camino que encuentra para solucionar su problema es la práctica del aborto en condiciones insalubres poniendo en riesgo su vida y su futuro reproductivo.

Según la información cualitativa en Colombia, la iniciación sexual a edades tempranas y el no uso de protección anticonceptiva se deben en gran parte a la deficiente y a veces sesgada educación que recibe la mujer sobre conducta sexual y reproductiva⁽⁸⁾. En nuestro estudio, se desprendió dos datos importantes, el

primero fue que la gran mayoría de las mujeres entrevistadas tenía como promedio de edad de inicio de actividad sexual 17 años y el segundo tenía como promedio de edad de primer embarazo 20 años. Con respecto a esta problemática, estudios realizados en Cuba, como el de García, argumentan que “el comienzo de relaciones sexuales sin protección y el consiguiente embarazo ocurre en el transcurso de unos meses, pero el retraso escolar y la escasa información que se da acerca de salud reproductiva, necesitan al menos un año antes del momento en que ha ocurrido el embarazo”. Por lo tanto es más probable que el retraso escolar anteceda al inicio de relaciones sexuales. Esto nos lleva a pensar que el problema radica en la formación escasa o nula que recibe nuestra población escolar con respecto a salud reproductiva, sexualidad y métodos de planificación familiar; y mientras no se cambie esta actitud, la problemática respecto al aborto y al embarazo no deseado se va a seguir dando en igual o mayor medida.

Cabe resaltar dentro de los factores reproductivos, la edad de primera gestación y el número de gestaciones; actualmente tener pocos hijos es una aspiración general pero en particular lo es, de los jóvenes; y las cifras oficiales (ENDES 2000) lo confirman ya que muestran una disminución del promedio de hijos tenidos por mujer que fue 2.9, aunque la fecundidad deseada es de 1.8 hijos por mujer⁽⁴⁾. Dentro de las encuestadas para nuestro trabajo, esto no varía ya que el promedio de hijos fue 1,16; aunque el 80.4% de las mujeres habían tenido más de una gestación, esto es motivo suficiente para concluir que el hecho de tener la primera gestación a una edad joven, ser soltera y no contar con un empleo remunerado, aumenta la posibilidad de que el embarazo culmine en un aborto provocado, este dato desvirtúa la afirmación de que el aborto es más frecuente entre mujeres

multíparas. Actualmente las mujeres latinoamericanas están empoderándose y tienen mayores aspiraciones, es por ello que un embarazo a esta edad es considerado una forma de truncar el futuro, por ello, se entiende que el primer embarazo a edades tempranas acompañado de otros factores, aumenta el riesgo de que el embarazo culmine en un aborto.

Otros factores importantes en nuestro estudio fueron: el tiempo de relación con la pareja que estuvo dentro de cero a cinco años, el tener más de una pareja sexual y en menor medida, el no usar métodos de planificación familiar. Según Llena, una de las variables que resultó presentar relación de dependencia con la forma de terminación del embarazo fue, el tiempo de unión con la pareja, aquí se encontró que era 8,27 veces más probable que el presente embarazo terminara en un aborto provocado, cuando se tenía menos de un año de estar unido a su pareja⁽⁹⁾. Este hecho puede deberse a que la pareja no se siente aún suficientemente sólida y estable para afrontar la llegada de un hijo, pero en vez de utilizar métodos adecuados para el control de la natalidad, se recurre al aborto que conlleva a grandes peligros para la salud de la mujer.

En el trabajo, Factores condicionantes para el embarazo no deseado y el aborto inducido, se observó entre las encuestadas, una falta de planeación generalizada de su vida reproductiva, llegaron al primer embarazo sin haber decidido o planeado quedar embarazadas, pero sin haber hecho algo para evitar el embarazo⁽⁸⁾. Se podría afirmar que este comportamiento esta ligado a las circunstancias que rodean la vida de muchas mujeres: búsqueda de oportunidades educativas y económicas, ausencia de condiciones laborales estables, nivel medio o bajo de educación e

información casi nula acerca de sexualidad, anticoncepción y reproducción. Debido a esta falta de autodeterminación podríamos pensar que en los casos en los que el compañero se opone al embarazo y a tener otro hijo, si él hubiera aceptado el embarazo, muchas mujeres lo habrían continuado.

En el Perú, pese a los grandes avances en la difusión de los servicios de planificación, muchas personas aún están mal atendidas o simplemente no están siendo atendidas. Sólo el 68.9% de mujeres unidas y el 44% de mujeres en edad fértil utiliza algún método anticonceptivo según información disponible en el 2000⁽⁴⁾. Para nuestro trabajo se encontró pero en menor medida, el no uso de métodos de planificación familiar como riesgo de culminar la gestación en aborto, aunque estamos hablando de una población de alto riesgo, considerada de esa manera por sus características reproductivas (edad precoz de relaciones sexuales, edad precoz de primera gestación, número de parejas sexuales mayor a uno, poco tiempo de relación de pareja, entre otros). Muchos factores contribuyen a que las parejas no utilicen métodos anticonceptivos. Algunos de ellos tienen relación con falta de conocimiento, accesibilidad y disponibilidad de los servicios de planificación familiar⁽¹⁶⁾. Sin embargo, otros estudios apuntan a considerar factores relacionados con la calidad de la atención, el uso incorrecto de los métodos o razones personales de índole cultural, social y económica⁽⁸⁾.

El Programa de Planificación Familiar y las instituciones encargadas de la formación de profesionales en salud reproductiva deberían, dentro de sus estrategias de reducción del embarazo no deseado, estar enfocados en los jóvenes, pues estos son los que tienen mayor posibilidad de incrementar los casos de aborto

provocado, la estrategia más ideal sería la prevención y promoción de la salud, donde la educación en salud sexual y reproductiva sea medular (aplicado en colegios, áreas de esparcimiento, clubes, asociaciones, etc.) con el apoyo de las ciencias de la comunicación (radio, televisión, cine, medios escritos, electrónicos, etc.), esto mejoraría los indicadores de las poblaciones más vulnerables, puesto que son ellas, las que acuden en menor grado a los establecimientos de salud.

Además se debe tener en cuenta que, cuando los profesionales de salud intentan abordar este tema, siempre es tomado desde el punto de vista intramural, es decir, con esquemas de atención protocolizada en pacientes de riesgo y muy poco desde el punto de vista preventivo-promocional, en cierto modo, porque se carece de los elementos necesarios para desarrollarlos.

La coyuntura actual, caracterizada por una profunda crisis económica y social, hace que la disponibilidad de recursos de la población más vulnerable sea cada vez menor, y por lo tanto, mayor el riesgo de que, por los malos métodos a los que tienen acceso, sobrevengan complicaciones graves y de muerte. La falta de aplicación de políticas claras hace que este año siga aconteciendo, ante nuestra impotencia, complicaciones y muerte por aborto. Nuestra responsabilidad como políticos, científicos y técnicos consiste en crear una conciencia social sobre nuestros problemas y no negarlos, reconocer que el aborto inseguro genera un alto porcentaje de muertes maternas, afectando principalmente a las mujeres más pobres y jóvenes de nuestro país, por lo que requiere de acciones urgentes y políticas claras.

La estrategia principal de prevención del aborto provocado, será un cambio general en la estructura sanitaria que logre construir un sistema de salud integral, universal, accesible, continuo, oportuno, eficiente, económico, ético y flexible. Allí se juega el gran desafío para abatir el número de abortos y la Morbimortalidad por esta causa, en el establecimiento de políticas integrales de maternidad responsable que sean fundamentalmente universales para toda la población. Para ello, el gobierno y demás organizaciones interesadas, deben esforzarse en propugnar los derechos sexuales y reproductivos, grado de protagonismo social y salud de la mujer, y deben intentar prevenir los embarazos no deseados mediante la educación (incluido lo relativo a cuestiones sexuales), consejería y asesoramiento, difundiendo información fiable y servicios de planificación familiar, para contribuir a formar individuos más libres y responsables, esto es una tarea de todos (gobierno, instituciones y profesionales de la salud).

Dentro de los factores socioreproductivos identificados en nuestro estudio, tenemos como principal el grado de instrucción, el inicio precoz de relaciones sexuales (13 a 19 años), el ser primigesta, el no vivir con la pareja (ser soltera, separada o viuda), tener menos de cinco años de unión con la pareja, vivir en grado de hacinamiento 4 (todos duermen en una habitación), tener la primera gestación dentro de los 14 a 19 años y por último tener entre 20 a 25 años. La ocupación (factor social) y el uso de métodos anticonceptivos y el número de parejas sexuales mayor a uno (factores reproductivos) no fue significativo dentro de los factores socioreproductivos.

En general, el embarazo no planeado ocurre en ausencia de condiciones claras o estables económicas, emocionales o de relación de pareja; y es en estas

condiciones que la mujer recurre al aborto. Entonces el perfil socioreproductivo identificado denota fallas en la prevención de embarazos no deseados (y en la promoción de la salud reproductiva), entre aquellas mujeres que no han cumplido sus expectativas profesionales, laborales y relaciones con el matrimonio, razones incompatibles con la maternidad.

CONCLUSIONES

- El perfil identificado de la mujer típica con antecedente de aborto provocado es ser joven (20 a 25 años), soltera, con estudios básicos (primaria y secundaria), vivir en grado de hacinamiento 4 (todos duermen en una habitación), tener menos de cinco años de unión con la pareja y no vivir con él; además con inicio de actividad sexual precoz (13 a 19 años), ser su primera gestación y que esta se haya dado dentro de los 14 a 19 años.
- Los factores relacionados positivamente con la practica abortiva, son complejos, ya que van desde el medio familiar, las características personales y de relación con la pareja así como las características reproductivas. De hecho dentro de esos grupos se encontró los 9 variables que indican los principales factores socioreproductivos determinantes del aborto provocado.
- Dentro de los factores sociales el más importante fue el no tener pareja reconocida por la sociedad (ser soltera, separada o viuda) y no vivir con él; esto nos lleva a pensar que la pareja constituye un pilar importante dentro de la toma de las decisiones dentro de la pareja y en muchos de los casos estudiados, si la mujer hubiera contado con el apoyo de la pareja, el embarazo hubiera proseguido con total normalidad.
- Dentro de los factores reproductivas el más importante resultó ser la edad de la primera gestación dentro de los 14 a 19 años, actualmente la mujer esta extendiendo la edad del primer embarazo, tratando de postergar su maternidad,

para poder lograr metas más importantes dentro de su realización personal y profesional, es por ello que enfrentarse a un embarazo a esta edad resulta un fracaso dentro de sus ideales y en estas condiciones es más fácil que se recurra al aborto.

- Dentro de los factores socioreproductivos el más importante fue el tener estudios básicos, como vemos la educación sigue siendo un factor determinante de la fecundidad y resulta sumamente importante a la hora de tomar una decisión dentro del ámbito reproductivo (quedar embarazada, usar métodos anticonceptivos o realizarse un aborto).
- Todos los factores mencionados dentro del estudio, excepto la ocupación (dentro de los factores sociales), el uso de métodos anticonceptivos y el número de parejas sexuales mayor a uno (dentro de los factores reproductivos), son condiciones aparentemente desventajosas para la continuación del embarazo y producen directa o indirectamente una probabilidad aumentada de que el embarazo termine antes de las 12 semanas.

RECOMENDACIONES

- Puesto que el aborto en malas condiciones es una amenaza para la salud y la vida de las mujeres, debe promoverse la realización de investigaciones que permitan comprender y tener en cuenta los factores determinantes y las consecuencias del aborto provocado, inclusive sus efectos sobre la fecundidad posterior, la salud reproductiva y mental y las prácticas anticonceptivas, así como investigaciones sobre el tratamiento de las complicaciones y el cuidado después de los abortos.
- Realizar estudios similares en otros territorios del país para identificar los factores de riesgo que provocan la terminación de un embarazo en un aborto provocado para poder realizar intervenciones específicas (dependiendo de su problemática y de los resultados hallados) para su control.
- Los factores socioreproductivos que han resultado tener relación positiva con el aborto provocado, pueden servir como base inicial para construir un modelo utilizable para reconocer y diferenciar a las mujeres con riesgo de abortar y poder ayudarlas para evitar que pongan en riesgo su vida.
- El programa de Planificación Familiar del país debe brindar una atención preferencial a las mujeres identificadas como de alto riesgo de recurrir a la práctica del aborto provocado. Asimismo se recomienda, ampliar la información dirigida a las mujeres sobre el uso de métodos anticonceptivos y difundir información más objetiva sobre el aborto y sus consecuencias.

- La experiencia mundial ha demostrado que la penalización del aborto no disminuye su frecuencia ni elimina su ocurrencia, pero si aumenta los riesgos de complicaciones y en consecuencia los niveles de morbilidad y mortalidad maternas, las herramientas más apropiadas y eficaces para enfrentar el aborto provocado son mejorar las condiciones de las mujeres, ofrecer educación en salud sexual y reproductiva y mejorar en el acceso y la disponibilidad a una amplia gama de metodología anticonceptivos acorde con las necesidades particulares de hombres y mujeres.
- El aborto provocado no es sólo un problema de salud pública, muchos sectores entre los que sobresalen Educación y Cultura podrían jugar un papel importante en las estrategias de reducción del aborto y crear una nueva cultura para la prevención de embarazos.
- Los adolescentes tienen derecho al ejercicio voluntario y responsable de su sexualidad. Sin embargo, en el Perú, el 13% de las adolescentes de entre 15 a 19 años, ya son madres o están embarazadas, y la mayoría de estos embarazos son no deseados. Motivo por el cuál, se debe promover y proteger el derecho de los adolescentes a gozar de los más altos niveles de salud, para ello, se requiere que el sector salud proporcione servicios adecuados y de fácil acceso, que den respuesta a sus necesidades integrales de salud sexual y reproductiva, protegiendo su derecho a la intimidad, la confidencialidad y la información para una toma de decisiones responsable.

- Desarrollar estrategias de intervención para la prevención del embarazo no deseado y el aborto provocado y las que se propongan deben estar enfocadas principalmente a modificar patrones culturales asociados al comportamiento de riesgo, así como enfocarse en acciones educativas y motivacionales de prevención y reorientación de conductas de riesgo.

- Otro punto importante es el crear una conciencia moral dentro de la formación escolar y familiar, ofreciendo tanto a los padres de familia como a los hijos desde edades tempranas, charlas y talleres en autoestima, valores, etc., esto ayudará en la formación de padres e hijos, para tener en un futuro no muy lejano, pautas de comportamiento y valores, que determinen una adecuada toma de decisiones tanto en el ámbito personal, familiar como profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bachmann C. **Adolescencia, Riesgo Reproductivo**. Ginecología y Perinatología 125-143, 1980.
2. Bork Robert. **El Aborto en Cifras**. Regan Books, 1997.
3. Nuñez Fernández, Shrader-Cox E. **Encuesta De Opinión Sobre El Aborto Provocado En La Ciudad De México**. Salud Pública (Mex) 1994; 36: 36-45.
4. Ferrando D. **El Aborto Clandestino En El Perú: Hechos Y Cifras**. Lima. Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán – 2002.
5. The Alan Guttmacher Institute. **Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamericana**. New York, Pathfinder International–1994.
6. Romero Bidegaray. **Informe Derechos Sexuales Y Derechos Reproductivos De Las Mujeres**. Lima: Centro de la Mujer, Flora Tristán– 2001.
7. Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer - DEMUS. **Mortalidad Materna Y Aborto Inseguro Enfrentando La Realidad** Lima: Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán/ DEMUS – 1999.
8. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. **Factores Condicionantes Y Estrategias de Intervención Para La Prevención Del Embarazo No Deseado Y El Aborto Inducido**. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud – 2001.
9. Dra. Castañeda Abascal LL. **Factores Biosociales Que Influyen En La Aparición Del Aborto Provocado**. La Habana: Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología. 1999; 25 (1): 55-60.
10. Cabezas García E. **Perfil Sociodemográfico Del Aborto Inducido**. México: Revista de Salud Pública – 1998; 40: 265-271.
11. Lic. Díaz Díaz E. **Factores De Riesgo Demográficos Y Sociales Del Aborto Inducido**. La Habana: Revista clínicas de obstetricia y ginecología – 1997.
12. Álvarez L, Díaz E. **Factores Del Aborto Inducido: Un Estudio Multivariado**. Salud Reproductiva en Cuba Vol. II. NACIONES UNIDAS-UH-INEM-CEDEM-OMS, 323-329, 1997.
13. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Salud de las Personas. **Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996 – 2000**. Lima– 1996.
14. Álvarez L. **Determinantes Próximos de la Fecundidad en Cuba, Modelo Bongaart**. Rev. Cubana Administración en Salud. Vol. 13, N° 4, 437-454, 1987.

15. Aparicio J. **Características del Aborto en las Adolescentes - Hospital Dos de Mayo.** Lima: Revista clínicas de obstetricia y ginecología Vol. 42 N° 3, 1996.
16. Romero Bidegaray. **El Aborto Clandestino en el Perú: Una Aproximación desde los Derechos Humanos.** Lima, Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán – 2002.
17. Requena Bichet M. **Aborto Inducido En Chile.** Sociedad Chilena de Salud Pública– 1990.
18. Strinker J., Heimbürger A., Rodríguez K. **El Aborto Clandestino En América Latina: Perfil De Una Clínica.** Bogotá, Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar 2001, 24-27.
19. Fonseca W., Mizago CH., Santos E. **Características sócio – demográficas, Reproductivas e Médicas de Mulheres admitidas por Aborto em Hospital da Região Sul do Brasil.** Río de Janeiro 14; (21): 279-295 1998.
20. Álvarez Vázquez L. **El Aborto En Cuba.** La Habana , Editorial de Ciencias Sociales – 1994.
21. Agadjanian V. **Quasi Legal, Abortion Services in a Sub – Saharan Setting: Users' Profile and Motivations.** International Family Planning Perspectives, 24 (3): 111-116, 1998.
22. Ahiadeke C. **Incidence of Induced Abortion in Southern Ghana.** International Family Planning Perspectives, 27 (2): 96-101 * 108– 2001.
23. Sandoval J. **Aborto Inducido De Adolescentes En Comunidades De Santiago.** Santiago de Chile – 1997.
24. Stotland N. **Aspectos Psicosociales Del Aborto Inducido.** Chicago, Department of Psychiatry and Substance Abuse Services, Clinics Obstetrics y Gynecological, 3; 631-643– 1997.
25. Del Palacio R. **Efectos Del Aborto Espontáneo, Papel Del Ginecólogo.** Departamento de Obstetricia y Ginecología y Psiquiatría, Valladolid España– 1997.
26. Lic. Calero J, Dr. Santana F. Percepciones De Un Grupo De Adolescentes Sobre Iniciación Sexual, Embarazo Y Aborto. Rev. Cubana Salud Pública; 27 (1): 50-7 2001 .
27. Pineda B. Metodología de la investigación. OPS – OMS, Washington, D.C. 2003 E.U.A – 1997.
28. Polit. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. McGraw- Hill Interamericana. Mexico 2000.
29. Dr. Briozzo L. Aborto Provocado: un Problema Humano. Perspectivas para su Análisis - Estrategias para su reducción. Rev. Med. Uruguay ; 19:188-200 2003.

ANEXO II
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA



Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar de forma voluntaria en el estudio. Comprendo que seré parte de un estudio de investigación que se enfoca a encontrar la relación existente entre los factores socioreproductivos en las mujeres con antecedente de aborto provocado. Este estudio proveerá información básica que pueda ayudar a tomar medidas electivas de prevención en búsqueda de la posible solución a este problema.

Comprendo que seré entrevista en el Hospital Instituto Materno Perinatal, además se tratará en todo momento de buscar mi privacidad y comodidad, esta entrevista tendrá una duración promedio de 15 a 20 minutos. Se me preguntará sobre mi antecedente de aborto provocado, mis características sociales y reproductivas, las características sociales de mi pareja, datos relacionados con mi hogar y por último las características de mi aborto. Esta entrevista fue otorgada en forma libre. Yo sé que la entrevista es 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 utilizados para fines de investigación y no se me identificara de ninguna manera. También se me a informado que si participo o no, mi negativa a responder no afectara 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 para que sea evaluado; ya que será un medio con el cuál la SEÑORITA Verónica SÁNCHEZ QUEZADA alumna de dicha casa de estudio obtendrá su Título Universitario. Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma y nombre completo mi participación

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 y luego de haber leído con detenimiento la página anterior, acepto participar en el estudio sabiendo que los datos recogidos solo se utilizaran para fines de investigación.

FECHA

FIRMA

ANEXO III

Operacionalización de Variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	CRITERIO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
<i>FACTORES SOCIALES DE LA ENTREVISTADA</i>							
ESTADO CIVIL	Es la unión de la pareja reconocida por el Estado Peruano, al momento del evento	Social	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Conviviente • Casada • Viuda • Separada • Divorciada 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
RELIGIÓN	Es la orden religiosa con la que sienten identificadas y cuyas creencias siguen	Social	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Evangélica • Otra Religión 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
EDAD	Tiempo en años cumplidos al momento del evento	Clínico	Numérica	Razón	En años	<ul style="list-style-type: none"> • En años 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Si concurrió a la escuela, se proporciona el nivel de escolaridad alcanzado al momento del evento	Social	Cualitativa	Ordinal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior Técnica • Superior Universitaria 	ENCUESTA ESTRUCTURADA

LUGAR DE NACIMIENTO	Se registrara el lugar donde nació	Social	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Costa • Sierra • Selva 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
OCUPACIÓN	Interesa precisar la ocupación principal de la mujer al momento del evento	Social	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de Casa • Empleada • Obrera • Comerciante/empresaria • Ambulante • Oficios Menores • Oficios Eventuales • Profesional 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
GRADO DE HACINAMIENTO	Aglomeración de personas en un lugar, que vendría a ser la habitación	Social	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • C/persona tiene su habitación + habitaciones anexas • C/persona tiene su habitación • Pareja y yo tenemos habitación + algunas personas • Todos dormimos en una habitación 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
ESTRUCTURA FAMILIAR	Vinculo familiar y generacional de todo el núcleo que convivió con ella al momento del evento	Social	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Pareja + c/s hijos • Pareja + c/s hijos + otro miembro de la familia • Sin pareja 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
ELECTRODOMÉSTICOS DEL HOGAR	Indicar los electrodomésticos que tenía en el hogar al momento del evento	Socioeconómicas	Cualitativa	Ordinal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Radio • Radio + Televisión • Radio + Televisión +Teléfono • Radio + Televisión +Teléfono + Refrigeradora • Radio + Televisión +Teléfono + Refrigeradora + Lavadora 	ENCUESTA ESTRUCTURADA

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DEL HOGAR	Material de construcción básico de su vivienda al momento del evento	Socioeconómicas	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Noble • Madera • Adobe • Madera + Eternit • Esteras 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
SERVICIOS DEL HOGAR	Servicios con los que contaba el hogar al momento del evento	Socioeconómicas	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Agua • Luz • Desagüe 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
FACTORES SOCIALES DE LA PAREJA							
RELIGIÓN	Es la orden religiosa con la que se siente identificada la pareja y cuyas creencias sigue	Social	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Evangélica • Otra Religión 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
EDAD	Tiempo en años cumplidos por la pareja al momento del evento	Clínico	Numérica	Razón	En años	<ul style="list-style-type: none"> • En años 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Si concurrió a la escuela, se proporciona el nivel de escolaridad alcanzado por este al momento del evento	Social	Cualitativa	Ordinal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior Técnica • Superior Universitaria 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
TIEMPO DE RELACIÓN CON LA PAREJA	Se precisara el tiempo en años, que tienen de relación	Social	Numérica	Razón	En años	<ul style="list-style-type: none"> • En años 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
LUGAR DE NACIMIENTO	Se registrara el lugar donde él nació	Social	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Costa • Sierra • Selva 	ENCUESTA ESTRUCTURADA

OCUPACIÓN	Interesa precisar la ocupación principal de la pareja al momento del evento	Social	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado • Obrero • Comerciante/empresario • Ambulante • Oficios Menores (zapatero, gasfitero, electricista) • Oficios Eventuales (cobrador, cargador, etc) • Profesional 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
FACTORES REPRODUCTIVOS							
N° DE HIJOS	Indicar el número de hijos que tenía al momento del evento	Clínico	Numérica	Razón	En unidades	<ul style="list-style-type: none"> • En unidades 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
N° DE PAREJAS SEXUALES	Indicar el número de parejas sexuales que había tenido antes del evento	Social	Numérica	Razón	En unidades	<ul style="list-style-type: none"> • En unidades 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
EDAD DE INICIO DE RELACIÓN SEXUAL	Indicar la edad en años, en que inicio su actividad sexual	Clínico	Numérica	Intervalo	En años	<ul style="list-style-type: none"> • En años 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
EDAD DE PRIMER EMBARAZO	Indicar la edad en años, en que tuvo su primer embarazo	Clínico	Numérica	Intervalo	En años	<ul style="list-style-type: none"> • En años 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
PARIDAD	Indicar cuantas veces ha culminado su embarazo y a dado a luz	Clínico	Cualitativa	Ordinal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Primípara • Secundípara • Multípara • Gran Multípara 	ENCUESTA ESTRUCTURADA

METODO ANTICONCEPTIVO	Indicar si ha hecho uso de algún método anticonceptivo antes del evento	Social	Cualitativo	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • MELA • Moco Cervical • DIU • Anticonceptivos Orales • Inyectables • Preservativos • Norplant • Método del Ritmo • Tableta Vaginal 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
ABORTO PROVOCADO							
ABORTO PROVOCADO	Terminación del embarazo no deseado, provocándose las o a través de terceros en clandestinidad	Clínico	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • SI = 1 • NO = 0 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
METODO ABORTIVO	Es el método que se uso para finalizar el embarazo	Clínico	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos Caseros • Método Químico (Misoprostol) • Método Folclórico (remedios, brebajes) 	ENCUESTA ESTRUCTURADA
ACCIÓN POST ABORTO	Tuvo que ir al Hospital, Centro de Salud o acudir al lugar donde se realizo el evento para que realizarán algún procedimiento de limpieza post aborto	Clínico	Cualitativa	Nominal	Respuesta positiva a la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • SI = 1 • NO = 0 	ENCUESTA ESTRUCTURADA

