

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

PERCEPCIÓN DE LA MUJER MAYOR DE 15 AÑOS
FRENTE AL ABORTO COMO PROBLEMA
SOCIAL EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
METROPOLITANA TACNA 2011

PRESENTADO POR:

JASHIRA MARÍA ESTHER ROLDÁN YUFRA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2011

RESUMEN

Objetivos: Conocer la percepción de la mujer mayor de 15 años frente al tema del aborto como problema social en la jurisdicción de la Microred Metropolitana de Tacna 2011.

Materiales y métodos: Es un estudio de tipo descriptivo observacional, prospectivo de corte transversal, analítico, con enfoque salubrista.

Se utilizó una encuesta de 33 preguntas, mediante una entrevista personalizada estructurada se conoció la percepción de la mujer frente al aborto como problema social.

Resultados: Se entrevistó a 200 mujeres, entre 15 y 64 años de edad, de las cuales el 53.5% considera el aborto un problema, seguido del 27.5% que lo considera un delito, contrario al 1.5% que lo considera una solución. Se evidenció que el 82.5% opina que la falta de información es la causa principal de aborto, y asimismo el 74.5% opina que la información debe provenir de la familia. El 19.5% considera que la información brindada por las instituciones sanitarias es adecuada. El 26% opina que el rol inequitativo entre géneros influye en la toma de decisión sobre realizarse un aborto. Acerca de la legalización del aborto el 53.5% opina que está mal. Durante esta investigación, el 17% de la población estudiada tuvo en algún momento de su vida un aborto, de las cuales el 52.9% oscila entre 20 y 25 años. Dentro de las causas, el 50% fueron problemas de salud, 32.4% falta de información sexual, teniendo el 85.3% consecuencias psicológicas y afectando emocionalmente al 52.9%. **Conclusiones:** La población en general considera al aborto un problema y no una solución, que los principales factores que influyen en la toma de decisión para realizarse un aborto, es la falta de información sobre salud reproductiva, asimismo los problemas económicos y los problemas familiares; donde la falta de apoyo por parte del padre es un factor importante y que la sociedad cumple un rol importante en el tema del aborto, ya que el rol inequitativo de géneros, los estratos socio-económicos orientan la opinión acerca del aborto.

ABSTRACT

Objectives: To identify the perception of women over 15 years compared to abortion as a social problem in the jurisdiction of the Metropolitan Microred Tacna 2011.

Materials and methods: A descriptive study was a prospective observational, cross-sectional, analytical, focused health care provider. We used a 33-question survey through a structured personal interview was learned the perception of women to abortion as a social problem.

Results: We interviewed 200 women between 15 and 64 years of age, of which 53.5% consider abortion an issue, followed by 27.5% and is considered a crime, contrary to 1.5% who consider it a solution. It showed that 82.5% believe that lack of information is the main cause of abortion, and also 74.5% think that information should come from the family. 19.5% believe the information provided by health institutions is adequate. 26% believes that the role unequal gender influences the decision-making about an abortion. About the legalization of abortion 53.5% think that is wrong. During this investigation, 17% of the study population had at some point in their lives an abortion, of which 52.9% is between 20 and 25. Among the causes, 50% were health problems, 32.4% lack of sexual information, taking 85.3% psychological and 52.9% emotionally affecting.

Conclusions: The general population considers abortion a problem and not a solution, that the main factors influencing the decision-making to have an abortion, is the lack of information on reproductive health, also the economic and family problems; where the lack of support from the father is an important factor and that society plays an important role in the abortion issue because the role unequal gender, socio-economic strata guide the stance on abortion.



ÍNDICE

	Pág
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del Problema.....	7
1.2 Formulación del Problema.....	8
1.3 Objetivos de la Investigación.....	9
1.4 Justificación.....	10
CAPÍTULO 2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	11
2.2 Marco teórico.....	15
2.2.1 Aborto.....	15
2.2.1.1 Concepto.....	15
2.2.1.2 Clasificación.....	15
2.2.1.3 Epidemiología.....	16
2.2.1.4 Formas Clínicas y Sintomatología del Aborto.....	20
2.2.1.5 Tratamiento.....	23
2.2.2 Impacto Social.....	26
2.2.2.1 Antecedentes históricos.....	27
2.2.2.2 Percepción del adolescente.....	29
2.2.2.3 Perspectiva de la iglesia.....	30



CAPÍTULO 3	HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1	Hipótesis.....	31
3.2	Operacionalización de las variables.....	31
CAPÍTULO 4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1	Diseño.....	35
4.2	Población y muestra.	35
	4.2.1 Criterios de Inclusión.....	37
	4.2.2 Criterios de Exclusión.....	37
CAPÍTULO 5	PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	39
CAPÍTULO 6	RESULTADOS	
6.1	Resultados	40
6.2	Discusión	54
6.3	Conclusiones	57
6.4	Recomendaciones	59
BIBLIOGRAFÍA		60
ANEXOS		64



INTRODUCCIÓN

El aborto es un problema de salud pública por su elevada frecuencia y por su elevado índice de morbimortalidad, considerado un problema social que afecta la moral, costumbres, salud física y mental, en general el bienestar de la sociedad, alterando las relaciones humanas; por lo cual como materia de discusión es difícil comentar sobre él, sin sentar las bases propias y personales, llega a ser un tema político social, religioso, moral, legal y médico.

La ausencia de información real sobre su magnitud nos impide actuar sobre este tema; la información sobre hospitalización, defunción por causas y otras estadísticas de salud son imprecisas e incompletas. Por ello se elaboran estimaciones inexactas que a pesar de sus limitaciones, dan una idea sobre su volumen sin magnificarlo ni minimizarlo.

Por otro parte, las mujeres difícilmente reconocen haberse practicado un aborto por ser un tema de carácter legal y asimismo hallarse estigmatizado por la sociedad, lo que determina que el aborto inducido este subestimado y el aborto espontáneo sobreestimado.

Para poder entender la verdadera magnitud de este problema, es necesario poder ahondar en la percepción de la mujer sobre este tema como problema social, ahondando en el contexto socio familiar y personal.

Las mujeres al no admitir maniobras abortivas, hacen al médico más difícil la tarea de distinguir con certeza, o que este evite hacerlo por consideración con la mujer para evitar trámites legales al tratarse de un hecho el cual debe ser notificado.



El problema del aborto implica múltiples aspectos de la mujer como su relación con el medio que la rodea las cuales están determinadas por diferentes factores psicosociales que van desde la manera como la mujer percibe su relación afectiva con sus padres y pareja, y el apoyo que reciba de estos durante la gestación, su experiencia anticonceptiva previo al embarazo, y las características psicoemocionales que desencadenan toda la gestación deseada o no que culmina en un aborto, por todo esto es una tema difícil de afrontar.

Teniendo en cuenta todo lo anterior mencionado, y el deseo de contribuir a un mejor conocimiento sobre la realidad del presente tema, especialmente donde poco se ha investigado en nuestro medio, es de interés en el siguiente trabajo identificar la percepción de la mujer que tuvo un aborto o no, y sobre esta base, se puedan en parte conocer los factores que conllevan a este acto.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

El aborto constituye un problema de salud pública internacionalmente reconocido tanto por investigadores individuales como por instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud y dada su condición de ilegal, el aborto se ha convertido, además, en un problema social y de libertad individual.¹

El aborto ha sido y es en el mundo actual uno de los métodos más ampliamente aplicados para regular la fecundidad, en especial, en los países más subdesarrollados. Los más de 40 millones de abortos que se realizan anualmente en el orbe, dan prueba fehaciente de esto, y mientras la polémica mundial acerca de su irrestricta aceptación continúa, también se perpetúa su práctica, informándose actualmente una tasa mundial de 40 a 70 por cada 1 000 mujeres en edad fértil y de 200 a 460 abortos por cada 1 000 nacidos vivos. Estas cifras están calculadas a partir de estimados nacionales que en muchas ocasiones son de poca fiabilidad, o sea, que las cifras mundiales están sólo parcialmente basadas en datos fidedignos.^{2,3,4}

Cada minuto 380 mujeres quedan embarazadas en el mundo y de ellas 40 se someten a un aborto en condiciones insalubres, mientras que anualmente mueren

¹ Soto Clemencia, Mercedes María Factores Psicosociales en Mujeres Atendidas con el Diagnóstico de Aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Enero a Diciembre del 2001 - UPT

² Castillo R, González L. El aborto: problema fundamental de la bioética. Arch Med Fam. 2004;6(2):34-5.

³ Dixon-Mueller R. Abortion policy and women's health in developing countries. Int J Health Serv. 1990;20:297-314.

⁴ García L. Complicaciones de la interrupción del embarazo en el primer trimestre. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(3):205-7. URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014&lang=pt

en el todo el orbe 600 000 mujeres como resultado directo de la interrupción de un embarazo, el 99 % en países en vía de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que cerca de la mitad de los abortos inducidos que se realizan cada año, son inseguros, y que en Latinoamérica y el Caribe existe más de un aborto inseguro por cada tres nacidos vivos. El aborto inseguro se asocia con una considerable morbilidad materna, de hecho, una de cada 5 mujeres que han tenido un aborto inseguro padece una infección genital y alrededor del 13 % de las muertes relacionadas con la gravidez se atribuyen a complicaciones provocadas por abortos inseguros.^{5,6}

En muchos países, los desafíos enfrentados al decidir la mujer realizarse un aborto son enormes, se recurre con frecuencia al recurso ilegal y se sufren complicaciones; por otro lado, el acceso a servicios de salud que garanticen la realización correcta de este proceder, es difícil y arriesgado, lo que puede favorecer que se produzcan resultados fatales.^{4,7,8}

1.2 Formulación del Problema

- ¿Cuál es la percepción de la mujer mayor de 15 años frente al aborto como problema social en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011?
- ¿Cuáles son las características generales de las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna en el año 2011?

⁵ OMS. Servicio de aborto sin riesgos: El desafío de la salud pública. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Ginebra: OMS;2003.

⁶ Donoso E, Enrique E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69(1):14-8.

⁷ Serrano I. Los/las profesionales sanitarios ante la anticoncepción y la interrupción voluntaria del embarazo. La salud de las mujeres en atención primaria. Madrid: Editorial F.A.D.S.P.; 1991.

⁸ Amarillo MA, González U. Consideraciones sociológicas y éticas sobre aspectos del aborto demandado. En: Acosta JR, editor. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Félix Varela; 1997.p.214-20.



- ¿Cuál es la información, opinión general, opinión sobre la legalización y opinión personal respecto al aborto de las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana de Tacna en el año 2011?
- ¿Cuáles son las características generales de las mujeres incluidas en este estudio, que han padecido algún aborto?

1.3 Objetivos de la Investigación

a) GENERALES:

Conocer la percepción de la mujer mayor de 15 años frente al tema del aborto como problema social en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna.

b) ESPECÍFICOS:

- Conocer las características demográficas de las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana, entrevistadas durante esta investigación.
- Indagar sobre la información, opinión general, opinión sobre la legalización, y opinión personal respecto al aborto; de las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana de Tacna en el año 2011.
- Conocer las características generales de las mujeres incluidas en este estudio, que han padecido algún aborto.



1.4 Justificación

El presente trabajo ha sido elaborado debido a la importancia que tiene este tema como problema social.

El aborto, que en si no es más que la interrupción de una vida, en cualquier etapa de desarrollo del embrión, es un tema importante, por lo cual se debe conocer, analizar y recapacitar, antes de tomar partido como escéptico, adepto o inconforme.

Por estas razones, es que se desarrolla este tema, con el fin de que aunque sea de manera simplificada nosotros podamos tener las nociones básicas de lo que es el aborto, de sus implicaciones sociales y sus repercusiones morales que trae consigo; ya sea para la persona que decide ponerlo en práctica, para quien lo practica, para quienes lo quieren legalizar, para el entorno familiar y social en su conjunto.

Cabe resaltar que el presente trabajo no tiene postura definida, ni la intención de interferir en el juicio de las personas acerca de si escoger o negar la validez o invalidez del aborto, sencillamente se toca el tema desde sus distintos aspectos, siendo responsabilidad del lector las conclusiones y decisiones que al respecto puede tomar.

CAPÍTULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA.

2.1 Antecedentes de la investigación

Palermo, describe opiniones sobre la salud sexual y reproductiva, el aborto y rol social de las mujeres entre un grupo de residentes de Tlaxcala, México. Analizó características asociadas con una postura de apoyo al derecho al aborto. Refiere que la mayoría no favoreció el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo cuando se preguntó de manera general, pero al momento de circunscribirlo a circunstancias específicas, la mayoría estuvo a favor en cinco de las nueve situaciones hipotéticas planteadas. Considera que el análisis multivariado, edad, escolaridad, religión, asistencia a servicios religiosos y opiniones sobre el rol social femenino fueron variables significativas del apoyo que se brinda a una mujer para ejercer su derecho a interrumpir un embarazo. Finalmente concluyó que los residentes de Tlaxcala perciben el tema del aborto como una decisión personal y apoyan el derecho de una mujer a interrumpirlo especialmente bajo causales contempladas en la ley de Tlaxcala.⁹

Carvalho, analiza las experiencias de las mujeres jóvenes con el aborto clandestino, incluyendo sus condiciones sociales y las relaciones sociales, con el objetivo de contribuir a la mejora en la atención primaria de

⁹ Palermo, Tia M; Wilson, Kate S; García, Sandra G; Díaz-Olavarrieta, Claudia. El aborto y el rol de las mujeres en la sociedad: resultados de una encuesta de opinión en Tlaxcala, México Salud pública Méx. ;52(1):52-60, Jan.-Feb. 2010. Tab.



servicios de salud reproductiva, en la perspectiva de la integralidad y la promoción de la salud. Usa métodos cualitativos basados en las especificidades inherentes a la investigación social, compatible con el tratamiento del tema del aborto clandestino en los jóvenes como un fenómeno social complejo. Actualmente, las decisiones reproductivas se producen en contextos difíciles, marcados por las condiciones materiales insuficientes, debido al aumento del desempleo y baja escolaridad, y por las relaciones afectivas inestables y conflictivas en entornos violentos que afectan, principalmente, a los jóvenes. El aumento de la fecundidad entre los jóvenes y adolescentes y las prácticas de aborto peligrosas, son factores preocupantes en la salud reproductiva de estos grupos, especialmente cuando se producen en situaciones sociales caracterizadas por el desempleo, baja escolaridad y la pobreza, que generan situaciones de extrema vulnerabilidad. Realizó entrevistas semi-estructuradas con 16 mujeres jóvenes de 18 a 29 años que habían tenido abortos clandestinos en cualquier momento de sus vidas, siendo remitidos por los servicios del Programa de Salud de la Familia (PSF) de Cabo Frio condado Río de Janeiro. Evidenció una red vulnerable de factores, entrelazados por varias situaciones, entre ellas: las dificultades financieras, el embarazo precoz, la inestabilidad en la relación con la pareja, así como dificultades en la toma de decisiones reproductivas.¹⁰

Oliveira, estudió las razones que llevaron a las mujeres a tener abortos y comprender los sentimientos durante su experiencia. Realizó un estudio descriptivo y exploratorio con un abordaje cualitativo, realizándolo en una maternidad pública en Fortaleza-CE, en el período de abril a junio de 2002. La muestra está formada por siete mujeres que fueron hospitalizadas por aborto. A través del análisis, las razones para el aborto fueron la edad,

¹⁰ Carvalho, Simone Mendes. Mujeres jóvenes y el proceso de aborto ilegal: un enfoque sociológico. Rio de Janeiro; s.n; 2009. 171 p. tab, graf.

los factores económicos, la ocupación, defectos de nacimiento, la familia y las presiones sociales, mientras que los sentimientos expresados durante la experiencia fueron: la culpa, el miedo de ser castigado, el miedo de morir, la tensión y el remordimiento. Los resultados mostraron que algunas mujeres que se sometieron a aborto, conocían a alguien que ya lo había practicado. Aunque el aborto se rige por la ley, es una constante en la realidad, debido a las circunstancias sociales y económicas de la mujer y merece una mayor atención a sus problemas.¹¹

Costa, investigó las características de las mujeres que habían tenido un aborto, estudiando los motivos y condiciones en que se produjo. Consideró una muestra constituida por todos los empleados y estudiantes en un programa de la universidad de São Paulo enviando un cuestionario auto-administrado y un sobre de carta de auto-sello de correos. De esta muestra 27% de los empleados y el 42% de los estudiantes regresaron los cuestionarios, de los cuales 1.314 empleados y 138 estudiantes habían tenido por lo menos un embarazo. En este estudio que 465 de los empleados y estudiantes en algún momento habían pensado en tener un aborto. Se dividieron en dos grupos: los que habían tenido un aborto y los que no. Analizó la asociación de algunas características de las mujeres con su decisión de tener o no tener un aborto y cómo se sintieron cuando se enfrentan a esta decisiva. La proporción de mujeres que habían tenido un aborto fue significativamente menor en las mujeres casadas que en las solteras, y observó un porcentaje mayor en mujeres que habían hablado con un amigo y / o esposo, compañero, novio habían decidido tener un aborto que en las que habían hablado con un padre o no había hablado con nadie. Casi la mitad de las mujeres que se someten a un aborto, dijeron que se sentían mal emocionalmente y luego físicamente. Entre los que no

¹¹ Oliveira, Mariza Silva de; Barbosa, Izabel Cristina Falcão Juvenal; Fernandes, Ana Fátima Carvalho. Razones y sentimientos de las mujeres que han experimentado un aborto. Rev. RENE;6(3):23-30, set.-dez. 2005.

habían tenido un aborto, casi dos quintas partes informaron de que se sentían bien, felices, aliviadas, y no se arrepentían de su decisión. Concluyó que los factores emocionales y sociales desempeñaron un papel significativo en la toma de decisiones en las mujeres que consideran un aborto.¹²

Mariutti, realizó un estudio cualitativo, teniendo como objetivo identificar factores de riesgo y protección para depresión causada por el aborto. Analizó declaraciones de 13 mujeres, posibilitando la construcción de dos categorías temáticas: factores de riesgo y protectores. Los factores de riesgo están asociados a las precarias condiciones socio-económicas y afectivas; drogas; prostitución; falta de apoyo social y familiar; violencia. En los factores protectores se observó la presencia de condiciones socio-económicas favorables a la creación de los hijos; apoyo social y familiar (especialmente del compañero); profesión y trabajo. Concluyó que se debe reconocer estos aspectos, para brindar una mejor atención a las mujeres que han abortado.¹³

Calero, determinó las percepciones de un grupo de adolescentes sobre aspectos como: Iniciación sexual, embarazo y aborto, realizó un cuestionario autoadministrado, a 399 adolescentes de 9no grado de ambos sexos, de 4 escuelas secundarias del municipio "Plaza de la Revolución", seleccionadas opináticamente; mediante el cual se pudo constatar que el 72,5 % de los adolescentes varones y el 90,3 % de las adolescentes mujeres consideran que el momento ideal para iniciar las relaciones sexuales es cuando ambos miembros de la pareja lo desean y se conocen

¹² COSTA, Rosely G. ; HARDY, Elena ; OSIS, María José D. y Faúndes, Aníbal . La decisión de abortar: el proceso y los sentimientos involucrados. Cad. Saúde Pública [en línea]. 1995, vol.11, n.1, pp 97-105. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1995000100016.

¹³ Mariutti, Mariana Gondim; Furegato, Antonia Regina Ferreira. Factores protectores y de riesgo para la depresión de mujeres después del aborto. Rev. bras. enferm;63(2):183-189, mar.-abr. 2010.

bien. Describió que el 67,7 % de los chicos y el 78,1 % de las chicas advierten riesgos para la salud de la muchacha, ante un embarazo en la adolescencia; percibiendo el 63,3 % de los varones y el 78,1 % de las mujeres el aborto como riesgoso para la salud. Concluye que existen diferencias significativas entre las percepciones de los y las adolescentes sobre el momento ideal para comenzar las relaciones sexuales, los riesgos de un embarazo temprano y del aborto; a lo cual la familia ha sido la principal responsable de brindar una "educación" y comunicación diferenciada por género.¹⁴

2.2 Marco teórico

2.2.1 ABORTO

2.2.1.1 Concepto

El aborto se define como la interrupción del embarazo con la consecuencia de muerte del producto de la concepción, sea este viable o no.¹⁵

2.2.1.2 Clasificación

El aborto puede ser espontáneo o provocado. Es espontáneo cuando se produce por alguna patología del concebido o de algún progenitor, independiente de la voluntad de ellos o de terceros, por lo que no hay responsabilidad directa al respecto. El aborto provocado o voluntario se trata de aquel resultante de un acto humano en la que hay maniobras destinadas directamente a

¹⁴ Lic. Jorge Luis Calero, Dr. Felipe Santana. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto.

URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v27n1/spu07101.pdf>

¹⁵ Dr. Mauricio Besio, Mons. Fernando Chomalí, Dr. Jorge Neira, Prof. Ángela Vivanco. Aborto "terapéutico". URL: <http://humanitas.cl/html/destacados/aborto.pdf>

terminar con el embarazo provocando la muerte del aún no nacido.
Es producido por la acción de terceras personas.¹⁴

2.2.1.3 Epidemiología

a) Incidencia

Algunos estudios indican que aproximadamente 10%-15% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo y que un 20%-30% de los embarazos que se producen en todo el mundo terminan en aborto provocado. Las estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en países como Brasil, Colombia, Perú, y República Dominicana. En Centroamérica la frecuencia de aborto se estima que es de 4.8%.^{16,17}

b) Factores de riesgo

Factor de riesgo es el elemento que contribuye a que algún evento se cumpla.

Los factores de riesgo varían de acuerdo al tipo de aborto, por lo que se describen a continuación para clasificación los diversos factores asociados:

¹⁶ Cascante E, J et al. Mortalidad materna en Centro América. El aborto. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología 1995;5(1): 8-12 URL: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0211.pdf

¹⁷ Pacheco Chajón, Otto. Caracterización Epidemiológica del Aborto en el Hospital Modular de Chiquimula. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Octubre 2001. 47 p

b.1) Del aborto Inducido: ^{16,18,19}

Cada año son millones de mujeres que deciden abortar y múltiples factores se asocian al aborto inducido principalmente que bajo consentimiento de la paciente. En países donde el aborto no está legalizado constituye el factor de riesgo más importante ocurriendo riesgos de salud, principalmente, aborto séptico.

En América Latina, las razones más comunes por que las mujeres se inducen el aborto incluyen:

- La mujer o su pareja tienen un salario muy bajo y está subempleada o desempleada, es estudiante y no puede crear a un hijo.
- La relación de la mujer con su compañero es inestable o él le retira su apoyo emocional y económico.
- La mujer o la pareja no quieren más embarazos o prefiere espaciar los embarazos siguientes.
- Las adolescentes o solteras embarazadas temen el rechazo de sus familiares y de la sociedad.
- Algunas mujeres quieren alcanzar cierto nivel de desarrollo personal antes de convertirse en madre.

¹⁸ Frances, K. Como hablar del aborto inducido, guía para una comunicación exitosa. CATHOLICS FOR A FREE CHOICE (México) 2000: 7-32

¹⁹ Los abortos inducidos deben ser considerados un problema de salud pública.
URL: <http://www.atencionnlector.siicsalud.com>

- Edad de la paciente: se estima que la edad de la paciente oscila entre 20 a 29 años.

b.2) Del aborto Espontáneo:^{15,16,20,21,22}

Los factores de riesgo más frecuentes son:

- Paridad: El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la paridad, más de cuatro embarazos.
- Edad materna y paterna: Las categorías de edad más frecuentes de aborto reconocido clínicamente aumenta de un 12% en mujeres menores de 12 años a un 26% en mujeres de 40 años. Para la edad paterna la incidencia es del 12% al 20% respectivamente.
- Edad Gestacional: Más del 80% de los abortos espontáneos se producen durante las primeras doce semanas de gestación y la frecuencia disminuye rápidamente después.
- Antecedentes Obstétricos:
 - Embarazo previo normal a término, mortinato previo o con malformación congénita.
 - La incidencia de aborto después de un aborto previo es del 24%, después de dos pérdidas es del 26% y después de 3 o más alcanza un 40%. Un estudio realizado en Centroamérica en 1995 reveló que el 22% de las

²⁰ Aborto espontáneo. URL: <http://www.internet.uson.me/webpers/medicina/aborto/html>

²¹ Complicaciones físicas tardías. URL: <http://www.vidahumaba.org/temas/aborto-cáncer.html>

²² Cuninham F, Gary. Et al. Obstetricia Williams. Aborto. 20a. Ed. Buenos Aires: Panamericana, 1998. 545-563

mujeres estudiadas tenían antecedentes de abortos previos. En Guatemala en 1994 se estimó que el 29% de las mujeres estudiadas tenían antecedentes de aborto previo.

- La incidencia de aborto espontáneo aumenta si la mujer concibe tres meses posteriores al nacimiento de un feto vivo.
- El aborto es más frecuente en mujeres con antecedentes de una o más cesáreas.

b.3) Mortalidad: ^{16,17,23,24,25}

A escala mundial el aborto continúa siendo una de las cuatro principales causas de mortalidad materna con un porcentaje de 30% a 50%. Las complicaciones por aborto son la causa principal de muerte en mujeres en edad reproductiva y representan aproximadamente la tercera parte de mortalidad materna.

La Organización Mundial de la Salud estima que 80,000 mujeres mueren anualmente por abortos ilegales y en riesgo representando el 13 de todas las muertes maternas al año.

Según la Organización Panamericana de Salud los países Latinoamericanos donde la principal causa de mortalidad

²³ Grajeales , B. El costo estimado del aborto en la Maternidad María Cantera de Remón,1990. Revista Centroamerica de Obstetricia y Ginecología 1997; 7(1); 33-37

²⁴ Oliveros M, C. Una encuesta Nacional de opinión sobre aborto en población Urbana. Centro de información y desarrollo de la mujer. Bolivia 1998. 67 p.

²⁵ Pérez Z, C. Características epidemiológicas y clínicas del aborto. Tesis (Médico y Cirujano) – Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1996. 35p

materna es el aborto son Guatemala, Argentina, Chile, Panamá, Paraguay, Perú y Trinidad y Tobago y de éstos Guatemala tiene la tasa más alta que es de 190 por 100,000 nacidos vivos.

2.2.1.4 Formas Clínicas y Sintomatología del aborto: ^{19,21,25,26,27,}

a. Aborto Subclínico:

Es el aborto sin signos clínicos que sucede entre el momento de la implantación ovular y la semana después de la presunta fecha de la próxima menstruación.

b. Amenaza de aborto:

Es el más precoz de los distintos cuadros que pueden presentar el 20% de los embarazos en algún período de la mitad del embarazo, de los cuales aproximadamente la mitad terminan en abortos espontáneos. Se caracteriza por que una mujer en edad fértil con signos presuntivos de embarazo, con historia de amenorrea, un útero de características gestacionales y de tamaño acorde al tiempo de amenorrea se presenta con dolor hipogástrico tipo cólico, que coincide con las contracciones uterinas, hemorragia vaginal, orificio cervical interno cerrado.

²⁶ Gutiérrez , M. Pérdida gestacional recurrente ¿Un problema multifactorial?.Ginecología y Obstetricia de México1999 Abril;67: 158-163

²⁷ Hidalgo , H. Incidencia y diagnóstico clínico del aborto en el hospital regional de Chimaltenango. Estudio retrospectivo-descriptivo realizado en el Hospital Regional de Chimaltenango durante el período de enero de 1992 a diciembre de 1996. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. Julio 1997. 45p

c. Aborto en curso:

Se divide en aborto inminente e inevitable:

c.1) Aborto inminente:

Signos y síntomas de la amenaza de aborto se acentúan. Hemorragia vaginal aumenta, dolores más intensos y sostenidos con dilatación del orificio interno, sin ruptura de membranas ovulares.

c.2) Aborto inevitable:

Estando el cuello dilatado hay ruptura de membranas ovulares con presencia de líquido amniótico en la cavidad vaginal, en estas condiciones es casi seguro que se producirá el aborto. Muy a menudo las contracciones uterinas empiezan rápidamente produciendo la expulsión de los productos de la concepción.

Se considera inevitable el aborto cuando se dan dos o más de los siguientes signos:

- Borramiento moderado del cuello uterino.
- Dilatación cervical mayor de 3 centímetros.
- Ruptura de membranas ovulares.
- Hemorragia por más de 7 días.
- Presencia de cólicos a pesar de la administración de analgésicos.
- Signos de terminación de embarazo.

d. Aborto Completo:

El producto de la gestación se ha expulsado en su totalidad, el útero disminuye de tamaño, desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa la hemorragia completa o casi completamente, se cierran los orificios endocervicales.

e. Aborto incompleto:

Es cuando el producto de la gestación ha sido expulsado parcialmente de la cavidad uterina y se produce hemorragia siendo ésta al principio y a menudo el único signo de aborto incompleto, la cavidad uterina aún permanece ocupada, los orificios cervicales están dilatados, el útero está blando y grande, dolor espasmódico.

f. Aborto recurrente o habitual:

Es cuando se ha producido tres o más abortos espontáneos de forma consecutiva.

g. Aborto diferido:

Cuando la expulsión no tiene lugar 8 semanas posteriores a la muerte del producto del embarazo se habla de aborto diferido, el diagnóstico se hace ante la evidencia de muerte fetal sin signos clínicos de aborto. La complicación más temible de este tipo de

aborto es la coagulación de consumo por un proceso de coagulación intravascular.

h. Aborto séptico:

Un aborto incompleto que no es solucionado adecuadamente predispone a infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto vaginal. Gérmenes patógenos procedentes de la flora intestinal o vaginal pueden arrastrarse hacia la cavidad uterina por maniobras quirúrgicas no sépticas manifestándose en la paciente, dolor pélvico, hipersensibilidad suprapúbica, fiebre, secreción fétida de la vagina y cuello, dolor al movimiento del útero o el cérvix y complicaciones de shock séptico que podrían llevarla a la muerte.

i. Aborto Molar:

Es la expulsión de un embarazo molar parcial alrededor de las 16 semanas que rara vez se retarda más allá de las 28 semanas.

2.2.1.5 Tratamiento:²⁸

Las técnicas de aborto se dividen en dos:

²⁸ DORA ANABELLY RAMÍREZ SALAZAR. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ABORTO. URL: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0211.pdf

a. Técnicas Quirúrgicas:

El embarazo puede ser eliminado quirúrgicamente a través de un cuello adecuadamente dilatado o por vía transabdominal.

a.1) Dilatación o curetaje:

Evacuar el embarazo por raspado mecánico del contenido (curetaje por corte), por aspiración al vacío (curetaje por aspiración) o ambos. Deben realizarse antes de las 14 semanas para evitar complicaciones. Después de la 16 semana se practica dilatación y evacuación la cual consiste en dilatación amplia seguida de destrucción mecánica y evacuación de partes fetales.

a.2) Aspiración menstrual uterina

La aspiración de la cavidad endometrial con una cánula flexible de Karman de 5, 6, 7, 8, 9, 10 o de 12 mm y una jeringa, dentro de la primera a tercera semana posterior a falta menstrual (específicamente antes de las 12 semanas), se denomina extracción menstrual

a.3) Histerectomía e histerotomía Abdominal:

Cuando hay una enfermedad uterina importante como cáncer de cérvix o cáncer de ovario, la histerectomía puede ser el tratamiento ideal para culminar el embarazo y cuando se debe realizar una esterilización la histerotomía con interrupción de la continuidad tubaria son más convenientes que el curetaje o inducción médica principalmente cuando ésta tiene fracaso.

b. Técnicas médicas:

Muchas sustancias han sido utilizadas como agentes abortivos por mujeres que no desean el embarazo y en la actualidad existen solo algunas drogas abortivas eficaces y seguras:

b.1) Oxitocina:

En el segundo trimestre la inducción del aborto con administración de altas dosis de oxitocina, 10 UI/min en 1,000 cc de solución de Lactato de Ringer (100mU/ml) a 50 mU/min o 0.5ml/min incrementando la velocidad cada 30 a 40 minutos hasta un máximo de 2 ml/min provocando incremento de la frecuencia e intensidad de las contracciones.

b.2) Soluciones hiperosmóticas Intraamnióticas:

- Solución fisiológica:

Se utiliza el segundo trimestre del embarazo inyectado dentro del saco amniótico solución fisiológica al 10-25% para estimular contracciones uterinas y dilatación cervical. Tiene beneficios tales como rapidez, bajo costo, menor dolor y trauma emocional pero es poco utilizado ya que complicaciones como crisis hiperosmolar, insuficiencia cardíaca, shock séptico, peritonitis, hemorragia, coagulación intravascular diseminada, intoxicación acuosa e incluso la muerte pueden suceder.

- Urea hiperosmolar:

La urea al 30-40% disuelta en solución dextrosa al 5% inyectada en saco amniótico seguida de oxitocina

intravenosa a 400mU/min es eficaz para producir aborto y menos probabilidad de toxicidad. La urea más prostaglandinas F2 alfa inyectada dentro del saco amniótico es igualmente efectiva.

b.3) Prostaglandinas:

Las prostaglandinas y sus análogos se utilizan para interrumpir el embarazo principalmente en el segundo trimestre. La prostaglandina E2, la prostaglandina F2 alfa y ciertos análogos son los más utilizados. La eficacia varía del 86% al 95% y el intervalo de tiempo entre la inducción y el parto oscila entre 4 y más de 48 horas. Las vías a utilizar pueden ser intramuscular, oral, vaginal, intramniótica, intracervical, extraamniótica.
(7,25)

2.2.2 IMPACTO SOCIAL

La primera conferencia panamericana de médicos parlamentarios realizada en 1996 concluyó que el aborto es un problema de salud pública.²⁴

Según la Organización Mundial de la Salud el aborto es un problema social que cada vez va incrementándose, estimándose que anualmente ocurren en el mundo aproximadamente 600.000 muertes maternas, de las cuales el 90% ocurren en países sub desarrollados especialmente en aquellos con escaso acceso a los servicios de salud; siendo la causa más frecuente de morbilidad materna el aborto practicado en forma insegura.²⁹

²⁹ Nivel de satisfacción de la usuaria con aborto incompleto sobre la atención integral que brinda la enfermera en el Instituto Materno Perinatal Noviembre del 2002

El aborto impone una carga económica considerable sobre los servicios hospitalarios, dado que en Latinoamérica la incidencia de aborto es alta. Un estudio realizado en seis países de Latinoamérica estima que los abortos espontáneos constituyen el 15% y 25% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones.^{16,30}

Entre el 10 y 15% de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo precisan atención para tratamiento y, con excepción de Cuba, en América Latina y el Caribe los servicios de salud son muy precarios y la mayoría de mujeres acuden a servicios clandestinos. Esta situación retarda el acceso de las mujeres a los servicios de salud requiriendo utilización de grandes recursos hospitalarios tales como tiempo de hospitalización prolongado, insumos médicos, tiempo del personal, antibióticos, transfusiones, etc, que agotan el recurso económico de las instituciones hospitalarias.¹⁸

Es un hecho que mujeres jóvenes y adultas, casadas o solteras, estudiadas o madres de familia, con varios hijos, dueñas de casa u obreras, todas ellas en algún momento de su vida pueden recurrir al aborto, aunque las causas que las empujan a tomar esa decisión sean tan diversas como sus contextos de vida por lo que las políticas y programas sociales y de salud deben ayudar a las parejas y en especial a las mujeres a evitar el aborto proporcionándoles acceso a información, asesoramiento y servicios de planificación familiar.^{24,31}

2.2.2.1 Antecedentes históricos

En los pueblos primitivos con patriarcado absoluto, el jefe de la familia podía vender e incluso matar a sus hijos, aún antes de que estos hubieran nacido. En

URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/principe_ca/introd.pdf

³⁰ Larger, Ana et al. Cómo manejar la calidad de atención post-aborto en un Hospital público. El caso de Oaxaca México. Population Cournal Nueva York 1998; Vol. 11: 6-23

³¹ Carvalho, I. Aborto: De la necesidad al derecho. Revista Mujer Salud 1996;2: 3-10

esas circunstancias, el aborto no era punible; se pensaba que el feto pertenecía al cuerpo femenino y dado que se entendía que la mujer era propiedad del hombre, también lo era el fruto de la concepción, sobre el cual el jefe masculino de la familia tenía así absoluto derecho.³²

Se presume, que en la América precolombina se realizaban interrupciones de embarazo utilizando hierbas abortivas u otras medicinas tradicionales, en muchos casos de dudosa eficacia.¹ Por otra parte, en la antigua Grecia las posiciones ante la práctica del aborto eran más abiertas y se consideraba que este debía prescribirse en caso de incesto, cuando los padres fueran personas de edad avanzada o para limitar las dimensiones de la familia.¹⁵

En Roma, aparece por primera vez la represión ante su práctica, situación que se consolidó luego con el surgimiento del Cristianismo. La Iglesia Católica siempre tuvo posiciones muy críticas y castigó severamente la realización del aborto, considerando que era un asesinato. En el año 1588, el catolicismo reasume la animación del cuerpo por el alma, alegando que la vida fetal en todo momento era sagrada y desde entonces mantiene una posición inflexible sobre la práctica abortiva.^{32,33}

Dado que el aborto voluntario más que un problema médico es un asunto de connotación sociocultural, se favoreció por las corrientes medicó-filosóficas que dominaron el pensar del siglo XVIII, en cuyas postrimerías y principios del siglo XIX, se promueve que no sea punible y se revitaliza la libre opción femenina por este proceder. En Suiza, al inicio del siglo XX, se plantea consentirlo bajo ciertas premisas. La Unión Soviética, en 1920, legaliza el aborto institucional, considerando que proscribirlo llevaba a su realización en condiciones menos seguras, en tanto, en Estados Unidos todavía pasado medio siglo, se sucedían debates entre la no aceptación y su libre acceso.^{2,32}

³² Mayo D. Algunos aspectos histórico-sociales sobre el aborto. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002;28(2):1-5.
URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014&lang=pt

³³ Serani A. El estatuto antropológico y ético del embrión humano. Cuadernos de Bioética. 1997;VIII(31):1063-74.

2.2.2.2 Percepción del adolescente

El grupo escolar en el que se desenvuelve el adolescente ejerce gran influencia, y su conducta va a estar altamente influenciada por la opinión del grupo a la hora de tomar decisiones y acometer una tarea; además este constituye una vía de transmisión de normas comportamientos y valores, que en ocasiones es más influyente que la propia familia. La actividad sexual en los adolescentes se ha convertido en una norma; la mayoría considera que es necesario realizarla como si fuera una moda, y así tratan de buscar aceptación del grupo.³⁴

En investigaciones realizadas con un grupo de adolescentes y jóvenes se pudo comprobar que el carácter repetitivo del aborto se produce entre otras cosas, por la incompleta transmisión de funciones y valores sexuales en el proceso de comunicación familiar. Se demostró que tanto en los núcleos familiares como en las familias extendidas, en pocas ocasiones se orienta a las hijas sobre cuestiones referidas a la sexualidad, de la misma manera los padres resultaron incapaces de crear responsabilidades en los hijos desde pequeños, ante el enfrentamiento de problemas que impliquen la toma de decisiones serias como el aborto.³⁵

La influencia de la familia, el grupo, las instituciones educacionales, el sistema de salud y la sociedad en general a través de todos sus medios de influencia ejercen su papel en la formación de estos importantes eslabones de la personalidad del adolescente.³⁴

³⁴ Libertad Martín Alfonso y Zunilda Reyes Díaz. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. Rev Cubana Salud Pública 2003;29(2):183-87.
URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n2/spu14203.pdf> 07-01-11

³⁵ Navarro González M. Ramos Planco M. El aborto provocado desde una perspectiva sociológica. Rev Sex Soc 1998; 4(9):2-4. URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n2/spu14203.pdf> 07-01-11

2.2.2.3 Perspectiva de la iglesia

El cristianismo se instaló con una apreciación rigurosa en este sentido. Doscientos años después de Cristo, se promulgaron medidas rigurosas contra la mujer sujeta a esta acción, incluyendo la pena de muerte, castigos corporales y el exilio.³⁶

A pesar de que algo se avanza para atenuar la pena por aborto, en 1588 el Papa Sixto V proclama en una de sus decisiones, que todos los abortos son crímenes que se castigarían con la excomunión. Esta Bula no tuvo mucha repercusión, pero en Francia se endureció de nuevo el régimen en relación con esta práctica, y Enrique II promulgó una ordenanza donde revivía la pena capital para la mujer que abortara voluntariamente.³⁷

³⁶ Aguirre Zozoya F. Epidemiología del aborto. Ginecol Obstet Mex 1976;22(134):1675-90.
URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin12202.htm 07-01-11

³⁷ Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. La Habana. Editorial Científico-Técnica;1987.P.681-5. URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin12202.htm 07-01-11

CAPÍTULO 3

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional, no requiere hipótesis.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Indicador	Categoría	Escala
Edad	Años cumplidos	1. <19 años 2. 20 - 29 años 3. 30 - 39 años 4. 40 – 49 años 5. >50 años	Intervalo
Estado civil	Encuesta	1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera 4. Viuda 5. Divorciada	Nominal
Grado de Instrucción	Años escolares terminados reportados	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4. Ninguno	Nominal
Ocupación	Dedicación principal	1. Su casa 2. Estudiante 3. Trabajador independiente 4. Trabajador dependiente	Nominal
Religión	Religión a la que pertenece	1. Católica 2. Evangélica 3. Testigo de Jehová 4. Cristiana 5. Ateo	Nominal

Hijos vivos	Número de hijos vivos	1. 0 2. 1 - 2 3. 3 - 4 4. > 4	Ordinal
Sufrió un aborto		1. Si 2. No 3. No opina	Nominal
Consideración del aborto		1. Problema Social 2. Delito 3. Solución 4. Otros	Nominal
Rol inequitativo entre géneros		1. Claro que si 2. Si 3. Quizás 4. No 5. Claro que no 6. No sabe – no opina	Nominal
Aborto como solución al problema		1. Si 2. No 3. No opina	Nominal
Derecho a la vida y aborto		1. Si 2. No 3. No opina	Nominal
Estrato social más vulnerable		1. Estrato bajo 2. Estrato medio 3. Estrato alto	Nominal
Problemas familiares como causa principal de aborto		1. Si 2. No 3. No opina	Nominal
Problemas económicos como causa principal de aborto		1. Si 2. No 3. No opina	Nominal
Temor a los padres como factor determinante para abortar		1. Si 2. No 3. No opina	Nominal
Razones para realizar abortos clandestinos		1. Por inconsciencia 2. Falta de Información 3. Cobardía	Nominal

		4. Por violación 5. Otros	
Falta de información sexual como causa principal de aborto	Opinión sobre la información	1. Si 2. No 3. No opina	Nominal
Procedencia de información		1. Escuela 2. Familia 3. Medios de comunicación 4. Amigos 5. Otros	Nominal
La información que brindan las instituciones de salud son adecuadas		1. Si 2. No 3. No sabe	Nominal
Aborto como problema sanitario		1. Si 2. No 3. No sabe	Nominal
Deseo de adquirir mayor información del tema		1. Si 2. No	Nominal
Legalización del aborto		Opinión sobre la legalización	1. Está bien 2. Está mal 3. No sabe – no opina 4. Otro
Legalización del aborto como resolución del problema social	1. Si 2. No 3. No opina		Nominal
Iglesia y aborto	1. Bien 2. Mal 3. No sabe 4. No opina		Nominal
Conoce un caso de aborto	Opinión personal	1. Si 2. No 3. No opina	Nominal
Reacción ante embarazo no deseado		1. Abortar 2. Tener al hijo 3. Darlo en adopción 4. Abandonarlo	Nominal

		5. No opina	
Porque de esta decisión		1. Responsable 2. Mejor opción 3. El niño no tiene la culpa 4. En contra de mis principios 5. No opina	Nominal
Edad en que padeció	Características generales de las mujeres que tuvieron un aborto	1. 20 – 25 años 2. 26 – 30 años 3. > 30 años	Intervalo
Causas		1. Problemas familiares 2. Problemas económicos 3. Falta de información sexual 4. Problemas educativos 5. Temor a los padres 6. Falta de apoyo por parte del padre	Nominal
Frecuencia		1. 0 2. 1	Nominal
Consecuencias		1. Morales 2. Físicas 3. Psicológicas 4. Sociales	Nominal
Afectación emocional		1. No le afecto 2. Le afecto poco 3. No sabe 4. Afecto 5. Afecto mucho	Nominal
Recuperación emocional		1. Días 2. Meses 3. Años	Nominal
Deseo de tener más hijos		1. Si 2. No	Nominal

CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

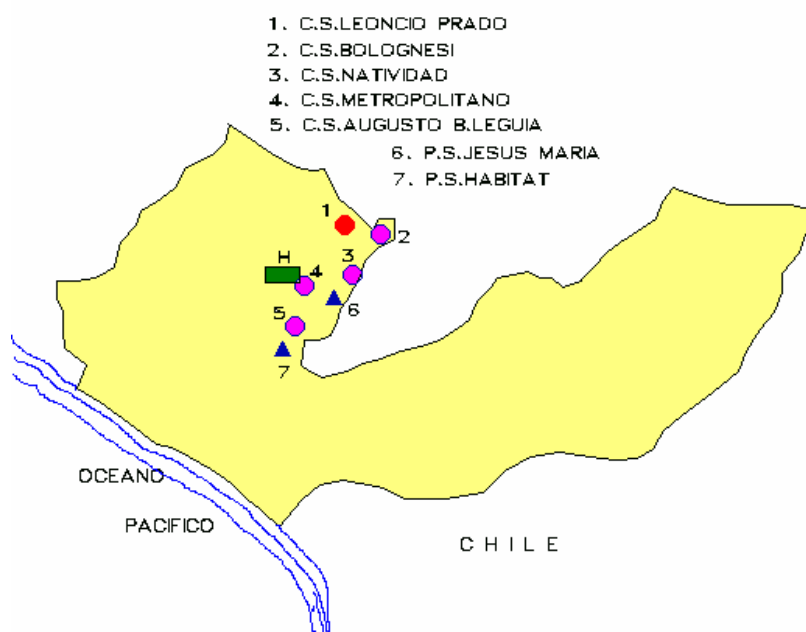
Por la naturaleza de la investigación, el diseño más apropiado es el tipo descriptivo observacional, prospectivo, corte transversal, analítico, con enfoque salubrista.

4.2 Población y muestra

Ámbito de estudio: El Distrito de Tacna pertenece al Departamento de Tacna ubicado al sur del Perú, y el Ministerio de Salud cuenta con 9 Micro-redes en el Departamento de Tacna, se trabajará con la jurisdicción de la Microred Metropolitana.

La Microred Metropolitana cuenta con los siguientes Establecimientos de Salud:

- C.S. Bolognesi
- C.S. La Natividad
- C.S. Leoncio Prado
- C.S. Augusto B. Leguía
- C.S. Metropolitano
- P.S. Hábitat
- P.S. Jesús María
- P.S. Ramón Copaja



Población: la población estimada según la Dirección Regional de Salud Tacna (a través de la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del año 2010) es de 73378 habitantes femeninos mayores de 15 años en el Distrito de Tacna.

Muestreo: el tamaño muestral está calculado probabilísticamente, se utilizó un intervalo de confianza del 95% y mínimo error aceptable 5%. Se utilizó el muestreo aleatorio simple, mediante la siguiente fórmula.

$$n = Nz^2p(1-p) / d^2(N-1)+z^2p(1-p)$$

Valores: N= 73378 población asignada al Minsa

$$Z= 1.96$$

p : peor prevalencia esperada es de 15%

d : error muestral igual a 0.05

n = 196 mujeres mayores de 15 años

n = 200 muestra aproximada al número mayor, para mejor cálculo de los datos.

4.2.1 Criterios de Inclusión

- Mujeres mayores de 15 años, quienes voluntariamente colaboraron con la presente investigación.
- Habitantes que pertenezcan a la red Microred Metropolitana.
- Residentes por lo menos 1 año

4.2.2 Criterios de Exclusión

- Mujeres mayores de quince años, quienes no deseen colaborar con la presente investigación.
- Mujeres con discapacidad mental.
- Mujeres transeúntes

4.3 Instrumentos de Recolección de datos.

- **Encuesta:** mediante entrevista personalizada estructurada se conoció la percepción de la mujer frente al aborto como problema social. (ver anexo 01)

Se realizó una entrevista personalizada a través de una encuesta con preguntas de opción múltiple para identificar su percepción respecto al aborto, se aplicó a mujeres que residen en la



jurisdicción de la Microred Metropolitana de Tacna. La selección de domicilios fue aleatoria, entrevistando a las mujeres mayores de 15 años del domicilio hasta completar la muestra.

CAPÍTULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.

Se escogió aleatoriamente las casas, se explicó el motivo del estudio; algunas personas decidieron colaborar, en cambio otras tuvieron actitud de rechazo, ya sea por desconfianza o miedo a que la información brindada sea revelada con su identidad.

Se elaboraron tablas de contingencia con valores absolutos y relativos así como gráficas de distribución según las variables descritas. La tamización de las variables se hizo explorando cada registro informático de la encuesta.

Se utilizó los siguientes programas para la realización de dicho estudio:

- Programa de Word; como procesador de texto.
- Programa Excel; para captura de base de datos y diseño de tabla y graficas.

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos (encuesta) y elaborar una Matriz de datos digital, de donde se obtuvo las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas Epi-info y SPSS 15. Para el procesamiento de la información se elaboró cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron en cuadros tabulares y con gráfico de barras.

CAPÍTULO 6

6.1 RESULTADOS

Tabla N° 01

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO DE MUJERES MAYORES
 DE 15 AÑOS QUE RESIDEN EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
 METROPOLITANA TACNA 2011.**

Grupo etáreo	< 19 años	N	14
		%	7,0%
	20 a 29	N	60
		%	30,0%
	30 a 39	N	46
		%	23,0%
	40 a 49	N	39
%		19,5%	
50 a más	N	41	
	%	20,5%	
Total	N	200	
	%	100,0%	
Edad	Media		36
	Máximo		75
	Mínimo		15
	Desviación típica		12

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

En la tabla N° 01 podemos observar la distribución según grupo etáreo de las mujeres entrevistadas. Según el grupo etáreo, el 30% de la población correspondía a mujeres entre 20 a 29 años, seguido de 23% para mujeres entre 30 a 39 años. El promedio de edad de la población estudiada es de 36 años, con una desviación estándar de 12.

Tabla N° 02

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS
 DE MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE RESIDEN EN LA
 JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA TACNA 2011.**

		N	%
Estado civil	Casada	97	48,5%
	Conviviente	10	5,0%
	Soltera	79	39,5%
	Viuda	2	1,0%
	Divorciada	12	6,0%
	Total	200	100,0%
Ocupación	Su casa	6	3,0%
	Estudiante	60	30,0%
	Trabajador Independiente	37	18,5%
	Trabajador dependiente	97	48,5%
	Total	200	100,0%
Grado de Instrucción	Primaria	2	1,0%
	Secundaria	12	6,0%
	Superior	186	93,0%
	No estudio	0	0,0%
	Total	200	100,0%
Religión	Católica	175	87,5%
	Evangélica	4	2,0%
	Testigo de Jehová	3	1,5%
	Cristiano	6	3,0%
	Ateo	12	6,0%
	Total	200	100,0%

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

En la tabla N° 02 podemos observar la distribución según estado civil, ocupación, grado de instrucción y religión de las mujeres entrevistadas. En relación al estado civil, el 48.5% corresponde a la población casada, seguido del 39.5% que son solteras y el 6% son divorciadas.

Según la ocupación, el 48.5% son trabajadoras dependientes, el 30% estudiantes, el 18.5% son trabajadoras independientes y el 3% amas de casa.

Según el grado de instrucción, el 93% de la población encuestada contaba con educación superior, el 6% con educación secundaria, el 1% con educación primaria.

Según la religión, el 87.5% son católicas, el 6% ateas, el 3% cristianas.

Tabla N° 03

**NÚMERO DE HIJOS DE MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE
 RESIDEN EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
 METROPOLITANA TACNA 2011.**

Número de hijos	Ninguno	N	86
		%	43,0%
	1 ó 2 hijos	N	95
		%	47,5%
	3 ó 4 hijos	N	16
		%	8,0%
más de 4 hijos	N	3	
	%	1,5%	
Total	N	200	
	%	100,0%	
Número de hijos	Media		1
	Máximo		9
	Mínimo		0
	Desviación típica		1

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

La tabla N° 03 nos muestra el número de hijos de la población estudiada, en la cual podemos observar que el 47.5% de la población entrevistada tiene entre 1 a 2 hijos, el 43% ningún hijo, el 8% entre 3 a 4 hijos. El promedio es de 1 hijo por mujer entrevistada con una Desviación Estándar de 1.

Tabla N° 04

**FACTORES EN LA TOMA DE DECISIÓN SOBRE EL ABORTO DE LAS
 MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE RESIDEN EN LA
 JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA TACNA 2011.**

		N	%
¿Considera que el temor a los padres es un factor determinante para realizarse un aborto?	Sí	125	62,5%
	No	71	35,5%
	No opina	4	2,0%
	Total	200	100,0%
¿Por qué cree que se llevan a cabo los abortos clandestinos?	Por inconsciencia	74	37,0%
	Falta de información	51	25,5%
	Cobardía	59	29,5%
	Por violación	1	0,5%
	No sabe - no opina	4	2,0%
	Otros	11	5,5%
	Total	200	100,0%

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

La tabla N° 04 nos muestra los factores que influyen en la toma de decisión sobre el aborto en las mujeres entrevistadas. El 62.5% opina que el temor a los padres es un factor determinante para realizarse un aborto, el 2% no opina.

Acerca de por qué se llevan a cabo los abortos clandestinos, el 37% opina que por inconsciencia, el 29.5% por cobardía, y el 25.5% por falta de información.

Tabla N° 05

**MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE HAN PADECIDO ALGÚN
ABORTO EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
METROPOLITANA TACNA 2011**

		N	%
¿Ha padecido algún aborto?	Sí	34	17,0%
	No	151	75,5%
	No opina	15	7,5%
	Total	200	100,0%

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

La tabla N° 05 nos muestra que el 17% de la población estudiada ha padecido algún aborto y el 7.5% no opina.

Tabla N° 06

**CONSIDERACIÓN DEL ABORTO SEGÚN MUJERES MAYORES DE 15
 AÑOS QUE RESIDEN EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
 METROPOLITANA TACNA 2011.**

			N	%
¿Cómo considera al aborto?	Problema	No	93	46,5%
		Sí	107	53,5%
		Total	200	100,0%
	Delito	No	145	72,5%
		Sí	55	27,5%
		Total	200	100,0%
	Solución	No	197	98,5%
		Sí	3	1,5%
		Total	200	100,0%
	Otros	No	162	81,0%
		En caso de salud	24	12,0%
		Falta de valores o pecado	2	1,0%
		Falta de información	12	6,0%
Total		200	100,0%	

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

La tabla N° 06 nos muestra como consideran el aborto las mujeres entrevistadas. El 53.5% lo considera un problema, seguido del 27.5% que lo considera un delito, contrario al 1.5% que lo considera una solución.

Tabla N° 07

**OPINIÓN SOCIAL ACERCA DEL ABORTO DE LAS MUJERES
 MAYORES DE 15 AÑOS QUE RESIDEN EN LA JURISDICCIÓN DE LA
 MICRORED METROPOLITANA TACNA 2011.**

		N	%
¿Cree usted que el rol inequitativo entre géneros, influye en la toma de decisión sobre el aborto?	Claro que sí	49	24,5%
	Sí	52	26,0%
	Quizás	43	21,5%
	No	27	13,5%
	Claro que no	15	7,5%
	No sabe - no opina	14	7,0%
	Total	200	100,0%
¿Considera que el aborto es la solución al problema del embarazo?	Sí	3	1,5%
	No	183	91,5%
	No opina	14	7,0%
	Total	200	100,0%
¿Considera usted válido el punto de vista de la iglesia, sobre el derecho a la vida del nuevo ser en formación, y que la madre no tiene derecho a arrebatárselo, sólo Dios?	Sí	140	70,0%
	No	20	10,0%
	No opina	40	20,0%
	Total	200	100,0%
¿Que estrato social considera usted el más vulnerable para realizar un aborto?	No sabe	2	1,0%
	Estrato bajo	87	43,5%
	Estrato medio	68	34,0%
	Estrato alto	43	21,5%
	Total	200	100,0%

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

La tabla N° 07 nos muestra la opinión acerca del aborto como tema social de las mujeres entrevistadas. El 26% opina que el rol inequitativo entre géneros influye en la toma de decisión sobre realizarse un aborto, el 24.5% está totalmente de acuerdo, el 21.5% opina que quizás influya.

El 1.5% de las mujeres entrevistadas opina que el aborto es la solución al problema del embarazo, el 7% no opina.

Acerca del derecho a la vida, el 70% opina que solo Dios tiene derecho a quitar la vida, el 20% no opina.

Asimismo consideran al estrato social bajo más vulnerable con un 43.5%, seguido de estrato social medio 34%.

Tabla N° 08

**OPINIÓN SOBRE CAUSAS DEL ABORTO SEGÚN LAS MUJERES
 MAYORES DE 15 AÑOS QUE RESIDEN EN LA JURISDICCIÓN DE LA
 MICRORED METROPOLITANA TACNA 2011.**

		N	%
¿Considera que los problemas familiares son la causa principal del aborto?	Sí	105	52,5%
	No	92	46,0%
	No opina	3	1,5%
	Total	200	100,0%
¿Considera que los problemas económicos no son la causa principal del aborto?	Sí	47	23,5%
	No	151	75,5%
	No opina	2	1,0%
	Total	200	100,0%

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

La tabla N° 08 nos muestra la opinión causal de las mujeres entrevistadas, el 75.5% considera que los problemas económicos son la causa principal, seguido del 52.5% por los problemas familiares.

Tabla N° 09

**OPINIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN OBTENIDA SOBRE EL ABORTO
 DE LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE RESIDEN EN LA
 JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA TACNA 2011.**

		N	%	
¿Cree usted que la falta de información sexual es la causa principal del aborto?	Sí	165	82,5%	
	No	34	17,0%	
	No opina	1	0,5%	
	Total	200	100,0%	
La información sobre el aborto que se debe conseguir, debe provenir de:	Escuela	No	144	72,0%
		Sí	56	28,0%
		Total	200	100,0%
	Familia	No	51	25,5%
		Sí	149	74,5%
		Total	200	100,0%
	Medios de comunicación	No	148	74,0%
		Sí	52	26,0%
		Total	200	100,0%
	Amigos	No	194	97,0%
		Sí	6	3,0%
		Total	200	100,0%
Otros	No	197	98,5%	
	Sí	3	1,5%	
	Total	200	100,0%	
Actualmente. ¿Cree usted que la información sobre salud reproductiva que brindan las instituciones sanitarias es adecuada?	Si	39	19,5%	
	No	128	64,0%	
	No sabe	33	16,5%	
	Total	200	100,0%	
¿Cree usted que el aborto conlleva a un alto consumo del presupuesto de las instituciones sanitarias?	Sí	101	50,5%	
	No	56	28,0%	
	No sabe	43	21,5%	
	Total	200	100,0%	
¿Te gustaría informarte más sobre el aborto?	No responde/ No opina	2	1,0%	
	Sí	167	83,5%	
	No	31	15,5%	
	Total	200	100,0%	

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

La tabla N° 09 nos muestra la opinión sobre la información obtenida sobre el aborto de las mujeres entrevistadas. El 82.5% considera que la falta de información es la causa principal de aborto.



Según la procedencia de la información, el 74.5% opinan que la información debe provenir de la familia, el 28% de la escuela, el 26% de los medios de comunicación.

El 19.5% considera que la información brindada por las instituciones sanitarias es adecuada, el 16.5% no sabe.

Acerca del consumo de presupuesto de las instituciones sanitarias, el 50.5% lo considera alto, el 21.5% no sabe.

Al 83.5% le gustaría obtener más información sobre el aborto.

Tabla N° 10

**OPINIÓN SOBRE LEGALIZACION DEL ABORTO DE LAS MUJERES
 MAYORES DE 15 AÑOS QUE RESIDEN EN LA JURISDICCIÓN DE LA
 MICRORED METROPOLITANA TACNA 2011.**

		N	%
¿Qué opina acerca de la legalización del aborto?	Esta bien	49	24,5%
	Esta mal	107	53,5%
	No sabe - no opina	39	19,5%
	En caso de violación	3	1,5%
	Talvez más adelante	1	0,5%
	En caso de riesgo de salud	1	0,5%
	Total	200	100,0%
¿Considera usted que la legalización del aborto evitaría problemas sociales?	Sí	46	23,0%
	No	144	72,0%
	No opina	10	5,0%
	Total	200	100,0%
Si el aborto fuese legalizado, ¿Cómo cree usted que reaccionaría la iglesia?	Bien	1	0,5%
	Mal	192	96,0%
	No sabe	2	1,0%
	No opina	5	2,5%
	Total	200	100,0%

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

La tabla N° 10 muestra la opinión sobre la legalización del aborto de la población estudiada, el 53.5% opina que está mal, el 24.5% opina que está bien, el 19.5% no sabe-no opina.

El 72% opina que la legalización del aborto no evitaría problemas sociales, el 23% opina que si, el 5% no opina.

Acerca de la reacción de la iglesia ante la legalización del aborto, el 96% opina que reaccionaría mal.

Tabla N° 11

**OPINIÓN PERSONAL ACERCA DEL ABORTO DE LAS MUJERES
 MAYORES DE 15 AÑOS QUE RESIDEN EN LA JURISDICCIÓN DE LA
 MICRORED METROPOLITANA TACNA 2011.**

		N	%
¿Conoce algún caso de aborto?	Sí	88	44,0%
	No	107	53,5%
	No opina	5	2,5%
	Total	200	100,0%
Si tuviera un embarazo no deseado, ¿Que haría?	Abortar	6	3,0%
	Tener al hijo	140	70,0%
	Darlo en adopción	4	2,0%
	Abandonarlo	0	0,0%
	No opina	50	25,0%
	Total	200	100,0%
¿Por qué tomaría esa decisión?	Responsable	70	35,0%
	Mejor opción	19	9,5%
	El niño no tiene la culpa	41	20,5%
	En contra de mis principios	20	10,0%
	No opina	50	25,0%
	Total	200	100,0%
¿Ha padecido algún aborto?	Sí	34	17,0%
	No	151	75,5%
	No opina	15	7,5%
	Total	200	100,0%

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

La tabla N° 11 nos muestra la opinión personal acerca del aborto de la población estudiada, El 44% conoce algún caso de aborto, el 2.5% no opina.

Sobre que harían si tuvieran un embarazo no deseado, el 70% opina que tendría al hijo, el 25% no opina, el 3% opina que abortaría.

Acerca del porque tomaría esta decisión, el 35% opina que por responsable, el 25% no opina, el 20.5% porque el niño no tiene la culpa.

El 17% de la población estudiada ha padecido algún aborto y el 7.5% no opina.

Tabla N° 12

**EDAD SEGÚN GRUPOS ETÁREOS Y CARACTERÍSTICAS
 EMOCIONALES DE LAS MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE HAN
 PADECIDO ALGÚN ABORTO, Y RESIDEN EN LA JURISDICCION DE
 LA MICRORED METROPOLITANA TACNA**

2011

		N	%	
Edad en que padeció aborto	20 - 25	18	52,9%	
	26 - 30	3	8,8%	
	más de 30	13	38,2%	
	Total	34	100,0%	
¿Cuáles fueron las causas?	Problemas familiares	1	2,9%	
	Problemas económicos	0	0,0%	
	Falta de información sexual	11	32,4%	
	Problemas educativos	1	2,9%	
	Temor a los padres	1	2,9%	
	Falta de apoyo por parte del padre	3	8,8%	
	Problemas de salud	17	50,0%	
	Total	34	100,0%	
¿Cuántas veces le ha ocurrido?	Una vez	34	100,0%	
	Total	34	100,0%	
¿Qué consecuencias tuvo?	Morales	No	32	94,1%
		Sí	2	5,9%
		Total	34	100,0%
	Físicas	No	32	94,1%
		Sí	2	5,9%
		Total	34	100,0%
	Psicológicas	No	5	14,7%
		Sí	29	85,3%
		Total	34	100,0%
	Sociales	No	34	100,0%
		Sí	0	0,0%
		Total	34	100,0%

¿Qué tanto le afecto emocionalmente?	No le afecto	0	0,0%
	Le afecto poco	4	11,8%
	No sabe	0	0,0%
	Afecto	12	35,3%
	Afecto mucho	18	52,9%
	Total	34	100,0%
¿Cuánto tiempo tardó en recuperarse emocionalmente?	Días	1	2,9%
	Meses	20	58,8%
	Años	13	38,2%
	Total	34	100,0%
¿Piensa tener más hijos?	No	21	61,7%
	Sí	13	38,2%
	Total	34	100,0%

Fuente: Ficha validada aplicada a las mujeres mayores de 15 años que residen en la jurisdicción de la Microred Metropolitana Tacna 2011

La tabla N° 12 nos muestra la edad en rangos de las mujeres que padecieron algún aborto y las características emocionales de éstas. De 200 mujeres, 34 padecieron algún aborto, de las cuales el 52.9% oscila entre 20 y 25 años, el 38.2% más de 30 años.

Dentro de las causas, el 50% fueron problemas de salud, 32.4% falta de información sexual, y el 8.8% falta de apoyo por parte del padre.

Acerca de las consecuencias que tuvo, el 85.3% tuvo consecuencias psicológicas, el 5.9% tuvo consecuencias morales y físicas. El 52.9% opina que le afecto mucho emocionalmente. El 58.8% de la población estudiada opina que tardó meses en recuperarse, el 38.2% tardó años. De la población estudiada 38.2% piensa tener más hijos.

6.2 DISCUSIÓN

En nuestro estudio podemos rescatar que respecto a la manera de considerar el aborto por la población femenina entrevistada, el 53.5% lo considera un problema, el 27.5% lo considera un delito; caso contrario al 1.5% que lo considera una solución, en concordancia con el estudio realizado por Palermo que lo considera una decisión personal y apoyan el derecho de una mujer a interrumpirlo especialmente bajo causales contempladas en la ley de Tlaxcala.²⁶

Entre otros hallazgos acerca de la causal del aborto, se evidencia que la falta de información es considerada la principal causa de aborto con un 82.5%, seguido del 75.5% por los problemas económicos y 52.5% por problemas familiares, similar al estudio de Carvalho donde evidenció una red vulnerable de factores, entrelazados por varias situaciones, entre ellas: las dificultades financieras, el embarazo precoz, la inestabilidad en la relación con la pareja, así como dificultades en la toma de decisiones reproductivas.²⁷

Acerca de la información obtenida sobre el aborto, las mujeres entrevistadas opinan en un 74.5% que la información sobre el tema de aborto debe provenir de la familia, seguido de un 28% que opina que debe provenir de la escuela y en un 26% opinan que debe provenir de los medios de comunicación. El 64% de la población entrevistada opina que la información sobre salud reproductiva brindada por las instituciones sanitarias es inadecuada. Asimismo el 50.5% de la población estudiada es consciente que el aborto conlleva a un alto consumo del presupuesto de las instituciones sanitarias y al 83.5% le gustaría informarse más sobre el aborto.

En nuestro medio se evidenció la opinión de las mujeres entrevistadas acerca del aborto como problema social, la mayoría (72%) consideran que el rol inequitativo de géneros influye en la toma de decisiones sobre realizarse un aborto o no, asimismo consideran al estrato social bajo más vulnerable para decidir sobre el

tema del aborto; en concordancia al estudio de Mariutti donde considera a las condiciones socio-económicas precarias un factor de riesgo asociado.¹³ Asimismo, en el estudio realizado por Costa concluye que los factores sociales desempeñan un papel significativo en la toma de decisiones en las mujeres que consideran un aborto.¹²

En relación a la opinión sobre la legalización del aborto, el 53.5% opina está mal, el 72% opina que no evitaría problemas sociales, y el 96% considera que la reacción de la iglesia no sería buena.

En nuestra población, se planteó la situación sobre un embarazo no deseado, para saber que harían al respecto; el 70% tendría al hijo, solo el 3% lo abortaría; lo cual se considera una respuesta muy subjetiva; por ser un tema de carácter legal y asimismo hallarse estigmatizado por la sociedad, y refieren que el 35% tomarían esta decisión por responsable, y el 25% prefirió no opinar. Asimismo se observó que 34 mujeres tuvieron un aborto en algún momento de su vida, donde los principales motivos por los cuales lo hicieron fueron problemas de salud en un 50%, seguido por un 34.2% por falta de información sobre salud reproductiva. Aquí podemos rescatar que la falta de información es un factor importante al momento de tomar una decisión sobre realizarse un aborto o no.

En el presente estudio de 200 mujeres, 34 padecieron algún aborto, de las cuales el 52.9% oscila entre 20 y 25 años, donde las causas fueron 50% por problemas de salud, 32.4% falta de información sexual, acerca de las consecuencias que tuvo, el 85.3% tuvo consecuencias psicológicas, similar al estudio de Oliveira donde los sentimientos expresados fueron: culpa, miedo a ser castigado, miedo a morir, tensión y remordimiento.¹¹

Nuestros resultados son similares a otros estudios, y esto podría deberse a una deficiencia en la información obtenida por las instituciones sanitaria, familia, escuela, medios de comunicación; por lo que se debería enfocar un abordaje más



integral sobre salud reproductiva, teniendo énfasis en la importancia del uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo no deseado y así evitar llegar a un aborto.

6.3 CONCLUSIONES

- El 30% son mujeres entre 20 a 29 años, el 48.5% son casadas, y asimismo el 48.5% son trabajadoras independientes, el 93% cuenta con educación superior y el 87.5% son católicas.

- El 82.5% de la población piensa que la causa principal del aborto es la falta de información. El 74.5% piensa que esta debería provenir de la familia. Además que se gasta mucho presupuesto en el tratamiento del problema (50.5%) y asimismo piensa que la información brindada por las instituciones sanitarias es insuficiente e inadecuada (64%) y a la mayoría (83.5%) le gustaría informarse más sobre el aborto.

La opinión general del aborto: más de la mitad (53.5%) lo considera un problema social, pero no lo consideran un delito (72.5%); donde el rol inequitativo entre géneros (50.5%), los problemas familiares (52.5%) y los problemas económicos (75.5%) influyen en la toma de decisión sobre el aborto; asimismo el 91.5% opina que el aborto no es la solución ante un embarazo no deseado.

En cuanto a la legalización del aborto: el 53.5% opina que está mal y que esta no evitaría el tema del aborto como problema social (72%).

En relación a la opinión personal: ante la situación de un embarazo no deseado el 70% opina que tendrían a su hijo por responsabilidad (35%).

- Durante esta investigación, el 17% de la población estudiada tuvo en algún momento de su vida un aborto, de las cuales el 52.9% oscila entre 20 y 25 años. Dentro de las causas el 50% fueron por problemas de salud, y el



32.4% fue por falta de información sexual, el 85.3% tuvo consecuencias psicológicas y al 52.9% le afecto mucho emocionalmente.



6.4 RECOMENDACIONES

- Reformular las estrategias educativas (ya sea en la escuela o universidad) y comunicacionales, trabajando en unidad con las instituciones sanitarias, para atraer a las mujeres a informarse del tema, con estos medios de difusión.
- Establecer en la comunidad redes de apoyo social, a través de los líderes comunitarios; para lograr romper las barreras de prejuicios y creencias equivocadas, sobre el aborto, concientizando a la mujer sobre la importancia de la planificación familiar, enfocando principalmente los aspectos promocionales.
- Complementar las campañas sobre salud reproductiva, para la prevención del embarazo no deseado.
- Ampliar el presente estudio a otras zonas socioculturales, para poder comparar con nuestra realidad, asimismo incluir al sexo masculino en el estudio para conocer su percepción del tema, ya que es un problema que afecta a la pareja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soto Clemencia, Mercedes María Factores Psicosociales en Mujeres Atendidas con el Diagnóstico de Aborto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Enero a Diciembre del 2001 - UPT
2. Castillo R, González L. El aborto: problema fundamental de la bioética. Arch Med Fam. 2004;6(2):34-5.
3. Dixon-Mueller R. Abortion policy and women's health in developing countries. Int J Health Serv. 1990;20:297-314.
4. García L. Complicaciones de la interrupción del embarazo en el primer trimestre. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(3):205-7.
URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014&lang=pt
5. OMS. Servicio de aborto sin riesgos: El desafío de la salud pública. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Ginebra: OMS;2003.
6. Donoso E, Enrique E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69(1):14-8.
7. Serrano I. Los/las profesionales sanitarios ante la anticoncepción y la interrupción voluntaria del embarazo. La salud de las mujeres en atención primaria. Madrid: Editorial F.A.D.S.P.; 1991.
8. Amarillo MA, González U. Consideraciones sociológicas y éticas sobre aspectos del aborto demandado. En: Acosta JR, editor. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Félix Varela; 1997.p.214-20.
9. Palermo, Tia M; Wilson, Kate S; García, Sandra G; Díaz-Olavarrieta, Claudia. El aborto y el rol de las mujeres en la sociedad: resultados de una encuesta de opinión en Tlaxcala, México Salud pública Méx. ;52(1):52-60, Jan.-Feb. 2010. Tab.
10. Carvalho, Simone Mendes. Mujeres jóvenes y el proceso de aborto ilegal: un enfoque sociológico. Rio de Janeiro; s.n; 2009. 171 p. tab, graf.

11. Oliveira, Mariza Silva de; Barbosa, Izabel Cristina Falcão Juvenal; Fernandes, Ana Fátima Carvalho. Razones y sentimientos de las mujeres que han experimentado un aborto. Rev. RENE;6(3):23-30, set.-dez. 2005.
12. COSTA, Rosely G. ; HARDY, Elena ; OSIS, María José D. y Faúndes, Aníbal . La decisión de abortar: el proceso y los sentimientos involucrados. Cad. Saúde Pública [en línea]. 1995, vol.11, n.1, pp 97-105. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1995000100016.
13. Mariutti, Mariana Gondim; Furegato, Antonia Regina Ferreira. Factores protectores y de riesgo para la depresión de mujeres después del aborto. Rev. bras. enferm;63(2):183-189, mar.-abr. 2010.
14. Lic. Jorge Luis Calero, Dr. Felipe Santana. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto.
URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v27n1/spu07101.pdf>
15. Dr. Mauricio Besio, Mons. Fernando Chomalí, Dr. Jorge Neira, Prof. Ángela Vivanco. Aborto “terapéutico”.
URL: <http://humanitas.cl/html/destacados/aborto.pdf>
16. Cascante E, J et al. Mortalidad materna en Centro América. El aborto. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología 1995;5(1): 8-12
URL: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0211.pdf
17. Pacheco Chajón, Otto. Caracterización Epidemiológica del Aborto en el Hospital Modular de Chiquimula. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Octubre 2001.
47 p
18. Frances, K. Como hablar del aborto inducido, guía para una comunicación exitosa. CATHOLICS FOR A FREE CHOICE (México) 2000: 7-32
19. Los abortos inducidos deben ser considerados un problema de salud pública. URL: <http://www.atenciónallector.siicsalud.com>
20. Aborto espontáneo.
URL: <http://www.internet.uson.me/webpers/medicina/aborto/html>
21. Complicaciones físicas tardías.

- URL: <http://www.vidahumaba.org/temas/aborto-cáncer.html>
22. Cuninham F, Gary. Et al. *Obstetricia Williams*. Aborto. 20a. Ed. Buenos Aires: Panamericana, 1998. 545-563
 23. Grajeales , B. El costo estimado del aborto en la Maternidad María Cantera de Remón, 1990. *Revista Centroamerica de Obstetricia y Ginecología* 1997; 7(1); 33-37
 24. Oliveros M, C. Una encuesta Nacional de opinión sobre aborto en población Urbana. Centro de información y desarrollo de la mujer. Bolivia 1998. 67 p.
 25. Pérez Z, C. Características epidemiológicas y clínicas del aborto. Tesis (Médico y Cirujano) – Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1996. 35p
 26. Gutiérrez , M. Pérdida gestacional recurrente ¿Un problema multifactorial?. *Ginecología y Obstetricia de México* 1999 Abril; 67: 158-163
 27. Hidalgo, H. Incidencia y diagnóstico clínico del aborto en el hospital regional de Chimaltenango. Estudio retrospectivo-descriptivo realizado en el Hospital Regional de Chimaltenango durante el período de enero de 1992 a diciembre de 1996. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. Julio 1997. 45p
 28. DORA ANABELLY RAMÍREZ SALAZAR. Caracterización epidemiológica del aborto.
URL: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0211.pdf
 29. Nivel de satisfacción de la usuaria con aborto incompleto sobre la atención integral que brinda la enfermera en el Instituto Materno Perinatal Noviembre del 2002
URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/principe_ca/introd.pdf
 30. Larger, Ana et al. Cómo manejar la calidad de atención post-aborto en un Hospital público. El caso de Oaxaca México. *Population Cournal Nueva York* 1998; Vol. 11: 6-23



31. Carvalho, I. Aborto: De la necesidad al derecho. *Revista Mujer Salud* 1996;2: 3-10
32. Mayo D. Algunos aspectos histórico-sociales sobre el aborto. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2002;28(2):1-5.
URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014&lang=pt
33. Serani A. El estatuto antropológico y ético del embrión humano. *Cuadernos de Bioética.* 1997;VIII(31):1063-74.
34. Libertad Martín Alfonso y Zunilda Reyes Díaz. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2003;29(2):183-87.
URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n2/spu14203.pdf> 07-01-11
35. Navarro González M. Ramos Planco M. El aborto provocado desde una perspectiva sociológica. *Rev Sex Soc* 1998; 4(9):2-4.
URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n2/spu14203.pdf> 07-01-11
36. Aguirre Zozoya F. Epidemiología del aborto. *Ginecol Obstet Mex* 1976;22(134):1675-90.
URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin12202.htm 07-01-11
37. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *La sexualidad humana.* La Habana. Editorial Científico-Técnica;1987.P.681-5.
URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin12202.htm 07-01-11

ANEXOS

ENCUESTA

La presente encuesta es solo con fines de investigación, completamente anónima. Busca identificar la percepción de la mujer mayor de 15 años frente al aborto como problema social en el Distrito de Tacna, y es únicamente con fines informativos. Por lo que solicitamos nos respondan con sinceridad y honestidad

FECHA DE APLICACIÓN:

No. DE CUESTIONARIO:

I. Características demográficas de la población estudiada

EDAD: _____

1. Ocupación:

- a) Su casa
- b) Estudiante
- c) Trabajador independiente
- d) Trabajador dependiente

2. Grado de Instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) No estudio

3. Estado civil

- a) Casada



- b) Conviviente
- c) Soltera
- d) Viuda
- e) Divorciada

4. Religión

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Testigo de Jehová
- d) Cristiano
- e) Ateo

5. Número de hijos _____

II. Actitud

6. -¿Cómo considera al aborto?

- a) Problema social
- b) Delito
- c) Solución
- d) Otros (Opine)

.....
.....

7. ¿Considera que los problemas familiares son la causa principal del aborto?

- a) Si
- b) No
- c) No opina



8. -¿Considera que los problemas económicos no son la causa principal del aborto?
- a) Si
 - b) No
 - c) No opina
9. ¿Cree usted que la falta de información sexual es la causa principal del aborto?
- a) Si
 - b) No
 - c) No opina
10. ¿Considera que el temor a los padres es un factor determinante para realizarse un aborto?
- a) Si
 - b) No
 - c) No opina
11. ¿Cree usted que el rol inequitativo entre géneros, influye en la toma de decisión sobre el aborto?
- a) Claro que si
 - b) Si
 - c) Quizás
 - d) No
 - e) Claro que no
 - f) No sabe – no opina



12. ¿Por qué cree que se llevan a cabo los abortos clandestinos?

- a) Por inconsciencia
- b) Falta de información
- c) Cobardía
- d) Por violación
- e) No sabe – No opina
- f) Otros (opine)

.....
.....

13. ¿Considera que el aborto es la solución al problema del embarazo?

- a) Si
- b) No
- c) No opina

14. La información sobre el aborto que se debe conseguir debe provenir de :

- a) Escuela
- b) Familia
- c) Medios de comunicación
- d) Amigos
- e) Otros (Opine)

.....
.....

15. Actualmente, ¿Cree usted que la información sobre salud reproductiva que
brindan las instituciones sanitarias es adecuada?

- a) Si



- b) No
- c) No sabe

16. ¿Qué opina acerca de la legalización del aborto?

- a) Está bien
- b) Está mal
- c) No sabe - no opina
- d) Otros (Opine)

.....
.....

17. ¿Considera usted que la legalización del aborto evitaría problemas sociales?

- a) Si
- b) No
- c) No opina

18. Si el aborto fuese legalizado, ¿Cómo cree usted que reaccionaría la iglesia?

- a) Bien
- b) Mal
- c) No sabe
- d) No opina

19. ¿Considera usted válido el punto de vista de la iglesia, sobre el derecho a la vida del nuevo ser en formación, y que la madre no tiene derecho de arrebatárselo, solo Dios?

- a) Si



b) No

c) No opina

20. ¿Qué estrato social considera usted el más vulnerable para realizar un aborto?

a) Estrato bajo

b) Estrato medio

c) Estrato alto

21. ¿Cree usted que el aborto conlleva a un alto consumo del presupuesto de las instituciones sanitarias?

a) Si

b) No

c) No sabe

22. ¿Conoce algún caso de aborto?

a) Si

b) No

c) No opina

23. Si tuviera un embarazo no deseado, ¿qué haría?

a) Abortar

b) Tener al hijo

c) Darlo en adopción

d) Abandonarlo

e) No opina



24. ¿Por qué tomaría esa decisión?

- a) Responsable
- b) Mejor opción
- c) El niño no tiene la culpa
- d) En contra de mis principios
- e) No opina

25. ¿Te gustaría informarte más sobre el aborto?

- a) Si
- b) No

26. ¿Ha padecido algún aborto?

- a) Si
- b) No
- c) No opina

Si usted ha padecido un aborto, responda las siguientes preguntas

27. ¿A qué edad padeció el aborto? _____

28. ¿Cuáles fueron las causas?

- a) Problemas familiares
- b) Problemas económicos
- c) Falta de información sexual
- d) Problemas educativos
- e) Temor a los padres
- f) Falta de apoyo por parte del padre



29. ¿Cuántas veces le ha ocurrido? _____

30. ¿Qué consecuencias tuvo?

- a) Morales
- b) Físicas
- c) Psicológicas
- d) Sociales

31. ¿Qué tanto le afectó emocionalmente?

- a) No le afectó
- b) Le afectó poco
- c) No sabe
- d) Afectó
- e) Afectó mucho

32. ¿Cuánto tiempo tardó en recuperarse emocionalmente?

- a) Días
- b) Meses
- c) Años

33. ¿Piensa tener más hijos?

- a) SI
- b) NO ¿Por qué?.....