UNIVERSIDAD NACIONAL
"SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO PROVOCADO, HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, LIMA, 2015"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach. FAJARDO MONTAÑEZ, Keyla Analí

Bach. MILLA LÓPEZ, Susy Karen

HUARAZ - PERÚ

2015

DEDICATORIA

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Keyla

A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y brindarme los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

Susy

AGRADECIMIENTO

A mis Profesores, porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, quienes con sus conocimientos, sus experiencias, su paciencia y su motivación han logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

Keyla

A mi asesor de tesis de grado, por su asesoramiento científico y estímulo para seguir creciendo intelectualmente, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que ayudan a formarte como persona e investigador.

Susy

ÍNDICE

RESUMEN.....v

ABSTRACT.....vi

1. INTRODUCCIÓN.....7

2. HIPÓTESIS.....13

3. BASES TEÓRICAS.....18

4. MATERIALES Y MÉTODOS.....51

5. RESULTADOS.....60

6. DISCUSIÓN.....69

7. CONCLUSIONES.....77

8. RECOMENDACIONES.....79

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ABSTRACT

The following problem was presented: What are the factors associated with induced abortion in women of reproductive age treated at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital of Lima during the year 2015?, with general objective to determine the factors associated with induced abortion in women of reproductive age treated at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital, hypothesis: The socio-economic, reproductive, family and couple factors are significantly associated with induced abortion. Prospective and correlational research, with a sample of 202 women of reproductive age diagnosed with incomplete abortion, who admitted resorted to induced abortion. It was used as instrument a questionnaire, the information was processed by means of the program SPSS V21.0, carried out by contrasting the hypothesis by statistical test Chi square. Results: Variables that showed higher values significant association were: Living with parents (48,5%), job instability (70,3%) and age of the couple between 15 and 26 years (59,9%); before which it was concluded that the factors associated with induced abortion in women of reproductive age treated at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital of Lima are the socio-economic, reproductive, family and couple factors, which are the latter, those with the highest values of association.

Keywords: Factor, induced abortion, woman of reproductive age.

1. INTRODUCCIÓN.

La maternidad segura, saludable y voluntaria es parte de los derechos humanos[1]. La mayoría de mujeres busca realizar su sueño de procrear, y celebran cuando esto ocurre, pero no todas lo hacen [2]. 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.

Se llama aborto a toda interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un peso del producto de la gestación inferior a 500g y con una medida total de 20 centímetros o con una medida de la longitud céfalo caudal de 16,5 centímetros [3]. En la actualidad el aborto provocado o inducido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), está definido como "la resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Estas maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona" [4].

La OMS estima que el 13% de las 600 000 muertes maternas, que se producen en relación con el embarazo a nivel mundial, resulta de abortos inseguros. En América Latina, el 21% de las muertes maternas se atribuye al aborto provocado. Sin embargo, a pesar del peligro que representa para la salud de la mujer, el aborto inseguro sigue siendo un recurso utilizado por millones de mujeres en todo el mundo para terminar con embarazos no deseados [5].

En el mundo ocurren aproximadamente 26 millones de abortos legales y 20 millones de ilegales, y suceden unas 78 000 muertes por aborto. La tasa de aborto en el mundo es de 13 por mil mujeres en edad fértil (MEF); en América Latina es de 37 y en el Perú es de 55 por mil MEF[6].

En el Perú se produce aproximadamente un millón de embarazos al año, de los cuales un tercio termina en aborto clandestino. De los 630 mil nacimientos que ocurren, se considera que la mitad es resultado de un embarazo no deseado. Esta condición obliga a estas mujeres a llevar la gestación con desdén, sin enfatizar en los cuidados que su estado amerita, contribuyendo de esta manera a una mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal. El aborto ocupa el cuarto lugar como causa de muerte materna (7%) según el Ministerio de Salud (2012); sin embargo, algunos estudios sostienen que dentro de las muertes por hemorragias e infecciones se encuentran subregistradas muchas muertes por aborto. En consecuencia, si existiera un buen registro de las muertes maternas, el aborto ocuparía posiblemente el segundo o tercer lugar [7].

En la actualidad, no existen cifras oficiales del aborto provocado en el Perú, contándose con tan solo las cifras reportadas por el estudio de la Organización no Gubernamental (ONG) "Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán" (2004), quien estimó un aproximado de 352 mil abortos realizados anualmente, con un riesgo del 5,2% [8].

Todas las estadísticas mencionadas anteriormente, confirman que el aborto en nuestro país es un problema de salud pública, con énfasis en mujeres pobres, que al tener prohibida su práctica en la legislación actual según la Constitución Política

del Perú de 1993 y el Código Penal [9], se realiza en condiciones de grave riesgo para la salud y la vida de la mujer. Así, por cada mujer que muere por aborto hay 10 ó 15 mujeres que quedan incapacitadas para procrear o sufren de procesos crónicos dolorosos [10]. Las repercusiones del aborto en la salud de la mujer, cuando no es la muerte, pueden ser de tipo inmediato, como hemorragias, lesiones traumáticas, infecciones; o de tipo crónico como enfermedad inflamatoria pélvica, obstrucción tubaria, embarazo ectópico, adherencias en la cavidad uterina y menopausia quirúrgica. Igualmente se refieren repercusiones psicológicas relacionadas con los sentimientos de culpabilidad, frustración de la maternidad y disminución de la autoestima [11].

Diversas investigaciones demuestran que existen muchos factores que influyen en la génesis de un aborto provocado en las mujeres de todas las clases sociales, estando determinado por factores muy diversos, entre los que se encuentran los factores reproductivos como tener ya muchos hijos [12,13,14], no tener una pareja estable [12,15,16,17,18], factores sociales como ser muy joven [12,15,17,18,19,20], no haber cumplido con sus expectativas educativas [18], otros problemas como la insuficiente educación sexual y reproductiva [12,21], así como la dificultad que enfrentan para acceder a servicios de salud reproductiva de calidad y eficiencia[21]. Asimismo, en los últimos 10 años el uso del misoprostol (Cytotec) en la práctica del aborto clandestino se ha difundido extensamente en nuestro país desde 1990. El fármaco aprobado inicialmente para el tratamiento de la úlcera péptica, es un análogo de la prostaglandina E1 que produce contracciones en el útero gestante con la consiguiente hemorragia y expulsión parcial o completa del contenido

uterino. El amplio uso de este fármaco para provocar el aborto ha facilitado el procedimiento y, conjuntamente con la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), han logrado disminuir la tasa de abortos infectados, pero también han contribuido a aumentar la incidencia de esta práctica ilegal [22,23,24].

En el caso del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el año 2014 se atendieron 4600 partos (21%), 423 mujeres ingresaron con el diagnóstico de aborto, representando el 13,9% de todos los casos, con una tasa de abortos de 19,5 por 1000 nacidos vivos. Se estima que los abortos provocados pueden llegar a un 35,3%, es decir, de cada tres abortos incompletos que ingresan al hospital uno es provocado [25].

Por las consideraciones mencionadas anteriormente, se estimó necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema**: ¿Cuáles son los factores asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Lima durante el año 2015?; teniendo como **objetivo general** el determinar los factores asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Lima durante el año 2015. Los **objetivos específicos** fueron: Determinar los factores socio-económicos asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil; Identificar los factores reproductivos asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil; Determinar los factores familiares asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil; e, Identificar los factores relacionados con la pareja asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil.

De esta manera, se **concluyó** que los factores asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Lima son los factores socio-económicos, reproductivos, familiares y de pareja, de los cuales son éstos últimos, los que presentan los más altos valores de asociación.

La presente tesis consta de seis partes. En la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. A continuación en la tercera parte, se describen los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de los datos correspondientes, así como información relevante para la investigación.

Finalmente, es pertinente indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta en la comparación de sus resultados con otros estudios nacionales e internacionales llevados a cabo en realidades diferentes, a la vez que servirá como referencia para la propuesta de nuevos lineamientos para la mejora de los programas orientados al cuidado de la Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en la prevención de los abortos provocados; promoviéndose la difusión de sus resultados por los distintos medios de comunicación local y regional, con la

finalidad de tomar acciones dirigidas a la prevención del aborto provocado como consecuencia de un embarazo no deseado.

2. HIPÓTESIS.

Los factores socio-económicos, reproductivos, familiares y de pareja están asociados significativamente al aborto provocado en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Lima.

2.1. VARIABLES.

- **Variable Independiente:**

  Factores asociados.

- **Variable Dependiente:**

  Aborto provocado.

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE: **FACTORES ASOCIADOS**	Es la característica o atributo cuya presencia se asocia con la probabilidad de recurrir a un aborto provocado.	**FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS**	Grado de instrucción.	• Analfabeta. • Primaria. • Secundaria. • Superior.	Ordinal
			Procedencia.	• Rural. • Urbana. • Marginal.	Nominal.
			Estado civil.	• Soltera. • Casada. • Conviviente. • Divorciada y/o separada. • Viuda.	Nominal.
			Religión.	• Católica. • Evangélica. • Testigo de Jehová. • Mormón. • Otra religión. • Ninguna.	Nominal.
			Ocupación.	• Ama de casa. • Empleada del sector público y/o privado. • Comerciante.	Nominal.
			Ingreso económico en el hogar.	• < o = S/. 750.00 n.s. • > S/. 750.00 n.s.	Ordinal.
			Estabilidad laboral.	• Sí. • No.	Nominal

		FACTORES REPRODUCTIVOS	Edad.	• 13 – 26 años. • 27 – 38 años. • 39 – 49 años.	Ordinal
			Edad de la primera relación sexual.	• 12– 22 años. • 23 años a más.	Ordinal
		FACTORES REPRODUCTIVOS	Número de gestaciones.	• 1 – 3 embarazos. • 4 – 6 embarazos. • Más de 6 embarazos.	Ordinal
			Número de partos.	• Ninguno. • 1 – 3 partos. • 4 – 6 partos. • Más de 6 partos.	Ordinal
			Antecedente de abortos.	• Sí. • No.	Nominal
			Número de hijos vivos.	• Ninguno. • 1– 3 hijos. • 4 – 6 hijos. • Más de 6 hijos.	Ordinal
			Uso de métodos anticonceptivos.	• Método de barrera. • Método hormonal. • Método natural. • Ninguno.	Nominal
			Número de hijos deseados.	• 1 – 2 hijos. • 3 – 5 hijos. • Más de 5 hijos. • Ninguno.	Ordinal

		FACTORES FAMILIARES	Familiares con quienes se vive.	• Padres. • Hermanos. • Abuelos. • Sobrinos. • Cuñados. • Suegros. • Ninguno.	Nominal
			Actitud de los familiares frente a un embarazo no deseado.	• Pasivo. • Agresivo. • Indiferente.	Nominal
			Violencia familiar.	• Sí. • No.	Nominal
		FACTORES RELACIONADOS CON LA PAREJA	Edad de la pareja	• 13 – 26 años. • 27 – 38 años. • 39 - 49 años.	Ordinal
			Convivencia con la pareja.	• Sí. • No.	Nominal
			Tipo de relación de pareja.	• Pareja estable. • Pareja casual.	Nominal
			Violencia conyugal.	• Sí. • No.	Nominal
			Actitud de la pareja frente al embarazo no deseado.	• Pasivo. • Agresivo. • Indiferente.	Nominal
			Consumo de bebidas alcohólicas por la pareja.	• Si • no.	Nominal

			Consumo de drogas por la pareja.	• Marihuana. • Cocaína. • Terokal. • Otra droga. • Ninguno.	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE: **ABORTO PROVOCADO**	Es el resultado de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo.	**PRIMER TRIMESTRE**	Aborto provocado entre las 1 – 13 semanas de gestación.	• Mujeres en edad fértil con aborto provocado entre las 1 – 13 semanas de gestación.	Nominal
		SEGUNDO TRIMESTRE	Aborto provocado entre las 14 – 21 semanas de gestación.	• Mujeres en edad fértil con aborto provocado entre las 14 – 21 semanas de gestación.	

3. BASES TEÓRICAS.

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

FORNEL, Daniela. (2013). **El aborto inducido: Consecuencias del uso del misoprostol en la reducción de la frecuencia y gravedad de las complicaciones.** Brasil. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar las consecuencias del uso del misoprostol en la reducción de la frecuencia y gravedad de las complicaciones en el aborto inducido. Estudio prospectivo y transversal en una muestra de 543 mujeres con aborto provocado en dos hospitales de la ciudad de Campinas, en el estado de São Paulo. El instrumento utilizado fue el cuestionario. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba Chi cuadrado. Resultados: Las infecciones y las hemorragias fueron las complicaciones más frecuentes con el 10% y 13%, respectivamente. Las mujeres que usaron misoprostol tuvieron menos complicaciones que las que utilizaron otros métodos, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas, tal vez por razón de la baja frecuencia de complicaciones. Conclusiones: Los datos muestran una reducción en la frecuencia y gravedad de las complicaciones derivadas del aborto, aunque no es posible señalar a la utilización del misoprostol como responsable de estos resultados [26].

MENDES, Cristina. (2012). **Aborto provocado en las mujeres de la periferia de la ciudad de São Paulo: Vivencias y aspectos socioeconómicos.** Brasil. Artículo de investigación. Objetivo: Identificar las

vivencias y aspectos emocionales, familiares, sociales y económicos de las mujeres que recurren al aborto provocado. Estudio prospectivo y correlacional en una muestra de 100 mujeres. El instrumento utilizado fue la entrevista. El análisis estadístico fue a través del Chi cuadrado. Resultados: Las mujeres con aborto inducido en comparación con el grupo control (aborto espontáneo) tuvieron menor nivel educativo, con énfasis en el nivel primario (82% frente a 36%, p = 0,04), menor ingreso (mediana, $ 1000 frente a $1400, p = 0,04), menor ingreso personal (mediana, $200 frente a $333, p = 0,04), mayor frecuencia de sentimientos negativos ante la sospecha (82% frente a 22%, p = 0,004) y la confirmación (72% frente a 22%, p = 0,03) del embarazo. Conclusiones: Entre las mujeres que buscan atención de salud en los hospitales de la periferia de São Paulo, el aborto inducido se relaciona con las condiciones socioeconómicas desfavorables, aunado a las experiencias emocionales de la sospecha y confirmación del embarazo [27].

HARDY, Ellen. (2012). **Características actuales asociadas con la historia del aborto inducido.** Ecuador. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar las características asociadas con el aborto inducido. Estudio correlacional y transversal en una muestra de 138 estudiantes universitarias. El instrumento utilizado fue el cuestionario. El análisis estadístico fue a través de la regresión logística. Resultados: Se encontró que el mayor porcentaje de mujeres que ya habían tenido un aborto inducido eran menores de 24 años de edad, no vivían en unión conyugal, no tenían ninguna

afiliación religiosa y sin hijos vivos en el momento del estudio. Conclusiones: El análisis por regresión logística mostró que no tener hijos vivos fue la única característica sociodemográfica asociada con haber tenido un aborto inducido [28].

SILVA, Zannety. (2011). **El aborto inducido: El discurso de las mujeres sobre sus relaciones familiares.** Venezuela. Artículo de investigación. Objetivo: Analizar las relaciones familiares de mujeres con aborto inducido. Estudio cualitativo en una muestra de 17 mujeres hospitalizadas. El instrumento utilizado fue la entrevista. Se llevó a cabo un análisis cualitativo de las entrevistas. Resultados: Las ideas centrales que surgieron de los discursos muestran que la decisión del aborto se deriva de la historia de violencia vivida con sus compañeros y familiares, y del abandono cuando el embarazo fue descubierto. Conclusiones: Los profesionales de la salud necesitan entender el contexto social en el cual viven las mujeres que abortan, a fin de reformular sus prácticas [29].

QUINTERO, Eliana. (2010). **Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga.** Colombia. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar las características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos. Estudio descriptivo y transversal en una muestra de 93 pacientes. El instrumento utilizado fue el cuestionario. El análisis estadístico fue a través del Chi cuadrado. Resultados: Los factores asociados al aborto inducido fueron: Pertenecer a un estrato socio-económico bajo, carecer de adecuada

atención sanitaria y educativa en planificación familiar, carecer de pareja estable o que ésta fuera disfuncional y que la pareja presionara para inducir el aborto por motivos económicos o paternidad satisfecha. Un contraste de estos resultados con la legislación sanitaria vigente desde la perspectiva bioética de equidad en salud, revela que la aplicación de la normatividad es deficiente tanto en cobertura como en acciones educativas en salud sexual y reproductiva. Conclusiones: Facilitar a las pacientes que ejerzan su sexualidad de manera responsable y mejorar las oportunidades para acceder a mejores opciones económicas, puede disminuir la presencia de abortos provocados[30].

CASTAÑEDA, Ileana. (2010). **Factores biosociales que influyen en la aparición del aborto provocado.** Cuba. Artículo de investigación. Objetivo: Identificar los factores biosociales que influyen en el aborto provocado. Estudio analítico de caso control en una muestra de 86 mujeres con abortos provocados y 143 mujeres con parto a término. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico fue a través del OR. Resultados: Las variables que resultaron presentar relación de dependencia con la forma de terminación del embarazo fueron: Tiempo de unión con la pareja en la que se encontró que era 8,27 veces más probable que el embarazo terminara en un aborto provocado, cuando se tenía menos de un año de relación con la pareja que cuando ese tiempo era mayor. Otro factor de riesgo fue el uso de métodos anticonceptivos, siendo 2,22 veces más probable terminar el embarazo en un aborto provocado cuando la mujer

no usaba anticonceptivos en el momento de quedar embarazada. El tercer factor de riesgo identificado fue la edad del primer embarazo y se halló que la probabilidad de concluir este embarazo en un aborto provocado fue 2,50 veces mayor cuando la mujer refirió que su primer embarazo fue entre 20 a 29 años que cuando fue de 18 a 19 años, al igual fue 2,5 veces más riesgoso que se realizara el aborto cuando enfrentó esa experiencia entre 18 y 19 años que cuando tenía menos de 18 años. Conclusiones: Existe la necesidad de realizar estudios similares para identificar los factores de riesgo que provocan la terminación de un embarazo en un aborto provocado para poder realizar intervenciones específicas para su control [31].

SALOMÓN, Liz. (2013). **Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado – Instituto Especializado Materno Perinatal - 2013.** Lima - Perú. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Identificar los factores familiares, de pareja, económicos, personales y reproductivos que determinan la decisión del aborto provocado en mujeres con este antecedente. Estudio retrospectivo, transversal y correlacional en una muestra de 117 mujeres. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico fue a través del Chi cuadrado y OR. Resultados: El 81,2% presentó un sólo factor, 17,1% dos factores, y 1,7% tres factores. El 36,8% fue determinado por el factor pareja, 35% por el factor familia, 23% por el factor personal, 11,1% por el factor económico y por el 10,3% el factor reproductivo. En la decisión del aborto provocado, el factor económico es 25 veces más probable (OR:

25,14 IC95% 1,48-811,2), el factor familia es 8 veces más probable (OR: 8,4 IC95% 2,5-29,86) y el factor pareja es 6 veces más probable (OR: 6,1 IC95% 1,61-16,35), todos estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Los factores reproductivos y personales no fueron significativos. Conclusiones: En orden descendente, la pareja, la familia, el futuro personal, el factor económico y el reproductivo están determinando la decisión de un aborto provocado, en la mayoría de ellos solo se requiere la presencia de uno (81,2%) y dos factores (17,1%). [32].

SÁNCHEZ, Verónica. (2012). **Factores socio reproductivos y su relación con el aborto provocado – Instituto Especializado Materno Perinatal - 2012.** Lima - Perú. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Determinar los factores socio reproductivos y su relación con el aborto provocado. Estudio correlacional y retrospectivo en una muestra de 92 pacientes con diagnóstico previo de embarazo y con antecedente de aborto provocado (hasta 2 años). El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. Se utilizó las estadísticas descriptivas e inferenciales, $p < 0,05$ y para las asociaciones OR. Resultados: Existe 13,3 veces más probabilidad de presentar factores socio reproductivos 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 presentaban hacinamiento; 4,2 veces más cuando la edad de primera gestación se encontró dentro de los 14 a 19 años y finalmente 3,7 veces más cuando la edad fue de 20 a 25 años. Conclusiones: Los factores asociados al aborto provocado son el ser joven (20 a 25 años), soltera, con estudios básicos (primaria y secundaria), vivir en grado de hacinamiento (todos duermen en una habitación), menos de 5 años de unión con la pareja, no vivir con él; inicio de actividad sexual precoz (13 a 19 años) y primera gestación entre 14 a 19 años [33].

SÁNCHEZ, Karina. (2012). **Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado – Hospital Nacional Sergio Bernales – 2012.** Lima - Perú. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Determinar el nivel de participación de las personas (paciente, pareja, madre, amiga, padre y otros) en la decisión del aborto provocado. Estudio transversal y correlacional en una muestra de 105 pacientes con diagnóstico de aborto incompleto y que reconocieron el aborto provocado. El instrumento utilizado fue el cuestionario. El análisis estadístico fue a través del Chi cuadrado. Resultados: La edad promedio fue 23,8 años, solteras (51,9%), estudios secundarios (66,7%), edad gestacional promedio 9,2 semanas, inicio de relaciones sexuales promedio a los 17,5 años, con una pareja sexual (53,3%), sin antecedente de aborto (80%) ni uso de métodos anticonceptivos (58,1%). La persona que sugiere el aborto es la amiga (39%), financia la pareja (53,3%) y acompaña la amiga (41%). La decisión del aborto está dada por ella (35,2%), ambos (32,4%) y la pareja (15,2%). Cuando la pareja

decide existe más posibilidades de que ella participe en algún momento en la realización del aborto, en la sugerencia (p = 0,001), financiamiento (p = 0,011) y acompañamiento (p = 0,004). Conclusiones: La pareja está relacionada en el aborto provocado, en la sugerencia, financiamiento y acompañamiento. La mamá y amiga están asociadas parcialmente [34].

SANDOVAL, José. (2012). **Aborto clandestino: Factores asociados, impacto en la salud pública y análisis de la situación legal.** Lima - Perú. Tesis de Doctorado. Objetivo: Determinar los factores asociados al aborto clandestino, su impacto en la salud pública y su situación legal. Estudio prospectivo, transversal, observacional, y explicativo en una muestra de 15 instituciones conformadas por los hospitales Sergio Bernales y Arzobispo Loayza, consultorios particulares, seminarios católicos, parroquias de Lima y oficinas del Ministerio Público. El instrumento utilizado fue el cuestionario. El análisis estadístico fue a través del Chi cuadrado. Resultados: En el hospital Sergio Bernales el número de abortos incompletos se ha incrementado pero han disminuido los abortos infectados en los últimos 14 años. Actualmente los provocados son el 34% del total de incompletos, el número excesivo de hijos es el principal motivo. Uno de cada 2 ha sido provocado con misoprostol, principalmente facilitado por el vendedor de farmacia. El Ministerio de Salud (MINSA) tiene un subregistro de muertes maternas del 45%, el análisis de 526 fichas de notificación de muerte materna, muestra al aborto como causa en un 8,36%, cifra mayor en 2,2% que las cifras oficiales. Una de cada 6 mujeres que mueren por aborto

es adolescente. Las tasas más elevadas de muerte materna por aborto se concentran en la selva y sierra centrales. En el Hospital Arzobispo Loayza, en más de la mitad de las pacientes que se atienden por infertilidad, se atribuye el problema al factor tubario; el 31% tiene el antecedente de uno o más abortos provocados. El 94% de estas pacientes atribuyen al aborto la causa de infertilidad y muestran gran arrepentimiento y sentimiento de culpa. En el país se realizan unos 410 mil abortos al año, y en Lima la fiscalía realiza sólo una denuncia por cada 1093 abortos clandestinos ocurridos. Un 74% de las pacientes sometidas a un aborto, opinan que debe ampliarse la despenalización más allá del riesgo para la madre. Este porcentaje en la opinión de ginecólogos es del 65%. Como es de esperarse, solamente el 4,4% de sacerdotes está de acuerdo con la despenalización, con la única excepción que ya existe actualmente, es decir, cuando peligra la vida de la madre. Conclusiones: En los últimos años los abortos provocados se han incrementado aunque han disminuido los infectados, probablemente por el uso de misoprostol. El impacto del aborto en la salud pública se manifiesta en las muertes maternas por aborto que, según nuestra investigación, resulta ser en un mayor porcentaje que las cifras oficiales y en una mayor morbilidad, sobre todo problemas de infertilidad por causa de obstrucción tubaria. El Perú es uno de los países latinoamericanos donde se practica el mayor número de abortos. Sólo un reducido número de abortos clandestinos es denunciado. Agentes comprometidos en el tema, como pacientes y médicos ginecólogos, opinan que la legislación debería ser modificada y que el aborto debe permitirse bajo circunstancias específicas. [35]

CALDERÓN, Jully. (2010). **Factores de pareja y grupales relacionados al aborto provocado en mujeres adolescentes.** Trujillo - Perú. Artículo de investigación. Objetivo: Evaluar la relación de los factores de pareja y grupales con el aborto provocado en mujeres adolescentes. Estudio comparativo y prospectivo en una muestra conformada por dos grupos, el primero se trató de adolescentes que se provocó aborto y acudió al Hospital Regional Docente de Trujillo por complicaciones, comparándola con un grupo control de adolescentes que continuó con el embarazo y acudió al control prenatal. Cada grupo estuvo conformado por 58 adolescentes. El instrumento utilizado fue el cuestionario. El análisis estadístico fue a través del Chi cuadrado y la prueba de diferencia de proporciones. Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos con respecto al estado civil, siendo la mayoría de las adolescentes que abortan solteras (62,1%) y las que continúan el embarazo convivientes (46,6%). Tanto las mujeres embarazadas, como las que abortaron mostraron similares proporciones de estabilidad de pareja, siendo inestables el 43% de las adolescentes que abortaron, mientras que en las embarazadas fue del 28%, sin ser ésta, suficiente diferencia estadística para ser un factor importante. La violencia en la relación de pareja tampoco se encontró relacionada al aborto provocado, debido a las escasas proporciones de violencia admitida para ambos grupos y las similitudes de las frecuencias para aborto (3,4%) y embarazo (5,2%). Respecto a las amistades que consumían licor, se pudo encontrar que este es un factor que se relaciona directamente al aborto, encontrándose que de las adolescentes que han abortado, las dos terceras

partes tenían amistades que consumían licor, mientras que el 41% ocurría en las embarazadas, entre ambas con diferencias significativas. Respecto al consumo de cigarrillos, se encontró que de las adolescentes que abortaron, el 67% de sus amistades fumaban y 41% lo hacían en el caso de las gestantes, existiendo diferencias significativas. Por tanto el hecho de que las amistades fumen, es un factor relacionado al aborto provocado. Sobre el consumo de drogas no se encontró relación debido a la escasa cantidad de amistades catalogadas como consumidoras de drogas, sin encontrarse diferencias importantes. Conclusiones: Los factores que influyen en el aborto provocado son el impacto o los problemas de pareja a raíz del embarazo y el entorno de grupo como el consumo de licor y cigarrillos por parte de las amistades de la adolescente [36].

3.2 MARCO TEÓRICO.

A. FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL ABORTO PROVOCADO.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos asociados con el aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño [37].

Es una característica o atributo que cuando está presente, expone a la persona a una posibilidad mayor de presentar un daño [38,39].

Factores socio-económicos:

La condición social y económica siempre es motivo importante para tomar cualquier decisión, los ingresos bajos por parte de la mujer son un factor determinante para que esta aborte, que las mujeres estén atravesando algún problema económico, como el caso de no tener trabajo en esos momentos, o simplemente no contar con un trabajo estable (inestabilidad laboral), aunado al nivel educativo deficiente, influyen en la interrupción voluntaria del embarazo [32].

Entre los factores socio-económicos más importantes, se tiene a los siguientes:

- Grado de instrucción.
- Procedencia.
- Estado civil.
- Religión.
- Ocupación.
- Ingreso económico en el hogar.
- Estabilidad laboral.

Factores reproductivos:

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 se va

adquiriendo cada vez más la perspicacia de emplear la contracepción para limitar la familia, recurriendo al aborto en caso de falla de los métodos anticonceptivos o en casos extremos [33].

A continuación se mencionan los factores reproductivos de mayor influencia para el aborto provocado:

- Edad.
- Edad de la primera relación sexual.
- Número de gestaciones.
- Número de partos.
- Antecedente de abortos.
- Número de hijos vivos.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Número de hijos deseados.

Factores familiares:

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. En este contexto, los miembros de la familia pueden reaccionar de diferente manera frente a un embarazo no esperado o no deseado. Una de sus reacciones puede ser el de influir en la consecución del aborto, si bien

es cierto no en todo, pero si en parte, cuando uno de los miembros da su punto de vista u opinión sobre cómo podría la mujer solucionar sus problemas.

Otra manera, es obligar a la mujer al aborto, quiere decir que cualquiera de los miembros de la familia se encarga de tomar la decisión por la mujer y que luego la llevan a que se le realice el aborto.

Otro factor involucrado dentro de la variable familia es el miedo, que es la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo (por ejemplo, salir de casa muy temprano y no tener donde ir), un daño real (el ser golpeadas) o daño imaginario (causar una decepción a los padres) por un embarazo no deseado, que tienen a la familia, a los padres o al padre, que generalmente es el jefe del hogar y que impone normas o reglas de conducta. Si un embarazo, deseado o no, está presente y, esta no es una conducta que será aceptada por la familia según la consideración de la mujer, el miedo puede anular sus facultades de decisión y raciocinio, y puede impulsar a estas mujeres a un aborto provocado [32].

Entre los principales factores familiares tenemos a los siguientes:

- Familiares con quienes se vive.
- Reacción de los familiares frente a un embarazo no deseado.
- Historia de violencia familiar.

Factores relacionados con la pareja:

La procreación es un resultado de dos, y muchas veces solo se hace el análisis de la mujer, a pesar de que el hombre pueda ser determinante a la hora de decidir la continuación del embarazo o la realización del aborto, puesto que pueden ocurrir diferentes situaciones en la relación de una pareja. Si la pareja se encuentra en difíciles condiciones para la procreación (económica, de relación, social y cultural), podrían tener un riesgo mayor de recurrir al aborto si se embaraza la mujer.

La solución de un problema que se presenta en una relación de pareja debe ser tomada por los dos, previo acuerdo, en donde ellos evalúan su situación, la estabilidad económica, aspiraciones personales, la familia, la sociedad, tomando ambos la decisión. Otra cosa es, que se presenten situaciones anómalas en la relación de pareja y que influyan en la decisión de un aborto, estas situaciones anómalas puede ser: Una pareja sexual sin unirse, pues en ocasiones una pareja sin vínculo estable puede conducir a la decisión de no tener un hijo, esto es influenciado a la vez por el tiempo de relación de la pareja, que posiblemente puede ser considerado como poco. La estabilidad en la relación de pareja es importante, porque el tener una mala relación con la pareja conllevaría a la decisión del aborto. No tener en ese momento a la pareja, porque no quiso responsabilizarse del embarazo (por ejemplo, abandono). El establecimiento de relaciones de parejas simultáneas y fortuitas, podrían obligar a acudir al aborto, ante una relación de pareja inestable [32].

A continuación se mencionan los factores relacionados con la pareja de mayor influencia para el aborto provocado:

- Edad de la pareja.
- Convivencia con la pareja.
- Tipo de relación de pareja.
- Historia de violencia conyugal.
- Reacción de la pareja frente al embarazo no deseado.
- Consumo de bebidas alcohólicas por la pareja.
- Consumo de drogas por la pareja.

B. ABORTO PROVOCADO:

El aborto inducido (del latín abortus o aborsus, de aborior, 'contrario a orior', 'contrario a nacer') o interrupción voluntaria del embarazo consiste en provocar la muerte biológica del embrión o feto para su posterior eliminación, con o sin asistencia médica, y en cualquier circunstancia social o legal. Se distingue del aborto espontáneo, ya que éste se presenta de manera natural o como consecuencia de algún accidente [40].

De esta manera, se llama aborto a toda interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un peso del producto de la gestación inferior a 500g y con una medida total de 20 centímetros o con una medida

de la longitud céfalo caudal de 16,5 centímetros [3]. En la actualidad el aborto provocado o inducido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), está definido como "la resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Estas maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona" [4].

La historia del aborto indica que la interrupción voluntaria del embarazo ha sido una práctica habitual desde hace milenios. En el debate sobre el aborto existen controversias de muy distinto carácter: científicas, sanitarias, socioeconómicas, éticas y religiosas que, en parte, se recogen en los distintos ordenamientos jurídicos sobre el aborto en cada país, donde la práctica del aborto provocado puede considerarse un derecho o un delito.

PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DEL ABORTO PROVOCADO:

El aborto puede ser inducido de muchas maneras, y la elección depende del tiempo de gestación o desarrollo del embrión o feto, de la salud de la madre, del contexto socioeconómico en el que se tome la decisión y se realice el acto, especialmente el acceso a los servicios médicos, y de los límites puestos por la legislación, entre otros factores.

Procedimientos bajo control sanitario:

A continuación se mencionan las técnicas de aborto quirúrgico y con medicamentos usadas de acuerdo a la edad gestacional de la paciente:

1° trimestre:

- Aspiración manual endouterina (AMEU-MVA).
- Succión o aspiración de vacío eléctrica AE o AVE (EVA).
- Dilatación y curetaje - legrado uterino instrumental (LU).
- Mifepristona y misoprostol (aborto con medicamentos).

2° trimestre:

- Dilatación y evacuación.
- Histerectomía.
- Dilatación y extracción intacta.
- Inducción al parto prematuro [41,42].

Procedimientos sin control sanitario:

Los métodos usados para la práctica del aborto inseguro son muy peligrosos y pueden causar la muerte de la mujer, entre ellos se incluyen:

- La ruptura del saco amniótico en la matriz con un objeto punzante o alambre (por ejemplo, un alambre enderezado percha o aguja de tejer). Este método puede provocar una infección -que puede derivar en

sepsis- o lesión en los órganos internos (por ejemplo, la perforación del útero o intestinos), lo que provoca en numerosos casos la muerte [43]. El útero se ablanda durante el embarazo y es muy fácil de perforar, por lo que un método tradicional era utilizar una gran pluma [44].

- Introducción de mezclas tóxicas, tales como chiles y productos químicos como el alumbre, desinfectantes y limpiadores como Lysol, permanganato o herbicidas en el cuerpo de la mujer. Estos métodos puede causar en la mujer síndrome del choque tóxico y la muerte. Entre las hierbas, además del chile y el azafrán, la ruda en cantidades muy pequeñas, porque es muy tóxica; el tejo y la sabina, que también son tóxicos. Estas plantas actúan básicamente como purgantes, provocando contracciones muy fuertes de los músculos abdominales, que expulsan el feto[44].

- Los métodos más peligrosos para interrumpir el embarazo y provocar el aborto son las inyecciones vaginales de distintas soluciones jabonosas, sales de plomo, mercurio, aluminio, permanganato potásico, alcohol y Coca-Cola. La mitad de los productos inyectados en vagina produce la muerte de manera casi fulminante. El aire bombeado en el útero puede provocar una embolia mortal; la quinina en pastillas puede tener también efectos mortales. En los casos en que se utiliza material no esterilizado, o rabos de perejil o de hiedra, para dilatar el útero, el riesgo más frecuente es el de fuertes infecciones que pueden suponer la extirpación de la matriz [43].

COMPLICACIONES MÉDICAS ADVERSAS:

El aborto, además de terminar con el embarazo, y la existencia del embrión o feto, según el caso, no es una intervención exenta de riesgos para la madre. Algunos métodos abortivos, cuando se trata de procedimientos poco invasivos, tienen un bajo riesgo de complicaciones serias. Aun así el riesgo puede aumentar dependiendo de cuán avanzado esté el embarazo. Cuando el aborto es inducido por la misma paciente, los porcentajes de complicación siempre serán elevados 80 % o más [41].

- El aborto por succión, legrado, o aspiración, puede causar infección, trauma de cérvix, peritonitis, endometritis, laceración o perforación del útero, hemorragia, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad, etc.

- El aborto por dilatación y curetaje presenta los mismos riesgos que el método anterior, además de perforación uterina, hemorragia, infección del tracto genital, laceración intestinal, absceso pélvico y tromboembolismo.

- El aborto por dilatación y evacuación tiene los riesgos descritos para todos los sistemas anteriores, además de infección pélvica, renal, de la cérvix e infección peritoneal. Además, puede provocar que la mujer tenga futuros embarazos ectópicos, o bebés con peso por debajo del normal, o incluso nacidos muertos, o con serias malformaciones.

- Un aborto por inyección salina tiene por posibles consecuencias, la ruptura del útero, embolismo pulmonar o coágulos intravasculares.

- El aborto mediante la suministración de prostaglandinas puede provocar la ruptura del útero, sepsis, hemorragias, paro cardíaco, vómito y aspiración de este, embolia cerebral y fallo renal agudo.

- El aborto mediante extracción menstrual, que se practica solo en las primeras siete semanas del embarazo, es un método que no discrimina entre que la paciente esté embarazada o no, actuando en ambos casos. Además, puede realizarse solo una aspiración incompleta, que conllevará una posterior infección.

- El aborto mediante la suministración de mifeprex o mifepristona (RU-486) puede conllevar una grave infección bacteriológica, sepsis sanguínea y sangrado prolongado y abundante, lo que podría requerir una cirugía. El misoprostol, empleado en ocasiones junto con la mifepristona, puede causar hemorragias y calambres. Algunas veces, el embrión o el feto pueden sobrevivir a la ingesta de los medicamentos, en esos casos los fetos sufren malformaciones graves.

Además se han descrito otras consecuencias:

- Daños causados a las trompas de Falopio si se presenta una infección.

- Partos complicados y aumento del número de abortos espontáneos.

- Aumento de la tasa de nacimientos por cesárea, y partos prematuros (anteriores a las 32 semanas de gestación).
- Placenta previa, la cual hace necesaria una cesárea para salvar la vida de la madre y su hijo.
- Isoinmunización, inmunización contra la sangre de otra persona, en pacientes Rh negativo.
- También se ha descrito aparición de cáncer de mama, en mujeres que abortaron su primer embarazo en el primer trimestre.
- Estrés posaborto, depresión y ansiedad [40,41].

CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ABORTO PROVOCADO:

El problema del aborto provocado es tratado fundamentalmente desde el punto de vista médico, pero hay un enfoque social que suele soslayarse intencionalmente, salvo excepciones el tema es tratado con timidez o es tratado como un tema delicado, difícil, espinoso, embarazoso, que obliga a estos profesionales a una salida más fácil que es la de ignorar el problema. Para otros será la doble moral y el sentimiento de culpa lo que les impide reflexionar sobre las causas y consecuencias del aborto inseguro. El análisis de los aspectos sociales que rodean al aborto es muy importante para comprender integralmente y tomar una actitud profesional y ética respecto a la mujer que aborta o desea abortar.

Los factores que rodean al embarazo no deseado le dan al aborto clandestino las características de inseguridad, explotación y deshumanización por una parte, y por otra la condena total de las autoridades eclesiásticas y de población laica que bajo fuertes argumentos consideran al aborto como un crimen [45].

En el mundo existen dos corrientes de opinión contrapuestas que se identifican internacionalmente con los nombres de "pro life" y "pro choice". En un extremo están quienes creen que el embrión o el feto tienen prioridad absoluta sobre las decisiones personales de la mujer y parecen ignorar por completo los derechos de ésta. El extremo opuesto privilegia resueltamente los derechos de la mujer a decidir por sí misma, ya sea la continuación o la interrupción del embarazo, y parece hacer caso omiso de

cualquier valor posible del embrión o el feto [46]. En el Perú, la repercusión de estas corrientes es enorme, si consideramos el gran problema de salud pública que significa el aborto. Hay amplia bibliografía en ambas orillas que contrastan los argumentos de mayor fuerza que cada tendencia esgrime.

Opinión pro elección:

Es la corriente que defiende preferentemente la libertad de la mujer para decidir respecto al embarazo no deseado, justifica con argumentos básicamente pragmáticos la decisión de estas mujeres para someterse a un aborto, y lucha en diversos ámbitos para que el aborto sea despenalizado.

Los siguientes son los argumentos fundamentales [45,47,48]:

Motivos por los cuales suceden los embarazos no deseados:

- Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.
- Falla de los métodos anticonceptivos.
- Presión familiar para tener un hijo.
- Violencia sexual.

Motivos por los que se rechaza el embarazo:

- Provoca interrupción de los estudios.
- Miedo a perder la pareja si continúa el embarazo.

- Rechazo de la familia.
- Temor al escándalo social.
- Rechazo laboral.
- Exige cambio de proyecto de vida.
- Infidelidad real o aparente de la pareja.
- Fragilidad de la relación con la pareja.
- Ya tiene el número de hijos que desea.
- Recursos económicos insuficientes.

Alternativas de la mujer con un embarazo no deseado:

- Continuar el embarazo y dar a luz un hijo no deseado.
- Dar a su hijo en adopción.
- Abandonar su hogar.
- Suicidarse.
- Abortar.

Del embarazo no deseado al aborto:

Es muy doloroso el camino que tiene que recorrer la mujer que decide abortar en un país como el nuestro, donde el aborto es penalizado y

estigmatizado, puede durar días o semanas y lo recuerdan siempre con mucha amargura. Se resume en lo siguiente:

- La soledad, la ambivalencia, el temor al dolor y la humillación.
- El conflicto religioso.
- El temor a ser encarcelada.
- La humillación de la primera consulta.
- La responsabilidad moral de la mujer.
- El aborto como último recurso.
- Intentos fallidos de aborto no quirúrgico.
- Búsqueda del servicio de buena calidad y costo accesible.
- Búsqueda del dinero requerido por encima de su capacidad.

Hay otros aspectos que están íntimamente relacionados con el origen y las consecuencias del aborto clandestino; por ejemplo, el impacto psicológico, que resulta muy importante, a pesar de que algunas organizaciones científicas de los Estados Unidos lo consideran inocuo cuando se realiza en condiciones de seguridad.

El futuro del hijo no deseado muchas veces es sombrío, muchos estudios han demostrado la violencia que se ejerce contra los hijos cuando estos han venido involuntariamente, inclusive se ven casos de infanticidio

encubierto. En Europa del Este se ha realizado un seguimiento por más de 20 años de un grupo numeroso de niños cuyas madres quisieron abortarlos, pero que por diversos impedimentos legales no se realizaron el aborto, demostrándose las nefastas consecuencias [49].

En otro estudio realizado en Finlandia, en 120 niños producto de embarazos no deseados, cuando el aborto era ilegal en estos lugares, los autores encontraron una importante correlación entre embarazo no deseado y pobre desempeño escolar y universitario[50].

Hay aspectos culturales de mucha influencia que se manifiestan por ejemplo en el machismo del hombre que se impone para embarazar a la mujer en contra de su voluntad y que luego se opone violentamente a la interrupción de este embarazo, que él se niega a apoyar.

Algunos creen, que la despenalización del aborto puede traer consigo el aumento del número de abortos, se ha demostrado que esto no es así. En Holanda y Canadá, donde está permitido el aborto, la tasa de aborto es de 5 y 12 abortos por cada 1000 MEF[51], cifras insignificantes frente a las encontradas en países donde es ilegal.

Los costos económicos para la mujer que se realiza un aborto inseguro es considerable si consideramos que no solo hay que pagar por el servicio que en su condición de clandestinidad resulta elevado, sino también por los gastos que ocurren en la búsqueda angustiosa del servicio y la hospitalización a veces prolongada por las complicaciones de estas

prácticas inseguras; de la misma manera, la pérdida de días laborales y el alejamiento obligado de su hogar que implica el abandono temporal de los hijos.

Uno de los factores responsables de la elevada morbimortalidad asociada al aborto, es la legislación que lo penaliza, la cual obliga a las mujeres a someterse a prácticas abortivas en manos inexpertas. Las autoridades pueden jugar un papel nefasto si utilizan la prohibición como un mecanismo de extorsión contra las mujeres que lo realizan y contra los practicantes de abortos. La represión indiscriminada al aborto en el Perú, lejos de disuadir a las mujeres que por distintas causas deciden realizarlo, las obliga a efectuarlo en forma clandestina, por lo tanto, las leyes represivas resultan simbólicas [52].

Opinión pro vida:

Esta corriente de opinión la defienden preferentemente el clero, son los llamados antiabortistas y llaman abortistas a los que esgrimen la idea de liberalizar el aborto, al cual lo consideran como un crimen y aducen razones de tipo moral, natural, psicológico, religioso y legal.

Afirman que no está en discusión que la vida humana comienza en el momento de la fecundación. La investigación lo ha demostrado ampliamente con la fertilización in vitro, los vientres de alquiler y los adelantos en la neonatología para salvar a niños de muy bajo peso.

El derecho a la vida es la Ley Natural y es reafirmada por la Constitución de la República y la Carta fundamental de las Naciones Unidas. El hecho de que el 60% de la humanidad acepte legalmente el aborto no justifica el crimen.

Este grupo pro vida hace mención de estudios realizados en Toronto - Canadá, donde refieren que de cada tres abortos en jovencitas una trae complicaciones que puede ocasionarle problemas de infertilidad posteriormente. Refieren que en el Cincinatti Hospital demostraron que hay 1,84 muertes por cada 10 mil alumbramientos, mientras en Maryland mueren 7,7 madres por 10 mil abortos, por lo tanto los abortos son tres veces más peligrosos que el parto. Más de una tercera parte de las madres que abortan, tienen posteriormente problemas psicológicos [53].

En el caso de violación y de incesto no solo hay que fijarse en el dolor de la mujer y en las secuelas de su familia, sino también en el derecho del nuevo ser que hay en sus entrañas.

Por el simple hecho de que un feto implique graves riesgos de venir al mundo en condiciones no deseadas, no se puede justificar su muerte antes de nacer ¿Quién nos ha dicho que los subnormales no tienen derecho a vivir? ¿Podrían los padres deshacerse de los hijos drogadictos, alcohólicos, homosexuales?. Científicamente se puede predecir, más o menos, cuando un feto presenta anormalidades, pero esa misma seguridad se debe tener a la hora de pensar en que por medio de la ciencia se puede remediar esas anormalidades[53,54].

En los países donde se ha legalizado el aborto, no han disminuido los clandestinos, ni los problemas políticos, sociales y económicos que los sacuden, al contrario, se agregan problemas derivados del no compromiso, del desprecio a la vida, de la desnaturalización del hombre.

El aborto deja siempre en la mujer y en la pareja una serie de traumas psicológicos que no son fáciles de remediar. Y el caso de la mujer que no siente nada, la estaría convirtiendo simplemente en un objeto.

La misión del estado y la sociedad es defender el derecho de cada individuo, y ante problemas graves que desbordan las responsabilidades personales y familiares, hay que buscar soluciones justas que promuevan el bienestar personal y comunitario de todos, incluidos los más débiles e indefensos.

Si se puede atentar contra la vida del feto, que es un ser humano como cualquiera de los ya nacidos, también se podrá atentar contra la vida de cualquier persona adulta, cuando ya no se ajusta a las normas sociales o cuando sea para la sociedad una carga. Una vez abierta la puerta de la muerte provocada ya no se la puede cerrar[53].

El aborto es una solución fácil y pragmática a un problema grave y complejo. La solución radical es más difícil, porque supone un largo proceso de maduración y aprendizaje; pero hay que afrontarla si no se quiere reducir la conciencia y la dignidad humana a un objeto manipulable [52].

CONSIDERACIONES LEGALES DEL ABORTO PROVOCADO:

En 1989 varias organizaciones feministas se unieron para exigir legalizar el aborto. En el Perú en junio y julio de 1990 se empezó a discutir la inclusión del aborto terapéutico en el proyecto del Código Penal, finalmente los expertos que concluyeron el proyecto presentaron la propuesta que despenalizaba el aborto en casos de violación, la propuesta estaba contenida en el artículo 120. Esta posición fue duramente criticada por la Iglesia Católica cuando estaba por aprobarse el nuevo Código Penal. En Julio de 1990 la polémica se hizo más fuerte a tal punto que el gobierno saliente no promulgó la ley, por considerar que muy pocos la conocían.

Hubo manifestaciones de apoyo y rechazo a esta negativa de promulgar la ley, mujeres violadas protestaban en un medio escrito, cartas públicas en apoyo a la decisión eran firmadas por ginecólogos, obstetras y ex ministros de justicia, representantes de la Iglesia Católica agradecieron personalmente al presidente de entonces.

En abril de 1991 se aprueba el nuevo Código Penal, en el título I de los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud se registra al aborto sin considerar la despenalización en casos de violación.

Los artículos del 114 al 120 del Código Penal establece sanciones contra las mujeres que se practican el aborto y contra las personas que lo realizan (9).

La Constitución del Perú del año 1993 ratifica la prohibición del aborto. En el artículo 2 inciso 1 cuando señala: "El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece".

La Ley General de Salud (N° 26842) establece en su artículo 30°, la obligación de que los establecimientos de salud y los médicos tratantes, informen a la autoridad policial sobre los casos en los que exista sospecha de aborto provocado [35].

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

a) Aborto.

Se llama aborto a toda interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un peso del producto de la gestación inferior a 500g y con una medida total de 20 centímetros o con una medida de la longitud céfalo caudal de 16,5 centímetros [3].

b) Aborto provocado.

En la actualidad el aborto provocado o inducido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), está definido como "la resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Estas maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona [4].

c) Factor.

Elemento o circunstancia que contribuye a producir un resultado [37].

d) Factor asociado.

Es la característica o atributo cuya presencia se asocia con la probabilidad de recurrir a un aborto provocado [37].

e) Mujeres en edad fértil.

Son las mujeres cuya edad está comprendida entre los 15 y 49 años, es decir entre la pubertad y la menopausia [55,56].

f) Riesgo.

Situación en la que existe la posibilidad de producirse un perjuicio o daño [37].

4. MATERIALES Y MÉTODOS.

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio fue de tipo PROSPECTIVO debido a que se recopiló información sobre los factores asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil durante el año 2015. Asimismo, Por su finalidad fue APLICADA, porque da soluciones y reducen los riesgos asociados al aborto provocado. Por su alcance temporal el estudio fue TRANSVERSAL, ya que se realizó la obtención de los datos en un solo momento, siendo considerado también por su alcance como un estudio CORRELACIONAL, debido a que se pretendió determinar la relación de los factores socio-económicos, reproductivos y familiares con el aborto provocado.

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño seleccionado a emplearse en la presente tesis, fue el diseño no experimental de tipo Transeccional o Transversal Correlacional, [57,58] cuyo diagrama fue el siguiente:

$$M \quad : \quad O_x \quad r \quad O_y$$

Donde:

M: Muestra

O: Observación

x, y: Subíndices que indican las observaciones obtenidas de cada una de las 2 variables.

r: Posible relación entre las variables estudiadas.

4.3 UNIVERSO O POBLACIÓN.

El estudio se realizó en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, establecimiento de salud de nivel II-2, ubicado en el distrito de Puente Piedra, provincia de Lima, región Lima.

La población estuvo integrada por todas las mujeres en edad fértil que ingresaron con el diagnóstico de aborto incompleto y que reconocieron haber recurrido al aborto provocado, cuya atención se llevó a cabo durante el año 2015 en el servicio de Emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, con un total (N) de 423 mujeres en edad fértil.

Para la elección de los elementos muestrales (unidad de análisis), se hizo uso del principio de la aleatoriedad y se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil que recurrido al aborto provocado.
- Mujeres con una edad comprendida entre los 13 y 49 años.
- Mujeres sin distinción de su condición económica.
- Mujeres que aceptaron por escrito ser sometidas al cuestionario.

b) Criterios de exclusión:

- Mujeres en edad fértil que reconocieron haber recurrido al aborto provocado pero que se negaron a participar del estudio.
- Mujeres que no cumplieron con alguno de los criterios de inclusión antes señalados.

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA.

4.4.1 UNIDAD DE ANÁLISIS:

La unidad de análisis estuvo conformada por cada una de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de aborto incompleto que reconocieron haber recurrido al aborto provocado.

4.4.2 MUESTRA:

En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones que se pretendió hacer con el presente estudio, se usó el muestreo probabilístico [57,59,60] para lo cual se determinó el tamaño de la muestra mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N^{*}Z_{\alpha}^{2}\ \mathrm{p}^{*}\mathrm{q}}{d^{2*}(N-1) + Z_{\alpha}^{2*}P^{*}q}$$

Donde:

n = Mujeres en edad fértil con el diagnostico de aborto incompleto que reconocieron haber recurrido al aborto provocado, necesarias para el estudio.

N = Tamaño de la población.

z_{∞}= Nivel de seguridad.

p = Valor de la proporción de aciertos.

q = Valor de la proporción de desaciertos.

d = Nivel de precisión.

Sabiendo que:

a) $N = 423$.

b) Nivel de seguridad (z_{∞}): 95% = 1,960.

c) p: 50% = 0,50.

d) q (1 – p): 50% = 0,50.

e) d: 5% = 0,05.

Aplicando esta información en la fórmula, se obtuvo lo siguiente:

$$n = \frac{(423)(1{,}960)^2\,(0.5)(0.5)}{(0{,}05)^2(423-1)+(1{,}960)^2(0.5)(0.5)}$$

$n = 202$

4.5 INSTRUMENTO DE RECOPILACIÓN DE DATOS.

La información se obtuvo usando como técnica de recolección de datos a la encuesta y como instrumento al cuestionario (Anexo N° 01), el cual fue aplicado a cada una de las mujeres en edad fértil con el diagnóstico de aborto incompleto que reconocieron haber recurrido al aborto provocado que formaron parte de la muestra, habiéndose considerado como requisito previo la firma voluntaria de la declaración de consentimiento informado (Anexos N° 02 y 03).

El instrumento estuvo compuesto por cinco partes redactadas de acuerdo al problema y los objetivos de investigación; según se detalla a continuación:

- Primera parte: Factores socio-económicos: Contiene 07 ítems en total.
- Segunda parte: Factores reproductivos: Comprende 08 items.
- Tercera parte: Factores familiares: Abarca 03 ítems.
- Cuarta parte: Factores relacionados con la pareja: Contiene 07íitems.
- Quinta parte: Aborto provocado: Comprende 01 ítem.

VALIDEZ.

El instrumento de recolección de datos fue sometido a la prueba de Juicio de Expertos para su validación (Anexo N° 04), para lo cual se consultó a dos Obstetras especialistas en Salud Sexual y Reproductiva, un Médico Gíneco-obstetra, una Psicóloga y un Estadístico.

CONFIABILIDAD.

Luego de la aplicación de una prueba piloto al 10% de la población total, se procedió al cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el Coeficiente alfa de Cronbach (Anexo N° 05), siendo importante aclarar que las mujeres que formaron parte de la prueba piloto no integraron la muestra final.

4.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se ejecutó la valoración y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, para interpretar la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias del estudio.

a) Análisis descriptivo:

La información obtenida con el instrumento de recolección de la información se analizó haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 21.0, para lo cual una vez confeccionada la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables en cuadros bidimensionales y gráficos de frecuencia.

b) Análisis inferencial:

Se realizó el análisis inferencial bivariante para determinar los factores asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, utilizándose para ello la prueba Chi cuadrado.

4.7 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Al establecer las pautas iniciales de esta investigación desde el punto de vista ético, se optó por ceñirse estrictamente a lo establecido en los Principios Básicos y Operacionales de la Declaración de Helsinki, la cual fue promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la investigación con seres humanos, siendo considerado como el documento más importante en la ética de la investigación en ciencias de la salud [61].

De esta manera, la presente tesis se basó en los siguientes principios:

a. Principios Básicos:

- **Principio del respeto por el individuo:**

  Durante todo el desarrollo de la presente tesis, se consideró necesario seguir como principio general, el respeto a los derechos de las mujeresen en edad fértil con la finalidad de salvaguardar su integridad personal; debido a que el deber de las investigadoras fue solamente hacia las pacientes (Artículos 2, 3 y 10), existiendo siempre la necesidad de llevar a cabo una investigación orientada

hacia el bienestar del sujeto (Artículo 6), lo cual ha sido siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad mediante la declaración de consentimiento informado (Artículo 5), cuyos modelos figuran en los Anexos N° 02 y 03 [62].

- **Principio de la privacidad y confidencialidad:**

  No se expuso la privacidad de las mujeres en edad fértil, para lo cual sólo se incluyeron preguntas referentes a los factores asociados al aborto provocado, por lo que no se tomó en cuenta nombres, domicilio, ni ningún dato que pueda perjudicar la integridad de las personas en estudio, todo esto en cumplimiento de las leyes y regulaciones (Artículo 9). Asimismo, se prestó especial vigilancia sobre el reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos (Artículo 8).

- **Principio de No Maleficencia:**

  Se buscó y procuró en todo momento no causar daño a las mujeres en edad fértil.

- **Principio de Justicia:**

  Todas las personas consideradas en el presente estudio merecieron la misma consideración y respeto, nadie fue discriminado por su raza, edad, ideas, creencias o posición social.

- **Principio de Beneficencia:**

Se procuró el mayor beneficio posible para las mujeres en edad fértil, basado en las potenciales aplicaciones de los resultados de la presente tesis en beneficio de las personas.

b. Principios Operacionales:

La presente tesis se basó en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11) y fue conducida y manejada por investigadoras bajo la supervisión de un asesor (Artículo 15) usando protocolos aprobados, sujeta a una revisión ética independiente y la supervisión de un jurado correctamente convocado y previamente asesorado (Artículo 13); existiendo el compromiso de la publicación responsable de sus resultados (Artículo 16).

5. RESULTADOS.

5.1. FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS ASOCIADOS AL ABORTO PROVOCADO.

Tabla 1. Factores sociales asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

FACTORES SOCIALES	ABORTO PROVOCADO 1 – 13 semanas		14 – 21 semanas		TOTAL		Resultados análisis estadístico
	N°	%	N°	%	N°	%	
GRADO DE INSTRUCCIÓN							
Analfabeta	9	4,5	2	0,9	11	5,4	
Primaria	36	17,8	8	4	44	21,8	$X^2_c = 12,932$
Secundaria	87	43,1	22	10,9	109	54	$p = 0,009$
Superior	20	9,8	18	9	38	18,8	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
PROCEDENCIA							
Rural	17	8,4	4	2	21	10,4	$X^2_c = 8,247$
Urbana	76	37,6	15	7,4	91	45	$p = 0,022$
Marginal	59	29,2	31	15,4	90	44,6	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
ESTADO CIVIL							
Soltera	133	65,8	36	17,9	169	83,7	
Casada	0	0	4	1,9	4	1,9	$X^2_c = 15,775$
Conviviente	11	5,4	5	2,5	16	7,9	$p = 0,006$
Divorciada y/o separada	7	3,5	5	2,5	12	6	
Viuda	1	0,5	0	0	1	0,5	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
RELIGIÓN							
Católica	74	36,6	24	11,9	98	48,5	
Evangélica	26	12,9	8	3,9	34	16,8	
Testigo de Jehová	15	7,4	5	2,5	20	9,9	$X^2_c = 0,089$
Mormón	9	4,5	3	1,5	12	6	$p = 0,882$
Otra religión	20	9,9	7	3,5	27	13,4	
Ninguna	8	3,9	3	1,5	11	5,4	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	

Se evidencia que la mayor proporción de mujeres en edad fértil que reconocieron haber recurrido al aborto provocado, tienen como grado de instrucción al nivel secundario

(54%), siendo procedentes del área urbana (45%), solteras y católicas en su mayoría, con el 83,7% y 48,5%, respectivamente; concluyéndose después del análisis estadístico, una relación significativa entre los factores sociales y el aborto provocado ($p < 0,05$), a excepción de la religión ($p > 0,05$). Asimismo, un porcentaje considerable de mujeres (75,2%) aceptaron haber tomado la decisión de someterse a un aborto clandestino durante las primeras trece semanas de su gestación.

Tabla 2. Factores económicos asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

FACTORES ECONÓMICOS	ABORTO PROVOCADO 1 – 13 semanas		14 – 21 semanas		TOTAL		Resultados análisis estadístico
	N°	%	N°	%	N°		
OCUPACIÓN							
Ama de casa	34	16,8	11	5,4	45	22,2	$X^2_c = 0,006$
Empleada del sector público y/o privado	52	25,7	17	8,5	69	34,2	p = 0,991
Comerciante	66	32,7	22	10,9	88	43,6	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
INGRESO ECONÓMICO EN EL HOGAR							
< o = S/. 750.00 n.s.	84	41,6	44	21,8	128	63,4	$X^2_c = 17,370$
> S/. 750.00 n.s.	68	33,6	6	3	74	36,6	p = 0,002
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
ESTABILIDAD LABORAL							
No	93	46	49	24,3	142	70,3	$X^2_c = 24,423$
Sí	59	29,2	1	0,5	60	29,7	p = 0,001
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	

Se da a conocer que el 43,6% de las mujeres en edad fértil participantes del estudio son comerciantes, teniendo en su mayoría un ingreso promedio mensual menor o igual al sueldo mínimo vital (63,4%), en cuyos trabajos no gozan de estabilidad laboral (70,3%).

Luego del análisis estadístico, se concluyó que con excepción de la ocupación, el resto de factores económicos tienen una relación altamente significativa con el aborto provocado ($p < 0,05$), demostrándose que la decisión de abortar tomada por las mujeres depende más de su ingreso económico que de la labor que desempeñan.

5.2. FACTORES REPRODUCTIVOS ASOCIADOS AL ABORTO PROVOCADO

Tabla 3. Factores reproductivos asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

FACTORES REPRODUCTIVOS	ABORTO PROVOCADO 1 – 13 semanas		14 – 21 semanas		TOTAL		Resultados análisis estadístico
	N°	%	N°	%	N°		
EDAD							
15 – 26 años.	109	54	22	10,9	131	64,9	$X^2_c = 15,283$
27 – 38 años	41	20,3	24	11,9	65	32,2	p = 0,004
39 – 49 años	2	0,9	4	2	6	2,9	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL							
12– 22 años	75	37,1	10	5	85	42,1	$X^2_c = 13,291$
23 años a más	77	38,1	40	19,8	117	57,9	p = 0,003
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
NÚMERO DE GESTACIONES							
1 – 3 embarazos	90	44,6	22	10,9	112	55,5	$X^2_c = 21,524$
4 – 6 embarazos	56	27,7	15	7,4	71	35,1	p = 0,001
Más de 6 embarazos	6	2,9	13	6,5	19	9,4	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
NÚMERO DE PARTOS							
Ninguno	21	10,4	16	7,9	37	18,3	
1 – 3 partos	70	34,7	19	9,4	89	44,1	$X^2_c = 13,297$
4 – 6 partos	53	26,2	9	4,5	62	30,7	p = 0,025
Más de 6 partos	8	3,9	6	3	14	6,9	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
ANTECEDENTE DE ABORTOS							
Sí	78	38,6	12	6	90	44,6	$X^2_c = 11,364$
No	74	36,6	38	18,8	112	55,4	p = 0,006
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
NÚMERO DE HIJOS VIVOS							
Ninguno	23	11,4	19	9,4	42	20,8	
1– 3 hijos	69	34,2	18	8,9	87	43,1	$X^2_c = 16,513$
4 – 6 hijos	53	26,2	8	4	61	30,2	p = 0,015
Más de 6 hijos	7	3,4	5	2,5	12	5,9	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
USO DE MAC							
Método de barrera	14	6,9	5	2,5	19	9,4	
Método hormonal	5	2,5	4	1,9	9	4,4	$X^2_c = 11,781$
Método natural	43	21,3	3	1,5	46	22,8	p = 0,036
Ninguno	90	44,5	38	18,9	128	63,4	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
NÚMERO HIJOS DESEADOS							
1 – 2 hijos	112	55,4	28	13,9	140	69,3	
3 – 5 hijos	28	13,9	7	3,5	35	17,4	$X^2_c = 16,978$
Más de 5 hijos	0	0	1	0,5	1	0,5	p = 0,009
Ninguno	12	5,9	14	6,9	26	12,8	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	

Se observa que en relación a los factores reproductivos, la mayoría de mujeres tiene una edad comprendida entre los 15 y 26 años (64,9%), con una edad similar de inicio de relaciones sexuales (12 – 22 años) en el 42,1% de casos, habiendo presentado antes embarazos y partos hasta en 3 ocasiones (55,5% y 44,1%, respectivamente), producto de lo cual en un 43,1% ya son madres de 1 – 3 hijos, de los cuales solo 2 fueron deseados (69,3%); presentando altos porcentajes de antecedentes de abortos (44,6%) y falta de uso de métodos anticonceptivos (63,4%).

Asimismo, después del análisis estadístico, se concluyó una relación significativa entre los factores reproductivos y el aborto provocado ($p < 0,05$), existiendo por lo tanto una relación de dependencia entre estas variables.

5.3. FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL ABORTO PROVOCADO.

Tabla 4. Factores familiares asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

FACTORES FAMILIARES	ABORTO PROVOCADO 1 – 13 semanas		14 – 21 semanas		TOTAL		Resultados análisis estadístico
	N°	%	N°	%	N°		
FAMILIARES CON QUIENES SE VIVE							
Padres	82	40,6	16	7,9	98	48,5	
Hermanos	39	19,3	20	9,9	59	29,2	
Abuelos	10	4,9	2	1	12	5,9	$X^2_c = 26,679$
Sobrinos	1	0,5	1	0,5	2	1	$p = 0,006$
Cuñados	1	0,5	3	1,5	4	2	
Suegros	18	8,9	4	2	22	10,9	
Ninguno	1	0,5	4	2	5	2,5	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
REACCIÓN DE LOS FAMILIARES FRENTE A UN EMBARAZO NO DESEADO							
Pasivo	0	0	2	1	2	1	
Agresivo	133	65,8	42	20,8	175	86,6	$X^2_c = 6,141$
Indiferente	19	9,4	6	3	25	12,4	$p = 0,041$
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
HISTORIA DE VIOLENCIA FAMILIAR							
Sí	99	49	22	10,9	121	59,9	$X^2_c = 6,995$
No	53	26,2	28	13,9	81	40,1	$p = 0,011$
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	

Se evidencia que la mayor proporción de mujeres en edad fértil que reconocieron haber recurrido al aborto provocado, viven con sus padres (48,5%), quienes reaccionaron agresivamente cuando se enteraron del embarazo (86,6%), lo cual guarda correspondencia con la historia de violencia familiar existente (59,9%).

De igual manera, los hallazgos del análisis estadístico, permitieron concluir una relación estadísticamente significativa entre los factores familiares y el aborto provocado ($p < 0,05$).

5.4. FACTORES RELACIONADOS CON LA PAREJA ASOCIADOS AL ABORTO PROVOCADO.

Tabla 5. Factores relacionados con la pareja asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

FACTORES RELACIONADOS CON LA PAREJA	ABORTO PROVOCADO 1 – 13 semanas		14 – 21 semanas		TOTAL		Resultados análisis estadístico
	N°	%	N°	%	N°		
EDAD DE LA PAREJA							
15 – 26 años.	104	51,5	17	8,4	121	59,9	$X^2_c = 22,433$
27 – 38 años	46	22,8	28	13,9	74	36,7	p = 0,001
39 a 49 años	2	0,9	5	2,5	7	3,4	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
CONVIVENCIA CON LA PAREJA							
Sí	11	5,4	9	4,5	20	9,9	$X^2_c = 4,886$
No	141	69,8	41	20,3	182	90,1	p = 0,039
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
TIPO DE RELACIÓN DE PAREJA							
Pareja estable	123	60,9	41	20,3	164	81,2	$X^2_c = 0,029$
Pareja casual	29	14,3	9	4,5	38	18,8	p = 0,897
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
HISTORIA DE VIOLENCIA CONYUGAL							
Sí	94	46,5	17	8,5	111	55	$X^2_c = 11,782$
No	58	28,7	33	16,3	91	45	p = 0,004
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
REACCIÓN DE LA PAREJA FRENTE AL EMBARAZO NO DESEADO							
Pasivo	0	0	3	1,5	3	1,5	
Agresivo	58	28,7	20	9,9	78	38,6	$X^2_c = 9,539$
Indiferente	94	46,5	27	13,4	121	59,9	p = 0,029
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR LA PAREJA							
Cerveza	135	66,8	37	18,3	172	85,1	
Vino	11	5,4	3	1,5	14	6,9	$X^2_c = 20,541$
Otra bebida	0	0	6	3	6	3	p = 0,005
Ninguna	6	3	4	2	10	5	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	
CONSUMO DE DROGAS POR LA PAREJA							
Marihuana	6	3	2	1	8	4	
Cocaína	1	0,5	0	0	1	0,5	$X^2_c = 1,002$
Terokal	2	0,9	0	0	2	0,9	p = 0,801
Otra droga	3	1,5	1	0,5	4	2	
Ninguna	140	69,3	47	23,3	187	92,6	
TOTAL	152	75,2	50	24,8	202	100	

Se da a conocer que el 59,9% de parejas de las mujeres en edad fértil tienen entre 15 y 26 años de edad, quienes aún no practican la convivencia (90,1%) a pesar de tener una relación estable (81,2%). Asimismo, existe un 55% de hechos de violencia conyugal, habiendo reaccionado de forma indiferente ante la noticia del embarazo (59,9%), siendo la cerveza la principal bebida alcohólica consumida (85,1%); mientras que el uso de drogas fue negado en el 92,6% de casos.

Luego del análisis estadístico, se concluyó que con excepción del tipo de relación y el consumo de drogas por la pareja, el resto de factores tienen una relación altamente significativa con el aborto provocado ($p < 0,05$), demostrándose que la decisión de abortar tomada por las mujeres se encuentra asociada con la influencia que ejercen sus parejas sobre su vida.

6. DISCUSIÓN.

Los resultados de la presente tesis con respecto al primer objetivo específico orientado a determinar los factores socio-económicos asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, fueron dados a conocer en la tabla 1, en la cual se evidenció que la mayor proporción de mujeres en edad fértil que reconocieron haber recurrido al aborto provocado, tienen como grado de instrucción al nivel secundario (54%), siendo procedentes del área urbana (45%), solteras y católicas en su mayoría, con el 83,7% y 48,5%, respectivamente; concluyéndose después del análisis estadístico, una relación significativa entre los factores sociales y el aborto provocado ($p < 0,05$), a excepción de la religión ($p > 0,05$). Asimismo, un porcentaje considerable de mujeres (75,2%) aceptaron haber tomado la decisión de someterse a un aborto clandestino durante las primeras trece semanas de su gestación.

Por su parte en la tabla 2 se dio a conocer que el 43,6% de las mujeres en edad fértil participantes del estudio fueron comerciantes, teniendo en su mayoría un ingreso promedio mensual menor o igual al sueldo mínimo vital (63,4%), en cuyos trabajos no gozaban de estabilidad laboral (70,3%). Luego del análisis estadístico, se concluyó que con excepción de la ocupación, el resto de factores económicos tienen una relación altamente significativa con el aborto provocado ($p < 0,05$), demostrándose que la decisión de abortar tomada por las mujeres depende más de su ingreso económico que de la labor que desempeñan.

Resultados similares fueron reportados por Mendes en Brasil, donde se evidenció que las mujeres con aborto inducido en comparación con el grupo control (aborto

espontáneo) tuvieron menor nivel educativo, con énfasis en el nivel primario (82% frente a 36%, p = 0,04), menor ingreso (mediana, $ 1000 frente a $1400, p = 0,04) y menor ingreso personal (mediana, $200 frente a $333, p = 0,04), concluyéndose que entre las mujeres que buscan atención de salud en los hospitales de la periferia de São Paulo, el aborto inducido se relaciona con las condiciones socioeconómicas desfavorables [27].

De igual manera, Hardy en Ecuador encontró que el mayor porcentaje de mujeres que ya habían tenido un aborto inducido no vivían en unión conyugal y no tenían ninguna afiliación religiosa [28]; mientras que Quintero en Colombia observó que los factores asociados al aborto inducido fueron pertenecer a un estrato socio-económico bajo y carecer de adecuada atención sanitaria y educativa en planificación familiar, constatándose un contraste de estos resultados con la legislación sanitaria vigente desde la perspectiva bioética de equidad en salud, la cual reveló que la aplicación de la normatividad es deficiente tanto en cobertura como en acciones educativas en salud sexual y reproductiva, por lo que es urgente facilitar a las pacientes el ejercicio de su sexualidad de manera responsable y mejorar las oportunidades para acceder a mejores opciones económicas [30].

Al respecto, Sánchez V., quien llevó a cabo un estudio en el Instituto Especializado Materno Perinatal de la ciudad de Lima – Perú, concluyó que existe 13,3 veces más probabilidad de presentar factores sociales de riesgo para aborto provocado en aquellas mujeres que cursaron estudios básicos y 4,8 veces más en aquellas que presentaban hacinamiento [33].

Por su parte, la investigadora Sánchez K. en el Hospital Nacional Sergio Bernales de Lima encontró que las mujeres que acudían a dicho hospital por aborto eran en su mayoría solteras (51,9%) y con estudios secundarios (66,7%)[34], ante lo cual Calderón no encontró diferencias significativas con respecto al estado civil en el Hospital Regional Docente de Trujillo – Perú, siendo la mayoría de las adolescentes que abortan solteras (62,1%) y las que continúan el embarazo convivientes (46,6%) [36].

Con respecto a los factores reproductivos asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, el mismo que se constituyó en el segundo objetivo específico de la presente tesis, éstos fueron dados a conocer en la tabla 3, en donde se observó que en relación a los factores reproductivos, la mayoría de mujeres tuvo una edad comprendida entre los 15 y 26 años (64,9%), con una edad similar de inicio de relaciones sexuales (12 – 22 años) en el 42,1% de casos, habiendo presentado antes embarazos y partos hasta en 3 ocasiones (55,5% y 44,1%, respectivamente), producto de lo cual en un 43,1% ya eran madres de 1 – 3 hijos, de los cuales solo 2 fueron deseados (69,3%); presentando altos porcentajes de antecedentes de abortos (44,6%) y falta de uso de métodos anticonceptivos (63,4%).

Asimismo, después del análisis estadístico, se concluyó una relación significativa entre los factores reproductivos y el aborto provocado ($p < 0,05$), existiendo por lo tanto una relación de dependencia entre estas variables.

Lo manifestado en el párrafo anterior guarda relación con lo hallado por Hardy en Ecuador, quien encontró que el mayor porcentaje de mujeres que ya habían tenido

un aborto inducido eran menores de 24 años de edad y no tenían hijos vivos en el momento del estudio, frente a lo cual se concluyó que el no tener hijos vivos es la única característica sociodemográfica asociada con haber tenido un aborto inducido [28]; conclusión también compartida por Castañeda en Cuba, para quien era 2,22 veces más probable terminar el embarazo en un aborto provocado cuando la mujer no usaba anticonceptivos en el momento de quedar embarazada. Otro factor de riesgo identificado por esta investigadora fue la edad del primer embarazo y se halló que la probabilidad de concluir este embarazo en un aborto provocado fue 2,50 veces mayor cuando la mujer refirió que su primer embarazo fue entre 20 a 29 años que cuando fue de 18 a 19 años, al igual fue 2,5 veces más riesgoso que se realizara el aborto cuando enfrentó esa experiencia entre 18 y 19 años que cuando tenía menos de 18 años [31].

Sánchez V. también encontró en la ciudad de Lima que existe 12 veces más probabilidad de presentar factores reproductivos de riesgo para aborto provocado en aquellas mujeres que iniciaron su actividad sexual dentro de los 13 a 19 años; siendo 11,1 veces más en aquellas que fueron primigestas; 4,2 veces más cuando la edad de primera gestación se encontró dentro de los 14 a 19 años y finalmente 3,7 veces más cuando la edad fue de 20 a 25 años [33].

De igual manera, Sánchez K. concluyó que la edad promedio de las mujeres con aborto provocado fue 23,8 años, edad gestacional promedio 9,2 semanas, inicio de relaciones sexuales promedio a los 17,5 años, sin antecedente de aborto (80%) ni uso de métodos anticonceptivos (58,1%) [34].

Los resultados de la tabla 4 nos permiten dar respuesta al tercer objetivo específico, el cual estuvo enfocado a determinar los factores familiares asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, evidenciándose que la mayor proporción de mujeres en edad fértil que reconocieron haber recurrido al aborto provocado, vivían con sus padres (48,5%), quienes reaccionaron agresivamente cuando se enteraron del embarazo (86,6%), lo cual guarda correspondencia con la historia de violencia familiar existente (59,9%).

De igual manera, los hallazgos del análisis estadístico, permitieron concluir una relación estadísticamente significativa entre los factores familiares y el aborto provocado ($p < 0,05$).

Resultados parecidos fueron dados a conocer por Mendes en Brasil, quien reportó que las mujeres con aborto inducido en comparación con el grupo control (aborto espontáneo) tuvieron mayor frecuencia de sentimientos negativos ante la sospecha (82% frente a 22%, $p = 0,004$) y la confirmación (72% frente a 22%, $p = 0,03$) del embarazo por la familia [27], situación también analizada por Silva en Venezuela, donde luego de llevarse a cabo un estudio cualitativo, se determinó que las ideas centrales que surgieron de los discursos muestran que la decisión del aborto se deriva de la historia de violencia vivida con sus familiares, por lo cual enfatizó en la necesidad de que los profesionales de la salud entiendan el contexto social en el cual viven las mujeres que abortan, a fin de reformular sus prácticas [29].

Finalmente, los resultados de la presente tesis con respecto al cuarto y último objetivo específico orientado a identificar los factores relacionados con la pareja asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, fueron dados a conocer

en la tabla 5, en la cual se evidenció que el 59,9% de parejas de las mujeres en edad fértil tenían entre 15 y 26 años de edad, quienes aún no practicaban la convivencia (90,1%) a pesar de tener una relación estable (81,2%). Asimismo, existió un 55% de hechos de violencia conyugal, habiendo reaccionado de forma indiferente ante la noticia del embarazo (59,9%), siendo la cerveza la principal bebida alcohólica consumida (85,1%); mientras que el uso de drogas fue negado en el 92,6% de casos.

Luego del análisis estadístico, se concluyó que con excepción del tipo de relación y el consumo de drogas por la pareja, el resto de factores tienen una relación altamente significativa con el aborto provocado ($p < 0,05$), demostrándose que la decisión de abortar tomada por las mujeres se encuentra asociada con la influencia que ejercen sus parejas sobre su vida.

Al respecto Silva en Venezuela reportó historia de violencia por parte de las parejas, quienes las abandonaron cuando el embarazo fue descubierto [29]; mientras que Quintero en Colombia concluyó que los factores asociados al aborto inducido fueron: Carecer de pareja estable o que ésta fuera disfuncional y que la pareja presionara para inducir el aborto por motivos económicos o paternidad satisfecha [30].

Castañeda, por su parte, encontró que las variables que resultaron presentar relación de dependencia con la forma de terminación del embarazo fue el tiempo de unión con la pareja en la que se encontró que era 8,27 veces más probable que el embarazo terminara en un aborto provocado, cuando se tenía menos de un año de relación con la pareja que cuando ese tiempo era mayor [31], hallazgo también

compartido por Sánchez V. en la ciudad de Lima, quien además agregó que existe 10,7 veces más probabilidad de presentar factores de riesgo para aborto provocado en aquellas mujeres que no vivían con la pareja, 8,1 veces más en aquellas que no tenían pareja estable; y 6,7 veces más en aquellas que tenían de cero a cinco años de relación con la pareja [33].

De igual forma, Sánchez K. encontró que la persona que sugiere el aborto es la amiga (39%), pero el que financia es la pareja (53,3%). La decisión del aborto está dada por la mujer (35,2%), ambos (32,4%) o solo la pareja (15,2%). Cuando la pareja decide existe más posibilidades de que ella participe en algún momento en la realización del aborto, en la sugerencia ($p = 0,001$), financiamiento ($p = 0,011$) y acompañamiento ($p = 0,004$) [34].

Acerca de lo mencionado anteriormente, Calderón reportó en el Hospital Regional Docente de Trujillo que tanto las mujeres embarazadas, como las que abortaron, mostraron similares proporciones de estabilidad de pareja, siendo inestables en el 43% de las adolescentes que abortaron, mientras que en las embarazadas fue del 28%, sin ser ésta, suficiente diferencia estadística para ser un factor importante. La violencia en la relación de pareja tampoco se encontró relacionada al aborto provocado, debido a las escasas proporciones de violencia admitida para ambos grupos y las similitudes de las frecuencias para aborto (3,4%) y embarazo (5,2%). Respecto a las amistades que consumían licor, se pudo encontrar que este es un factor que se relaciona directamente al aborto, encontrándose que de las adolescentes que han abortado, las dos terceras partes tenían amistades que consumían licor, mientras que el 41% ocurría en las embarazadas, entre ambas

con diferencias significativas. Respecto al consumo de cigarrillos, el cual no fue un factor abordado en la presente tesis, se encontró que de las adolescentes que abortaron, el 67% de sus amistades fumaban y 41% lo hacían en el caso de las gestantes, existiendo diferencias significativas. Por tanto el hecho de que las amistades fumen, es un factor relacionado al aborto provocado. Sobre el consumo de drogas no se encontró relación debido a la escasa cantidad de amistades catalogadas como consumidoras de drogas, sin encontrarse diferencias importantes [36].

7. CONCLUSIONES.

1. Los factores asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Lima son los factores socio-económicos, reproductivos, familiares y de pareja, de los cuales son éstos últimos, los que presentan los más altos valores de asociación.

2. Los factores socio-económicos como el grado de instrucción, procedencia, estado civil, ingreso económico en el hogar y estabilidad laboral, se encuentran asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, no sucediendo lo mismo con la religión y la ocupación, las cuales resultaron no significativas.

3. Todos los factores reproductivos se encuentran asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, concluyéndose que la edad, inicio precoz de relaciones sexuales, número de gestaciones, número de partos, antecedente de abortos, número de hijos vivos, uso de métodos anticonceptivos y número de hijos deseados son factores relacionados significativamente con el aborto provocado.

4. Se concluye que el tipo de familiares con quienes viven las mujeres en edad fértil, la reacción de ellos frente a un embarazo no deseado y la historia de violencia familiar son factores familiares asociados al aborto provocado.

5. La edad de la pareja, situación de convivencia, historia de violencia conyugal, reacción de la pareja frente al embarazo no deseado y consumo de bebidas alcohólicas se constituyen en factores asociados al aborto provocado en

mujeres en edad fértil; mientras que el tipo de relación y el consumo de drogas por la pareja no evidenciaron ninguna relación de influencia.

8. RECOMENDACIONES.

1. Se sugiere a las autoridades de las instituciones educativas, establecimientos de salud, gobiernos locales y Organizaciones No Gubernamentales (ONG), el desarrollo e implementación de planes de intervención que tomen en cuenta los resultados de ésta y otras investigaciones con respecto a los factores asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil, a fin de disminuir no solo la ocurrencia de dicha práctica ilegal, sino también embarazos no deseados y otras consecuencias negativas que se producen como consecuencia de la falta información respecto a este tema.

2. Las autoridades del Ministerio de Educación deben promover acciones orientadas a la implementación de estrategias o protocolos adecuados para la prevención del aborto provocado entre las mujeres en edad fértil, con énfasis en las repercusiones futuras sobre su salud, promoviéndose la difusión de información entre los grupos poblacionales más vulnerables de nuestro país.

3. El Colegio de Obstetras del Perú en coordinación con los Ministerios de Salud y Educación, deben de gestionar que la enseñanza sobre temas de salud sexual y reproductiva en las diferentes instituciones educativas sea llevada a cabo por profesionales especialistas en el área, quienes puedan abordar estos temas de una manera más eficaz e informada, superando las deficiencias actuales que existen en los diferentes niveles educativos.

4. Se sugiere a los profesionales de la salud y otras personas dedicadas al trabajo en el área de Gíneco-Obstetricia, continuar con estudios relacionados con el

tema de la presente tesis, a fin de encontrar nuevas alternativas de solución que ayuden a la prevención y disminución del aborto provocado y los embarazos no deseados en el Perú, enfatizándose en un abordaje inter y multidisciplinario.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Romero B. Informe Derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; 2012.

2. Aparicio J. Características del aborto en las adolescentes. Lima: Revista Clínicas de Obstetricia y Ginecología 2011; 42 (3): 34-40.

3. Gutiérrez M. El aborto como problema de Salud Pública. Revista de Actualidad Materno Perinatal 2011; (8):37-46.

4. Pérez S. Obstetricia. 3 ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 2009.

5. World Health Organization. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. 3 ed. Ginebra: WHO; 2008.

6. Stanley H, Singh S, Haas T. La incidencia del aborto inducido a nivel mundial. Perspectivas internacionales en planificación familiar. New York: Pathfinder International; 2011.

7. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Mortalidad materna y aborto inseguro: Enfrentando la realidad. Lima: Flora Tristán; 2012.

8. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. El aborto: Un problema social y de Salud Pública. Lima: Flora Tristán; 2004.

9. Montoya C. Impunidad del aborto frente a la eugenesia y al honor. Lima: Editora RAO; 2009.

10. Galdós S, Cáceres C. El aborto: aproximándonos a la realidad y conociendo diferentes posiciones. Lima: Editora RAO; 2010.

11. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Responsabilidad de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología frente al manejo del aborto para reducir la mortalidad materna. Lima: SPOG; 2008.

12. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Factores condicionantes y estrategias de intervención para la prevención del embarazo no deseado y el aborto inducido. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2011.

13. Agadjanian V. Quasi legal, abortion services in a Sub – Saharan setting: Users' profile and motivations. International Family Planning Perspectives 2008; 24 (3): 111-116.

14. Ahiadeke C. Incidence of induced abortion in Southern Ghana. International Family Planning Perspectives 2010; 27 (2): 96-101.

15. Castañeda L. Factores biosociales que influyen en la aparición del aborto provocado. La Habana: Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología 2009; 25 (1): 55-60.

16. Díaz E. Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto inducido. La Habana: Revista Clínica de Obstetricia y Ginecología 2010; 15 (4): 72-9.

17. Fonseca W, Mizago C, Santos E. Características socio – demográficas, reproductivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em Hospital da Região Sul do Brasil. Río de Janeiro 2008; 14 (21): 279-295.

18. Álvarez L. El aborto en Cuba. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2009.

19. Cabezas E. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. México: Revista de Salud Pública 2010; 40: 265-271.

20. Álvarez L, Díaz E. Factores del aborto inducido: Un estudio multivariado. L Habana: ONU; 2011.

21. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú: Hechos y cifras. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; 2012.

22. Yáñez V. El aborto: Hablemos de sexo. Lima: Mediterráneo; 2010.

23. Dirección General de Salud de las Personas. Determinantes de la salud reproductiva. Lima: MINSA; 2012.

24. The Alan Guttmacher Institute. Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamericana. New York: Pathfinder International; 2010.

25. Servicio de Estadística e Informática del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Reporte Semestral 2014. Lima: Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; 2014.

26. Fornel D, Bedone A, Faundes A, Dos Santos A, Gomes V. El aborto inducido: Consecuencias del uso del misoprostol en la reducción de la frecuencia y gravedad de las complicaciones. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2013; 10 (4): 441-447.

27. Mendes C, Yamamoto R, Guerra G, Souza M, Vieira R, Zugaib M. Aborto provocado en las mujeres de la periferia de la ciudad de São Paulo: Vivencias y aspectos socioeconómicos. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35 (1): 27-32.

28. Hardy E, Costa R, Rodrigues T, De Moraes T. Características actuales asociadas con la historia del aborto inducido. Revista de Salud Pública 2012; 28 (1): 82-5.

29. Silva Z, Freire N. El aborto inducido: El discurso de las mujeres sobre sus relaciones familiares. Texto Contexto Enferm 2011; 20 (4): 742-50.

30. Quintero E, Ortiz R, Ochoa M, Consuegra M, Oliveros C. Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. Rev. Salud Pública 2010; 12 (4): 570-579.

31. Castañeda I, Molina M. Factores biosociales que influyen en la aparición del aborto provocado. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010; 25 (1): 55-60. http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol.25_1_99/gin11199.htm.

32. Salomón L. Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado – Instituto Especializado Materno Perinatal – 2013 [tesis licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.

33. Sánchez V. Factores socio reproductivos y su relación con el aborto provocado – Instituto Especializado Materno Perinatal – 2012 [tesis licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

34. Sánchez K. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado – Hospital Nacional Sergio Bernales – 2012 [tesis licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

35. Sandoval J. Aborto clandestino: Factores asociados, impacto en la salud pública y análisis de la situación legal [tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

36. Calderón J, Alzamora L. Factores de pareja y grupales relacionados al aborto provocado en mujeres adolescentes. UCV - Scientia 2010; 1 (1): 110-115.

37. García R. et al. Comportamiento sexual. Horizonte Sanitario [serial online] 2012 [citado el 19 de diciembre del 2014]. Disponible en: URL: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2006_ene_abril/Conocimiento_actidtud_en_poblacion.pdf.http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.htm.

38. Lameiras M. et al. Factores de riesgo en las relaciones con coito vaginal de jóvenes gallegas entre 14 y 24 años - España. Revista de Salud Pública [serial online] 2011 [citado 23 de diciembre del 2014]. Disponible en URL: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-999 82008000200014&lng=es&nrm.

39. Menkes C, Suárez L. Factores de riesgo entre las mujeres adolescentes en diversos países de América Latina. Horizonte Sanitario [serial online] 2013 [citado 23 de diciembre del 2014]. Disponible en: URL: http://www.somede.org/documentos/ Xreunion/ponencias/J_1_4.pdf.

40. Ministerio de Sanidad y Consumo y Observatorio de salud de la mujer. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2010.

41. Faúndes A, Barzelatto J. El drama del aborto. Santiago de Chile: Lom; 2012.

42. Artúz M, Restrepo H. El aborto inducido. Una visión histórica de su manejo. Bogotá: Colombia Médica; 2011.

43. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 3 ed. Ginebra: WHO; 2010.

44. Organización Mundial de la Salud. Manejo de urgencia del aborto inseguro. México D. F.: OM

45. Cardich R. Visiones del aborto. Lima: Ediciones Movimiento Manuela Ramos, 2011.

46. Faúndes A, Barzelato J. El drama del aborto, en busca de un consenso: Bogotá: Editores TM S.A.; 2012.

47. Instituto Nacional Materno Perinatal. Aborto y Salud Reproductiva. Lima Ediciones INMP; 2008.

48. Movimiento Manuela Ramos. El aborto. Lima: Ediciones Manuela Ramos; 2007.

49. Henry P. et al. Born unwanted. Development effects of denied abortion. New York: Springer Publishing Company; 2008.

50. Myhraman A. et al. Does the wanterdness of a pregnancy predict a child's educational attainment?. Family Planning Perspectives 2008; 27: 116-120.

51. Villarreal J. Aspectos no médicos del aborto. Rev Colombiana Obstet y Gin. 2008; 49: 48-51.

52. Rodríguez J. ABC del derecho penal, parte especial: Aborto. Lima: Editorial JUS Editores; 2009.

53. Rodríguez A, Lievano M. Hay que defender la vida. Caracas: Obispado de Caracas, Arquidiócesis Familiar; 2009.

54. Kissiling F. El vaticano y las políticas de Salud Reproductiva, en Conciencia Latinoamericana. Brasil. 2000, volXII, N°2

55. OMS - Planificación familiar. Nota descriptiva. [serial online] 2012 Feb – Mar [citado 10 de marzo del 2014]. Disponible en: URL: http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/fs351/es/index.html.

56. Ministerio de Salud del Perú. Plan de mercadeo social del condón femenino 2013– 2015. Lima: MINSA; 2013.

57. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México (DF): Editorial McGraw-Hill; 2009.

58. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la investigación. Washington D. C.: OPS; 2009.

59. Freund J. Estadística elemental. México (DF): Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana; 2010.

60. Hopkins B. Estadística básica para las ciencias sociales y del comportamiento. México (DF): Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana; 2011.

61. World Medical Association. Declaración de Helsinki. Finlandia: WMA; 2010.

62. Huerta M, Menacho J. Manual de estilo de redacción científica. Huaraz: Oficina General de Investigación y Cooperación Técnica - UNASAM; 2013.

ANEXOS

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL
"SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL
DE OBSTETRICIA

CUESTIONARIO

"FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO PROVOCADO, HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, LIMA, 2015"

Me dirijo a ti para pedirte tu valiosa colaboración en cuanto al llenado del presente cuestionario. Las preguntas que contestes serán utilizadas con fines de una investigación para determinar los factores asociados al aborto provocado; por lo tanto las respuestas tienen carácter confidencial, requiriéndose como tal que sean verdaderas, honestas y lo más exactas posibles.

N° Cuestionario_____

INSTRUCCIONES:

Lee cuidadosamente cada pregunta y marca con un aspa sólo la alternativa que corresponde a tu situación.

I. FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS:

1. ¿Cuál es tu grado de instrucción?
    1. Analfabeta.
    2. Primaria.
    3. Secundaria.
    4. Superior.
2. ¿Dónde vives?
    1. Zona rural.

2. Zona urbana.
3. Zona marginal.

3. ¿Cuál es tu estado civil?
   1. Soltera.
   2. Casada.
   3. Conviviente.
   4. Divorciada y/o separada.
   5. Viuda.
4. ¿Cuál es tu religión?
   1. Católica.
   2. Evangélica.
   3. Testigo de Jehová.
   4. Mormón.
   5. Otra religión.
   6. Ninguna.
5. ¿Cuál es tu ocupación principal?
   1. Ama de casa.
   2. Empleada del sector público y/o privado.
   3. Comerciante.
6. ¿Cuánto es la cantidad mensual de ingreso económico en tu casa?
   1. < o = S/. 750.00 n.s.
   2. > S/. 750.00 n.s.
7. ¿Tienes estabilidad laboral?
   1. Sí.

2. No.

II. FACTORES REPRODUCTIVOS:

1. ¿Qué edad tienes?
    1. 13 – 26 años.
    2. 27 – 38 años.
    3. 39 – 49 años.
2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?
    1. 12 – 22 años.
    2. 23 años a más.
3. ¿Cuántos embarazos has tenido hasta ahora?
    1. 1 – 3 embarazos.
    2. 4 – 6 embarazos.
    3. Más de 6 embarazos.
4. ¿Cuántos partos has tenido?
    1. Ninguno.
    2. 1 – 3 partos.
    3. 4 – 6 partos.
    4. Más de 6 partos.
5. ¿Habías tenido antes algún aborto?
    1. Sí.
    2. No.
6. ¿Cuántos hijos vivos tienes?
    1. Ninguno.
    2. 1– 3 hijos.

3. 4 – 6 hijos.

4. Más de 6 hijos.

7. ¿Estuviste usando algún método anticonceptivo antes de este embarazo?

1. Método de barrera.

2. Método hormonal.

3. Método natural.

4. Ninguno.

8. ¿Cuántos hijos has deseado tener?

1. 1 – 2 hijos.

2. 3 – 5 hijos.

3. Más de 5 hijos.

4. Ninguno.

III. FACTORES FAMILIARES:

1. ¿Con qué familiares vives?

1. Padres.

2. Hermanos.

3. Abuelos.

4. Sobrinos.

5. Cuñados.

6. Suegros.

7. Ninguno.

2. ¿Cuál fue la reacción de tus familiares sobre tu embarazo?

1. Reaccionaron de forma tranquila.

2. Reaccionaron de forma agresiva.

3. No les importó.

3. ¿Has sufrido alguna vez violencia por parte de tus familiares?

1. Sí.

2. No.

IV. FACTORES RELACIONADOS CON LA PAREJA:

1. ¿Cuál es la edad de tu pareja?

1. 13– 26 años.

2. 27 – 38 años.

3. 39 – 49 años.

2. ¿Convives con tu pareja?

1. Sí.

2. No.

3. ¿Con qué tipo de pareja mantienes relaciones sexuales?

1. Pareja estable.

2. Pareja casual.

4. ¿Has sufrido alguna vez violencia por parte de tu pareja?

1. Sí.

2. No.

5. ¿Cuál fue la reacción de tu pareja sobre tu embarazo?

1. Reaccionó de forma tranquila.

2. Reaccionó de forma agresiva.

3. No le importó.

6. ¿Tu pareja consume bebidas alcohólicas?

1. Sí.

2. No.

7. ¿Tu pareja consume drogas?

1. Marihuana.
2. Cocaína.
3. Terokal.
4. Otra droga.
5. Ninguna.

V. ABORTO PROVOCADO:

1. ¿Cuántos meses de embarazo tenías cuando recurriste al aborto?

1. 1– 3 meses.
2. 4 – 5 meses.

ANEXO N° 02

"FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO PROVOCADO, HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, LIMA, 2015"

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VOLUNTARIO PARA MUJERES EN EDAD FERTIL MAYORES DE EDAD

Quien suscribe el presente Sra, Srta. ...., de..... años de edad, identificada con D.N.I. N° ....., por medio de la presente acepto participar en el trabajo de investigación titulado: "Factores asociados al aborto provocado, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015".

El objetivo del estudio es:

Determinar los factores asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Lima durante el año 2015.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Autorizar la aplicación de un cuestionario para poder obtener los resultados.

Declaro que se me ha informado minuciosamente sobre las posibles inconvenientes, molestias y beneficios que conllevará mi participación en el estudio.

Las investigadoras responsables se han comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento a realizar, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Mi duda es:

.....

También he sido informada que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Las investigadoras responsables considerarán en todo momento el principio de confidencialidad. Los beneficios del estudio para mi persona son: Información oportuna sobre el resultado del cuestionario aplicado.

Las investigadoras responsables del trabajo de investigación son:

1. Bach. Fajardo Montañez, Keyla Analí.
2. Bach. Milla López, Susy.

Huaraz, ... de ..... del 2015.

Sra., Srta.....

D. N. I. Nº

Huella Digital

ANEXO N° 03

"FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO PROVOCADO, HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, LIMA, 2015"

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VOLUNTARIO PARA EL APODERADO LEGAL Y/O PADRE DE FAMILIA

Quien suscribe el presente Sr., Sra. ...., de ..... años de edad, identificado (a) con D.N.I. N° ....., por medio de la presente autorizo la participación de mi menor hija en el trabajo de investigación titulado: "Factores asociados al aborto provocado, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015".

El objetivo del estudio es:

Determinar los factores asociados al aborto provocado en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Lima durante el año 2015.

Se me ha explicado que la participación de mi hija consistirá en:

Autorizar la aplicación de un cuestionario para poder obtener los resultados.

Declaro que se me ha informado minuciosamente sobre las posibles inconvenientes, molestias y beneficios que conllevará su participación en el estudio.

Las investigadoras responsables se han comprometido a darnos información oportuna sobre cualquier procedimiento a realizar, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Nuestras dudas son:

.....

También he sido informada(o) que mi hija conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Las investigadoras responsables considerarán en todo momento el principio de confidencialidad. Los beneficios del estudio son: Información oportuna sobre el resultado del cuestionario aplicado.

Las investigadoras responsables del trabajo de investigación son:

1. Bach. Fajardo Montañez, Keyla Analí.
2. Bach. Milla López, Susy.

Huaraz, ... de ..... del 2015.

Sr., Sra.....

D. N. I. N°

Huella Digital

ANEXO Nº 04

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 ó 0 de acuerdo a su criterio:

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general (...)
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos (...)
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados (...)
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto (...)
5. Los ítems están redactados correctamente (...)
6. Los ítems despiertan ambigüedades en el encuestado (...)
7. El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (...)
8. La hipótesis está formulada correctamente (...)

LEYENDA	PUNTUACIÓN
DA: De Acuerdo	1
ED: En Desacuerdo	0

RESULTADOS:

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	TOTAL
I	1	1	1	1	1	0	1	1	7
II	1	1	1	1	1	0	1	1	7
III	1	1	1	1	1	0	1	1	7
IV	1	1	1	1	1	0	1	1	7
V	1	1	1	1	0	0	1	1	6
TOTAL	5	5	5	5	4	0	5	5	34

ANEXO Nº 05

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Realizado el cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, se obtuvo como resultado un instrumento de investigación confiable, según se detalla a continuación:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
,829	,818	26

ANEXO Nº 06

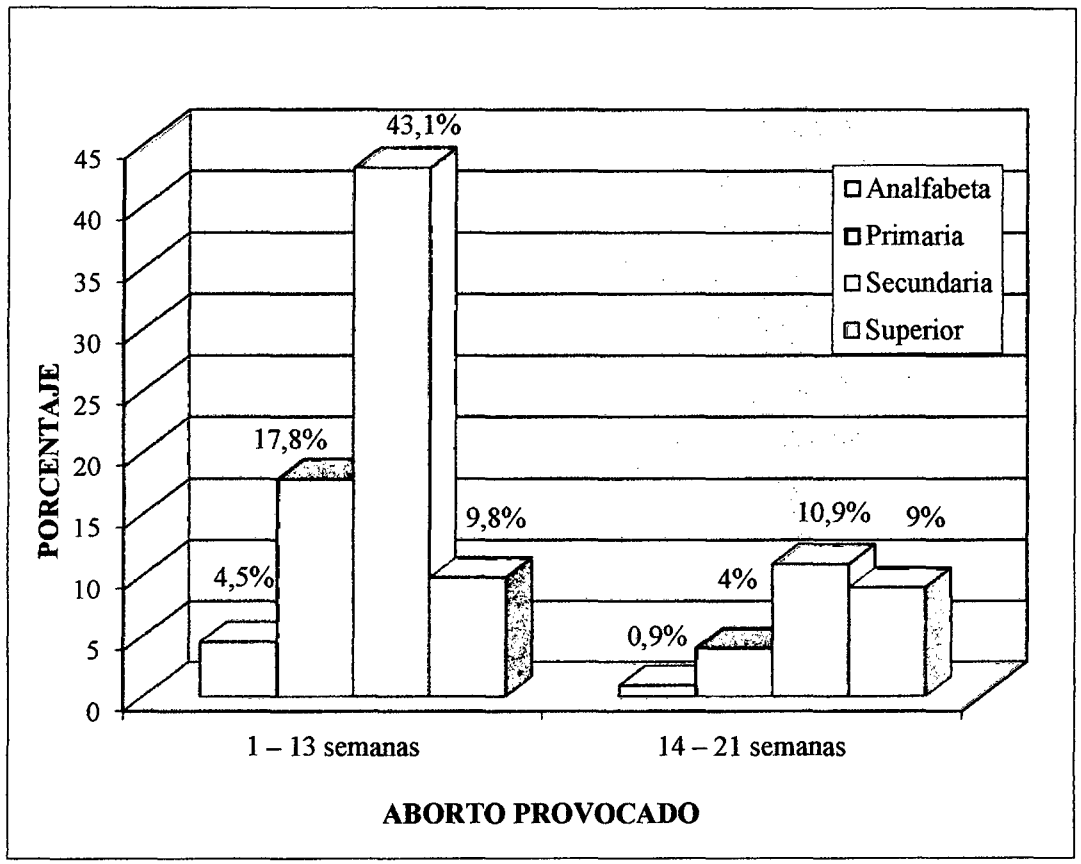

Figura 1. Grado de instrucción asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

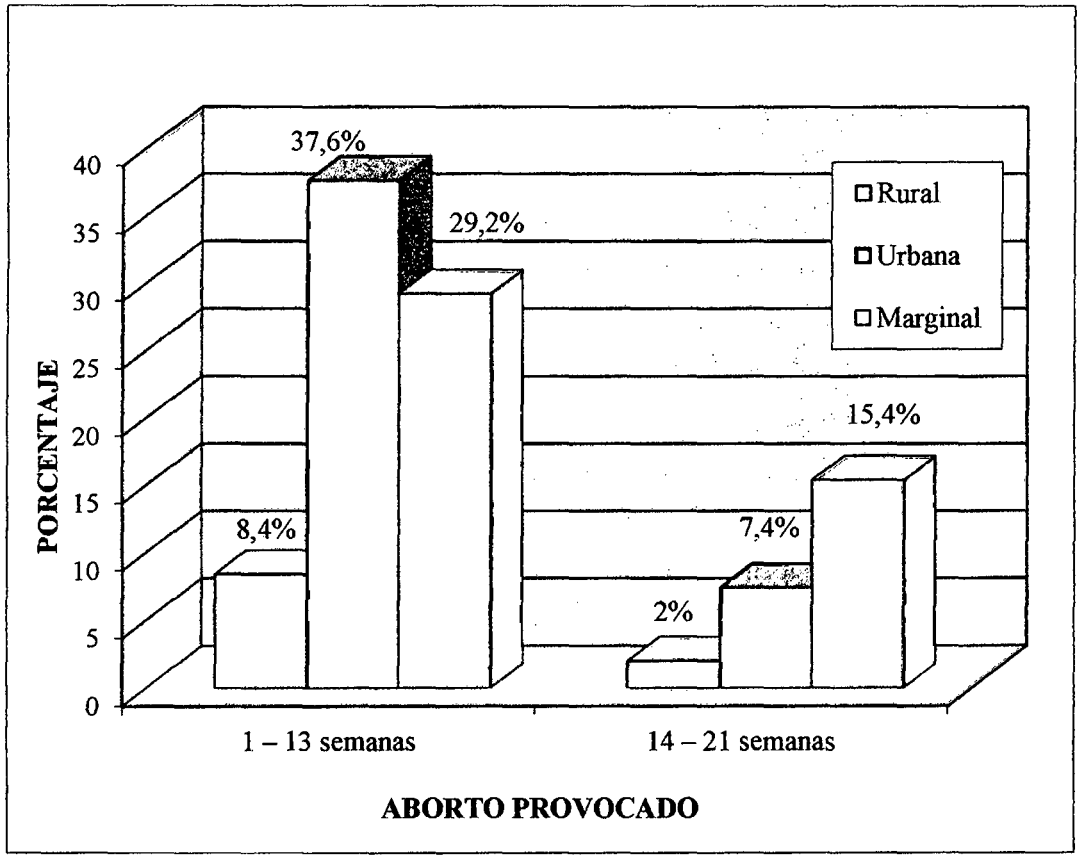

Figura 2. Procedencia asociada al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

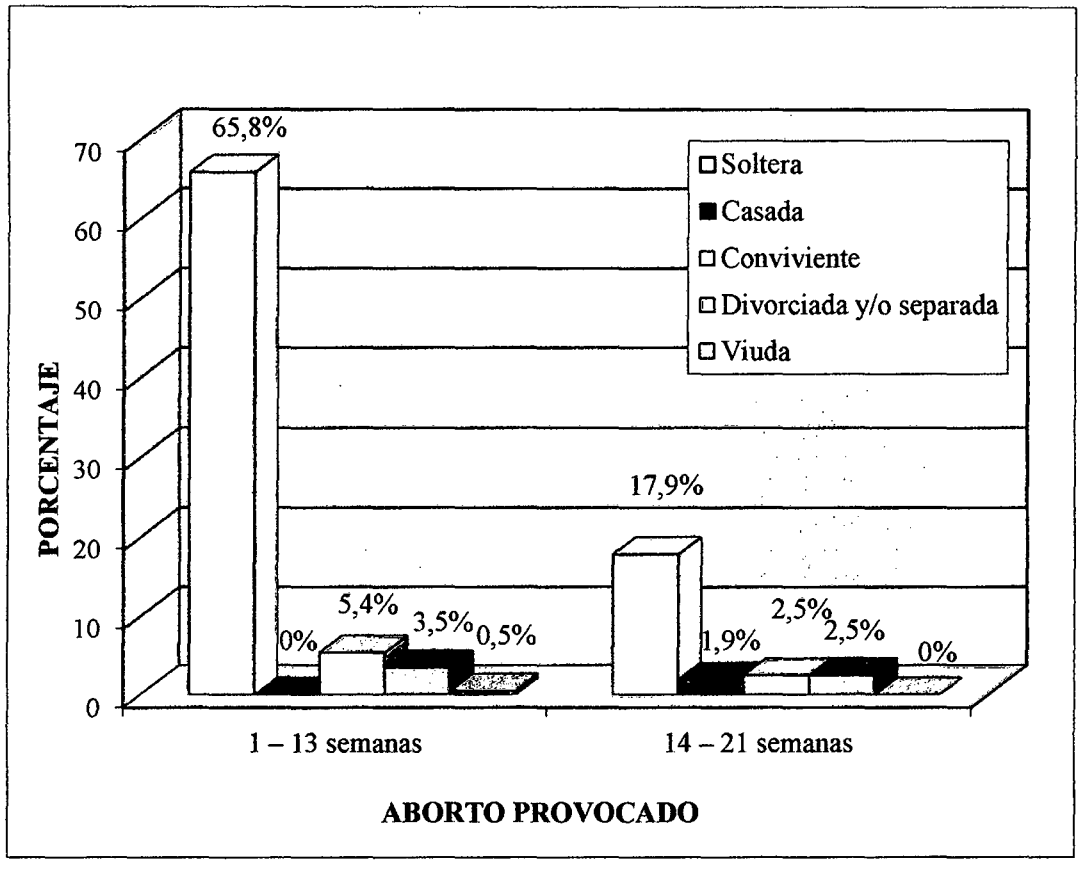

Figura 3. Estado civil asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

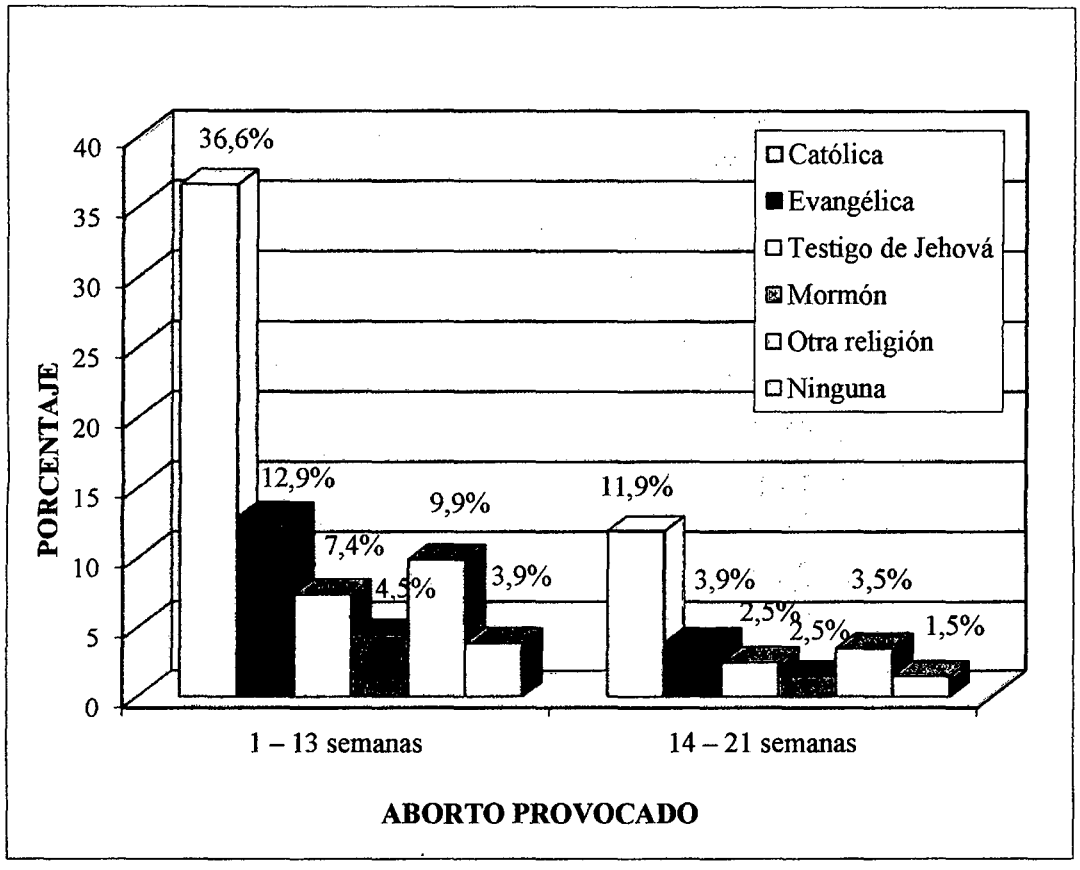

Figura 4. Religión asociada al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

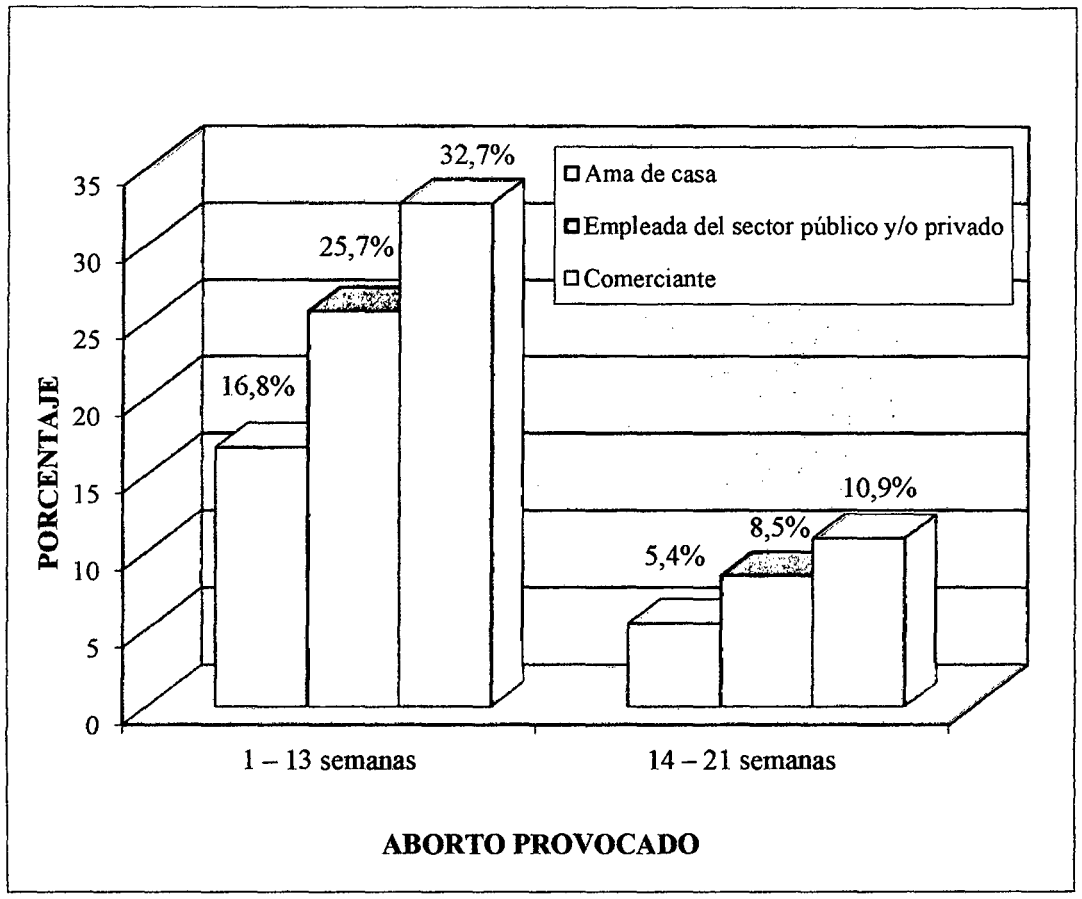

Figura 5. Ocupación asociada al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

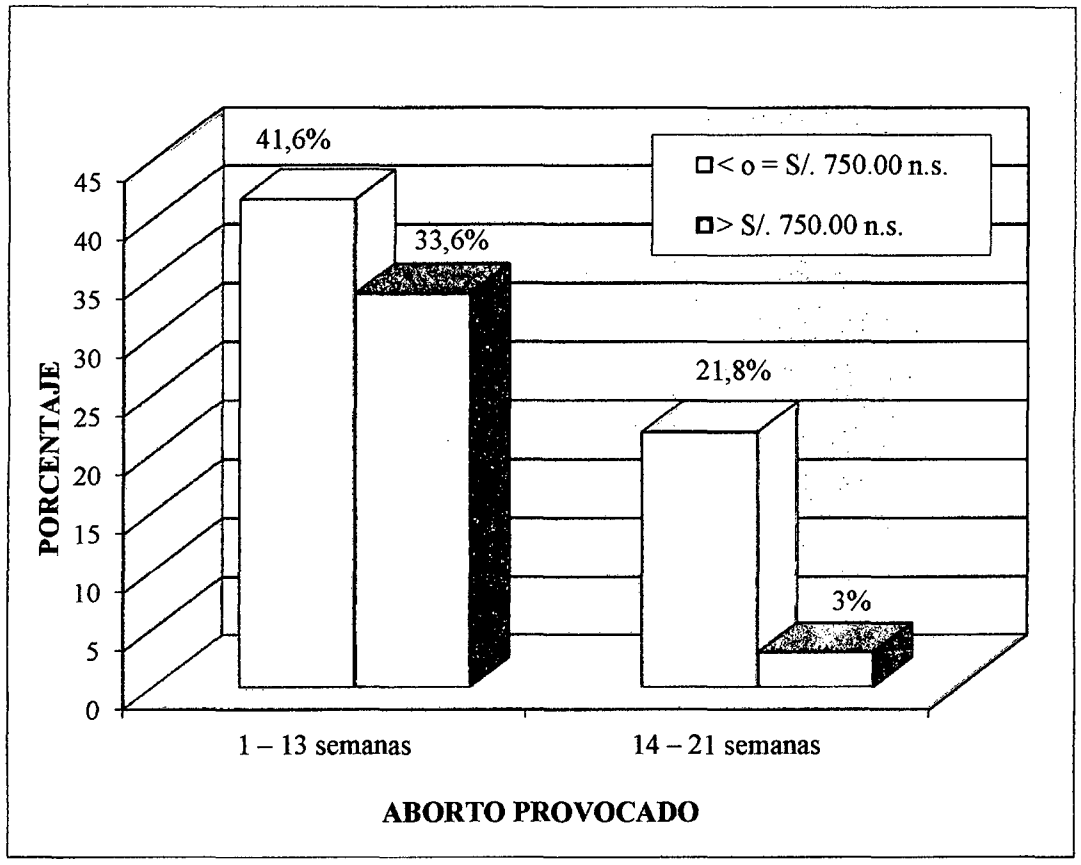

Figura 6. Ingreso económico en el hogar asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

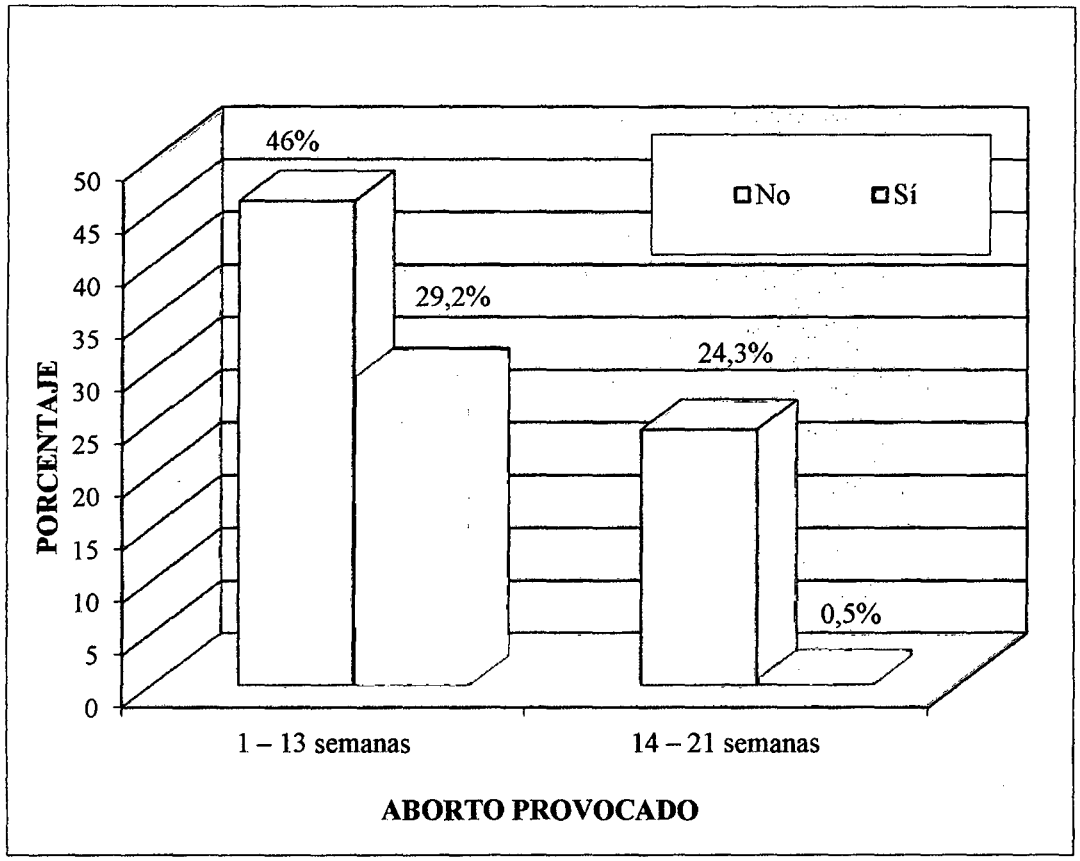

Figura 7. Estabilidad laboral asociada al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

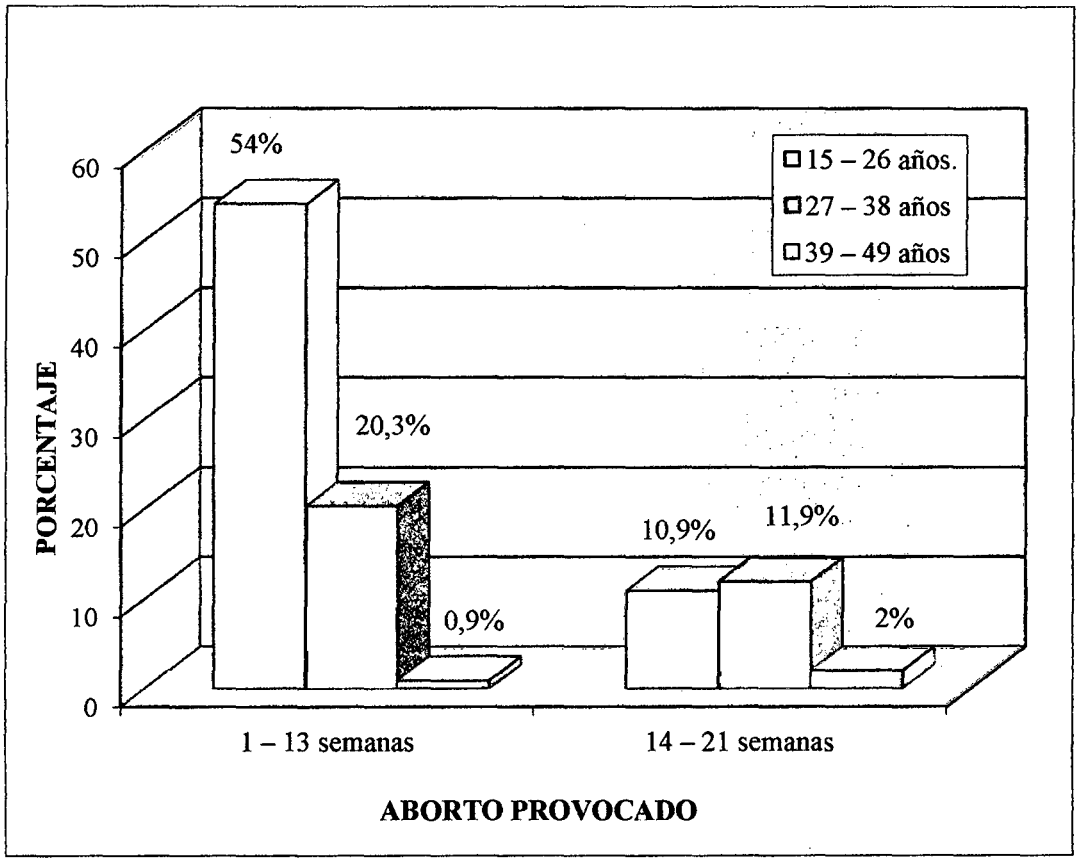

Figura 8. Edad asociada al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

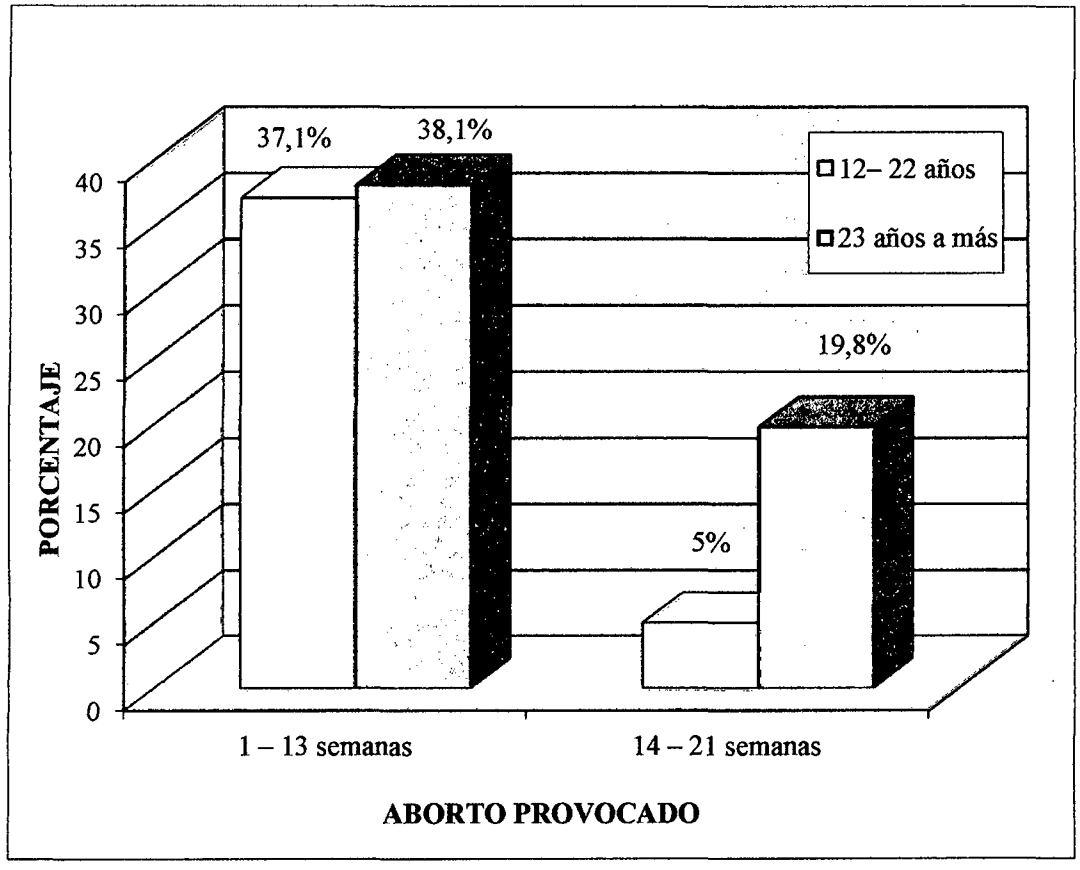

Figura 9. Edad de la primera relación sexual asociada al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

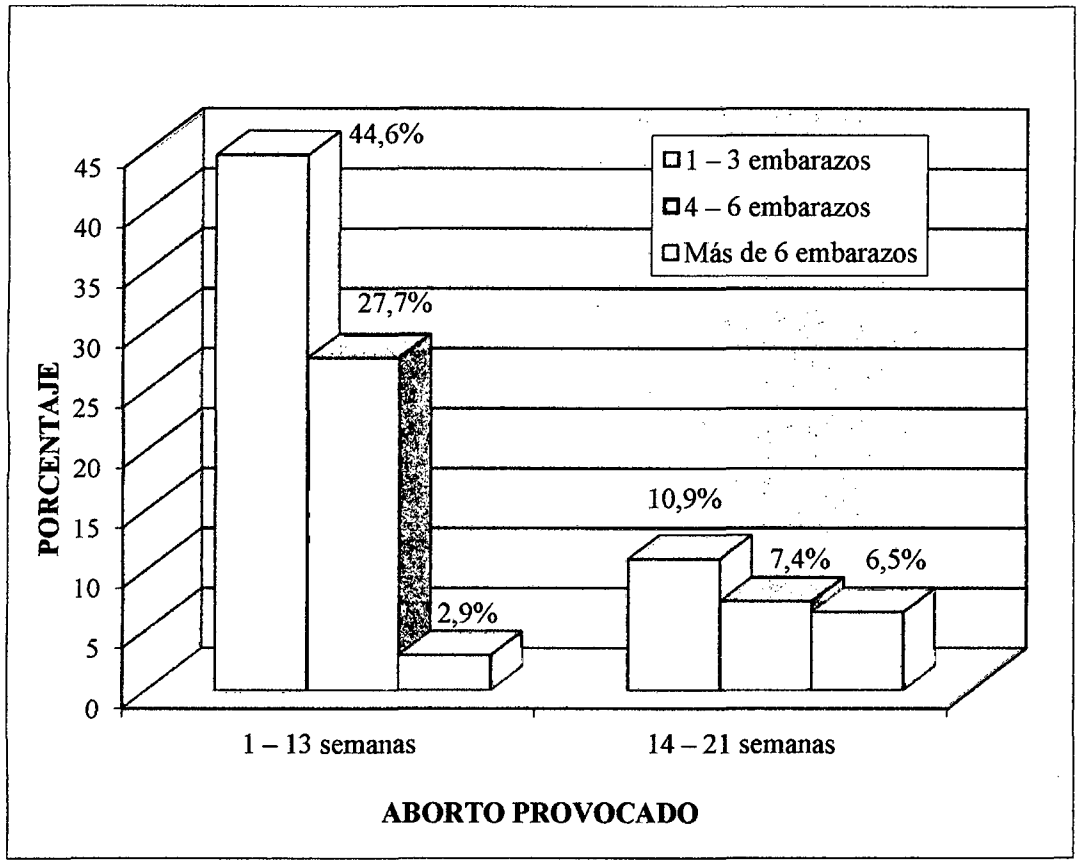

Figura 10. Número de gestaciones asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

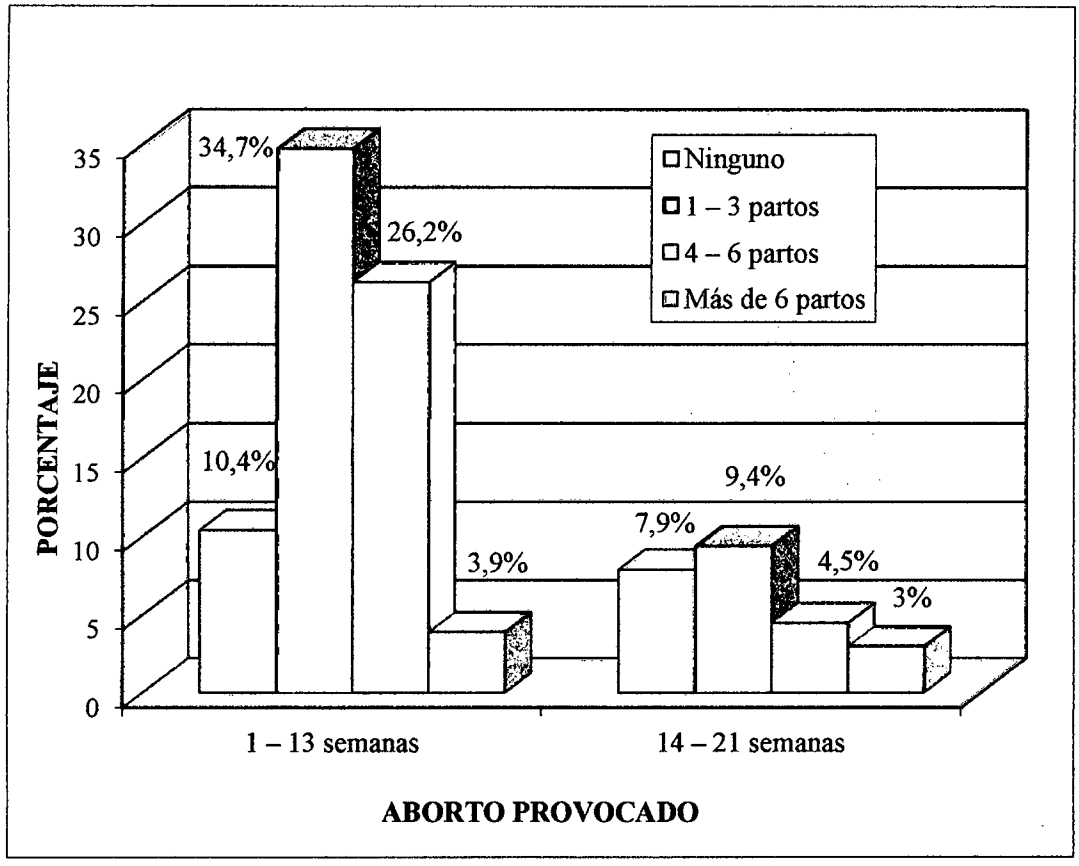

Figura 11. Número de partos asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

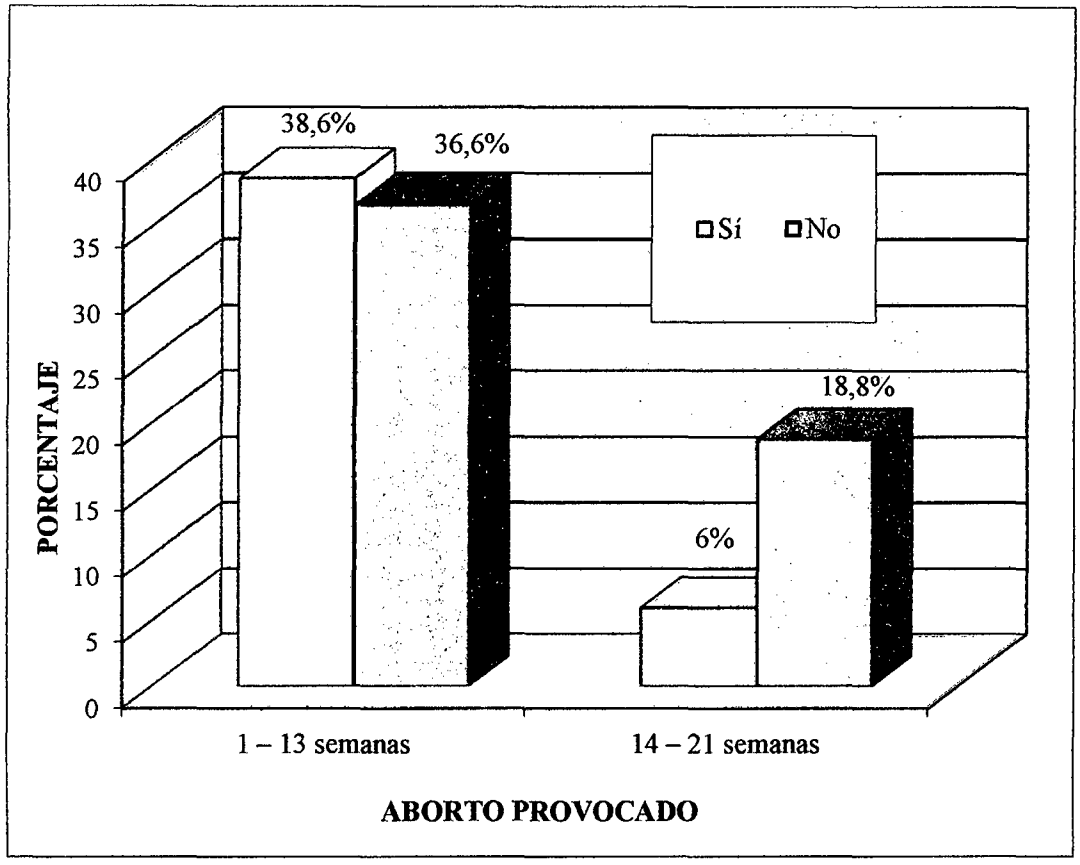

Figura 12. Antecedente de abortos asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

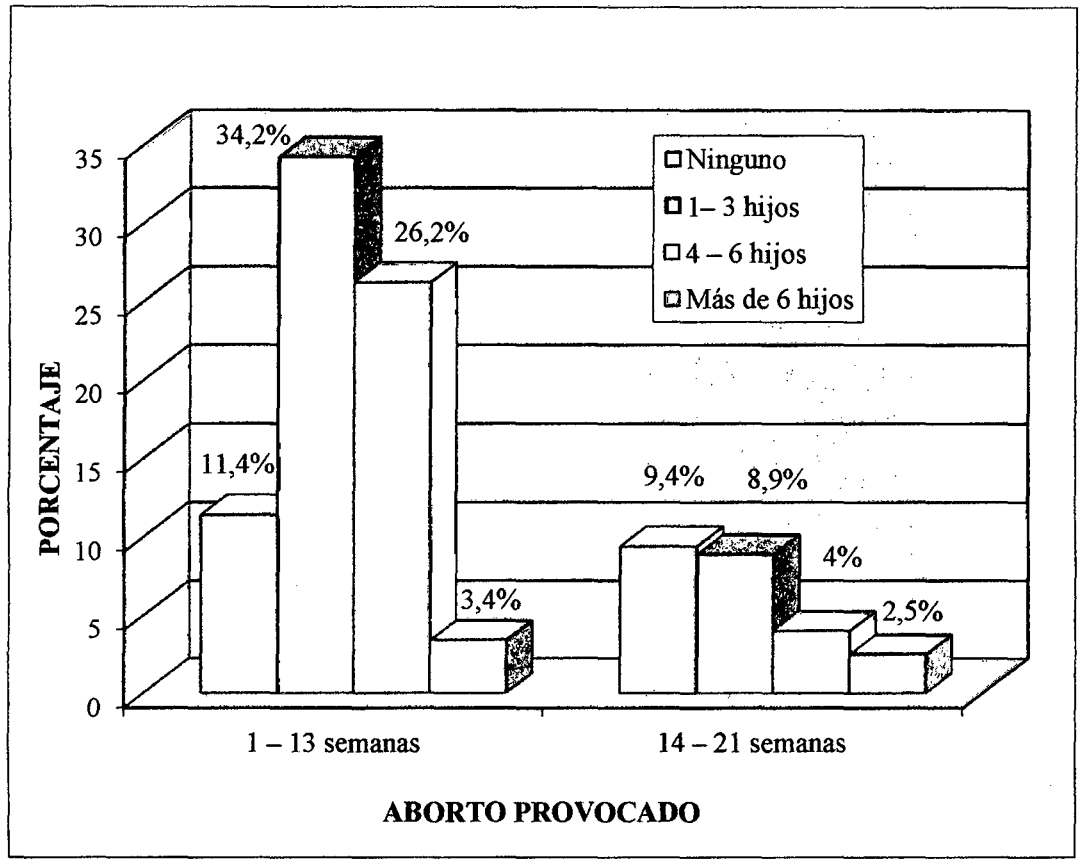

Figura 13. Número de hijos vivos asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

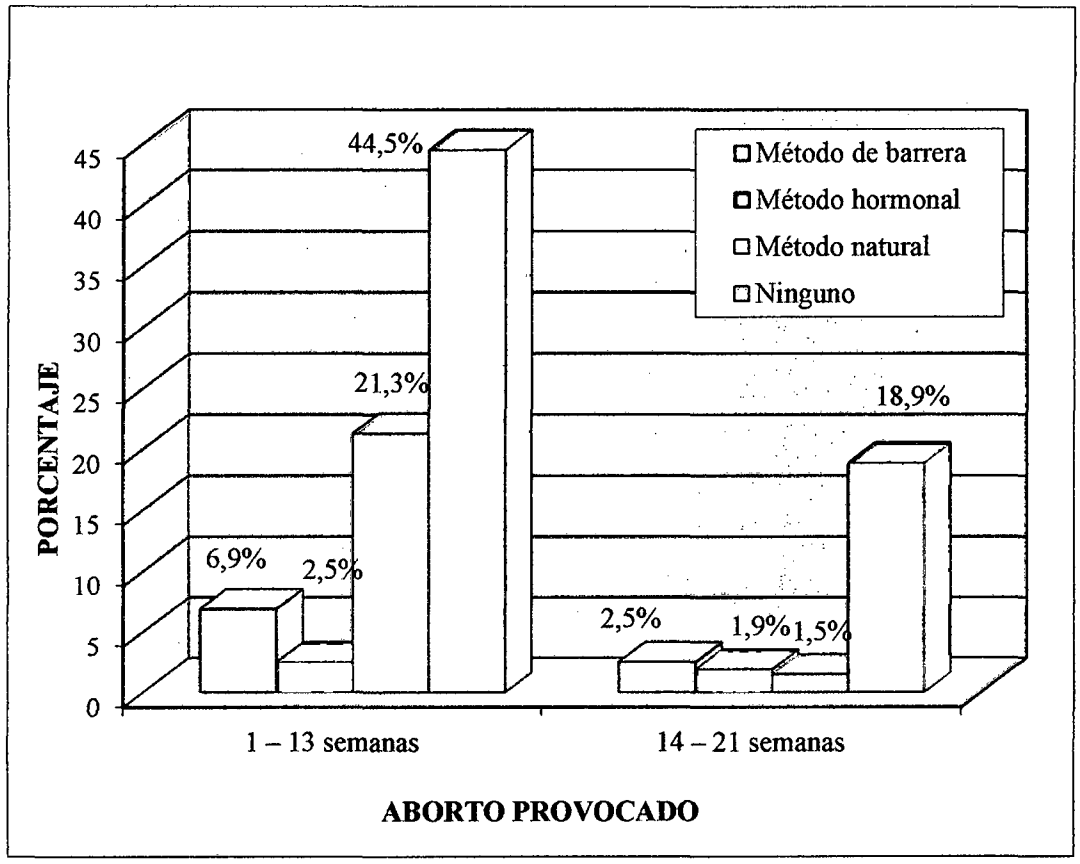

Figura 14. Uso de métodos anticonceptivos asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

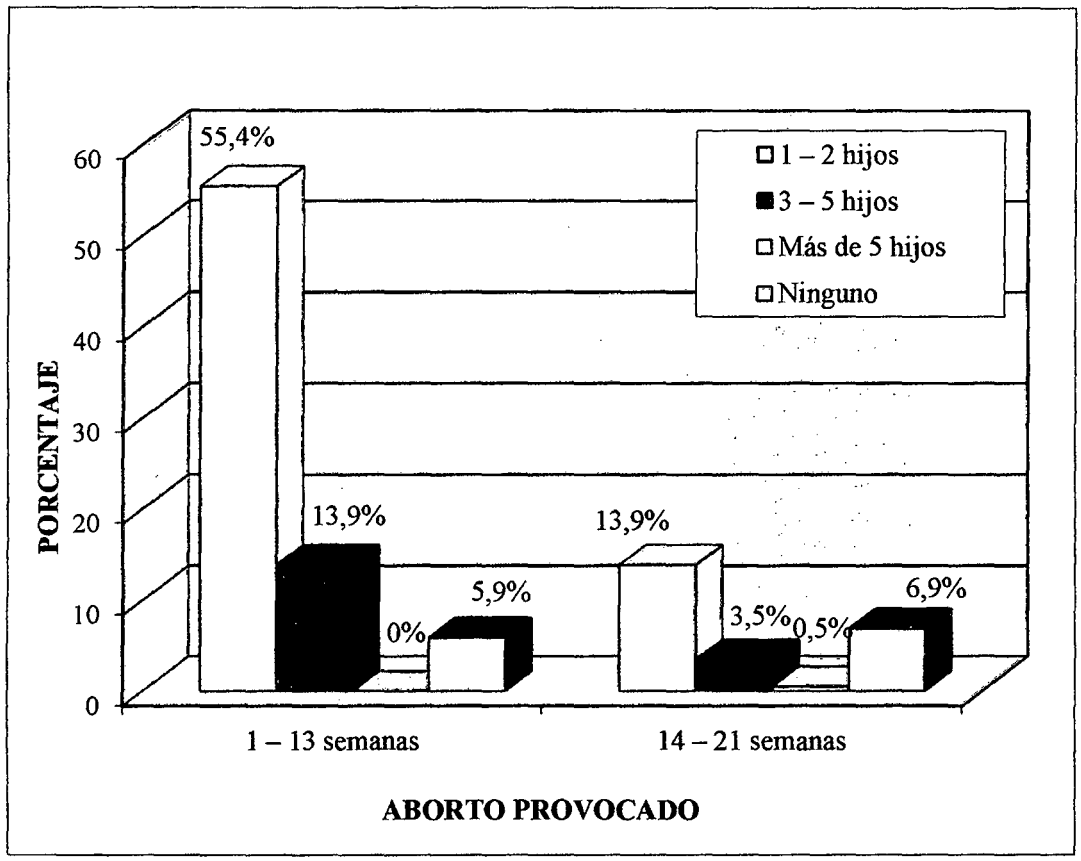

Figura 15. Número de hijos deseados asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

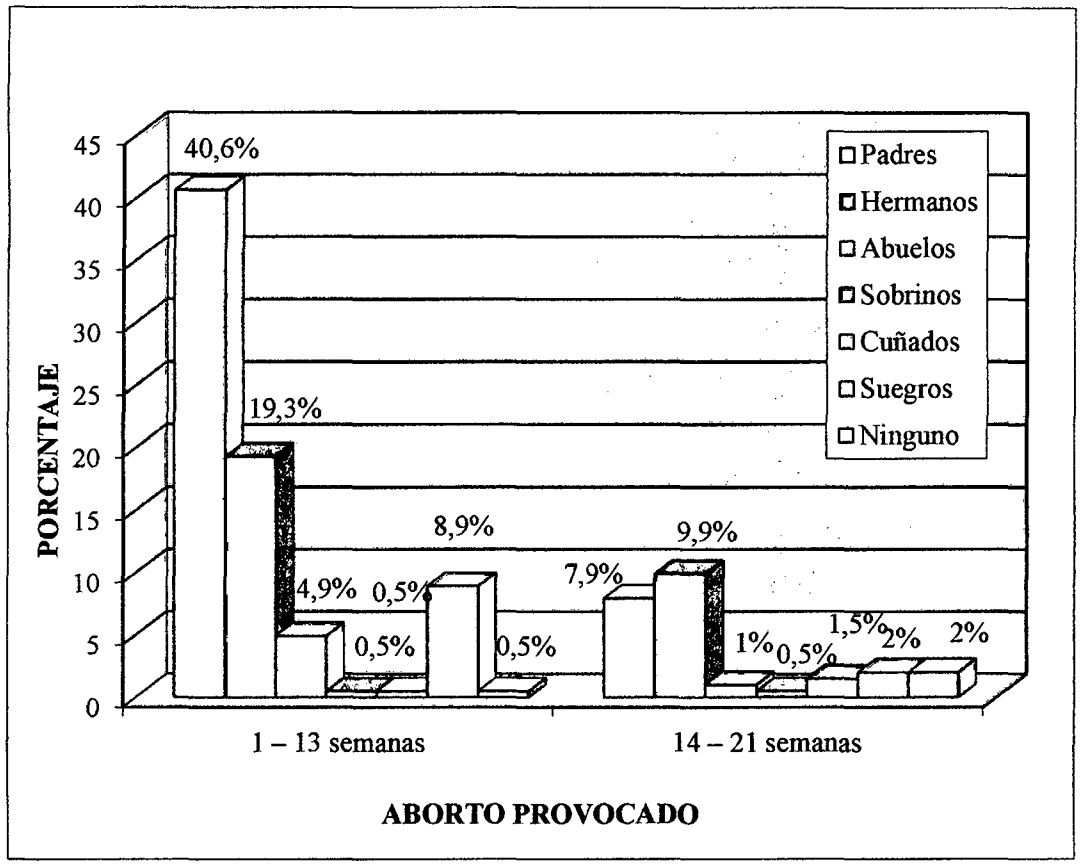

Figura 16. Familiares con quienes se vive asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

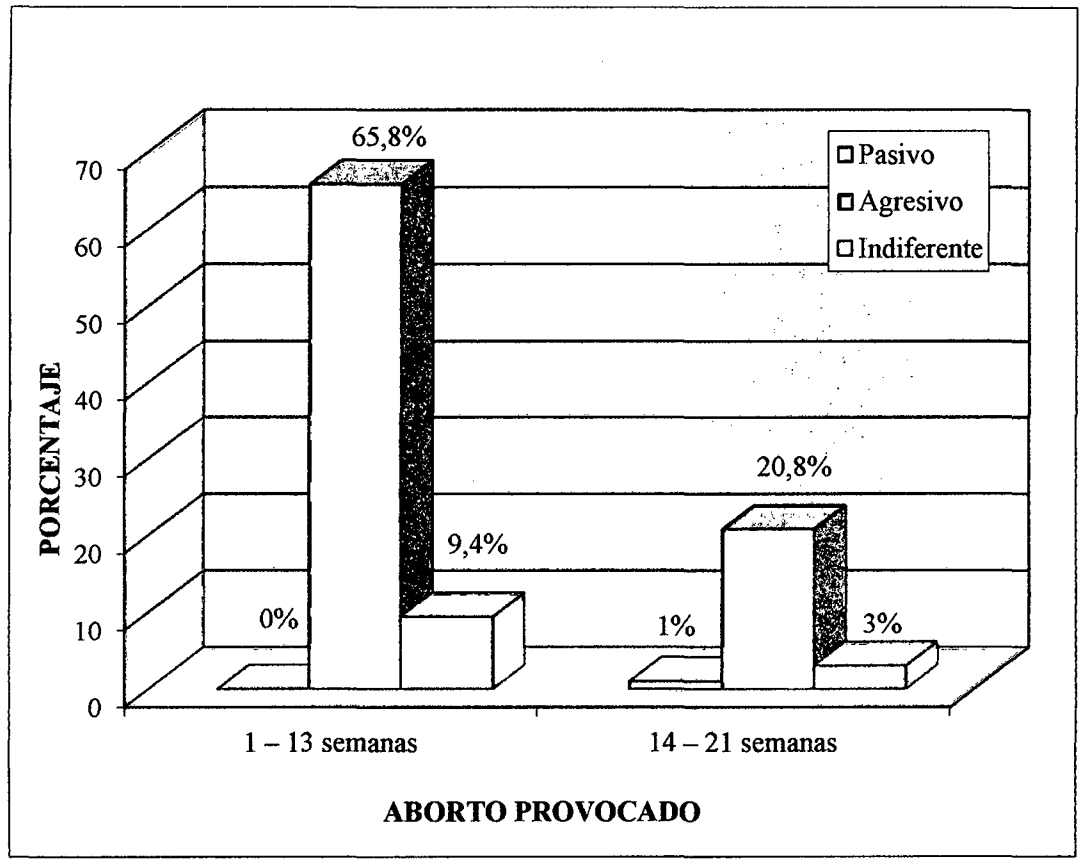

Figura 17. Reacción de los familiares frente a un embarazo no deseado asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

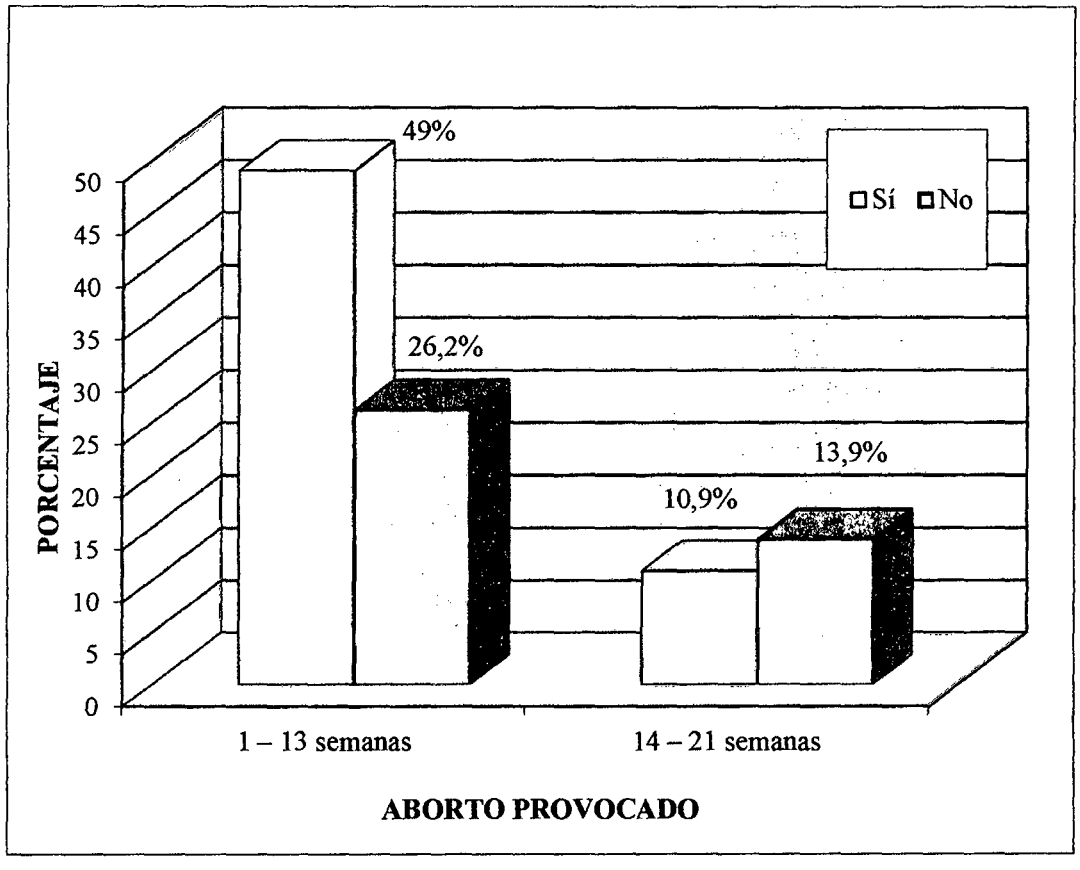

Figura 18. Historia de violencia familiar asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

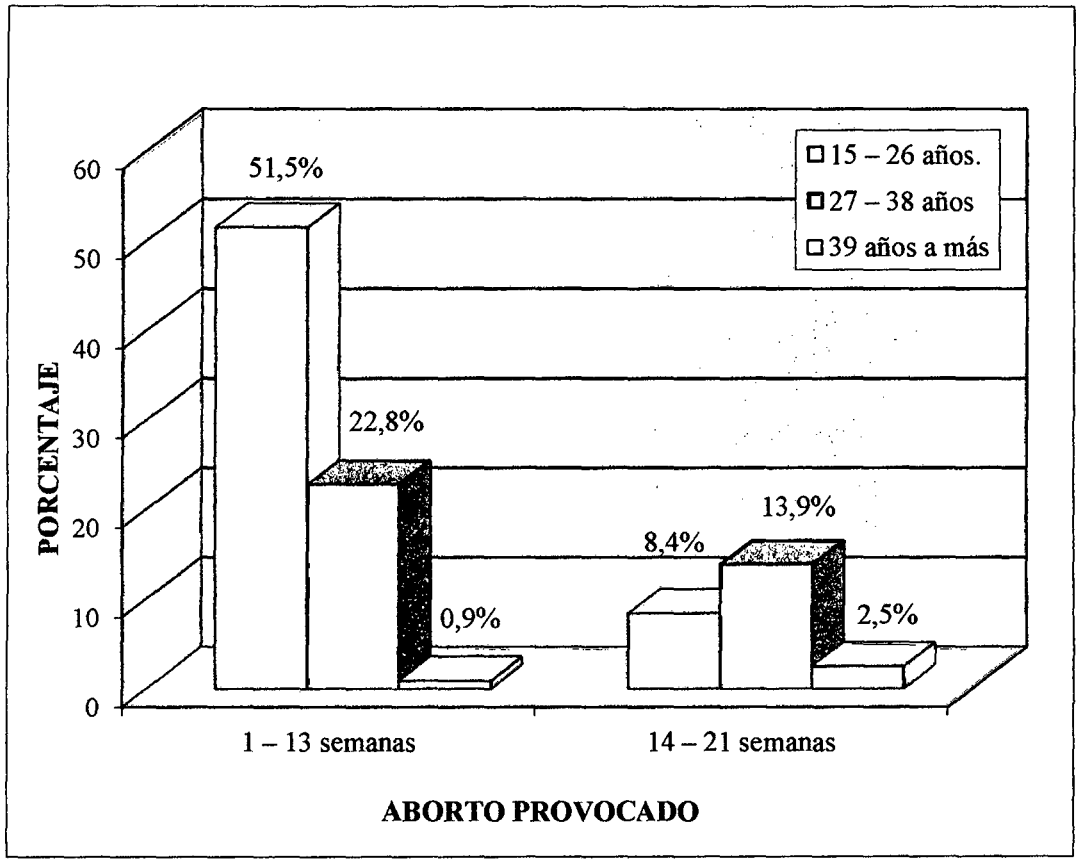

Figura 19. Edad de la pareja asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

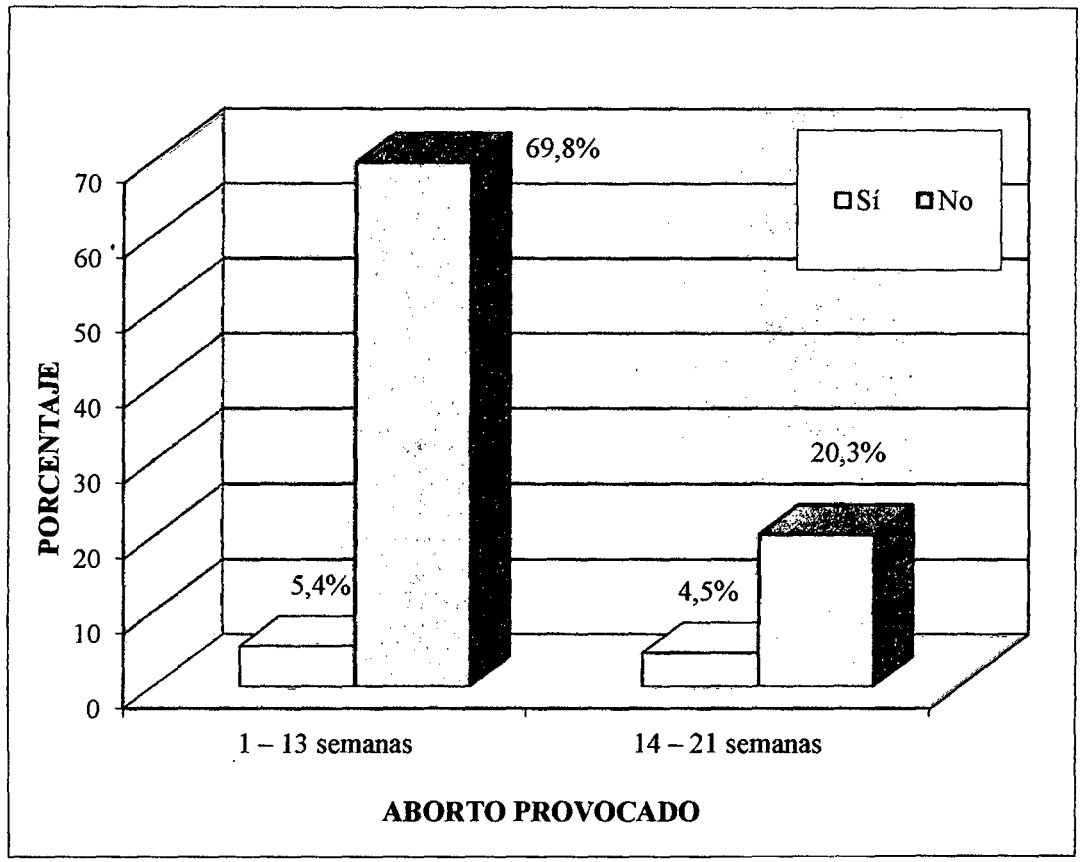

Figura 20. Convivencia con la pareja asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

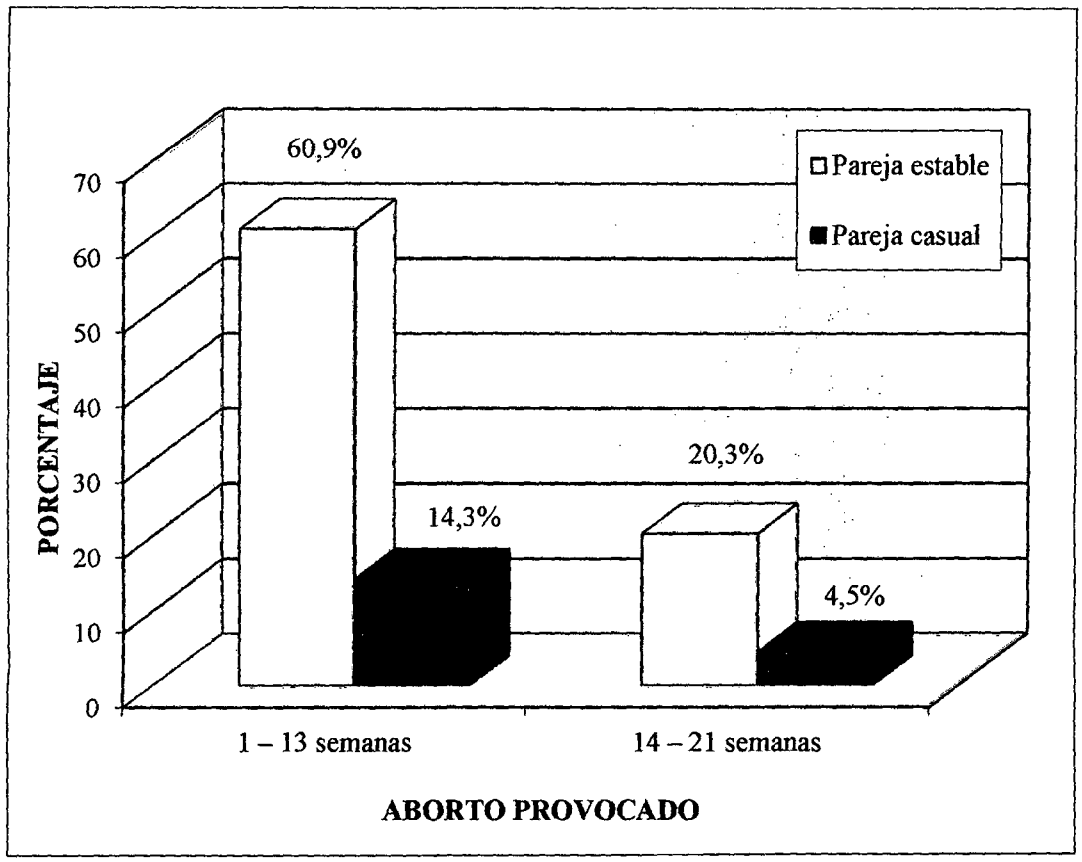

Figura 21. Tipo de relación de pareja asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

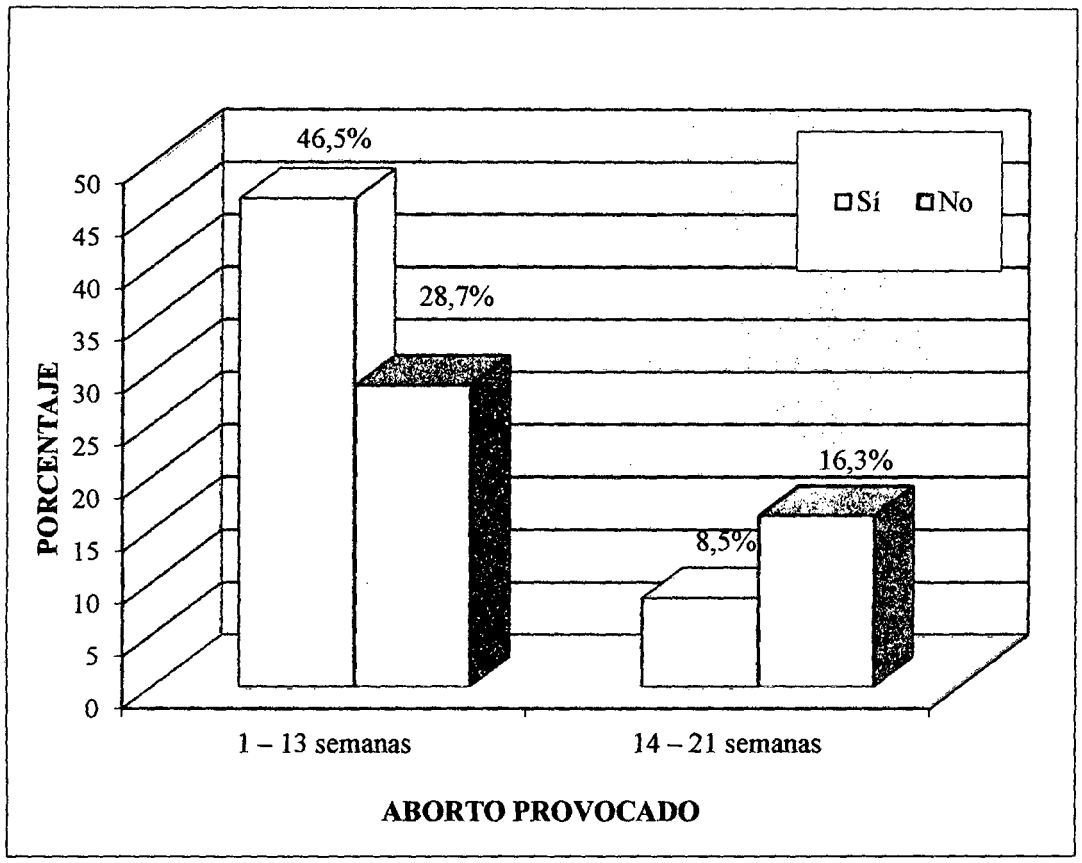

Figura 22. Historia de violencia conyugal asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

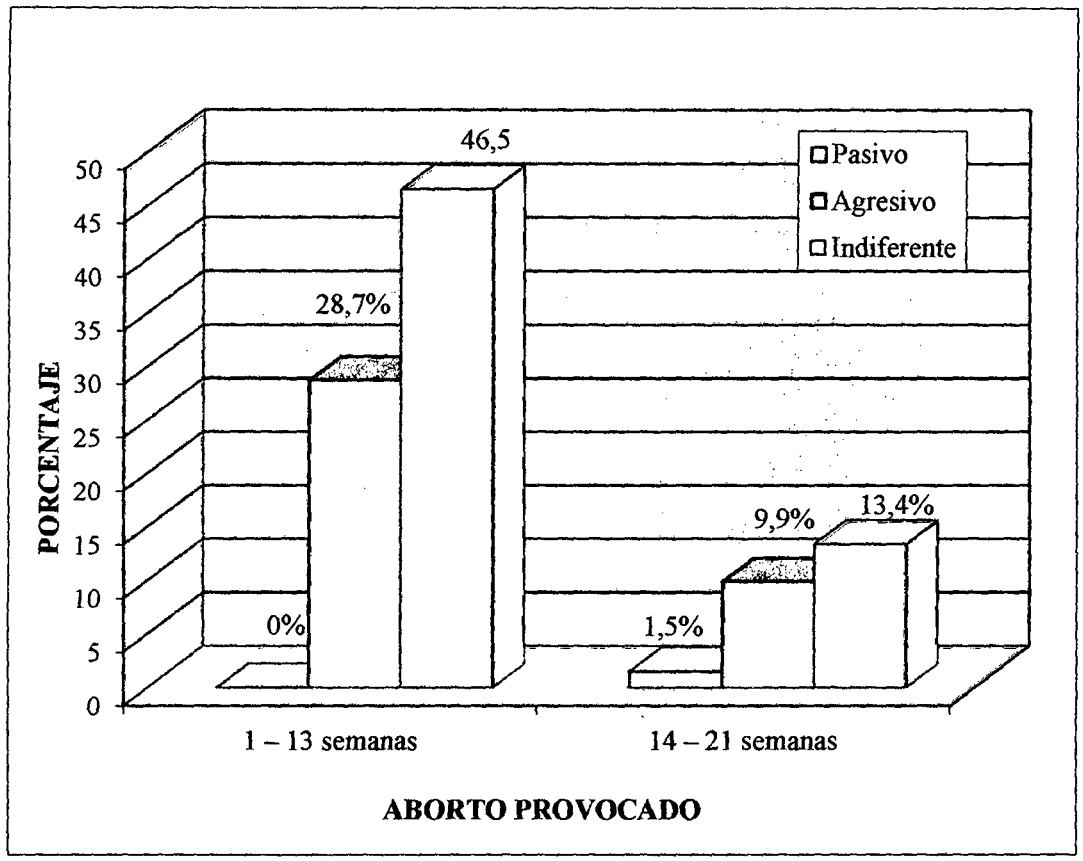

Figura 23. Reacción de la pareja frente al embarazo asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

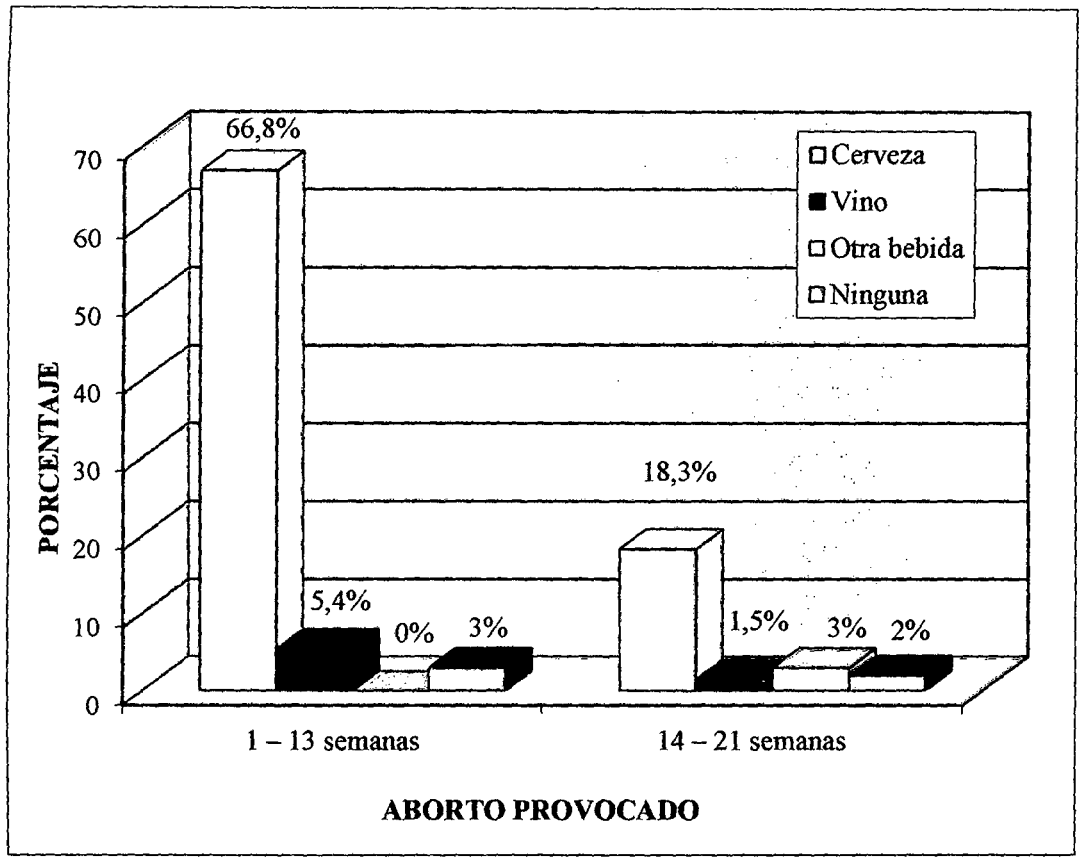

Figura 24. Consumo de bebidas alcohólicas por la pareja asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015

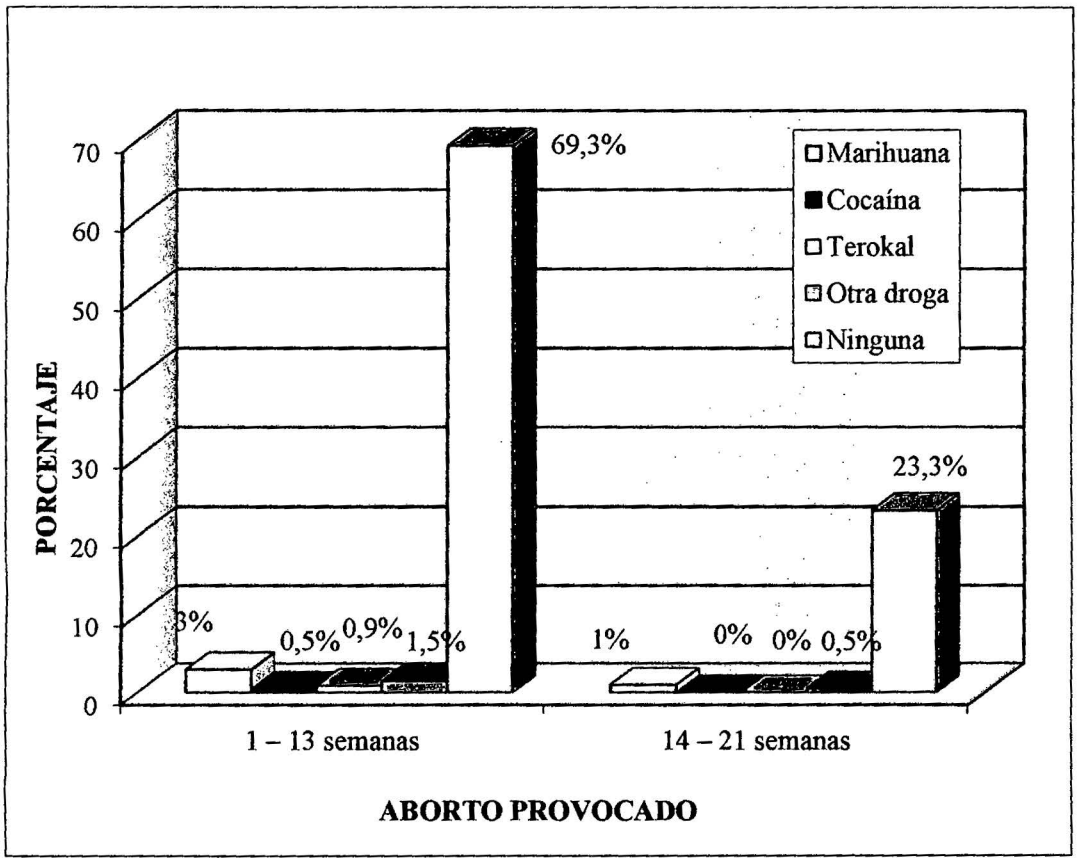

Figura 25. Consumo de drogas por la pareja asociado al aborto provocado en mujeres en edad fértil, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima, 2015