



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2003-2005

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO EN SALUD
PÚBLICA

**DETERMINANTES DE ABORTO EN
ADOLESCENTES. CENTRO DE
ADOLESCENTES. HOSPITAL BERTA
CALDERON. ENERO – JUNIO 2005**

AUTOR: JOSÉ ROMÁN GONZÁLEZ PAVÓN

TUTORA: MSc. ALMA LILA PASTORA ZEULI
DOCENTE CIES

ABRIL 2006

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii

CAPITULOS	PÁGINAS
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	4
III. JUSTIFICACIÓN.....	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V. OBJETIVOS.....	10
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	11
VII. HIPOTESIS.....	25
VIII. DISEÑO METODOLOGICO.....	26
IX. RESULTADOS.....	34
X. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	43
XI. CONCLUSIONES.....	48
XII. RECOMENDACIONES.....	50
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	52
ANEXOS.	

DEDICATORIA:

El presente estudio está dedicado a quienes me han dado las energías para seguir adelante en este nuevo proyecto.

A mi madre, Marta Del Carmen Pavón Arróliga, quien en su diaria y dura labor de madre, me ha sacado adelante, comprometiéndose en el día a día junto a mí.

A mi padre, José Román González Rodríguez, quien sugirió el llevar a cabo un estudio de post-grado, y a quien le debo lo que soy y lo que llegaré a ser, pues su ejemplo de superación personal ha sido una guía a seguir en mi vida.

A mis hermanas, a quienes quiero mucho, Marta Lorena y Fabiola Del Carmen, para que sepan que de pequeñas cosas se logran grandes obras, y siempre seguir adelante.

A mi sobrinita, Nicole Stephanie Balmaceda González, quien nos alegra constantemente la existencia a quienes la rodeamos, y seguramente logrará adaptar la educación a su vida.

AGRADECIMIENTO:

Le agradezco infinitamente a Dios, quien ha estado en cada paso que doy, y quien me ha dado fuerzas en los momentos más difíciles de mi ser.

Agradezco profundamente a todos mis profesores, personas puestas por Dios para transmitir conocimientos científicos que se aplican para lograr el bienestar de la población.

Mis más sentidos respetos a una señora que además de ser una gran profesional me ha demostrado ser una maestra que me guía y me brinda su amistad incondicionalmente: Licenciada Alma Lila Pastora.

A mi familia, en especial, a mi tía Perla Marina González Rodríguez, que con sus impulsos sistemáticos logró que en momentos de desesperación se me levantara el ánimo al máximo.

Agradecimientos especiales a la Directora del Centro de Adolescentes, Doctora María Luisa Castellón por haberme permitido realizar el estudio en dicho Centro, así como al personal médico, de enfermería y de estadísticas.

Muchas Gracias. !!!!!!!

RESUMEN:

Se trata de un estudio de casos y controles entre adolescentes que asisten al Centro de Adolescentes del Hospital Berta Calderón siendo los casos aquellas adolescentes que acuden post-aborto o y los controles aquellas que acuden post-parto.

Es un estudio con enfoque de riesgo, pretendiéndose conocer factores de riesgo que se asocian al aborto adolescente en nuestro país, con el fin de crear pautas que guíen a los proveedores de salud sexual y reproductiva hacia la prevención del fenómeno y el correcto abordaje de la adolescente en riesgo.

Se le realizó una entrevista a las adolescentes en el centro asistencial y se estudió la relación que tenían diversos factores de riesgo pertenecientes a 4 grupos de determinantes y la ocurrencia de abortos. Dichos determinantes correspondían a: características socio-demográficas y económicas, antecedentes gineco-obstétricos, factores de la toma de decisiones y factores relacionados a los servicios de salud.

Las características socio-demográficas y económicas que influyeron en el aborto fueron la escolaridad y la pobreza.

Los antecedentes gineco-obstétricos que se relacionaron con el aborto en estas adolescentes fueron el haber tenido episodios previos de abortos y el tener hijos vivos.

En la toma de decisiones fue vital el apoyo de la pareja con quien la adolescente procreó al bebé.

Los factores relacionados a los servicios de salud no se asociaron al aborto en este grupo de adolescentes.

Este estudio debe servir de base a los encargados de los servicios de salud sexual y reproductiva para dirigir sus políticas hacia la adolescencia con un enfoque de pareja, a los padres de familia, para mejorar la relación con sus hijas y para las mismas adolescentes quienes son las que tomarán la decisión final de realizarse un aborto o tener a su bebé.

I. INTRODUCCION

La salud reproductiva adolescente se entiende como el estado de completo bienestar físico, mental y social de los y las jóvenes de 10 a 19 años, con ausencia de enfermedades o afecciones relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Es un estado dentro del cual los y las adolescentes pueden cumplir su sexualidad y sus funciones reproductivas libres de riesgo, seleccionando de manera libre, orientada y oportuna el inicio de sus relaciones sexuales, la forma de relacionarse con la pareja, el número y espaciamiento de hijos. (UNFPA. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. 2001).

La maternidad debería ser segura, saludable y voluntaria y no ser una carga más para las mujeres, a pesar que en muchos países se ha reconocido como parte de los derechos humanos, el derecho sexual y reproductivo de las parejas e individuos a elegir libre y responsablemente el número de hijos y a tener el acceso a la información y de los medios para ello, para así alcanzar el más elevado estado de salud sexual y reproductiva, solo queda en un enunciado que se refleja en la alta incidencia de embarazos no deseados. (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, Egipto. 1994).

El inicio de la actividad sexual sin una orientación adecuada y sin conocimiento pleno de las complicaciones, expone a las adolescentes a una serie de riesgos asociados con la función sexual, capacidad reproductiva y desarrollo mental y psicológico.

Miles de mujeres por distintos motivos y circunstancias conciben sin haberlo planeado y si bien algunas aceptan el hecho y tienen un hijo al que quieren, otras deciden interrumpir la gestación sin importar que sea ilegal, ni las condiciones en las que lo hacen, a pesar de lo difícil que pueda resultarles este proceso.

El aborto, en cualquier momento de la vida de una mujer, es una situación que conlleva a estrés y tensión psicológica. Este hecho ocurre en cualquier nivel o estrato social, por lo que es necesario concientizar sobre la adecuada educación sexual y evitar así embarazos no deseados y orientar sobre el control prenatal, para así garantizar una disminución de abortos espontáneos y abortos provocados clandestinamente, que son los que conllevan a un mayor trauma psicológico, físico y familiar al grupo poblacional en estudio.

El aborto clandestino constituye un problema de salud pública sumamente grave, ya que la mortalidad materna se vincula con la prevalencia del aborto que se realiza en condiciones que atentan la vida de la mujer. La penalización del aborto trae como consecuencia el aborto clandestino, que se realiza en condiciones de riesgo para la salud de la mujer. La OMS estima que 13% de las 600,000 muertes aproximadamente, relacionadas con embarazos a nivel mundial resulta de abortos clandestinos. En América Latina, el 21% de las muertes maternas se atribuye al aborto clandestino. Sin embargo, a pesar del peligro que representa para la salud de la mujer, el aborto clandestino sigue siendo un recurso utilizado por millones de mujeres en todo el mundo para terminar con embarazos no deseados. (OMS. Unsafe abortion. Ginebra. 1998).

La dimensión del problema del aborto inseguro fue documentada por la OMS en 1994, según esta investigación se estima que a nivel mundial ocurren 20 millones de abortos clandestinos cada año, un promedio de un aborto clandestino por cada 7 nacimientos. Cerca del 90% de los abortos inseguros tienen lugar en países en desarrollo. (Abortion. A tabulation of available data of frequency and mortality of unsafe abortion. 1994).

Es importante resaltar que la OMS opina que el aborto es una de las causas de mortalidad materna más fácilmente prevenible y tratable, reduciendo la incidencia de embarazos no deseados.

Cabe resaltar que la determinación del aborto, presenta un sub-registro todavía mayor que al relativo a otras causas de mortalidad materna en razón del carácter ilegal que este procedimiento tiene en la mayoría de los países, no obstante, tal sub-registro, figura como la primera causa de muerte materna en 9 de 25 países analizados y como segunda entre otros 9 países: su contribución supera el 30% de las defunciones maternas en 5 países: Argentina, Costa Rica, Puerto Rico, Chile y Surinam; entre el 20 y 30% en 8 países: Colombia, Cuba, Jamaica, Guyana, Nicaragua, Paraguay, Trinidad y Tobago y Venezuela; y con porcentaje menor al 20% en Guatemala, Honduras y Uruguay. (Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. Ginebra. 1993).

En Nicaragua el aborto clandestino tiene una prevalencia conocida solo por estimación, pudiéndose obtener información indirecta por las complicaciones del aborto que son atendidas en los hospitales o clínicas de los servicios de salud.

En el país, como resultado de las leyes restrictivas del aborto los datos sobre las incidencias de éstos y la tasa de mortalidad no son fidedignos y los cálculos varían considerablemente según la fuente, por ejemplo aunque la cifra oficial anual de ingresos hospitalarios por complicaciones relacionadas con el aborto es de 6,694 tomando en cuenta que sólo 1 de cada 4 es asistido a nivel hospitalario, se estima que en el país ocurren un total de 31,911 abortos cada año ya sea seguros o inseguros. (Sistema de información estadística. MINSA. Informe de admisiones y egresos hospitalarios. 2002).

Las leyes en Nicaragua son restrictivas y sólo permiten el aborto terapéutico, pero a pesar de eso las mujeres nicaragüenses siguen recurriendo a esta práctica poniendo en peligro la vida de cada una de ellas.

Con el presente estudio, se pretende conocer los determinantes del aborto en las adolescentes que asisten al Centro de Adolescentes del Hospital Berta Calderón de Managua, Nicaragua. Año 2005.

II. ANTECEDENTES

Históricamente los abortos han ocurrido en el mundo hace 4500 años. Un documento chino sugería el uso del mercurio como abortivo. El Papiro Egipcio Eber daba instrucciones para un aborto. Una ley asiria de 1200-1400 castigaba a la mujer que abortaba condenándola a muerte y dejándola insepulta. La única vez que Biblia menciona el aborto se encuentra en el libro Éxodo 21:22-23, donde dos hombres están luchando y golpean a una mujer causándole aborto el que la golpee pagará una multa.

En 1968 se realizó la primera exploración al problema del aborto en Nicaragua. El doctor Clemente Guido encontró un porcentaje de 1.5% de abortos ilegales como componente del 5% que representaba el aborto en el país.

En Nicaragua el aborto en sus diferentes formas representa el 10-15% de embarazos no deseados. En 1984 en el Hospital Berta Calderón Roque de Managua el porcentaje de aborto era del 16% de las cuales solo el 1.75% se reconocieron maniobras abortivas, al 0.14% terapéuticos y el 98% fueron calificados como espontáneos.

Durante la década de los 80 la primera causa de muerte materna en Nicaragua ha sido el aborto clandestino secundario a embarazos no deseados. En 1994 el aborto clandestino ocupó el primer lugar de muerte materna hospitalaria en Managua.

En 1989 el MINSA colaboró con IPAS, para iniciar un programa a fin de mejorar el tratamiento del aborto incompleto, así como la orientación y servicio de atención post-aborto, mediante la capacitación y asistencia técnica en la prestación de servicios. En 1995 el personal de salud había sido capacitado en el uso de la técnica aspiración endouterina y estaba prestando servicio en 30 unidades de salud pública. En ese mismo año el proyecto se graduó oficialmente y el apoyo externo de IPAS concluyó. En 1996 se evaluó

y se determinó que el programa de atención post-aborto continuó funcionando al mismo nivel establecido.

En 1992 en el Hospital Berta Calderón, Maldonado realizó entre 1989 y 1991 una investigación encontrando que el aborto inducido ilegalmente era la causa principal de muerte materna con 312 casos, murieron 19 pacientes. Las complicaciones más frecuentes fueron infección uterina y perforación del órgano.

En un estudio realizado por Sergio Chamorro sobre aborto en adolescentes en la isla de Ometepe en el año 1998, se concluyó que el aborto se presentó con más frecuencia en la adolescente que tenía entre 16 y 17 años, soltera, con primaria incompleta (bajo nivel escolar); la mayoría de las adolescentes eran primigestas o bigestas que no utilizaban ningún método de planificación familiar y tenían un período intergenésico corto; las formas clínicas más frecuentes fueron la amenaza de aborto, el aborto incompleto y aborto completo; la mayoría de las pacientes evolucionaron satisfactoriamente.

En 1998 la Doctora Ana María Pizarro, en una investigación sobre Atención humanizada del aborto y del aborto inseguro, resume los principales parámetros de alto riesgo reproductivo identificados por el gobierno de Nicaragua:

- Fecundidad más joven de Centroamérica: adolescentes de 15 a 19 años, con un promedio de 158 nacimientos por mil en 1990.
- En las mujeres: 14% de uniones antes de los 15 años y 45% de uniones antes de los 18 años, en 1995.
- 12.1% de mujeres solteras con hijos entre los 15 y 19 años, en 1993.
- 67% de mujeres sin educación expresan no querer tener más hijos en 1992.
- Demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar por parte del 24% de las mujeres en unión marital, el 65% de ellas de procedencia rural, y el 70% sin haber asistido a la escuela o sin terminar la educación primaria, en 1992.

-Sólo un 33.8% de mujeres en edad fértil usaron métodos anticonceptivos entre 1992 y 1993.

-La mayoría de los abortos ocurren entre las mujeres sexualmente activas que no quieren quedar embarazadas pero no usan ningún método anticonceptivo, o usan métodos de baja eficacia.

-Mayoría de abortos entre mujeres de bajo nivel socio-económico, bajo nivel educativo y en el área rural.

-Interrupción de entre el 16 y 21% de los embarazos por año.

-Entre 190 y 260 abortos por cada 1,000 nacidos vivos.

-Más de 10,000 abortos complicados atendidos por año en los servicios de salud.

-Entre 27 mil y 36 mil abortos inducidos por año.

-75 abortos complicados registrados por cada 1,000 nacimientos.

-Aborto inducido como una de las principales causas de muerte materna en 1990 y 1991, causando el 24% de las muertes maternas intra y extrahospitalarias.

En una encuesta realizada a 150 usuarias del servicio de aborto en hospitales de Matagalpa, de León, en el hospital Vélez Páiz, en el hospital Alemán Nicaragüense y en el hospital Berta Calderón se encontró:

-El 32% de la muestra eran adolescentes y el 51.3% tenían entre 20 y 35 años.

-El 26.7% no tenían hijos vivos y el 42.7% tienen entre 1 y 2 hijos.

-El 21.3% de la muestra eran analfabetas, el 16% tenían primaria incompleta, el 9% tenían primaria completa, y el 33% tenían secundaria incompleta.

-El 8.7% no tenían religión, el 76% eran católicas y el 12.7% eran evangélicas.

-El 8% eran jefas de familia, el 44% consideró a su pareja como el jefe de familia y el 43% consideró a otras personas como a su suegra y a su madre.

-El 34% de las mujeres no vivían con su esposo o compañero de forma permanente, el 66% sí.

-El 27% de las entrevistadas afirmó trabajar fuera del hogar y el 72.7% respondió que no trabajaba afuera.

-El 50.5% de las mujeres mencionó que su compañero o esposo aportaba al mantenimiento de la familia, el 37.6% dijo realizar cualquier actividad que le permita conseguir ingresos.

-El 59.3% usó alguna vez en su vida método anticonceptivo en su vida y el 40.7% no. Los métodos más usados fueron la píldora, el DIU, y el preservativo.

-El 63.3% de las mujeres recurrieron al aborto por tratarse de una embarazo no deseado. El 36% deseaba tener un embarazo y por diversas circunstancias lo interrumpió.

-El 50.7% tuvo un aborto inducido, el 44% tuvo 2 abortos y el 5.3% 3 o más abortos.

En el estudio "Aborto clandestino: principales causas sociales y económicas en mujeres atendidas en el Hospital Berta Calderón, año 2003", realizado por las doctoras Ana Lorena Urbina y Rosa Maria Darce, los principales resultados fueron que de cada 100 pacientes ingresadas a la unidad por aborto, 8.3 eran abortos clandestinos, la mayoría tenía entre 16 y 25 años de edad, de escolaridad secundaria, tenían buena accesibilidad a las unidades de salud, no tenían antecedentes de abortos, eran multigestas, todas refirieron conocer los métodos anticonceptivos, sin embargo, un tercio de ellas estaba utilizando uno al momento de salir embarazadas. Todas las pacientes del estudio refirieron que el embarazo fue no deseado. Las razones por las que se realizaron el procedimiento fue por pobreza y violencia intrafamiliar, se lo realizaron en su hogar o en casa de otra persona, los proveedores de estos servicios fueron las parteras y las pacientes mismas.

III. JUSTIFICACION

En el país, actualmente, los estudios realizados con relación a la adolescencia, han sido abordados sobre diferentes aspectos del embarazo y la mayoría de ellos a lo interno de servicios hospitalarios, sin embargo, con respecto al aborto, como causa principal de morbi-mortalidad en este grupo etéreo no se ha logrado definir su propia realidad. Además el rápido incremento en la tasa de fecundidad en mujeres menores de 20 años y el riesgo potencial a que este grupo está expuesto, nos orienta a tratar de detectar las características preliminares del porque se produce el fenómeno, investigar si éstas tienen relación directa con las limitaciones impuestas sobre la mujer, con las costumbres y actitudes tradicionales de su familia o con las condiciones socio-económicas, de salud y geográficas de la misma.

Con este estudio se pretende crear pautas para lograr la vinculación de los proveedores de servicios para que se arbitre un amplio conjunto de medidas que vayan no sólo en función de mejorar los elementos de la atención integral de la salud reproductiva sino también interrelacionarlos con los otros sectores sociales que son determinantes de la salud de la mujer.

Por lo consiguiente, es el primer intento por acercarnos a conocer los principales determinantes tanto fuera como dentro de servicios de salud sexual y reproductiva, que se asocian con mayor frecuencia al aborto, en este grupo tan vulnerable y que tanto adolece de los servicios básicos necesarios, los cuales si se brindaran tendrían un impacto significativo en la reducción de los niveles de mortalidad y morbilidad materna causadas por el aborto realizado en forma insegura.

Además al tratarse de un estudio analítico, es una de las primeras experiencias en comprobar la asociación de una serie de factores de riesgo al aborto adolescente.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto en adolescentes en nuestro país responde a múltiples factores por lo que se hace necesario investigar cuales son aquellos determinantes que influyen directamente en su génesis.

Preguntas específicas:

¿Cuál es la influencia de las características socio-demográficas y económicas en el aborto adolescente?

¿En qué medida los antecedentes gineco-obstétricos se relacionan con el aborto en adolescentes?

¿Qué factores del proceso de toma de decisiones se asocian con el aborto en adolescentes?

¿Qué factores de los servicios de salud sexual y reproductiva se relacionan con el aborto en adolescentes?

Pregunta general:

¿Cuáles son los determinantes del aborto en adolescentes que acuden al Centro de adolescentes del hospital Berta Calderón entre Enero y Junio del año 2005?

V. OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar los determinantes del aborto en adolescentes que acuden al Centro de adolescentes del hospital Berta Calderón durante el primer semestre de 2005.

Objetivos específicos:

1-Determinar las características socio-demográficas y económicas que influyen en el aborto adolescente.

2-Identificar la relación entre los antecedentes gineco-obstétricos y la ocurrencia de abortos en las adolescentes.

3-Analizar la asociación entre los factores que influyen en la toma de decisión y el aborto en adolescentes.

4-Identificar la relación entre los factores de servicios de salud sexual y reproductiva a los que las adolescentes asistieron y el aborto adolescente.

VI. MARCO DE REFERENCIA

La adolescencia es el período crucial del desarrollo del ser humano que incluye cambios físicos y psicológicos que determinan la transformación del niño a adulto. Según la OMS, la adolescencia comprende el grupo etáreo de 10 a 19 años.

La OMS clasifica la adolescencia como:

Adolescencia temprana: de los 10-14 años.

Adolescencia tardía: de los 15-19 años.

La adolescencia se consideraba un período relativamente libre de problemas de salud, se está haciendo cada vez más evidente que las personas jóvenes sexualmente activas, confrontan serios riesgos de salud.

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la completa dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. (OPS. Manual de medicina de la adolescencia. 1992).

Aborto: etimológicamente deriva de la composición de un prefijo y una raíz latina, AB: privación y ORTUS: nacimiento: ABORTUS, palabra compuesta que traduciría sin nacimiento.

Se denomina aborto a la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de la vigésima semana de gestación con un peso del producto inferior a 500 gramos y se llama producto del aborto.

Etiología:

Durante los primeros meses del embarazo, la expulsión espontánea del huevo está precedida por la muerte del embrión o del feto. Por esta razón, las consideraciones etiológicas del aborto precoz comprende la dilucidación de la causa de muerte fetal. En los

subsiguientes meses, por el contrario, a menudo el feto no muere en el útero, por lo cual la expulsión tiene que atribuirse a otras causas. La muerte fetal puede ser debida a anomalías del huevo propiamente dicho del aparato reproductor o enfermedad general de la madre y con mucha menor frecuencia del padre. (Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. 1995).

En contraste con la mujer adulta, la adolescente recurre al aborto aproximadamente en la décima semana de gestación, debido principalmente al reconocimiento tardío de su propio estado, pero también a la decisión de interrumpir o no la gestación.

Determinantes de la salud: Son múltiples los factores que influyen en las condiciones de salud de los individuos, grupos y sociedades. Estos factores son fuerzas existentes tanto dentro del sector salud como fuera del mismo. Los cambios estructurales que están ocurriendo dentro de la economía política global tienen un impacto sustancial en la salud de los individuos los cuales deben ser analizados cuidadosamente para convertir los retos en oportunidades de cambio positivo. Los acelerados cambios económicos, políticos y sociales que están acompañando al proceso de globalización pueden ocasionar un desarrollo económico desigual, incrementando las inequidades sociales.

El enfoque epidemiológico de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos de población específicos.

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o un daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo pueden

ser tanto indicadores de riesgo como causas reales de daños a la salud. (OPS. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. 1999).

Los determinantes en el aborto adolescente están relacionados a factores socio-demográficos y económicos, antecedentes gineco-obstétricos, factores relacionados con la toma de decisiones en las que se ve envuelta la adolescente y factores relacionados con los servicios de salud sexual y reproductiva.

Características socio-demográficas y económicas de las adolescentes:

-Edad de la adolescente: mientras menor sea la adolescente mayor es el riesgo de un aborto a esta edad.

-Procedencia: es más frecuente el aborto en aquellas adolescentes que residen en áreas rurales.

-Escolaridad: se observa con mayor frecuencia el aborto en adolescentes analfabetas y con escolaridad baja., lo que les priva de educación sexual en sus centros de estudio.

-Pobreza: adolescentes pobres y en extrema pobreza son grupos vulnerables y que se encuentran en riesgo en este tipo de eventos.

-Ocupación: a esta edad la mayoría de las adolescentes estudia y muy pocas recurren a trabajar para mejorar en algo la mala situación económica en sus hogares.

(UNFPA. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. 2001).

Antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes:

-Edad de la menarquia: si la edad es precoz la adolescente tiende a iniciar su vida sexual a corta edad lo que la predispone al evento en mención.

-Inicio de la vida sexual: un inicio de vida sexual a corta edad la predispone a embarazos no deseados que frecuentemente terminan en abortos.

- Compañeros sexuales: el solo hecho de tener mas de un compañero sexual en la adolescencia la predispone no solo a embarazos y abortos sino a enfermedades de transmisión sexual.
- Uso de métodos anticonceptivos: este punto es de elevada importancia en la alta incidencia de abortos en la adolescencia debido a la falta de conocimiento sobre el uso de métodos de planificación familiar, sumado a la falta de provisión de los centros de salud.
- Embarazos previos: el haber estado embarazada anteriormente provoca en la adolescente la necesidad de discontinuar el embarazo.
- Hijos vivos: el tener hijos en la adolescencia genera el sentir de una maternidad satisfecha y el no desear un nuevo hijo.
- Aborto previo: el mismo hábito de abortar predispone a nuevos abortos en las adolescentes.
- Complicaciones durante el embarazo: diferentes patologías durante el embarazo pueden ser factores predisponentes de aborto. (Pizarro, Ana María. Atención humanizada del aborto y del aborto inseguro. 1998).

Factores de la toma de decisiones de la adolescente:

- Proyecto de vida: es interesante conocer los diferentes proyectos de vida ya que de esta forma se identifican algunas razones de las adolescentes de abortar o de parir.
- Convivencia de pareja: generalmente si vive con la pareja la muchacha se sentirá apoyada en la decisión que tomó.
- Opinión de la pareja: el apoyo o rechazo de la pareja al descubrir el embarazo influencia grandemente las decisiones de las adolescentes.
- Influencia de personas en la toma de decisiones: en esos momentos, familiares, amigos, y otras personas pueden influenciar de cierta forma en la toma de decisiones.
- Religión: aunque la mayoría de adolescentes practican alguna religión esto no influencia la decisión al momento de un embarazo no deseado.

Factores de los servicios de salud sexual y reproductiva:

-Existencia de servicios de salud sexual y reproductiva: la accesibilidad a este tipo de servicios es de suma importancia en el aborto adolescente.

-Consejería sobre sexualidad, métodos de planificación familiar: las consejerías sobre temas de sexualidad a las adolescentes disminuirían los altos índices de aborto.

-Atención pre-natal: una adecuada atención en el embarazo es necesaria para lograr que este llegue a buen término.

-Consejería sobre las consecuencias del aborto: este tipo de consejería educaría a las adolescentes y las conscientizaría de lo grave que es un aborto en condiciones indebidas.

(Pizarro, Ana María. Atención humanizada del aborto y del aborto inseguro. 1998).

El aborto de acuerdo a su forma de inicio se puede clasificar como:

Aborto espontáneo: cuando se produce por un mecanismo natural sin que se realice ninguna maniobra o intervención medicamentosa o instrumental para terminar la gestación.

Aborto inducido o provocado: se efectúa deliberadamente utilizando una o varias maniobras o procedimientos con la única intención de facilitar la expulsión del producto. En esta categoría se incluyen los siguientes tipos:

Aborto legal: se realiza al amparo de la ley cuando este procedimiento es aceptado en la legislación de un país.

Aborto ilegal: es un aborto inducido que se realiza en forma clandestina, generalmente en condiciones sanitarias deficientes y casi siempre por personas con una preparación instruccional baja.

Aborto terapéutico: es la terminación de un embarazo cuando existen complicaciones maternas que amenazan su vida. La mayoría de las veces se confunde con el aborto legal, pero en este caso, las indicaciones médicas predominan.

El aborto según sus formas clínicas se clasifican en:

Amenaza de aborto: este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Es el cuadro clínico caracterizado por la aparición antes de las 20 semanas de gestación de dolor hipogástrico y lumbosacro tipo cólico, sangrado transvaginal escaso, orificio cervical externo permeable.

Aborto en evolución (inminente, en curso): es aquel que como consecuencia de la actividad uterina (contracciones uterinas, intermitentes y progresivas) ha producido modificaciones cervicales irreversibles (borramiento y dilatación), presencia o no de sangrado, de origen endouterino de magnitud variable.

Aborto inevitable: esta caracterizado porque en ausencia de modificaciones cervicales se produce ruptura del saco amniótico, o pérdida de la vitalidad ovular, o sangrado profuso que compromete la vida de la paciente.

Aborto diferido (huevo muerto y retenido, aborto fallido): es aquel en que se presenta la muerte y retención del producto de la concepción dentro de la cavidad uterina y este no se expulsa en un periodo de 4 semanas o mas.

Aborto habitual o de repetición: se considera aquel que ha sucedido en forma espontánea en 3 o mas ocasiones consecutivas o bien 5 o mas de forma intercalada con embarazos normales.

Aborto incompleto: es la expulsión de una parte del producto de la concepción y el resto se encuentra dentro de la cavidad uterina. Es una de las modalidades de terminación de cualquiera de las formas clínicas del aborto descritas anteriormente.

Aborto completo o consumado: es la expulsión total del producto de la concepción. Constituye una de las modalidades de terminación de cualquiera de las formas clínicas del aborto anteriormente descritas.

Aborto séptico infectado: en aquel caso en que se agrega una infección de origen endouterino a cualquiera de las formas clínicas del aborto.

En la Conferencia Internacional para el Desarrollo (CIPD), de los 190 países reconocidos en la Naciones Unidas, 173 países (que equivalen al 91% de ellos) reconocen siete razones por las cuales el aborto esta permitido:

Consideraciones.	Número de países.	Porcentaje.
Para salvar la vida de las mujeres.	173	91%
Para preservar la salud física.	119	63%
Para preservar la salud mental.	95	50%
Por violación o incesto.	81	43%
Por peligrar el desarrollo fetal.	78	41%
Por razones económico-sociales.	56	29%
Por solicitud.	41	21%

Fuente: Pizarro, Ana Maria. Asistencia Humanizada del Aborto Inseguro, Si Mujer, 1993.

Múltiples son las tendencias y actitudes de los diferentes sectores sociales frente al aborto. Incluyendo diversos factores que abordan los aspectos éticos, religiosos, políticos, jurídicos y medico-científicos. También se ha observado que estas actitudes tienen relación con elementos de género, edad o tipo de práctica que los profesionales realizan, pese al conocimiento cada vez mayor del aborto como problema social y de salud pública, importantes sectores se han opuesto a la modificación de leyes de regular su practica.

Otro aspecto a tomar en cuenta es que en el mundo se producen 75 millones de embarazos no deseados y alrededor de 50 millones son interrumpidos voluntariamente, pero lo mas grave es que 20 millones

de estos abortos son practicados de forma insegura. Las prácticas abortivas inseguras representan el 13% de todas las defunciones relacionadas con el embarazo y el parto.

Las diferencias culturales asociadas al ser hombre o mujer intervienen de distintas formas en la aceptación social y la maternidad constituye una de las formas de aceptación y reconocimiento social de la mujer.

En el ámbito mundial se ha observado un incremento del embarazo en la mujer adolescente, $\frac{1}{4}$ de los adolescentes sexualmente activos no usan métodos de anticoncepción y $\frac{2}{3}$ lo usan de forma inconsistente. En América Latina y El Caribe hay 90 millones entre los 10 y 19 años, que constituyen la quinta parte de la población y más de una de cada cinco mujeres que recibe atención prenatal tiene menos de 20 años siendo en América Central un claro factor de riesgo; condicionado por el bajo nivel cultural, por falta o inadecuados programas de educación sexual y por las limitaciones económicas.

Aumento en la mortalidad materna:

Causas de mortalidad materna.	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Retención placentaria.	22	13	21	30	33	29
Eclampsia.	20	11	10	9	13	16
Aborto.	10	5	4	7	4	8
Resto placentario.	7	8	6	4	8	7

Fuente: Departamento de Atención Integral a la Mujer. MINSA-CENTRAL.

Tasa mortalidad materna en nicaragua:

Período.	Muertes maternas obstétricas.	Nacidos vivos registrados.	Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos.
AÑO 2001	139	121,310	114.6
AÑO 2002	116	115,601	100.3

Fuente: Departamento de Atención Integral a la Mujer. MINSA-CENTRAL.

Consideraciones acerca del aborto terapéutico:

Aborto Terapéutico es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas, por indicación médica, debido a patologías maternas que son agravadas por el embarazo, por patologías maternas que repercuten negativamente sobre el crecimiento y desarrollo fetal y comprometen la vida del binomio madre-hijo.

Las condiciones para recurrir al aborto terapéutico son:

*Que la vida de la paciente o el feto se encuentre en peligro por una enfermedad causada o agravada por el embarazo.

*Que no exista otra terapéutica para la paciente o que si existe haya fracasado.

*Que se tenga la seguridad de que mediante el aborto se evitará un agravamiento, se logrará una mejoría o una curación de la paciente.

La Comisión de Aborto Terapéutico:

Cada establecimiento formará una comisión para tal efecto que será integrada de acuerdo al artículo 165 de la legislación penal vigente que dice:

“El aborto terapéutico será determinado científicamente, con la intervención de tres facultativos por lo menos, y el consentimiento del cónyuge o pariente más cercano a la mujer para fines legales”.

La comisión formada será citada por el jefe de Departamento o jefe de Servicios, y emitirá resolución a más tardar 2 días después de recibida la solicitud, la que deberá ser informada a la Dirección del Hospital. La comisión definirá al facultativo que realizará la instrumentación, si está de acuerdo con efectuar el procedimiento. El método a usar será según semanas de gestación y de acuerdo a las normas de interrupción del embarazo.

Se llevará registro en libro de actas con nombre, número de expediente de las solicitudes y de las resoluciones de la comisión.

Aborto Por Embarazo No Deseado: se define como la interrupción del embarazo o solicitud de la embarazada por razones de índole estrictamente personal o de pareja, que pueden ser sociales, económicas o falla de métodos anticonceptivos.

Indicaciones para el Aborto Terapéutico:

*Obstétricas:

-Isoinmunización Rh.

-Cirugía uterina previa reciente (miomectomía amplia que incluye la cavidad uterina, reparación de ruptura uterina).

*Ortopédicas:

-Osteogénesis imperfecta.

*Hematológicas:

-Trastornos tromboembólicos, hemoglobinopatías, gamma globulinopatías, defectos de la coagulación. Medicación quimioterápica.

*Cardiovasculares:

-Complejo de Eisen Menger, tetralogía de Fallot, insuficiencia cardíaca, miocarditis, hipertensión pulmonar, aneurismas.

*Pulmonares:

-Empiema, neumotórax espontáneo, recurrente.

*Urinarias:

-Insuficiencia renal crónica.

*Oftálmicas:

-Neuritis retrobulvar, exoftalmo por bocio tóxico progresivo.

*Endocrinas:

-Diabetes mellitas grave descompensada, feocromocitoma, o hiperfunción o deficiencia adrenal o paratiroidea. Bocio tóxico progresivo.

*Congénitas:

Síndrome de Marfan, Síndrome de Down, Aberraciones cromosómicas, exposición materna a agentes nocivos para el feto (rubeola).

*Oncológicas:

Melanoma maligno, enfermedad de Hopking, leucemia, cáncer de mama, cáncer de cérvix.

*Psiquiátricas:

Esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva.

*Sociales:

Incesto, estupro, violación comprobada.

(Ministerio de Salud. Norma de atención al aborto. 1989.)

En Nicaragua, la vida humana está protegida por la Constitución Política y el Código Civil, penándose el aborto en el Código Penal. La figura del Aborto Terapéutico no está bien definida en el Arto. 165 de dicho Código, siendo incierto y no específico, pues no determina siquiera la edad del embarazo en que se tomará la decisión, y se contrapone con los enunciados en la Constitución Política, en su Arto.74.

Constitución Política de la República de Nicaragua:

Arto. 23 El derecho a la vida es inviolable e inherente a la persona humana. En Nicaragua no hay pena de muerte.

Arto. 46 En el territorio nacional toda persona goza de la protección estatal y del reconocimiento a los derechos inherentes a la persona humana, del irrestricto respeto, promoción y protección de

los derechos humanos y de la plena vigencia de los derechos consignados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la Organización de las Naciones Unidas y en la Convención Americana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos.

Arto. 74 El estado otorga protección especial al proceso de reproducción humana. La mujer tendrá protección especial durante el embarazo y gozará de licencia con remuneración salarial y prestaciones adecuadas de seguridad social. Nadie podrá negar empleo a la mujeres aduciendo razones de embarazo ni despedirlas durante éste o en el período post-natal; todo de conformidad con la ley.

Código Civil de la República de Nicaragua:

Arto. 11 Son personas por nacer las que están concebidas en el vientre materno.

Arto. 12 Al que está por nacer puede nombrársele guardador de sus derechos eventuales.

Arto. 13 La ley protege la vida del que está por nacer. La autoridad, en consecuencia, tomará a petición de cualquier persona, o de oficio, todas las providencias que le parezcan convenientes para proteger la existencia del que está por nacer siempre que crea que de alguna manera peligrará.

Arto. 19 Desde la concepción en el seno materno, comienza la existencia natural de las personas; y antes de su nacimiento debes ser protegidas en cuanto a los derechos que por su existencia legal puedan obtener. Estos derechos quedan irrevocablemente adquiridos, si los concebidos en el seno materno nacieren con vida.

Arto. 21 En caso de duda de si hubieran nacido o no con vida, se presume que nacieron vivos, incumbiendo la prueba al que alegare lo contrario.

Código Penal de la República de Nicaragua (1974):

Arto. 162 El que causara la muerte de un feto en el seno materno o mediante aborto, será reprimido con prisión de 3 a 6 años si obrare sin consentimiento de la mujer o si esta fuera menor de 16 años; y con prisión de 1 a 4 años si obrare con consentimiento de la mujer.

La mujer que hubiere prestado consentimiento para el aborto sufrirá la plena de 1 a 4 años de prisión.

Si se hubiere empleado violencia, intimidación, amenaza o engaño para realizar el aborto en el primer caso, o para obtener el consentimiento en el segundo, se impondrá la pena de su máxima duración respectivamente.

Cuando a consecuencia de aborto o práctica abortiva realizadas en mujer no encinta, creyéndola embarazada, o por emplear medios inadecuados para producir el aborto resultare la muerte de la mujer, se impondrá la pena de 6 a 10 años de presidio; si resultare alguna lesión la pena será de 4 a 10 años de prisión.

Si el agente se dedicare habitualmente a la práctica de abortos, se aplicará en cada caso la pena en su máxima duración.

Los médicos, cirujanos, boticarios o comadronas que hagan abortar a cualquier mujer, con o sin consentimiento, sufrirán la pena de 5 a 10 años de presidio, más las accesorias de inhabilitación profesional.

Arto. 163 Si el aborto hubiere sido cometido para a ocultar la deshonra de la mujer, sea por ella misma, sea por terceros con el consentimiento de aquella, la pena será de prisión de uno a dos años. Si ocurriere la muerte de la mujer, la pena será de tres a seis años de prisión.

Arto. 164 Si el aborto fuere resultado de golpes o violencias a la mujer embarazada por parte de un tercero que conociendo el estado de embarazo no hubiere tenido propósitos de causar el aborto, la pena será de seis meses a 2 años de prisión.

Arto. 165 El aborto terapéutico será determinado científicamente con la intervención de tres facultativos por lo menos, y el consentimiento del cónyuge o pariente mas cercano a la mujer, para fines legales.

VII. HIPOTESIS

La promoción de actividades como las consejerías sobre sexualidad y la provisión de métodos de planificación familiar en centros de salud sexual y reproductiva, disminuirían la problemática del aborto en las adolescentes que asisten al Centro de Adolescentes del Hospital Berta Calderón, Managua, Nicaragua.

VII. HIPOTESIS

La promoción de actividades como las consejerías sobre sexualidad y la provisión de métodos de planificación familiar en centros de salud sexual y reproductiva, disminuirían la problemática del aborto en las adolescentes que asisten al Centro de Adolescentes del Hospital Berta Calderón, Managua, Nicaragua.

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

a)-**Tipo de estudio:** el diseño del presente estudio es analítico, de casos y controles-retrospectivo, en donde se seleccionó a mujeres adolescentes en función de la presencia o ausencia de un evento, que en este caso fue el tener historia de aborto o de parto. Acá se comparó un grupo de adolescentes con historia de aborto y un grupo control o referente que son las adolescentes que embarazadas llevaron su embarazo a término, y posteriormente se estimaron en estos grupos las diferencias en la exposición. Consecuentemente, en este estudio se partió del efecto en busca de los posibles factores de riesgo.

b)-**Área de estudio:** Centro de Adolescentes del Hospital Berta Calderón Roque localizado en Managua, Nicaragua. Este centro recibía apoyo en algunos componentes de la FNUAP, actualmente es parte del Hospital Berta Calderón, se atiende a adolescentes y se brindan servicios de salud sexual y reproductiva. En el caso de adolescentes con historia de abortos, se les brinda consejería psicológica y de métodos de planificación familiar, además de consulta ginecológica.

c)-**Universo:** se utilizó como población fuente a todas las adolescentes entre 10 y 19 años de edad que asistieron al Centro de Adolescentes del Hospital Berta Calderón durante el primer semestre de 2005. Durante el año 2004, se atendieron a un total de 135 adolescentes con historia de abortos, y en el mes de Enero de 2005 se presentaron 19 casos.

d)-**Muestra:** se seleccionó una muestra de modo que los casos y controles fueron representativos de la población fuente. Se tomó de la población fuente a los **casos:** 20 casos incidentes de adolescentes que asistieron al Centro por historia de aborto durante el primer semestre de 2005, los **controles:** 40 adolescentes con historia de

parto, independientemente de su condición de expuestas y no expuestas a los factores de riesgo, que asistieron al Centro durante el primer semestre de 2005.

e)-**Unidad de análisis:** las unidades de análisis fueron conformadas por adolescentes con historia de aborto y de parto, éstas presentaron las características de representatividad, simultaneidad y homogeneidad. Representatividad, ya que los casos de abortos representaron a todos los casos existentes durante el primer semestre de 2005, y los controles escogidos representaron a las adolescentes con historia de parto procedentes de la misma población fuente. Simultaneidad, ya que los controles se obtuvieron en el mismo tiempo de donde surgieron los casos. Homogeneidad, los controles se obtuvieron de donde surgieron los casos e independientemente de la exposición bajo estudio. (Lascano Ponce, Eduardo. Estudios epidemiológicos. 2001).

f)-**Criterios de Selección:** se seleccionaron los controles en función de varias características como el sexo, la edad y el tiempo en que visitaron el Centro.

Los **casos** presentaron las siguientes características:

- ? Mujeres entre 10 y 19 años.
- ? Que acudiera al Centro de Adolescentes los días predeterminados para la realización de entrevistas.
- ? Quien estuviera de acuerdo con ser entrevistada.
- ? Historia de aborto.

Los **controles** tienen las siguientes características:

- ? Mujeres entre 10 y 19 años, con más o menos 2 años de diferencia respecto al caso correspondiente.
- ? Que acudiera al Centro de Adolescentes los días predeterminados para la realización de entrevistas.
- ? Que estuviera de acuerdo con ser entrevistada.
- ? Historia de parto.

g)-Variables según objetivos:

Objetivo No 1: Determinar las características socio-demográficas y económicas que influyen en el aborto adolescente.

- ✍ Edad.
- ✍ Procedencia.
- ✍ Escolaridad.
- ✍ Pobreza.
- ✍ Ocupación.

Objetivo No 2: Identificar la relación entre los antecedentes gineco-obstétricos y la ocurrencia de abortos en las adolescentes.

- ✍ Edad de la menarquia.
- ✍ Inicio de la vida sexual.
- ✍ Compañeros sexuales.
- ✍ Uso de métodos anticonceptivos.
- ✍ Hijos vivos.
- ✍ Aborto previo.
- ✍ Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- ✍ Complicaciones durante el embarazo.

Objetivo No 3: Analizar la asociación entre los factores que influyen en la toma de decisión y el aborto en adolescentes.

- ✍ Proyecto de vida
- ✍ Convivencia de pareja.
- ✍ Opinión de la pareja.
- ✍ Influencia de personas en la toma de decisiones.
- ✍ Religión.
- ✍ Motivos de la adolescente para abortar.
- ✍ Motivos para tener al bebé.
- ✍ Expectativa ante un nuevo embarazo.

Objetivo No 4: Identificar la relación entre los factores de servicios de salud sexual y reproductiva a los que las adolescentes asistieron y el aborto adolescente.

- ✍ Existencia de servicios de salud sexual y reproductiva.
- ✍ Consejerías sobre sexualidad.
- ✍ Consejería de métodos de planificación familiar.
- ✍ Consejería sobre enfermedades de transmisión sexual.
- ✍ Atención pre-natal.
- ✍ Personal que asistió el parto y el alumbramiento.
- ✍ Consejerías sobre métodos de planificación familiar post-parto y post-aborto.
- ✍ Consejería sobre las consecuencias del aborto.
- ✍ Personal que favoreció el aborto.

h) Validación del instrumento:

Ya que el instrumento contiene preguntas de índole confidencial se validó 15 días antes de aplicarlo, de manera que al administrarlo las adolescentes no tuvieran dudas en la naturaleza de las preguntas.

i)-Plan de recolección de datos:

Fuentes de recolección de la información:

- Fuente de recolección primaria: es aquella que se obtuvo en la entrevista con las adolescentes, la cual fue el sustento de esta investigación que nos proporcionó resultados y conclusiones. Se utilizó como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas realizadas a las adolescentes que acudieron al Centro de adolescentes entre Enero y Junio del año 2005.

j)-Procesamiento de los datos:

Una vez obtenidos los datos recolectados de los cuestionario, se introdujeron en la respectiva base de datos, Epi- Info 2002, en donde se aplicó un análisis epidemiológico, buscando relaciones o asociaciones entre variables dependientes y la variable independiente.

k)-Plan de análisis:

Análisis bivariado: Se procedió a calcular odds ratio o razón de momios; intervalos de confianza; chi cuadrado y probabilidad.

Se estimó la asociación entre una exposición (factores de riesgo) y la ocurrencia del evento (aborto) por medio de la razón de momios. Utilizando la tradicional tabla de 2x2 partiendo del evento que ya ocurrió y que se midió el antecedente de exposición.

Se calculó los momios de exposición tanto en los casos como en los controles, al comparar la posibilidad de ocurrencia de un aborto con la posibilidad de que no ocurra bajo las mismas condiciones:

Momios de exposición en el grupo de los casos: a/b .

Momios de exposición en el grupo de los controles: c/d .

Comparando los momios de ocurrencia del evento de los expuestos y los no expuestos obtenemos la razón de momios:

$$RM = \frac{\text{momios de exposición en los casos}}{\text{momios exposición en controles}} = \frac{a/b}{c/d} = \frac{a*d}{b*c}$$

Tabla de 2x2 para evaluar razón de momios:

	Exposición	No exposición	Total
Casos	a	b	n_1
Controles	c	d	n_2
Total	m_1	m_0	N

Categoría de referencia:

a: sujetos que desarrollaron el evento y estaban expuestos.

b: sujetos que desarrollaron el evento y no estaban expuestos.

c: sujetos que no desarrollaron el evento y estaban expuestos.

d: sujetos que no desarrollaron el evento y no estaban expuestos.

m_1 : total de sujetos expuestos.

m_0 : total de sujetos no expuestos.

n_1 : total de casos.

n_2 : total de controles.

N : total de la población en estudio.

1)-**Cruce de variables:**

La asociación entre factores de riesgo y aborto se realizó cruzando las variables independientes con la variable dependiente de la siguiente manera:

Edad Vs. Aborto.

Procedencia Vs. Aborto.

Escolaridad Vs. Aborto.

Pobreza Vs. Aborto.

Ocupación Vs. Aborto.

Edad de la menarquia Vs. Aborto.

Inicio de la vida sexual Vs. Aborto.

Compañeros sexuales Vs. Aborto.

Uso de métodos anticonceptivos Vs. Aborto.

Embarazo previos Vs. Aborto.

Hijos vivos Vs. Aborto.

Aborto previo Vs. Aborto.

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual Vs. Aborto.

Complicaciones durante el embarazo Vs. Aborto.

Proyecto de vida Vs. Aborto.

Convivencia de pareja Vs. Aborto.

Opinión de la pareja Vs. Aborto.

Religión Vs. Aborto.

Influencias de alguien en la toma de decisiones Vs. Aborto.

Motivos del aborto Vs. Aborto

Motivos para tener al bebé Vs. Decisión de parir.

Expectativa ante un nuevo embarazo.

Servicios de Salud Sexual y Reproductiva Vs. Aborto.

Consejerías sobre sexualidad Vs. Aborto.

Consejerías sobre métodos de planificación familiar Vs. Aborto.

Consejerías de enfermedades de transmisión sexual Vs. Aborto.

Atención prenatal Vs. Aborto.

Personal que asistió el parto y el alumbramiento Vs. Historia de parto.

Información de métodos de planificación familiar post-parto y post-aborto Vs. Aborto.

Consejería sobre las consecuencias del aborto Vs. Aborto.

Personal que favoreció el aborto Vs. Aborto.

m)-**Control de sesgos:**

Por tratarse de un estudio de casos y controles lo hace vulnerable al efecto de diversos sesgos, ya que en este estudio se obtiene la información de forma retrospectiva, es decir, una vez que ya ocurrió el evento.

Sesgos son los errores sistemáticos en un estudio epidemiológico que producen una estimación incorrecta de asociación entre la exposición y la enfermedad, es decir producen una estimación equivocada del efecto.

Los sesgos de **selección:** pueden presentarse cuando el procedimiento utilizado para identificar el status de enfermedad varía o se modifica con el status de exposición. Esto se llama sesgo de detección. En el presente estudio, se seleccionaron casos incidentes para evitar que la exposición o variables asociadas a ésta determinaran o condicionaran la participación en el estudio ya sea como caso o como control.

Como se trata de adolescentes que acuden a un Centro con servicios de salud sexual y reproductiva, los controles seleccionados fueron de adolescentes con historia de parto reciente, acá no hay posibilidad de sobre-selección de individuos.

Los sesgos de **información:** se derivan de las frecuencias sistemáticas en las que los datos sobre exposición o resultado final, se obtienen en los diferentes grupos como la no respuesta de algunas adolescentes en cualquiera de los dos grupos. Para evitar que la tasa de no respuesta sea grande tanto en casos como en controles, se ha

recurrido a utilizar la fuente hospitalaria ya que las condiciones de invitación y convencimiento son más favorables y se logran mejores tasas de respuestas en los dos grupos, en este caso, al momento de realizar las entrevistas no hay que inducir las respuestas para dar salida a la hipótesis.

En el presente estudio se disminuye la frecuencia de los sesgos de memoria, pues el período de latencia para que ocurra el evento es corto, siendo éste de 5 a 8 meses.

El único entrevistador en el estudio será el investigador, evitando así sesgos introducidos por entrevistadores mal estandarizados que induzcan respuestas en cualquiera de los 2 grupos en estudio. (Lascano Ponce, Eduardo. Estudios epidemiológicos. 2001).

n) Presentación de los datos:

Los datos se presentaron en forma de tablas y gráficos para verificar la relación causal entre 2 variables de resultado y de exposición.

o) Aspectos éticos de la investigación:

Para la realización del presente estudio se pidió permiso a las autoridades rectoras del Centro de Adolescentes.

Se pidió el debido consentimiento a la adolescente para ser entrevistada, dejándole saber del carácter meramente científico del estudio, que no se pedirán su nombre ni sus datos de identificación.

Se elaboró un instrumento con la mayor parte de preguntas cerradas para evitar la incomodidad de la adolescente al momento de la entrevista, con un mínimo de preguntas abiertas ya que las respuestas del mismo son de carácter confidencial.

IX. RESULTADOS

* Todas las adolescentes entrevistadas; casos y controles estaban entre las edades de 15 a 19 años, lo que no representa un riesgo, pues el grupo etáreo más vulnerable son las menores de 15 años. Ver Anexos. Tabla No 1

* La procedencia de las adolescentes se comporta como factor protector de aborto, hay 0.63 veces más riesgo de ocurrencia de un aborto en aquellas adolescentes que proceden de áreas rurales que en aquellas que provienen de áreas urbanas. Los intervalos de confianza oscilan entre 0.08 y 4.05, lo que indica que no hay significancia estadística. El chi cuadrado es de 0.29, lo que indica que no hay asociación entre la variable procedencia y aborto en adolescentes, con un valor de p de 0.59, indicando que la relación de protección es debida al azar. Ver Anexos. Tabla 2

* La escolaridad se comporta como un factor de riesgo de aborto en adolescentes ya que existe 4.67 veces más riesgo de ocurrencia de un aborto en aquellas adolescentes con baja escolaridad en especial en aquellas adolescentes analfabetas y que no han cursado ningún año de estudios secundarios, que en aquellas adolescentes con estudios secundarios y universitarios. Los intervalos de confianza oscilan entre 1.09 y 20.92, lo que significa que existe significancia estadística. El chi cuadrado es de 5.94, lo que indica que es fuerte la asociación entre ser una adolescente con baja escolaridad y el tener un aborto. El valor de p es de 0.014, lo que indica que no es debido al azar. Ver Anexos. Tabla 3

* Existe relación de riesgo entre las variables pobreza y aborto en adolescencia pues existe 2.27 veces más riesgo de ocurrencia de un aborto en aquella adolescente pobre que en aquella no pobre, con intervalos de confianza entre 0.67 y 7.86, lo que indica que no hay

significancia estadística. El chi cuadrado es de 2.19, lo que demuestra que no existe fuerza de asociación entre ser una adolescente pobre y la ocurrencia de aborto, con un valor de p de 0.1385, lo que indica que esta relación entre las variables fue debida al azar. Ver Anexos. Tabla 4

* El desempleo en la adolescente tiene relación con episodios de aborto ya que hay 2.33 veces más riesgo de ocurrencia de aborto entre aquellas adolescentes desempleadas que en las que se dedican a alguna actividad que les genere dinero. Los intervalos de confianza oscilan entre 0.49 y 11.32, lo que indica que no hay significancia estadística. El chi cuadrado es de 1.50, lo que indica que no hay fuerza de asociación entre el hecho de no tener empleo y la ocurrencia de aborto. El valor de p es de 0.2206, lo que indica que la relación entre las variables es debida al azar. Ver Anexos. Tabla 5

* La menarquia temprana se comporta como factor protector ante la ocurrencia de aborto ya que existe 0.52 veces más riesgo de ocurrencia de abortos entre las adolescentes que tuvieron menarquia precoz que en las que tuvieron su primer menstruación en años posteriores. Los intervalos de confianza oscilan entre 0.14 y 1.87, lo que indica que no hay significancia estadística. El chi cuadrado es de 1.25, lo que demuestra que no hay fuerza de asociación entre el hecho de haber tenido una menarquia entre los 8 y los 11 años y la incidencia de aborto. El valor de p es de 0.2635, lo que indica que la relación de protección es debida al azar. Ver Anexos. Tabla 6

* El inicio de la vida sexual a temprana edad no tiene relación con la ocurrencia de aborto en la adolescencia ya que el OR es de 0.90, con intervalos de confianza entre 0.26 y 3.11, lo que indica que no es significativo estadísticamente. El chi cuadrado es de 0.04, lo que demuestra que no hay fuerza de asociación entre el hecho de que las adolescentes inicien su vida sexual a temprana entre los 8 y 15 años

y la ocurrencia de aborto. El valor de p es de 0.8510, lo que valida la ausencia de relación entre estos dos aspectos. Ver Anexos. Tabla 7

* El hecho de haber tenido más de 4 compañeros sexuales en la adolescencia se comporta como un factor protector ya que hay 0.65 veces más riesgo de que una adolescente que haya tenido más de cuatro compañeros sexuales incida en un aborto que en aquella con menos compañeros sexuales, los intervalos de confianza oscilan entre 0.02 y 7.90, lo que demuestra que no es significativo estadísticamente. El chi cuadrado es de 0.13, lo que indica que no hay fuerza de asociación entre estas dos variables, con un valor de p de 0.7145, indicando que la relación de protección era meramente debida al azar. Ver Anexos. Tabla 8

* El no usar métodos anticonceptivos en la adolescencia representa ligero riesgo con relación al aborto adolescente, hay 1.11 veces más riesgo de que una adolescente que no usa métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales incida en un aborto que en aquella que utiliza métodos anticonceptivos, con intervalos de confianza entre 0.32 y 3.83, lo que no es significativo estadísticamente. El chi cuadrado es de 0.04, no existiendo fuerza de asociación entre el hecho de que una adolescente no use métodos anticonceptivos y que esta vaya a incidir en un aborto. El valor de p de 0.8510, lo que demuestra que la relación es debida al azar. Ver Anexos. Tabla 9

* El tener hijos vivos es un factor protector para que la adolescente incurra en aborto. El OR es de 0.05, es decir hay 0.05 veces más riesgo de que una adolescente que ya tenga hijos vivos incurra en abortos que en la que no tiene hijos vivos, lo cual es muy bajo. Los intervalos de confianza oscilan entre 0.01 y 0.22, lo que es estadísticamente significativo. El chi cuadrado es de 23.44, lo que demuestra que existe una gran fuerza de asociación entre el hecho de que las adolescentes que tengan hijos vivos no incurran en

abortos, el valor de p es de 0.0000013, lo que demuestra que la relación de protección entra estos dos aspectos no es debido al azar. Ver Anexos. Tabla No 10

* El haber tenido un aborto previo es un factor de riesgo de aborto en adolescentes. Hay 57 veces más riesgo en que una adolescente que haya tenido abortos previos incurra en un nuevo aborto que en aquellas que nunca han abortado, con intervalos de confianza entre 8.32 y 518, lo que es estadísticamente significativo. El chi cuadrado es de 32.18, lo que demuestra una gran fuerza de asociación entre el hecho de una adolescente que hay tenido abortos anteriores incurra en un nuevo aborto, con un valor de p de 0.000. Estos datos estadísticos demuestran que tener antecedentes de abortos anteriores es un factor de riesgo de aborto adolescente y que no es debido al azar. Ver Anexos. Tabla No 11

* El tener antecedentes de enfermedades de transmisión sexual tiene relación con el aborto en la adolescencia. Hay 1.59 veces más riesgo de que una adolescente que haya tenido antecedentes de enfermedades de transmisión sexual incurra en un aborto que en aquella que no presentó estas enfermedades, lo cual es muy bajo. Los intervalos de confianza oscilan entre 0.25 y 9.8, lo que estadísticamente no es significativo. El chi cuadrado es de 0.32, no existiendo fuerza de asociación entre estas dos variables, el valor de p es de 0.5695, indicando que la relación es debida al azar. Ver Anexos. Tabla No 12

* El haber sufrido de complicaciones en el embarazo como infecciones renales, vaginales, pre-eclampsia, o traumas se comportan como factores protectores ante la incidencia de aborto. Hay 0.36 veces más riesgo en que una adolescente que haya tenido complicaciones durante el embarazo incurra en un aborto que en la que tuvo un embarazo sin complicaciones, lo cual es muy bajo, con intervalos de

confianza entre 0.10 y 1.24, lo que estadísticamente no es significativo. El chi cuadrado es de 3.39, lo que indica ausencia de fuerza de asociación, con un valor de p de 0.0654, demostrando que la relación de protección es debida al azar. Ver Anexos. Tabla 13

* Cuando la adolescente tiene un proyecto de vida en el que desea continuar con estudios secundarios y universitarios existe una relación de protección con el aborto adolescente. Hay 0.70 veces más riesgo en que una adolescente con este proyecto de vida incurra en un aborto que la que no lo tiene. Los intervalos de confianza oscilan entre 0.19 y 2.50, lo cual no es estadísticamente significativo. El chi cuadrado es de 0.36, indicando ausencia de fuerza de asociación entre estas 2 variables, con un valor de p de 0.5500, lo que indica que la relación de protección es debida al azar. Ver Anexos. Tabla 14

* El hecho de que una adolescente se encuentre soltera o sola es un factor de riesgo del aborto adolescente. Hay 8.14 veces más riesgo en que una adolescente soltera o que no conviva con su pareja incurra en un aborto que en aquellas que viven con su pareja sexual. Los intervalos de confianza oscilan entre 1.24 y 67.11, lo que demuestra que estadísticamente es significativo. El chi cuadrado es de 7.21, lo que nos indica que hay una gran fuerza de asociación entre el hecho de que una adolescente que no esté casada incurra en un aborto. El valor de p es de 0.0072, lo que demuestra que el no convivir con la pareja es un factor de riesgo del aborto y que esta relación no es debida al azar. Ver Anexos. Tabla 15

* El hecho de que el varón opine no tener al bebé es un factor de riesgo del aborto en la adolescencia. Hay 12.33 veces más riesgo en que una adolescente cuya pareja opine en que no deben tener al bebé incurra en un aborto que en aquella que fue apoyada por su pareja a tener al bebé; los intervalos de confianza oscilan entre 2.43 y 71.25, lo que estadísticamente es significativo. El chi cuadrado es

de 14.19, lo que demuestra una gran fuerza de asociación entre estas dos variables. El valor de p es de 0.0001, lo que demuestra que la relación entre una opinión de rechazo al bebé por parte de la pareja y el aborto en la adolescencia es un factor de riesgo y esto no es debido al azar. Ver Anexos. Tabla 16

* El hecho de ser católica o evangélica es un factor de protección ante el aborto. Hay 0.36 veces más riesgo en adolescentes que practican las religiones católica y evangélica incurran en aborto que en aquellas que no practican religión. Los intervalos de confianza oscilan entre 0.10 y 1.24, lo que demuestra que no es estadísticamente significativo. El chi cuadrado es de 3.39, hay una débil fuerza de asociación entre estas dos variables. El valor de p es 0.0654, lo que indica que la relación de protección es debida al azar. Ver Anexos. Tabla 17

* El que una adolescente sea influenciada por la pareja a practicarse un aborto es un factor de riesgo de aborto en la adolescencia. Hay 3.95 veces más riesgo en las adolescentes que son influenciadas por la pareja que en aquellas que son influenciadas por amistades y familiares. Los intervalos de confianza oscilan entre 1.11 y 14.48, lo que estadísticamente es significativo. El chi cuadrado es de 5.96, lo que indica que existe una gran fuerza de asociación entre estas dos variables, el valor de p es de 0.0146. Estos datos estadísticos demuestran que al ser influenciadas por su pareja representa un factor de riesgo de aborto en la adolescencia y que no es debido al azar. Ver Anexos. Tabla 18

* De las 20 adolescentes que abortaron a 8 las motivó que fuera un embarazo no planeado, a 2 las motivó el rechazo de la familia, 2 lo realizaron por su mala situación económica, 2 consideraron que el hijo impedía su superación personal, 2 lo hicieron por el abandono de

su pareja y 4 debido a mala salud durante el embarazo. Ver Anexos. Tabla No 19

* De las 40 adolescentes que decidieron tener a su bebé, a 9 de ellas las motivó que era un embarazo planeado, a 7 que consideraban al bebé un ser humano y que merecía vivir, a 6 que contaron con el apoyo familiar, a 10 que ellas mismas decidieron tener al bebé y a 8 que la relación de pareja era estable. Ver Anexos. Tabla 20

* De las 60 adolescentes entrevistadas, casos y controles, 48 consideran que ante un probable nuevo embarazo tendrían a su bebé y 12 no lo tendrían. Ver Anexos. Tabla 21

* Hay 0.27 veces más riesgo en las adolescentes que no hayan asistido a un servicio de salud sexual y reproductiva de incurrir en un aborto con respecto a aquellas que ya asistieron a estos servicios. Los intervalos de confianza oscilan entre 0.07 y 0.97, lo que es estadísticamente significativo. El chi cuadrado es de 5.27, lo que indica que hay gran fuerza de asociación entre el hecho de que aquellas que no asistieron a servicios de salud sexual y reproductiva no incidieran en aborto, el valor de p es de 0.0216, lo que demuestra que no es debido al azar. Ver Anexos. Tabla 22

* No haber recibido consejerías de sexualidad en la adolescencia resultó ser un factor protector de aborto en la adolescencia. Hay 0.40 veces más riesgo de que una adolescente que no haya recibido consejerías de sexualidad incurra en un aborto. Los intervalos de confianza oscilan entre 0.11 y 1.38, lo que estadísticamente no es significativo. El chi cuadrado es de 2.70, demostrando ausencia de fuerza de asociación. El valor de p es de 0.1003, lo que indica que la relación de protección fue debida al azar. Ver Anexos. Tabla 23

* El hecho de no recibir consejería sobre métodos de planificación familiar no tiene relación con el aborto en la adolescente. Hay 0.90

veces más riesgo de que una adolescente que no haya recibido consejerías de métodos de planificación familiar incurra en aborto que en aquella que si recibieron, los intervalos de confianza oscilan entre 0.26 y 3.07, lo cual no es estadísticamente significativo. El chi cuadrado es de 0.03, no existiendo fuerza de asociación entre estas dos variables, el valor de p es de 0.8531, validando la ausencia de relación ya que es debida al azar. Ver Anexos. Tabla 24

* El no haber recibido consejerías de enfermedades de transmisión sexual se relaciona con el aborto en la adolescencia. Hay 1.50 veces más riesgo de que una adolescente que no haya recibido consejería sobre enfermedades de transmisión sexual incurra en abortos que la que ya las recibió. Los intervalos de confianza oscilan entre 0.45 y 5.08, lo que estadísticamente no es representativo. El chi cuadrado es de 0.54, no existiendo fuerza de asociación entre estos dos aspectos. El valor de p es de 0.4611, indicando que la posible relación es debida meramente al azar. Ver Anexos. Tabla 25

* De las 40 adolescentes que no abortaron (controles), todas recibieron sus respectivos controles prenatales y de las 20 que si abortaron (casos), sólo 5 recibieron atención prenatal. Todas las pruebas estadísticas, tanto OR, intervalos de confianza, chi cuadrado y probabilidad resultaron igual a cero. Ver Anexos. Tabla 26

* De las 40 chicas con historia de parto (controles), a 38 les asistió el parto personal médico, a 1 la asistió una partera de su comunidad y a 1 la asistió una enfermera. Ver Anexos. Tabla 27

*De las 60 adolescentes, casos y controles, 52 recibieron consejerías de métodos de planificación familiar post-parto y post-aborto y 8 no las recibieron. Ver Anexos. Tabla 28

* El hecho de no haber recibido consejerías sobre las consecuencias de un aborto no tiene relación con la ocurrencia de aborto en estas

adolescentes. Hay 0.90 veces más riesgo en aquellas adolescentes que no recibieron consejerías de las consecuencias de un aborto incurran en un aborto que en aquellas que han recibido estas consejerías. Los intervalos de confianza oscilan entre 0.27 y 3.03, lo que estadísticamente no es significativo. El chi cuadrado es de 0.03, lo que indica que no hay fuerza de asociación entre estos dos aspectos. El valor de p es de 0.8548, validando el hecho de cualquier relación fue fortuita. Ver Anexos. Tabla 29

*De las 20 adolescentes con historia de aborto (casos), 1 se lo realizó ella misma, no se encontró que parteras ni curanderos lo hayan realizado, encontrándose a otro tipo de personal involucrado en su realización. Ver Anexos. Tabla 30

X. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

*Entre los factores socio-demográficos y económicos que tuvieron relación con aborto, pero sin fuerza de asociación y debida al azar, figura la edad, ya que en bibliografía internacional sobresale que el grupo menores de 15 años son un grupo vulnerable, así mismo, aquellas que proceden de áreas rurales, contrastando este grupo de entrevistadas que en su mayoría proviene de áreas urbanas. Aunque a esta edad la adolescente debe emplear su tiempo en los estudios primarios o secundarios, estas adolescentes buscan empleos para mitigar la mala situación de las familias, por lo tanto, las adolescentes pueden satisfacer algunas necesidades básicas, pero la pobreza es inminente en este grupo.

En cambio, el factor escolaridad si representa un factor de riesgo de aborto en la adolescencia, ya que el analfabetismo y la primaria incompleta no le permite a la adolescente la instrucción necesaria sobre temas de sexualidad y planificación familiar y se enfrenta a un embarazo como consecuencia del desuso o mal uso de los métodos de planificación familiar.

* Entre los antecedentes gineco-obstétricos que tuvieron relación con aborto, encontramos la edad de la menarquia con una relación protectora, pero debida al azar y sin fuerza de asociación, al igual que el inicio de la vida sexual a temprana edad, el número de compañeros sexuales y haber sufrido complicaciones durante el embarazo, que según literatura encontrada pueden representar un riesgo de que a edades tempranas se produzcan abortos en las adolescentes.

El desuso o mal uso de métodos de planificación familiar representa un ligero riesgo, debido que las adolescentes tienen malas prácticas en el uso de ellos. Así mismo, el tener antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, no representan verdaderos factores de riesgo.

El tener hijos vivos en la adolescencia les crea a las adolescentes el criterio de que cada niño en el vientre es un ser humano y que merece vivir, por lo que en vez de resultar un factor de riesgo es un factor protector en contra del aborto, difiriendo de lo que se pensaría que ya al tener hijos vivos que mantener, la adolescente se someta al aborto por la elevada carga económica que significaría otra boca más que alimentar.

La adolescente que ya ha abortado y que no ha experimentado el ser madre, continuamente recurre al aborto evitando de esta forma rechazo familiar y social por nuevos embarazos, lo que significa que haber tenido abortos previos es un factor de riesgo de aborto en la adolescencia.

*Entre los factores de toma de decisiones para abortar, cuando la adolescente desea continuar sus estudios puede proteger del aborto, pero este hecho contrasta con que la mayoría de este grupo de adolescentes trabaja para ayudar en lo posible a sus familias, por lo tanto, esta relación es debida al azar y sin fuerza de asociación. De la misma manera, el profesar religiones católica o evangélica las puede proteger, pero en estas adolescentes las invade el sentimiento del posible rechazo de la sociedad al presentar embarazos en la adolescencia.

El hecho de que una adolescente se encuentre sola o soltera es un factor de riesgo, ya que la falta del varón en la familia es vital para ellas, sumado a la manutención del bebé y la carga económica que ello representa.

Para la adolescente es vital que la pareja con la cual procreó el bebé esté de acuerdo con el embarazo, de suceder lo contrario, se predispone fuertemente a un aborto.

Algunos de los motivos que la adolescente consideró al momento de realizarse el aborto son: embarazo no planeado (principal motivo en este grupo de adolescentes), rechazo de la familia, mala situación económica, el hijo impedía su superación personal, abandono de la pareja y mala salud. Aquí se demuestra que en la adolescencia la mayoría de los embarazos son no planeados por la pareja, puede ser que la adolescente quiera al bebé, pero la pareja no se hará responsable.

Algunos de los motivos para que la adolescente tenga a su bebé fueron: embarazo planeado, relación de pareja estable, decisión personal de tener al bebé. Cuando la pareja planea tener un bebé y tienen estabilidad no hay riesgo de un aborto y el embarazo llega a buen término.

Para la mayoría de estas adolescentes, casos y controles, el hecho de embarazarse de nuevo lo enfrentarían teniendo al bebé y haciéndose responsables de él, ya que las adolescentes toman conciencia de las consecuencias que arrastra el realizarse un aborto.

*Con respecto a los factores relacionados a los servicios de salud sexual y reproductiva, el hecho de no haber recibido consejerías sobre sexualidad, sobre métodos de planificación familiar, y de enfermedades de transmisión sexual, no representa un riesgo a realizarse un aborto ya que la mayoría de estas adolescentes tenía nociones del tema. El problema del embarazo a temprana edad en este grupo de adolescentes puede deberse a malas prácticas en el uso de métodos anticonceptivos, ya que ellas conocían los métodos, pero no los usaban de forma correcta o no los usaban del todo, prevaleciendo la cultura machista de esta sociedad.

Con relación a la Atención prenatal, en el grupo de casos se observó que no recibieron los controles pre-natales necesarios, no así en los

controles en donde todas las adolescentes recibieron sus correspondientes controles.

La mayoría de los partos fueron atendidos por personal médico, en hospitales de especialidad gineco-obstétrica, en menor proporción por enfermera y por partera, ya que la mayoría de las adolescentes entrevistadas eran de procedencia urbana y se inclinan a ser atendidas por profesionales.

La mayor parte de los abortos fueron realizados en lugares especializados y por personal profesional, lo que indica que estas adolescentes decidieron realizarse abortos en manos de personal calificado.

En su mayoría para casos y controles, se les brindó consejería de métodos de planificación familiar post-aborto y post-parto, como parte de los servicios que se brindan en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

El no recibir consejerías sobre las consecuencias de un aborto en un centro especializado no es un riesgo, ya que en este grupo de adolescentes, tanto casos y controles, la mayoría ya ha recibido dichas charlas en el colegio o por amistades.

Según hipótesis planteada: “La promoción de actividades como las consejerías sobre sexualidad y la provisión de métodos de planificación familiar en centros de salud sexual y reproductiva, disminuirían la problemática del aborto en las adolescentes que asisten al Centro de Adolescentes del Hospital Berta Calderón, Managua, Nicaragua”, estos factores de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva no resultaron de riesgo para las adolescentes en incidir en abortos, demostrando claramente que la adolescente en esta etapa de cambios en su vida, necesita de una relación de pareja estable, que la pareja la apoye al momento de tomar decisiones y

que le brinde un verdadero núcleo familiar fuera del núcleo paterno o materno en el cual ellos se desarrollaron, de esta forma, tomarán decisiones fuertes que los mantendrán unidos y los convertirán en una pareja sólida a largo plazo, lo cual depende del tiempo en que estos adolescentes se conozcan, excluyendo relaciones fortuitas o pasajeras, que a lo sumo son las que provocan este alto número de embarazos no deseados y por lo tanto una alta incidencia de abortos en la adolescencia.

XI. CONCLUSIONES

Las características socio-demográficas y económicas que influyen en el aborto adolescente son la escolaridad y la pobreza en la que se encuentran las familias de estas adolescentes, que las obliga a buscar temprana ocupación, siéndoles insuficientes la instrucción en temas referentes a sexualidad y métodos de planificación familiar.

La mayoría de antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes no se relacionan con el aborto, hay que destacar que el uso de métodos de planificación familiar en este grupo de adolescentes es inapropiado y no fue aconsejado por personal de salud; el tener hijos vivos le crea una relación protectora a la adolescente ante el aborto y el haber tenido abortos previos si representa un riesgo para la ocurrencia de nuevos abortos en la adolescente.

Los factores del proceso de toma de decisiones que se asocian con el aborto en la adolescente son los de la relación de pareja, ya que el embarazo adolescente cuando no es planeado conlleva a que la adolescente se enfrente a esta nueva situación siendo todavía inmadura física y psicológicamente, agravando aún más esta situación, que el varón no quiera hacerse responsable, ya sea por las malas condiciones económicas en las que se encuentran sus familias y el rechazo que éstas tendrán con la pareja. Por consiguiente, si la adolescente quería ser madre, al verse sola, sin el apoyo de su pareja, recurre a la decisión de realizarse un aborto en forma clandestina.

Los factores relacionados a los servicios de salud sexual y reproductiva al que las jóvenes asistieron no tienen una relación de relevancia en el aborto adolescente, ya que estas adolescentes obtuvieron información acerca de sexualidad y métodos de planificación de parte de personal no calificado , en la mayoría de los

casos las adolescentes recibieron la información de otras adolescentes que han pasado por la misma situación, o de familiares que no tienen la debida preparación, así como de instituciones que promueven este tipo de prácticas.

Los determinantes de mayor significancia en este grupo de adolescentes son los socio-demográficos y económicos y los relacionados con la toma de decisiones, siendo menos contundentes los relacionados a los antecedentes gineco-obstétricos y a los servicios de salud sexual y reproductiva.

XII. RECOMENDACIONES

*A las adolescentes:

Es necesario conocer bien los temas de sexualidad y en caso de alguna confusión, no dudar en buscar ayuda de un consejero profesional, sobretodo para evitar contagio de enfermedades venéreas y la posibilidad de que un embarazo no deseado cause una situación de stress que las lleve a cometer un aborto a tan temprana edad.

Mantener una buena relación con sus padres basada en la confianza, comunicación y orientación.

Conocer bien a su pareja, sus planes a futuro y sobretodo las intenciones que él tiene para con esta relación, ya que una relación de pocos meses o de días no es suficiente para llegar a conocerse a plenitud.

En el caso que se de un aborto siendo adolescente, buscar atención médica profesional, para verificar si el procedimiento fue el correcto y que éste no deje secuelas físicas ni emocionales.

Buscar ayuda psicológica para llevar una vida libre de miedos y culpas, sobretodo por atravesar una etapa muy temprana y difícil de la vida, como es la adolescencia.

*A los padres de familia:

Mantener una buena relación con sus hijos, basada en valores que sólo se inculcan en el núcleo familiar.

Cuando las niñas entran en el período de la adolescencia es importante despojarse de los mitos y tabúes y explicarles lo que les pasa de forma normal y sin vergüenza. Aclararles a las adolescentes

cualquier duda que tengan y si los padres tienen dudas al respecto, buscar consejería médica profesional.

Apoyar en todo momento a las adolescentes y ante un aborto llevarlas a chequeo médico constante luego de ocurrido el suceso.

*Al centro de salud sexual y reproductiva:

Promover las consejerías sobre sexualidad a las parejas de adolescentes para prevenir el embarazo en la adolescencia.

Realizar seminarios dirigidos a los padres de familias, ya que éstos se pueden convertir en trasmisores de la información, sobretodo si son padres de niñas que en el futuro serán adolescentes.

Dirigir charlas a los centros de estudios, basadas en la promoción de métodos anticonceptivos, en la prevención del embarazo a temprana edad y en los riesgos del aborto en la adolescencia.

Fomentar las consejerías sobre las consecuencias del aborto en la adolescencia.

Muchas de las adolescentes llegan al servicio de salud después de realizado el aborto, es necesario atender a la paciente con justicia, calor humano y trabajar con ética y respeto, orientándolas para que no realicen un aborto nuevamente.

*Al Ministerio de Salud:

Promover una campaña de capacitación al personal de salud en temas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional.

Incluir dentro del plan de estudios de los universitarios de carreras afines a la salud, ya sean médicos, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, etc., temas referentes a la salud

sexual y reproductiva, para mejorar la atención tanto en áreas urbanas como rurales, éstas últimas de vital importancia por tratarse de lugares de poca accesibilidad a los servicios de salud y en donde probablemente se presente el mayor número de abortos clandestinos, no registrados.

Habilitar con infraestructura y equipos necesarios todas las unidades de salud a nivel nacional para atender a las adolescentes de áreas urbanas y rurales de manera adecuada.

Proveer de métodos de planificación familiar y material didáctico dichas unidades de salud.

Contar con un área de emergencias para el trato de aquellas urgencias obstétricas referentes al aborto clandestino que se presente.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1-Bonilla Somoza, Carla Patricia, et al. **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto de la población del distrito IV, Managua, Mayo 2003.** Trabajo monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. 2003.

2-Centro de Derechos Reproductivos. El aborto como un problema de Salud Pública. Mayo, 1999. Disponible en:
http://www.reproductiverights.org/esp_pub_fac_saludpub.html

3-Centro de Derechos Reproductivos. La perspectiva ética y religiosa del aborto. Mayo, 1999. Disponible en:
http://www.reproductiverights.org/esp_pub_fac_religiosa.html

4-Centro de Derechos Reproductivos. Las adolescentes y el aborto. Mayo, 1999. Disponible en:
http://www.reproductiverights.org/esp_pub_fac_adoles.html

5-Centro de Derechos Reproductivos. Situación legal del aborto en el mundo. Mayo, 1999. Disponible en:
http://www.reproductiverights.org/esp_pub_fac_legal.html

6-Chamorro Rodríguez, Sergio; Barrios Obregón, Reynaldo. **Comportamiento clínico y epidemiológico del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Héroes y mártires de Ometepe, Isla de Ometepe. Enero 1995-Diciembre 1998.** Trabajo monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua. 1999.

7-Código Civil de la República de Nicaragua.

8-Código Penal de la República de Nicaragua.

9-Constitución Política de la República de Nicaragua.

10-Derechos reproductivos y salud reproductiva. Bases para la acción. Conferencia Internacional sobre población y desarrollo. El Cairo. Egipto. 1994. Cap. VII.

11-Fondo de población de las Naciones Unidas. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. Equipo de apoyo técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe. México DF. México. Enero 2001.

12-Hernández Sampieri, Roberto, et. al. Metodología de la investigación. Segunda edición. Mc Graw-Hill Editores. México. D.F. 1998.

13-Lazcano-Ponce, Eduardo, et.al. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Instituto Nacional de Salud Pública. Morelos, México. 2001.

14-Ministerio de Salud. Norma de atención al aborto. Dirección general de atención médica. Dirección materno-infantil. Nicaragua. 1989.

15-OMS. Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. Second edition. Ginebra. 1993.

16-OMS. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Third edition. Ginebra. 1998.

17-OPS. Manual de medicina de la adolescencia. Primera edición. Washington, EE.UU. 1992.

18-Pizarro, Ana María. Atención humanizada del aborto y del aborto inseguro. Proyecto de seguimiento de la Conferencia sobre Población y Desarrollo. Primera edición. Managua, Nicaragua. Julio, 1998.

19-Schwarcz, Ricardo L. et.al. Obstetricia. 5ª ed. Washington, D. C: OPS/OMS (PALTEX); 1995.

20-Sistema de información estadística. MINSA central. Informe de admisiones y egresos hospitalarios. 2002.

21- Urbina, Ana María; Darce, Rosa María. **Aborto clandestino: principales causas sociales y económicas en mujeres atendidas en el Hospital Berta Calderón en el año 2003.** Informe final para promover al tercer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital Berta Calderón. 2004.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA



INSTRUMENTO No. 1:

Instrucciones para la aplicación de la entrevista:

Con el siguiente instrumento se recolectó la información que brindaron las adolescentes en el Centro de atención de adolescentes del Hospital Berta Calderón, Managua. Las preguntas que aparezcan con negrillas están diseñadas específicamente para los controles, por lo tanto las preguntas con coloración normal están diseñadas para los casos.

Introducción:

Buenos días, para realizar el estudio sobre determinantes de aborto en adolescentes, le estamos solicitando su colaboración y consentimiento, de tal manera que usted nos brinde información sobre dichos factores. Así también para encontrar la relación con las circunstancias que usted vivió para llevar a buen término su embarazo. Las preguntas se harán de forma individual, respetando la información recolectada, sin detallar en la identificación de cada una de ustedes. ¡Muchas gracias!

1- ¿Qué edad tiene usted?

-10-14 años: -----

-15-19 años: -----

2- ¿De qué área proviene usted?

-urbana: -----

-rural: -----

3- ¿Qué grados de estudios tiene usted?

-analfabeta: -----

-secundaria incompleta: ----

-primaria incompleta: ----

-secundaria completa: -----

-primaria completa: ----

-carrera técnica: ----

-universidad incompleta: -----

4-¿Cuál es la situación de su casa de habitación?

-alquilada: ----

-propia de un familiar: -----

-propia: -----

5-¿Con quién o quiénes vive usted?

-familia: ----

-amigos: ----

-pareja: ----

-sola: -----

6-¿Cuántas personas dependen del sustentador en su casa?

-1-2 personas: ----

-5 o más personas: ----

-3-4 personas: ----

7-¿Quién es el sustentador en su casa?

-padre: -----

-pareja: -----

-madre: -----

-ella misma: -----

8-¿Qué actividades realiza para divertirse?

-ir al parque: ----

-oír música: ----

-ir al cine: ----

-ir a la iglesia: ----

-ver la televisión: ----

-nada: ----

9-¿Tiene dinero para comprar ropa y calzado?

-sí: -----

-no: -----

10- ¿Cuál es su ocupación actualmente?

-desempleada: ----

-dependiente: ----

-doméstica: ----

-otras: ----

-comerciante: ----

11- ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?

-8-11 años: ----

-12-15 años: ----

12- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

-8-11 años: -----

-16-19 años: -----

-12-15 años: -----

13- ¿Con cuántos varones ha tenido relaciones sexuales?

-1-3: ----

- 7 o más: -----

-4-6: ----

14- ¿Qué tipo de método anticonceptivo ha usado usted?

- píldoras orales mensuales: ----
- dispositivo intrauterino: --
- píldoras orales de emergencia: ----
- inyectados: ----
- condón: ----
- ninguno: ----

16- ¿Cuántos hijos ha tenido?

- 1 o más: ----
- ninguno: ----

17-¿Cuántos abortos tuvo anteriormente?

- 1 o más: ----
- ninguno: ----

18- ¿Ha padecido usted alguna enfermedad de transmisión sexual?

- sífilis: ----
- candidiasis: ----
- condilomatosis: ----
- chancro: ----
- ninguna: -----
- otras: -----

19- ¿Tuvo usted alguna complicación durante el embarazo?

- infección renal: ----
- pre-eclampsia: ----
- infección vaginal: ----
- eclampsia: -----
- traumas físicos: ----
- ninguna: -----

20- ¿Qué aspiraciones tiene usted en la vida?

-ser madre: ----

-carrera técnica: ----

-tener su hogar: ----

-carrera universitaria: ----

-ser bachiller: ----

21- ¿Cuál es la situación actual con su pareja?

-casada: ----

-divorciada: ----

-acompañada: ----

-viuda: ----

-soltera: ----

-ninguna: ----

22-¿Qué opinión tuvo su pareja al momento de saber del embarazo?

-debe tenerlo: ----

-indiferente: ----

-no debe tenerlo: ----

-otras: ----

23-¿Le motivó alguien a tomar una decisión al momento de salir embarazada?

-amistades: ----

-pareja: ----

-familiares: ----

-ella misma: ----

-otras: ----

24-¿Qué religión practica?

-católica: ----

-testigos de Jehová: ----

-evangélica: ----

-otras: ----

-ninguna: ----

25- ¿Cuál fue el motivo del aborto?

-embarazo no planeado: ----

-producto de violación: ----

-rechazo familiar: ----

-abandono de la pareja: ----

-rechazo social: ----

-mala salud: ----

-mala situación económica: -----

-hijo impide la superación personal: -----

26- ¿Cuál fue el motivo para tener al bebé?

-embarazo planeado: -----

-apoyo familiar: -----

-es un ser humano: -----

-lo quiere tener: -----

-solvencia económica: -----

-pareja estable: -----

27- ¿Que harías si vuelves a quedar embarazada?

-lo tendría: -----

-no lo tendría: -----

28- ¿Existen servicios de salud sexual y reproductiva en el centro de salud más cercano a su casa?

-existen: -----

-no existen: -----

29- ¿Ha recibido consejería sobre sexualidad?

-sí: -----

-no: -----

31- ¿Quiénes le han brindado esta consejería?

-personal del centro de salud: ----- -amigos: -----

-centro de estudios: ----- -iglesia: -----

32- ¿Le han dado consejos sobre métodos de planificación familiar?

-si: -----

-no: -----

33- ¿Quiénes le han aconsejado sobre esos métodos?

-personal del centro de salud: ----- -amigos: -----

-centro de estudios: ----- -iglesia: -----

34- ¿Ha recibido consejerías sobre enfermedades de transmisión sexual?

-si: -----

-no: -----

35- ¿Ha recibido atención pre-natal?

-si: -----

-no: -----

36- ¿Quién le asistió el parto y el alumbramiento?

-partera: ----- -médico: -----

-curandero: ----- -enfermera: -----

-otros: -----

37- ¿Ha recibido consejería sobre que método de planificación familiar usar después del parto o del aborto?

-si: -----

-no: -----

38- ¿Ha recibido consejerías sobre las consecuencias del aborto?

-si: -----

-no: -----

39- ¿Quién le favoreció el aborto?

-ella misma: -----

-partera: -----

-curandero: -----

-otros: -----

Observaciones del investigador:

-adolescente indiferente: -----

-adolescente deprimida:

-adolescente preocupada: -----

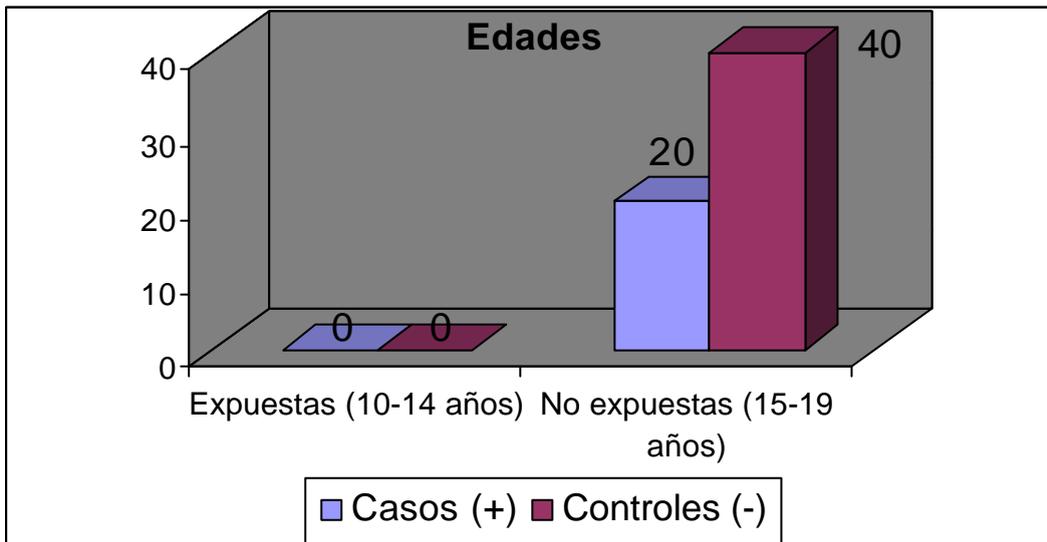
-adolescente cooperadora:

Se le agradece por la atención y la colaboración que prestó al momento de realizársele al presente entrevista, la cual será de gran ayuda para la elaboración de un informe en donde presentaremos recomendaciones de cómo prevenir el aborto y sobretodo la ayuda que la joven necesita en estos momentos tan difíciles de su vida.

¡Muchas gracias!

GRAFICO No. 1:

Edad de las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes, Hospital Berta Calderón, Enero-Junio 2005.



Fuente: Entrevista.

TABLA No. 1:

Procedencia de las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Procedencia	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (rural)	02	06	08	0.63	(0.08-4.05)	0.29	0.59
No expuestas (urbano)	18	34	52				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 2:

Escolaridad de las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Escolaridad.	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (analfabeta y primaria incompleta)	08	05	13	4.67	(1.09-20.92)	5.94	0.014
No expuestas (primaria completa a carrera universitaria)	12	35	47				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No.3:

Pobreza en las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Pobreza	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (pobres, con más de 2 necesidades básicas insatisfechas)	11	14	25	2.27	(0.67- 7.86)	2.19	0.1385
No expuestas (no pobres, menos de 2 necesidades básicas insatisfechas)	09	26	35				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No.4:

Ocupación de las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Ocupación	Caso (+)	Control (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (desempleada)	05	05	10	2.33	(0.49-11.32)	1.50	0.2206
No expuestas (empleada)	15	35	50				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 5:

Edad de la menarquia en adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Edad de menarquia	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (8-11 años)	06	18	14	0.52	(0.14-1.87)	1.25	0.2635
No expuestas (11-19 años)	14	32	46				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 6:

Inicio de vida sexual en adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Inicio de Vida Sexual	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (12-15 años)	12	25	37	0.90	(0.26-3.11)	0.04	0.8510
No expuestas (15-19 años)	08	15	23				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 7:

Compañeros sexuales de las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Compañeros sexuales	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (mas de 4 compañeros)	01	03	04	0.65	(0.02-7.90)	0.13	0.7145
No expuestas (menos de 4 compañeros)	19	37	56				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 8:

Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Uso métodos anticonceptivos	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (no usan métodos anticonceptivos)	08	15	23	1.11	(0.32 - 3.83)	0.04	0.8510
No expuestas (usan métodos anticonceptivos)	12	25	37				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 9:

Hijos vivos de las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Hijos vivos	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (1 o más)	05	35	40	0.05	(0.01-0.22)	23.44	0.0000
No expuestas (ninguno)	15	05	20				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 10:

Abortos anteriores de las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Abortos anteriores	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (más de uno)	15	02	17	57	(8.32-518)	32.18	0.0000
No expuestas (amenazas de aborto o ninguno)	05	38	43				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 11:

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Antecedentes enfermedades de transmisión sexual (ETS)	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (antecedentes de ETS)	03	04	07	1.59	(0.25-9.8)	0.32	0.5695
No expuestas (no hay antecedentes de ETS)	17	36	53				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 12:

Complicaciones del embarazo en adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Complicaciones en el embarazo	Caso (+)	Control (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (antecedentes complicaciones)	08	26	34	0.36	(0.10-1.24)	3.39	0.0654
No expuestas (no hay antecedentes)	12	14	26				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 13:

Proyecto de vida de adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Proyecto de vida	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (continuar los estudios)	13	29	42	0.70	(0.19-2.50)	0.36	0.5500
No expuestas (ser madre o tener su propio hogar)	07	11	18				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 14:

Convivencia de pareja en adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Convivencia de pareja	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (soltera, divorciada, viuda)	06	02	08	8.14	(1.24-67.11)	7.21	0.0072
No expuestas (acompañada, casada)	14	38	52				
Total	20	10	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 15:

Opinión de la pareja de adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Opinión de la pareja	Caso (+)	Control (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (No debe tenerlo o indiferentes)	10	03	13	12.33	(2.43-71.25)	14.19	0.0001
No expuestas (debe tenerlo)	10	37	47				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 16:

Religión de adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Religión	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (católica, evangélica)	08	26	34	0.36	(0.10-1.24)	3.39	0.0654
No expuestas (otras o ninguna)	12	14	26				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 17:

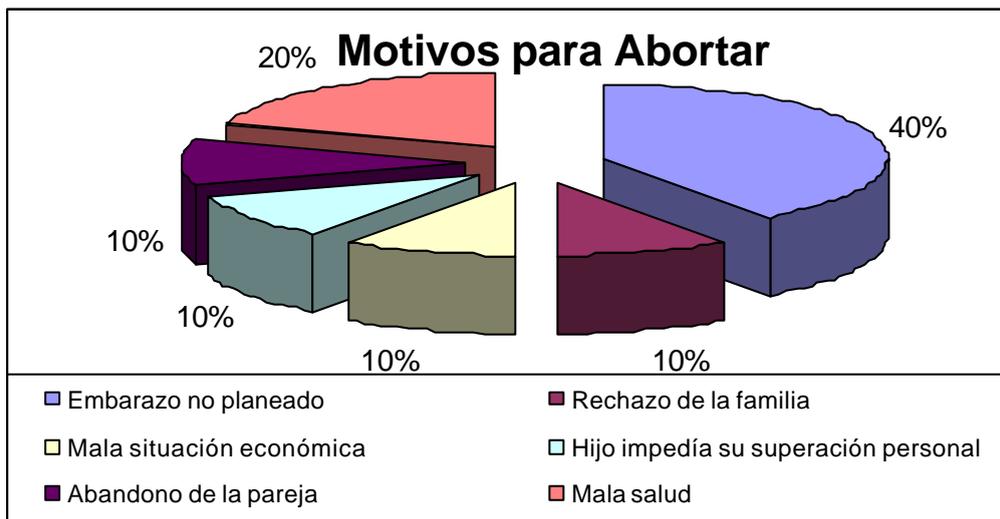
Influencia de alguien en la toma de decisiones de adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Influencia de alguien	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (pareja, ella misma)	12	11	23	3.95	(1.11-14.48)	5.96	0.0146
No expuestas (familiares, amistades, otros)	08	29	37				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

GRAFICO No. 2:

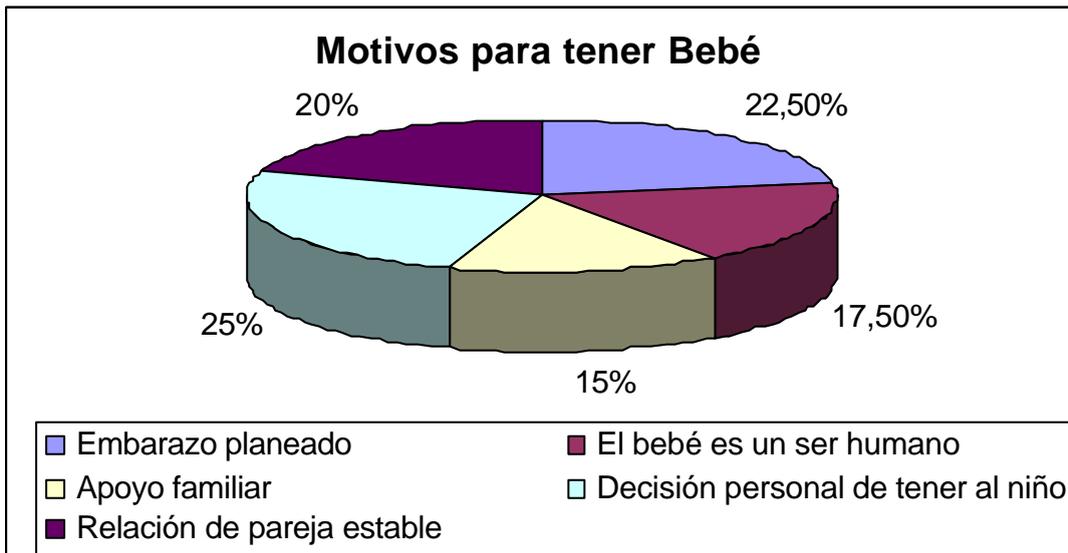
Motivos para abortar en adolescentes con historia de aborto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.



Fuente: Entrevista.

GRAFICO No. 3:

Motivos para tener al bebé en adolescentes con historia de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.



Fuente: Entrevista.

GRAFICO No. 4:

Expectativas ante un nuevo embarazo en adolescentes con historia de aborto y de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.



Fuente: Entrevista.

TABLA No. 18:

Existencia de Servicios de Salud Sexual y Reproductivo en la comunidad de adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Existencia de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (No existen)	09	30	39	0.27	(0.07-0.97)	5.27	0.0216
No expuestas (Existen)	11	10	21				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 19:

Consejerías de sexualidad que han recibido las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Consejería de sexualidad	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (No recibieron)	07	23	30	0.40	(0.11-1.38)	2.70	0.1003
No expuestas (Recibieron)	13	17	30				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 20:

Consejerías sobre métodos de planificación familiar que han recibido las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Consejería sobre métodos de planificación familiar	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (No recibieron)	08	17	25	0.90	(0.26-3.07)	0.03	0.8531
No expuestas (Recibieron)	12	23	35				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 21:

Consejerías sobre enfermedades de transmisión sexual que han recibido las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Consejería sobre enfermedades de transmisión sexual	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (No recibieron)	10	16	26	1.50	(0.45-5.08)	0.54	0.4611
No expuestas (Recibieron)	10	24	34				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista

TABLA No. 22:

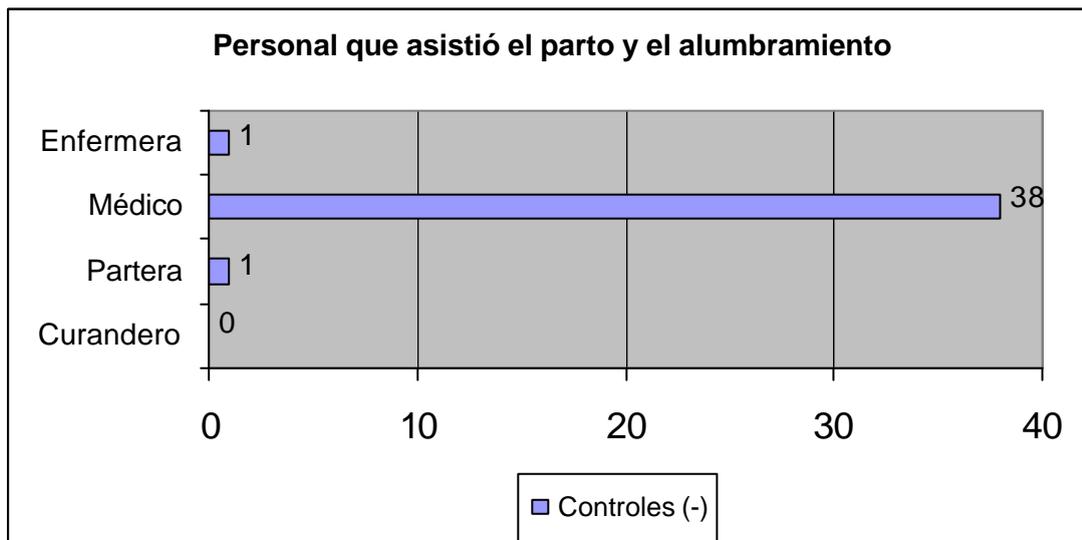
Atención pre-natal en las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Atención pre-natal	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (No recibieron)	15	00	15	00	00	00	00
No expuestas (Recibieron)	05	40	45				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

GRAFICO No. 5:

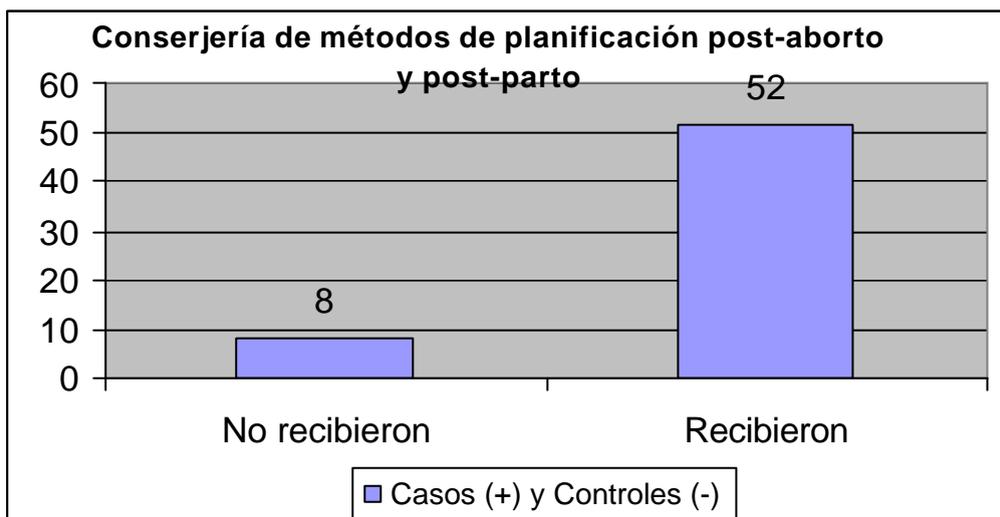
Personal que asistió el parto y el alumbramiento en adolescentes con historia de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.



Fuente: Entrevista

GRAFICO No. 6:

Consejería sobre métodos de planificación familiar post-parto y post-aborto que han recibido las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.



Fuente: Entrevista.

TABLA No. 23:

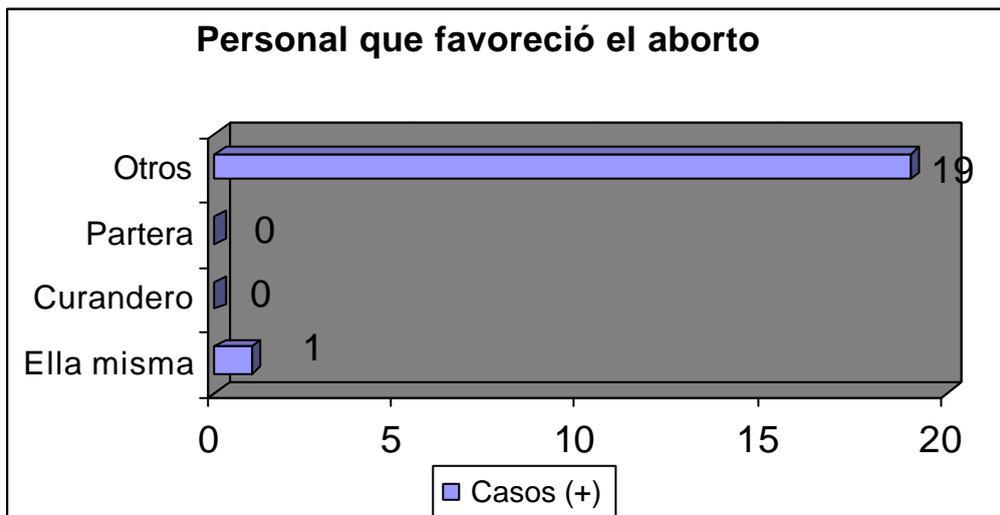
Consejerías sobre las consecuencias del aborto que recibieron las adolescentes con historia de aborto o de parto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.

Consejería sobre las consecuencias del aborto	Casos (+)	Controles (-)	Total	OR	IC	X ²	P
Expuestas (No recibieron)	09	19	28	0.90	(0.27-3.03)	0.03	0.8548
No expuestas (Recibieron)	11	21	32				
Total	20	40	60				

Fuente: Entrevista.

GRAFICO No. 7:

Personal que favoreció el aborto en adolescentes con historia de aborto que asisten al Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. Enero-Junio 2005.



Fuente: Entrevista.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Objetivo No. 1: Determinar las características socio-demográficas y económicas que influyen en el aborto adolescente.

Variable	Definición operacional	Indicadores de riesgo	Dimensiones	Ítems	Valores
Edad.	Edad que tiene la adolescente al momento de ser entrevistada.	Adolescentes de 10 14 años.		¿Qué edad tiene usted?	-10-14 años. -15-19 años.
Procedencia.	Área de la cual proviene.	Adolescentes de áreas rurales.		¿De qué área proviene?	-urbana. -rural.
Escolaridad.	Grados cursados en escuelas aprobadas por el gobierno.	Adolescentes con bajo nivel de escolaridad: analfabetas y de primaria completa.		¿Qué grado de estudios tiene usted?	analfabeta -primaria. incompleta -primaria completa. -secundaria incompleta. -secundaria completa. -carrera técnica. -universidad incompleta

<p>Pobreza.</p>	<p>Capacidad de las personas satisfacer necesidades básicas de vivienda, salud, educación, alimentación, vestimenta y recreación.</p>	<p>Adolescentes pobres y en extrema pobreza: con más de 2 necesidades básicas insatisfechas.</p>	<p>Vivienda alquilada.</p> <p>Convivencia con la familia</p> <p>Dependen económicamente 5 o más personas de un sustentador.</p> <p>El sustentador es el padre o la madre.</p> <p>No realiza actividades de distracción.</p>	<p>¿Cuál es la situación de su casa de habitación?</p> <p>¿Con quién o quiénes vive usted?</p> <p>¿Cuántas personas dependen de un sustentador en casa?</p> <p>¿Quién es el sustentador en su casa?</p> <p>¿Qué actividades realiza para divertirse?</p>	<p>-alquilada. -propia. -propia de un familiar.</p> <p>-familia. -pareja. -amigos. -sola.</p> <p>-1-2 personas. -3-4 personas. -5 o más personas.</p> <p>-padre. -madre. -pareja. -ella misma.</p> <p>-ir parque. -ir al cine. -ver la tv. -oír música.</p>
-----------------	---	--	---	--	---

			No tiene dinero para comprarse ropa o calzado.	¿Tiene dinero para comprar ropa y calzado?	-ir a la iglesia. -nada. -si. -no.
Ocupación.	Actividades que realiza para satisfacer necesidades básicas con la generación de ingresos.	Adolescentes desempleadas.		¿Cuál es su ocupación?	-desempleada. -doméstica. -comerciante. -dependiente. -otros.

Objetivo No. 2: Identificar la relación entre los antecedentes gineco-obstétricos y ocurrencia de abortos en las adolescentes.

Variable	Definición operacional.	Indicadores de riesgo	Ítems	Valores
Edad de la menarquia	Edad en la que la adolescente tuvo su	Adolescentes con menarquia temprana de	¿A qué edad tuvo su primera menstrua-	-8-11 años. -12-15 años.

	primer período menstrual.	8 a 11 años.	ción?	
Inicio de la vida sexual.	Edad que la adolescente tuvo su primera relación sexual.	Adolescentes con inicio de vida sexual temprana entre 8 y 15	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?	-8-11 años. -12-15 años. -16-19
Compañeros sexuales.	Número de varones que han tenido relaciones sexuales con adolescente	Adolescentes con un gran número de compañeros sexuales de 4 a más.	¿Con cuántos varones ha tenido relaciones sexuales?	-1-3. -4-6. -7 o más.
Uso de métodos anticonceptivos.	Método anticonceptivo que la adolescente haya usado como método de planificación.	Adolescentes que no utilizan ningún método anticonceptivo.	¿Qué tipo de método anticonceptivo ha usado usted?	ninguno -orales al mes. -orales de emergencia. -inyectados. condón. -DIU.
Hijos vivos.	Productos de la concepción y	Adolescentes con 1 o más hijos vivos.	¿Cuántos hijos ha tenido usted?	ninguno -1 o

	de partos anteriores.			más.
Aborto previo.	Experiencias de abortos anteriormente.	Adolescentes con 1 o más abortos previos.	¿Cuántos abortos tuvo anteriormente?	- ninguno. -1 o más.
Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.	Existencia de enfermedad relacionada con los órganos reproductivos.	Adolescentes con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.	¿Ha padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual?	ninguna. -sífilis. -condilomatosi- sis. -candi- diasis. chancro.
Complicaciones durante el embarazo	Presencia de algún trastorno durante los meses de embarazo.	Adolescentes con antecedentes de complicaciones durante el embarazo.	¿Tuvo usted alguna complicación durante el embarazo?	ninguna. -infección renal y vaginal. -pre-eclampsia. -eclampsia. -traumas físicos.

Objetivo No 3: Analizar la asociación entre los factores que influyen en la toma de decisión y el aborto en adolescentes.

Variable	Definición operacional	Indicadores de riesgo	Ítems	Valores
Proyecto de vida.	Planes a futuro de ella como meta a seguir, con los cuales logra su superación personal.	Adolescentes con proyectos de continuar sus estudios: bachillerato carrera técnica y universitaria.	¿Qué aspiraciones tiene en su vida?	-ser madre. -tener su hogar. -ser bachiller. -C. técnica -Carrera profesional. -ninguno.
Convivencia de pareja	Situación actual con respecto a la pareja sexual.	Adolescentes solteras, divorciadas o viudas.	¿Cuál es la situación actual con su pareja?	-soltera. -divorciada. -viuda -casada. -acompañada.
Opinión de la pareja.	Opinión del varón al momento de enterarse del embarazo.	Adolescentes cuyas parejas opinaron que no debían tener al bebé o	¿Qué opinión tuvo su pareja al momento de saber del embarazo?	-debe tenerlo. -no debe tenerlo. -indiferente. -otras.

		fueron indiferentes		
Religión	Doctrina religiosa que practica la adolescente	Adolescentes que practican la religión católica o evangélica.	¿Cuál es la religión que usted practica?	-católica. -evangélica -testigo de Jehová -otras. -ninguna
Influencia de alguien en la toma de decisiones.	Persona que de forma directa influye en la adolescente a que tome una decisión.	Adolescentes influenciadas por la pareja y ellas mismas a abortar.	¿Le motivó alguien a tomar una decisión al momento de salir embarazada?	amistades. familiares. -pareja. -ella misma. -otras.
Motivos del aborto en la adolescente	Motivo principal por el que la adolescente tiene el aborto.	Principales causas del aborto.	¿Cuál fue el motivo del aborto?	embarazo no planeado. -rechazo familiar. -rechazo social. -mala situación económica -producto violación. -abandono de la pareja.

				<ul style="list-style-type: none"> -el hijo impide mi realización personal. -motivo de mala salud.
Motivo para tener al bebé.	Motivo principal por el que la adolescente decidió tener al bebé.	Principales motivos para tener al bebé.	¿Cuál fue el motivo para tener al bebé?	<ul style="list-style-type: none"> embarazo planeado. -lo quiero tener. -es un ser humano. -tengo pareja estable. -solvencia económica -tengo apoyo familiar.
Expectativa ante un nuevo embarazo.	Opinión de la adolescente ante un probable nuevo embarazo.	Porcentaje de adolescentes que se realizarían aborto.	¿Que harías si vuelves a quedar embarazada?	<ul style="list-style-type: none"> -lo tendría. -no lo tendría.

Objetivo No 4: Identificar la relación entre los factores de servicios de salud sexual y reproductiva a los que las adolescentes asistieron y el aborto adolescente.

Variables	Definición operacional	Indicadores	Ítems	Valores
Servicio de salud sexual y reproductiva.	Presencia de servicios de salud sexual y reproductiva en el centro de salud más cercano a su casa.	Adolescentes en cuya comunidad no existen estos servicios.	¿Existen servicios de salud sexual y reproductiva en el centro de salud más cercano a su casa?	existen -no existen
Consejería sobre sexualidad.	Consejos, charlas que la adolescente ha recibido sobre temas relacionados a la sexualidad.	Adolescentes que no recibieron consejerías sobre sexualidad.	¿Ha recibido consejería sobre sexualidad? ¿Quién le ha brindado dicha consejería?	-si. -no. personal centro de salud. -centro de estudio iglesia. amigos
Consejería de métodos de planificación	Consejos, charlas que ha recibido la adolescente de	Adolescentes que no recibieron consejería	¿Le han dado consejería de estos	-si. -no.

ción familiar.	como utilizar los métodos de planificación familiar.	sobre métodos de planificación.	métodos? ¿Quién le ha brindado dicha consejería?	personal centro de salud. -centro de estudio iglesia. amigos
Consejería de enfermedades de transmisión sexual.	Consejos, charlas que ha recibido la adolescente como prevenir enfermedades de transmisión sexual.	Adolescentes que no recibieron consejerías de enfermedades de transmisión sexual.	¿Ha recibido consejerías de enfermedades de transmisión sexual?	-si. -no.
Atención pre-natal.	Consultas médicas recibidas por la adolescente durante su embarazo.	Adolescentes que no recibieron atención pre-natal.	¿Ha recibido usted atención pre-natal?	-si. -no.
Personal que asistió el parto y el alumbramiento.	Persona que le asiste el parto y el alumbramiento a la	Porcentaje de personal no médico que atiende el parto y el	¿Quién le asistió el parto y el alumbramiento?	-curandero. -enfermera.

miento.	adolescente.	alumbramiento.	miento?	partera médico
Consejerías sobre métodos de planificación familiar post-parto y post-aborto.	Consejos, charlas brindadas por profesionales sobre que método de planificación usar post-parto y post-aborto.	Porcentaje de adolescentes que han recibido información de métodos de planificación familiar post-parto y post-aborto.	¿Ha recibido consejerías sobre métodos de planificación familiar post-parto y post-aborto?	-si. -no.
Consejería sobre consecuencia del aborto.	Consejos, charlas recibidas por la adolescente sobre consecuencias físicas y psicológicas del aborto.	Adolescentes que no recibieron consejerías sobre las consecuencias del aborto.	¿Ha recibido consejerías sobre las consecuencias del aborto?	-si. -no.
Personal que favoreció el aborto.	Persona que le realiza el aborto a la adolescente.	Porcentaje de personal no médico que realiza el aborto a la adolescente.	¿Quién le realizó el aborto?	-ella misma. -curandero. partera -otros.

