

Universidad de Ciencias Médicas “José Aseff Yara”
Policlínico Docente “Mario Páez Inchausti”

TITULO: Comportamiento de algunas variables epidemiológicas sobre la interrupción voluntaria de embarazos en la comunidad La Clementina.

AUTORA: Dra. Danaícy Portal Cruz.

*Tesis de terminación de especialista para optar por el título de
“Especialista en Medicina General Integral.”*



Ciego de Ávila, 2012

**Universidad de Ciencias Médicas “José Aseff Yara”
Policlínico Docente “Mario Páez Inchausti”**

**TITULO: Comportamiento de algunas variables epidemiológicas sobre la
interrupción voluntaria de embarazos en la comunidad La
Clementina.**

AUTORA: Dra. Danaicy Portal Cruz.

**TUTOR: Dr. Ángel Alberto De Armas Puentes.
Especialista de primer grado en ginecobstetricia.**

Tesis de terminación de especialista para optar por el título de

“Especialista en Medicina General Integral.”

Ciego de Ávila, 2012

PENSAMIENTO.

La medicina es infinitamente más fascinante que la inteligencia, la inteligencia tiene sus límites, la medicina no.

Proverbio Chino.

AGRADECIMIENTOS.

El agradecimiento a mi familia y en especial a mi esposo Yosvany González Sarduy por comprender y apoyar mis estudios.

Doy las gracias al **Dr. Ángel Alberto De Arma Puentes** por motivar, impulsar la presente investigación.

DEDICATORIA.

A mis padres.

A mi esposo.

Resumen

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y riesgos del aborto y su posible asociación a variables sociodemográficas en mujeres de la comunidad La Clementina, perteneciente a la Policlínica Docente “Mario Páez Inchausti”, en el municipio de Baraguá, en el período diciembre 2009 – diciembre 2011. El universo estuvo constituido por 953 mujeres, de ellas 531 formaron la muestra a estudiar, fueron seleccionadas aquellas que cumplían los criterios de inclusión. Las variables estudiadas fueron: edad, nivel de escolaridad, estado civil, situación laboral, condiciones socioeconómicas, nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, y de las complicaciones del aborto. Se llegó a la conclusión que las adolescentes, el nivel medio de escolaridad, con un predominio en las mujeres solteras, amas de casa, con condiciones socioeconómicas regulares fueron las que con mayor frecuencia se realizaban este proceder, no existen diferencia significativa entre la media de las edades para cada una de las variables que miden nivel de conocimiento, tampoco existe asociación con el nivel de escolaridad; lo que no ocurre el per cápita familiar que está relacionado estadísticamente con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto.

Palabra clave: Interrupción voluntaria de embarazos.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS:.....	6
MARCO TEÓRICO	7
MÉTODO.....	15
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	19
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS:	

INTRODUCCIÓN

La Salud Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear de igual forma, así como, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. ⁽¹⁾

Las cuestiones de salud sexual y reproductiva se insertan en relaciones humanas complejas, donde emociones, afecto y espiritualidad motivan que las personas, en especial las mujeres, se expongan a las bondades o a los riesgos de las relaciones sexuales y la reproducción.

La prevención de embarazos no planificados contribuye a salvar la vida de las mujeres, en tanto favorece a reducir el número de abortos y partos practicados en condiciones de riesgo (dos de las principales causas de morbilidad materna). ⁽²⁾

El acceso a los métodos anticonceptivos modernos ayuda a prevenir la morbilidad materna asociada a la interrupción del embarazo. Según los datos disponibles, si se cubriesen las necesidades de anticonceptivos en los países en desarrollo, el número de embarazos no planificados disminuiría en un asombroso 70%. También habría 22 millones menos de nacimientos no planificados y 25 millones menos de abortos inducidos. ⁽³⁾

Entre el año 2000 y el año 2006 se estima que hubo 338 millones de embarazos que no fueron deseados ni planificados en todo el mundo (el 28% del total de embarazos 1,2 mil millones durante esos 6 años; una media de unos 56 millones de embarazos no deseados de un total de 200 millones al año). Estos embarazos no deseados provocaron alrededor de 700.000 muertes por mortalidad materna (aproximadamente una quinta parte de la morbilidad materna durante ese período).

Más de un tercio de las muertes se debieron a problemas relacionados con el embarazo o el parto, pero la mayoría (64%) fue por complicaciones fruto de la práctica de abortos. La mayoría de las muertes ocurrieron en las regiones menos desarrolladas del mundo, donde no se dispone de planificación familiar y los servicios de salud reproductiva apenas existen. ⁽⁴⁾

Anterior a los años 60, la población cubana utilizaba frecuentemente el aborto para regular su fecundidad, aun estuviera penalizada su práctica. Los servicios eran clandestinos con mayor o menor seguridad, confort y procedimientos utilizados, a los que accedían de manera diferenciada las mujeres según sus posibilidades económicas, de tal manera que la gran mayoría apenas podía costear la administración de algún anestésico o aspirar a las condiciones de higiene básicas para su salud. La práctica del aborto perseguía generalmente, el fin lucrativo para médicos y otro personal no médico, situación que en la actualidad perdura en muchos países de la región americana y del mundo en general. ⁽⁵⁾

Según estudios realizados en Cuba durante las últimas décadas, el aborto, la anticoncepción y la nupcialidad favorecieron con más fuerza al descenso de la fecundidad, siendo el aborto el de mayor impacto. A partir de la primera mitad de la década de los años 60, tras los profundos y radicales cambios sociales acontecidos en Cuba, se pusieron en marcha acciones articuladas de planificación familiar, las que se integraron a los servicios de atención materna e infantil, concentrando una buena parte de las acciones en incrementar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos.

Experiencias internacionales corroboran la importancia e impacto positivo que tiene en el modo de comportarse el aborto, la elevación y homogenización del nivel educacional de la población femenina. Se plantea, que en ausencia parcial o total de otras condiciones, con sólo lograr una población femenina educada, se producen a corto y mediano plazo modificaciones favorables en sus patrones reproductivos y por ende en su salud general y reproductiva en particular. ⁽⁶⁾

El mayor nivel de morbilidad por aborto se encuentra en África, donde se estima que ocurren unas 680 muertes por 100.000 abortos. ⁽⁷⁾

La interrupción del embarazo, por uno u otro método, conduce muchas veces a la práctica anticoncepcional y por otra parte, una deficiente educación, infraestructura de servicios y de métodos anticonceptivos, conlleva con frecuencia a la interrupción de embarazos, que acontecen por la falla en su prevención y que obviamente no eran planificados, deseados ni resultan finalmente aceptados. Estos procedimientos son por tanto, métodos de regulación de la fecundidad de los que las mujeres se sirven, complementándose entre ellos de acuerdo a diferentes factores. ⁽⁸⁾

En un trabajo publicado en el año 2008, por la revista “International Family Planning Perspectives”, se presentan los resultados del análisis de las tendencias de las tasas de aborto y de las de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, para un grupo de países con estadísticas de las últimas décadas disponibles y aceptables. De este estudio resultó que en 7 países, (Bulgaria, Kazajstán, Rep. de Kirguistán, Uzbekistán, Suiza, Túnez y Turquía) la incidencia del aborto declinó a medida que aumentó la prevalencia del uso de anticonceptivos. ⁽⁹⁾

En 6 países, (Cuba, Dinamarca, Estados Unidos, Países Bajos, Rep. de Corea y Singapur) los niveles de aborto y el uso de anticonceptivos aumentaron de forma simultánea. ⁽¹⁰⁾

A pesar de que la intervención se realizara en un centro acreditado y dotado para ello pueden producirse complicaciones en un aborto provocado. Estas complicaciones pueden ser inmediatas o tardías, las cuales se manifiestan a corto, mediano o largo plazo, tales como: Muerte, perforación de útero e intestino, desgarro cervicales, enfermedad inflamatoria pélvica, cirugías no previstas, hemorragias, infección, lesión de cuello uterino, alteraciones menstruales, adherencias cervicouterinas, aborto fracasado, endometritis, cáncer de mama y de cérvix, embarazo ectópico, esterilidad, partos prematuros, predisposición a abortos espontáneos. A su vez, se estima que a nivel mundial 46 millones de embarazos

finalizan en un aborto provocado cada año y aproximadamente 20 millones son inseguros. Asimismo, 13% de las muertes maternas se atribuyen a las complicaciones de abortos inseguros. El 95% de estos se registran en países en desarrollo. Con respecto a la edad, dos de cada tres ocurren en mujeres entre 15 y 30 años.

La incidencia del aborto inseguro en la región de América Latina y el Caribe al año 2008 se estimó en 29 por cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años.

Del total de muertes maternas, en Sudamérica 1 de cada 5 se deben al aborto inseguro, mientras que en Centroamérica es 1 de cada 10 y en el Caribe corresponde a 1 de cada 8.⁽¹¹⁾

El aborto es una decisión permanente que tiene consecuencias significativas; es importante para su salud y seguridad que usted esté totalmente informada antes de tomar una decisión de gran importancia que afectará su vida para siempre. Las mujeres siempre han sufrido las consecuencias de una técnica peligrosa para su salud. No están lejanos los tiempos en los que someterse a una interrupción del embarazo le podría costar la vida a la mujer. Aún así miles de mujeres mueren en el mundo por esta causa. Se puede comprobar que en los países en los que el aborto es ilegal, clandestino es una de las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva o fértil.⁽¹²⁾

Las mujeres que a través del aborto buscan la “libertad de reproducción” deben saber que están comprometiendo o arriesgándose a perder la capacidad de tener hijos. Aunque sean utilizadas las más actuales técnicas quirúrgicas, los instrumentos de succión, raspado y destrozo -plásticos o metálicos- pueden causar lesiones en los órganos internos femeninos al entrar en contacto con los delicados tejidos del útero.

Si bien puede no haber lesiones, se corren serios riesgos de afectar el mecanismo normal de protección del cuerpo. Las que han recurrido a la interrupción voluntaria

de embarazos, señalan que es una experiencia compleja y difícil, motivada por razones muy diversas se sitúan en el núcleo más íntimo de las personas. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

Está registrado en diferentes estudios que el aborto es una causa importante en nuestro medio de morbilidad materna.

Conviene destacar, además, que el aborto es mucho más riesgoso que el embarazo llevado normalmente a término. Del 2002 hasta la actualidad se practicaron 77125 abortos provocados, frente a 56797 atenciones a partos distócicos en la provincia de Ciego de Ávila.

En la práctica diaria se ha observado la regularidad con que asisten al médico las pacientes con embarazos no deseados en demanda de atención. Las tasas de interrupción voluntaria de embarazo, por aborto exclusivamente en el municipio de Baraguá, obtenido de un estudio realizado con información socio-económica municipal referente al año 2008 fueron aumentando progresivamente. El aumento de la incidencia de la interrupción voluntaria de embarazos en el municipio, así como el alto riesgo y las serias complicaciones que trae este proceder para la vida y la salud de la mujer, motivó a realizar esta investigación con el propósito de describir el desconocimiento del comportamiento de algunas variables sociodemográficas sobre el aborto provocado en el área de salud La Clementina, así como el nivel de desconocimiento de las pacientes acerca de cómo prevenir de forma adecuada un embarazo no deseado y las complicaciones a las que se exponen al someterse a su interrupción. Datos estos que pudieran ayudar a trazar una serie de acciones de salud que ayuden a las mujeres que tengan un embarazo deseado y planificado, favoreciendo así a aumentar la calidad de vida de la población.

OBJETIVOS:

General:

Establecer el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y riesgos del aborto y su posible asociación a variables sociodemográficas en mujeres de la comunidad La Clementina.

Específico:

1. Distribuir las pacientes en estudio según algunas variables sociodemográficas.
2. Determinar el nivel de conocimiento de las pacientes acerca de métodos anticonceptivos y complicaciones del aborto.
3. Evaluar la posible asociación entre las variables sociodemográficas estudiadas y el nivel de conocimiento de la anticoncepción y los riesgos del aborto.

1. MARCO TEÓRICO

La interrupción voluntaria de embarazos y la anticoncepción son dos determinantes próximos de la fecundidad y constituyen dos métodos utilizados para su regulación.

La fecundidad es una variable demográfica de suma importancia por el modo en que interviene en el crecimiento de la población y determina sus características, y expresa la capacidad de procreación.⁽¹⁵⁾

La disminución de la fecundidad en los años 90, acompaña el proceso de deterioro económico y descenso en el nivel de vida de la población y se expresa en una reducción importante del número de nacimientos vivos.

Según los especialistas, expresan la adopción de medidas restrictivas de la fecundidad por las familias cubanas a fin de resolver la difícil situación de la crisis socioeconómica de esos años, situación que con discretas modificaciones pudiera aún perdurar en estos días.⁽¹⁶⁾

De tal manera, desde inicios del siglo pasado, la población cubana comenzó el proceso de transición demográfica, en el que uno de sus rasgos más notables fue justamente el acelerado descenso de la fecundidad, mantenido en la última década, con valores aún más bajos a inicio del nuevo siglo.⁽¹⁷⁾

Una información de interés histórica, la provee Juan Pérez de la Riva en su libro “Desaparición de la población indígena cubana”. Plantea que “...el suicidio no fue la única forma de rechazar la civilización occidental, también tan eficaz como él, fue el aborto provocado y la generalización del coito interrumpido, como formas voluntarias de disminuir la natalidad,...tras los quince años que siguieron a la invasión española, la tasa de mortalidad general se triplicó o cuadruplicó, al tiempo que disminuyó a la mitad la tasa de natalidad...así la población cubana en 1511 era de 100 000 habitantes y ya en 1555 había descendido a 3 900...”.⁽¹⁸⁾

Con relación a las tendencias del uso de la anticoncepción y de la interrupción del embarazo se debate bastante en la actualidad. De tal manera, el aborto y la anticoncepción, ayudaron a la declinación de la fecundidad, fundamentalmente desde la segunda mitad del pasado siglo. ⁽¹⁹⁾

En los países en vías de desarrollo donde existen leyes restrictivas, las mujeres más adineradas, como regla general, acuden a los médicos para obtener un aborto, pero millones de mujeres pobres tratan de terminar su embarazo mediante métodos inseguros.

Algunos métodos inseguros e ineficaces incluyen: ingerir drogas sin control sanitario alguno, uso de sustancias cáusticas por vía oral, insertar objetos o introducir líquidos cáusticos en la vagina, recurriéndose incluso al masaje abdominal vigoroso efectuado por una mujer diestra en esta técnica. ⁽²⁰⁾

Alrededor de un 33% de las mujeres que se someten a abortos inseguros sufren serias complicaciones, pero menos de la mitad de éstas alcanzan a recibir tratamiento en un hospital.

De las estimadas 600.000 muertes anuales a nivel mundial relacionadas con el embarazo, alrededor de unas 80.000 mujeres mueren relacionadas con el aborto inseguro.

En general, la mayoría de los estudios arriba citados reflejan factores de riesgo para mujeres que se han sometido a un solo aborto. Estos mismos estudios muestran que las mujeres que tienen abortos múltiples encaran un riesgo mucho mayor de sufrir tales complicaciones. Este punto es especialmente digno de ser mencionado desde el punto y hora en que alrededor de un 45 % de todos los abortos se practican en mujeres que ya habían abortado antes. ⁽²¹⁾

El aborto requiere por su complejidad y sensibilidad un enfoque comprensivo de los servicios y profesionales de la salud. Sus múltiples dimensiones involucran una serie de aspectos, que incluyen los específicamente clínicos, las características personales, psicológicas y el entorno socioeconómico, legal y ético. ⁽²²⁾

Las complicaciones del aborto constituyen unas de las principales causas de muerte materna en la región Latinoamericana. Si bien, algunas muertes son secundarias al conjunto de factores que derivan en una mala calidad asistencial de los servicios de salud; el mayor componente de mortalidad por aborto se debe al aborto provocado en condiciones de inseguridad.

Una de las principales estrategias sanitarias para la prevención del aborto inseguro consiste en centrar la atención de la mujer basada en cuatro pilares fundamentales: ⁽²³⁾

- Fomentar la atención en la comunidad.
- Promover el acceso a los Servicios de Salud.
- Capacitar profesionales con conocimientos basados en la evidencia científica.
- Proveer alta calidad de asistencia clínica y de servicios de planificación familiar.

Las adolescentes, que suponen aproximadamente un 30 por ciento de las mujeres que abortan, se exponen a un riesgo mucho más alto de sufrir numerosas complicaciones relacionadas con el aborto. Esto reza tanto para las complicaciones inmediatas como para los perjuicios reproductivos a largo plazo.

En un estudio realizado sobre 1428 mujeres, los investigadores descubrieron que los embarazos malogrados y en particular los debidos a aborto provocado se asociaban de manera significativa a una salud general más deficiente. Los abortos múltiples correspondían a una valoración todavía peor de la salud presente. ⁽²⁴⁾

Mientras que la interrupción del embarazo por causas naturales iba en detrimento de la salud, el aborto provocado resultó estar más estrechamente relacionado con una salud deficiente. Tales hallazgos confirman investigaciones anteriores que arrojaban que durante el año siguiente a un aborto las mujeres visitaban a su médico de cabecera un 80 % más por toda clase de razones y un 180 % más por razones psicosociales. Los autores también se encontraron con que si hay un compañero presente y que no presta apoyo, el porcentaje de aborto natural se

eleva a más del doble y el de aborto provocado es cuatro veces mayor que si él está presente y apoyando. Si el compañero está ausente, el porcentaje de aborto provocado es seis veces mayor. ⁽²⁵⁾

El **embarazo no deseado** (también denominado **embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno**) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo. ⁽²⁶⁾

Ante un embarazo no deseado y atendiendo a los principios de salud reproductiva de la OMS, puede continuarse con la gestación y llevar a término el embarazo o, si la legislación vigente del país o territorio lo contempla, practicar una interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido, ya sea mediante un aborto con medicamentos o un aborto quirúrgico, dependiendo del período de gestación y siempre con la asistencia sanitaria adecuada. ⁽²⁷⁾

El Dr. Álvaro Monterrosa Castro profesor de la facultad de medicina de la universidad de Cartagena en su estudio sobre causas e implicaciones medico-sociales del embarazo en la adolescencia define el embarazo como un embarazo , indeseado al llegar en momentos en que no existe la preparación psíquica, fisiológica ni socioeconómica para enfrentar las exigencias de la maternidad.

Se llama aborto a la interrupción de un embarazo por cualquier causa antes de 22 o 24 semanas según los diferentes países. El aborto puede producirse de forma espontánea o a petición de la mujer. En este caso se denomina interrupción voluntaria del embarazo o aborto voluntario. ⁽²⁸⁾

El aborto provocado, comúnmente denominado como aborto, es aquel que se produce por la manipulación uterina, con la finalidad de interrumpir la evolución normal del embarazo, independientemente de los instrumentos utilizados.

El aborto es un problema de salud, dada su magnitud, frecuentes daños y repercusión psicológica en las mujeres y parejas, lo que se agrava cuando se añaden las nefastas consecuencias que conllevan su penalización o ilegalidad, entre las que se destaca su práctica en condiciones de riesgo. ⁽²⁹⁾

La existencia de un altísimo número de embarazo no deseado en el mundo origina la práctica de alrededor de 42 millones de abortos inducidos por año.

El aborto no es una solución inmediata; es un procedimiento quirúrgico que puede poner a la mujer en riesgo para graves complicaciones físicas, emocionales y espirituales. Muchas mujeres que experimentaron el aborto dijeron que esperan que, antes de tomar una decisión, le hubieran dicho los hechos sobre el aborto y las opciones que tenían. No hay que hacerse el aborto inmediatamente. Hay tiempo para pensar en sus opciones. ⁽³⁰⁾

Otros trabajos apuntan a la aparición de sensaciones de bienestar y alivio en los primeros momentos tras el aborto (Bianchi- Demicheli, 2007; Lapple, 1994). Autores como Bianchi- Demicheli (2007), Martucci (1998), y Miller et al. (1998) han encontrado que los niveles de ansiedad, los sentimientos depresivos, el estrés y la ambivalencia ante la decisión tomada son variables que se intensifican tras el acontecimiento, pero decrecen con el paso del tiempo. Contrariamente, también se han encontrado algunos artículos que destacan la aparición de respuestas psicológicas de carácter negativo en las mujeres que se someten a un aborto voluntario.

Algunos de estos trabajos hablan de manifestaciones de ansiedad y depresión, especialmente en los primeros meses posteriores (Broenetal., 2006; Thorpetal. 2003; Shadmi et al., 2002). Autores como Miller et al. (1998) encuentran que el afecto negativo aumenta con el paso del tiempo mientras que el estrés disminuye. También se destaca la aparición de sentimientos de culpa y vergüenza que pueden prolongarse a largo plazo (Broenetal., 2005; Broenetal., 2004; Butler,

1996). Broen et al. (2005, 2004) y Kersting et al. (2004) encuentran que son frecuentes las respuestas de evitación a los pensamientos y situaciones relacionados con el aborto, lo que denominan componente traumático de evitación y que se mantendría a largo plazo. Csné et al. (2004) hablan de un proceso de duelo producido tras el aborto, el cual podría estar enmascarado bajo conductas disruptivas y disfuncionales que harían más complicado su diagnóstico y tratamiento. Por último, se recogen otras manifestaciones como el miedo intenso a un nuevo embarazo y la alteración en las relaciones sexuales (Schleiss et al., 1997; Butler, 1996). A pesar de que la literatura proporciona datos sobre la existencia de ciertas alteraciones psicológicas tras el aborto, Adler et al. (1992, 1990) proponen que quizás sería aconsejable considerarlas desde la perspectiva de las reacciones adaptativas y de afrontamiento no patológicas, que las personas ponen en marcha ante situaciones vitales estresantes. ⁽³¹⁻³³⁾

Otro de los aspectos interesantes que destacan varios trabajos, es la presencia de un mayor nivel de estrés en los períodos previos al aborto en comparación con los períodos posteriores (Adler et al., 1990; Schleiss et al., 1997; Martucci, 1998).

Respecto a la edad, no existe una franja considerada de mayor riesgo, aunque Hamark et al. (1996) encuentran que la juventud es un factor de riesgo entre la población de bajo estatus socio-económico. En cuanto al estado civil, varios trabajos han encontrado que entre estas mujeres hay un gran grupo que están solteras o sin pareja estable (Broen et al., 2004; Meyer et al., 1996; Barcia, 1993). En relación a las variables socio-económicas, es frecuente que muchas de estas mujeres estén estudiando, tengan un bajo nivel de ingresos o que estén en una mala situación económica, lo cual suele ser una de las razones de más peso para tomar la decisión de abortar (Broen et al., 204; Meyer, et al., 1996; Lapple, 1994). Por último, son varios los trabajos que han investigado sobre la salud sexual de estas mujeres y han encontrado que una gran parte de ellas no habían utilizado métodos anticonceptivos cuando se quedaron embarazadas y no mantenía

continuidad en el cumplimiento de pautas anticonceptivas, además era elevado el porcentaje de abortos previos (Meyer et al., 1996; Hamark et al., 1995; Lapple, 1994).⁽³⁴⁻³⁶⁾

Escritos griegos y romanos, describen con toda clase de detalles, instrumentos que servían para dilatar el cuello de la matriz o útero, así como infinidad de plantas utilizadas como brebajes y ungüentos abortivos.⁽³⁷⁾

Aristóteles defendía el aborto para limitar los nacimientos en las familias numerosas o humildes.

Hipócrates, considerado el padre de la medicina moderna, demostraba conocer fórmulas abortivas, pero haciendo honra a su reputación científica, llamaba la atención sobre los riesgos para la salud que su uso implicaba.

Según Cicerón la madre que practicaba un aborto no era castigada si mediaba el consentimiento del marido.

Con la llegada del Cristianismo no mejoró la consideración respecto a la mujer pero en cambio empeoró bastante la postura frente al aborto al introducir el derecho de protección del “no nacido”. Desde sus comienzos, la Iglesia consideró el aborto como homicidio condenándolo severamente.

Durante la Edad Media, se consideraba el aborto como homicidio o lo dejaban al libre criterio de los expertos judiciales, según los casos.⁽³⁸⁻⁴³⁾

En el siglo XIX, las normas jurídicas respecto al, aborto se endurecen, muchos países europeos comienzan a promulgar leyes que persiguen la Interrupción de los embarazos.

Naturalmente el uso de abortivos no se limita a nuestra cultura. Los aztecas utilizaban hierbas para facilitar la expulsión del feto, tanto en el aborto como en el parto. Algunas técnicas a lo largo de la historia como abortivas, se han seguido utilizando en la medicina moderna, como por ejemplo el cornezuelo de centeno que ingerido en forma de granos era un eficaz abortivo.⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾

En 1995 se produce una reforma del Código Penal que afecta a la ley ampliando las penas existentes e implicando a más gente que participe directamente en el proceso de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. La ley de 1995 sigue vigente hoy en día, y desde entonces el tema ha quedado relegado a un segundo plano, hasta que en Febrero de 1998, la diputada del PSOE Amparo Rubiales presentó la Proposición de Ley del Grupo Socialista sobre regulación del Aborto. La iniciativa pretendía que la mujer pueda optar legalmente por abortar en el caso de que exista conflicto personal, familiar o social grave aparte de las actualmente vigentes. Es decir, la incorporación del cuarto supuesto legal, que facilitaría el acceso de la mujer a la interrupción voluntaria del embarazo en las mismas condiciones que la ley de plazos que promovía la IU. La única condición exigida por la mujer en la propuesta socialista es que el aborto se realice en las 12 primeras semanas de gestación. Sin embargo, la propuesta fue rechazada al producirse tres empates en el Congreso. ⁽⁴⁶⁾

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal para evaluar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y riesgos del aborto y su posible asociación a variables sociodemográficas en mujeres de la comunidad La Clementina, perteneciente a la Policlínica Docente “Mario Páez Inchausti” en el municipio de Baraguá, en el período diciembre 2009 – diciembre 2011.

El universo estuvo constituido por las 953 mujeres en edad fértil que se realizaron aborto de forma voluntaria en el período de estudio, de ellas 531 formaron la muestra a estudiar, fueron seleccionadas aquellas que cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

-Voluntariedad a participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.

La aplicación de la encuesta se realizó previo consentimiento informado donde tendrán la posibilidad de informarse sobre el objetivo del estudio y la inocuidad de la misma, sabrá que su participación será voluntaria y podrá retirarse una vez que lo decida, su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos y el investigador quien dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información.

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Operacionalización de las variables:				
Variables	Tipos de Variables	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa Continua	15 – 19 años 20-35 años 36 – 49 años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupo de edad
Nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria sin terminar Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Último nivel de escolaridad alcanzado	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Estado Civil	Cualitativa Nominal Politómica	Soltera Unión estable Casada	Según relación de la pareja actual	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Situación Laboral	Cualitativa Nominal Politómica	Estudia Trabaja Ama de casa	Trabaja con el estado o cuenta propia Ninguno de los antes mencionado	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Per cápita familiar	Cualitativa Ordinal	Bueno Regular Malo	\$500 o más per cápita \$250 a \$500 per cápita Menos de \$250 per cápita	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos	Cualitativa Nominal Dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según validación del cuestionario ⁽¹⁾	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto	Cualitativa Nominal Dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según validación del cuestionario ⁽¹⁾	Número y porcentaje según categoría de pertenencia

Método.

(¹) Validación del cuestionario

Nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos
5 o más-Adecuado
0 hasta 4-Inadecuado

Nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto
5 o más-Adecuado
0 hasta 4-Inadecuado

➤ **Métodos de procesamientos, análisis de la información y técnicas utilizadas.**

Se elaboró una base de datos con la utilización del programa Microsoft Excel, previo al procesamiento de los mismos y la obtención de los resultados a través del programa de análisis estadístico SPSS 15.0.

Los métodos empleados fueron estadísticas descriptivas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se aplicó además la técnica estadística U de Mann-Whitney para el estudio de asociación entre variables. Se aplicó una prueba de T de comparación de media para muestras independientes que determina si existen diferencias significativas entre medias de edades.

Se utilizó un nivel de significación de 0,05 de probabilidad de cometer error tipo I. Se estimó que existe dependencia estadística no significativa para $p > 0,05$, dependencia estadística significativa $p \leq 0,05$.

Los métodos del nivel teórico aplicados durante la investigación fueron:

- **Análisis histórico lógico:** Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se emplea en indagar sobre los factores epidemiológicos de las interrupciones voluntarias del embarazo.

- **Análisis síntesis:** Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Entre los métodos empíricos están:

- **Revisión documental:** permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales en cuanto al comportamiento epidemiológico de la interrupción voluntaria del embarazo.

La fuente es primaria, recogida por una encuesta, no se pone en pie de la tabla por lo monótono que esto puede ser.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Comportamiento de algunas variables epidemiológicas sobre la interrupción voluntaria de embarazos en la comunidad La Clementina.

Tabla 1: Mujeres según la edad. La Clementina 2011

Mujeres		
GRUPO DE EDADES	Núm.	%
15-19	319	60,0
20-35	167	31,5
36-49	45	8,5
Total	531	100,0

Como se puede observar en la tabla 1 el aborto se presenta con mayor frecuencia en el grupo de las adolescentes, con 319 casos para un 60% El número de pacientes descendió progresivamente con los grupos etarios.

El inicio precoz de las relaciones sexuales es hoy un hecho universal, sin una adecuada preparación facilita el embarazo no deseado, de no ser aceptado conlleva la práctica del aborto, exponiéndose a sufrir numerosas complicaciones relacionadas con el mismo, ya que es utilizado en muchas ocasiones como método anticonceptivo. Por lo que el embarazo en las adolescentes sigue siendo elevado, esto motiva las acciones educativas y preventivas en este sentido, con el objetivo de evitar embarazos no deseados en edades tan tempranas de la vida y su impacto desfavorable en la salud reproductiva. ⁽⁴⁷⁾

Tabla 2: Mujeres según nivel de escolaridad La Clementina 2011

MUJERES		
NIVEL DE ESCOLARIDAD	NÚM.	%
PRIMARIA SIN TERMINAR	17	3,2
PRIMARIA	91	17,1
SECUNDARIA	277	52,2
PRE-UNIVERSITARIO	83	15,6
UNIVERSITARIO	63	11,9
Total	531	100.0

Los porcentajes de aborto más elevados correspondieron a las mujeres de la enseñanza media, especialmente a las del nivel de secundaria básica, con un total de 277 pacientes para un 52,2%, solo 63 tenían el nivel superior culminado.

Con relación al aborto, la edad y el nivel de escolaridad en estudios realizados anteriormente en una encuesta nacional de fecundidad en el 2008, muestra que ha aumentado en la actualidad. Por lo que en esta etapa de la vida no poseen independencia económica y usualmente tienen planes de continuar su superación y lograr una inserción laboral acorde con su nivel de calificación, por lo que al tener un hijo en esta etapa de su vida, podría retrasar o cancelar sus planes, así como causar dificultades emocionales, físicas y financieras. ⁽⁴⁸⁾

Tabla 3: Mujeres según estado civil. La Clementina 2011

Mujeres		
ESTADO CIVIL	Núm.	%
SOLTERA	321	60,5
UNIÓN ESTABLE	159	29,9
CASADA	51	9,6
Total	531	100,0

En la tabla 3 se muestra que 321 pacientes eran solteras, 159 con unión estable y solo 51 casadas, estos resultados expresan que la inestabilidad de las parejas, la no convivencia y uniones no prolongadas, otorgan a la decisión de la reproducción y refleja insuficiencias de las acciones de planificación familiar y educación sexual.⁽⁴⁹⁾

Tabla 4: Mujeres según situación laboral. La Clementina 2011

Mujeres		
SITUACIÓN LABORAL	Núm.	%
TRABAJA	157	29,6
ESTUDIA	119	22,4
AMA DE CASA	255	48,0
Total	531	100,0

Como se observa, la tabla 4 muestra la situación laboral de las pacientes estudiadas donde solo 157 trabajan para un 29,6%, 119 estudian y la gran mayoría son amas de casa, con un total de 255 para lograr así el mayor porcentaje del estudio realizado.

Considérese además, la persistencia de un patrón cultural machista en el desempeño de los roles dentro de la dinámica familiar, como por ejemplo en la crianza de los hijos, la atención a enfermos o a ancianos, así como, la alta tasa de amas de casa que se registra en la población, son cada vez más el número de núcleos cuyo jefe es una mujer, todo lo cual pudiera contribuir al análisis de este resultado. ⁽⁵⁰⁾

Tabla 5: Mujeres según per cápita familiar. La Clementina 2011

Mujeres		
PER CÁPITA FAMILIAR	Núm.	%
BUENO	35	6,6
REGULAR	413	77,8
MALO	83	15,6
Total	531	100,0

En cuanto el per cápita familiar, se observa que 413 pacientes entran dentro de la categoría de regular para un 77,8%, 83 malo y solo 35 tienen buena economía. Ello puede tener relación con la evolución y características actuales de la situación económica en Cuba, la que está influenciada, entre otras, por los patrones culturales propios de la familia, por el impacto de la difícil situación socioeconómica, en particular la compleja situación de la vivienda que ha confrontado el país por décadas, más crítica aún en los años 90 y que influye en la dinámica familiar modificando quizás las expectativas habituales. ⁽⁵¹⁾

Tabla 6: Nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en relación con la edad. La Clementina 2011

Estadísticos de grupo	Edad	
NC COMPLICACIONES DEL ABORTO	Media	Desviación típica
ADECUADO	22.9	8.4
INADECUADO	22.3	7.8

Prueba T para la igualdad de medias: 1.325 $p = 0.18$ ($p > 0,05$)

Tabla 7: Nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en relación con la edad. La Clementina 2011

Estadísticos de grupo	Edad	
NC MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Media	Desviación típica
ADECUADO	23.2	8.9
INADECUADO	22.2	7.4

Prueba T para la igualdad de medias: 0.735 $p = 0.46$ ($p > 0,05$)

No existen diferencia significativa entre la media de las edades para cada uno de las categorías adecuada e inadecuada para las dos variables, la edad no tiene ninguna relación estadística en este estudio.

En la encuesta realizada las mujeres solían argumentar la respuesta relativa a la preferencia del aborto para regular la fecundidad, manifestando que “es un método seguro”, que “no pasa nada”, que “se sale de eso rápido” y “que los métodos anticonceptivos le provocan molestias y no le resultan efectivos ni gratos”. Este resultado expresa una baja percepción del riesgo acerca del procedimiento y una

deficiente orientación y educación sobre las opciones para planificar la reproducción.

Actualmente, en nuestro país se ofrecen varios métodos anticonceptivos como son: píldoras, dispositivos intrauterinos (DIU), diafragma, condón, ritmo (calendario, temperatura basal), retiro (coito interrupto), lavado vaginal químico y métodos químicos (jalea, cremas, Tabletas). Por tal motivo el médico de la familia desarrollará una labor educativa en la población juvenil sobre los diferentes métodos anticonceptivos para evitar los embarazos en la adolescencia y así contribuir a la reducción del aborto. ⁽⁵²⁾

Tabla 8: Nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en relación con per cápita familiar La Clementina 2011

PER CÁPITA FAMILIAR	NC complicaciones del aborto		
	Adecuado	Inadecuado	Total
BUENO	17	18	35
REGULAR	121	292	413
MALO	21	62	83
Total	159	372	531

U de Mann-Whitney: 27158 $p = 0.040$ ($p \leq 0,05$)

Tabla 9: Nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en relación con per cápita familiar La Clementina 2011

PER CÁPITA FAMILIAR	NC método anticonceptivo		
	Adecuado	Inadecuado	Total
BUENO	10	25	35
REGULAR	140	273	413
MALO	22	61	83
Total	172	359	531

U de Mann-Whitney: 29962 $p = 0.446$ ($p > 0,05$)

El per cápita familiar está relacionado con las complicaciones del aborto, lo que no ocurre con los métodos anticonceptivos.

Tabla 10: Nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en relación con el nivel de escolaridad. La Clementina 2011

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NC complicaciones del aborto		
	Adecuado	Inadecuado	Total
PRIMARIA SIN TERMINAR	5	11	16
PRIMARIA	30	60	90
SECUNDARIA	85	194	279
PRE-UNIVERSITARIO	26	57	83
UNIVERSITARIO	13	50	63
Total	159	372	531

U de Mann-Whitney: 27679.5 $p = 0.203$ ($p > 0,05$)

Tabla 11: Nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en relación con el nivel de escolaridad. La Clementina 2011

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NC métodos anticonceptivos		
	Adecuado	Inadecuado	Total
PRIMARIA SIN TERMINAR	4	12	16
PRIMARIA	25	65	90
SECUNDARIA	102	177	279
PRE-UNIVERSITARIO	23	60	83
UNIVERSITARIO	18	45	63
Total	172	359	531

U de Mann-Whitney: 30606.5 $p = 0.860$ ($p > 0,05$)

El nivel de escolaridad no tiene asociación significativa con las complicaciones del aborto ni con los métodos anticonceptivos. La interrupción del embarazo, por uno u otro método, conduce muchas veces a la práctica anticoncepcional y por otra parte, una deficiente educación, infraestructura de servicios y de métodos anticonceptivos, conlleva con frecuencia a la interrupción de embarazos, que acontecen por la falla en su prevención y que obviamente no eran planificados, deseados ni resultan finalmente aceptados.⁽⁵³⁾

CONCLUSIONES

Se llegó a la conclusión que las adolescentes, el nivel medio de escolaridad, con un predominio en las mujeres solteras, amas de casa, con condiciones socioeconómicas regulares fueron las que con mayor frecuencia se realizaban este proceder, no existen diferencia significativa entre la media de las edades para cada una de las variables que miden nivel de conocimiento, tampoco existe asociación con el nivel de escolaridad; lo que no ocurre el per cápita familiar que está relacionado estadísticamente con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto.

RECOMENDACIONES

1. Desarrollar y perfeccionar las estrategias de información, educación y comunicación, en función de la salud sexual y reproductiva de la población, que permitan reducir la interrupción de embarazos y eleven su prevención por diferentes vías.
2. Incrementar en cantidad y calidad, las actividades educativas que desarrolla el personal de la salud, especialmente el que trabaja en el nivel primario de atención, encaminadas a elevar la cultura sobre planificación familiar en la población, así como fortalecer la intersectorialidad de estas acciones.
3. Brindar acciones de promoción y prevención de salud para orientar a la población sobre el uso de métodos anticonceptivos según sea requerido por la paciente.
4. Brindar charlas educativas sobre las complicaciones del aborto.
5. Aumentar el control del riesgo preconcepcional en la atención primaria de salud para lograr mujeres con embarazos deseados y planificados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez M., Rodríguez I., Popowski P., Castañeda A. Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba. La Habana: Centro de estudios de la Mujer; 2010. p. 184-195
2. Alvarado R, Martínez O. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14-19 años, en Nocaima Cundinamarca Rev. Cienc. Salud. 2009 abril-junio; 5(1):40-52.
3. Albizu-Campos J., Jiménez T., Alfonso J., Mac Donald A. Cuba. Transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva. La Habana: Oficina Nacional de Estadística. 2008. p. 52 - 60
4. Albizu-Campos J.C. Las estrategias de vida, los hijos y la ley del valor. Publicaciones. Novedades en población La Habana: Universidad de La Habana; 2008. p. 1 - 32
5. Álvarez M., Rodríguez I., Popowski P., Castañeda A. Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba. La Habana: Centro de estudios de la Mujer; 2009. p. 46 - 96
6. Marston C., Cleland J. Relationships between contraception and abortion: A review of the evidence. International Family Planning. 2009; 9 (1):6-13
7. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [página en Internet]. Ottawa: Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud; 1986. [Citado 4 Feb 2007] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en :<http://www.cepis.org.pe/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>

8. Peláez MJ. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia en ginecología infantojuvenil. Su importancia. La Habana: SOCUDEF; 2008.
9. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población. Unidad técnica de Salud y Desarrollo del adolescente. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes [página en Internet]. Washington: Fundación WK. Kellog; 2001 [citado 4 Feb 2007] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/HPF/ComSocial.pdf>
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la adolescencia. La Habana: MINSAP; 2009.
11. Peláez Mendoza J. Varón adolescente: responsabilidad sexual y anticoncepción. Rev. Sexol. Soc. 2007; 2(8):6-8.
12. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Cooperación de la OMS para Cuba. Representación de la OPS/OMS. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2007.
13. Peláez Mendoza J. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana: Editorial-Científico Técnica; 2010.
14. Ruiz LI. Intervención educativa para promover conductas sexuales responsables que favorezcan el uso adecuado de los métodos anticonceptivos en los adolescentes del Consultorio # 14 [tesis]. Ciego de Ávila: Facultas de Ciencias Médicas “Dr. José Aseff Yara”; 2004

15. Ravelo A. Embarazo no deseado en la adolescencia ¿problema sólo de ellas? [Página en Internet]. 2006 [citado 4 Feb 2007] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en:
<http://www.sld.cu/mujeresonlinea.php/embarazonodeseadoenlaadolescencia.mht>
16. De Dios Moccia A, Medina Milanese R. Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo los usan. Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas. Rev. Med Uruguay. 2006; 22(3):185-190.
17. Marengo A. La relación sexual: algunas reflexiones sobre la vida sexual dirigidas a los jóvenes. Managua: Editorial Juventud; 2009.
18. Lazo Álvarez MÁ, Berdasquera Corcho D, Martínez Álvarez AM, Díaz Garrido D. Comportamientos sobre sexualidad en adolescentes de un Policlínico cubano. Rev. Panam Infectol 2009; 7(1):28-33.
19. La educación en salud reproductiva del adolescente se fortalece. Investigación operativa. Resumen 22. Rev Méx. adolesc [serie en Internet]. 2003 [citado 23 Oct 2007]; [aprox. 3 p.]. Disponible en:<http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/orsummaries/espresumenes/ORSp22.pdf>
20. Cervera EL, Brizuela S, Rodríguez FR. Riesgo preconcepcional y producto de la concepción. Rev. Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2007 [citado 26 Ene2008]; 13(6): [aprox. 6 p.]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21519970006000072&script=sci-arttext>

21. Pichs RL. Embarazo en la adolescencia un reto multisectorial [página en Internet]. [citado 1 Feb 2008] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.ahora.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=6705>
22. ^a ^b [Ver apartado Anticoncepción de emergencia en Womenshealth.gov Departamento de Salud y Servicios humanos de los EE.UU.- consultado el 24 de enero de 2010.](#)
23. ^b ^c ^d [Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World.](#) <http://www.globalhealth.org/news/article/2319>. Consultado el 22-01-2009.
24. Para conocer una comparación precisa, cfr. Thomas W. Hilgers, MD & Dennis O'Hare, "Abortion related morality; Hilgers, New perspectives in human abortion", Frederick, MD: University Publications of America 2010, pp. 69 a 91.
25. Cfr. ACI Digital, <http://www.aciprensa.com>, "Aborto es cuatro veces más peligroso que parto, demuestra estudio", 20-6-00, en "Mitos y Realidades del Aborto", Oscar Fernández Espinos de Los Monteros, México, 2009, Mito Nº 1.
26. Informe socioeconómico poblacional. [Serial online] 20010 feb. Disponible en: URL:
<http://www.org./Depts/dpa/prev/dip/america/guatemala/infprmes/ifocurre/informe.pdf>.
27. Ministerio de Salud Dirección Nacional de de salud materno Infantil, Planificación familiar y Riesgo Reproductivo para su manejo y control. Programa Plan estratégico. Cuba 2009: p. 4-6

28. González H. Embarazo adolescente en Cuba. Aspectos sociodemográficos. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual 2008; 6(16): 13 – 18
29. González H. La sexualidad del adolescente. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual. 2008; 7(17): 4 - 11
30. González H. Embarazo adolescente en Cuba. Aspectos sociodemográficos. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual 2008; 6(16): 13 – 18
31. Estado Mundial de la Infancia 2003. El punto más crítico. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2009. p. 35
32. La planificación familiar salva vidas y mejora la salud. Hoja informativa 20012. <http://www.countdown.2015europe.org>.
33. Thorp J, Hartmann K, Shadigian E.: Long term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. Obstetrical & Gynecological Survey, 2010; 58(1): 67-79.
34. Alan Guttmacher Institute. Women, society and abortion worldwide. New York and Washington D. C., 2011.
35. Burrow – Ferris. Complicaciones médicas del embarazo. Editorial Médica Panamericana. Cuarta edición, Buenos Aires, Argentina, 2009.

36. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Sexual transmitted diseases: Treatment guidelines, 2008
37. CEPAL. Panorama Social de América Latina. Edición 2005. LC/G. 2288 – P. Santiago de Chile, marzo de 2006.
38. CEPAL. La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? LC/L 2007 – P. Santiago de Chile, mayo de 2011.
39. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo, 2007.
40. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 2005.
41. Fiala C, Shawn ML, Stephenson O, Gemzell-Danielsson K. The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13-22 weeks gestation. Hum Reprod. 2005; 20(11):3072-3077. Epub 2005.
42. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood N. Immediate post abortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4.
43. May W, Gülmezoglu AM, Ba-Thike K. Antibiotics for incomplete abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4.
44. Moulrier R, Mesle B. Interrupción voluntaria del embarazo. Enciclopedia Médico Quirúrgica, Ginecología-Obstetricia, E- 738-A-40. París: Elsevier 2007. 20 p.

45. Oliinyk IuV. Using ketoprofen in gynaecological practice. Lik Sprava. 2008; (3):65-69.
46. Oliinyk IuV. Using ketoprofen in gynaecological practice. Lik Sprava. 2006;(3):65-69.
47. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica del manejo del aborto. Washington D. C., 2008.
48. Organización Mundial de la Salud. Aborto con riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Ginebra, 2008.
49. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Segunda edición, Ginebra, 2008.
50. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Una guía esencial de la OMS sobre Planificación Familiar. Tercera edición. Ginebra, 2005.
51. Organización Panamericana de la Salud. Imán Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington, D. C. OPS, 2005.
52. Pan American Health Organization (PAHO) / World Association Sexology (WAS). Promotion of sexual health: Recommendation for action. Washington D. C., 2011.
53. Penney G. Treatment of pain during medical abortion. Contraception. 2006; 74(1):45-47. Epub 2008.

ANEXO 1: Consentimiento informado.

Consentimiento Informado. El que suscribe _____ Hago constar mi disposición y consentimiento informado para participar en el estudio del comportamiento de algunas variables epidemiológicas sobre la interrupción voluntaria de embarazos y del conocimiento acerca de este proceder, en el consultorio Médico de la Familia No 6, La Clementina, perteneciente al municipio de Baraguá, declaro que he sido informado del objetivo del estudio por el cual se me aplicará una encuesta. Doy mi consentimiento para que se me realice la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión de esta investigación y para constancia de lo antes expuesto firmo este documento en la comunidad La Clementina a los ____ días del mes de _____ del año _____. Firma _____.
--

ANEXO 2: Encuesta

UNIDAD: _____

Fecha: _____

1. Edad: _____

2. Nivel de escolaridad:

Primaria sin terminar () Primaria () Secundaria () Pre-Universitario ()
Universitario ()

3. Estado civil:

Soltera () Casada () Unión estable ()

4. Situación laboral:

Estudia () Trabaja () Ama de casa ()

5. Per cápita familiar:

Per cápita familiar: \$ _____

6. Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos:

Marque con una x los métodos anticonceptivos que usted conoce.

DIU () Píldoras () Coito interrumpido () Coito interrumpido ()

Condón () Vacunas () Diafragma ()

Método del ritmo como calendario y temperatura basal ()

Lavado vaginal químico como jalea y cremas ()

7. Conocimiento sobre las complicaciones del aborto:

Marque con una x las complicaciones del aborto que usted conoce.

Muerte ()

Perforación de útero () Infección ()

Perforación de intestino () Lesión de cuello uterino ()

Aborto fracasado () Desgarro cervical ()

Enfermedad inflamatoria pélvica () Hemorragias () Parto prematuro ()

Embarazo ectópico () Esterilidad ()