

TITULO: Comportamiento de algunas variables epidemiológicas en mujeres en edad fértil con interrupción voluntaria de embarazo.

AUTOR: Dra. Danaicy Portal Cruz.



En opción al título de

“Especialista en Medicina General Integral.”

Ciego de Ávila, 2011

TITULO: Comportamiento de algunas variables epidemiológicas en mujeres en edad fértil con interrupción voluntaria de embarazo.

AUTOR: Dra. Danaicy Portal Cruz.

**TUTORES: Dra. : Yanelis León Peña.
Especialista de primer grado de MGI.
MS. C en Urgencia Médicas.**

**Dr. Alfredo Llambia Peláez.
Especialista de primer grado de Obstetricia y Ginecología.**

En opción al título de

“Especialista en Medicina General Integral.”

Ciego de Ávila, 2011

PENSAMIENTO.

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

Proverbio Chino.

AGRADECIMIENTOS.

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

Doy las gracias a la Dra. **Yanelis León Peña** y Dr. **Alfredo Llambía Pelaez** por motivar, impulsar la presente investigación.

DEDICATORIA.

A mis padres.

A mis tíos.

A mi esposo.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de determinar el comportamiento de algunas variable epidemiológicas en mujeres en edad fértil con interrupción voluntaria del embarazo del área de salud “La Clementina” perteneciente a la Policlínica Docente “Mario Páez Inchausti”, en el municipio de Baraguá, en el período enero – diciembre 2009. La muestra fue no probabilística e intencional y quedó constituida por 185 mujeres que se hicieron interrupción del embarazo, donde se estudiaron las variables: edad, nivel de escolaridad, estado civil, situación laboral, condiciones socioeconómicas y uso de métodos anticonceptivos. Se concluyó que el grupo de edad más afectado fue en las adolescentes, el nivel medio de escolaridad fue el más significativo, con un predominio en las mujeres solteras, hubo un total de 107 amas de casa, con condiciones socioeconómicas regulares y con 131 mujeres que no usaban anticonceptivos.

Palabras clave: Interrupción voluntaria del embarazo

Variabes epidemiológicas.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS:	6
MARCO TEÓRICO	7
MÉTODO	16
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.	20
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS:	32

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.

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.⁽¹⁾

En el informe del Population Action International (PAI; por sus siglas en inglés), del año 2001, se plantea que el siglo pasado se caracterizó por ciertas mejoras “espectaculares” en la salud reproductiva con diferencias importantes entre países, con ventajas para los más desarrollados. Así como la salud reproductiva tiene implicaciones en la morbilidad y la mortalidad materna, perinatal e infantil, lo tiene para la fecundidad, ya que el comportamiento reproductivo de las personas incluye, además del uso de métodos para espaciar embarazos, el uso del aborto u otras técnicas para interrumpirlos; dos formas de regular la fecundidad que interactúan.⁽²⁾

Más de la tercera parte de los embarazos en el ámbito mundial, 80 millones aproximadamente, no son deseados, lo cual sucede por: no uso, falta o falla de métodos anticonceptivos, inadecuada educación sexual, violación u otra manifestación de violencia sexual que conlleve relaciones sexuales forzadas. El embarazo no deseado es aquel que las mujeres, de cualquier edad deciden libremente y por sí mismas, que no desean tener ni proseguir para la reproducción. En muchos países las mujeres controlan poco sus relaciones

sexuales y los métodos para evitar un embarazo no deseado, lo que limita las acciones preventivas y perjudica su salud. ⁽³⁾

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. ⁽⁴⁾

El aborto provocado resulta de difícil discusión en el mundo y deviene en debate político, social, religioso, moral, legal y médico. Este método es uno de los más practicados para regular la fecundidad, siendo el más usado en los países subdesarrollados, en los que por lo general está sometido a penalizaciones jurídicas. En América, el aborto no es ilegal en Cuba, Puerto Rico, Guadalupe, Martinica, Estados Unidos de Norteamérica y Canadá, ello se presenta con diferentes matices para el resto de los continentes ⁽⁵⁾

Se desconoce con exactitud, el real volumen de abortos en el mundo; las estimaciones oscilan entre 40 y 60 millones anuales, entre abortos legales e ilegales. Otras estimaciones indican que son 46 millones de interrupciones de embarazos anuales, 26 millones en condiciones de legalidad y 20 en condiciones de ilegalidad. Las diferencias de cifras están dadas por la información incompleta y poco confiable existente, sobre todo donde este proceder no es legal.

Para las adolescentes en particular se ha planteado que cada año, 17 millones de ellas tienen un parto, 60 000 mueren durante éste y entre dos y cuatro millones se someten a abortos, la mayoría de ellos en condiciones de riesgo. El conocimiento del aborto como causa de defunción, padece de un importante subregistro en relación directa al carácter ilegal que el procedimiento tiene en muchos países, no obstante, figura entre las primeras causas de mortalidad materna en América Latina y causa alrededor de 70 000 muertes anuales en el mundo. Es además,

causa de dolencias crónicas graves, como esterilidad e incremento del riesgo de morir en los embarazos siguientes. ⁽⁶⁻¹⁰⁾

El aborto seguro en la región, representa más que una opción, una falta de opción. Una de las vías más usadas y efectivas para la prevención del aborto es la anticoncepción. El uso de métodos anticonceptivos, si bien contribuye a reducir la incidencia del aborto, no llega a eliminarlo ni a reducirlo a niveles mínimos de evitabilidad. Parece ser que una elevada utilización de anticonceptivos implica mayor número de mujeres que demandan regular su fecundidad y se sirven de la anticoncepción y del aborto para lograrlo. ⁽¹¹⁾

En Cuba, antes de 1959, el aborto provocado era extensamente practicado de forma ilegal siendo el principal método de regulación de la fecundidad. Este se realizaba en clínicas privadas y por médicos "especializados" en esta práctica; a esta opción accedían las mujeres que podían pagar el costo del aborto en dichas condiciones, muchas más se practicaban un aborto en sitios clandestinos, poco seguros y por personal no calificado. El fin lucrativo estaba presente. Esta sucinta reseña histórica acerca de la práctica del aborto en el pasado cubano, constituye la realidad actual de muchos países del mundo.

En 1979, un nuevo código penal redimensiona y define de manera trascendental las acciones que le dan connotación de delito al aborto practicado en Cuba y que son los siguientes: cometido por lucro; realizado fuera de instituciones de salud; realizado por personal no médico o realizado sin el consentimiento de la mujer embarazada. Las figuras delictivas mencionadas pueden provocar la pérdida de la licencia médica y prisión. Así, toda mujer independientemente de su estado conyugal y de 18 o más años de edad, puede solicitar el aborto hasta la décima semana de embarazo, previa evaluación de un especialista en ginecología y obstetricia. Si la mujer es menor de 18 años requiere del consentimiento de los padres. Las disposiciones de este código perduran en nuestros días y se han complementado con regulaciones sanitarias como son, el realizarse previamente exámenes de laboratorio para conocer su salud general y diagnosticar

enfermedades venéreas, incluyendo actualmente el virus de la inmunodeficiencia humana o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH / SIDA).⁽¹²⁾

La organización de los servicios de aborto y de regulación menstrual en Cuba, tienen como propósito proteger a la mujer y contribuir a reducir la morbilidad y la mortalidad materna; su práctica, aun en condiciones seguras, se considera un problema de salud, en el que la intención es su máxima reducción.⁽¹³⁾

Estas tareas se concretaron, en el desarrollo de una investigación municipal a partir de la aplicación de encuestas, que posibilitarían obtener mayor y más profunda información sobre la interrupción del embarazo en el municipio por aborto o por regulación menstrual y sobre su prevención a través de la anticoncepción así como, en la elaboración e implantación de un registro primario, que captara información estadística continua sobre características socioculturales de las mujeres que utilizan el aborto y la anticoncepción para regular su fecundidad.

En la práctica diaria hemos observado la regularidad con que asisten a nuestros servicios las pacientes con embarazos no deseados en demanda de atención. Las tasas de interrupción voluntaria del embarazo, por aborto exclusivamente en nuestro municipio de Baraguá según el índice de condiciones de vida de cada uno, obtenido de un estudio realizado con información socio-económica municipal referente al año 1997 fue disminuyendo progresivamente. La tasa de abortos perteneciente al CMF # 6 en la comunidad La Clementina, en el periodo 1999 – 2006, fue de 58.3 por cada 1000 mujeres de 15 a 49 con condiciones de vida favorables, 49.2 con condiciones de vida medianamente favorables y 45,9 con condiciones de vida menos favorables.

Por tanto este trabajo se realizó con el propósito de identificar el comportamiento de algunas variables epidemiológicas en mujeres en edad fértil con interrupción voluntaria de embarazo del CMF#6 “La Clementina” perteneciente a la Policlínica Docente “Mario Páez Inchuanti” del municipio de Baraguá en el período

comprendido enero a diciembre de 2009, que puede ser un punto de partida para en un futuro realizar estudios analíticos y experimentales

OBJETIVOS:

General:

Determinar el comportamiento de algunas variables epidemiológicas en mujeres en edad fértil con interrupción voluntaria de embarazo.

Específico:

Distribuir las pacientes en estudios según algunas variables epidemiológicas.

- Edad.
- Nivel de escolaridad.
- Estado civil.
- Situación laboral.
- Condiciones socioeconómicas.
- Uso de métodos anticonceptivos.

MARCO TEÓRICO

La interrupción 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.

La fecundidad cubana descendió desde la primera década del siglo XX. De una tasa global de fecundidad de 6 hijos por mujer y una tasa bruta de natalidad estimada de 47.6 nacidos vivos por 1000 habitantes en 1907, decrece a un nivel muy bajo a inicios del nuevo siglo, con una tasa global de fecundidad de 1.6, una tasa bruta de reproducción de 0.78 (inferior a la unidad desde 1978), una tasa de fecundidad general de 45.7 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva y una tasa de natalidad de 12.6 por cada 1000 habitantes. Esta declinación tuvo oscilaciones en el período analizado, de manera que un importante descenso ocurrió hasta la primera mitad de la década de los 50's ascendiendo luego a niveles relativamente altos a mediados de los años 60.

A partir de 1970, los niveles descienden intensamente hasta el año 1981. Durante los años 80 se producen discretos ascensos, para descender de nuevo a partir de 1988.

En los años 90, la tasa global de fecundidad es baja, con un muy discreto ascenso a inicios del siglo XXI.

La declinación de la natalidad cubana es una de las más rápidas del mundo y la más intensa ocurrida entre 87 países en desarrollo; por sus niveles actuales se sitúa entre las más bajas a nivel internacional.

Cuba se encuentra entre los 35 países con tasas de natalidad entre 10 y 14 por cada 1000 habitantes y solo 16 países exhiben tasas inferiores a 10. Acompañan

a Cuba países industrializados de Europa fundamentalmente y de América figuran los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

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...”.

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. ⁽¹⁶⁾

Según estudios realizados en Cuba durante las últimas décadas, el aborto, la anticoncepción y la nupcialidad contribuyeron con más fuerza al descenso de la fecundidad, siendo la anticoncepción la de mayor impacto, seguida por el aborto. A partir de la primera mitad de la década de los años 60, tras los profundos y radicales cambios sociales acontecidos en nuestro país, 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. Ello, unido al redimensionamiento de los servicios de salud, que pasaron

mayoritariamente a la modalidad pública gratuita, aumentó la accesibilidad a esta opción para la regulación de la fecundidad.

Con relación a la mujer cubana, el aborto y la legislación, se plantean en "...la Ley No. 62 de diciembre de 1987, Código Penal, con sus dos últimas modificaciones: Decreto Ley No. 175 del 17 de junio de 1997 y Ley 87 del 16 de febrero de 1999;... normas penales que protegen a la mujer. Los únicos delitos en que el sujeto pasivo o víctima es únicamente una mujer, son los de violación...estupro...y aborto ilícito...el último delito va en contra de la vida e integridad corporal." En el caso del aborto, el Código Penal vigente, sólo tutela la vida o la salud de la mujer grávida. Es ilegal y sancionable el aborto, como se citó en la introducción, siempre que se realice fuera de las regulaciones establecidas, aunque la mujer haya dado su autorización; cuando el aborto se realiza con fines de lucro o se realice fuera de las instituciones oficiales, por personal no médico o realizado sin el consentimiento de la mujer embarazada⁽¹⁶⁾

. Actualmente, independientemente de los riesgos que conlleva el aborto, puede considerarse que su práctica en Cuba es segura, dada la forma en que se realiza y las regulaciones en que se sustenta su desempeño en todo el país, lo que se expresa entre otras, en una baja mortalidad materna por esta causa.

En 1980 fallecieron en Cuba, por aborto indicado por razones legalmente admitidas, 6 mujeres para una tasa de 0.4 por 10 000 nacidos vivos, en 1990 (2 defunciones) la tasa se reduce a 0.2 y en el año 2002 (2 defunciones) la tasa se reduce a 0.1. ⁽¹⁷⁾

Se incorporan en 1988, los servicios de regulación menstrual, procedimiento que permite aspirar contenidos de la cavidad uterina por succión para regular la menstruación, siendo su principal indicación la interrupción de un embarazo en el que el diagnóstico no necesita ser confirmado como en el caso del aborto; tampoco es necesario el consentimiento de los padres cuando la mujer es menor de 18 años. Los servicios de regulación menstrual son asequibles en la totalidad

de las unidades ginecobstétricas del nivel secundario de atención y en algunos policlínicos del país.

La reducción de la complejidad del procedimiento, riesgos y medidas menos restrictivas para su práctica, ha propiciado un importante uso del método para la interrupción de un embarazo no deseado.

Las medidas antes citadas constituyeron un importante avance social en términos de equidad para las mujeres cubanas, a las que se permitió ejercer su derecho a decidir libremente cómo regular su fecundidad sin coacción, sanción o discriminación. En la actualidad, la reproducción ha dejado de ser un obstáculo para el desarrollo de las capacidades de la mujer, ya que ella y su pareja pueden tomar la libre decisión de cuántos hijos tener y cuándo, lo que representa la conquista de sus derechos reproductivos desde mucho antes del planteamiento formal derivado de la reunión del Cairo.⁽¹⁸⁾

Adiciónese, el establecimiento de un conjunto importante de medidas sociales y económicas relevantes dirigidas a reducir iniquidades, entre ellas la elevación del nivel educacional de la población, con especial interés en las mujeres.

Experiencias internacionales corroboran la importancia e impacto positivo que tiene en el modo de comportarse la fecundidad, 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.⁽¹⁹⁾

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, contribuyeron a la declinación de la fecundidad, fundamentalmente desde la segunda mitad del pasado siglo, teniendo en esta etapa una mayor incidencia la práctica anticoncepcional, aunque ambos han desempeñado un papel importante en la arquitectura y desempeño actual de los patrones reproductivos de la población cubana.⁽²⁰⁾

Aborto y anticoncepción guardan una estrecha relación, lo que hace difícil analizarlos por separado, más difícil aún, cuando se incorpora la regulación menstrual como método alternativo al aborto para la interrupción del embarazo no deseado.

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. ⁽²¹⁾

En un trabajo publicado en el año 2003, por la revista “International FamilyPlanningPerspectives”, 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.

En otros 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. En éstos, los niveles de fecundidad estaban disminuyendo durante el período de estudio. ⁽²²⁾

De tal manera, plantean que el aumento del uso de anticonceptivos resultó en una menor incidencia del aborto, en los lugares donde la fecundidad es constante y explican que el aumento paralelo del aborto y la anticoncepción ocurre debido a que el sólo aumento del uso de anticonceptivos, no puede o basta para satisfacer

la creciente necesidad de regular la fecundidad, en el caso que ésta se encuentre disminuyendo en forma rápida.

En este análisis no se consideran las regulaciones menstruales como método alternativo para la interrupción de un embarazo, que en el caso de Cuba sí se contabilizan, no así en la mayoría de los países.

Actualmente en Cuba, con una fecundidad baja y prácticamente constante, se aprecia la reducción de las tasas de aborto por cada 1000 mujeres en edad fértil, en contraste con la elevación de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (MAC), no así, cuando se considera la tendencia de la tasa de regulaciones menstruales que aún no desciende.

La actividad de los servicios de interrupción de embarazo o anticoncepción en Cuba, han sido objeto de monitoreo, vigilancia y evaluación sistemática a fin de conocer su marcha, propiciando hacer los ajustes oportunos en el proceso administrativo de las diferentes direcciones del sector salud y de los demás sectores que intervienen en ellos.

Cuba cuenta con estadísticas oficiales y confiables sobre el número de interrupciones de embarazo realizadas por aborto desde 1968 y de estadísticas sobre regulaciones menstruales desde 1989. Desde el año 2003 se inicia la recolección de información sobre interrupción de embarazos por medio del uso de medicamentos que se suministran o colocan anatómicamente para la expulsión del producto de la concepción.

Existe información estadística anual sobre prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y tipos de métodos utilizados, la que se obtiene a partir de la vigilancia que por sitios centinela* realiza SOCUDEF.

Lo que no es usual en la mayoría de los países, bien por el carácter ilegal de la práctica del aborto o por las diversas modalidades de los sistemas de salud en que se sustentan los servicios, lo que dificulta, como para el resto de los registros

*Los sitios centinela son localidades representativas, de las distintas condiciones de salud, niveles de acceso a los servicios de salud, diversidad étnico-cultural y de la densidad de la población. Son comunidades donde se realiza la recolección cíclica de información para la administración. ⁽⁷⁶⁾

sanitarios, la captación íntegra y correcta de los datos. Por ello no se dispone a menudo de referencias internacionales confiables y sí de estimaciones inexactas que no incluyen como regla la regulación menstrual como método alternativo para la interrupción del embarazo, por lo que interpretaciones de las comparaciones nacionales con otros países o regiones resultan con frecuencia reservadas y en ocasiones inútiles, dada las diferencias y sesgos en los métodos de registro y criterios definitorios del evento a medir. No obstante, son confrontadas, a fin de optimizar el proceso de consulta y referencia, asumiendo, siempre que se conozca, el sesgo existente.

Con relación a la tendencia de la práctica del aborto en Cuba, la tasa de abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil, se incrementó en los años 70 tras las modificaciones y regulaciones realizadas en torno a su proceder y por las mejoras del registro implantado desde 1968. A partir de la segunda mitad de los años 80, la tasa es inferior a 50 y ya en la década de los 90's, es inferior a 40 y a 30. A partir del año 1993 y hasta el año 2002, la tasa de abortos por cada 1000 mujeres se reduce y fluctúa entre 27 y 21. La tasa más baja se obtuvo en el año 2001.

En el descenso de esta tasa, ha influido además, la entrada del proceder de las regulaciones menstruales, hacia donde se desplazan en gran medida las interrupciones de embarazos.⁽²³⁾

La tasa de regulaciones menstruales, por cada 1000 mujeres en edad reproductiva, se incrementó desde el año de inicio del sistema de reporte (1989) hasta el año 1996, en que alcanzó su mayor valor, descendiendo en los dos años posteriores, a partir de los cuales se producen descensos y ascensos discretos en los últimos cuatro años.⁽²⁴⁾

El desplazamiento del aborto a las regulaciones menstruales ocurre de manera general y se expresa en el indicador nacional y por territorios. En algunas provincias las tasas se presentan en niveles similares y en otras, a tasas bajas de aborto le corresponde una tasa de regulación menstrual usualmente más elevada,

como por ejemplo se aprecia de manera más relevante en Pinar del Río, Villa Clara y en nuestra provincia Ciego de Ávila.

Entre provincias se presentan diferencias de los indicadores de aborto y de regulación menstrual. La dispersión de la tasa de abortos exhibe una amplitud de 27.5 y la de regulaciones menstruales de 44.1.

Las tasas de interrupción voluntaria del embarazo, por aborto exclusivamente en nuestra provincia de Ciego de Ávila según el Índice de Condiciones de Vida de cada uno, obtenido de un estudio realizado con información socio-económica municipal referente al año 1997 fue disminuyendo progresivamente.⁽²⁵⁾

La tasa de abortos, en el periodo 1999 – 2001, fue de 58.3 por cada 1000 mujeres de 15 a 49 con condiciones de vida favorables, 49.2 con condiciones de vida medianamente favorables y 45,9 con condiciones de vida menos favorables. El aborto es en general un evento urbano, ya que la tasa más elevada, se concentran en los municipios de 1ro de Enero y Florencia con una elevada tasa de mujeres en edad laboral incorporadas al trabajo, así como, que reciben un mayor número de inmigrantes jóvenes.⁽²⁶⁾

Las acciones de planificación familiar no incluyen sólo el uso de métodos anticonceptivos, pero este componente de la actividad es relevante y requiere de recursos materiales costosos para su mejor desempeño. Actualmente, en el país se ofrecen varios métodos anticonceptivos, ellos son: píldoras, dispositivos intrauterinos (DIU; fundamentalmente la T de cobre), condón, esterilización femenina, esterilización masculina, inyecciones, implantes hormonales, diafragma y jaleas, siendo los cuatro primeros los de mayor uso y oferta. De los restantes se hace poco uso o prescripción por diferentes razones, entre ellas, la insuficiente disponibilidad o como en el caso de la vasectomía o esterilización masculina, por la baja oferta del servicio y el escaso conocimiento y aceptación popular.⁽²⁷⁾

La cobertura anticonceptiva se obtiene fundamentalmente a expensas del DIU, en la inmensa mayoría por el uso de la T de cobre. El uso de la esterilización femenina ha descendido discretamente y la cobertura por píldoras es fluctuante y

desciende en dependencia de la disponibilidad en el mercado cubano. La cobertura por condón es baja para fines anticonceptivos. En la categoría de “otros”, se consideran los inyectables, implantes hormonales, jaleas y el diafragma, los que se usan muy poco, asociado también a la poca disponibilidad o prescripción de estos métodos. ⁽²⁸⁾

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de determinar el comportamiento de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres en edad fértil del área de salud pertenecientes a la policlínica docente Gaspar en el período enero – diciembre 2009.

Se tomó una muestra no probabilística e intencional que quedo constituido por 185 pacientes que reunían los criterios de inclusión en el estudio realizado.

Criterios de inclusión:

- Voluntariedad a participar en el estudio.
- Los que se encontraban viviendo en La Clementina.

Criterios de salida:

- Abandono del estudio por decisión propia.
- Fallecimiento en el momento del estudio.

Se procedió a aplicar una encuesta realizada por la autora aplicada a 10 participantes de la investigación validada por la prueba piloto previo consentimiento informado donde tendrán la posibilidad de informarse sobre el objetivo de nuestra información 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 plasmara en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos y el investigador quien dará fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información.

Operacionalización de las variables:			
VARIABLES	Tipos de Variables	Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa Continua	15 – 20 21 – 25 26 – 30 31 – 35 36 – 49	Según edad biológica
Nivel de Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Ultimo nivel de escolaridad alcanzado
Estado Civil	Cualitativa Nominal	Soltera Unión estable Casada	Según estado civil actual
Situación Laboral	Cualitativa Nominal	Estudia Trabaja Ama de casa	Trabaja con el estado o cuenta propia Ninguno de los antes mencionado
Condiciones socioeconómicas	Cualitativa Nominal	Buenas Regulares Malas	\$500 o más per cápita y vivienda tipo I \$250 a \$500 per cápita y vivienda tipo II Menos de \$250 per cápita y vivienda tipo III

Uso de Métodos Anticonceptivos	Cualitativa Nominal	Sí No	DIU Píldoras Condón Coito interrupto Vacunas Diafragma Ninguno de los antes mencionado
---------------------------------------	----------------------------	--	---

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 tenemos:

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

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Comportamiento de algunas variables epidemiológica en mujeres en edad fértil con interrupción voluntaria de embarazo.

Tabla 1: Distribución según la muestra

Aborto		
GRUPO DE EDADES	Cant.	%
15-20	99	53.5
21-25	13	7.0
26-30	38	20.5
31-35	26	14.1
36-49	9	4.9
TOTAL	185	100.0

Fuente: Encuesta

Como podemos observar en la tabla 1 el aborto se presenta con mayor frecuencia en el grupo de las adolescentes, con 99 casos para un 53.5% 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, que de no ser aceptado conlleva la práctica del aborto, el mismo 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.

Con relación al aborto, los hechos generalmente se asocian así: el comienzo precoz de las relaciones sexuales, sin una adecuada preparación, facilita el embarazo no deseado, que de no ser aceptado conlleva la práctica del aborto, por el que se inicia muchas veces la mujer en el uso de los métodos anticonceptivos y en el peor de los casos, las jóvenes, de salir bien del trance se convierten en usuarias del método y recurren a él para regular su fecundidad. ⁽²⁹⁾

Tabla 2: Distribución según nivel de escolaridad

Aborto		
ESCOLARIDAD	Cant.	%
PRIMARIA	49	26.4
SECUNDARIA	67	36.2
PRE-UNIVERS	44	23.8
UNIVERSITARIO	25	13.6
Total	185	100.0

Los porcentajes de aborto más elevados correspondieron a las mujeres de enseñanza media, especialmente a las del nivel de secundaria básica, con un total de 67 pacientes para un 36.2%, solo 25 pacientes tenían el nivel superior culminado.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores. Álvarez, 1999, observó en el estudio que realizó, un riesgo mayor para el aborto en las mujeres de la enseñanza media, más aún para las mujeres de secundaria básica. Similares resultados se obtuvieron también en la Encuesta Nacional de Fecundidad realizada en 1987.

Con relación al aborto, la edad y el nivel de escolaridad, con relación a estudios realizados anteriormente, muestra que apenas hay cambio en nuestro país.

Por lo que en esta etapa de su vida no posee independencia económica y usualmente tiene planes de proseguir su superación y lograr una inserción laboral acorde con su nivel de calificación, por lo que el tener un hijo en esta etapa de su vida, podría retrasar o cancelar sus planes.

Tabla 3: Distribución según estado civil

ESTADO CIVIL	ABORTO	
	Cant.	%
SOLTERA	97	52.4
UNIÓN ESTABLE	65	35.2
CASADA	23	12.4
Total	185	100.0

En la tabla 3 mostramos que 97 pacientes eran solteras, 65 con unión estable y solo 23 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.

Tabla 4: Distribución según situación laboral

aborto		
SITUACIÓN LABORAL	Cant.	%
TRABAJA	37	20.0
ESTUDIA	41	22.2
AMA DE CASA	107	57.8
Total	185	100.0

Como podemos observar, la tabla 4 muestra la situación laboral de las pacientes estudiadas donde solo 37 trabajan para un 20%, 41 estudian y la gran mayoría son amas de casa, con un total de 107 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 nuestra población, con cada vez más número de núcleos cuyo jefe es una mujer, todo lo cual pudiera contribuir al análisis de este resultado.⁽³⁰⁾

Tabla 5: Distribución según condiciones socioeconómicas

ABORTO		
CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS	Cant.	%
BUENAS	15	8.1
REGULARES	101	54.6
MALAS	69	37.3
Total	185	100.0

Con relación a las condiciones socioeconómicas, observamos que 101 pacientes entran dentro de la categoría de regular para un 54.6%, 69 con condiciones malas y solo 15 tienen buena economía.

Ello puede tener relación con la evolución y características actuales de la situación económica de nuestro país, 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. ⁽³¹⁾

Tabla 6: Distribución según el uso de anticonceptivos

ABORTO		
USO DE ANTICONCEPTIVOS	Cant.	%
SI	54	70.8
NO	131	29.2
Total	185	100.0

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos podemos observar que 131 mujeres para un 29.2% no usaban ningún anticonceptivo y 54 mujeres para un 70.8% si lo usaban. Actualmente, en nuestro país se ofrecen varios métodos anticonceptivos como son: píldoras, dispositivos intrauterinos (DIU), diafragma, condón, ritmo (calendario, temperatura basal), retiro (coito interruptor), 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.

CONCLUSIONES

Se determinó que la interrupción voluntaria del embarazo es más frecuente en las adolescentes, con un predominio en el nivel medio de escolaridad, mujeres solteras y amas de casa y con condiciones socioeconómicas regulares y las que no usaban anticonceptivos son las que con mayor frecuencia salían embarazadas y practican este método.

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, entre ellas, el mejor uso de la anticoncepción.
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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Población y Desarrollo. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994. Cap. VII, Pto. 7.2. Nueva York: Naciones Unidas; 1995. p. 32
2. Informe 2001. Mundos Diferentes. Salud y Riesgos Sexuales y Reproductivos. Washington: Population Action International; 2001. p. 1
3. Mujer, Salud y Desarrollo. Propuesta de indicadores para el análisis y monitoreo de la equidad de Género en la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 9 – 14
4. Shapiro E., Aguiar M. González N. Sistemas de salud y la política de la mujer. En: Nuestros cuerpos, nuestras vidas La guía definitiva para la salud de la mujer latina. Nueva York: Editorial siete cuentos; 2000. p.43 - 63
5. Hardy E., Jiménez A. Masculinidad y Género. Políticas y Estrategias en Salud Pública. Universidad Estadual de Campiñas. S.P Brasil. Rev. Cubana de Salud Pública 2001; 27 (2): 77-78
6. Acción para el Siglo XXI. Salud y Derechos Reproductivos para todos. Nueva York: Family Care International; 1995. p. 17
7. Fogel R. Fecundidad y condiciones socioeconómicas: el caso de Paraguay. En: Pantelides E., Bott S. Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina. 1ª ed. Buenos Aires: Editoras Aires; 2000. p. 37- 41
8. Álvarez L. Aborto: Problema de la mujer, la salud y la salud reproductiva. Ponencias centrales del Seminario Científico por el "Día Mundial de Población".1994, 11 de Julio. Ciudad Habana.
9. Fichas informativas sobre salud sexual y reproductiva. El embarazo no deseado. Nueva York: FamilyCare International; 2000.
10. Álvarez V. El aborto: Un problema de salud en Cuba ?. En: Planell E. Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el Caribe hispano. 1ª ed. Puerto Rico: Fundación Atlanta; 2001 p. 86 - 106

11. Conceptualizaciones para el Registro Nacional de Estadísticas Sanitarias de Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2003.
12. Fichas informativas sobre salud sexual y reproductiva. El aborto realizado en condiciones de riesgo. Nueva York: Family Care International; 2000.
13. González I., Miyar E., González R. Algunas consideraciones sobre el aborto. La educación sexual como una alternativa en su prevención. Rev Cubana Med Gen Integral 2001; 17 (3): 281 - 6
14. Nueva campaña contra el embarazo en la adolescencia. "POPULI, La Revista del FNUAP" 2001; 28(1): p. 3
15. Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia; 1996 p. 30- 31
16. Gran M., Ramil D., Peraza M., Pérez M., Martínez M. , P Jorge Sistema de Información Estadística de Salud Cubano. Temas de Estadísticas de Salud. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 2008. p. 1-13.
17. Álvarez L. Aborto: Problema de la mujer, la salud y la salud reproductiva. Ponencias centrales del Seminario Científico por el "Día Mundial de Población". 2004, 11 de Julio. Ciudad de La Habana.
18. Gran M., López L. El descenso de la natalidad en Cuba. Temas de Estadísticas de Salud. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 2002. p. 61-73
19. Alfonso J., Mac Donald A., Sosa M. Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. La Habana: Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia; 2006 p. 21 – 22
20. 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; 2000. p. 170 – 173
21. Conceptualizaciones para el Registro Nacional de Estadísticas Sanitarias de Cuba. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2008.

22. 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
23. 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
24. Marston C., Cleland J. Relationships between contraception and abortion: A review of the evidence. International Family Planning. 2009; 9 (1):6-13
25. Gran M., Nieto M., Pujol., Gutiérrez L. Características socio-culturales del aborto en Cuba. En: Programa Latinoamericano de actividades de población. Dinámica demográfica y cambio social. 1ra ed. México: Programa Latinoamericano de Población; 1996. p.91 – 110
26. 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
27. González H. Embarazo adolescente en Cuba. Aspectos sociodemográficos. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual 2008; 6(16): 13 – 18
28. 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
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

ANEXOS:

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 epidemiológica en mujeres en edad fértil con interrupción voluntaria de embarazo en el consultorio Médico de la Familia No 6, 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 2011.

Firma _____.

ANEXO 2: Encuesta

UNIDAD: _____

1. Edad: _____

2. Nivel de escolaridad:

Primaria () Secundaria () Pre-Universitario () Universitario ()

3. Estado civil:

Soltera () Casada () Unión estable ()

4. Situación laboral:

Estudia () Trabaja () Ama de casa ()

5. Condiciones socioeconómicas:

Buenas () Regular () Malas ()

Tipo de vivienda: I----II----III----

Per cápita familiar:

6. Uso de métodos anticonceptivos:

Si () No ()

Cuales: DIU ()

Condón ()

Coito interrupto ()

Píldoras ()

Diafragma ()

Vacunas ()

Gráfico 1. Distribución según la muestra

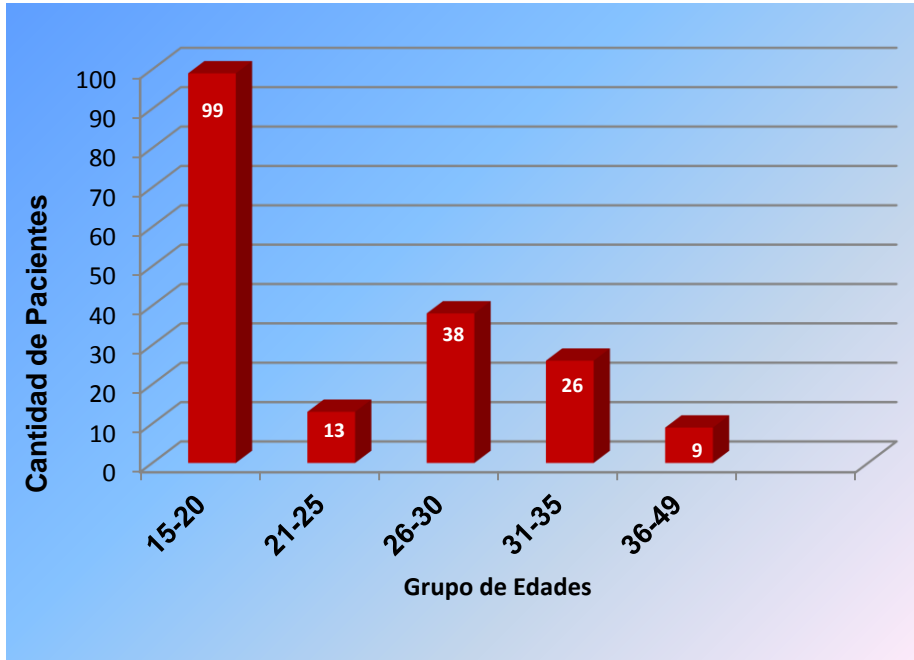


Gráfico 2: Distribución según nivel de escolaridad

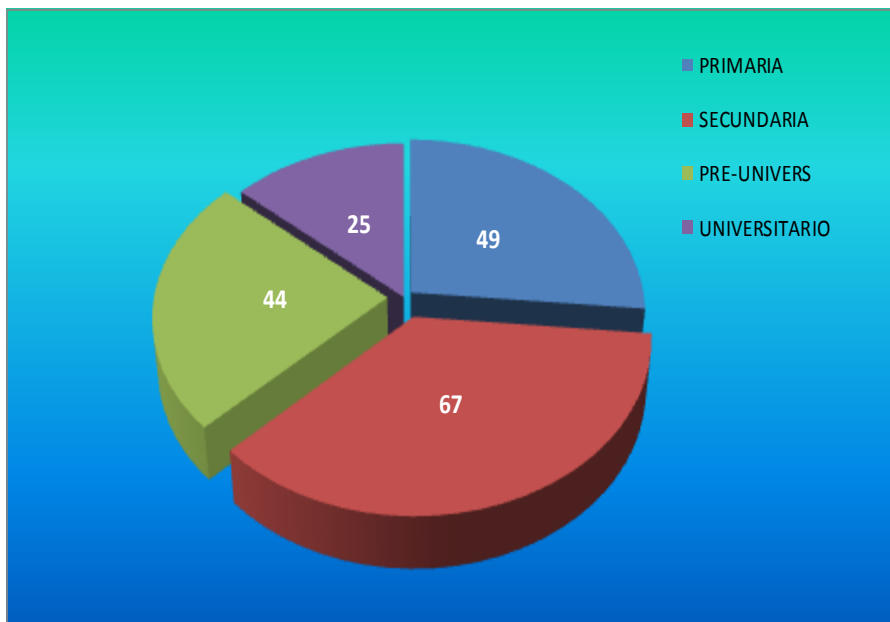


Gráfico 3: Distribución según estado civil

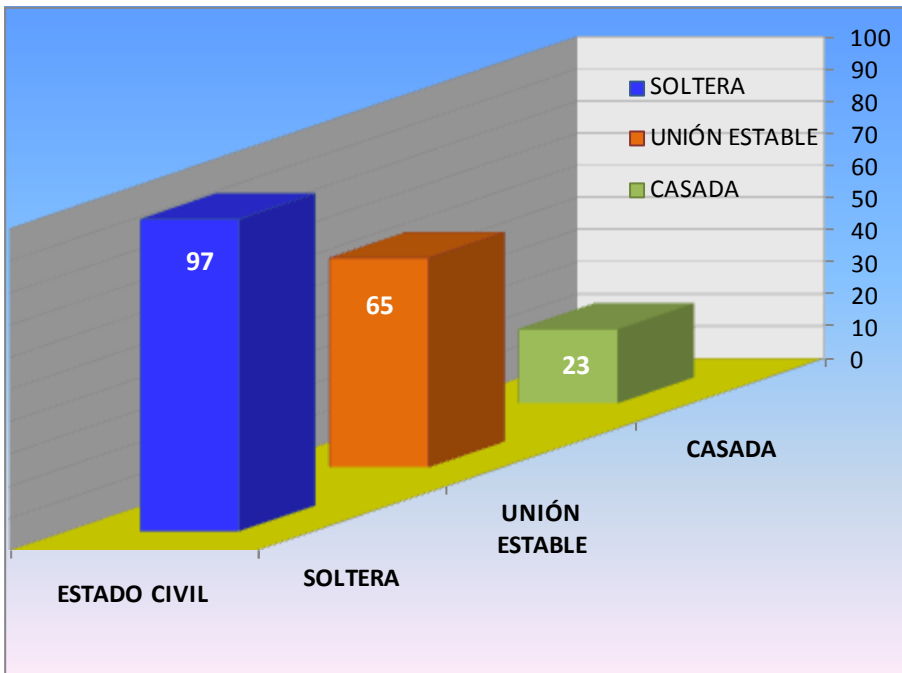


Gráfico 4: Distribución según situación laboral

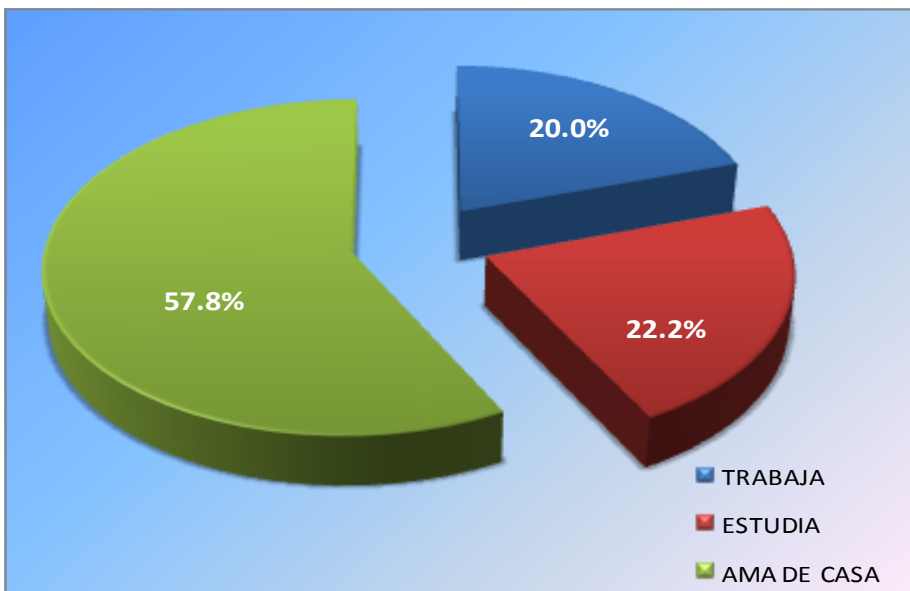


Gráfico 5: Distribución según condiciones socioeconómicas

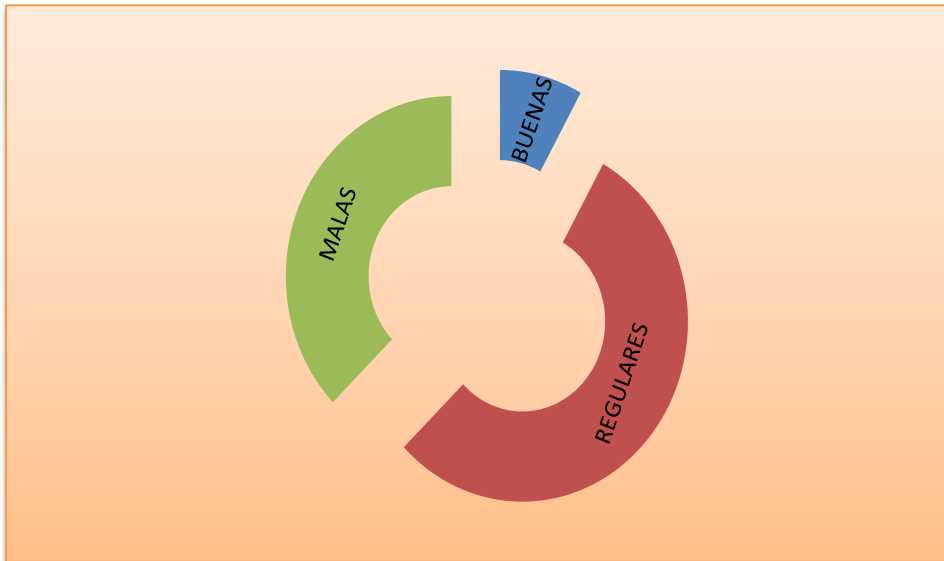


Gráfico 6: Distribución según el uso de anticonceptivos

