



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Factores sociales, económicos y demográficos asociados al aborto. Hospital
Belén Trujillo, Enero – julio del 2016.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas

AUTOR:

Obst. Zavaleta Arroyo, César Orlando

ASESOR:

Dra. Peralta Iparraguirre, Ana Vilma

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna y Perinatal

TRUJILLO-PERÚ

2018.

JURADO

DRA. ANA PERALTA IPARRAGUIRRE

Presidente

MG. SONIA CHACON PINTO

Secretario

DRA. ELIANA GUZMAN AVALOS

Vocal

DEDICATORIA

A MI FAMILIA

A mis padres, por ser esa base sólida en la cual me sostengo. Su amor dedicación y consejo diario, han sido vitales en cada etapa de mi vida.

A mis hermanos, por todo el apoyo afecto y consejo, importantes para el desarrollo y culminación de esta etapa.

Cesar.

AGRADECIMIENTO

A Dios

El dador de la vida y único sustento diario
ante los embates de la vida. Esperanza
y refugio que me ha permitido salir
victorioso en cada circunstancia.

A mis Docentes.

Gracias por las enseñanzas dadas,
nunca terminamos de aprender y su
experiencia es una gran fuente de
sabiduría, siempre llevo presente cada
uno de sus consejos.

Cesar.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, César Orlando Zavaleta Arroyo, estudiante del programa de Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI 45196754, con la tesis titulada “Factores sociales, económicos y demográficos asociados al aborto. Hospital Belén Trujillo, enero – julio del 2016.” Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las normas consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiado, es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta por fraude (datos falsos), plagio (información sin citas a autores) o auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar faltante las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Trujillo 26 de Octubre del 2018



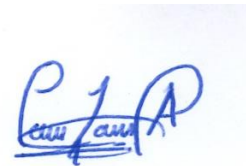
César Orlando Zavaleta Arroyo

DNI: 45196754

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Factores sociales, económicos y demográficos asociados al aborto. Hospital Belén Trujillo, Enero – julio del 2016.con la finalidad de dar cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.



Obst. Cesar Zavaleta Arroyo

El Autor

	ÍNDICE	Nº
Página del jurado		ii
Dedicatoria		iii
Agradecimiento		iv
Declaratoria de autenticidad		v
Presentación		vi
RESUMEN		vii
ABSTRACT		ix
I. INTRODUCCIÓN		10
1.1 Realidad Problemática		10
1.2 Trabajos Previos		11
1.3 Teorías Relacionadas al Tema		16
1.4 Formulación del Problema		21
1.5 Justificación		22
1.6 Hipótesis		23
1.7 Objetivos		24
II. MÉTODO		25
2.1 Diseño de la Investigación		25
2.2 Variables Operacionalización		25
2.3 Población y Muestra		26
2.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos		28
2.5 Métodos de Análisis de Datos		30
2.6 Aspectos Éticos		30
III. RESULTADOS		32
IV. DISCUSIÓN		36
V. CONCLUSIONES		42
VI. RECOMENDACIONES		42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		43
VIII. ANEXOS		

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los factores sociales, económicos y demográficos que se asocian con el aborto en mujeres en edad reproductiva que ingresaron por emergencia al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén, durante los meses de Enero a Julio del 2016, se realizó una investigación descriptiva de diseño transversal en la que se involucró a 129 mujeres con o sin diagnóstico aborto. Se aplicó una encuesta sociodemográfica validada con más del 90% de concordancia entre 6 Jueces expertos bajo el formato Aiken. Se encontró que el aborto representa el 34,9%, de ellas 64,4% tenían entre 20 a 35 años de edad, 62,2% cursó estudios secundarios, 55,6% provenía de familia funcional, 48,9% su estado civil es de convivencia y el 73,3% practicaba la religión católica. El 55,4% trabajaban y en el 88,9% su ingreso económico era menor que 800 nuevos soles, 73,3% procedían de zonas periurbanas. Se concluye que el factor social (tipo de familia) y los factores económicos (situación laboral e ingreso económico) se asocian significativamente con el aborto ($p < 0,05$).

Palabras clave: Aborto, factores sociales, factores demográficos, factores económicos.

ABSTRACT

With the objective of determine the social, economic and demographic factors that are associated with abortion in women of reproductive age who were admitted by emergency to the Obstetrics-Gynecology service of the Belén Hospital, during the months of January to July 2016, a Descriptive research with a cross-sectional design involving 129 women with or without a diagnosis of abortion. A validated sociodemographic survey was applied with more than 90% concordance between six expert judges under the Aiken format. It was found that abortion represents 34.9%, of which 64.4% were between 20 and 35 years old, 62.2% attended secondary school, 55.6% came from a functional family, 48.9% from their state civil is of coexistence and 73.3% practiced the catholic religion. 55.4% worked and in 88.9%, their economic income was less than 800 new soles, 73.3% came from peri-urban areas. It is concluded that the social factor (type of family) and economic factors (work situation and economic income) are significantly associated with abortion ($p < 0.05$).

Keywords: Abortion, social factors, demographic factors, economic factors

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el aborto inseguro como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez¹.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2011), en América Latina cuatro millones de casos (31%) de todos los embarazos pueden terminar en aborto y se practican cerca de 444 abortos anuales por cada 1 000 nacidos vivos. Se calcula que se producen 22 millones de abortos inseguros, casi todos los abortos inseguros (98 %) se producen en países en vías de desarrollo. Según la OMS, el 13% de muertes maternas que se produjeron en América Latina se debe a complicaciones post aborto inseguros¹.

La subregión de África Meridional, en donde cerca del 90% de las mujeres viven bajo la ley liberal del aborto de Sudáfrica, tiene la tasa de aborto más baja en África, de 15 abortos por 1,000 mujeres². Otras tasas subregionales muy bajas son las de Europa Occidental y la de Europa Septentrional; en estas subregiones, tanto el aborto como la anticoncepción están ampliamente disponibles, ya sea gratuitamente o a muy bajo costo². Se estima que en América Latina, 26 de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva han tenido por lo menos un aborto inseguro alguna vez en su vida³.

En el Perú, en el 2014 se reportaron cerca de 370 mil abortos al año, más de mil por día, y el 90% de estos son clandestinos⁴. Generalmente se piensa que el aborto solo se practica en lugares socioeconómicamente vulnerables, marginales o excluidos. Sin embargo, este tipo de práctica cruza todos sectores sociales es caracterizado como un problema médico social sin haberse tomado

la molestia de estudiar a los factores sociales, demográficos y económicos como factores predictores, condicionantes o determinantes para la presencia del aborto, de allí la importancia de abordarlo⁵.

En la atención de la emergencia obstétrica en el Hospital Belén de Trujillo, 2016, se pudo observar que en las pacientes en edad reproductiva existía un conflicto cultural en torno al aborto, por un lado, su contexto de modernidad que les permitía explorar nuevas experiencias sexuales como una forma de ejercicio de una nueva libertad sexual, hacía que sean más abiertas en cuanto a la información que brindaban al profesional que la atendía, sobre todo tipo de temas, hecho que ellas mismas señalaban provenía de una decisión más franca de con quién y cuándo tener relaciones sexuales y, por otro lado, una reticencia a abrirse a informar sobre su estado de salud sexual y reproductiva. En mucho la idea del aborto como fenómeno social prohibido y practicado por más del 60% de las mujeres en edad fértil en condiciones de insalubridad, planteaba estos dos contextos culturales, pero, poco se sabía sobre los factores sociales, económicos y demográficos que lo determinaban, en tal sentido la presente investigación se hizo pertinente por sus implicancias médicas sociales, así como, para poder redimensionar el problema del aborto en el presente tiempo de grandes cambios en el ideario social.

1.2 TRABAJOS PREVIOS

Investigaciones Internacionales

Entre los principales estudios a nivel internacional tenemos a: Herrera St.⁶ (Ecuador, 2017), cuyo estudio fue realizado en el Hospital Básico de Yantzaza, con el fin de determinar cuáles son los factores que influyen en la frecuencia con la que se producen los abortos. El estudio descriptivo y retrospectivo se dio a través de revisión de historias clínicas y recolección de datos. Se trabajó sobre una muestra de 42 pacientes con diagnóstico de aborto. Las pacientes jóvenes con edad de 14 –19 años presentaron mayor índice de abortos con un 28,6 %(n = 12), el factor principal para la presentación de aborto fueron los traumatismos

(caída de su propia altura) con un 33,3 % (n = 14). El dolor abdominal en hipogastrio fue el síntoma más frecuente con 59.5% (n = 25), seguido de sangrado genital con 37 %. Después del aborto, en la mayoría de pacientes no se registraron complicaciones médicas en un 76%(n = 32) y en menor porcentaje se presentaron sangrados e infecciones.

Laurente L.⁷ (Ecuador, 2016), cuyo estudio fue realizado en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte, con el fin de determinar la asociación entre los principales factores socioreproductivos en los meses de enero a diciembre del 2015. Estudio observacional, retrospectivo. Realizó un estudio probabilístico cuya unidad de análisis fueron gestantes de menos de 22 semanas de gestación atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de dicho hospital.

Se puede concluir que los factores socioreproductivos como la edad menor de 35 años ($P < 0,0385$), estado civil soltera ($P < 0,0045$), grado de instrucción ninguno/primaria ($P < 0,0001$), parejas sexuales > 2 ($P < 0,0001$), gestaciones anteriores ($P = 0,007$), abortos previos ($P < 0,0001$), fueron estadísticamente significativos. Pero los factores de edad gestacional ($P = 0,35$) y Ocupación ama de casa/estudiante ($P = 0,7518$) que no tiene significancia de asociación.

Por su parte Borsari C. et al.⁸ (Brasil, 2013), se propuso comparar y analizar aspectos socioeconómicos y emocionales en la vivencia del aborto en mujeres de la periferia de la ciudad de São Paulo. El estudio prospectivo y caso-control, se dio por medio de entrevista semi-estructurada, previamente elaborada, con preguntas relativas a los aspectos emocionales, al contexto familiar, social y económico. Se tomó como muestra a 100 mujeres con diagnóstico de aborto. Se identificaron 11 mujeres que relataron haber provocado aborto, que constituyeron el grupo de casos. El grupo control fue seleccionado en la proporción 2: 1. Las mujeres del grupo con aborto provocado, en relación al grupo con aborto espontáneo, presentaron menor escolaridad, siendo más frecuente el nivel fundamental ($p = 0,04$); menor renta familiar (mediana), ($p = 0,04$). Se concluyó que el aborto provocado en mujeres que buscan atención en

hospitales de la periferia de la ciudad de São Paulo está relacionado a condiciones socioeconómicas desfavorables, lo que perjudica la vivencia en la sospechosa y confirmación del embarazo.

De Souza R.⁹ (Brasil, 2012), publicó un artículo sobre los factores asociados al aborto inducido en jóvenes pobres en la ciudad de Sao Paulo. El estudio se realizó por medio de una entrevista estructurada en donde la joven se debía encontrar sola, en un ambiente privado y entre las edades de 15 a 24 años, encontrándose que las gestaciones fueron en un 89,5% no deseado, que ante una edad mayor aumentó en un 17% el riesgo de abortar, encontrándose que las adolescentes se encontraron con cuatro veces más riesgo de terminar en un aborto provocado, además de la utilización de métodos anticonceptivos, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el apoyo de la familia, la falta de recursos económicos.

Mohammed S.¹⁰ (Iraq -2017). Estudio que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo y averiguar la relación entre el aborto y otras variables tales como las variables demográficas, tales (edad, nivel de educación) y Variables reproductivas como (gravidad, paridad). Estudio descriptivo de casos y controles. Tuvo como Muestra 100 mujeres que sufren de aborto espontáneo como grupo de casos que fueron seleccionados de sala de urgencias y maternidad según diagnóstico de médico gestor y 100 mujeres sin antecedentes de aborto Como grupo de control. Los datos se recogieron mediante el uso de cuestionarios construidos. La confiabilidad del instrumento está determinada por el uso de Cornbach. Alfa, y la validez del instrumento está determinada por un panel de expertos. Como resultados del estudio mostraron que 50% de las mujeres del grupo de estudio oscilaron entre la edad de 20-29 años edad máxima. 48% del grupo control 30-39 años. La mayoría de las mujeres con aborto espontáneo (81%) residían en zonas urbanas. mientras que en grupo de control las que residían en área urbana conformaban el 91%. Por otra parte La mayoría del grupo de estudio (28%) tenían como grado de instrucción el nivel

primario. Mientras que el grupo de control (38%) habían terminado el nivel secundario.

Investigaciones Nacionales.

Sánchez J.¹¹ (Perú, 2017) cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo Rezola de Cañete, Enero - diciembre 2017. La investigación descriptiva y corte transversal involucró a 100 mujeres encontrando edades menores de 20 años (26%), de 20 a 39 años (71%); el estado civil solteras (64%), Grado de instrucción mayoritario fue secundaria completa (66%), la mayoría eran amas de casa (60%). El diagnóstico de aborto se presentó en el 41% y de ellas el 40% tenían antecedentes de abortos los anteriores. Se concluye que el aborto está asociado significativamente a la edad, grado de instrucción abortos anteriores entre otros factores.

También se cuenta con el estudio de Comettant M.¹² (Perú, 2016), cuyo objetivo fue determinar los factores personales, familiares y relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes. El estudio observacional de casos y controles aplicó un cuestionario estructurado concluyéndose que los factores personales de riesgo que intervienen en la decisión de abortar son el bajo grado de instrucción (OR=2.688) y el no tener ocupación (OR=2.984); y los factores personales de protección que intervienen en la decisión de abortar son el embarazo planificado (OR=0.059), el tener menos de 2 parejas sexuales (OR=0.343) y el uso de métodos anticonceptivos (OR=0.325). Los factores familiares de riesgo que intervienen en la decisión de abortar son el estado civil de la madre (OR=2.538), la violencia familiar (OR=7.250), el ingreso familiar menor al sueldo mínimo (OR=2.705) y los hábitos nocivos familiares (OR=3.567); y los factores familiares de protección que intervienen en la decisión de abortar son el tener una familia funcional (OR=0.244) y el tener el apoyo familiar (OR=0.061).

De igual manera se cuenta con lo reportado por Flores F.¹³ (Perú, 2016) su objetivo conocer los factores asociados al aborto en mujeres que acuden por emergencia al servicio de ginecología obstetricia de Una Institución Militar durante el periodo 2015 y 2016. La investigación descriptiva, observacional, retrospectiva y de corte transversal, involucró a 50 pacientes con diagnóstico de aborto. Se encontró que el 25 (50%) tenía grado de instrucción técnica completa. 17 Pacientes (34%) eran estudiantes. 30 pacientes (60%) manifestaba ser activa consumista de alcohol y 14 (28%) tabaco. 18 mujeres (36%) refirieron haber teniendo relaciones sexuales dentro de la semana del aborto. Se concluye que el grado de instrucción, ocupación, consumo de alcohol, consumo de tabaco y la última relación sexual tiene relación significativo con el aborto ($p < 0.05$), por lo que se concluye que estos factores estarían asociados a esta patología.

Así mismo en su estudio Inga G.¹⁴ (Perú, 2016), se propuso determinar los factores de riesgo asociados a aborto en jóvenes de 19 a 29 años en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016. Estudio observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles. Se utilizaron los datos de 151 historias clínicas, 99 no presentaron diagnóstico de aborto y 51 si lo hicieron. Se concluye que en lo que respecta a la situación laboral aproximadamente el 44% correspondió a la categoría de desempleada, mientras que el 56% se reportó como personal en actividad. De las que presentaron diagnóstico de aborto la situación laboral, 43%(22) se encontraban como desempleadas y 57%(29) dentro de la categoría de empleadas o en actividad en el servicio. En el grupo de pacientes que no presentaron aborto, el 56%(57) se encontró dentro de la categoría de empleadas o en actividad en el servicio, representando 37% del total.

Por su parte Ramírez A y Valladares P.¹⁵ (Perú, 2016), se propuso determinar la relación entre los factores predisponentes del embarazo no deseado con el aborto en mujeres atendidas en el Hospital II-1 Essalud Tumbes. La

investigación descriptiva correlacional y diseño transversal, involucró a 30 pacientes que presentaron diagnóstico de aborto. Según la prueba de independencia de criterios chi cuadrado determinó que existe relación del aborto con los factores psicológicos: autoestima baja (26.7%) y abandono familiar (23.3%). $X^2= 0.000$, factores sociales: maternidad temprana (36.7%) $X^2= 0.038$, número de pareja sexual (53.3%) $X^2= 0.004$, disfunción familiar leve y moderada (50%) $X^2= 0.007$. Y factores culturales: distorsión de la información (33.3%) $X^2= 0.000$.

Investigaciones Locales.

Así también se tiene lo reportado por Azañedo K y Ramos C.¹⁶ (Trujillo, 2014), cuyo objetivo fue determinar la relación entre factores socioculturales y la percepción sobre el aborto de la adolescencia de la Institución Educativa maría Negron Ugarte Trujillo, 2014. La investigación descriptiva correlacional trabajó sobre una 210 adolescentes encontrándose que el 56.2% proceden de zona urbana, provenían de familias funcionales (47.6%) y practicaban la religión católica (71.9%). Se concluyó que no existe relación significativa entre la percepción sobre el aborto con la edad ($p = 0.393$), la procedencia ($p = 0.487$), el grado de estudios ($p = 0.533$), el tipo de familia ($p = 0.864$), y la religión ($p = 0.591$).

Díaz P.¹⁷ (Trujillo, 2016), cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al aborto provocado en las estudiantes universitarias que cursan el último año de su carrera de todas las facultades en la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo. Estudio de tipo observacional, transversal, prospectivo. El estudio poblacional fue realizado con 536 encuestas a las estudiantes universitarias, de estas 418 tuvieron relaciones sexuales y se dividieron en 2 grupos, las que tuvieron aborto provocado: con ($n=71$), y las que no tuvieron aborto provocado ($n=347$). En el análisis, se comparó los grupos de estudiantes con aborto provocado (AP) y sin AP y se observó que no hay diferencia significativa para la variable edad, religión, nivel socioeconómico, tener pareja actual y tener hijos;

a excepción de la variable procedencia que si se observó diferencia significativa con un valor de $p < 0,05$.

Se observó que si existe diferencia significativa para las variables de hábitos de vida, las cuales son: Vivir sola, tener padres separados, haber consumido alguna vez drogas, consumo frecuente de alcohol y consumo de tabaco, en la cual se observó diferencia significativa con un valor de $p < 0,01$. Se observó también que no existe diferencia significativa para las variables de edad en que ocurrió el aborto provocado y pareja estable en el momento del aborto con un valor de $p > 0,05$.

1.3 Teorías relacionadas al tema.

El Ministerio de Salud (Minsa) define al aborto como la interrupción, con o sin expulsión parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso menor de 500 g¹⁸. Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), define al aborto como la interrupción del embarazo hasta las 22 semanas y con un peso menor de 500 g y clasifica al aborto en aborto espontáneo, provocado, completo e incompleto¹⁹.

Al aborto se le ha estudiado siempre por sus efectos bio-psico-sociales. En lo biológico por las secuelas de daño en la salud sexual y reproductiva de la mujer y sobre todo por los altos índices de infertilidad que deja a su paso. En lo psicológico por la sensación de culpabilidad, ansiedad, estrés y baja autoestima en la mujer²⁰. En lo social por considerarlo el problema que arrastra posturas político-religiosas que sirven para alimentar campañas mediáticas y las consideraciones médico sociales de un fenómeno que produce la más alta morbilidad materna en mujeres en edad fértil²¹.

Se ha señalado también que el aborto es una de las formas más antiguas de regulación de la fecundidad y, por cierto, la más controvertida en la actualidad.

Hasta la aparición en escena de la inseminación in vitro ningún otro procedimiento quirúrgico de carácter voluntario produjo anteriormente el debate que ha producido el aborto. Existe en la mayoría de países del mundo tanta controversia emocional y moral que en sí mismo ya representa un problema médico social para los responsables de la salud pública y de los defensores de los derechos y del bienestar de las mujeres².

Si bien el recurso del aborto y sus prácticas ya son conocidos en la mayoría de las sociedades, casi siempre transmitidas en forma clandestina, la polémica consiste en que discute su utilización libre y legítima cuando el embarazo ha sido involuntario o cuando se prevén ciertos peligros en su continuación. En los discursos ideológicos se disputan el derecho a definir y calificar la naturaleza del aborto: los movimientos feministas, los movimientos pro y anti aborto, la Iglesia y la Ley entre otros. La interrupción voluntaria del embarazo ha dejado de ser un tema de competencia exclusiva de la conciencia individual para delinearse como tema de salud pública, de derecho liberal o de política social de bienestar²⁰.

La Encuesta Mundial de Fecundidad en los años ochenta obtuvo escasa información en América latina, en buena medida debido a la negativa de algunos gobiernos de la región a aplicar el módulo de la encuesta especialmente destinado a revelar información sobre prácticas abortivas. A pesar de ello, la evidencia recogida sugirió que en todos los países del subcontinente, mujeres de diferente posición social recurren al aborto a pesar de los códigos penales, las sanciones religiosas y los graves peligros para la salud personal. Las complicaciones por aborto son la causa primordial de muerte en mujeres en edad reproductiva y representan aproximadamente la tercera parte de la mortalidad materna. Los abortos ilegales y en condiciones de riesgo producen 280,000 muertes, que representan el 13% de todas las muertes maternas al año 3,22.

El aborto es un problema social donde también están incluidas las adolescentes con embarazos no deseados y suelen recurrir al aborto, esto se debe a barreras como: legislación restrictiva, poca disponibilidad de servicios, costos elevados y estigmatización²³.

En países de América latina el aborto es considerado un delito penal, por lo tanto se halla absolutamente prohibido, salvo en algunas legislaciones para las cuales las situaciones de violación, incesto o grave peligro para la vida de la mujer justifican la demanda de un aborto legal. Por ello la mayoría de abortos se realizan en condiciones deplorables poniendo en peligro vida y la salud de las mujeres. Las muertes maternas son 250 veces más frecuentes que en aquellas que viven en países desarrollados³.

Según Gonzales referido por García, Carreón, Hernández Bautista y Méndez, refieren que el aborto se lleva a cabo sobre todo en lugares socioeconómicamente vulnerables, marginales o excluidos, en los cuales la población más joven o adolescente presenta una tasa superior en comparación con los demás grupos⁵.

Cada discurso sobre el aborto goza de su hegemonía respectiva en franjas distintas del territorio incluso dentro de un mismo país. En este sentido, las etapas y los lugares en los que la voz de un lado se ha convertido, en la última década, en la ubicación de un mapa por países y regiones o zonas geopolíticas de interpretación de los factores socio-económicos y demográficos que se asocian al aborto. Este fenómeno plantea una segmentación por las áreas sociales, económicas y demográficas específicas, que constituyen una especie de geo-bio-política, que divide el territorio de acuerdo con su ubicación frente al aborto²⁴.

El factor demográfico ha demostrado tener una relación causal con el aborto. El aborto es una problemática que se incrementa en la medida en que los grupos

vulnerables desarrollan una dinámica sexual tal que los lleva a solicitar el servicio de interrupción de embarazo²⁵. En este contexto, los programas preventivos y de atención a la salud podrían enfocarse en grupos adolescentes de estratos socioeconómicos bajos y niveles educativos básicos para prevenir embarazos no deseados y con ello la práctica abortiva^{16, 26}.

En este sentido, la contienda real por la interpretación del aborto y los factores sociales, económicos y demográficos que se asocian a él, se traducen directamente en el comportamiento de las instituciones, produciéndose desenvolvimientos diferenciados entre las instituciones de una misma comunidad o sociedad, pero, con prácticas cotidianas flexibles y cambiantes de las personas, las mismas que se tornan en un litigio por el carácter mismo de las instituciones^{28, 29,9}. Es decir, los temas emblemáticos en disputa – como los factores sociales, económicos y demográficos asociados al aborto- cuestionan a las instituciones básicas de la vida social como la naturaleza de la familia (su funcionalidad); las identidades de género y las relaciones de poder que las rigen (Derechos de la mujer y Estado civil); la normatividad (en controversia con la idea religiosa); la legalidad y la interpretación de los derechos humanos; la ciudadanía (procedencia) y el Estado y su relación con la religión, etc²⁷.

Consecuentemente, la disputa por los significados de los factores sociales, económicos y demográficos asociados al aborto, en este contexto incierto y movido de la reconfiguración del espacio, el tiempo y el cuestionamiento de las instituciones, puede encontrar períodos de transición en donde uno o varios factores tengan un significado distinto en distintos momentos. El debate sobre la importancia del cambio contra el valor de la tradición siempre ha sido traído a cuenta nuevas formas de determinar los factores sociales, económicos y demográficos asociados al aborto. Es un tema que no está involucrado en las instituciones fundamentales de la sociedad, sino que despierta las grandes inquietudes filosóficas de la condición humana: ¿qué es la vida? ¿Cuándo existe la conciencia? ¿La persona?, ¿en qué momento se confiere los derechos?

¿Cuál es la relación entre la vida, la conciencia, la persona y los derechos?
¿Cómo se negocian los derechos entre entidades vivientes con características, necesidades y grados de subjetivización distintos?³⁰.

1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo se asocian los factores sociales, económicos y demográficos con el aborto en mujeres atendidas en el servicio de emergencias obstétricas del Hospital Belén, durante los meses de Enero a Julio del 2016?

1.5 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

A nivel teórico la presente investigación nos permite desarrollar el área temática describiendo el estado del arte de las teorías y posturas socio-culturales y religiosas sobre el aborto y sus factores asociados. El objeto es redimensionar su problemática para una mejor interpretación de los criterios valorativos (medico sociales) del trabajo preventivo-promocional en salud sexual y reproductiva en la época actual.

A nivel social es relevante la presente investigación porque nos permite una mejor orientación para comprender, analizar y actuar sobre las complicaciones maternas derivadas del aborto o temas como la desnutrición infantil, paternidad responsable, salud sexual y reproductiva y otros. Estas últimas son ventanas que buscan explicaciones en los comportamientos sexuales y reproductivos de los padres y las familias.

Ahora, en el Hospital Belén de Trujillo acuden mujeres en edad reproductiva de distinta procedencia y/o características sociales, económicas y demográficas, lo que plantea nuevas formas imaginativas para analizar y comprenderlas dentro del problema médico social del aborto. De esta manera el punto de vista médico clínico (biólogo) estaría dando paso a un enfoque medico social que recoge de la antropología y psicología médica sus principales argumentos para explicar el fenómeno medico social del aborto.

El término práctico el reto es contribuir con criterios valorativos sobre los factores sociales, económicos y demográficos que se asocian al aborto en la perspectiva de coadyuvar a la prevención y disminución del aborto. Además, la presente investigación, servirá como insumo o antecedente para otros trabajos de mayor complejidad.

1.6 HIPÓTESIS

1.6.1 Hipótesis General:

Los factores sociales, económicos y demográficos se asocian significativamente con el aborto en mujeres atendidas en los servicios de emergencia Gineco-obstétrica del Hospital Belén, durante los meses de Enero a Julio del 2016.

1.6.2 Hipótesis Específicas:

- Los factores sociales como la edad, grado de instrucción, tipo de familia, estado civil y religión se asocian significativamente con el aborto en mujeres atendidas en los servicios de emergencia Gineco-obstétrica del Hospital Belén.
- Los factores económicos como situación laboral e ingresos económicos, se asocian significativamente con el aborto en mujeres atendidas en los servicios de emergencia Gineco-obstétrica del Hospital Belén.
- Los factores demográficos como procedencia, se asocian significativamente con el aborto en mujeres atendidas en los servicios de emergencia Gineco-obstétrica del Hospital Belén.

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 Objetivo General:

Determinar los factores sociales, económicos y demográficos que se asocian con el aborto, en mujeres atendidas en los servicios de emergencia Gineco-obstétrica del Hospital Belén.

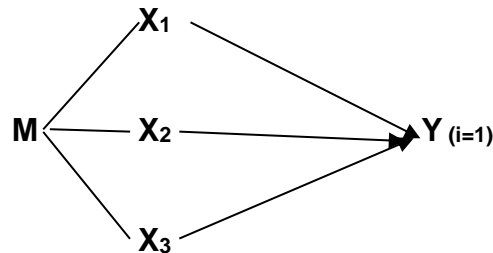
1.7.2 Objetivos Específicos:

- Determinar los factores sociales (Edad, grado de instrucción, tipo de familia, estado civil y religión) que se asocian con el aborto en mujeres atendidas en los servicios de emergencia Gineco-obstétrica del Hospital Belén.
- Determinar los factores económicos (situación laboral, ingresos económicos) que se asocian con el aborto, en mujeres atendidas en los servicios de emergencia Gineco-obstétrica del Hospital Belén.
- Determinar los factores demográficos (procedencia) que se asocian con el aborto, en mujeres atendidas en los servicios de emergencia Gineco-obstétrica del Hospital Belén.

II. METODO

2.1 Diseño de Investigación

Descriptivo correlacional de corte transversal. Los datos se tomas en un solo momento, se representa. Se puede graficar ³¹.



Donde:

M: Representa la Muestra o población en estudio

X₁: Representa a la variable independiente: Factores sociales (Edad, Grado de instrucción, tipo de familia, estado civil y religión).

X₂: Representa a la variable independiente: Factores económicos (situación laboral e ingresos económicos)

X₃: Representa a la variable independiente: Factores demográficos (Procedencia).

Y: Representa a la variable dependiente: Aborto

2.2 Variables, Operacionalización.

2.2.1 Identificación de Variables

Variable independiente I: *Factores sociales*

- Edad
- Grado de instrucción
- Tipo de familia
- Estado civil, religión.

Variable independiente II: *Factores económicos*

Variable independiente III: *Factores demográficos*

Variable Dependiente: Aborto

2.2.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	SUB VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores Sociales	Edad	Años cronológicos desde el nacimiento al momento del estudio ²¹	Edad que registra según documento de identidad	11 a 19 años 20 a 35 años 36 a mas	Intervalo
	Grado De Instrucción	Nivel de estudio cursado al momento del estudio ³²	Autorreferencia de estudios.	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ordinal
	Tipo De Familia	Estructura familiar de cohesión o división de sus miembros ³⁰	Tipo de familia	Funcional Disfuncional	Nominal
	Estado Civil	Situación legal a nivel familiar ³⁰	Tipo de estado civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal
	Religión	Conjunto de creencias míticas religiosas que profesan ³⁰	Tipo de religión que profesa	Católica Evangelista Otras Sin Religión	Nominal
Factores Económicos	Ocupación	Situación laboral al momento del estudio ³⁰	Ocupación o no al momento del estudio	Con trabajo Sin trabajo	Nominal
	Ingresos	Recursos familiares para satisfacer necesidades ³⁰	Intervalo de ingreso familiar	> S/800 ≤ S/800	Intervalo
Factores Demográficos	Procedencia	Característica demográfica del lugar de residencia ²¹	Zona demográfica registrada	Urbana Urbano Marginal Rural	Nominal
ABORTO		Interrupción prematura del embarazo hasta las 20 semanas de gestación ³	Diagnóstico de aborto	Si No	Nominal

2.3 Población, Muestra.

2.3.1 Población

Constituida por 1850 mujeres con o sin diagnóstico de aborto, ingresadas por emergencia al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén durante los meses de Enero a Julio del 2016 y que cumplan con los criterios de inclusión (Oficina de información y estadística del HBT).

2.3.2 Muestra

Constituida por 129 mujeres con o sin diagnóstico aborto, ingresadas por emergencia al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén durante los meses de Enero a Julio del 2016 y que cumplieron con los criterios de inclusión. Para obtener la muestra se aplicó la fórmula para población finita, el cual es de la siguiente manera, considerando un nivel de confianza del 90% y un error de 5% ³¹.

$$n = \frac{NZ^2 pq}{(N - 1)E^2 + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{1850(1.96*1.96)(0.9)(1-0.9)}{(1850-1)(0.05)(0.05) + (1.96)(1.96)(0.9)(1-0.9)}$$

$$n = \frac{639.6264}{4.968244}$$

$$n = 128.742952382556$$

$$n = 129$$

Dónde:

- N = Total de la población
- Z= 1.96 valor estándar de z con 90% de confianza y 5% de peor error esperado
- p = proporción de éxito : 90
- q = 1 – p (en este caso 1- 0.90)
- E = Error esperado: 0.05 (5%)

2.3.3 Criterios De Selección

Criterios de inclusión

- Mujeres con o sin diagnóstico de aborto determinado por ecografía que acuden a Hospital Belén de Trujillo, durante los meses Enero a Julio del 2016.
- Mujeres sin tratamiento psiquiátrico al momento de la investigación
- Mujeres que acepten participar voluntariamente en el estudio

Criterios de exclusión

- Mujeres que no aceptaron participar voluntariamente en el estudio
- Mujeres con tratamiento psiquiátrico al momento de la investigación

2.3.4 Unidad de análisis

- Mujeres con o sin diagnóstico de aborto del Hospital Belén de Trujillo, durante los meses Enero a Julio del 2016.

2.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

2.41 Técnica:

Se aplicó una encuesta con abordaje persona a persona, para ello se siguieron los siguientes pasos:

- Con la aprobación del proyecto para realizar la presente investigación por parte de la Escuela de pos grado de la Universidad César Vallejo, se solicitó permiso y autorización a las autoridades del Hospital Belén de Trujillo para realizar la investigación.
- Con la autorización formal para realizar el estudio se coordinaron las actividades a llevar a cabo la jefatura de los servicios de emergencia y Gineco Obstetricia

- Se procedió con la aplicación de las encuesta luego de informarle sobre los objetivos y fines del estudio y, solicitarle acepte participar voluntariamente en el estudio, el tiempo promedio fue de 10 minutos y adicionalmente se revisaron los datos requeridos por el estudio en la historia clínica.

2.4.2 Instrumentos de Recolección de Datos

Encuesta sobre los factores sociales, económicos, demográficos y el diagnóstico de aborto o no. Está formado en cuatro secciones: la primera sección hace referencia a los factores sociales: edad, grado de instrucción, tipo de familia, estado civil, religión; la segunda sección sobre los factores económicos: situación laboral, ingresos económicos; la tercera sección sobre factores demográficos: la procedencia; la cuarta sección sobre el aborto o no. (Ver Anexo 1)

2.5. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se realizó un proceso de validación con la participación de 6 jueces expertos para el estudio de los factores sociales, económicos y demográficos asociados al aborto, se basó en la revisión bibliográfica sobre las determinantes médico sociales del aborto. Se partió de los estudios^{1,3,24} con los cuales se determinaron que los factores sociales a estudiar serían la edad, grado de instrucción, estado civil, Tipo de familia y religión; los factores económicos serían la situación laboral, los ingresos económicos y; el factor demográfico sería la procedencia. Los 9 ítems y la estructura de tres tipos de factores con una referencia directa sobre el diagnóstico o no de aborto.

Este Comité evaluó concordando en que el instrumento recoge información adecuada, responde a los objetivos del estudio, en que su estructura es adecuada, los reactivos (los factores considerados) responden a la Operacionalización de las variables, la secuencia presentada facilita el

desarrollo del instrumento, los ítems son claros y entendibles y también concuerdan en que el número de ítem es el adecuado. El resultado de la concordancia de las respuestas de los jueces es mayor que 90% aceptándose los 9 ítems: 5 sobre factores sociales, 2 sobre factores económicos, 1 sobre factores demográficos y 1 sobre el diagnóstico de aborto

2.6 Métodos de Análisis de Datos

Los datos se procesaron con ayuda del paquete estadístico SPSS V 22 en español. Los datos por factores fueron codificados con códigos numéricos excluyentes. Para su análisis serán presentados en tablas de múltiple para facilitar su lectura e interpretación según los objetivos planteados en la investigación. El estadístico usado para establecer la asociación entre los factores sociales, económicos y demográficos con el aborto es el Chi Cuadrado de Pearson asumiendo los siguientes niveles referenciales de significancia estadística.

Registrándose como:

- $p > 0.05$ No es significativo: No existe relación.
- $P < 0.05$ Si es significativo: Existe relación.
- $p < 0.01$ Altamente significativo: Existe relación

2.7 Aspectos Éticos

Cumpliendo los principios básicos de la Declaración de Helsinki, el presente trabajo de investigación contempló los principios éticos del Reporte Belmont de respeto a las personas, que trata de la protección a la autonomía de las personas, y de beneficencia, en la que se intenta acrecentar los beneficios y disminuir los daños posibles de una intervención. Todos los datos recolectados fueron estrictamente confidenciales y anónimos, y sólo el investigador tiene acceso a ellos.

Además se contempló la Pauta 1 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), que menciona que los investigadores deben asegurar que los estudios propuestos en seres humanos estén de acuerdo con principios científicos generalmente aceptados y se basen en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente³³.

También se consideró la Pauta 4 y 5 de CIOMS en el desarrollo de la investigación, mediante el Consentimiento Informado, el investigador proporcionó la correspondiente información, explicando, en toda forma de comunicación que el individuo entendía de manera explícita: Que se le invitó a participar en la investigación por las razones que se le explican y no por otras y que la participación es voluntaria; Que ella es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho. Además se dejó en claro que no existía ningún riesgo de seguridad y que se brindarían a los participantes todas las garantías del caso³³.

III. RESULTADOS

Tabla 1: Factores sociales asociados al aborto en mujeres atendidas en los servicios de emergencia gineco-obstétricas del Hospital Belén de Trujillo, Enero a Julio del 2016.

FACTORES SOCIALES		ABORTO				TOTAL	
		SI		NO		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Edad	<19 AÑOS	9	20,0	11	13,1	20	15,5
	20-35 AÑOS	29	64,4	59	70,2	88	68,2
	>35 AÑOS	7	15,6	14	16,7	21	16,3
	Total	45	100	84	100	129	100,0
Grado De Instrucción	Primaria	13	28,9	26	31,0	39	30,2
	Secundaria	28	62,2	49	58,3	77	59,7
	Superior	4	8,9	9	10,7	13	10,1
	Total	45	100	84	100	129	100,0
Tipo De Familia	Funcional	25	55,6	28	33,3	53	41,1
	Disfuncional	20	44,4	56	66,7	76	58,9
	Total	45	100	84	100	129	100,0
Estado Civil	Soltera	6	13,3	16	19,0	22	17,1
	Casada	17	37,8	35	41,7	52	40,3
	Conviviente	22	48,9	33	39,3	55	42,6
	Total	45	100	84	100	129	100,0
Religión	Católica	33	73,3	61	72,6	94	72,9
	Cristiana	12	26,7	23	27,4	35	27,1
	Total	45	100/34,9	84	100/65,1	129	100,0

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Análisis estadístico de la relación:

	Chi Cuadrado de Pearson			Coeficiente de contingencia	
	Valor	gl	Sig.	Valor	Sig.
Edad	1,067	2	,586	,091	,586
Grado de Instrucción	,212	2	,899	,041	,899
Tipo de familia	5,978	1	,014	,210	0,014
Estado civil	1,305	2	,521	,100	,521
Religión	,008	1	,931	,008	,931

Interpretación:

La Tabla 1 nos muestra que el aborto se presentó en el 34,9% de las pacientes atendidas de ellas 64,4% tenían entre 20 a 35 años de edad, 62,2% curso estudios secundarios, 55,6% provenía de familia funcional, 48,9% su estado civil es de convivencia y el 73,3% practicaba la religión católica. Solo el tipo de familia es el factor social que se asocia significativamente con el aborto ($X^2= 5,978$ y sig. 0,014).

Tabla 2: Factores económicos asociados al aborto en mujeres atendidas en los servicios de emergencia gineco-obstétricas del Hospital Belén de Trujillo, Enero a Julio del 2016.

FACTORES ECONÓMICOS		ABORTO				TOTAL	
		SI		NO		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Situación laboral	Trabaja	25	55,6	22	26,2	47	36,4
	No trabaja	20	44,4	62	73,8	82	63,6
	Total	45	100	84	100	129	100,0
Ingresos económicos	> S/ 800	5	11,1	31	36,9	36	27,9
	≤ S/ 800	40	88,9	53	63,1	93	72,1
	Total	45	100/34,9	84	100/65,1	129	100,0

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Análisis estadístico.

	Chi Cuadrado de Pearson			Coeficiente de contingencia	
	Valor	gl	Sig.	Valor	Sig.
Situación Laboral	10,910	1	,001	,279	,001
Ingreso económico	9,690	1	,002	,264	,002

Interpretación:

La Tabla 2 nos muestra que el aborto se presentó en el 34,9% de las pacientes atendidas, de ellas 55,6% trabajaban y en 88,9% su ingreso económico era menor que 800 nuevos soles (en ese año menor que el sueldo mínimo establecido por el MEF). Los factores económicos situación laboral e ingreso económico se asocian significativamente con el aborto (La situación laboral con $X^2= 10,910$ y sig. ,001 y el ingreso económico con $X^2= 9,690$ y sig. ,002).

Tabla 3: Factores demográficos asociados al aborto en mujeres atendidas en los servicios de emergencia gineco-obstétricas del Hospital Belén de Trujillo, Enero a Julio del 2016.

FACTOR DEMOGRÁFICO		ABORTO					
		SI		NO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Procedencia	Urbana	6	13,3	12	14,3	18	14,0
	Periurbana	33	73,3	63	75,0	96	74,4
	Rural	6	13,3	9	10,7	15	11,6
	Total	45	100	84	100	129	100,0

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Análisis estadístico

	Chi Cuadrado de Pearson			Coeficiente de contingencia	
	Valor	gl	Sig.	Valor	Sig.
Procedencia	,203	2	,904	,040	,904

Interpretación:

La Tabla 3 nos muestra que el aborto se presentó en el 34,9% de las pacientes, de ellas 73,3% procedían de zonas periurbanas (urbano marginales). La procedencia como factor demográfico no está asociado al aborto $X^2= ,230$ y sig. ,904.

IV. DISCUSIÓN

Muchas son las posturas y los sentimientos frente a las estadísticas del aborto, sea espontaneo o provocado. Muchos no lo aceptan como fenómeno que afecta a la salud biopsicosocial de las personas y otros, por asuntos religiosos, no quieren ver lo que hay de tras de ellos, es por eso que, finalmente, son expresiones medico sociales, económicas y demográficas las que nos dicen que algo está pasando y que no está bien. No solo se presenta este problema en sociedades que no aceptan legalmente el aborto, sino también, en aquellas sociedades que si los aceptan como un derecho de la mujer a decidir sobre su vida sexual y reproductiva. Veamos pues lo que nos dicen nuestros propios hallazgos al respecto.

Los resultados de la Tabla 1, en cuanto a porcentaje de casos de aborto atendidos en los servicios de gineco-obstetricia son similares a los reportados por Herrera St.⁶, Laurent L.⁷, Borsari C.⁸ y Sánchez J.¹¹; en cuanto a la edad comprendida entre 20 a 35 años, con mayores casos de aborto además del grado de instrucción. Sin embargo, difieren en los factores que se asocian al aborto. Estos autores le encuentran relación al aborto con factores personales, biológicos y otros. Sin embargo Díaz P¹⁷. en su estudio tampoco encuentra diferencia significativa entre las variables estudiadas. La explicación a estos resultados es que el aborto cruza todas las edades, los niveles de instrucción y que esto se da cada vez más en la medida que la mujer de hoy en día cambia aceleradamente en su posicionamiento social, en su maduración profesional y forma de abordar su propia perspectiva y sentido de la vida. Aún le afecta la condición en que vive su familia puesto que una familia disfuncional conlleva a afrontar problemas distinto y asumir mayores roles familiares sociales, laborales. A ello se agrega que la mujer de hoy tiene mayor acceso a la información y asume la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos con mayor aceptación social que hace una década²¹.

Es decir, hoy en día la mujer está más preparada para enfrentar una situación de aborto y post aborto que una mujer en la década pasada, aunque los efectos

emocionales del aborto pasan por la alostasis o proceso de alcanzar estabilidad a través del cambio fisiológico o de comportamiento y la carga alostática en la compleja regulación cerebral. Es muy probable que estemos ante un mismo principio explicativo, pero, definitivamente no estamos ante circunstancias socioculturales similares ni se puede considerar los mismos niveles de la vulnerabilidad psicopatológica de la mujer de hoy ante el aborto que la mujer de hace una década¹¹.

Al parecer una mujer sometida al aborto puede presentar o no una reacción psicológica adversa, sin embargo, a través de sus experiencias previas, su entorno conyugal, familiar y social encuentra la manera de afrontar estas dificultades, lo que la convierte en una posible persona preparada para experimentar los sentimientos de temor, dolor emocional y físico que conlleva un aborto. El personal de salud tiene que estar preparado para brindar un abordaje integral que permita la identificación de la severidad con que estos sentimientos afectan a la paciente y las razones y condiciones familiares que tiene para superarlos. Al parecer en este caso el estar viviendo en medio de una familia disfuncional lo ha llevado a asumir de buena manera los procesos psicológicos que conlleva un aborto³⁴.

Esto constituye el punto de partida para posteriores decisiones a nivel profesional e institucional ya que se debe asegurar un adecuado control de las familias disfuncionales si se quiere tener menos casos de aborto en nuestras instituciones de salud¹¹.

Los resultados respecto a los factores económicos relacionados al aborto, que se muestran en la Tabla 2, son similares a los reportados por Borsari C.⁸, Sánchez J.¹¹, Comettant M.¹², Flores P.¹³ Sin embargo difiere de los reportes de Laurente L.⁷.(2016) investigación en la cual no se halló significancia de asociación entre Situación Laboral(Ocupación) y aborto.

Estos resultados se explican si consideramos que tanto la situación laboral como el nivel de ingresos familiares se constituyen en el punto de partida en las decisiones de

la mujer frente a un embarazo no deseado o una situación de aborto. Los ajustes emocionales pasan por los problemas de economía familiar lo que permite afirmar que las respuestas frente al aborto en la mujer de hoy se construyen social y económicamente a lo largo del tiempo, como ocurre con otras experiencias de la vida. La interpretación retrospectiva del aborto en la historia personal depende del crecimiento personal experimentado por la mujer y sus circunstancias, encontrándose que aquellas que permaneces en condiciones socioeconómicas deplorables siempre van a preferir un aborto a tener un hijo con el cual no van a poder lidiar en el futuro ¹².

Posiblemente esta postura de la mujer con bajos recursos económicos frente a aborto pueda ser influenciada por otros factores entre ellos la postura que asume su pareja para asumir un aborto ilegal o voluntario. Pero aquí ya estaríamos hablando de una madurez psicológica distinta pues ya no se siente tanto la carga alostática en la compleja regulación cerebral, ni tampoco el mismo dolor y remordimiento que tendría si optara por un aborto si estuviera en condiciones económico y sociales distintas para la crianza de un hijo²¹.

Aunque no nos inclinamos por juzgar a las mujeres que deciden tener un aborto a pesar de tener todas las condiciones económico sociales para tenerlo y criarlo, puesto que es su opción y posiblemente estén sopesando otros factores como son el darle prioridad a su estudio o trabajo o el alcanzar metas personales más sofisticadas, pues están en su legítimo derecho de hacerlo y pensamos que son estas últimas mujeres las que presentan sentimiento mejor definidos para enfrentar circunstancias adversas para el desarrollo de sus expectativas de vida personal y/o sencillamente le dan otro sentido a su vida ²⁰.

La lección que dejan estos resultados es que la mujer a pesar de su condición socioeconómica es capaz de enfrentarse a los sentimientos negativos más inimaginables, puesto que cada mujer es un caso aparte y sus sentimientos y posturas frente al aborto son puestas en tela de juicio antes y post aborto en circunstancias,

individuales, familiares y psicosociales muy distintas. Cada reacción ante el proceso de aborto, una vez tomada la decisión de llevarlo a cabo es muy difícil para la mujer, rompe con todos los preceptos que guardó sobre la maternidad y su integridad personal y condición de mujer, sin embargo se asume mayores niveles de autonomía controlando de alguna manera su angustia, ansiedad o temores³¹ .

Esto es lo que hay que respetar desde el punto de vista profesional, sin dejar de estar alertas a las complicaciones que se pueden generar de una mala práctica de aborto. Los profesionales de salud tienen la obligación de adaptarse a estas realidades y asertivamente tomar la decisión de colaborar con la mujer y brindar una educación adecuada. Esta fase muy importante en el desenlace del problema y para la planificación de su vida futura. Hay que garantizar que la mujer pueda cubrir sus necesidades de recuperación física y psicológica durante el periodo post aborto^{11, 20}.

Los resultado de la Tabla 3, respecto del factor demográfico de procedencia que no está asociado al aborto, se pueden considerar similares Borsari⁸ (2013), en mujeres de la periferia de la ciudad de São Pablo – Brasil; y Mohammed S.¹⁰ (Iraq -2017), pero difiere de la investigación hecha por Díaz P.¹⁷ en el cual si existe una diferencia significativa para el factor procedencia. Sin embargo podemos explicar en base a este estudio, que el aborto es un fenómeno médico social que cruza transversalmente todos los sectores y clases sociales. Es posible que esto pueda estar sucediendo debido a que las mujeres que viven su experiencia de aborto conscientemente respetan los hechos de su realidad desde su mundo interior, lo cual no significa que le pueda gustar hacerlo simplemente lo acepta tal cual y se enfrentan a sus consecuencia responsablemente sin poner delante de ella su procedencia, estado civil o ideas religiosas. Esta es una forma de reconocer lo que es y lo que no es, y que los miedos o los rechazos no alteraran los resultados de su decisión de practicar un aborto^{24, 2}.

Esta forma de vivir garantiza, en la gran mayoría de casos, el éxito de los procesos de auto aceptación como una forma de afrontar las cosas, es todo un desafío del

comportamiento puesto que involucra actitudes, percepciones y conocimientos que son difíciles de manejar para todos en momentos críticos²⁴.

Estas formas del comportamiento hacen irrelevantes las actitudes guiadas por las tradiciones, mitos o creencia previas a la experiencia del aborto. Sin embargo, se corre el riesgo que en el futuro se puedan convertir en formas de vida devastadoras de la autoestima o que creamos que podemos hacer cosas que fuera de la realidad en la que interactuamos. Es decir se corre el riesgo de sobredimensionar nuestra razón y manejo de nuestros derechos sexuales y reproductivos²¹.

El personal de salud debe orientar en este campo a la mujer para que viva en consonancia con los valores sociales sin que estos puedan representar una forma de violentar sus derechos sexuales y reproductivos o que pueda pasarse de la realidad a la ficción en temas de salud sexual y reproductiva. Todo tiene un límite y el límite lo pone el sentido mismo que le demos a nuestras vidas. Necesitamos vivir asumiendo nuestras responsabilidades sobre nuestras elecciones, sentimientos, acciones y bienestar, asumir la responsabilidad del cumplimiento de nuestros deseos²².

V. CONCLUSIONES

- El factor social que está asociado significativamente ($p < 0,05$) al aborto es el tipo de familia y la magnitud de esta asociación es moderada.
- Los factores económicos como la situación laboral e ingreso económico se asocian significativamente ($p < 0,05$ en ambos casos) con el aborto.
- La procedencia como factor demográfico no está asociado al aborto ($p > 0,05$).

VI. RECOMENDACIONES

- Promover procesos investigativos para establecer estrategias que le permitan al personal de salud comprender y analizar a profundidad la relación entre el tipo de familia y el aborto. El objeto sería brindar ayuda médico social a la mujer en edad fértil para evitar el aborto mismo y el aumento de la morbimortalidad post aborto.
- Sensibilizar a las autoridades del Hospital de Belén de Trujillo sobre la importancia de no discriminar a la mujer por su condición económica y laboral pues estos factores en nuestras pacientes conducen al aborto en todos sus niveles. El objeto sería promover el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, especialmente en lo relativo al aborto, a pesar de su condición económica social.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da Edición. Ginebra; OMS, 2012.
2. Malter J, Wind R. (2012). Se ha estancado la disminución en el aborto a nivel mundial. EE.UU: News Release January: 2012: 19 (22)12-20.
3. Organización Panamericana de la Salud. El aborto inseguro: estimaciones mundiales y regionales de la incidencia del aborto inseguro y la mortalidad asociadas. Suiza: OPS/Departamento de Investigación en Salud Reproductiva (2011).
4. Quesada J. Más de mil abortos por día en el Perú. Diario el Comercio. 29 de setiembre del 2014. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/mas-de-mil-abortos-por-dia-en-el-peru-3423/>
5. García L. Estudio de actitudes hacia el aborto en universitarios de Morelos, México. Revista Xihmai. 2012; 13: 61 – 82.
6. Herrera St. Factores asociados a aborto en el Hospital Básico de Yantzaza en Zamora en el periodo Diciembre2015-Diciembre 2016. Ecuador: UNL, 2017.
7. Laurente L. Factores socioreproductivos relacionados con el aborto incompleto en el hospital de baja complejidad Vitarte de Enero a Diciembre 2015. [Tesis para obtener el título de médico cirujano]. Lima; Universidad Ricardo Palma; 2015.

8. Borsari CMG, Nomura RMY, Benute IBC MCS Lucía, Francisco RPV, Zugaib M. Aborto provocado en mujeres de la periferia de la ciudad de São Paulo: vivencia y aspectos socioeconómicos. Brasil: Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35 (1): 27-32.
9. De Souza R. Factores asociados al aborto inducido en jóvenes pobres en la ciudad de Sao Paulo. Brasil: OMS, 2012.
10. Mohammed S. Risk Factors Associated with Spontaneous Abortion at Al-Najaf City. August 2017. disponible en: <http://www.ijsrp.org/research-paper-0817/ijsrp-p6852.pdf>
11. Sánchez J. Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia gineco-obstetricia del hospital de Apoyo Rezola de Cañete, enero - diciembre 2017. Perú: UPSB, 2017.
12. Comettant M. Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú: UNMSM, 2016.
13. Flores F. Factores asociados al aborto en mujeres que acuden por emergencia al servicio de ginecología obstetricia de una Institución Militar durante el periodo 2015 y 2016. Universidad Científica del Sur, 2016.
14. Inga G. Factores Asociados a Aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital militar central en el año 2016. [Tesis para obtener el título de médico cirujano]. Lima; Universidad Ricardo Palma; 2017.

15. Ramírez A y Valladares P. Factores predisponentes de embarazo no deseado y aborto en mujeres atendidas en el Hospital II-1 Essalud Tumbes. Perú: PUCP, 2016.
16. Azañedo K y Ramos C. Relación entre factores socioculturales y percepción sobre el aborto de la adolescencia de la Institución Educativa maría Negrón Ugarte Trujillo, 2014: UPAO.
17. Díaz P. Factores asociados al aborto provocado en estudiantes universitarias. [Tesis para obtener el título de médico cirujano].Trujillo; Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
18. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Ministerio de Salud. 2007.
19. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. International Journal of Gynecology Obstetrics. Ed. Elsevier. 2012.
20. Gonzales R. Bioética como principio de la vida. España: Cuadernos de Bioética. 2013, 21(73):299-312.
21. Ruiz M, Ibañez L, Garcia F. Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: Diferencias entre población autóctona y extranjera. España: Gac. Sanit. Sevilla: 2012; 26(6):504-511.
22. Major, B., Applebaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F. & West, C. Informe del Grupo de Trabajo de la APA sobre Salud Mental y Aborto. EE.UU.: American Psychological Association, 2012.
23. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, sixth edition; 2011. Department of Reproductive Health and Research.
24. Maier E. Libertades restringidas: el aborto y el ocaso de la libertad de decisión en Estados Unidos. Región y sociedad / año xxviii / no. 66. 2016.

25. Cruz L, Carreo J, Hernández J, Bautista M, Méndez A. Determinantes socioeconómicos y demográficos de las actitudes hacia el aborto. *Psicogente*. 2012; 15(28): 262 – 270. Disponible en:<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/download/361/358>.
26. Carreón J, Hernández J, Morales M, García C. Intenciones de sexo consensual y aborto inducido en estudiantes de una Universidad Pública de México. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología I*. 2013; 13: 25-40
27. Bauman, Z. *Daños colaterales. Desigualdades sociales en la era global*. México: Fondo de Cultura Económica, 2011.
28. Giddens, A. *Mundo fugitivo: cómo la globalización está reconfigurando nuestras vidas*. Nueva York: Routledge, 2013.
29. Bauman y Zygmunt. *Vida líquida*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2005.
30. Maier, E. Disputando los significados culturales en olmo ocaso de la modernidad industrial: cuerpos, personas, derechos y ciudadanías en el México contemporáneo. En *15 años de políticas de igualdad: los alcances, los dilemas y los desafíos*, coordinado por Elizabeth Maier, Silvia López, María Luisa Tarrés y Gisela Zaremborg. México: COLEF, 2014.

31. Hernández R, Fernánde C y Baptista P. Metodología de la Investigación. México: Mac Grw Hill. Interamericana, 2014.
32. May, C. Encuesta de choque: Wendy Davis perdiendo a lo grande entre las mujeres de Texas. The Daily Caller.15 de abril. [Http: // dailycaller.com / 2014/04/15 / shock-poll-wendy-davis-losing-big-amongtexas-women /](http://dailycaller.com/2014/04/15/shock-poll-wendy-davis-losing-big-amongtexas-women/) (9 de Julio de 2014).
33. Beck, U. La democracia y sus enemigos. Barcelona: Paidós, 2000.
34. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: OMS/CIOMS, 2002.
35. Herráez J. Factores de riesgo en amenaza de aborto de las gestantes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital General Julius Doepfner De Zamora. Periodo junio 2014 -junio 2015.Ecuador: U. N. de Loja. 2015.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN EL ABORTO HOSPITAL BELÉN TRUJILLO, ENERO – JULIO DEL 2016.

I. FACTORES SOCIALES

EDAD: 11 a 19 años 20 a 35 años 36 a mas

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Analfabeta Primaria Secundaria Superior

TIPO DE FAMILIAR: Funcional Disfuncional

II. FACTORES ECONÓMICOS

SITUACIÓN LABORAL: Con trabajo Sin Trabajo

INGRESOS ECONÓMICOS: < S/800 >S/800

III. FACTORES DEMOGRÁFICOS

PROCEDENCIA: Urbano Urbano-Marginal Rural

RELIGIÓN: Católica Cristiana Sin Religión

ESTADO CIVIL: Soltera Casada Conviviente

IV. ABORTO: SI NO

ANEXO 2

VALIDACIÓN COMO CONSTRUCTO DEL PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ABORTO EN PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS: ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
La estructura del instrumento es adecuada.			
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
Los ítems son claros y entendibles.			
El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:

.....
.....
.....
.....

Firma del juez experto (A)

ANEXO 3

VALIDACIÓN COMO CONSTRUCTO DEL PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ABORTO EN PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS: POR PORCENTAJE DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES.

Ítems	Criterios	Nº de Jueces					
		1	2	3	4	5	6
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1
3	La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	1	1	1	1
4	Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	1
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1
6	Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1	1
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	0	1	1
Total		7	7	7	6	7	7

Si = 1 No = 0

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

b = Grado de concordancia entre jueces;

Ta = n° total de acuerdos;

Td = n° total de desacuerdos.

Reemplazamos por los valores obtenidos:

$$b = \frac{41}{41 + 1} \times 100$$

$$b = 97,62\%$$

El resultado: más del 90 % de las respuestas de los jueces concuerda.

ANEXO 3

PROGRAMACIÓN CODIFICADA PARA BASE DE DATOS SPSS V-22.

Edad	Grado de Instrucción	Tipo de Familia	Ocupación	Ingresos Económicos	Procedencia	Estado civil	Religión	Aborto
2	3	1	1	2	2	2	1	1
1	3	1	1	2	1	2	1	1
2	2	1	1	2	3	3	2	1
1	3	1	2	2	2	2	1	1
1	3	1	1	2	2	2	1	1
2	2	2	1	2	2	3	1	1
2	4	1	1	2	1	2	1	1
2	3	2	1	2	2	3	1	1
2	3	1	1	2	2	3	1	1
2	3	2	1	2	2	2	1	1
1	3	2	2	2	2	2	1	1
1	2	2	2	2	2	3	1	1
2	3	1	2	2	2	2	1	1
2	3	1	2	2	2	1	2	1
2	3	1	1	2	2	2	2	1
1	2	2	1	2	2	3	1	1
3	2	1	1	2	3	1	2	1
3	2	2	2	2	3	3	2	1
3	4	1	1	2	1	2	1	1
2	4	2	2	2	1	3	1	1
2	3	1	2	2	1	3	1	1
2	3	1	1	2	2	2	1	2
2	3	1	1	2	1	3	1	2
2	3	2	1	2	2	2	2	1
2	3	2	2	2	3	3	1	1
3	3	1	1	2	2	1	2	1
2	2	1	2	2	2	3	2	1
2	3	2	1	2	2	1	1	1
3	3	1	2	1	2	3	1	1
2	3	1	2	1	2	3	1	1
2	3	1	2	1	2	3	1	2
2	4	2	1	2	2	1	1	2
2	4	1	1	2	2	3	2	2
2	2	1	2	1	1	3	1	2
3	2	1	1	2	2	3	1	2
2	3	2	2	2	2	2	1	1
2	3	1	1	2	2	1	1	1
2	3	1	2	2	1	3	1	1
2	2	2	1	1	2	1	1	1
1	3	2	1	2	2	3	1	1
2	3	2	2	2	2	3	1	1
1	3	1	2	2	2	2	1	1
2	3	1	1	2	2	3	1	1
2	2	2	1	2	2	3	1	1
2	2	1	2	2	2	3	1	1
2	4	1	2	1	2	3	1	2
2	3	1	2	2	2	3	2	1
2	3	1	1	2	2	2	2	1
3	2	1	2	2	2	1	1	2
1	3	1	1	1	2	3	2	1
3	3	1	1	1	3	3	2	1
3	2	2	2	1	2	3	1	1
1	3	2	1	2	3	3	1	2
2	3	2	1	2	2	3	1	2
2	3	1	2	2	2	3	2	2
2	3	1	1	2	3	2	1	2

1	3	2	2	2	2	2	1	2
3	3	2	2	1	3	2	1	2
2	3	2	1	2	2	2	1	2
2	3	2	1	1	3	2	2	2
2	3	2	2	2	2	2	1	2
2	3	2	2	1	2	2	1	2
1	3	2	2	2	3	3	1	2
1	2	2	1	2	2	2	2	2
3	4	2	2	1	1	2	1	2
2	4	2	2	1	2	2	2	2
2	4	2	2	1	2	2	1	2
2	2	2	1	1	2	2	2	2
3	2	2	2	2	2	2	1	2