



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Conocimientos y actitudes sobre el aborto en mujeres en edad fértil,
Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Presentada por
CORONEL GUEVARA, ISABEL

Asesor
MG. ERIK MARIO CHÁVEZ FLORES

Lima-Perú

2013

DEDICATORIA



Dedico este trabajo de investigación a mis hermanas religiosas de la Congregación Siervas de Jesús de la Caridad; especialmente de la comunidad de Lima, por el apoyo que en todo momento me brindan y por la confianza que depositan en mí.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios, por la vida, la salud y el don de la vocación religiosa, y por concederme los medios necesarios para poder lograr nuevos conocimientos para ponerlos al servicio de la humanidad.

Agradezco a mis padres: de ellos aprendí los valores morales y transcendentales. Por ellos soy la que soy.

Agradezco de modo especial a las hermanas de mi comunidad religiosa, por brindarme el espacio necesario para poder elaborar el presente trabajo de investigación.

De igual manera, agradezco al magister Erik Mario Chávez Flores, que me ha brindado su apoyo incondicional como asesor en la orientación para realizar este trabajo de investigación.

JURADO

Presidenta: Mg. Mistral Ena Carhuapoma Acosta.

Secretaria: Mg. Graciela Guevara Morote.

Vocal: Mg. Reyda Ismaela Canales Rimachi.



ÍNDICE

	Pág.
I. EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Justificación	12
1.4. Objetivos	13
1.4.1. Objetivos generales	13
1.4.2. Objetivos específicos	13
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	14
2.2. Base teórica	18
2.3. Terminología básica	34
2.4. Hipótesis	34
2.5. Variables	35
III. DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	38
3.2. Población y muestra	38
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	40
3.5. Aspectos éticos	41
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	42
4.2. Discusión	50
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	55
5.2. Recomendaciones	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	63

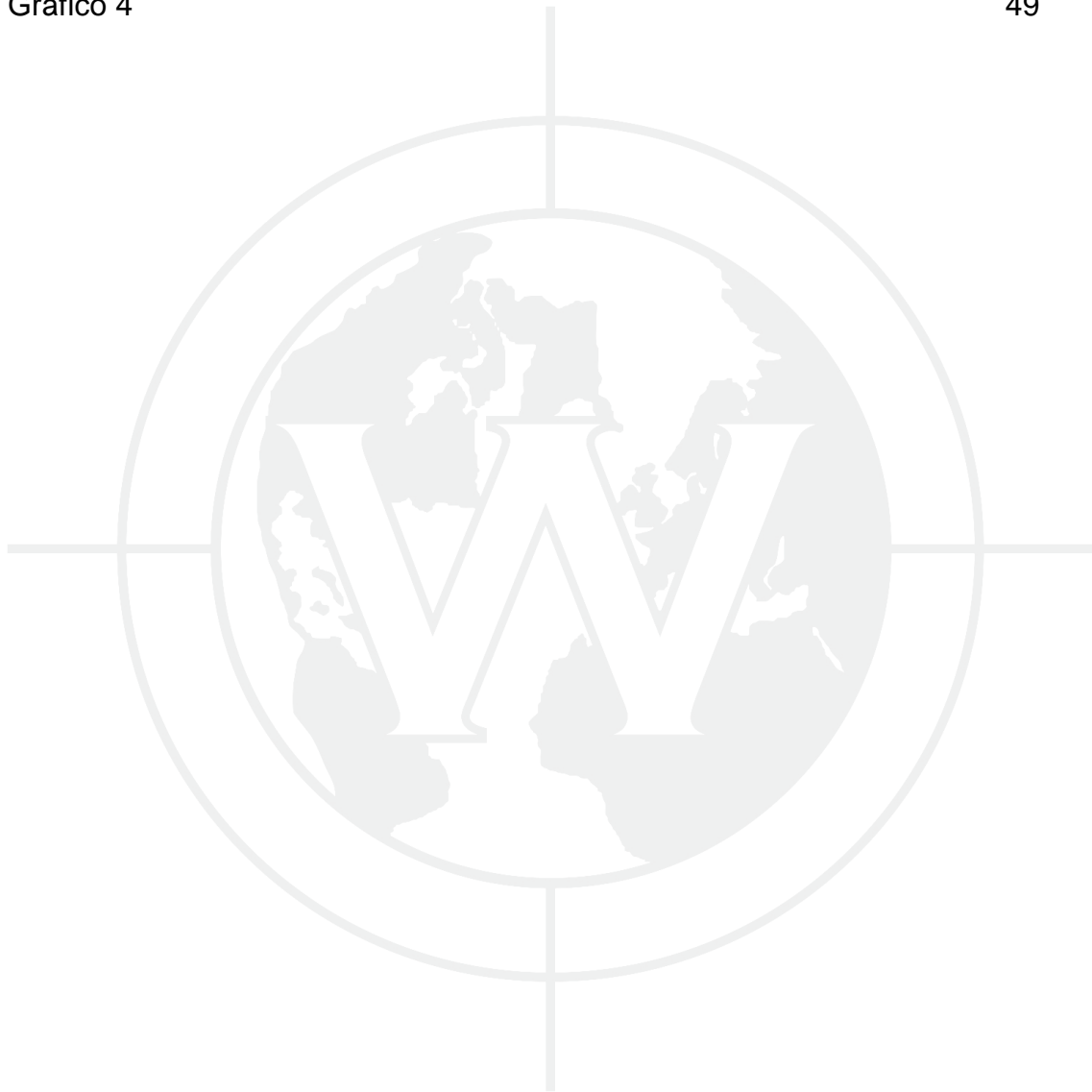
ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	43
Tabla 2	45



ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 1	44
Gráfico 2	46
Gráfico 3	47
Gráfico 4	49



RESUMEN

El presente estudio aborda la problemática del aborto en el Perú, considerado como un acto criminal y un problema sanitario debido a las consecuencias físicas y/o psíquicas no deseables que genera al binomio madre-niño, además de su reconocido impacto social, por lo que se consideró importante determinar la relación que existe entre los conocimientos y las actitudes sobre el aborto en mujeres en edad fértil.

El estudio es de tipo cuantitativo, de diseño relacional, de corte trasversal. La muestra fue de 113 mujeres que asistieron al Hospital Nacional San Bartolomé entre agosto y noviembre de 2012.

Para evaluar los conocimientos se aplicó un cuestionario validado mediante juicio de expertos y coeficiente biserial puntual. Para determinar la confiabilidad, se utilizó la prueba de Kuder-Richardson. Las actitudes fueron medidas con escala tipo Likert, cuya validez y confiabilidad fue determinada mediante juicio de expertos, coeficiente de correlación de Pearson y alfa de Cronbach.

Los resultados muestran que existe un alto porcentaje de mujeres con “conocimientos regulares” sobre el aborto (49,6 %) y mayoritariamente con actitud de indiferencia (45 %). Al relacionar ambas variables, el estudio muestra que existe relación significativa entre ellas. Las mujeres que tienen “conocimientos deficientes” presentan mayoritariamente actitud de aceptación del aborto (46,4 %); las mujeres con “conocimientos regulares” muestran actitudes de indiferencia (41,1 %), y las mujeres con “buenos conocimientos” muestran actitudes de indiferencia (58,6 %) con tendencia al rechazo (34,5 %). Se concluye que a mayor conocimiento, mayor rechazo al aborto; y a menor conocimiento, mayor aceptación del aborto.

Palabras claves: conocimiento, actitud, aborto.

SUMMARY

The present study addresses the issue of abortion in our country, considered as a criminal act and a health problem due to the physical and / or psychological generates undesirable to mother-child, in addition to its recognized social impact, so was considered important: "to determine the relationship between knowledge and attitudes about abortion in women of childbearing age."

The study is quantitative, relational design, cross-cutting, with a sample of 113 women attending the National Hospital San Bartolomé, between August and November 2012.

To assess knowledge, a questionnaire was validated using expert judgment and Spot Biserial coefficient to determine the reliability and the Kuder-Richardson. Attitudes were measured with Likert scale whose validity and reliability was determined by expert judgment, Pearson correlation coefficient and Cronbach's Alpha.

The results show that a high percentage of women with "regular knowledge" on abortion (49.6 %) and mostly with indifference (45 %). By relating the two variables, the study shows that there is significant relationship between them. Women who have "knowledge deficit" have mostly attitude of acceptance of abortion (46.4 %) women with "regular knowledge" display attitudes of "Indifference (41.1 %), and women with "good knowledge" attitudes show "indifference "(58.6 %) with a tendency to rejection (34.5 %). We conclude that the more knowledge and greater rejection of abortion less knowledge greater acceptance of abortion.

Keyword: Knowledge, Attitude, abortion.

I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El aborto ha sido muy discutido en las últimas décadas. El reclamo por modificar las leyes apunta hacia la liberalización de dicho cometido.

En algunos países, la liberalización de las leyes del aborto ha sido considerada como una medida exitosa para enfrentar los problemas de salud y justicia. La práctica del aborto no restringido en 40,5 % de la población mundial; ha sido confirmado legalmente en 54 países, y en el 0,7 % de la población mundial se encuentra prohibido en su totalidad (tan solo en Chile, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y el Salvador)¹.

Existen documentos a favor de la vida, los cuales declaran que “la vida humana es sagrada”², “la vida vale por sí misma, es por ello que todos somos responsables de cuidarla y protegerla desde el momento de la concepción”³.

Sin embargo, a nivel mundial, se estima que cada año se practican alrededor de 20 millones de abortos⁴. En España, desde 1985 “se ha despenalizado el aborto con el fin de combatir los índices elevados de abortos ilegales, con sus complicaciones consecuentes, y como reconocimiento del derecho que tienen las mujeres de gobernar su reproducción”⁵; sin embargo, este es un tema que abruma a sus autoridades: “Las interrupciones voluntarias del embarazo han alcanzado casi 233 abortos por día, un récord histórico: 84 985 abortos. Desde que esta práctica fue despenalizada, hace ya dos décadas, el número de intervenciones voluntarias del embarazo no ha dejado de aumentar”⁵. Un informe elaborado por el Instituto de Política Familiar (IPF) bajo el título de *El aborto en Europa y en España 2010* muestra que el aborto bate récord en España, pasando de los 53 843 en 1998 a los 115 812 abortos realizados en el año 2008⁶. Se ha olvidado y es necesario recordar lo que numerosos documentos declaran sobre la dignidad de la vida humana².

La Real Academia de Obstetricia de Inglaterra ha informado que las probabilidades de problemas psiquiátricos graves y permanentes después de un aborto pueden alcanzar hasta el 59 % de las madres. La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, informa que las mujeres que se

practican abortos por razones psiquiátricas son precisamente las que corren mayor riesgo de problemas mentales una vez realizado el aborto⁷.

En el Perú el aborto es ilegal, por lo que se considera un delito contra la vida, aunque no se sanciona cuando es por salvar la vida de la madre, si es que tiene riesgo. En 2008 se registraron un total de 400 000 abortos⁸. Asimismo, “el aborto ocupa el cuarto lugar como causa de muerte materna (7 %)”, siendo así que muchas de las muertes por hemorragias (60 %) e infecciones (13 %) son por aborto⁸.

Luis Távara Orozco, coordinador del Comité sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), plasmó en un informe que de un millón de embarazos que se registran anualmente en el Perú, 400 000 terminan en abortos que generan la muerte de un 15 % de mujeres. Estos datos indican que cada hora se producen más de 40 abortos, y más de mil al día⁹.

Otros estudios revelan que en el Perú se producen aproximadamente un millón de embarazos al año, de los cuales un tercio termina en aborto. En eventos internacionales se ha concluido que el Perú es el país latinoamericano con el mayor número de abortos, seguido de Brasil y Argentina. Por cada mujer que muere por aborto hay 10 o 15 mujeres que quedan incapacitadas para procrear o sufren de procesos crónicos dolorosos¹⁰.

En los diversos establecimientos de salud del país, las mujeres que acuden por esta problemática refieren falta de apoyo, orientación e información adecuada. En el Hospital San Bartolomé, muchas mujeres de la ciudad de Lima que son atendidas por diversas necesidades obstétricas consideran algunas expresiones respecto al aborto, tales como las siguientes:

“Nadie me orientó..., ni el médico me explicó lo que significaba un legrado, eso me dejó casi muerta.... Es muy horrible.....todo fue porque el padre del bebe no quiso apoyarme” (20 años).

“...creo que eran muy pequeñitos por lo que con unas pastillitas que tomé me libre de esos embarazos”. A la pregunta de si sabe lo que significa eliminar esos embarazos, respondió: “Bueno, lo mío fueron todavía coágulos, no estaban todavía formados” (37 años).

“... fui inconsciente, mi hijo tendría ahora dos años... No fui lo suficientemente valiente para enfrentar la situación, me sentía incapaz”. A la pregunta de si tenía algún tipo de remordimiento; respondió que sí, y dejó caer unas lágrimas (22 años).

“... no quiero recordar ese hecho... Sé que es una vida y es algo que no puedo superar” (32 años).

“... es muy traumante, sobre todo cuando uno es consciente de que es una vida... Además, a mí se me produjo una infección y mi mamá me tuvo que internar en una clínica, yo quedé como un papel, la verdad que no quiero recordarlo. Además, no quiero que sepa mi esposo, ya que él no se enteró del caso, pues éramos enamorados solamente” (23 años).

“... no quería tenerlo, ya que no quería que se enterase mi familia... pero sé que lo que hice estuvo mal, pero en ese momento no sabía qué hacer...” (21 años).

De la situación descrita surgen algunas interrogantes: ¿Qué actitudes y nivel de conocimientos tienen las mujeres en edad fértil respecto al aborto?, ¿las actitudes están relacionadas con el nivel de conocimientos que tienen las mujeres? Las reflexiones anteriores motivaron la formulación del problema de investigación.

1.2. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre los conocimientos y las actitudes sobre el aborto en las mujeres en edad fértil que asisten al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2012?

1.3. Justificación del problema

El aborto es un tema muy controversial, que cada vez va engrosando las listas estadísticas con consecuencias físicas y/o psíquicas no deseables para el binomio madre-niño, por ser la interrupción dolorosa del proceso fisiológico del embarazo, causando la muerte del producto de la concepción

o feto dentro o fuera del claustro materno. Viable o no, es de real importancia analizar, valorar y comparar los conocimientos y actitudes sobre el tema del aborto en las mujeres en edad fértil que asisten al Hospital San Bartolomé para controles prenatales, atención perinatal y otras atenciones ginecoobstétricas.

El fin principal del presente estudio es saber cuánto conocen las mujeres en edad fértil y cuál es su actitud respecto del aborto, ya que de acuerdo con ello verá cada una su sentir en cuanto a este acto que atenta contra la vida.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes sobre el aborto en mujeres en edad fértil que asisten al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2012.

1.4.2. Objetivos específicos

- Medir los conocimientos sobre el aborto en mujeres en edad fértil según años de estudio, edad y antecedentes de aborto.
- Identificar las actitudes que tienen las mujeres en edad fértil frente al aborto según antecedentes de aborto, edad, años de estudios y religión que profesa.
- Relacionar las variables de estudio: conocimientos y actitudes sobre el aborto.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Ferrando (2006), *El aborto clandestino en el Perú*¹¹. Se visitaron 15 hospitales en siete ciudades principales del Perú (Lima, Huancayo, Pucallpa, Ayacucho, Cusco, Tarapoto e Iquitos), entrevistando a profesionales de salud a cargo de la atención de pacientes, así como a autoridades de los hospitales, sobre cómo ven ellos la situación del aborto y, en cuanto fue posible, a mujeres hospitalizadas por aborto incompleto, para conocer su perfil y las circunstancias que rodearon su particular experiencia. Se concluye, de acuerdo a la ENDES 2004-2005, que el 57 % de nacimientos ocurridos en los últimos cinco años se produjeron sin que sus padres los hubieran deseado. Esta cifra encaja con estadísticas sobre exposición al riesgo de embarazo. En el país, de 3,8 millones de mujeres sexualmente activas, alrededor del 30 % (1,4 millones) está en riesgo de salir embarazada sin desearlo. Frente a esta contingencia, algunas optan por tener un hijo no deseado y otras por interrumpir el embarazo. En este sentido, cada año se producirían 376 mil abortos clandestinos en el país, y aproximadamente 1,8 millones de nacimientos no deseados.

Fergusson *et al.* (2006), *El aborto y no el embarazo puede causar problemas mentales*¹². Estudio de tipo analítico. Se analizaron los casos de 1265 mujeres desde su nacimiento, de las cuales más de 500 resultaron embarazadas por lo menos una vez a la edad de 25 años y 90 se sometieron a un aborto. En los resultados se encontró que el 42 % sufrió problemas mentales serios con síntomas que incluyeron depresión, tendencias suicidas y abuso de drogas y alcohol. Se concluye que las mujeres que se someten a este procedimiento son más propensas a desarrollar problemas mentales que las que deciden tener a sus hijos. El estudio revela que el aborto (y no el embarazo) puede causar problemas mentales.

Pedraza López (2007), *Impacto social que ha causado el aborto en el municipio de Tejupilco-México*¹³. El estudio fue de tipo correlacional

descriptivo. Su objetivo fue analizar el impacto social que ha causado el aborto en el municipio de Tejupilco. Se consideró la población de 400 cuestionarios aplicados a las mujeres de 15-25 años de edad de la ciudad de Tejupilco, para conocer el nivel de conocimiento acerca del tema del aborto, así como su opinión respecto del mismo. Resultados: Con respecto a la pregunta “¿Cómo considera al aborto?”, el 6 % de las mujeres encuestadas lo considera una solución; el 36,5 %, un problema social; y el 52 %, un delito. En cuanto a la pregunta “¿Qué opina acerca del aborto?”, el 10,2 % cree que está bien; el 14 % considera que es un delito; y el 54,5 % lo ve como algo que está mal. La pregunta “¿Cuáles son las consecuencias psicológicas que trae consigo el aborto?” fue respondida del siguiente modo: el 45 % manifestó tener impulsos suicidas; el 47 %, desesperación; y el 82 %, culpabilidad. Finalmente, sobre la pregunta “¿Cómo considera a la píldora del día siguiente?”, el 36,5 % lo ve como método abortivo. El grado de conocimiento que presentaron las mujeres encuestadas fue bajo en el 9,7 %; alto, en 16,3 %; y mayoritariamente medio, en 74 %, siendo las mujeres con nivel universitario las que tienen mayor conocimiento sobre el aborto. Conclusiones: los abortos conllevan a problemas psicológicos y físicos, y algunos pueden llevar hasta a la muerte. El aborto provocado implica un mayor riesgo a la mujer: las condiciones en que este se lleva a cabo no siempre son las mejores. La iglesia defiende la vida de las criaturas inocentes y no acepta de ninguna manera la práctica del aborto, pues su principio fundamental es la vida. La legalización del aborto no es la mejor salida para la prevención de muertes, solo implica que haya más pérdidas de valores en las personas: un aborto provocado es un acto en contra de la moral y la religión, mientras que el aborto natural es aceptado.

Quijada Tacuri (Perú 2007), *Causas y consecuencias del aborto y el punto de vista jurídico que acepta en nuestro país*¹⁴. Estudio de tipo descriptivo explicativo, cuyo objetivo fue explicar las causas del aborto, describir las consecuencias del mismo, definir al aborto sobre todo desde el punto de vista jurídico, con una muestra de 23 692 mujeres, que es el equivalente al 5 % del total de 884 397 de 15-49 años de edad de Lima Metropolitana.

Conclusiones: el derecho a la vida es el más fundamental de los derechos de la persona humana. Violarlo, destruir una vida, matar a un ser humano de cualquier edad o en cualquier etapa de su desarrollo –ya sea que se encuentre dentro del seno materno o fuera de él– es un crimen contra Dios y la humanidad; la vida humana debe ser respetada y protegida de manera absoluta desde el momento de la concepción. Desde el primer momento de su existencia, el ser humano debe ver reconocidos sus derechos de persona, entre los cuales está el derecho inviolable de todo ser inocente a la vida.

Guevara Cosme, Marcos Fernández, Montero Hechavarría, Rodríguez Leyva, Fernández Miralles (Cuba 2008), *Educación sanitaria sobre embarazo y aborto a alumnas de décimo grado del Instituto Preuniversitario Urbano 'Ramón Campa Delgado'*¹⁵. Estudio de tipo experimental, cuyo objetivo fue modificar sus conocimientos sobre embarazo y aborto, con una muestra de 42 adolescentes del sexo femenino que cursaban el décimo grado en el Instituto Preuniversitario Urbano Ramón Campa Delgado. Se aplicó un instrumento que consistió en un cuestionario antes y otro después de la etapa de intervención, para poder valorar los cambios producidos, Resultados: la mayoría de las adolescentes (33, para 83,3 %), antes de la intervención, desconocían el concepto de aborto, y después de esta, 95,2 % mejoraron sustancialmente sus conocimientos al respecto. Antes de la intervención, pocas muchachas dominaban lo relacionado con las complicaciones del aborto, pero el interés mostrado permitió que el 95,2 % obtuvieran finalmente conocimientos adecuados; solo 2 (4,8 %) no lograron comprender el tema. Por otro lado, antes de la intervención, 78,6 % de las adolescentes consideraban el aborto como un método anticonceptivo, concepto que se modificó positivamente después de esta (92,9 %); muestra de ello es que solo tres de las integrantes de la serie (7,1 %) no se apropiaron adecuadamente de los conocimientos, Se concluyó que la intervención educativa contribuyó a modificar significativamente los conocimientos de las adolescentes sobre los importantes asuntos tratados, y se recomendó extender este tipo de estudio a las instituciones de educación secundaria y preuniversitaria para lograr aumentar la percepción de riesgo sobre el aborto y reducir la morbilidad en esta población.

Palomino Sahuña (2009), *Qué saben sobre el aborto inducido y qué actitudes se evidencian en los adolescentes I.E. Micaela Bastidas*¹⁶. Estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo, corte transversal y nivel aplicativo. El objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en los adolescentes de la institución educativa Micaela Bastidas. La población de estudio estuvo conformada por 165 adolescentes, Resultados: las adolescentes de la institución educativa Micaela Bastidas presentan en su mayoría nivel de conocimientos medio sobre el aborto inducido (73,04 %) y actitudes de indiferencia hacia el aborto inducido (66,06 %). Al relacionar ambas variables, se encuentra que existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el aborto inducido. Se concluyó que el nivel de conocimientos de los adolescentes de la institución educativa Micaela Bastidas sobre el aborto inducido es medio, lo que evidencia que la información que reciben sobre esta problemática es insuficiente, por lo que son considerados un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo. Tienen actitudes hacia el aborto inducido de indiferencia, probablemente porque aún falta incrementar y reforzar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, lo que va a permitir que posteriormente presenten una actitud de rechazo al aborto inducido.

Jiménez Mori, Oblitas Navarro y Vivanco Vidarte (2010), *Características sociodemográficas, psicosociales y físicas en mujeres con síndrome posaborto en una institución de salud privada en la ciudad de Lima*¹⁷. Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y retrospectivo. El objetivo fue determinar las características sociodemográficas, psicosociales y físicas en mujeres con síndrome posaborto en una institución de salud privada de Lima. La muestra fue de 49 mujeres de 21 a 55 años, diagnosticadas con síndrome posaborto, pacientes del policlínico Sagrada Familia, que se habían realizado un aborto en una etapa etaria de su vida. Se encontró que la mayoría (59 %) de mujeres abortaron en un rango de 21 a 40 años. Las características psicosociales más destacadas del síndrome posaborto fueron culpabilidad (80 %), llanto (73 %), arrepentimiento (78 %), amargura (71 %), angustia (65 %), tristeza (51 %), miedo a necesitar un nuevo aborto (80 %), vergüenza (57 %), soledad (45 %).

El 49 % de las mujeres sintió resentimiento hacia los demás; el 86 %, hacia sí mismas; el 49 %, hacia su pareja; el 51 % tiene recuerdos repetidos del aborto, el 16 % de mujeres expresa haber tenido pensamientos suicidas, el 31 % perdió la autoestima. La característica física más importante fue la pérdida de peso inmediato (55 %).

Reátegui Ojeda (Perú 2011), *Diferencias en las actitudes hacia el aborto provocado en adolescentes del cuarto año de secundaria de un colegio religioso y uno no religioso de la ciudad de Lima*¹⁸. Estudio no probabilístico de tipo intencional. Los objetivos generales del estudio fueron identificar y comparar las actitudes hacia el aborto provocado en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 258 estudiantes, 125 de un colegio religioso y 133 de uno no religioso, de estado civil soltero, con edades comprendidas entre 15 y 16 años, que cursen el cuarto año de secundaria en dos colegios la ciudad de Lima. El instrumento utilizado fue el test de actitudes hacia el aborto provocado. Los estadígrafos empleados fueron la media aritmética, la desviación estándar, la prueba U de Mann Whitney y la prueba Z. Entre los principales resultados se encontró que existen diferencias significativas en las actitudes hacia el aborto provocado entre ambos grupos, siendo el colegio religioso el que mayor porcentaje de actitudes negativas presenta. Las implicancias de los resultados han sido discutidas.

2.2. Base teórica

2.2.1. Mujer en edad fértil

Mujer, del latín *mulier-eris*, es el ser humano de sexo femenino, en contraste con el masculino, que es el varón. El término mujer se usa para indicar ya sea diferencias sexuales biológicas, distinciones de género en su papel atribuido culturalmente, o ambas cosas¹⁹.

La mujer en edad fértil se sitúa entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 13 y 49 años. La menarquia ocurre en la mayoría de las niñas de 13 años de edad (con un margen de inicio entre los 10 y 16 años)²⁰. Dentro de

ese período, las mejores condiciones de fertilidad se dan normalmente hasta los 35 años. Después de los 40 años, quedar embarazada supone una serie de riesgos adicionales. La mujer, a diferencia del varón, que es potencialmente fértil en todo momento (ya que la producción de espermatozoides es constante), tiene unos días de fertilidad en cada ciclo menstrual. Ovula en un momento del ciclo. El óvulo tiene una vida máxima de 24 horas. Si se produjese otra ovulación en el mismo ciclo, esta tendría lugar en las siguientes 24 horas. En consecuencia, la mujer tiene un óvulo disponible para ser fecundado (es decir, fértil) un máximo de 48 horas dentro de cada ciclo. Dentro del útero, los espermatozoides pueden vivir un máximo de cinco días. En consecuencia, la fertilidad de una mujer es de una semana en cada ciclo. Asimismo, el organismo femenino revela, mediante distintos síntomas, los días fértiles y los infértiles de un ciclo determinado: cálculo, moco cervical, temperatura y cuello uterino²¹.

En el ciclo menstrual (de 28 días) en el ovario se diferencian tres fases: folicular, en la que predomina la secreción de estrógenos. Se extiende desde el primer día de menstruación (primer día del ciclo) hasta el día 10 del ciclo. Le sigue la fase ovulatoria, del día 11 al 14 del ciclo (se produce el pico de secreción de la hormona luteinizante, previamente a la ovulación). Una vez que la mujer ovula, se expulsa el óvulo hacia la trompa de Falopio, donde puede ser fertilizado por el espermatozoide. En el lugar del ovario, por donde es expulsado el óvulo, se forma una zona llamada *cuerpo amarillo*, donde se producen grandes cantidades de progesterona, que preparará el endometrio (capa interna del útero) para que anide el embrión, en caso que se produzca el embarazo. A esta última etapa se la llama *fase luteínica* (predomina la secreción de progesterona), y dura entre 10 a 14 días²².

2.2.2. La fecundación y el embarazo

El ciclo de la vida humana empieza con la fecundación²¹. Para que se realice la fecundación es necesario que el gameto sexual masculino, llamado *espermatozoide*, y el femenino, denominado *óvulo*, se unan y formen el huevo o cigoto, que se constituirá como futuro embrión; en consecuencia, para que se

realice la reproducción es necesario que exista un contacto sexual o apareamiento de la pareja. Al ser depositado en el fondo de la vagina el semen, los espermatozoides (que se encuentran en una cantidad aproximada de 400 millones) realizan un recorrido en busca del óvulo. Solo una pequeña cantidad pasa al útero y a las trompas de Falopio, que es la parte más cercana al ovario. El tiempo que tardan en llegar al óvulo puede ser desde 10 minutos hasta 72 horas²³. Allí es donde tiene lugar el encuentro de los núcleos del espermatozoide y del óvulo. Una vez formado el huevo o cigoto, se inicia el período del embarazo, desde la trompa de Falopio el producto de la fecundación se desplaza hasta la cavidad uterina, se anida o implanta en el útero o matriz de la hembra y progresivamente va sufriendo una serie de cambios físicos y químicos que lo convierten en la primera célula del nuevo ser, producto de la fecundación: en un ser capaz de vivir por sí mismo, de forma autónoma²¹. Es decir, la concepción no ocurre como un fenómeno aislado, se dan una serie de eventos: en primer lugar, la concepción inicia con la unión de un solo huevo y un espermatozoide. Esta unión de los gametos (óvulo y espermatozoide) da como resultado la formación del embrión. A continuación se produce la implantación del embrión en el útero²⁴.

2.2.3. El aborto: etimología

La palabra *aborto* deriva de la expresión latina *abortus*: ab 'mal', ortus 'nacimiento'; es decir, parto anticipado, privación de nacimiento, nacimiento antes del tiempo¹¹.

Definición de aborto. Consiste en provocar la interrupción del desarrollo vital del embrión o feto para su posterior eliminación, con o sin asistencia médica, y en cualquier circunstancia social o legal. La medicina entiende por aborto toda expulsión del feto, natural o provocada, en el período no viable de su vida intrauterina; es decir, cuando no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir. Si esa expulsión del feto se realiza en período viable pero antes del término del embarazo, se denomina *parto prematuro*, tanto si el feto sobrevive como si muere²⁵.

La OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. Es el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta²⁶.

Aborto en su nivel fisiológico. Es la interrupción dolorosa del proceso fisiológico del embarazo, causando la muerte del producto de la concepción o feto dentro o fuera del claustro materno, viable o no²⁵. Esta interrupción es el inducido voluntariamente, con la finalidad expresa de interrumpir un embarazo no deseado o peligroso para la salud materna. El aborto es la acción de abortar (acabar, desaparecer antes del término natural, malograr, fracasar). El concepto, que deriva del latín *abortus*, suele utilizarse para nombrar a la interrupción del embarazo, ya sea por causas naturales o de manera provocada con intencionalidad²⁷.

Aborto desde el punto de vista legal. En el Perú, el aborto es ilegal y constituye un delito contra la vida. El único caso de aborto no sancionado por la ley es el que se realiza para salvar la vida de la mujer o evitarle un mal grave o permanente. Es así que, desde el punto de vista legal, el aborto es la interrupción del embarazo en cualquier época de la gestación antes de que el feto llegue a su término⁸.

Aborto a nivel religioso. La cuestión del aborto provocado es un problema científico, político y social grave. Pero también es, y en gran medida, un serio problema moral para cualquiera, sea o no creyente.

Para la Iglesia católica, el aborto es un crimen muy grave y peligroso. Ella se opone al aborto desde los primeros siglos del cristianismo hasta estos días, basada en el mandamiento de Dios “No matarás”. Considera al ser humano vivo desde el momento de la concepción³. Por tanto, constituye un aborto cualquier método utilizado para ponerle fin a una vida humana desde

el momento mismo en que el nuevo ser es concebido. La realización de un aborto o la ayuda prestada para realizarlo constituye una de las siete ofensas explícitamente castigadas con la excomunión según el Derecho Canónico de la Iglesia católica (Canon 1398). Este canon protege la vida del ser humano desde el momento de la concepción²⁸. Juan Pablo II, en su Carta Encíclica *Evangelium Vitae*, habla también sobre el carácter inviolable de la vida². El Padre Fox opina que la nueva interpretación abarca todo tipo de sustancia abortiva, inclusive los dispositivos intrauterinos y cierto tipo de píldoras para el control de la natalidad²⁸.

Tipos de aborto

Aborto espontáneo. Es la pérdida del embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. Se distingue, pues, del aborto inducido. El término solo se aplica estrictamente cuando dicha pérdida se produce antes de la semana 20 del embarazo, denominándose a partir de ese momento *parto prematuro*. El aborto espontáneo puede ser retenido, cuando no se elimina nada; incompleto, cuando no se eliminan todos los productos de la gestación; o completo, cuando todo es eliminado²⁵.

Aborto inducido o provocado. Algunos autores definen al aborto como *la acción de interrumpir y expulsar el producto, muerto o antes de que esté en condiciones de vivir independientemente*. También es llamado *interrupción voluntaria del embarazo*, y consiste en provocar la interrupción prematura del desarrollo vital del embrión o feto para su posterior eliminación, con o sin asistencia médica, y en cualquier circunstancia social o legal. Es decir, es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina mediante diversas intervenciones quirúrgicas, como métodos abortivos²⁵.

Tipos de aborto inducido

- **Aborto terapéutico.** Es el realizado cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer embarazada. Esta situación ha quedado prácticamente superada como consecuencia del progreso en la medicina. Quedan algunas pocas situaciones excepcionales, en las que además el feto no va a ser viable (por ejemplo, el caso del embarazo ectópico, en el que la implantación del embrión no acontece en el útero, sino en las trompas). En relación con la ley española, se incluye aquí también la indicación terapéutica cuando hay amenaza para la salud de la mujer²⁵.
- **Aborto ético o humanitario.** Cuando el embarazo ha sido consecuencia de una acción delictiva, fundamentalmente violación o relaciones incestuosas. En estos casos, se ha evaluado el riesgo de embarazo en torno a un 1 % de todas las violaciones.
- **Aborto psicosocial.** Es el realizado por razones personales, familiares, económicas o sociales de la mujer. Es indiscutible que esta indicación incluye el máximo porcentaje de abortos realizados en el mundo.
- **Aborto eugenésico.** Es el que se realiza cuando el feto o embrión es portador de malformaciones congénitas diagnosticadas por ultrasonido fetal y/o amniocentesis para realización de cariotipo fetal.
- **Aborto mixto.** Se refiere a la llamada reducción fetal selectiva, que pretende eliminar en los embarazos múltiples algunos embriones, para que los restantes tengan mejor posibilidad de sobrevivir²⁹.

Métodos abortivos²⁵

- **Succión:** el cuello del útero es dilatado. A veces está dañado porque durante el embarazo está cerrado para proteger el bebé. Un tubo con una punta de navaja se introduce en el vientre. Una succión fuerte desgarrar el bebé. Complicaciones: infección, trauma del cérvix, peritonitis, endometritis, laceración del útero, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad, etcétera.

- **Dilatación y legrado:** es semejante al método de succión, porque introduce un cuchillo con un lazo que corta al bebé y raspa los pedazos por el útero. Se abre la boca del vientre con unas pinzas. El abortista introduce una afilada cuchara para limpiar el vientre, desmembrando el bebé vivo. Los pedazos del bebé se sacan con fórceps. Es común el sangrado.
- **Extracción menstrual:** es un aborto muy temprano. Puede ser realizado entre la segunda y la sexta semana del embarazo. Se usa un pedazo de tubo conectado con una jeringa grande, y se realiza como autoaborto o con la asistencia de un amigo.
- **RU-486:** la píldora de RU-486 es una pastilla para abortos caseros, que bloquea el desarrollo de progesterona, una hormona natural, que es fundamental para mantener un embarazo. El médico suministra la pastilla y dos días más tarde entrega otra hormona, prostaglandina, para causar contracciones y expulsar al bebé.
- **Metotrexato:** incluye muchas visitas al médico. En la primera visita, la mujer recibe una inyección intramuscular de metotrexato, una droga poderosa que es usada contra el cáncer. Ataca las células que crecen rápidamente en el tejido alrededor del embrión, la placenta. Durante la descomposición, el bebé no recibe comida, oxígeno ni fluidos necesarios, por eso muere. Tres a siete días más tarde, recibe la madre un supositorio vaginal de prostaglandina, para expulsarlo del útero. A veces, una segunda dosificación es necesaria.
- **Inyección salina:** se utiliza solamente después de las 16 semanas. El líquido amniótico que protege al bebé se extrae, inyectándose en su lugar una solución salina concentrada. El bebé ingiere esta solución, que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos y convulsiones. Esta solución salina produce dolorosas quemaduras graves en la piel del bebé. Unas horas más tarde, la madre comienza "el parto", y da a luz un bebé muerto o casi muerto. Complicaciones: ruptura del útero, embolismo pulmonar, coágulos intravasculares, etcétera.
- **Prostaglandina:** este procedimiento es idéntico a la infusión de sal, pero en vez de usar la sal, se usa prostaglandina. Este líquido causa el parto

prematureo. Por el hecho de que muchos de los bebés, en estos casos, nacen vivos, muchos abortistas usan además la medicación del corazón, dioxina. Está disponible también una forma de supositorio para introducir a la vagina. Usualmente, lo hacen las enfermeras. Muchas veces se usa pitocin para aumentar el parto. Complicaciones: ruptura del útero, sepsis, hemorragias, paro cardíaco, vómito y aspiración de este, embolia cerebral y fallo renal agudo³⁰.

- **Dilatación y evacuación:** se utiliza comúnmente en casos de segundo trimestre del embarazo muy avanzado o durante el tercer trimestre. Se inserta una sustancia de alga marina dentro de la cervix, para dilatarla. Al día siguiente, se insertan un par de fórceps con dientes de metal afilados, con los cuales se arrancan y retiran, pedazo a pedazo, las partes del cuerpo del bebé. Como normalmente la cabeza del bebé es demasiado grande para ser extraída entera, la aplastan por compresión antes de sacarla. El abortista tiene que armar de nuevo el cuerpo del bebé una vez que extrae los pedazos, para asegurarse de que no se ha quedado nada dentro del útero de la madre; de lo contrario, esta sufrirá una infección³⁰. Complicaciones: infección pélvica, renal, del cervix y peritoneal. También puede causar que la mujer tenga en futuros embarazos implantación ectópica, bebés de bajo peso o muertos, malformaciones congénitas, etcétera.
- **Histerotomía:** este procedimiento es igual a una cesárea. Se abre el vientre y se saca al bebé. Sin embargo, el bebé usualmente no puede sobrevivir solo y es abandonado hasta que muera.
- **Abortifacientes (píldora del día siguiente y dispositivo intrauterino):** trabajan principalmente para prevenir la anidación del embrión en el vientre. La mayoría de las píldoras anticonceptivas presentan mecanismos diversos para evitar un embarazo después de una relación sexual. Son fármacos utilizados en la contracepción de emergencia, y pueden actuar por un mecanismo anovulatorio, impidiendo la ovulación y, por tanto, la fecundación. Además, actúan como por mecanismo antiimplantatorio: evitan que el embrión se implante en el útero²⁵, actuando, en consecuencia, como un mecanismo abortivo, ya que produce alteraciones del endometrio²³,

por lo que podría dificultar la recepción del óvulo fecundado en el mismo y actuar como antiimplantatorio. También pueden retrasar la ovulación; modificar la motilidad de la trompa, dificultando el transporte del ovocito o del óvulo fecundado por la misma; alterar el moco cervical, con lo que dificultan la penetración de los espermatozoides en útero y trompas; e incluso actuar como espermicidas²⁵.

- **El dispositivo intrauterino o anillo:** es un artefacto de varias formas, que se coloca dentro del útero. No evita la concepción, sino que modifica el revestimiento interno del útero, de manera que el niño en desarrollo que va a la trompa de Falopio no pueda implantarse y muera, eliminándose sus restos desintegrados con la menstruación³⁰. Este dispositivo puede presentar algunas complicaciones y alteraciones secundarias, como leve endometriosis, infecciones, hemorragia, dolor, perforación, migración y embarazo ectópico, ya que no impide la fecundación pero sí la implantación del óvulo en el útero³¹.
- **Dilatación y extracción:** esta es una técnica nueva. Es usada para matar a los bebés desde el cuarto hasta el noveno mes del embarazo, sacando todo su cuerpo, excepto para la cabeza. Luego, se aspira el cerebro. Estos bebés pesan solamente una libra, aproximadamente y tienen una longitud de 8 pulgadas. Después de dilatado el cuello del útero y drenado el fluido, el abortista, guiado por el ultrasonido, encuentra una pierna del bebé. Usando los fórceps y sus dedos, saca una pierna, después la otra y, finalmente, el cuerpo entero, pero la cabeza permanece dentro. En este punto, la calavera es demasiado grande para pasar fácilmente por el canal de parto. Por eso, usando las tijeras, se introduce en la calavera del bebé, y aumenta la brecha, para introducir un catéter de succión, que aspira el cerebro, causando el colapso de la calavera y permitiendo la extracción de la cabeza³⁰.

Causas del aborto. En una encuesta realizada por el instituto proabortista Alan Guttmacher Institute (06-10-2007), a cargo de las investigaciones de Paternidad Planificada (Planned Parenthood), las mujeres dieron diversas razones por las cuales se practicaron un aborto. El 75 % de ellas dijeron que

el bebé interferiría con sus vidas; el 66 %, que no tenían para los gastos que ocasiona un niño; el 50 %, que no querían ser madres solteras o que tenían problemas con su pareja en el presente; el 4 %, que el médico les dijo que su salud podría empeorar; el 1 %, que el feto tenía anormalidades; el 1 %, que habían sido víctimas de violación o incesto.

Por el contrario de lo que comúnmente se cree, casi el 95 % de todos los abortos se realizan por razones de conveniencia, no debido a violación, incesto o para preservar la salud de la madre. Eso significa que la mayoría mata a sus bebés por que interfieren en sus vidas³².

El principal problema del aborto es psicológico: miedo por falta de capacidades económicas para alimentar al hijo, miedo a lo que digan sus padres o las demás personas, miedo a los nueve meses de embarazo y al dolor del parto, etcétera³³.

Consecuencias del aborto

En la actualidad son muchas las mujeres que deciden abortar a un feto que no es bienvenido, sea la causa que sea. Es importante tener en cuenta las consecuencias físicas y sobre todo emocionales y psicológicas que genera un aborto.

El aborto, legal o ilegal, también daña física y psicológicamente a la mujer, y hasta puede acarrearle la muerte⁷; así lo explica Joan Calafat, en *Consecuencias físicas del aborto inducido*: “abortar no es una opción natural para el cuerpo de la mujer, de hecho, se define como un proceso médico y forzado para evitar el nacimiento de la criatura y, por tanto, el aborto conlleva asociados varios efectos negativos y riesgos potenciales”. Del mismo modo, respecto de las consecuencias psicológicas del aborto inducido, menciona que “muchas mujeres que lo han hecho, expresan haber padecido lo que se conoce como el síndrome de post aborto...”³⁴.

Las consecuencias pueden ser físicas, psicológicas, síndrome posaborto o morales.

Consecuencias físicas: entre las consecuencias físicas más comunes se tiene esterilidad, abortos espontáneos, embarazos ectópicos, nacimiento de niños muertos, trastornos menstruales, hemorragia, infecciones, útero perforado, peritonitis, fiebre, sudores fríos, intenso dolor, shock, coma, pérdida de otros órganos y muerte. Entre las complicaciones físicas del aborto en la mujer hay infecciones, hemorragias, complicaciones debido a la anestesia, embolias pulmonares o del líquido amniótico, así como perforaciones, laceraciones o desgarros del útero. Estadísticamente, se estima que el riesgo inmediato de dichas complicaciones es del 10 %, pero el de las complicaciones a largo plazo es entre el 20 y el 50 %³³.

Trastornos emocionales: llanto/suspiros, insomnio, pérdida de apetito, pérdida de peso, agotamiento, nerviosismo, tragar constantemente, vómitos, disminución de la capacidad de trabajo, frigidez⁷.

Efectos psicológicos: culpabilidad, impulsos suicidas, sensación de pérdida, insatisfacción, sentimiento de luto, pesar y remordimiento, retraimiento, pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones, inferior autoestima, preocupación por la muerte, hostilidad, conducta autodestructiva, ira/rabia, desesperación, desvalimiento, deseo de recordar la fecha de la muerte, preocupación con la fecha en que "debería" haber nacido o el mes del nacimiento³³.

Síndrome posaborto: el síndrome posaborto (SPA) consiste en una serie de trastornos psicológicos y psicosomáticos que experimentan muchas mujeres como consecuencia de haber abortado. Merece la pena aclarar que las manifestaciones del SPA son normales; es decir, lo natural después de haber sufrido un aborto provocado es sentir dolor, tristeza, culpabilidad, vacío. Lo anormal sería permanecer completamente indiferente, como si nada hubiera ocurrido (ello reflejaría un cierto grado de trastorno mental, aunque es preciso diferenciarlo de la actitud de negación, con la que la mujer aparenta ante sí misma y ante los demás esta supuesta indiferencia). Como efectos del aborto se incluyen los siguientes: sentimientos de culpa, angustia, ansiedad,

depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis y de enfermedades psicopáticas, tendencia al suicidio, pesadillas en las que aparecen los restos del bebé abortado, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiera nacido, etcétera³⁵.

Complicaciones del aborto. Las complicaciones son frecuentes e importantes. Las estadísticas hablan de 7 por mil de muertes rápidas o inmediatas, 10 % de secuelas uteropelvianas; es decir, mujeres que quedan mutiladas o lisiadas del vientre; 30 % sufre de esterilización *post abortum*; 20 % sufre algún grado de complicación; y el aborto criminal representaría el 15 % de la mortalidad maternal⁷.

Una complicación del aborto es el síndrome de Asherman. Este síndrome se reconoce por la aparición de adherencias de tejido dentro del útero, que producen síntomas clínicos tales como anormalidades menstruales, infertilidad y abortos espontáneos frecuentes. Una de las principales causas del síndrome de Asherman es el aborto de dilatación y curetaje. Aunque no se conoce totalmente cómo el síndrome de Asherman afecta la fertilidad, algunas explicaciones indican lo siguiente: las adherencias del tejido impiden que el embrión se implante en la pared uterina, lo cual trae como consecuencia que la implantación se realice en el cuello uterino o en las trompas de Falopio (embarazo ectópico) y/o que ocurra un aborto espontáneo³⁶.

El aborto no solamente trae complicaciones inmediatas o tardías en la madre, también produce consecuencias sobre el niño no nacido o sobre los que nacerán después.

2.2.4. Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo³⁷.

- El conocimiento es una capacidad humana. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje.
- El conocimiento carece de valor si permanece estático. Solo genera valor en la medida en que se mueve; es decir, cuando es transmitido o transformado.

La mujer y el conocimiento. En muchas partes del mundo, la tasa de analfabetismo en las mujeres adultas sigue siendo elevada, como consecuencia de la falta de acceso a la educación durante la infancia. Instruir a la mujer es hacerla digna y levantarla; es abrirle un campo más vasto de porvenir; es arrancar a la degradación muchas de sus víctimas. En el Perú, en los últimos años las mujeres peruanas han dado un gran salto al haber incursionado con éxito en los diferentes campos de la vida social, destacó la ministra de la Mujer y Desarrollo Social, Carmen Vildoso³⁸. Sin embargo, la mujer sigue siendo asaltada por muchos fenómenos, como en el tema del aborto. En muchos de ellos es sorprendida y resulta en un abismo sin salida en la mayoría de los casos, ya sea por desconocimiento o por falta de buena información.

La educación y los conocimientos, la instrucción y la actualización de la mujer a nivel general, ya que ella es la portadora de vida, de educación, y autora principal en el desarrollo de la humanidad. En el Perú en el año 2000, el 12,9 % de las mujeres no tenían ningún nivel de instrucción³⁹, y en el nivel de instrucción superior, la mujer ha alcanzado tan solo 19,3 % de la población en general⁴⁰.

Tipos de conocimientos. El conocimiento puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad) o tácito. Este es el caso del conocimiento heurístico, resultado de la experiencia acumulada por individuos. También existen otros tipos de conocimiento tales como el conocimiento empírico, que se define como el conocimiento basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presentan en la vida. Es así que existen personas con gran dominio de un determinado aspecto, sin haber recibido educación académica alguna. El conocimiento científico es un saber crítico con

fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes. También está el conocimiento intuitivo y el revelado: el intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción; el revelado implica que todos los fenómenos que envuelve son inteligibles, implicando para ello siempre una actitud de fe, teniendo un fuerte peso en el comportamiento humano⁴¹.

Niveles de conocimiento. El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles: sensible, conceptual y holístico.

- **El conocimiento sensible** consiste en captar un objeto por medio de los sentidos. Tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella se pueden almacenar en la mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales han desarrollado poderosamente el olfato y el tacto.
- **El conocimiento conceptual**, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual, universal.
- **El conocimiento holístico o intuitivo**, nivel en el que tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales, como es el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad⁴².

2.2.5. Actitudes

“Etimológicamente, *actitud* deriva del latín *actus*, que significa *conveniencia, actitud o adaptabilidad*, connotando como forma de actitud un estado subjetivo o mental de preparación para la acción. La actitud como un estado mental y neural de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa o dinámica en la reacción del individuo ante todos los objetos y las situaciones con que se encuentra relacionado”⁴³.

La actitud es la unidad de análisis de la psicología social. Puede ser definida como orientación sistemática de la conducta hacia determinados objetos del mundo social, como pueden ser personas, hechos o grupos.

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o se hace tienen una mínima incidencia⁴⁴.

Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Estas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto. Se podría decir que las actitudes son los filtros a través de los que se percibe la realidad. En las actitudes se refleja lo que uno es y piensa⁴³.

Origen de las actitudes. El origen de la actitud está en los pensamientos. Es decir que la forma de pensar determina la actitud. Si los pensamientos son positivos, se tendrá una actitud positiva frente a la vida y sus adversidades. Si en lugar de pensamientos positivos, la mente genera pensamientos negativos, la actitud ante la vida y las dificultades será negativa, pesimista, amargada. La actitud hace la diferencia en las personas. Esta es la que permite que desarrollen sus capacidades al máximo. La actitud es lo que determina cómo ven y cómo manejan sus sentimientos. El conjunto de actitudes forma lo que se llama *el comportamiento o conducta del ser humano*⁴⁵.

Componentes de las actitudes⁴⁶

Componente cognitivo: es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto.

Componentes afectivos: son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto.

Componente conductual: son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto.

Tipos de actitudes frente al aborto. Si las actitudes son fenómenos que no pueden ser observados de manera directa, solo se pueden medir de modo indirecto a través de las opiniones dadas por las personas ante un objeto o situación determinada.

Existen muchos tipos de actitud frente a determinadas situaciones. Dependiendo de ellas, las personas optan por tal o cual comportamiento frente a algo, ya sea favorable o desfavorable: todo ello es resultado de su cultura, creencias, valores e historia personal. Algunos autores la clasifican como dos tipos de actitud frente a ello: la actitud de clausura y apertura (es decir, de aceptación y rechazo). Todo ello depende del nivel de afectación de la persona; los psicólogos describen tres niveles de conciencia moral o actitudes hacia el aborto:

- El más bajo nivel es cuando afecta únicamente a uno mismo.
- El segundo nivel es cuando afecta a alguna persona cercana: familiares, amigos o conocidos.
- El tercer nivel es cuando afecta a personas ajenas, desconocidas, no nacidas⁴⁷.

De acuerdo con estos tres niveles de afectación de la persona, se podrían señalar tres tipos de actitud frente al aborto: de aceptación, de indiferencia y de

rechazo. La forma de actuar de una persona o el comportamiento que tienen las mujeres en edad fértil frente al aborto, sus componentes y tipos, pueden ser medibles bajo estos tres parámetros, aceptación, indiferencia y rechazo.

2.3. Terminología básica

Mujer en edad fértil. La mujer en edad fértil se sitúa entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 13 y 49 años; sin embargo, para fines de la presente investigación, se consideró solo a las madres de 18 a 49 años de edad, para evitar posibles sesgos en el estudio.

Aborto espontáneo. También se denomina *aborto natural*, y se refiere a los hechos que ocurren naturalmente y no a abortos terapéuticos o abortos quirúrgicos.

Aborto inducido o provocado. Es la interrupción del proceso fisiológico del embarazo, causando la muerte del producto de la concepción o feto dentro o fuera del claustro materno, viable o no. Es el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta.

Conocimiento. Conjunto de información que tienen las mujeres en edad fértil, como resultado de conocer a través de información o comprensión adquirida por experiencia o habilidad. Aprendizaje en los distintos aspectos de conceptualización general, factores causales, tipos de aborto y consecuencias. Sus conocimientos puede medirse como deficiente, regular y bueno.

Actitudes. Son las predisposiciones de una persona a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Pueden ser medidas como aceptación, indiferencia o rechazo.

2.4. Hipótesis

Hi = Existe relación entre conocimientos y actitudes sobre el aborto en mujeres en edad fértil que asisten al Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé.

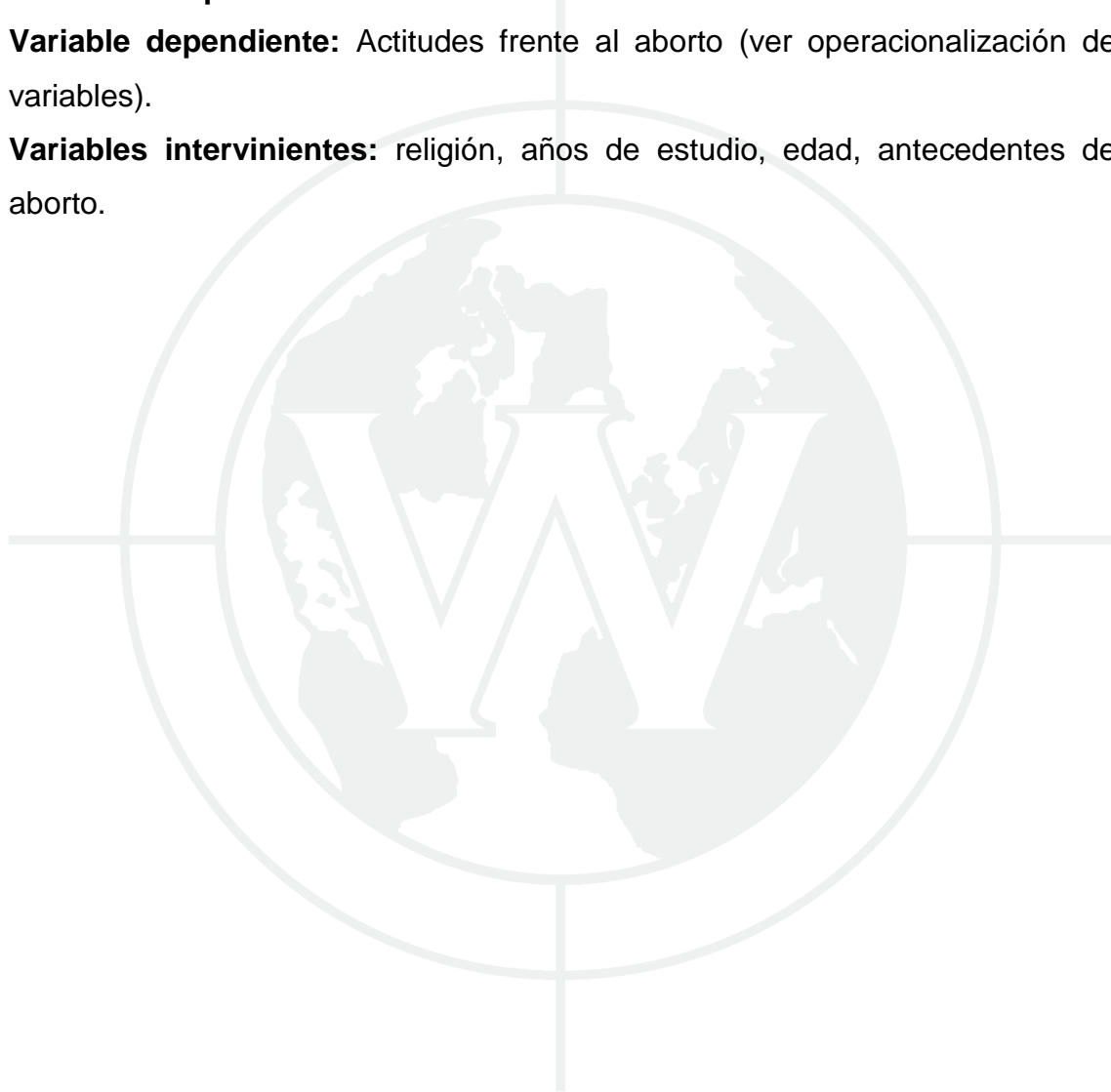
Consecuencia lógica: a mayor conocimiento, mayor actitud de rechazo al aborto.

2.5. Variables e indicadores

Variable independiente: conocimientos sobre aborto.

Variable dependiente: Actitudes frente al aborto (ver operacionalización de variables).

Variables intervinientes: religión, años de estudio, edad, antecedentes de aborto.



Variable	Definición de la variable	Dimensión	Indicador	Medición/Escala	Formato
Independiente	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia, las habilidades personales y el aprendizaje formal o informal, que poseen las mujeres de 18 a 49 años sobre los aspectos biológicos, legales e implicancias religiosas del aborto, categorizados como deficiente, regular o bueno.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Biológica ➤ Aspectos legales ➤ Religiosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de la vida del ser humano. - Consideración de vida en las primeras fases del desarrollo embrionario. - Tiempo de fecundación del espermatozoide luego del acto sexual. - Conceptualización de aborto. - Tipos de aborto. - <u>Metodos</u> de aborto. - Consecuencias emocionales y/o psicológicas del aborto. <p>Consideraciones respecto a la legalización del aborto en el Perú</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consideraciones generales sobre el aborto según la religión que profesa. - Mandamientos religiosos respecto al aborto provocado. - Tipo de pecado según la religión que profesa. 	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>Pregunta N.º 1, 2, 4</p> <p>3</p> <p>12, 13</p> <p>11, 15 13, 14</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>5</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>6</p>

III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de estudio

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo (según Hernández Sampieri 2007), porque tiende a ser altamente estructurado, de modo que el investigador especifique las características principales del diseño antes de obtener un solo dato, y mida los conocimientos que tienen las mujeres en edad fértil sobre el aborto. Es relacional y transversal, porque busca establecer la asociación entre las variables de estudio y la recolección de datos se dio en un solo corte en el tiempo⁴⁸.

3.2. Población y muestra

Población: 230 mujeres en edad fértil; determinada por el promedio de atenciones en el período de una semana en el área de consultorios externos y en los ambientes de hospitalización sala de puerperio, de poscesareadas y de alto riesgo.

Muestra: 113 mujeres en edad fértil, usuarias de dicho hospital. Para determinar el tamaño muestral se utilizó la fórmula siguiente:

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

N = 230 mujeres en edad fértil.

Z² = 1,96

P = 0,20

E² = 0,05

Q = 0,80

La distribución muestral fue determinada usando el cálculo de probabilidades a partir de la estructura poblacional, de la siguiente manera: 47 mujeres del servicio de consultorios externos, 22 mujeres de la sala de puerperio, 21 mujeres poscesareadas y 23 mujeres de la sala de alto riesgo (ver anexo F).

Unidad de análisis: mujer en edad fértil.

Criterios de inclusión

- Mujer en edad fértil de 18 a 49 años.
- Que asista al Hospital San Bartolomé.
- Que sepa leer y escribir.

Criterios de exclusión

- Madres adolescentes.
- Mujeres mayores de 50 años.

3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos

El instrumento que se aplicó para la recolección de datos fue un cuestionario, construido por la autora, el cual fue sometido a juicio de expertos, como también a la validez y confiabilidad interna correspondiente. Consta de 39 preguntas, distribuidas en tres áreas: datos demográficos (6 preguntas abiertas y cerradas), área de conocimiento (15 preguntas cerradas) y área de actitud, que consta de 18 ítems de tipo escala de Likert con puntajes del 1 al 4, cuyas alternativas de respuestas fueron “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”.

Por la característica del instrumento para medir la validez de la sección conocimiento (dicotómico), se aplicó el coeficiente Biserial puntual, y para la confiabilidad, el K-Richardson. La sección 3 del instrumento (actitudes) se validó con el coeficiente de correlación de Pearson, y su confiabilidad, con el coeficiente alfa de Cronbach (ver anexo C).

Para la recolección de datos se usó el siguiente procedimiento:

Fase I: el proyecto se presentó a las autoridades respectivas de la institución hospitalaria para su aprobación y autorización.

Fase II: se coordinó con la enfermera jefe del Hospital San Bartolomé para la aplicación del instrumento en dicho servicio.

Fase III: se aplicó la encuesta a las mujeres en edad fértil que asistieron al Hospital San Bartolomé, previo consentimiento informado.

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico

Los datos fueron procesados y analizados haciendo uso de la hoja de cálculo Excel y el programa SPSS versión 19.0. Los rangos del nivel de conocimientos y actitudes usados determinados por la fórmula de Estaninos fueron los siguientes (ver anexo D):

Variable de conocimientos

- Deficiente: de 0 a 10 puntos.
- Regular: de 11 a 13 puntos.
- Bueno: de 14 a 15 puntos.

Variabes de actitudes

- Aceptación: de 18 a 51 puntos.
- Indiferencia: de 52 a 63 puntos.
- Rechazo: de 64 a 72 puntos.

Seguidamente se elaboraron tablas y gráficos univariados y bivariados según los requerimientos considerados en los objetivos y en las hipótesis establecidas, los que fueron posteriormente descritos y analizados, usando pruebas no paramétricas, particularmente la prueba chi cuadrado, para comprobar la significancia estadística de los resultados obtenidos.

3.5. Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación fue presentado al área de investigación para su respectiva aprobación en la Universidad Privada Norbert Wiener, y se sometió al comité de ética del Hospital San Bartolomé.

La obtención de los datos fueron de suma confidencialidad, basada en los principios básicos para toda investigación de la Declaración de Helsinki, sobre todo lo referente a proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad de toda participante. De igual modo se trató el respeto a la persona, guardando secreto profesional.

De ninguna manera se ha exigido o presionado a las encuestadas a dar respuestas fuera de su voluntad. Se cuidó su privacidad y autonomía. Se dio un trato a todas por igual. Las encuestas fueron anónimas para cuidar la intimidad, y las respuestas fueron dadas con completa libertad y espontaneidad. Para ello se tuvieron en cuenta los principios éticos de autonomía, consentimiento informado, beneficencia, no maleficencia y justicia.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

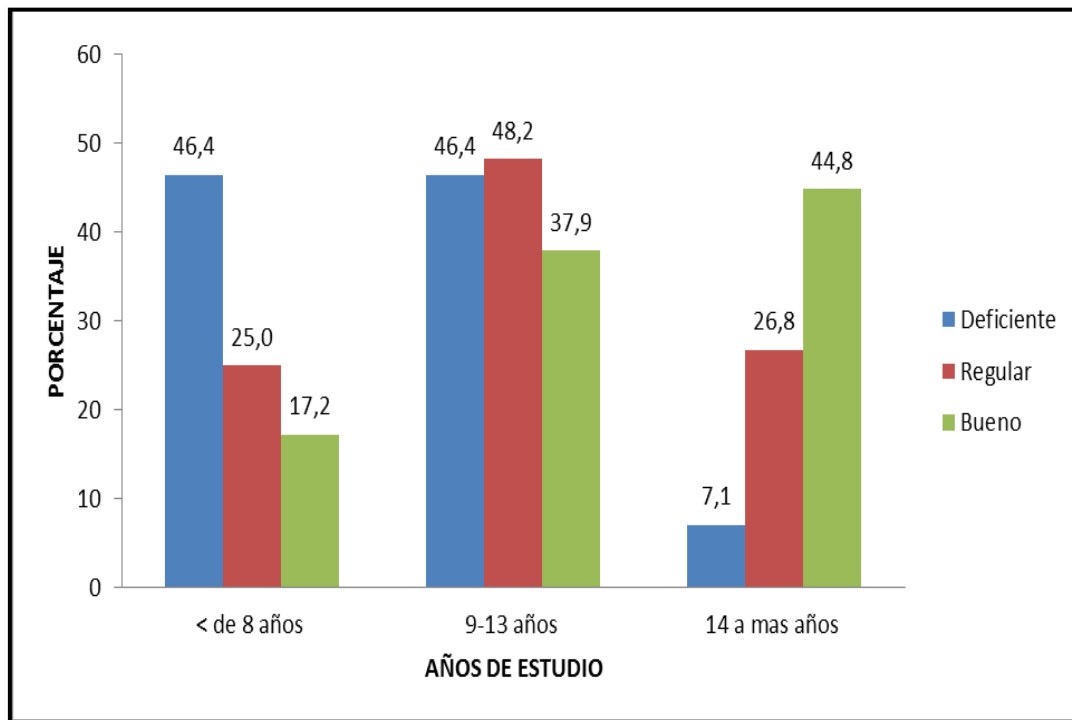
Las mujeres encuestadas fueron un total de 113, con edades de 18 a 49 años. Según los resultados obtenidos para el estado civil, se encontró que el 21,2 % son solteras; el 22,1 %, casadas; y el 56,6 %, convivientes. Asimismo, el estudio revela que la ocupación de las mujeres encuestadas en su mayoría son de ama de casa, con 62,8 %; el 23,9 % trabajan; el 6,2 % estudia y el 7,1 % estudia y trabaja. Con respecto a la religión de las mujeres encuestadas, la mayoría, con 70,8 %, profesa la religión católica; 15 % son evangélicas; 1,8 %, adventistas; y pertenecientes a otras religiones, el 12,4 %.

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre el aborto en mujeres en edad fértil, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2012

Nivel de conocimiento	Frecuencia	%
DEFICIENTE	28	24,8
REGULAR	56	49,6
BUENO	29	25,7
Total	113	100,0

En la tabla 1 se puede observar que el 24,8 % de las mujeres que fueron encuestadas tienen conocimientos deficientes; el 49,6 %, regulares; y el 25,7 %, buenos conocimientos sobre el aborto.

Gráfico 1. Nivel de conocimiento sobre aborto según años de estudio en mujeres en edad fértil, Hospital San Bartolomé, 2012



Chi cuadrado = 12,801 Gl. = 4 p = 0,012

En el gráfico 1 se puede observar que las mujeres de menos de 8 años de estudios muestran un nivel de conocimiento deficiente sobre el tema del aborto en el 46,4 %; el 25 % presenta nivel de conocimiento regular; y el 17,2 % tiene nivel de conocimiento bueno.

Las mujeres de 9 a 13 años de estudios muestran un nivel de conocimiento deficiente sobre el tema del aborto en el 46,4 %; el 48,2 % presenta un nivel de conocimiento regular; y el 37,9 %, un nivel de conocimiento bueno.

Por último, las mujeres de 14 a más años de estudios muestran un 44,8 % de nivel de conocimiento bueno; un 26,8 % de nivel de conocimiento regular; y un 7,1 % de conocimientos deficientes.

Al ser sometido a la prueba de chi cuadrado, se vio que existe relación estadísticamente significativa (P = 0,012).

Tabla 2. *Actitudes frente al aborto en mujeres en edad fértil, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2012*

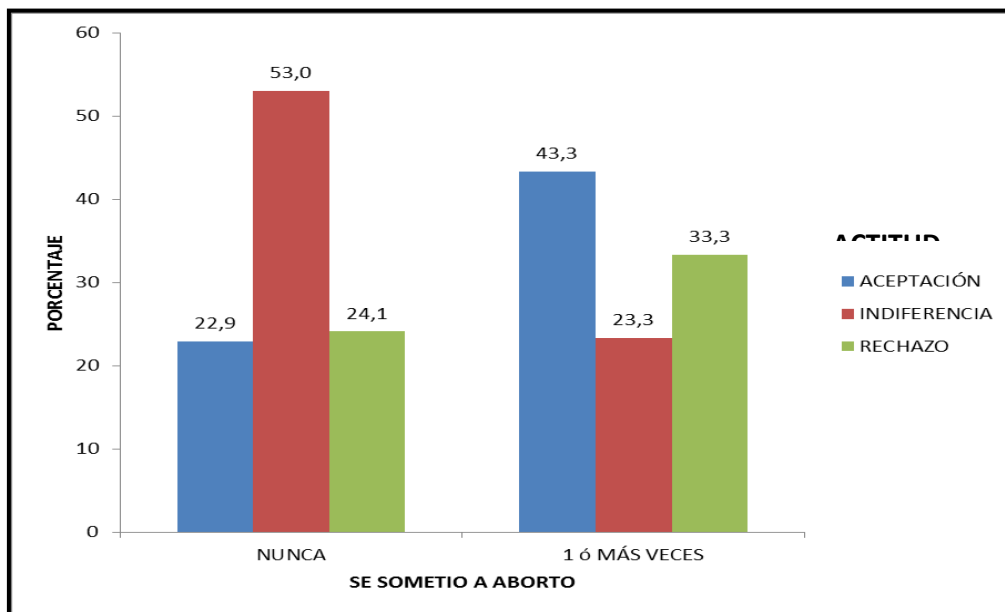
ACTITUDES	Frecuencia	%
ACEPTACIÓN	32	28,3
INDIFERENCIA	51	45,1
RECHAZO	30	26,5
Total	113	100,0

En la tabla 2 se puede observar que el 28,3 % de las mujeres encuestadas presentan una actitud de aceptación frente al aborto; el 45,1 % se manifiesta con actitud de indiferencia y el 26,5 % presenta una actitud de rechazo.

Con respecto al nivel de conocimiento del aborto según edad en mujeres en edad fértil, al ser sometido a la prueba chi cuadrado, se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (ver anexo E).

Al evaluar nivel de conocimiento del aborto según antecedentes de dicha práctica abortiva, se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (ver anexo E).

Gráfico 2. Actitudes frente al aborto según antecedentes, en mujeres en edad fértil, Hospital San Bartolomé, 2012



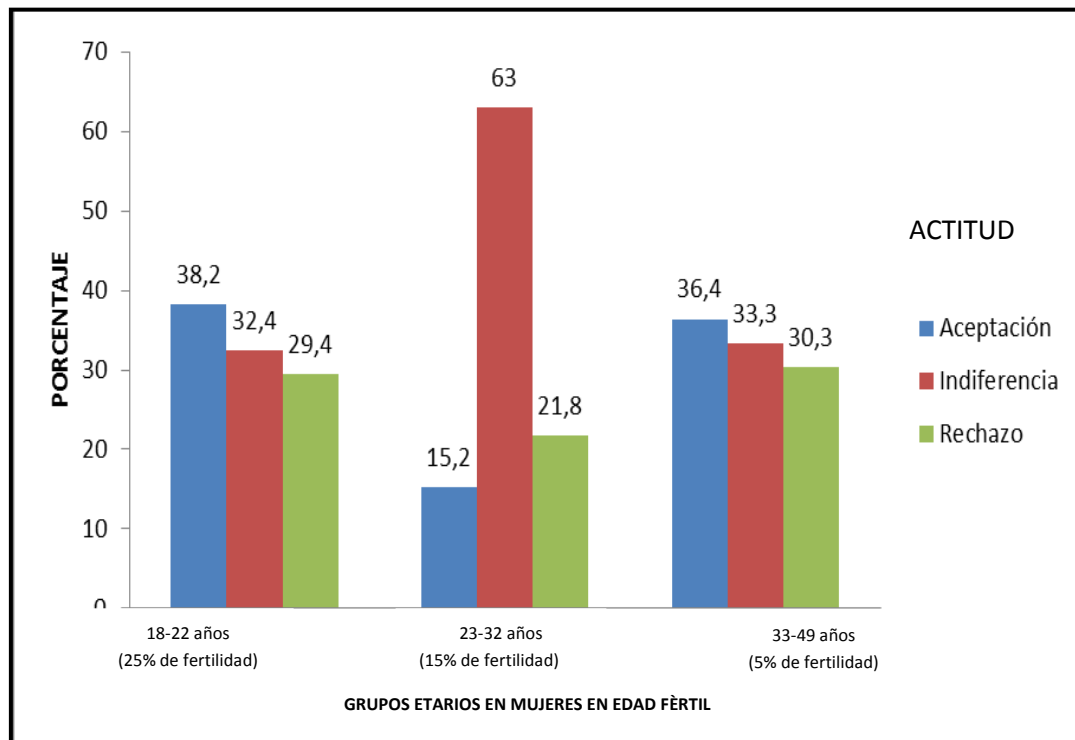
Chi cuadrado = 8,260 gl: 2 P = 0,016

En el gráfico 2 se observa que las mujeres que nunca se han sometido al aborto presentan actitud de indiferencia frente al tema en un 53 %; tendencia a actitud de rechazo, 24,1 %; actitud de aceptación frente al aborto, 22,9 %.

Las mujeres que manifiestan que se han sometido al aborto una o más veces presentan en su mayoría una actitud de aceptación frente al tema en 43,3 %; el 23,3 % se muestra indiferente; y el 33,3 % presenta una actitud de rechazo.

Al ser sometido a la prueba de chi cuadrado, se encontró que existe relación estadísticamente significativa (P = 0,016).

Gráfico 3. Actitudes frente al aborto según grupo etario, en mujeres en edad fértil, Hospital San Bartolomé, 2012



Chi cuadrado = 10,922 gl: 4 P = 0,027

Según los antecedentes de aborto inducido, el 26,5 % de las mujeres que fueron encuestadas refieren que se han sometido al aborto una o más veces, y el 73,5 % nunca se sometieron al aborto (ver anexo E).

Del total de mujeres que admiten haber practicado aborto (n = 30), el 33,33 % son reincidentes, es decir, que lo han practicado por dos o más veces; y el 66,67 % lo hizo por primera vez (ver anexo E).

El gráfico 3 muestra que las mujeres de 18 a 22 años de edad que fueron encuestadas presentan en un mínimo porcentaje actitud de rechazo al aborto (29,4 %), un alto porcentaje a favor del aborto (38,2 %), con tendencia a la indiferencia en el 32,4 %.

Las mujeres estudiadas de 23 a 32 años de edad, por el contrario, presentan un 15,2 % de aceptación del aborto, con un alto porcentaje (63 %) de indiferencia y cierta tendencia al rechazo del mismo (21,7 %).

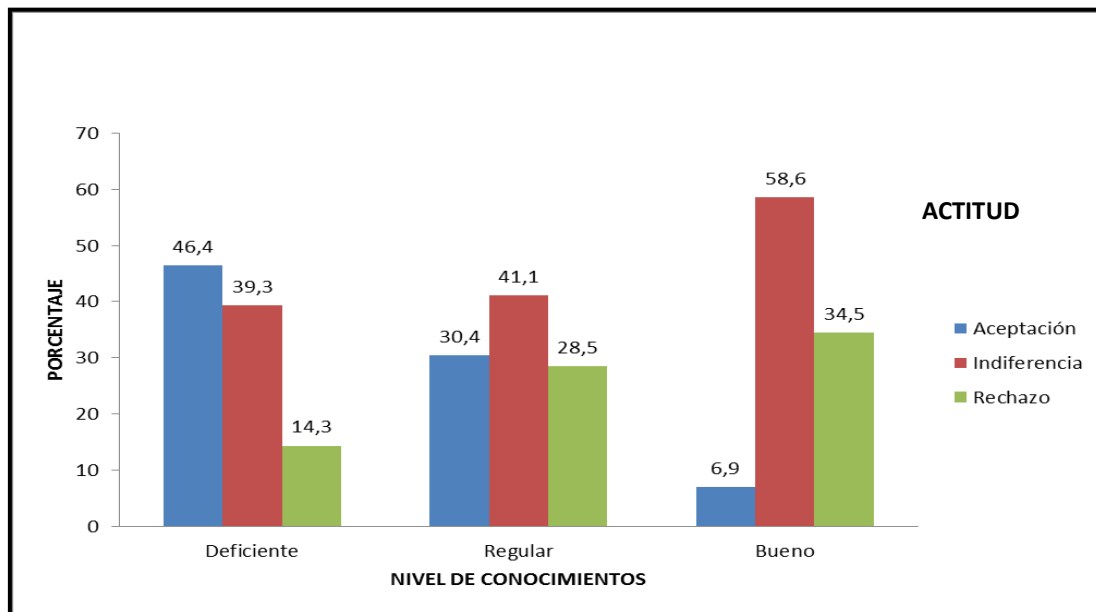
Las mujeres de 33 a 49 años de edad presentan un 30,3 % de actitud de rechazo, un 36,4 % con actitud de aceptación y una tendencia a la indiferencia de 33,3 %.

Al ser sometido a la prueba de chi cuadrado, se vio que existe relación estadísticamente significativa ($P = 0,027$).

Con respecto a actitudes frente al aborto según años de estudio en mujeres en edad fértil, al ser sometido a la prueba chi cuadrado, se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (ver anexo E).

Con respecto a actitudes frente al aborto según religión que profesan mujeres en edad fértil, al ser sometido a la prueba chi cuadrado, se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (ver anexo E).

Gráfico 4. Nivel de conocimiento y actitudes frente al aborto en mujeres en edad fértil, Hospital San Bartolomé, 2012



Chi cuadrado = 11,970 gl. = 4 P= 0,018

El gráfico 4 muestra que las mujeres de nivel de conocimiento deficiente tienen una actitud de rechazo frente al tema del aborto en un 14,3 %; un 39,3 % presenta una actitud de indiferencia; y un 46,4 % muestran una actitud de aceptación.

Las mujeres con nivel de conocimientos regulares tienen una actitud de rechazo al aborto, con 28,5 %. El 41,1 % se muestra con actitud de indiferencia y el 30,4 % tiene una actitud de aceptación.

Por el contrario, las mujeres que tienen un nivel de conocimientos buenos señalan actitud de aceptación del aborto en un 6,9 %; y 58,6 % presentan actitud de indiferencia. Finalmente, el 34,5 % muestran actitud de rechazo al aborto.

Al ser sometido a la prueba de chi cuadrado, se encontró que existe relación estadísticamente significativa (P = 0,018).

4.2. Discusión

El aborto es un problema sanitario que cada vez va engrosando más las listas estadísticas con consecuencias físicas o psíquicas no deseables para el binomio madre-niño y su reconocido impacto social. Se han estudiado los conocimientos y actitudes sobre el tema del aborto y su relación entre ambos en mujeres en edad fértil que asisten al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HNDMNSB). Por ello, el que las mujeres tengan conocimientos sobre el tema es de suma importancia; de esta manera, lo hallado en la tabla 1 permite valorar que la mayoría de las mujeres encuestadas no tienen un adecuado conocimiento sobre el aborto, toda vez que solo 25,7 % de ellas tienen buenos conocimientos sobre el tema, siendo superior el porcentaje de las mujeres que presentan un nivel de conocimientos regulares (49,6 %). Un gran porcentaje (24,8 %) presentó nivel de conocimientos deficiente. Estos resultados son coincidentes con los reportados por Pedraza López en su estudio *Impacto social que ha causado el aborto en el municipio de Tejupilco-México*. El grado de conocimiento alto que presentaron las mujeres encuestadas llegó solo a 16,3 %, mientras que mayoritariamente las mujeres tenían un nivel medio (74 %) y bajo (9,7 %) de conocimientos sobre el tema. Siguen la misma tendencia de los resultados de estudios reportados por Guevara Cosme, Fernández, Montero Hechavarría, Rodríguez Leyva y Fernández Miralles, que encontraron que la mayoría de las adolescentes antes de una intervención desconocían el concepto de aborto (83,3 %), y los de Palomino Sahuiña, que, en su estudio *Qué saben sobre el aborto inducido y qué actitudes se evidencian en los adolescentes I.E. Micaela Bastidas*, encontró que el 73,04 % de las 165 adolescentes encuestadas en la Institución Educativa Micaela Bastidas tenían conocimiento medio sobre aborto inducido.

Al evaluar el nivel de conocimiento según años de estudio académico (gráfico 1), se observó que en el grupo de primer nivel, que son las mujeres con menos de 8 años de estudio, presenta en su mayoría un nivel de conocimiento sobre el tema del aborto entre deficiente y regular (46,4 % y 25,0 %, respectivamente). El grupo de segundo nivel, que son las mujeres de 9-13 años

de estudio, presenta un nivel de conocimiento entre regular y deficiente (48,2 % y 46,4 %, respectivamente). Por el contrario, el grupo de tercer nivel, que son las mujeres de 14 a más años de estudios académicos, presentan un nivel de conocimiento sobre el tema del aborto de bueno a regular (44,8 % y 26,8 %, respectivamente); es decir, las estadísticas varían de alguna manera de acuerdo a los años de estudios académicos, siendo el grupo del tercer nivel (de 14 a más años de estudio) el que presenta el mayor porcentaje para un nivel de conocimiento bueno, con tendencia a regular. En este grupo el porcentaje es menor, a pesar de que poco a poco se va concientizando a la mujer peruana a que realice estudios superiores; sin embargo, se encuentran registros (INEI, censos nacionales de 1993) de que tan solo el 19,3 % de las mujeres a nivel nacional ha logrado el nivel de instrucción superior, y a nivel general, la mayoría de las mujeres en edad fértil no tienen una educación suficiente y existe un gran desconocimiento sobre el tema del aborto, dándose un nivel de conocimiento entre deficiente y regular mayoritariamente. La causa principal es que el conocimiento y la instrucción en la mujer sigue siendo un gran enigma en esta sociedad: se ha registrado en el año 2000 que el 12,9 % de las mujeres no tienen ningún nivel de instrucción, por lo que cabe resaltar, según el estudio realizado, que mientras más son los años de estudios académicos, el nivel de conocimiento sobre el tema es mayor, por lo que la mujer en muchos de los casos desconoce todo lo referente al tema del aborto, sus conceptos, complicaciones y consecuencias, tanto en el nivel físico como en el psicoespiritual. Teniendo en cuenta el impacto social que ha producido el aborto, y al relacionar ambas variables, se encuentra que existe relación entre ambas ($P = 0,012$). Estos resultados son similares a los reportados por Pedraza López en su estudio *Impacto social que ha causado el aborto en el municipio de Tejupilco-México*, donde se encontró que el grado de conocimiento que presentaron las mujeres encuestadas es mayoritariamente medio, con 74 %, siendo las mujeres con nivel universitario las que tienen mayor conocimiento sobre el aborto.

Por otra parte, en cuanto a las actitudes (predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo), el estudio realizado, según los datos que presenta la tabla 2, permite

valorar que la cantidad de mujeres con actitud de rechazo hacia el tema del aborto es mínima; sin embargo, hay un alto porcentaje de mujeres con una actitud de indiferencia frente al tema (45,1 %) y con tendencia a la aceptación (28,3 %). Dado que las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida, produciendo reacciones favorables o desfavorables frente al aborto, como resultado de cultura, creencias, valores e historia personal, produciéndose de manera progresiva la pérdida de los valores y la conciencia moral, los resultados demuestran que la mayoría de las mujeres son indiferentes, ubicándose ellas en el tercer nivel de afectación (que es cuando afecta a personas ajenas, desconocidas, no nacidas); otro de los motivos que se observa es que la mayoría de las mujeres tienen un falso entendimiento de lo que significa la libertad y el libre albedrío, y con esa falsa idea creen que tienen derecho al aborto, a raíz del principio de dignidad, autonomía y libertad de la mujer, sin pensar en la dignidad y el derecho a la vida del nuevo ser que portan en el seno materno. Al respecto, Quijada Tacuri, en su estudio *Causas y consecuencias del aborto y el punto de vista jurídico que acepta en nuestro país*, concluye que “el derecho a la vida es el más fundamental de los derechos de la persona humana. Violarlo, destruir una vida, matar a un ser humano de cualquier edad o en cualquier etapa de su desarrollo –ya se encuentre dentro del seno materno o fuera de él– es un crimen contra Dios y la humanidad”, “la vida humana debe ser respetada y protegida de manera absoluta desde el momento de la concepción, desde el primer instante de su existencia...”

El gráfico 2, sobre actitudes y antecedentes, muestra que las mujeres que nunca se han sometido al aborto presentan actitud de indiferencia frente al tema del aborto (53 %), con tendencia a actitud de rechazo (24,1 %). Por el contrario, las mujeres que manifiestan que se han sometido al aborto una o más veces presentan, en su mayoría, una actitud de aceptación (43,3 %). Este grupo representa un alto porcentaje (26,5 %) de la práctica deliberada del aborto en mujeres en edad fértil. Se concluye que existe coherencia en las actitudes presentadas de acuerdo a su condición. Esa es la explicación de que, iniciada la práctica del acto abortivo, las mujeres presenten actitud favorable: por esto es que muchas mujeres suelen reincidir en la práctica

deliberada del aborto (el 33,33 % de las mujeres en edad fértil que aceptan haber practicado el aborto, lo han efectuado dos o más veces). Ello sugiere la probabilidad de que la información que reciben sobre esta problemática sea insuficiente, y, no obstante, no cuenten con ningún apoyo moral y psicoespiritual, por lo que es considerado un grupo vulnerable y de riesgo para su salud física, psicológica y espiritual, como ya lo han demostrado otros estudios, tales como el de Jiménez Mori, Oblitas Navarro, Vivanco Vidarte, *Características sociodemográficas, psicosociales y físicas en mujeres con síndrome posaborto en una institución de salud privada en la ciudad de Lima*. Las características psicosociales más destacadas del síndrome posaborto fueron culpabilidad (80 %), llanto (73 %), arrepentimiento (78 %), amargura (71 %), angustia (65 %), tristeza (51 %), miedo a necesitar un nuevo aborto (80 %), vergüenza (57 %), soledad (45 %). El 49 % de las mujeres sintió resentimiento hacia los demás; el 86 %, hacia sí misma; el 49 %, hacia su pareja; el 51 % tiene recuerdos repetidos del aborto; el 16 % expresa haber tenido pensamientos suicidas; el 31 % perdió la autoestima. La característica física más importante fue la pérdida de peso inmediato (55 %). El estudio que presenta Fergusson *et al.*, *El aborto y no el embarazo puede causar problemas mentales*, encuentra que el 42 % de las mujeres sufrió problemas mentales serios con síntomas que incluyeron depresión, tendencias suicidas y abuso de drogas y alcohol; se concluye que las mujeres que se someten a este procedimiento son más propensas a desarrollar problemas mentales que las que deciden tener a sus hijos. El estudio revela que el aborto –y no el embarazo– puede causar problemas mentales.

En el aspecto de las actitudes sobre el aborto según grupo etario en mujeres en edad fértil, según lo estudiado se deduce que las mujeres que tienen menor edad manifiestan un porcentaje mayor a la aceptación del aborto (38,2 %). A esto sigue la actitud de indiferencia (32,4 %). Por el contrario, las mujeres en edad mediana (de 23 a 32 años de edad) presentan una actitud mayoritaria de indiferencia (63 %) con tendencia al rechazo (21,7 %), y las mujeres de más edad (33 a 49 años de edad) presentan una actitud de aceptación del aborto (36,4 %), con tendencia igualmente de indiferencia (33,3 %). Al relacionar ambas variables, se encuentra que existe relación entre actitudes

sobre el aborto y grupo etario ($P = 0,027$). Se concluye que la gran mayoría de mujeres presentan actitud de aceptación del aborto, con tendencia a la indiferencia. No obstante, el grupo etario de mediana edad (23-32 años) presenta en su mayoría una actitud de indiferencia, con tendencia al rechazo del aborto.

En cuanto a la relación de ambas variables, nivel de conocimiento y actitudes frente al aborto, se ha encontrado que las mujeres que tienen nivel de conocimientos deficientes varían entre aceptación (46,4 %) con tendencia a la indiferencia (39,3 %) frente al tema del aborto. Las mujeres que tienen conocimientos regulares también varían entre indiferencia (41,1 %) y aceptación (30,4 %), mientras que las mujeres que tienen buenos conocimientos muestran rechazo (34,5 %), con una tendencia a la indiferencia (58,6 %). Al relacionar las variables nivel de conocimientos y actitudes, se encuentra que existe relación entre ambas ($P = 0,018$). Se concluye que a mayor conocimiento, mayor rechazo al aborto; y a menor conocimiento, mayor aceptación del aborto. Estos resultados son similares a los presentados por Palomino Sahuña en *Qué saben sobre el aborto inducido y qué actitudes se evidencian en los adolescentes I.E. Micaela Bastidas*. En él, las adolescentes, en su mayoría, presentaron nivel de conocimiento medio sobre el aborto inducido (73,04 %) y actitudes de indiferencia hacia este tipo de aborto (66,06 %).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Las mujeres en edad fértil presentan, en su mayoría, nivel de conocimientos regular sobre el tema del aborto.
- El nivel de conocimiento sobre el tema del aborto es mayor mientras más son los años de estudios académicos de las mujeres de edad fértil.
- Existe un alto porcentaje de mujeres con actitud de indiferencia frente al tema del aborto, con tendencia a la aceptación del mismo.
- Las mujeres que nunca se han sometido al aborto, mayoritariamente, presentan actitud de indiferencia, con tendencia al rechazo. Sin embargo, las que manifiestan que se han sometido al aborto una o más veces, presentan, en su mayoría, una actitud de aceptación frente al mismo.
- Las mujeres en edad fértil presentan, en su mayoría, una actitud de aceptación frente al aborto. No obstante, el grupo etario de mediana edad (23-32 años) tiene actitud de indiferencia con tendencia al rechazo del aborto.
- Ha quedado demostrado que a mayor conocimiento, mayor rechazo al aborto; y a menor conocimiento, mayor aceptación del aborto.

5.2. Recomendaciones

- Que en las instituciones de salud y en los centros educativos (escuelas, colegios, etc.) se promuevan acciones de desarrollo de información, educación y comunicación, en las que se incorporen los temas de maternidad responsable y del aborto: sus conceptos, tipos, consecuencias y terminología, además de la importancia de la incorporación de espacios de consejería y apoyo psicoespiritual para la gestante, parte de los programas de atención primaria de salud.
- Realizar campañas a nivel nacional para lograr concientizar a la población por una cultura a favor de la vida.
- Efectuar trabajos similares y otros estudios de investigación con metodología cualitativa, que permitan profundizar la causa principal de este fenómeno de rechazo al derecho de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro de Derechos Reproductivos. *Mapa de leyes sobre aborto en el mundo*. [Fecha de acceso: 25 de setiembre de 2012]. Disponible en http://www.derechosdelamujer.org/index.php/noticias/items/mapa_aborto_2011.html, <http://www.programamujerescdh.uchile.cl/media/archivos/pdf/20080327121335.pdf>
2. Juan Pablo II. (2002). *Valor y carácter inviolable de la vida Humana*, Carta Encíclica *Evangelium Vitae* N.º 53. Lima: Ediciones Paulinas Epiconsas.
3. Coeditores Litúrgicos *et al.* Catecismo de la Iglesia Católica (CIC) N.º 2270 (3.ª ed.). España: Editrice Vaticana.
4. Quispe Torres F. *Aborto inducido*. [Fecha de acceso: 17 de junio de 2012]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos93/aborto-provocado/aborto-provocado.shtml#procedimia>
5. *Situación legal del aborto en España*. (2008). [Fecha de acceso: 20 de junio de 2012]. Disponible en <http://www.libertaddigital.com/sociedad/situacion-legal-del-aborto-en-espana-1276334331/>
6. Instituto de Política Familiar (IPF). *El aborto bate récords en España*. [Fecha de acceso: 15 de setiembre de 2012]. Disponible en <http://pequelia.es/34560/el-aborto-bate-records-en-espana/>
7. Alanya Rivera S. (2007). *El aborto inducido*. [Fecha de acceso: 17 de setiembre de 2012]. Lima, Perú. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos48/sobre-el-aborto/sobre-el-aborto2.shtml>, (accesado en 17-09-12).
8. Tristán F. *El aborto: un problema social y de salud pública*. [Fecha de acceso: 20 de setiembre de 2012]. Disponible en <http://www.flora.org.pe/el%20aborto.htm>
9. Rodríguez B. (2008). Perú registra 400 000 abortos al año. *AmecoPress*. [Fecha de acceso: 27 de setiembre de 2012]. Disponible en <http://www.amecopress.net/spip.php?article1290>

10. Sandoval Paredes J. El aborto: análisis de la situación legal. *Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*. [Fecha de acceso: 20 de setiembre de 2012]. Disponible en <http://www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=48>
11. Ferrando D. (2006). *El aborto clandestino en el Perú*. [Fecha de acceso: 12 de agosto de 2012]. Disponible en [http://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto %20clandestino %20Peru.pdf](http://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf)
12. Fergusson D *et al.* (2006). *El aborto y no el embarazo puede causar problemas mentales*. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2011]. Disponible en <http://foropelayo.blogcindario.com/2006/01/00266-estudio-aborto-y-no-el-embarazo-puede-causar-problemas-mentales.html>
13. Pedraza López G *et al.* (2007). *Conocimiento acerca del tema del aborto en las jóvenes de la ciudad de Tejupilco entre 15 y 25 años, así como su opinión respecto del mismo*. México. [Fecha de acceso: 2 de octubre de 2012]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos55/contra-aborto/contra-aborto3.shtml>
14. Quijada Tacuri V. (2007). *Causas y consecuencias del aborto y el punto de vista jurídico que acepta en nuestro país*. Perú. [Fecha de acceso: 10 de julio de 2012]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos31/aborto-peru/aborto-peru.shtml>
15. Guevara Cosme J, Marcos Fernández S, Montero Hechavarría E, Rodríguez Leyva B & Fernández Miralles R. (2008). *Educación sanitaria sobre embarazo y aborto a alumnas de décimo grado del Instituto Preuniversitario Urbano Ramón Campa Delgado*. Cuba. [Fecha de acceso: 20 de agosto de 2011]. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san111110.htm

16. Palomino Sahuiña M. *Qué saben sobre el aborto inducido y qué actitudes se evidencian en los adolescentes del I.E. Micaela Bastidas*. [Fecha de acceso: 20 de agosto de 2011]. Disponible en http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/palomino_sm/pdf/palomino_sm.pdf
17. Jiménez Mori J, Oblitas Navarro J & Vivanco Vidarte I. (2010). *Características sociodemográficas, psicosociales y físicas en mujeres con síndrome post aborto en una institución de salud privada en la ciudad de Lima*. Lima, Perú.
18. Reátegui Ojeda S. (2011). *Diferencias en las actitudes hacia el aborto provocado en adolescentes del cuarto año de secundaria de un colegio religioso y uno no religioso de la ciudad de Lima*. [Fecha de acceso: 12 de agosto de 2011]. Disponible en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Actitudes-Hacia-El-Aborto-Provocado-En/1434883.html>
19. *Definición de mujer. Qué es, significado y concepto*. [Fecha de acceso: 15 de diciembre de 2012]. Disponible en <http://definicion.de/mujer/#ixzz2OBvnSO3i>
20. Londermilk D, Perry Shannon E & Bobak I. Anatomía y fisiología del sistema reproductor. *Enfermería materno-infantil*. (6.a ed.) (1), 65. España: Harcourt/Océano.
21. Gustavo de Elorza M. (Ed.). *Anatomía humana y salud corporal*. (2008), pp. 109-113. Colombia: Zamora Editores.
22. Díez Domingo M, Fernández Jiménez J, López Sánchez L, Martín Álvarez S, Martínez Santiago R *et al.* (2008). Sistema reproductor. *Manual de Enfermería*, pp. 532-533. España: Lexus Editores.
23. De Elorza G. (Ed.). (2008). Fecundación y embarazo. *Anatomía Humana y Salud Corporal*, pp. 121-122. Colombia: Zamora Editores
24. Londermilk D, Perry Shannon E & Bobak I. Genética, concepción y desarrollo fetal. *Enfermería Materno-Infantil*, 6(1), 112-113. España: Harcourt/Océano.
25. De Elorza G. (Ed.). (2008). Interrupción voluntaria del embarazo. *Manual de Enfermería*, “”, pp. 606-608. Colombia: Zamora Editores.

26. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Interrupción voluntaria del embarazo*. [Fecha de acceso: 5 de agosto de 2012]. Disponible en <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>
27. Díez Domingo M, Fernández Jiménez J, López Sánchez L, Martín Álvarez S, Martínez Santiago R *et al.* (2008). Cuidados de enfermería en el aborto. *Manual de Enfermería*, p. 668. España: Lexus Editores.
28. Código de Derecho Canónico de la Iglesia Católica N.º 1398. [Fecha de acceso: 5 de agosto de 2012]. Disponible en <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/284/1281/articulo.php?id=26799>, también en: <http://www.corazones.org/diccionario/aborto.htm>
29. Neira Miranda J. Aborto. Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Revista de Estudios Médico-Humanísticos*, 6(6). [Fecha de acceso: 5 de agosto de 2012]. Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica6/Art07.html>
30. Aznar J. *La vida humana y los métodos abortivos*. [Fecha de acceso: 12 de junio de 2012]. Disponible en <http://www.vidahumana.org/vidafam/anticon/mecanismo.html>
31. Díez Domingo M, Fernández Jiménez J, López Sánchez L, Martín Álvarez S, Martínez Santiago R *et al.* (2008). Métodos abortivos. Control de la natalidad. *Manual de Enfermería*, p. 559. España: Lexus Editores.
32. Instituto Proabortista Alan Guttmacher. Investigaciones de paternidad planificada. [Fecha de acceso: 20 de junio de 2012]. Disponible en http://www.vidasiempre.com/vidasiempre/artman/publish/article_35.php
33. Gamboa Chacón M. (2007). *Aborto*. [Fecha de acceso: 10 de octubre de 2012]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos48/aborto-tipos/aborto-tipos2.shtml>
34. Calafat J. *Consecuencias de aborto inducido*. [Fecha de acceso: 17 de setiembre de 2012]. Disponible en <http://salud.comohacerpara.com/n7736/consecuencias-de-un-aborto-inducido.html>

35. Gutiérrez S. *Trastornos psicológicos en mujeres que han abortado*. [Fecha de acceso: 10 de julio de 2012]. Disponible en <http://www.aciprensa.com/aborto/transtornos.htm>
36. Sánchez Navarrete E. (2011). *Síndrome de Asherman*. [Fecha de acceso: 20 de julio de 2012]. Disponible en <http://elsoniamed.blogspot.com/2011/09/sindrome-de-asherman.html>
37. *Definición de conocimiento. Qué es, significado y concepto*. (2008-2012). [Fecha de acceso: 15 de octubre de 2012]. Disponible en <http://definicion.de/conocimiento/#ixzz2OBzmSjSS>
38. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (Mimdes). (2010). *Una aproximación a la situación de la mujer en el Perú*. [Fecha de acceso: 5 de marzo de 2013]. Disponible en <http://www.crolimacallao.org.pe/pdf/libros/Aproximacion%20situacion%20de%20la%20mujer-%20MIMDES%202010.pdf>
39. Bardález del Águila C. *La salud en el Perú, proyecto observatorio de la Salud*. [Fecha de acceso: 5 de marzo de 2013]. Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>
40. INEI, Censos Nacionales de 1993. [Fecha de acceso: 5 de marzo de 2013]. Disponible en <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0007/CAP0203.HTM>
41. Qmarqeva's Weblog. (2008). *Los tipos de conocimiento*. [Fecha de acceso: 12 de octubre de 2012]. Disponible en <http://qmarqeva.wordpress.com/2008/07/08/los-tipos-de-conocimiento/>
42. Latiniando. *Epistemología. Teoría del conocimiento*. [Fecha de acceso: 15 de agosto de 2012]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos/epistemologia2/epistemologia2.shtml>

43. Domínguez Maldonado A, Gutiérrez Monsivais A & Hernández Vargas Ch. *Diferencias en las actitudes respecto al aborto en función del sexo*. [Fecha de acceso: 14 de noviembre de 2012]. Disponible en http://www.tlalpan.uvmnet.edu/ooid/download/Diferencias%20Aborto_04_CS0_PSIC_PICSJ_E.pdf
44. Rodríguez Ortiz J, Nuestras actitudes y el comportamiento. *Artículos Online de Articuloz.com*. [Fecha de acceso: 15 de octubre de 2012]. Disponible en http://www.articulosinformativos.com/Nuestras_Actitudes_y_el_Comportamiento-a1159897.html, <http://www.articuloz.com/coaching-articulos/lo-que-marca-la-diferencia-en-el-lider-la-actitud-909618.html>
45. Ponce Aguirre A. (2010). *La actitud como factor determinante en el comportamiento*. [Fecha de acceso: 14 de noviembre de 2012]. Disponible en <http://suite101.net/article/la-actitud-como-factor-determinante-en-el-comportamiento-a18084>
46. *Componentes de las actitudes*. (2010). [Fecha de acceso: 11 de noviembre de 2012]. Disponible en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Componentes-De-Las-Actitudes/323026.html>
47. Reardon C. *El aborto también daña a la mujer. Actitudes frente al aborto*. [Fecha de acceso: 11 de noviembre de 2012]. Disponible en <http://www.arbil.org/100reard.htm>
48. Hernández R, Fernández C & Baptista P. (2007). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill. [Fecha de acceso: 21 de noviembre de 2011]. Disponible en <http://www.slideshare.net/hery/estudio-correlacional>

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de trabajo

Estimada señora, solicito su valiosa colaboración, dando respuesta a las siguientes preguntas. Sus opiniones sobre el aborto serán absolutamente confidenciales y con fines educativos, por lo que se le pide responder lo más honestamente posible a cada pregunta. Solamente debe elegir y señalar una alternativa. Gracias por su gentil participación.

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

1. **Edad:** ____
 2. **Años de estudio:** _____
 3. **Ocupación:** a. Ama de casa. b. Trabaja. c. Estudia. d. Estudia y trabaja.
 4. **Estado Civil:** a. Soltera. b. Casada. c. Conviviente. d. Divorciada. e. Viuda.
 5. **Religión:** a. Católica. b. Evangélica. c. Adventista. d. Otras.
6. ¿Usted se ha sometido al aborto alguna vez?
- a. Nunca.
 - b. Una vez.
 - c. Dos o más veces.

II. CONOCIMIENTO SOBRE EL ABORTO. Marque con un X la respuesta que considere.

- | | |
|--|---|
| <p>1- Según las ciencias biológicas, ¿cuándo inicia la vida en el ser humano?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando nace el niño. 2. En el momento de la unión del óvulo con el espermatozoide. 3. Después de la 12 semana del embarazo. 4. A los 8 días después del acto sexual. | <p>4- Aborto en su nivel biológico es:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Interrupción del proceso del embarazo causando la muerte del producto de la concepción. b. Evitar embarazo antes de la concepción. c. No desear la gestación. |
| <p>2- ¿Es considerado ser humano, el producto de la concepción, en las primeras fases de desarrollo del embrión?</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sí. b. No. | <p>5- Actualmente en el Perú ¿se encuentra legalizado el aborto?</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sí. b. No. |
| <p>3- ¿Hasta cuánto tiempo después del acto sexual podría el espermatozoide fecundar el óvulo?</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Aproximadamente dos semanas. b. Hasta las 72 horas. c. Desconozco. | <p>6- La religión que usted profesa considera al aborto provocado como:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pecado leve. b. Pecado de omisión. c. Pecado grave. d. No es ningún pecado. |
| | <p>7- Según la religión que usted profesa, se considera aborto provocado:</p> |

- a. Después de la 12 semana.
 - b. Cualquier método utilizado para poner fin a la gestación desde el inicio del embarazo.
 - c. Aborto en caso de malformación del feto.
- 8-** El aborto va contra el siguiente mandamiento de Dios:
- a. Amor y felicidad.
 - b. No matarás.
 - c. Amar a Dios sobre todas las cosas.
- 9-** Posibles consecuencias emocionales que trae consigo el aborto:
- a. Llanto, nerviosismo, insomnio.
 - b. Hemorragias y dolor de cabeza.
 - c. Pérdida de algún órgano, infección.
- 10-** Posibles consecuencias psicológicas que trae consigo el aborto:
1. Dolor de cabeza, hemorragias, fiebre.
 2. Depresión, remordimiento, sentimiento de culpa.
 3. Infección, dolor de cabeza, inconsciencia.
- 14-** Es un método de aborto provocado:
1. Cuando la mujer se somete a la dilatación del cuello uterino y elimina el embarazo.
 2. Dilatación espontánea del cuello uterino y eliminación del feto.
 3. Aborto sin haber ingerido pastillas.
 4. Desconozco.
- 15-** El uso de medicamentos para terminar con el embarazo se considera:
- a. Método de prevención de embarazos.
 - b. Método de aborto provocado.
 - c. Método de promoción de embarazos.
- 11-** Es aborto espontáneo:
- a) Cuando una persona usa algún método abortivo para eliminar el embarazo.
 - b) Pérdida del embarazo de manera natural.
 - c) Cuando la madre se somete al aborto porque pone en riesgo su vida.
- 12-** El aborto inducido o provocado es:
1. Interrupción deliberada o voluntaria del embarazo.
 2. Perdida del embarazo sin decisión de la madre.
 3. Es no querer perder el embarazo.
- 13-** Cuando una mujer embarazada de forma voluntaria usa cualquier método para terminar con el embarazo, se considera que:
- a. Es un aborto provocado.
 - b. Es un aborto espontáneo.
 - c. Pérdida de un poco de células.
 - d. No es aborto.

III. ACTITUDES

En cada pregunta marque en el casillero que mejor describa su actitud frente al aborto.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.	El aborto es una alternativa cuando en algunas circunstancias el embarazo impide realizarse como mujer profesional.	1	2	3	4
2.	Considero que es mejor tener un aborto provocado que tener un niño no deseado.				
3.	Desearía firmar una petición para hacer legal el aborto en el Perú.				
4.	Apoyo al aborto despenalizado cuando el embarazo pone en peligro la vida de la madre.				
5.	El embrión (unión del óvulo y espermatozoide) es solo un conjunto de células sin vida, por lo que se debe considerar el aborto en determinadas circunstancias.				
6.	El feto es alguien muy pequeño, por lo que en algunas circunstancias se debe considerar el aborto.				
7.	En casos en que no se disponga de recursos económicos, se debe considerar el aborto.				
8.	Es mejor legalizar el aborto para evitar sus complicaciones.				
9.	Se debe abortar en situaciones laborales importantes y que tengan como requisito que la solicitante sea soltera y sin hijos.				
10.	Las malformaciones de un bebé no deben ser causa para interrumpir el embarazo.	4	3	2	1
11.	Es despreciable realizar un aborto provocado.				
12.	La vida del ser humano vale en sí misma desde el momento de la concepción, nunca se debería considerar el aborto.				
13.	Un bebé antes de nacer es un ser humano con vida y con derechos, por lo que no se debe considerar el aborto.				
14.	Cualquiera que sea la circunstancia, se debe rechazar todo método abortivo.				
15.	Estoy segura de que el producto de la unión del óvulo y espermatozoide es un ser humano.				
16.	La violación no es motivo para interrumpir un embarazo.				
17.	Se debe respetar la vida de un feto o embrión desde la primera célula fecundada.				
18.	Se debe rechazar el aborto a pesar de tener muchos hijos.				

Anexo B. Ficha de consentimiento informado

Yo, Isabel Coronel Guevara, interna de la Escuela de Enfermería de la Universidad Norbert Wiener, desarrollo la investigación *Conocimientos y actitudes sobre el aborto en mujeres en edad fértil* bajo la asesoría del magíster Erik Mario Chávez Flores. El estudio tiene como objetivo determinar la relación que existe entre los conocimientos y las actitudes sobre el aborto en mujeres en edad fértil.

Invito a usted a autorizar su participación en este estudio, firmando al pie del presente documento. Para ello, usted ha sido informada en forma clara y detallada sobre el objetivo y el tipo de trabajo del presente estudio.

Su participación es voluntaria y anónima (sus datos serán mantenidos en secreto) y no se espera causar incomodidad o riesgo a las personas entrevistadas.

Los resultados globales del estudio serán divulgados en diversos medios de comunicación (como revistas científicas).

Esperamos merecer su confianza y nos ponemos a su disposición para cualquier información adicional al teléfono abajo indicado.

Isabel Coronel Guevara
Investigadora

Mg. Erik Mario Chávez Flores
Asesor

*Av. Húsares de Junín 931-Jesús María. Teléfono 2658769

Lima, ____ de _____ de 2012

Yo,....., con DNI N.º....., dejo constancia de que he sido debidamente informada sobre la investigación y los procedimientos en ella envueltos. En ese sentido, acepto mi participación y tengo la garantía de que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que eso me cause perjuicio de alguna forma.

Firma de la participante

Anexo C. Validez y confiabilidad del instrumento

Validez dicotómica

Coefficiente Vicerear puntual

$$V_{b-p} = \frac{X_1 - X_0}{St} \sqrt{\frac{n_1 x n_0}{n(n-1)}}$$

Validez politómica

C. Correlación de Pearson

$$r = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Confiabilidad

Kuder Richardson

$$r = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum p x q}{St} \right]$$

Coefficiente alfa de Cronbach

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Validez y confiabilidad del instrumento

P. DICOTÓMICAS	
ÍTEM	Validez
1	0,74
2	0,74
3	0,83
4	0,81
5	0,74
6	0,55
7	0,75
8	0,78
9	0,80
10	0,53
11	0,81
12	0,75
13	0,69
14	0,76
15	0,74

P. POLITÓMICAS	
ÍTEM	Validez
1	0,38
2	0,38
3	0,38
4	0,39
5	0,30
6	0,65
7	0,53
8	0,61
9	0,21
10	0,30
11	0,22
12	0,59
13	0,74
14	0,82
15	0,60
16	0,68
17	0,70
18	0,63

CONFIABILIDAD

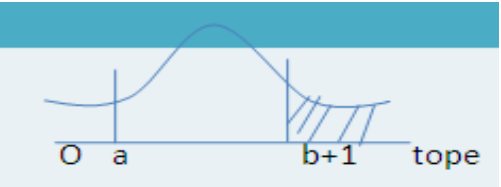
Kuder-Richardson

Kr = 0,79

Coefficiente alfa de Cronbach

$\alpha = 0,82$

Anexo D. Staninos de la variable conocimiento

Conocimientos	Rangos de staninos		Medición
<p>Deficiente: 0 a 10</p> <p>Regular: 11 a 13</p> <p>Bueno: 14 a 15</p>	 <p>El diagrama muestra una curva normal sobre un eje horizontal. El origen está etiquetado como '0'. Hay una línea horizontal azul que representa el nivel de corte superior. El punto 'a' está marcado con una línea vertical que toca la curva. El punto 'b+1' está marcado con una línea vertical que toca la curva y una zona sombreada con líneas diagonales debajo de ella. El punto 'tope' está marcado al final del eje horizontal.</p>	<p>Cuando las respuestas de conocimiento oscilan desde el punto de corte 0 al punto de corte a.</p> <p>Cuando las respuestas de conocimiento oscilan desde el punto de corte a+1 al punto de corte b.</p> <p>Cuando las respuestas de conocimiento oscilan desde el punto de corte b+1 al tope.</p>	<p>Cualitativa ordinal.</p>

CALCULO DE STANINOS**VARIABLE CONOCIMIENTO**

Fórmula para rangos de staninos:

—

$$X \pm (0,75) (Ds)$$

—

$$X = 11,9115044$$

$$Ds = 2,53742531$$

$$\text{Punto de corte "a"} = 11,9115044 - (0,75) (2,53742531)$$

$$a = 10$$

$$\text{Punto de corte "b"} = 11,9115044 + (0,75) (2,53742531)$$

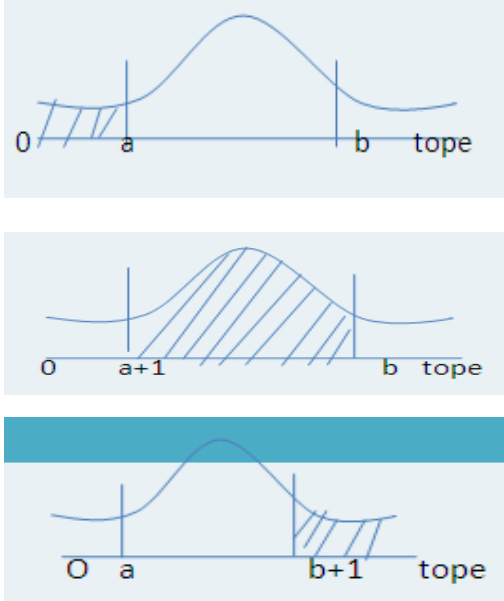
$$b = 14$$

$$\text{Deficiente} = 0 - 10$$

$$\text{Regular} = 11 - 13$$

$$\text{Bueno} = 14 - 15$$

STANINOS DE LA VARIABLE ACTITUD

Actitud	Rangos de staninos	Medición
<p>Aceptación: 18 a 51</p> <p>Indiferencia: 52 a 63</p> <p>Rechazo: 64 a 72</p>		<p>Cuando las respuestas de conocimiento oscilan desde el punto de corte 0 al punto de corte a.</p> <p>Cuando las respuestas de conocimiento oscilan desde el punto de corte a+1 al punto de corte b.</p> <p>Cuando las respuestas Actitudinales oscilan desde el punto de corte b+1 al tope.</p>

CALCULO DE STANINOS

VARIABLE ACTITUD

Fórmula para rangos de staninos:

—

$$X \pm (0,75) (Ds)$$

—

$$X = 57,2677876$$

$$Ds = 8,21818844$$

$$\text{Punto de corte "a"} = 57,2677876 - (0,75) (8,21818844)$$

$$a = 51$$

$$\text{Punto de corte "b"} = 57,2677876 + (0,75) (8,21818844)$$

$$b = 63$$

$$\text{Aceptación} = 18 - 51$$

$$\text{Indiferencia} = 52 - 63$$

$$\text{Rechazo} = 64 - 72$$

Anexo E. Tabla de nivel de conocimiento sobre el tema del aborto según edad en mujeres en edad fértil, Hospital San Bartolomé, 2012

Edad		Nivel de conocimientos			Total
		Deficiente	Regular	Bueno	
18-22 años	Recuento	11	18	5	34
	%	32,4 %	52,9 %	14,7 %	100,0 %
23-32 años	Recuento	8	25	13	46
	%	17,4 %	54,3 %	28,3 %	100,0 %
33-49 años	Recuento	9	13	11	33
	%	27,3 %	39,4 %	33,3 %	100,0 %
Total	Recuento	28	56	29	113
	%	24,8 %	49,6 %	25,7 %	100,0 %

Chi cuadrado = 5,331 Gl. = 4 p = 0,255

Al ser sometido a la prueba de chi cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa ($P = 0,255$).

Tabla de actitudes frente al aborto según religión en mujeres en edad fértil, Hospital San Bartolomé, 2012

Religión		Actitudes			Total
		Aceptación	Indiferencia	Rechazo	
Católica	N	25	36	19	80
	%	31,3 %	45,0 %	23,8 %	100,0 %
Evangélica	N	4	6	7	17
	%	23,5 %	35,3 %	41,2 %	100,0 %
Adventista	N	0	2	0	2
	%	,0 %	100,0 %	,0 %	100,0 %
Otros	N	3	7	4	14
	%	21,4 %	50,0 %	28,6 %	100,0 %
Total	N	32	51	30	113
	%	28,3 %	45,1 %	26,5 %	100,0 %

Chi cuadrado: 5.113 gl. 6 P: 0,529

Al ser sometido a la prueba de chi cuadrado, se encontró que no existe relación estadísticamente significativa ($P = 0,529$).

Tabla de antecedentes de aborto según nivel de conocimiento en mujeres en edad fértil, Hospital San Bartolomé, 2012

Se ha sometido al aborto		Nivel de conocimientos			Total
		Deficiente	Regular	Bueno	
Nunca	Recuento	20	41	22	83
	%	17,7 %	36,3 %	75,9 %	19,5 %
Una o más veces	Recuento	8	15	7	30
	%	7,1 %	13,3 %	6,2 %	26,5 %
Total	Recuento	28	56	29	113
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Chi cuadrado = 0,147 gl: 2 P = 0,929

Al ser sometido a la prueba de chi cuadrado, se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (P = 0,929).

Tabla de antecedentes de aborto en mujeres en edad fértil, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2012

Se ha sometido al aborto	Frecuencia	%
Nunca	83	73,5
Una o más veces	30	26,5
Total	113	100,0

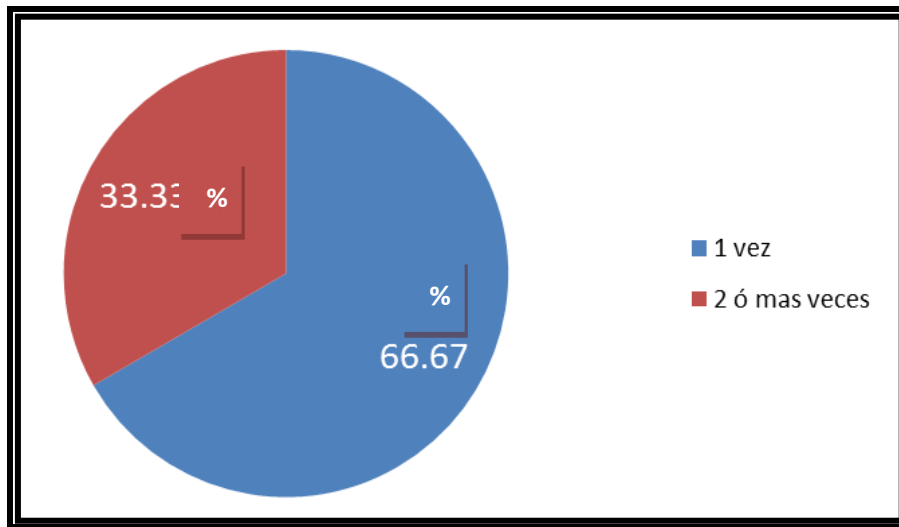
Tabla de actitudes frente al aborto según años de estudio en mujeres en edad fértil, Hospital San Bartolomé, 2012

Años de estudio		Actitudes			Total
		Aceptación	Indiferencia	Rechazo	
Primer nivel (< 8 años de estudio)	N	11	13	8	32
	%	34,4 %	40,6 %	25,0 %	100,0 %
Segundo nivel (9-13 años)	N	16	23	12	51
	%	31,4 %	45,1 %	23,5 %	100,0 %
Tercer nivel (14 a más)	N	5	15	10	30
	%	16,7 %	50,0 %	33,3 %	100,0 %
Total	N	32	51	30	113
	%	28,3 %	45,1 %	26,5 %	100,0 %

Chi cuadrado = 3,046 gl: 4 P = 0,550

Al ser sometido a la prueba de chi cuadrado, se determinó que no existe relación estadísticamente significativa (P = 0,550).

Gráfico de reincidencia de práctica abortiva en mujeres en edad fértil que admiten haber practicado aborto, Hospital San Bartolomé, 2012 (n = 30)



Anexo F. Estructura poblacional y distribución muestral

SERVICIO	POBLACIÓN		MUESTRA
	Mujeres en edad fértil (Ni) (Promedio semanal)	Probabilidad (p = Ni/N)	n = p*n
Consultorios externos	96	0.417391	47
Puerperio normal	44	0.191304	22
Poscesareadas	44	0.191304	21
Alto riesgo	46	0.200000	23
TOTAL	N = 230	1.000000	N = 113