



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**EVALUACIÓN DE PERCEPCIONES, ACTITUDES Y CONDUCTA SEXUAL EN
MUJERES POST- ABORTO ATENDIDAS EN EL “HOSPITAL JOSÉ CARRASCO
ARTEAGA”. CUENCA. 2016.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORES: GERMÁN ERNESTO CABRERA BUSTAMANTE

CI: 0941110611

ANDREA CRISTINA RIERA ROBLES

CI: 0105638357

DIRECTORA: DRA. DIANA PATRICIA VANEGAS COVEÑA

CI: 0102545340

ASESORA: DRA. JEANNETH PATRICIA TAPIA CÁRDENAS

CI: 0104457767

CUENCA – ECUADOR

2017



RESUMEN

Antecedentes: el aborto y la etapa post aborto es un tema controversial en todo ámbito. Aunque existen muchos estudios sobre el aborto, son pocos los que se enfocan en analizar con mayor profundidad la psique y los cambios que ocurren a nivel perceptivo, actitudinal y conductual en mujeres post aborto.

Objetivo general: conocer las percepciones, actitudes y conducta sexual en mujeres pos taborto atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo Enero – Diciembre del 2016.

Materiales y métodos: estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se aplicó encuestas y se recolectó los datos de las mujeres que tuvieron un aborto y se atendieron en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2016. La información se tabuló en Excel y SPSS. Se evaluaron las percepciones, actitudes y conductas sexuales post aborto.

Resultados: el promedio de edad fue de 31,8 años, el grupo más frecuente fue de 36 años o más, el 45,5% estuvo casada, el 71,5% residía en el área urbana. Se consideraron mestizas el 96% y católicas el 87,8%. El 84,5% trabajaba y el 43,1% tuvo un tercer nivel de instrucción. La actitud post aborto más relevante fue la indiferente con un 60,2%. La percepción positiva alcanzó el 97,6%, mientras que la conducta sexual adecuada sobresalió con un 82,9%.

Conclusiones: El 60.2% presentó una actitud indiferente. La percepción positiva post aborto alcanzó el 97.6% y el 82.9% no mostró alteración en su conducta sexual.

PALABRAS CLAVE: ABORTO, PERCEPCIONES, ACTITUD, CONDUCTA SEXUAL.



ABSTRACT

Background: Abortion and the post abortion stage is a controversial issue in every area. Although there are many studies on abortion, there are few that focus on a deeper analysis of the psyche and perceptual, attitudinal, and behavioral changes in post-abortion women.

General objective: to know the perceptions, attitudes and sexual behavior in post-labored women attended at the José Carrasco Arteaga Hospital during the period January - December, 2016.

Materials and methods: quantitative, descriptive, cross-sectional and retrospective study. Surveys were applied and data were collected from women who had an abortion and were attended at the José Carrasco Arteaga Hospital during the year 2016. The information was tabulated in Excel and SPSS. Postoperative sexual perceptions, attitudes and behavior were evaluated.

Results: the mean age was 31.8 years, the most frequent group was 36 years or more, 45.5% were married, 71.5% lived in the urban area. They were considered mestizo 96% and Catholic 87.8%. 84.5% worked and 43.1% had a third level of education. The most relevant post-abortion attitude was the indifferent one with 60.2%. Positive perception reached 97.6%, while adequate sexual behavior stood out with 82.9%.

Conclusions: 60.2% presented an indifferent attitude. The positive post-abortion perception reached 97.6% and 82.9% showed no alteration in their sexual behavior.

KEY WORDS: ABORTION, PERCEPTIONS, ATTITUDE, SEXUAL BEHAVIOR.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPÍTULO I.....	13
1.1. Introducción.....	13
1.2. Planteamiento del problema.....	16
1.3. Justificación del problema.....	17
CAPÍTULO II.....	20
2. Fundamento teórico.....	20
2.1. Aborto.....	20
2.2. Tipos de aborto.....	20
2.2.1. Aborto espontáneo o aborto natural.....	20
2.2.2. Aborto provocado o inducido.....	21
2.2.3. Aborto terapéutico (AT).....	21
2.3. Clasificación clínica del aborto.....	22
2.4. Post aborto.....	23
2.5. Actitud.....	24
2.5.1. Tipos de actitud.....	24
2.6. Actitudes en las mujeres post aborto.....	25
2.7. Percepciones.....	27
2.8. Conducta sexual.....	28
CAPÍTULO III.....	32
3. Objetivos.....	32
3.1. Objetivo general.....	32
3.2. Objetivos específicos.....	32
CAPÍTULO IV.....	33
4. Diseño metodológico.....	33
4.1. Tipo de estudio.....	33
4.2. Área de estudio.....	33
4.3. Universo.....	33
4.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	33
4.4.1. Criterios de inclusión.....	33
4.4.2. Criterios de exclusión.....	33
4.5. Variables.....	34
4.5.1. Operacionalización de las variables.....	34
4.6. Métodos técnicas e instrumentos.....	34
4.6.1. Métodos de procesamiento de la información.....	34



4.6.2. Técnica	34
4.6.3. Instrumentos	34
4.7. Procedimientos	35
4.7.1. Autorización	35
4.7.2. Supervisión	35
4.8. Plan de tabulación y análisis.....	36
4.9. Aspectos éticos.....	36
CAPÍTULO V	37
5. Resultados	37
CAPÍTULO VI	40
6. Discusión.....	40
CAPÍTULO VII	44
7. Conclusiones y recomendaciones.....	44
7.1. Conclusiones	44
7.2. Recomendaciones	44
CAPÍTULO VIII	46
8. Referencias bibliográficas	46
CAPÍTULO IX	53
9. Anexos	53



**CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL.**

Yo, Germán Ernesto Cabrera Bustamante, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “EVALUACIÓN DE PERCEPCIONES, ACTITUDES Y CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES POST-ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA. 2016.”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 06 de octubre del 2017.

.....
Germán Ernesto Cabrera Bustamante

CI: 0941110611



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Germán Ernesto Cabrera Bustamante, autor del proyecto de investigación “EVALUACIÓN DE PERCEPCIONES, ACTITUDES Y CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES POST- ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA. 2016.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 06 de octubre del 2017.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Germán Ernesto Cabrera Bustamante', with a decorative flourish underneath.

.....
Germán Ernesto Cabrera Bustamante

CI: 0941110611



**CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL.**

Yo, Andrea Cristina Riera Robles, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “EVALUACIÓN DE PERCEPCIONES, ACTITUDES Y CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES POST- ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA. 2016.”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 06 de octubre del 2017.

.....
, Andrea Cristina Riera Robles,

CI: 0105638357



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Andrea Cristina Riera Robles, autora del proyecto de investigación “EVALUACIÓN DE PERCEPCIONES, ACTITUDES Y CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES POST-ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA. 2016.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 06 de octubre del 2017.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Andrea Riera Robles', with a stylized flourish at the end.

.....
Andrea Cristina Riera Robles

CI: 0105638357



DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado sin duda alguna a mis padres: Germán Cabrera y Mariela Bustamante, quienes supieron alentarme y animarme en los momentos más duros de mi carrera, gracias por cada una de sus palabras y comprensión cuando más la necesitaba; a mis hermanos: Andrés y Gabriel Cabrera, quienes han sido un claro ejemplo y motivación para culminar mi carrera y entender que en este mundo de la medicina nada se consigue sin perseverancia ni esfuerzo.

German Ernesto Cabrera Bustamante



DEDICATORIA

Por toda la paciencia y apoyo a lo largo de mi carrera universitaria y en mi vida, dedico el presente trabajo de investigación a mis padres, hermanos y amigos que siempre han estado a mi lado alentándome a seguir con pasos firmes en el camino de la Medicina.

Andrea Cristina Riera Robles.



AGRADECIMIENTOS

A Dios por habernos permitido existir y brindado salud para cumplir con nuestra misión en este mundo.

A la Dra. Diana Vanegas por habernos orientado en el desarrollo de nuestra investigación

A la Dra. Jeanneth Tapia por su apoyo incondicional durante este trabajo investigativo.

A toda nuestra familia y amigos por haber estado siempre pendientes y alentarnos en los momentos más difíciles de nuestra carrea.

LOS AUTORES.



CAPÍTULO I

1.1. Introducción

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o la expulsión de un feto o embrión que pesa menos de 500g. Puede ser inducido o espontáneo, el primero es el procedimiento realizado por alguien que termina de manera consciente con un embarazo en curso, y el segundo se atribuye a fenómenos naturales. Muchos países son restrictivos sobre estas prácticas, lo que hace que algunas mujeres recurran a interrupciones o abortos de forma ilegal e insegura, poniendo en grave peligro su vida y su salud, situación que convierte al aborto en un problema de gran relevancia por su alta incidencia, mortalidad y relación con otros aspectos como el jurídico, moral, sociodemográfico y psicológico ^{(1) (2)}.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el año 2010 y 2014 se produjeron 56 millones anuales de abortos inducidos. La tasa estimada de este tipo de aborto alcanzó los 35 por cada 1000 mujeres que tenían entre 15 a 44 años, sobre todo en países en vías de desarrollo ⁽³⁾. En cuanto al aborto espontáneo, se estima que las mujeres que intentan embarazarse, el 25% presenta al menos uno ⁽⁴⁾. Seghd et al, Estados Unidos, 2016, concluyó que las tasas de aborto inducido han disminuido desde 1990 (40 mujeres por cada 1000 entre 15 a 44 años) al 2014 (35 por cada 1000) en el mundo desarrollado, pero no en los países en desarrollo ⁽⁵⁾.

La situación epidemiológica del aborto (espontáneo, inducido) en Europa es alarmante. En España el aborto espontáneo clínico se produce entre el 10 y 20% de los embarazos. La mayoría son preclínicos (60%) y por lo general el 85% acontece antes de la duodécima semana de embarazo ⁽⁶⁾. En países donde el aborto no es penalizado, la frecuencia de este entre la población de 15 - 19 años es alta. Seghd et al, New York 2014 encontró porcentajes de 55, 61, 50, 48, 59 y 69% en Finlandia, Francia, Holanda, Slovakia, Suecia y Suiza respectivamente ⁽⁷⁾.

Estados Unidos no está exento de esta problemática, en el 2014 se reportaron aproximadamente 926240 casos de aborto inducido, fueron las mujeres solteras con



edades entre 20 a 24 años la que registraron el pico más alto de este tipo de aborto ⁽⁸⁾.

En América Latina y el Caribe la realidad estadística del aborto no difiere con la de los países mencionados, en México por ejemplo ocurren aproximadamente 4'200,000 embarazos por año, solamente el 60% llega a término, el porcentaje restante termina con abortos espontáneos o abortos inducidos ⁽⁹⁾.

En Bogotá-Colombia año 2013 la tasa de abortos fue de 18 por cada 1000 mujeres. En el estudio de Saab F y Tommas C, Brasil, 2016 realizado en el estado de Sergipe- Brasil, se evidenció que la prevalencia de aborto en ese estado era de 18,94% ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾.

El registro oficial de abortos en el Ecuador muestra una disminución paulatina desde el 2011, cuando hubo 25316 casos; entre el 2013 y el 2014 los casos bajaron de 23286 a 20812, según el Ministerio de Salud Pública (MSP) ⁽¹²⁾. De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica del MSP sobre aborto, el espontáneo es el más frecuente con una tasa de uno de cada cinco embarazos; el 22% termina en un aborto inducido ⁽²⁾. Sobre los trabajos de aborto en el Ecuador, Urgilés M. y Lema F. reportaron que en el año 2015 se atendieron 371 en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, de ellos el 26,4% tuvo abortos previos ⁽¹³⁾. En el año 2009, Buenaño N. en su estudio encontró que según datos otorgados por el Hospital de Riobamba fueron atendidos 479 casos de abortos, de ellos el 56,37% se produjeron entre la 1-10 semana de gestación ⁽¹⁴⁾. Espinoza M, en Ecuador, 2015 en su trabajo reporta que durante el 2014 en el Hospital Teófilo Dávila se registraron 760 mujeres con aborto espontáneo ⁽¹⁵⁾.

Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal (mutaciones cromosómicas) como materno (infecciones, DMT1-2, tabaco, alcohol, cafeína, radiaciones, factores inmunitarios etc.) que producen alteraciones y la pérdida espontánea del producto de la gestación. Alrededor del 30% al 50% de este tipo de abortos son citogenéticamente anormales; las alteraciones en el cariotipo son hasta de 50% a las 8-11 semanas de gestación y 30% a las 16-19 semanas de gestación ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

Sobre los motivos, causas o factores asociados del aborto inducido, se habla del



embarazo no deseado, la situación económica no favorable y el deseo de continuar con un proyecto de vida, como los principales factores que impulsan esta decisión ⁽¹⁶⁾. En este mismo contexto, Souza et al, en Brasil, 2012 consideró a la nuliparidad como factor de riesgo a la hora de decidir realizarse un aborto ⁽¹⁷⁾. En otro estudio en el mismo país se concluyó que las mujeres solteras, sin soporte familiar adecuado o víctimas de violencia doméstica son más propensas a tomar esta decisión ⁽¹⁸⁾. Orjuela, Colombia, 2012, también afirma que las relaciones no estables o de conflicto con la pareja, la presión de los padres, la estigmatización y rechazo social y moral por un embarazo fuera del matrimonio, son causas importantes para recurrir al aborto ⁽¹⁹⁾.

Por mucho tiempo el aborto ha sido y será tema de debate y controversia para religiosos, médicos y políticos. Los únicos países latinoamericanos que lo permiten son: Cuba, México, Puerto Rico y Uruguay. Nuestro país aprueba la decisión de abortar únicamente en dos casos: cuando está en riesgo la vida de la madre y cuando el producto es el resultado de una violación a una madre con discapacidad; La Guía de Práctica Clínica de Atención del Aborto Terapéutico, Ecuador, 2015 define a esta última como aquella persona que tiene una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, y que además ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una proporción equivalente al 40% de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional; de no ser así la constitución penaliza con 7-10 años o 6 meses - 2 años de cárcel al médico que realice el aborto o mujer que lo solicite respectivamente ⁽¹⁰⁾ ⁽²⁰⁾.

Existen muchos estudios acerca de la caracterización y factores de riesgo asociados al aborto, pero el número es limitado cuando hablamos de las consecuencias psicológicas del mismo, sobre todo porque no se suelen hacer valoraciones médicas sistemáticas de las pacientes tras el aborto y porque, generalmente, las mujeres que han abortado no suelen ser propicias a seguir relacionándose con el médico que les practicó el aborto, ni a querer hablar de ello.

Actualmente se acepta, en general, que toda mujer que aborta, incluso en abortos



espontáneos, puede tener cierto grado de afectación y llegar a desarrollar el Síndrome Post Aborto o proceso de duelo, caracterizado por ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, alteraciones de la conducta: disfunciones sexuales, trastornos alimentarios, agresividad, distorsiones de las relaciones sociales (aislamiento, explotación permitida o resignación ante el maltrato) y problemas adictivos de distintos tipos e intensidades ⁽²¹⁾.

Todo lo expuesto sobre el aborto, lo instaura como un problema de gran trascendencia, frente a esta realidad, no se trata de facilitar el aborto como camino de solución, si no de resolver el problema de fondo con solidaridad. Claro ejemplo de ello son las experiencias exitosas de iniciativas de acogida a mujeres que deseen abortar, mismas que han continuado con su gestación luego de encontrar ayuda concreta frente al embarazo inesperado ⁽²²⁾. Por otra parte, Briozzo, Uruguay, 2013 en su investigación determinó que la estrategia más efectiva para reducir el número de abortos voluntarios se basa en tres pilares fundamentales: planificación familiar (anticoncepción de eficacia y accesible para lograr disminuir el embarazo no deseado), educación en salud, derechos sexuales y reproductivos (para obtener el ejercicio responsable de la sexualidad) y el brindar servicios seguros (para reducir el riesgo de aborto y complicaciones) ⁽²³⁾.

1.2. Planteamiento del problema

La forma como se afronta un aborto puede ser muy diferente entre las mujeres, pero no se puede negar que, en la mayoría de ellas, las consecuencias físicas, emocionales (dolor o culpa), sociales y espirituales desestructuran la personalidad. Este fenómeno estresante (aborto) en algunos casos favorece la aparición de problemas biopsicosociales; más aún si no hubo un acompañamiento psico-espiritual adecuado durante todo el proceso del duelo. Sin duda, se necesitará de bastante tiempo para que la mujer logre superar este hecho y sienta nuevamente deseos de ser madre ^{(18) (24)}.

En las mujeres que han experimentado un aborto espontáneo, el proceso de adaptación puede resultar muy difícil, debido a esa sensación de impotencia o sentimiento de culpa que la madre tiene por no haber hecho nada para evitarlo; por el contrario, en el aborto inducido a lo largo del proceso de duelo, se experimentan grandes sentimientos de ira



con todas las personas que tuvieron que ver con la decisión del aborto, directa o indirectamente incluyéndose a sí misma ⁽²⁵⁾.

Gómez et al, Pamplona – España, 2005 en su trabajo sobre categorización diagnóstica del síndrome post aborto, narra la historia de una mujer española de 18 años que quedó embarazada y decidió abortar por decisión propia, hace énfasis en que aquello le marcó, generando un gran sentimiento de culpa, labilidad afectiva, dificultades de adaptación a su pareja y trastornos de su conducta alimentaria ⁽²⁶⁾. Muy distinta a esta, es la historia de otra paciente mencionada en el trabajo de Peña et al, Perú, 2011 quien, tras sufrir un aborto espontáneo, comenta haber tomado la noticia de dicha pérdida desde otra perspectiva, manifestando alivio y tranquilidad, porque no se sentía en condiciones de afrontar el embarazo debido a un periodo intergenésico corto y otras razones ⁽²⁷⁾.

La actitud que pueda tener una mujer con respecto al aborto siempre ha sido intrigante. Vélez K. en su estudio en el año 2013, llevado a cabo en adolescentes acerca de la “Relación entre la funcionalidad familiar y la actitud según género frente al aborto”, determinó que el 21% tiene una actitud de acuerdo con el aborto ⁽²⁸⁾; sin embargo, se debe tener en cuenta que este grupo de estudio no lo había experimentado; por lo tanto, conocer su actitud luego de haber pasado por tal situación hubiese sido importante.

Colunche et al, en Perú, 2014 en su trabajo mencionan al Dr. Gil C. quien, en el curso de Obstetricia y Ginecología dictado por la Universidad de los Andes, muy aparte de las secuelas físicas del aborto, hace hincapié en las psicológicas especificando de estas, el síndrome depresivo, culpa, y cambios en la conducta sexual como: disminución de la libido, frigidez y despersonalización de afectividad ⁽²⁴⁾.

Casos similares se encuentran en el trabajo realizado en la ciudad de Machala, Ecuador, sobre “Duelo en Aborto espontáneo”, en donde se evidenció ciertas emociones y actitudes como negación, tristeza, vacío, desamparo, reproche, ira y culpa ante problemas intrafamiliares en las mujeres que pasaron por esta etapa del post aborto ⁽¹⁵⁾.

Considerando la experiencia del aborto como una vivencia subjetiva, y respaldándonos



en estudios previos, es evidente que podemos encontrar alteración de ciertas motivaciones existenciales además de discrepancia en cuanto a la auto comprensión y adaptación del proceso entre las mujeres que vivieron este suceso.

Al existir estudios y datos de la alta frecuencia de abortos en los Hospitales de Cuenca ⁽¹³⁾, pero al carecer de estudios enfocados en el post aborto, nos planteamos las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las percepciones de las mujeres que tuvieron un aborto y fueron atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga?
- ¿Cuáles son las actitudes de las mujeres que sufrieron un aborto?
- ¿Cómo es la conducta sexual de las mujeres que experimentaron un aborto?

1.3. Justificación.

El tema que se desarrolló se enmarca dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública 2013-2017, en el área de Maternas, línea de aborto y sub línea de secuelas. Considerando que las secuelas biopsicosociales de un acontecimiento traumático constituyen un riesgo trascendental para el desarrollo de cualquier trastorno conductual, perceptivo, o emocional de la persona o en el peor de los casos para la destrucción de la familia, y que además a nivel nacional y local no existen normas claras o protocolos que aborden de manera integral la atención de mujeres que experimenten el problema post aborto, donde se atienda todo el proceso adaptativo de este suceso, fue necesario realizar este estudio para entender la realidad vista desde el propio sujeto, que a través de su discurso reveló las necesidades reales y de intervención que son necesarias implementarse en los distintos hospitales a nivel local para la atención íntegra de futuras mujeres con este problema.

Hemos constatado que la única atención brindada por parte de los profesionales de la salud especialistas en el tema, es la resolución quirúrgica o médica inmediata del aborto sin importar la etapa posterior al mismo; consideramos de gran relevancia la realización de este estudio con el objetivo de conocer las percepciones, actitudes y conducta sexual post aborto, ya que según la literatura revisada constituye un problema de salud para la



persona que experimenta esta situación, además de repercutir en su familia y entorno social ⁽²⁴⁾.

Esperamos que la difusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones lleguen a autoridades de salud, de universidades y distintos centros de atención para la resolución de esta importante problemática.



CAPÍTULO II

2. Fundamento teórico

2.1. Aborto.

Williams et al. hacen referencia al National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention y la Organización Mundial de la Salud para definir al aborto como la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o la expulsión de un feto que pesa menos de 500g. Sobre esta definición hay que considerar también que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia acota que en ocasiones el recién nacido que pesa < 500g puede ser reanimado y sobrevivir, y si ingresa a una unidad neonatal y fallece al poco tiempo se registrará como muerte neonatal ⁽¹⁾(6).

2.2. Tipos de aborto

2.2.1. Aborto espontáneo o aborto natural.

El aborto espontáneo (AE) es la pérdida del producto de la concepción, sin inducción, antes de las 20 semanas de gestación o cuando el embrión pesa 500 gramos o menos. El 80% de estos abortos ocurren en las primeras 12 semanas de gestación; el 20% restante ocurre entre las 12 y 22 semanas ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾.

Bouquet, en Colombia, 2012, y Castillo et al, Chile, 2014 en sus trabajos reportan datos similares en cuanto a la incidencia de abortos espontáneos (10 - 18 % respectivamente). También mencionan que aproximadamente un tercio de todas las mujeres tienen un AE alguna vez en sus años fértiles y que alrededor de un 5% de las parejas enfrentará una pérdida reproductiva recurrente, es decir, dos o más abortos espontáneos ⁽³⁰⁾ ⁽³¹⁾.

Como se mencionó, las causas del aborto espontáneo obedecen a un patrón multifactorial. Problemas a nivel fetal (mutaciones cromosómicas) como materno (infecciones, DMT1-2, tabaco, alcohol, cafeína, radiaciones, factores inmunitarios etc.) son responsables de la alteración y pérdida espontánea del producto de la gestación. La Guía de Práctica Clínica de Aborto refiere que alrededor del 30% al 50% de este tipo de abortos son citogenéticamente anormales y que las anomalías en el cariotipo llegan



a ser hasta de 50% a las 8-11 semanas de gestación y 30% a las 16-19 semanas de gestación ⁽²⁾. En los abortos a repetición las causas de mayor importancia son también las genéticas en un 50% de los casos y el síndrome 21 antifosfolipídico en el 15% ⁽²⁴⁾.

En Santiago de Chile se hicieron 2416 estudios cito genéticos en restos de aborto en el Laboratorio Clínico de la Clínica Alemana desde 1991 hasta 2013 encontrando que la mayoría de estas alteraciones son anomalías cromosómicas numéricas (86%) y una minoría alteraciones cromosómicas estructurales y mosaicismo cromosómico con el 6 y 8% respectivamente ⁽³¹⁾.

2.2.2. Aborto provocado o inducido.

Es la interrupción deliberada del embarazo con feto no viable como resultado de intervenciones físicas, instrumentales o medicamentosas; estas intervenciones pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona ⁽³²⁾.

Debido al carácter restrictivo, en muchos países del mundo se registran cifras exuberantes de su práctica clandestina, cuya importancia radica en las elevadas tasas de mortalidad materna. Brozzio, Uruguay, 2013 en su revisión epidemiológica sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) concluye que las legislaciones liberales – despenalización, legalización, etc., de la IVE se relacionan de manera significativa, como elemento aislado, con la disminución del número de abortos voluntarios y tasas de morbimortalidad materna ⁽²³⁾.

2.2.3. Aborto terapéutico (AT).

Es el aborto inducido con la intención de proteger la salud o la vida de la embarazada cuando esta se encuentra en grave riesgo, sin embargo, no existe una lista referencial de las indicaciones por las que se puede realizar AT. Por esta razón, cada caso debe considerarse particularmente sobre la base de un análisis minucioso, y de acuerdo al criterio de los profesionales de la salud en conjunto con la mujer embarazada ⁽³²⁾ ⁽²⁰⁾.

En nuestro país, el AT según el Código Integral Penal es permitido únicamente en dos



situaciones:

“Para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”.

“Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca un 40% de discapacidad física, mental, intelectual o sensorial (debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional), que afecte su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria.

Este panorama jurídico sobre AT es similar en países de Latino América como Argentina, Bolivia, Colombia, Brasil, Perú, Paraguay y recientemente Chile ⁽³³⁾. Es importante también mencionar que en algunos de ellos los problemas fetales (malformaciones) demostrados médicamente permiten realizar un AT no punible. Pese a que nuestro país aprueba el aborto terapéutico y en Cuenca el 81% de los ginecólogos de los hospitales públicos conocen esta ley, de ellos tan solo el 29,6% puede citar correctamente las causales no punibles de aborto según concluyeron Vega et al ⁽³⁴⁾.

Guevara E, Perú, 2015 en el estudio que realizó sobre aborto en el Instituto Perinatal de Perú durante los años 2009-2013, de las 26214 mujeres que fueron atendidas, determinó que el 0,23% (61 casos) del total de abortos correspondieron a interrupción terapéutica del embarazo, siendo las principales causas, malformaciones congénitas fetales, el lupus eritematoso sistémico y los trastornos hipertensivos ⁽³⁵⁾.

2.3. Clasificación clínica del aborto

Según la Guía de Práctica Clínica de Aborto del Ministerio de Salud Pública tenemos ⁽²⁾:

- **Amenaza de aborto:** se caracteriza por sangrado vaginal de magnitud variable antes de la semana 20 de gestación, conjuntamente con dolor hipogástrico tipo cólico y un volumen uterino acorde con la amenorrea sin dilatación cervical evidente.
- **Aborto inevitable:** fácilmente distinguible si encontramos un volumen uterino igual o menor que lo esperado por la amenorrea además de sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico. El cuello



cervical puede o no estar dilatado.

- **Aborto incompleto:** cuando hay una expulsión parcial del producto concebido, sangrado uterino, dolor tipo cólico de magnitud variable y dilatación cervical evidente.
- **Aborto completo:** es la expulsión completa del producto de la concepción. El sangrado uterino y el dolor disminuyen de forma simultánea con el cierre de orificio cervical.
- **Aborto diferido:** también denominado huevo muerto retenido, se diagnostica cuando no hay vitalidad fetal (latidos cardíacos) ni modificaciones cervicales.
- **Aborto séptico:** puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto. Existe secreción hemato-purulenta a través del cérvix con olor fétido, además de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección. Al examen físico suele encontrarse hipersensibilidad supra púbrica, dolor abomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero.

Sobre la presentación clínica del aborto, López F y Morales K encontraron que en Azogues – Cañar, la frecuencia de abortos atendidos en el Hospital Homero Castanier en el 2013 fue de 6,91%, y de ellos el aborto clínico más prevalente fue el incompleto con el 52,2% seguido del aborto diferido con el 34,8% ⁽³⁶⁾.

2.4. Post aborto

Partiendo de las palabras del Dr. John C. Willke "es más fácil sacar al niño del útero de su madre que sacarlo de su pensamiento". Podemos decir en base a lo revisado, que el aborto destruye el vínculo natural entre padres, quedando ambos con una sensación de vacío, lo que dificulta su relación ⁽²⁵⁾.

Como se mencionó en párrafos iniciales, por lo general esta situación de conflicto se acompaña de la vivencia de un difícil desarrollo del duelo, pues esta es una etapa de desequilibrio donde el sufrimiento, la desesperanza, la desilusión y el dolor profundo son síntomas frecuentes, y si a esto le sumamos la inmadurez psicológica o carencia de autoestima, las repercusiones actitudinales, emocionales o de conducta sexual en las



mujeres podrían ser mayores ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾.

El síndrome post - aborto (SPA), es un tema de gran importancia en la actualidad, sin embargo como menciona Gómez G, Colombia, 2012 en su artículo de revisión, aún no está definido ni reconocido por la comunidad científica o médicos debido a su semejanza con los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Post-Traumático TEPT; pese a esto durante su revisión sistemática de artículos sobre el SPA, la mayoría de ellos definen su existencia y lo conceptualizan como una “serie de trastornos psicológicos y psicosomáticos que experimentan muchas mujeres, consecuente a un aborto, provocando un debilitamiento físico y emocional que altera el bienestar no solo individual sino también socio familiar”. Entre los síntomas que con mayor frecuencia encuentra Gómez en los distintos estudios son: depresión con un 69%, pensamientos, tendencias suicidas o intento de suicidio en un 54%, culpa en un 54%, la ira con 46%, la pena, el remordimiento e incapacidad de perdonarse a sí mismo o a otros, relaciones rotas, disminución del deseo sexual, disfunciones sexuales, y aislamiento con un 38% ⁽³⁷⁾.

2.5. Actitud

Conjunto de creencias o cogniciones que permiten responder de manera más o menos favorable hacia algo o alguien en una situación determinada; depende básicamente de aspectos internos del individuo para reaccionar a favor o en contra del objeto. Las actitudes por lo general, son medios importantes para predecir, inclusive modificar la conducta humana ⁽³⁸⁾ ⁽²⁴⁾.

Las actitudes se evalúan (diagnostican) a partir de diferentes métodos; sin embargo, los más utilizados son los conocidos como “escalas”, sobre las cuales las personas indican su nivel de acuerdo o desacuerdo. Dentro de las diferentes escalas que existen, una de las más utilizadas es el sumativo de Liker ⁽³⁹⁾.

2.5.1. Tipos de actitud

- **Actitud positiva:** caracteriza a individuos que se esfuerzan por ver lo bueno en todo, y mantener la esperanza y el optimismo aún en las dificultades. Las



personas positivas buscan resolver los problemas de alguna forma ⁽⁴⁰⁾.

- **Actitud negativa:** acompaña a las personas que observan todo con pesimismo, aún si las cosas van bien, las personas con una actitud negativa se enfocarán en aquello que va mal y le darán una importancia innecesaria no acorde para la situación ⁽⁴⁰⁾.
- **Actitud desinteresada:** la persona con esta cualidad jamás busca el beneficio propio que pueda traerle tal hecho o actividad a su vida; su centro de enfoque es el prójimo al que no le considera como un medio o instrumento, sino como un fin ⁽⁴¹⁾ ⁽²⁴⁾.
- **Actitud manipuladora:** es característica de las personas que no consiguen progresar por sus propios medios; sino más bien lo hacen mediante otro, lo utilizan como un instrumento, de modo que el cuidado que se le confiere desde un principio, tuvo como fin: beneficiarse a sí mismo ⁽⁴¹⁾.
- **Actitud emotiva:** definida como el afecto, el cariño, el enamoramiento, expresadas por una persona, y que se hallan ensambladas a una condición de generosidad ⁽⁴¹⁾.
- **Actitud interesada:** propia del individuo que quiere llegar a un fin determinado, razón por la que actúa premeditadamente para conseguir su objetivo ⁽⁴⁰⁾.
- **Actitud integradora:** pretende conseguir la unión de las personas, a través de la comunicación que se origina entre individuos, buscando con esto, concebir su universo íntimo y su bien ⁽⁴⁰⁾.

2.6. Actitudes en las mujeres post aborto.

En nuestra investigación buscamos integrar a las actitudes como favorables, indiferentes o desfavorables según los sentimientos vividos del post aborto. Por lo tanto, tenemos:

- **Actitud favorable:** es una forma de respuesta positiva a alguien o a algo, en este caso al aborto, probablemente porque no presentaron ninguna secuela física, psicológica o socio familiar.
- **Actitud indiferente:** son aquellas respuestas neutrales de las mujeres frente al aborto experimentado, se considerará esta actitud a las mujeres post aborto que



no mostraron interés en compartir su estado emocional al momento de ser encuestadas debido al carácter personal del mismo.

- **Actitud desfavorable:** son aquellas acciones negativas de las mujeres hacia la crisis padecida por el aborto, englobará aquellos casos que resultaron afectados en gran medida, presentando cambios de personalidad y comportamientos no favorables.

Fernández E, Perú, 2015 en su trabajo investigativo de revisión sobre secuelas psicológicas, destaca los principales comportamientos actitudinales de mujeres que han vivido cualquier tipo de aborto. Hace referencia a trabajos desarrollados en Noruega y California en donde los autores encontraron que la posibilidad de presentar dependencia nicotínica, consumir cannabis o algún otro tipo de droga ilegal se multiplicaba por tres en quienes habían tenido algún aborto inducido, sobre lo mencionado, López N. 2012, dice que esta probabilidad pueda ser consecuencia de los esfuerzos para bloquear o evitar el dolor psicológico asociado. Fernández E. 2015 también hace énfasis en trabajos de la Universidad de Ginebra, Polonia y China en donde encuentra similitud de síntomas como nerviosismo, disminución de la capacidad de trabajo, frigidez, sentimiento de culpabilidad, pérdida de la confianza para la toma de decisiones, conducta autodestructiva buscando relaciones abusivas o aislándose de sus amigos y familia ⁽⁴²⁾ ₍₄₃₎.

En este mismo ámbito, Mendoza B. et al, México, 2013 en su estudio sobre personalidad y post aborto en mujeres que habían experimentado más de uno (espontáneo/inducido) y solicitaron atención en un hospital de la ciudad de México, encontraron claras diferencias entre los dos grupos; en aquellas mujeres que se habían inducido el aborto, la relación con su pareja se tornó hostil, específicamente en el caso de las mujeres que estaban casadas, la relación se tornó agresiva, de mucha desconfianza. De igual forma las que estaban solteras se sintieron abandonadas, llegaron a concluir con la relación debido a que se responsabilizaba a la pareja de que el aborto se hubiera dado ⁽⁴⁴⁾.



2.7. Percepciones.

La percepción es un proceso que realiza el cerebro. Consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos como el aprendizaje, la memoria y la simbolización ⁽⁴⁵⁾.

Sobre las percepciones en mujeres que han tenido un aborto provocado, Petracci M et al, Argentina, 2012 concluyen en su trabajo que el aspecto legal del aborto no es algo que se tome en cuenta a la hora de decidir la interrupción del embarazo. Determinaron también que para mujeres y varones el aborto es un hito en sus trayectorias personales con consecuencias sentidas en la vida sexual, afectiva, reproductiva y anticonceptiva; pero ese hito marca las trayectorias de manera diferencial para las mujeres que para los varones, quienes son por definición, participantes secundarios del proceso. En cuanto a la clase social, según los autores el estrato socioeconómico y educativo parece determinar patrones identificables, más que la generación u otras variables sociodemográficas pues en las mujeres pobres, al primer embarazo le sigue un hijo (o más hijos) y luego el aborto; mientras, en las mujeres de clases medias y altas, al primer embarazo le sigue el aborto y, eventualmente luego, los hijos ⁽⁴⁶⁾.

El rol protagónico y machista del hombre aún tiene gran connotación en nuestra sociedad y muchas otras. El aborto es una de las consecuencias del machismo y de la violencia del hombre sobre la mujer para seguir teniéndola sometida sin asumir responsabilidades, razón por la que el aborto es considerado, por la mujer y por su familia como un problema de ella y no de su pareja, aunque todos coinciden que cuando una mujer sale embarazada es el resultado de una relación sexual generalmente desprotegida que involucra a la pareja.

Con respecto a la percepción del hombre en cuanto al significado, práctica del aborto y el estado post aborto, Carril E y López A, Uruguay 2012 determinaron que para los varones el aborto no resulta ni indiferente ni ajeno y que lo consideran una experiencia significativa en sus vidas y en la vida de las mujeres, algo que resulta paradójico pues



para la mayoría de ellos se concibe como un asesinato/homicidio, acto de desamor/acto antinatural o como un mal necesario (producto del descuido y la irresponsabilidad) (47).

Considerando las causas asociadas al aborto como: evitar la maternidad, condición socioeconómica, problemas en la relación, edad, motivos de salud, violaciones etc. encontradas en distintos estudios (37) (42) (43), buscamos englobar las percepciones de todas estas luego de haber experimentado un aborto:

- **Percepción positiva:** definida como el proceso por el cual las mujeres en estudio, conocen y reflexionan sobre el tema del aborto, es decir si lo reconocen como ilegal, saben sus complicaciones, pero sin embargo lo practicaron por razones personales o por presión de terceros y están seguras de no reincidir en el mismo acto.
- **Percepción negativa:** es el proceso cognitivo de la mujer, para representar la realidad del aborto como un método para evitar la maternidad, sin importar los riesgos y lo ilegal que sea, sintiendo un alivio después de haberse practicado un aborto.

2.8. Conducta sexual.

Antes de hablar sobre conducta sexual es necesario diferenciarla de comportamientos sexuales, pues en muchas situaciones se utilizan erróneamente estos términos.

El comportamiento sexual es la práctica realizada por una persona por el hecho de ser construido y compartido socialmente, lo que remite la elaboración de las imágenes, sentidos y significados atribuidos al ejercicio de la sexualidad. Las conductas sexuales, a diferencia del comportamiento incluyen la masturbación y conductas homosexuales o heterosexuales, como el inicio del coito o actividad sexual, Bahamon M et al, Colombia, 2014 (48).

Entre otros conceptos sobre conducta sexual, se menciona a la manera de expresar Los sentimientos sexuales, incluyendo besos, caricias, masturbación, actos sexuales no



penetrativos, sexo oral, vaginal y anal, sexo por teléfono, sexo por chat y sexo virtual. Dicho esto, cabe recalcar que la orientación sexual no está ligada de forma necesaria a una conducta sexual, la experimentación con parejas del mismo sexo ocurre en individuos que después se identifican como homosexuales o heterosexuales. Esto se refleja en las discrepancias entre atracción sexual, conductas y auto identificación que muestran diversos estudios y refleja que la identidad sexual es un proceso interno y no una reacción a la conducta sexual, Corona y Funes, Chile, 2015 ⁽⁴⁹⁾.

La conducta sexual adecuada o de riesgo que practique una persona puede determinar a corto o largo plazo consecuencias positivas o negativas en su vida, puesto que las conductas sexuales de riesgo tales como tener relaciones sin preservativo o en estado etílico, promiscuidad, entre otras, han incrementado su prevalencia y no porque exista desconocimiento sobre cómo protegerse, pues la mayoría de los jóvenes conoce las diferentes estrategias, sin embargo, se presentan altos índices de riesgo por no usar el preservativo y por las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas ⁽⁵²⁾.

Bahamon et al, Colombia, 2014 en su trabajo de revisión sobre “Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género” cita a Ruiz et al, 2010, Carrera et al, 2005, y Caballero et al, 2005 y concluye que el conocimiento sobre los métodos de protección sexual no es una garantía del uso de los mismos; pues el comportamiento de los estudiantes que tenían mayor conocimiento sobre aspectos específicos de la salud sexual y reproductiva no se diferenció del de otros jóvenes que no poseían el mismo grado de conocimiento al respecto. Según el autor, la posible respuesta a esto se basó en elementos predictores como la experiencia emocional, las habilidades comunicativas, las características personales, la toma de decisiones, las percepciones, las creencias y las actitudes frente a la sexualidad, Bahamon M et al, también determinaron en su trabajo que el papel de la experiencia emocional tiene relación con las conductas de riesgo, pues vieron que aquellos que habían experimentado emociones mixtas (alegría y miedo) tenían la tendencia a repetir la conducta de riesgo en un futuro ⁽⁴⁸⁾.

Mencionadas las conductas de riesgo, recalcamos la importancia del factor de la edad ya que la mayoría de las personas inician su vida sexual en la adolescencia, siendo el



uso tanto de anticonceptivos y preservativos muy limitados. Según las estadísticas cada año el 11% de los alumbramientos que se producen en el mundo (unos 16 millones) corresponde a jóvenes entre 15 a 19 años, superando el número de abortos adolescentes a los 2,5 millones.

Entre las consecuencias de una práctica sexual de riesgo tenemos la Interrupción voluntaria del embarazo (IVE). En España durante el año 2011 se realizaron 118359 I.V.E. de las cuales el 31% no utilizó ningún método anticonceptivo y el 32,24% utilizó un método de barrera. Llama la atención que el 12,45% tuvo un aborto previo y el 1,74% dos. Analizando estos datos podemos pensar que existe un importante grupo de mujeres susceptibles que incluso consideran a la interrupción del embarazo como un “método anticonceptivo”.

Se asocia a la I.V.E con varias repercusiones psicológicas tales como un mayor riesgo de depresión, ideación suicida, drogadicción, así como secuelas fisiológicas. A pesar de lo mencionado, la OMS asegura que la mayoría de las mujeres que tienen un aborto adecuadamente realizado no sufrirán ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva ⁽⁵³⁾.

En un contexto de salud mental, el aborto es considerado como una experiencia traumática pues involucra la pérdida de un ser vivo ya sea de manera voluntaria o no, quebrando el vínculo entre la madre y el no nacido y el sufrimiento emocional no reconocido. Según esto las mujeres que experimentan un aborto se ven afectadas de una u otra forma con sentimientos de tristeza, ansiedad, auto devaluación, trastornos en la conducta, reacciones autonómicas y de culpa junto con el proceso de duelo con tendencia a la cronicidad, a este cuadro se lo denomina Síndrome Post aborto ⁽⁵⁰⁾.

En una revisión realizada en el Council of Representatives de la American Psychological Association (APA), se estudió la relación entre el aborto y los problemas de salud mental en las mujeres. La principal conclusión fue que el riesgo relativo de padecer trastornos de salud mental, tras un único aborto legal del primer trimestre de un embarazo no deseado y no realizado por razones terapéuticas, no es mayor que el que el de las



mujeres que dan a luz por vía natural tras un embarazo, así mismo no deseado, de igual forma señala que en algunas mujeres que han abortado existieron situaciones de tristeza, pena, soledad y también depresión o ansiedad, sin embargo no existe suficiente evidencia para demostrar una asociación directa entre aborto y problemas de salud mental.

Priscilla Coleman investigó todos los artículos publicados en lengua inglesa entre 1995 y 2009 que incluían a 877181 mujeres. Esta revisión sistemática demostró que las mujeres que han abortado tienen un 81% más de probabilidades de padecer problemas mentales que las que no lo han hecho. Además, la posibilidad de sufrir problemas de ansiedad es en ellas un 34% mayor, y un 37% la de sufrir depresión. También es un 110% mayor la posibilidad de caer en el alcoholismo y un 220% mayor de consumir marihuana ⁽⁵¹⁾.

Las diferentes conductas post aborto respecto a salud mental, sexual o social que tome una mujer dependerá de los motivos por los cuales sucedió el aborto. La conducta sexual de una pareja se ve afectada de diferentes formas, tal es el caso de las mujeres que han abortado voluntariamente, en las que el deseo sexual se ve disminuido, aumenta la frigidez, en contraposición de abortos involuntarios en los cuales existe la tendencia a mantener relaciones sexuales con mayor frecuencia con el objetivo de un nuevo embarazo para reemplazar la pérdida anterior.

Los trastornos sexuales más frecuentes secundarios a un aborto son la pérdida o disminución de la libido sexual, problemas con la propia sexualidad, frigidez⁽⁴²⁾.



CAPÍTULO III

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Establecer las percepciones, actitudes y conducta sexual en mujeres post aborto atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga en el año 2016.

3.2. Objetivos específicos

3.2.1 Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas.

3.2.2 Determinar las actitudes de las mujeres que experimentaron un aborto.

3.2.3 Identificar las percepciones de las mujeres postaborto.

3.2.4 Establecer la conducta sexual de las mujeres que abortaron.



CAPÍTULO IV

4. Diseño metodológico

4.1. Tipo de estudio

Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

4.2. Área de estudio

El presente estudio se realizó en la Provincia del Azuay, en el área de Hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, en el año 2016.

4.3. Universo

La población de estudio estuvo constituida por 292 mujeres atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2016 con diagnóstico de aborto según la base de datos CIE-10 proporcionada por el mismo departamento, de las cuales, 123 mujeres participaron en el estudio y 169 fueron excluidas de acuerdo a los criterios de exclusión planteados.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1. Criterios de inclusión

- Todas las mujeres de cualquier edad, cuyo aborto fue atendido en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga en el año 2016.
- Mujeres que acepten participar en el estudio, previo consentimiento informado verbal.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Se excluyó a las pacientes con antecedentes de aborto, cuyas historias clínicas no registraron sus números telefónicos.
- Pacientes con números telefónicos incorrectos o que no atiendan a las



llamadas telefónicas.

4.5. Variables

Edad, estado civil, residencia, etnia, conviviente en el aborto, ocupación, nivel de instrucción, religión, paridad, actitud post aborto, percepción post aborto, conducta sexual post aborto.

4.5.1. Operacionalización de las variables (Ver anexo N°1)

4.6. Métodos técnicas e instrumentos

4.6.1. Métodos de procesamiento de la información

La información obtenida se tabuló por medio de los programas de Excel y SPSS. Los resultados fueron presentados en tablas.

4.6.2. Técnica

Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista telefónica dirigida a las a las pacientes que tuvieron abortos.

4.6.3. Instrumentos

El instrumento que se utilizó es un test valorado según la Escala de Likert, que fue diseñado y validado por Colunche L. y Pinedo M, Perú, 2014. Para identificar el tipo de actitud: El test valorado según la Escala de Likert, cuenta con 10 preguntas cada una de 5 ítems cuyo valor fue de 1-5 puntos en la siguiente forma: totalmente de acuerdo (TA) = 5; De acuerdo (A) = 4; indiferente (I) = 3; en desacuerdo (D) = 2; totalmente en desacuerdo (TD) = 1, según las afirmaciones vertidas por la encuestada, haciendo una puntuación total de 50. El puntaje se valoró teniendo en cuenta el tipo de pregunta ya sea esta positiva o negativa. En este sentido la valoración en ciertas preguntas fue invertida. Así mismo para valorar las actitudes de las mujeres post aborto se clasificó en tres categorías: favorable (10–26 puntos), indiferente (27-34 puntos) y desfavorable (35-50 puntos).

Para identificar las percepciones, se utilizó un test valorado según la Escala de Likert,



similar al anterior, que también fue validado por los autores. El mismo constó de 10 preguntas cada una de 5 ítems cuyo valor será entre 1-5 puntos, para las preguntas positivas: totalmente de acuerdo (TA) = 5; De acuerdo (A) = 4; indiferente (I) = 3; en desacuerdo (D) = 2; totalmente en desacuerdo (TD) = 1. Y para las preguntas negativas (las 5 primeras preguntas), la valoración se invierte: TA = 1, A = 2, I = 3, D = 4, TD = 5. Haciendo una puntuación total de 50. Donde se valoraron las percepciones de las mujeres post aborto de acuerdo a dos categorías así: negativas (10-30 puntos) y positivas (31-50 puntos).

En cuanto a la conducta sexual, también se aplicó una escala tipo Likert, a través de un cuestionario de 5 preguntas, con 3 ítems (también sometida a pruebas de validación), con un puntaje de 1-3. Se dio el siguiente valor: nunca = 3, a veces = 2 y siempre = 1 puntos; según estos parámetros resultaron: adecuada (3-9 puntos) e inadecuada (10 a 15 puntos).

Para la aplicación del instrumento nos contactamos telefónicamente con las mujeres que tuvieron abortos, nos identificamos, explicamos los acápites de nuestro consentimiento informado y solicitamos su aprobación verbal para la participación de nuestro estudio, el consentimiento verbal expresado por la participante fue grabado mediante un sistema operativo, éstas grabaciones fueron entregadas al personal correspondiente para verificación de la información en caso de ser necesario.

4.7. Procedimientos

4.7.1. Autorización

Luego de la aceptación de nuestro estudio por el Comité de investigación de la Universidad de Cuenca y posterior a la autorización por parte de las autoridades del Hospital José carrasco, se procedió a solicitar la base de datos de las pacientes; se nos otorgó un total de 292 casos de abortos según el CIE10, se obtuvo los números personales de las pacientes en mención, del total de la población inicial tan solo 123 respondieron y aceptaron participar de nuestro estudio y fueron grabadas durante toda la entrevista.

4.7.2. Supervisión

El presente trabajo de investigación fue supervisado por la Doctora Diana Vanegas,



directora de la investigación.

4.8. Plan de tabulación y análisis

Se utilizó los programas SPSS y Excel para la tabulación de los datos. Para el análisis se utilizó tablas personalizadas.

4.9. Aspectos éticos

Toda la información recolectada fue de absoluta confidencialidad, se asignó un código que reemplazó a los nombres e historia clínica de la paciente, dicha codificación inició con 001, una vez las participantes expresaron verbalmente su consentimiento informado, los datos y las grabaciones fueron de utilidad exclusiva para esta investigación y las que deriven de ella. A quien interese, puede corroborar los datos obtenidos de esta investigación, previa solicitud de la documentación y material informático en los que reposan los datos empleados en la investigación, los mismos que se encuentran bajo resguardo de los autores.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Tabla N° 1. Distribución de 123 mujeres post aborto, según características sociodemográficas, atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca.2016.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 20 años	4	3,3
21 a 25 años	18	14,6
26 a 30 años	26	21,1
31 a 35 años	36	29,3
Mayor a 36 años	39	31,7
Total	123	100,0
Estado civil		
Soltera	31	25,3
Casada	56	45,5
Viuda	1	0,8
Divorciada	11	8,9
Unión de hecho	24	19,5
Total	123	100,0
Residencia		
Urbana	88	71,5
Rural	35	28,5
Total	123	100,0
Etnia		
Mestiza	118	96
Afro ecuatoriana	0	0
Blanca	1	0,8
Indígena	1	0,8
Negra	1	0,8
Mulata	1	0,8
Montubia	0	0
Otra	1	0,8
Total	123	100,0
Conviviente en el aborto		
Sola	11	9
Con su pareja	88	71,5
Con sus padres	16	13
Con hermano/a	3	2,4
Con su hijo/a	5	4,1
Otros familiares	0	0
Total	123	100,0
Ocupación		
E. Pública	42	34,2
E. Privada	62	50,4
Agricultora	2	1,6
Quehaceres domésticos	14	11,4
Estudiante	3	2,4
Total	123	100,0
Nivel de instrucción		
Ninguno	1	0,8
Primaria completa	19	15,4
Primaria incompleta	4	3,3
Secundaria completa	37	30,1
Secundaria incompleta	6	4,9
Tercer nivel	53	43,1
Cuarto nivel	3	2,4
Total	123	100,0
Religión		
Católica	108	87,8
Evangélica	4	3,2
Otras	5	4,1
Ninguna	6	4,9
Total	123	100,0
Paridad		



Nulípara	35	28,5
Múltipara	88	71,5
Total	123	100,0

Fuente: formulario de recolección.
Autores: Ernesto Cabrera, Andrea Riera.

La tabla N° 1 representa las características sociodemográficas, nos muestra que el 31,7% (39) correspondió a mujeres mayores de 36 años de edad y únicamente el 3,3% (4) a menores de 20 años, siendo el promedio 31,8 años. El 45,5% (56) de mujeres estuvo casada y el 25,3% (31) fue soltera. El 71,5% (88) de pacientes vivió en el área urbana y perteneció a la religión católica en el 87,8% (108). El 96% (118) de mujeres se consideró de etnia mestiza. Al momento del aborto el 71,5% (88) de las mujeres estuvo con su pareja. El 50,4% (62) de mujeres trabaja en el ámbito privado y tan solo el 2,4% (3) estudiaba. El 43,1% (53) de mujeres culminaron sus estudios de tercer nivel y únicamente el 0,8% (1) no tuvo ningún nivel de instrucción. De las mujeres estudiadas, el 71,5% (88) tenían 1 o más hijos, y el 28,5% (35) era nulípara.

Tabla N° 2. Distribución de 123 mujeres post aborto, según su actitud, atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2016.

	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	7	5,7
Indiferente	74	60,2
Desfavorable	42	34,1
Total	123	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Autores: Ernesto Cabrera, Andrea Riera.

Se observa que el 60,2% (74) de mujeres en el estudio presentó una actitud indiferente respecto al aborto y el 34,1% (42) tuvo una actitud desfavorable.

Tabla N° 3. Distribución de 123 mujeres post aborto, según sus percepciones, atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2016.

	Frecuencia	Porcentaje
Negativas	3	2,4
Positivas	120	97,6
Total	123	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Autores: Ernesto Cabrera, Andrea Riera.



El 97,6% (120) mujeres del estudio mostró una percepción positiva frente al aborto, respecto al 2,4% (3) de pacientes que presentó una actitud negativa.

Tabla N° 4. Distribución de 123 mujeres post aborto, según su conducta sexual, atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2016.

	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	102	82,9
Inadecuada	21	17,1
Total	123	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Autores: Ernesto Cabrera, Andrea Riera.

Se observa que el 82,9% (102) de las mujeres estudiadas tuvo una conducta sexual post aborto adecuada y el 17,1% (21) presentó una conducta sexual inadecuada.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

El aborto es un tema importante en la salud pública, sabiendo que la única atención brindada por los profesionales de salud es la resolución quirúrgica o médica inmediata con poco interés en la etapa posterior al mismo, nuestro estudio se centró en conocer las percepciones actitudes y conducta sexual post aborto por su importancia en la repercusión familiar y social ⁽²⁴⁾.

La existencia o no de alteraciones en la actitud, percepción o conducta sexual de la mujer que ha vivido la pérdida de un embarazo lo vuelve un tema de amplio debate médico, sociológico y psicológico. Aznar J y Cerda G, España 2014, en su estudio constataron que hay un numeroso grupo de autores que afirman la existencia de tales alteraciones, mientras que otros opinaban lo contrario, según la revisión bibliográfica de los autores la variación de los resultados puede estar en relación con la edad, raza, condición social y creencias religiosas, la presencia o no, previamente al aborto, de alteraciones psicológicas, que el embarazo sea o no deseado, que cuenten o no con el apoyo de su pareja o de su familia, etc ⁽⁵¹⁾.

Pese a la disminución paulatina de abortos, como lo menciona el Ministerio De Salud Pública (MSP), en ciertas Instituciones los registros de abortos atendidos aún son importantes, como es el caso del "Hospital Homero Castanier" que en el año 2013 presentó un total de 201 abortos, el Hospital Teófilo Dávila De Machala 760 casos en el 2014 y el Hospital Vicente Corral Moscoso 371 casos en el año 2015, datos que aún persisten y se reflejan en nuestro estudio realizado en el Hospital José Carrasco Arteaga con 292 casos en el año 2016 ⁽¹²⁾⁽¹⁵⁾.

En el estudio de Colunche L, Pinedo Arévalo, Perú, 2014 sobre "Relación Entre las Actitudes-Percepciones con la Conducta Sexual en Mujeres Post Aborto" donde participaron 57 mujeres, el 43,9% de las mujeres tuvieron una edad entre 16 y 23 años con un promedio de edad de 26 años, el 45,6% estuvo en unión libre, su nivel educativo fue el primario con el 38,6%, el 52,6% de las mujeres se dedicaron a las actividades del hogar, el 56,1% vivían en la zona urbana y eran de religión Católica el 68,4%. A nivel



regional, Urgiles M, Lema F., Cuenca, 2015, en su investigación sobre “Frecuencia de Abortos y Características Sociodemográficas”, encontraron que el promedio de edad fue 27,45 años, la mayoría de los casos fue unión libre y con instrucción secundaria el 46,9%, el 53,9% de las pacientes no trabajaban. Otros datos de López F, Morales C. Azogues, 2013, también encuentran en una muestra de 201 casos, que la frecuencia de aborto fue entre 20-29 años con el 43,8%, con una media de 25,6 años, el 59,7%, residía en la zona urbana con un nivel de instrucción secundaria del 43,3%, la religión católica y las casadas prevalecieron con el 90% y 48,8% respectivamente. Al comparar los estudios con el nuestro, se evidencian ciertas diferencias. Respecto a la edad, los 3 presentan un promedio menor a 30 años, en nuestra investigación fue de 31,8 años, el 84,5% trabajaba, la mayoría estuvo casada y alcanzó el tercer nivel con el 45,5% y 43,1% respectivamente, siendo similares los datos en residencia y religión ⁽²⁴⁾ ⁽¹³⁾ ⁽³⁶⁾.

C. Gómez Lavín, et al, España, 2005, realizó un estudio sobre la categorización diagnóstica del síndrome post aborto en 10 mujeres, la edad media encontrada fue de 32,4 años, la mayoría tuvo poca formación (7 casos entre primaria y secundaria), de ellas la mayoría fue soltera y todas católicas. Rondon M. Perú, 2009, en su artículo de revisión reportó que el origen étnico y la religiosidad de las mujeres también influyen sobre la experiencia del aborto, encontró que las mujeres latinas, a pesar de su mayor afiliación católica, tienen más abortos que las caucásicas. Se postuló que la pobreza y el escaso acceso a atención sanitaria, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva, interactúan con las convicciones religiosas y la resultante es una mayor tasa de abortos, con consecuencias emocionales, probablemente más complejas ⁽²⁶⁾ ⁽⁵⁰⁾.

Sobre los resultados obtenidos en cuanto a la actitud post aborto mediante un cuestionario que involucra síntomas como sentimiento de culpa, nostalgia, arrepentimiento, agresividad, autoestima, ira, odio, consumo de alcohol, drogas, etc; nuestros resultados muestran que el mayor porcentaje fue indiferente con el 60,2%, seguido de la actitud desfavorable y favorable con el 34,1% y 5,7% respectivamente. Estos resultados difieren de la investigación de Colunche L, Pinedo Arévalo, Perú 2014, donde se encuentra que el 45,6% tuvieron una actitud desfavorable con respecto a lo sucedido, el 43,9% indiferente y el 10,5% favorable ⁽²⁴⁾.



En este mismo ámbito, en el trabajo bibliográfico de aborto y salud mental de Aznar J y Cerda G, España 2014, se mencionó un estudio australiano que involucró a 9683 mujeres, el cual detectó la asociación de aborto y depresión. En el mismo estudio se mencionó a Dingle et al, quienes comprobaron la tendencia al tabaquismo y consumo de drogas en mujeres que han sufrido un aborto. A nivel de América Latina en el estudio de Mendoza N. Perú. 2008, sobre “Análisis sistematizado de los Factores Personales y Comunitarios Relacionados al Síndrome Post Aborto”, de 652 mujeres que perdieron su embarazo, el 46,47% tuvieron actitudes escapistas con consumo de fármacos, alcohol o drogas, resultados que se enmarcarían a nuestro parecer dentro una actitud desfavorable al considerar que ciertos síntomas de depresión se valoran en nuestro cuestionario. Dicho esto, los resultados obtenidos en nuestro proyecto de investigación fueron distintos, pues el 60,2% de mujeres mostraron una actitud indiferente al aborto ⁽⁵¹⁾ (54).

Un segundo trabajo investigativo sobre aborto es el de Coleman P. Inglaterra. 2011, relacionado con la actitud post aborto, estudió a 163831 mujeres y puso de manifiesto que el 81% tuvo más probabilidades de padecer problemas mentales que las que no han perdido un embarazo, y que la posibilidad de sufrir problemas de ansiedad y depresión en ellas es un 34% y 37% mayor respectivamente, datos que no guardan similitud con nuestros resultados ⁽⁵⁵⁾.

Sobre las percepciones, Bouquet R, mencionó que cuando sucede un aborto espontaneo existen respuestas a nivel biológico, psicológico y social que pueden tener cierta influencia tanto en la recuperación física, psicológica, punto de vista y aceptación de la pérdida del hijo, algo que estaría en contra de nuestros resultados, pues desde el punto perceptivo casi en su totalidad, 97,6% fueron positivas sin modificar su percepción posterior a la experiencia del aborto, datos que también concuerdan con los de Colunche L, Pinedo Arévalo, Perú 2014, pues el 78,9% tuvo una percepción positiva. Sin embargo la percepción negativa en el estudio citado es significativamente mayor al nuestro con un 21,1% y 2,4% respectivamente ⁽²⁴⁾⁽³⁰⁾.

En el trabajo de investigación de Doblado I. Habana, 2010, sobre aborto, se estudió a



128 mujeres de las cuales el 39,6 % tuvo abortos previos y el 17,9 % al menos un parto anterior. La explicación de este hecho no es otra que las adolescentes tomaban la interrupción del embarazo como un método de contracepción; confirma esta aseveración el hecho de que en el presente estudio el 76,5 % de las adolescentes fueron a su primera relación sexual sin usar algún método anticonceptivo, y el 56,2 % aún en el momento del aborto seguían sin utilizarlo, por lo tanto, no era raro la repetición de un embarazo. Estos datos se contradicen con los resultados de nuestro estudio, si evaluamos únicamente al aborto como método anticonceptivo en nuestras encuestas, pues más de la mitad de mujeres consideraron que el aborto no es un método para evitar y post poner la maternidad ⁽⁵⁶⁾.

Sobre conductas sexuales post aborto, son pocos los estudios realizados y datos encontrados; sin embargo en la investigación citada previamente de Mendoza N., donde se abordaron 652 mujeres, el 57,98% sufrieron disfunciones sexuales post aborto no especificadas; contrario a esto, Colunche L, Pinedo Arévalo, en su estudio de 57 mujeres en el mismo país, el 78,9% presentaron una conducta sexual adecuada y el 21,1% una conducta inadecuada post aborto, datos similares a nuestro estudio el cual reporta que el 89,2% tuvieron una conducta sexual adecuada y el 17,1% una conducta inadecuada, entre estos últimos el mayor porcentaje corresponde a la poca respuesta sexual ante el estímulo de la pareja ⁽⁵⁴⁾ ⁽²⁴⁾.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- El rango de edad de mayor porcentaje de la población de estudio fue de 36 años o más, con un promedio de edad de 31,8 años, cerca de la mitad estuvo casada, alrededor de las dos terceras partes vivían en el área urbana y con su pareja, casi en su totalidad se consideraron mestizas, católicas y trabajaban, un tercio alcanzó su tercer nivel de estudio.
- El mayor porcentaje de mujeres presentó una actitud indiferente post aborto lo que indica falta de interés en compartir su estado emocional al momento de ser encuestadas debido al carácter personal del mismo.
- Casi la totalidad de mujeres con el 97,6% mantuvo una percepción positiva post aborto, es decir, no modificó su percepción posterior al evento.
- Después del aborto la mayoría de pacientes tuvieron una conducta sexual adecuada (no disminución de la libido, no dolor durante una relación sexual, ningún trauma que impida el acto sexual, no búsqueda de otras parejas sexuales, etc), tan solo el 17,1% experimentó alteraciones en su conducta sexual.

7.2. Recomendaciones

- Al ser el aborto una situación de alto riesgo se debe priorizar su atención y brindar un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado del mismo.
- Actuar con principios éticos, y humanidad en la atención de mujeres que han sufrido un aborto, brindando un trato adecuado, apoyo emocional y derivaciones a especialistas en salud mental en caso de ser necesario.
- Realizar estudios de seguimiento a largo plazo en mujeres post aborto debido a la poca variación psicosocial a corto y mediano plazo.
- Incorporar y coordinar la participación activa Psicológica y/o Psiquiátrica en pacientes que han experimentado pérdidas de un embarazo y que sean propensas a adquirir trastornos actitudinales, perceptivos y conductuales.



- Investigar y crear protocolos integrales de tratamiento en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga en mujeres con posible síndrome post aborto.



CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Cunningham, Leveno Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Williams Obstetricias. 23.^a ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2011. 1405 p.*
2. *Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente [Internet]. 1.^a ed. Quito: El Telegrafo; 2013 [citado 26 de marzo de 2017]. 48 p. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf*
3. *OMS]. Prevención del Aborto Peligroso [Internet]. Organización Mundial De La Salud. 2016 [citado 25 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>*
4. *Yudong Liu, Haiyan Zheng, Pingping Guo, Shuxian Feng Xingyu Zhou, Desheng Ye, Xin Chen y Shiling Chen. DNA methyltransferase 3A promoter polymorphism is associated with the risk of human spontaneous abortion after assisted reproduction techniques and natural conception. J Assist Repro Genet. febrero de 2017;34((2)):245-52.*
5. *Sedgh, Gilda et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. 11 de mayo de 2016;338(10041):258-67.*
6. *Protocolos Asistenciales en Obstetricia [Internet]. SEGO; 2010 [citado 25 de marzo de 2017]. Disponible en: file:///C:/Users/DRC/Downloads/S0304501310004565_S300_en.pdf*
7. *G. Seghd et al. Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. Journal of Adolescent Health. 2014;56(2):223-30.*
8. *Rachel K. Janes, Jenna Jerman. Abortion Incidence and Service Availability In the United States, 2014. Journal of peer-revieweed research. marzo de 2017;49(1):17-27.*



9. *Sonia B. Fernández Cantón et al. La mortalidad materna y el aborto en México. 2012;69(1):77-80.*
10. *Elena Prada, Isaac Maddow-Zimet y Fatima Juarez, Guttmacher Institute. Informe Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Sentiido. 2016 [citado 26 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://sentiido.com/aborto-en-colombia-cifras-reveladoras/>*
11. *Saab F, Tommas C. Prevalencia de sífilis en mujeres gestantes atendidas por el Programa de Protección a la Gestante (PPG) y reporte de aborto en el Estado de Sergipe, Brasil. Rev Univ Ind Santander Salud. junio de 2016;48(1):214-20.*
12. *Andrés Jaramillo Diana Rincón. Las leyes sobre el aborto se endurecen a escala regional. junio de 2015;1.*
13. *Urgiles M, Lema F. Características Clínicas Del Aborto «Hospital Vicente Corral Moscoso», Cuenca – Ecuador, Enero – Diciembre 2015. [Internet]. [Cuenca]: Universidad De Cuenca; 2015 [citado 26 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25692/1/tesis.pdf>*
14. *Buenaño N. Prevalencia De Abortos En el Servicio De Ginecología Del Hospital Provincial General Docente De Riobamba Enero - Diciembre 2009 [Internet].: ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZ; 2010 [citado 26 de marzo de 2017]. Disponible en: <file:///C:/Users/DRC/Downloads/94T00072.pdf>*
15. *Espinoza M. Duelo En Aborto Espontaneo [Internet]. [El Oro - Ecuador]: Universidad Técnica De Machala; 2015 [citado 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/3995/1/CD00400-2015-TRABAJO%20COMPLETO.pdf>*
16. *Ariza S, Bohórquez V, Brown J, Susana Chávez A, Díaz C, Morán J, López A · Pecheny M, Petracci M, Ramón A, Ramos S, Zamberlin N. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. CLACAI, CEDES Y PROMSEX; 2015.*



17. Souza R, Silva M, Carneiro J, Andreoni S. *PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH A HISTORY OF ABORTION AMONG WOMEN WHO BECAME PREGNANT*. *J Hum Growth Dev*. 2012;22(1):27-33.
18. Freire N. et al. *Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA*. 2012;64(6):1010-5.
19. Orjuela M. *Aborto voluntario y actividad laboral. Reflexiones para el debate*. 2012;14(1):112-21.
20. Ministerio de Salud Pública. *Atención del aborto terapéutico [Internet]*. 2015 [citado 2 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ABORTO-TERAPE%26C3%94TICO-EDITOGRAM.pdf>
21. Gomez C, Zapta Ricardo. *Congreso Mundial de las Familias [Internet]*. 2012 [citado 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://congresomundial.es/wp-content/uploads/Carmen-GLCongreso-Mundial-de-las-Familias-El-s%26C3%ADndrome-Postaborto-2.pdf>
22. Ramos V. *Epidemiología del Aborto y Síndrome Post Aborto*. 2012;3(3):35-40.
23. Briozzo L. *La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente*. 2013;29(2):114-7.
24. Colunche L, Pinedo Arevalo. *Relacion Entre las Actitudes-Percepciones Con La Conducta Sexual En Mujeres Post Aborto Atendias En El Consultorio Externo De Ginecologia Del Hospital III-2 MINSA- Tarapoto, Agosto-Septiembre 2014*. [Peru]: Universidad Nacional De San Martin; 2014.
25. Félix N. «*Aborto Y Sentimiento De Culpa*»(Estudio Realizado En El Hospital Nacional De Quetzaltenango) [Internet]. [Guatemala]: Universidad Rafael Landivar Del Campus Central; 2013 [citado 28 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/24/Felix-Nancy.pdf>
26. C. Gómez Lavín, et al. *Categorización diagnóstica del síndrome postaborto*. *Actas*



Esp Psiquiatr. 2005;33(0):00-00.

27. Peña G y Pérez M. *Historias de vida de mujeres que experimentaron un aborto entre los 20 a 35 años en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo noviembre 2010 - enero 2011 [Internet]. [Peru]: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA HUMANA; 2011 [citado 29 de marzo de 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2996/1/Pe%C3%B1a_pg.pdf*
28. Vélez Karen. *Relación Entre La Funcionalidad Familiar Y La Actitud Según Género Frente Al Aborto En Adolescentes De La Institución Educativa Industrial N° 32, PUNO - 2013. [Internet]. [Puno - Perú]: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO. FACULTAD DE ENFERMERÍA.; 2014 [citado 29 de marzo de 2017]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2327/Velez_Figueroa_Karem_Lisbet.pdf?sequence=1&isAllowed=y*
29. Martínez E. *EL ABORTO: PERSPECTIVAS Y REALIDADES. ABORTO ESPONTÁNEO E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. [Internet]. 2012 [citado 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.ual.es/Congresos/JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONENEDUCACIONYSALUD/Ab.pdf>*
30. Bouquet R. *Aborto Espontáneo - Miscarriage.* 2012;18(1):53-8.
31. Castillo S et al. *Estudio cromosómico en abortos espontáneos.* 2014;79(1):40-6.
32. Astete Carmen, Beca Juan Lecaros A. *Propuesta de un glosario para la discusión del aborto.* 2014;142(11):1449-51.
33. Suarez M. *El Aborto Terapéutico En América Latina. Especial Mención A Perú.* 2016;3(1):34-79.
34. Vega B. et al. *CONOCIMIENTO ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL ABORTO VOLUNTARIO Y TERAPÉUTICO EN ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y*



OBSTETRICIA QUE LABORAN EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL CANTÓN CUENCA. *Septiembre de 2016;34(2):32-40.*

35. Guevara E. *Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú, 2009-2013. Septiembre de 2015;62(1):19-30.*
36. López F, Morales C. *Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital «Homero Castanier Crespo» en el año 2013. Cuenca 2014 [Internet] [bachelorThesis]. [Cuenca]: Universidad De Cuenca; 2015 [citado 2 de abril de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21693/1/TESIS%202015.pdf>*
37. Gómez G. *¿QUE DICE LA LITERATURA ACERCA DE LA EXISTENCIA, CONSECUENCIAS Y EFECTOS DEL SPA? [Internet]. 2012 [citado 3 de abril de 2107]. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4813/130443.pdf?sequence=1&isAllowed=y>*
38. Ortega M et al. *CIENCIAS'PSICOSOCIALES'I [Internet]. 2013 [citado 3 de abril de 2017]. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_04.pdf*
39. Esquivias Serrano M. *La actitud del individuo y su interacción con la sociedad [Internet]. 2012 [citado 3 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art75/>*
40. Sotomayor A. *Tipos de Actitudes [Internet]. Los Tipos.com. 2077 [citado 3 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.lostipos.com/de/actitudes.html>*
41. Pineda M. *Los Tipos de Actitudes (¿Las Conocemos?) [Internet]. Wow.mex. 2015 [citado 3 de abril de 2017]. Disponible en: <http://wow.mx/2015/02/05/los-tipos-de-actitudes-las-conocemos/>*
42. Fernández E. *El aborto terapéutico o cualquier tipo de aborto, ¿una cuestión de*



decisión personal en búsqueda de un bien? Secuelas psicológicas. UCV-HACER Rev Inv Cult. 2015;4(2):148-56.

43. López N. *¿CÓMO CAMBIA EL CEREBRO UN ABORTO INDUCIDO? [Internet]. 2012 [citado 4 de abril de 2017]. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2012/23/78/565.pdf>*
44. Mendoza M. et al. *RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES QUE HAN PRACTICADO MÁS DE UN ABORTO. Universidad Autonoma De mexico. junio de 2013;16(2):340-1.*
45. Lewkow Lionel. *Sociological Aspects of the Concept of Perception in Social Systems Theory. Revista Mad - Universidad de Chile. 2014;31(2):29-45.*
46. Petracci M et al. *El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. Sexualidad, Salud y Sociedad - Rev Latinoamericana. 2102;12(2):164-97.*
47. Carril E, López A. *Significados de aborto y opiniones sobre derecho a decidir en varones uruguayos. El Col Mex. 2012;30(90):739-71.*
48. Bahamon M et al. *Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. Psicología Del Caribe. 2014;31(2):327-53.*
49. Corona F, Funes F. *ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA. REV MED CLIN CONDES. 2015;26(1):74-80.*
50. Rondón M. *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido [Internet]. 2009 [citado 9 de abril de 2017]. Disponible en:<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/122/saludmentalmartarondon.pdf?sequence=1>*
51. Aznar J, Cerda G. *ABORTO Y SALUD MENTAL DE LA MUJER. Acta Bioethica. 2014;20(2):189-95.*



52. Bahamón M, Vianchá M. *Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género*. [Internet]. 2014. [citado 9 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2014000200008
53. Polanco G. *Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles*. [Internet]. 2014. [citado 9 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera%202014/RqR_Primavera2014_ConductasSexuales.pdf
54. N. Mendoza. *Síndrome post aborto y repercusiones en la mujer, familia y sociedad* [Internet]. 2008 [citado 12 de septiembre de 2017]; Perú. Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo49/files/Acompañamiento_pastoral_post_aborto.pdf
55. Coleman PK. *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009*. *The British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 180-186
56. Doblado N. *Aborto en la Adolescencia un problema de Salud*. 2010. [citado el 12 septiembre de 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

ANEXO 1

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Período de tiempo comprendido entre el nacimiento hasta la fecha actual	Biológica	Formulario de datos	<ul style="list-style-type: none"> • < 20 años • 21-25 años • 26-30 años • 31-35 años • 36 o más
Estado Civil	Situación civil en la que se encuentra una persona en relación con otra.	Legal	Formulario de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión Libre • Viuda • Divorciada
Residencia	Lugar en que vive	Geográfica	Formulario de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural
Etnia	Grupo social, comunidad de personas que comparten diversas características y rasgos.	Cultural	Formulario de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Mestiza • Afro ecuatoriana • Blanca • Indígena • Negra • Mulata • Montubia • Otra
Conviviente en el aborto	Personas que habitan en una misma casa	Social	Formulario de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Sola • Pareja • Padres • Hermano/a • Hijo/a • Otros familiares
Ocupación	Profesión desempeñada en la sociedad	Laboral	Formulario de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Empleada pública • Empleada privada • Agricultora • QQDD • Estudiante



Nivel de Instrucción	Grado de estudios alcanzados	Educativa	Formulario de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuarto nivel • Tercer nivel • Secundaria completa • Secundaria Incompleta • Primaria completa • Primaria Incompleta • Ninguna
Religión	Conjunto de normas, comportamientos o ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano	Espiritual	Formulario de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Evangélica • Otras • Ninguna
Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500g.	Biológica	Formulario recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Múltipara
Actitudes post aborto	Tendencia que predispone al individuo a reaccionar de una manera específica ante un hecho. Expresión o respuestas favorables o no favorables expresadas y percibidas por las mujeres que han sufrido un aborto.	Actitudinal	Escala nominal de Likert.	Favorable Indiferente Desfavorable <ul style="list-style-type: none"> • Favorable = 10-26 p. • Indiferente = 27-34 p. • Desfavorable = 35- 50 p.
Percepciones de las mujeres post Aborto	Proceso cognoscitivo captado por la mujer, resultado de la información recibida del entorno, formando la representación de la realidad del post aborto	Perceptiva	Escala nominal de Likert.	Positiva Negativa <ul style="list-style-type: none"> • Positiva = 31- 50 p. • Negativa = 10-30 p.
Conducta sexual de las mujeres post aborto	Comportamiento que desarrollan las mujeres para buscar compañeros/as sexuales, tener pareja, formar relaciones, mostrar deseo sexual, y realizar coito en el post aborto.	Conductual	Escala nominal de Likert.	Adecuada Inadecuada <ul style="list-style-type: none"> • Adecuada = 3-9 p. • Inadecuada = 10- 15 p.



ANEXO 2:

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**FORMULARIO PARA VALORACIÓN DE PERCEPCIONES, ACTITUDES Y
CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES POST- ABORTO**

Código:

Fecha de recolección

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.1 Edad: _____

Estado Civil	Residencia	Etnia
1.Soltera <input type="checkbox"/> 2.Casada <input type="checkbox"/> 3.Viuda <input type="checkbox"/> 4.Divorciada <input type="checkbox"/> 5.Unión de hecho <input type="checkbox"/>	1.Urbana <input type="checkbox"/> 2.Rural <input type="checkbox"/>	1. Mestiza <input type="checkbox"/> 2. Afroecuatoriana <input type="checkbox"/> 3. Blanca <input type="checkbox"/> 4. Indígena <input type="checkbox"/> 5. Negra <input type="checkbox"/> 6. Mulata <input type="checkbox"/> 7. Montubia <input type="checkbox"/> 8. Otra <input type="checkbox"/>
Conviviente en el aborto	Ocupación	Nivel de instrucción
1. Sola <input type="checkbox"/> 2. Con su Pareja <input type="checkbox"/> 3. Con sus Padres <input type="checkbox"/> 4. Con Hermano/a <input type="checkbox"/> 5. Con su Hijo/a <input type="checkbox"/> 6. Otros familiares <input type="checkbox"/>	1. E. pública <input type="checkbox"/> 2. E. privada <input type="checkbox"/> 3. Agricultora <input type="checkbox"/> 4. QQDD <input type="checkbox"/> 5. Estudiante <input type="checkbox"/>	1.Ninguno <input type="checkbox"/> 2.Primaria Completa <input type="checkbox"/> 3.Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> 4.Secundaria Completa <input type="checkbox"/> 5.Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> 6.Tercer nivel <input type="checkbox"/> 7.Cuarto Nivel <input type="checkbox"/>
Religión	Paridad	
1. Católica 2. Evangélica 3. Otras 4. Ninguna	1. Nulípara 2. Multípara	



2. ACTITUDES POST – ABORTO.

Escuche detenidamente y responda con la respuesta que crea conveniente.

Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
TA	A	I	D	TD

N°	ITEMS	ALTERNATIVAS				
		TA	A	I	D	TD
2.1.	¿El aborto le provocó sentimiento de culpa?	TA	A	I	D	TD
2.2.	¿Sintió nostalgia después del aborto?	TA	A	I	D	TD
2.3.	¿Considera que el provocarse un aborto cause arrepentimiento en las mujeres?	TA	A	I	D	TD
2.4.	¿Después de esta experiencia cambió su carácter o es agresiva con los demás?	TA	A	I	D	TD
2.5.	¿Se valora como persona a pesar de lo ocurrido?	TA	A	I	D	TD
2.6.	¿Ha tenido dificultades en su conducta sexual con su pareja?	TA	A	I	D	TD
2.7.	En el caso que su pareja le incitó o le incitara a abortar. ¿Ud. Sintiera/ío odio/ira hacia él y rechazo hacia otros hombres?	TA	A	I	D	TD
2.8.	¿Trató atenuar su dolor al perder su embarazo recurriendo al consumo de alcohol y/u otras drogas?	TA	A	I	D	TD
2.9.	¿Recurriría al aborto como solución a sus problemas?	TA	A	I	D	TD
2.10	¿Acudió a su control médico?	TA	A	I	D	TD
PUNTAJE 1. Favorable (10-26 puntos) <input type="checkbox"/> 2. Indiferente (27-34 puntos) <input type="checkbox"/> 3. Desfavorable (35- 50 puntos) <input type="checkbox"/>						



3. PERCEPCIONES POST - ABORTO

Escuche detenidamente y responda con la respuesta que crea conveniente.

Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
TA	A	I	D	TD

N°	ITEMS	ALTERNATIVAS				
		TA	A	I	D	TD
3.1.	El aborto es un método para evitar y posponer la maternidad	TA	A	I	D	TD
3.2.	El bajo nivel socioeconómico será una causa para acudir al aborto	TA	A	I	D	TD
3.3.	Los problemas con su pareja, familiares son motivo para recurrir a un aborto.	TA	A	I	D	TD
3.4.	Si el embarazo dificulta su salud por diversas causas sería razón para terminar la gestación y recibir tratamiento.	TA	A	I	D	TD
3.5.	Si una mujer fue violada, sería correcto culminar su embarazo a través del aborto	TA	A	I	D	TD
3.6.	Si nuevamente se embaraza optaría por mantener su embarazo.	TA	A	I	D	TD
3.7.	El aborto es un delito si es provocado.	TA	A	I	D	TD
3.8.	Percibió dolor durante el aborto o la intervención que se le practicó.	TA	A	I	D	TD
3.9.	Su actividad sexual fue lo mismo después de perder un embarazo.	TA	A	I	D	TD
3.10	El aborto genera complicaciones y riesgos en la salud.	TA	A	I	D	TD
	PUNTAJE 1. Negativas (10- 30 puntos) <input type="checkbox"/> 2. Positivas (31-50 puntos) <input type="checkbox"/>					

**4. CONDUCTA SEXUAL POST - ABORTO**

Escuche detenidamente y responda si usted presentó alguno de los siguientes problemas

N°	ITEMS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
4.1.	¿Tuvo algún trauma durante el procedimiento del aborto que le dificulta su actividad sexual normal?	3	2	1
4.2.	¿Siente que su deseo sexual ha disminuido después de perder su embarazo?	3	2	1
4.3.	A pesar de los estímulos que le hace su pareja no tiene deseo sexual.	3	2	1
4.4.	Después que sucedió el aborto ¿usted siente dolor durante el acto sexual?	3	2	1
4.5.	El abortar le llevó a querer tener varias parejas por el sentimiento de culpa o por querer volver embarazarse.	3	2	1
PUNTAJE 1. Adecuada: de 3- 9 puntos <input type="checkbox"/> 2. Inadecuada de 10- 15 puntos. <input type="checkbox"/>				

ANEXO 3:**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente consentimiento se realizará vía telefónica, el mismo que será grabado con fines investigativos. Únicamente los investigadores y el comité de Ética de la Universidad de Cuenca tendrán acceso.

PERCEPCIONES, ACTITUDES Y CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES POST-ABORTO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA". CUENCA. 2016

Organización del investigador: Universidad de Cuenca

Investigadores:

Andrea Cristina Riera Robles.
Germán Ernesto Cabrera Bustamante.



- Ernesto Cabrera Bustamante. Email: netocabrera123@hotmail.com Telf: 0998635918
- Andrea Cristina Riera Robles. E - Mail: andreariera.r@gmail.com Telf: 0984125884

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Información general: este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite y decidir si desea participar o no.

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre **PERCEPCIONES, ACTITUDES Y CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES POST- ABORTO ATENDIDAS EN EL “HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. CUENCA. ENERO - DICIEMBRE 2016**

Propósito del estudio: El aborto (espontáneo - inducido) es un tema de gran importancia en la salud pública por sus secuelas, aspiramos conocer los problemas biopsicosociales de este acontecimiento traumático para contribuir a las políticas de promoción y prevención de los mismos. Los resultados serán publicados para iniciar un trabajo mancomunado entre instituciones de salud y de educación superior en lo competente al bienestar de la mujer post aborto.

Confidencialidad de los datos

Para los investigadores del presente estudio es muy importante mantener su privacidad, por lo que se aplicará las siguientes medidas:

- 1) La información que nos proporcione vía telefónica se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo los investigadores y el Comité de Ética de la Universidad de Cuenca tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Su participación es voluntaria.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este



estudio.	
Información de contacto	
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998635918 que pertenece a Ernesto Cabrera, o envíe un correo electrónico a netocabrera123@hotmail.com	
Consentimiento informado:	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los beneficios de participar, en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Acepto y permito que se grabe mi consentimiento verbal para participar en esta investigación.	
Nombre de la participante _____ Código: _____	
Firma del investigador	Fecha



ANEXOS 4



Memorando Nro. IESS-HJCA-CGI-2017-0134-M

Cuenca, 04 de julio de 2017

PARA: Sr. Ing. Mauricio Lizandro Icaza Samaniego
Coordinador de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
Hospital de Especialidades - José Carrasco Arteaga

ASUNTO: Dar facilidades a los estudiantes Germán Cabrera y Andrea Riera,
estudiantes de la Universidad de Cuenca.

De mi consideración:

La Coordinación General de Investigación, informa a usted, haber autorizado a los estudiantes de la Universidad de Cuenca, Germán Ernesto Cabrera Bustamante y Andrea Cristina Riera Robles con el fin de que puedan desarrollar su protocolo de investigación, sobre el tema: **EVALUACIÓN DE PERSEPCIONES, ACTITUDES Y CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES POST- ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2016**, recomiendo dar las facilidades necesarias en su departamento para la ejecución de dicha investigación, con el acceso al sistema AS-400.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Marco Vinicio Rivera Ullauri
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - JOSÉ CARRASCO ARTEAGA