

295

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

EMBARAZO NO PLANEADO INCIDENCIA Y FACTORES RELACIONADOS

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA EL
DR. ALFONSO ZUÑIGA CARMONA
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESOR DE TESIS: DR. FRANCISCO JAVIER CEJA MORALES



ISSSTE

MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



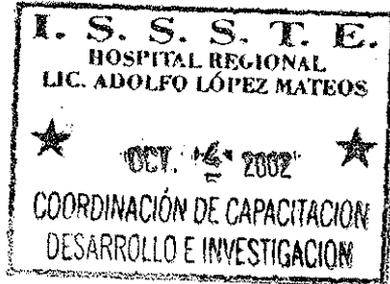
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

la Hoja



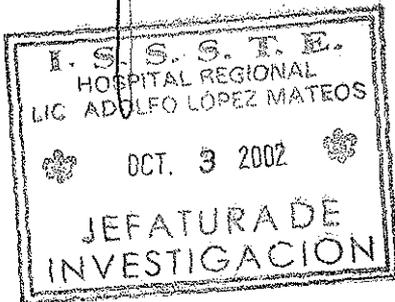
[Signature]
 Dr. Julio César Díaz Becerra
 Coordinador de Capacitación,
 Desarrollo e investigación



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 FACULTAD DE MEDICINA
 U. N. A. M.

[Signature]
 Dr. Luis S. Alcazar Alvarez
 Jefe de Investigación

[Signature]
 Dra. Gabriela Salas Pérez
 Jefe de enseñanza



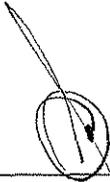
2 Hoja



Profesor titular
DR. OSCAR TREJO SOLORZANO



Dr. FRANCISCO JAVIER PEÑA
Asesor de Tesis



Dr. CARLOS MENESES CAMPOS.
Vocal de Investigación

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por permitirme dar un paso más en este camino desconocido.

A mis padres Alfonso y Leticia por apoyarme en mis decisiones aunque no siempre las compartan.

A mis hermanos, primos, tíos, abuelos.

A Viet Minh por compartirme lo más valioso de su persona.

A mi mentor en este proyecto Dr. Francisco Javier Ceja.

A mis maestros y amigos, Dr. Cano, Dr. Rodríguez, Dr. Frías, Dr. Gómez, Dr. Madrid Lee, Dr. Gómez CSL, Dr. Vargas, Dr. Arrenquin, Dr. Vargas O. Dr. Valdez, Dr. Oria, Dra. Rubio, Dra Alvarado, Dr. Piccolo,

A mis amigos fuera y dentro del hospital. A Ulises, Tona, Javier, Fernando, Oscar, Espadas, José Manuel, Liliana, Vanesa, Diana, Barajas, Vega, Isa, Paty, Sotelo, Max, Lupita, Dari, Vere, Crsitian, Matias, Luis, etc.

A todas aquellas pacientes que algún día nos dieron las gracias sinceramente y hacen posible sacrificarlo todo por esta carrera.

INDICE

PROBLEMA, OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN.....	1
HIPÓTESIS E INTRODUCCIÓN.....	2
METODOLOGÍA.....	7
RESULTADOS.....	7
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIONES.....	19
ANEXOS.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	22

RESUMEN:

Introducción: A nivel mundial se menciona que ocurren 75 – 300 millones de embarazos no planeados de estos el 95 % son en países subdesarrollados, 2.7 – 7.4 millones en América latina de estos sólo aproximadamente el 60% llegan a término, una tercera parte van a ser abortados 90% en países subdesarrollados y en condiciones desfavorables de esto se traducen 200 muertes diarias por complicaciones de la interrupción del embarazo.

Las consecuencias de no planear un embarazo no se limita a estas condiciones de morbimortalidad abarca situaciones en las que se limita a los individuos involucrados en su desarrollo social, cultural económico, etc., esto a la larga representa cargas sociales difíciles de cuantificar y por ende darles la dimensión real.

Problema de investigación: Identificar la incidencia real de embarazos no planeados, así como los factores asociados a esto; en las mujeres embarazadas o que cursen su puerperio inmediato en el Hospital Regional Adolfo López Mateos (ISSSTE) en un período de dos meses.

Objetivo general: Conocer la incidencia de embarazos no planeados en la paciente ya embarazadas o cursando su puerperio inmediato en HRLALM (ISSSTE) en un período comprendido entre Mayo y Julio del 2002, así como los factores relacionados como edad, estado civil, escolaridad, etc. Así como identificar los factores predisponentes para su presentación.

Diseño del estudio: Estudio Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Grupo problema: Pacientes que acuden a la consulta externa de urgencias maternidad, hospitalizadas en unidad tocoquirúrgica, las cuales estén embarazadas o cursando su puerperio inmediato, encuestadas por el personal médico adscrito a estos servicios.

Análisis de resultados: Análisis descriptivos de resultados por frecuencias de los distintos factores relacionados, tasa incidencia embarazo no planeado, análisis estadístico de validez con Chi cuadrada y T Student.

Resultados: Se realizaron 75 encuestas válidas las arrojaron una incidencia de embarazos no planeados de 69.3% por 30.7% de embarazos planeados, se analizaron distintos factores asociados como edad, estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de origen y residencia; inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, conocimiento del significado embarazo planeado, encontrándose validez estadísticamente significativa $p < 0.05$ en la relación de primer embarazo planeado con la planeación del actual embarazo, vs la no planeación del primero y la planeación del actual. Se identificó los porcentajes de distintas causas de no planeación: relaciones sexuales imprevistas 13%, Falta método contraceptivo 9.6%, Falta uso método contraceptivo 59.6%, No considera necesario planear sus embarazos 9.6% y Otros 7.7%.

Conclusiones: Aunque los porcentajes encontrados para los distintos factores relacionados concuerdan en su mayoría con los reportados por la literatura se necesitan hacer estudios más grandes para lograr obtener validez estadísticamente significativa; el único resultado con validez refleja la necesidad de hacer campañas de índole preventiva y no correctiva esto es enfocarse en población que aún no se encuentre en riesgo de presentar un embarazo no planeado.

INTRODUCTION

It is estimated that, worldwide, 75-300 million unplanned pregnancies occur, of which 95% occur in underdeveloped countries; 2.7 – 7.4 million occur in Latin America, of which only approximately 60% reach their natural conclusion. A third of these pregnancies will be terminated, 90% in underdeveloped countries, which result in 200 deaths per day from complications of the termination of the pregnancies.

The consequences of not planning a pregnancy are not only limited to mortality, because in addition to the effects on the individuals involved, there are also cultural, economic and social development consequences that are harder to quantify and give a real dimension to.

Aim of investigation: Identify the real rate of unplanned pregnancies, as well as the factors associated with this, in the pregnant and puerperal women in the Adolfo López Mateos Regional Hospital (ISSSTE) over a two month period.

General objective: Discover the real rate of unplanned pregnancies, as well as the factors associated with this, in the pregnant and puerperal women in the Adolfo López Mateos Regional Hospital (ISSSTE) in the period May-July 2002, as well as the factors relating to age, marital status, education, etc., as well as identifying the predisposing factors for its occurrence.

Design of the study: Observational, descriptive, transverse and prospective study.

Group studied: Patients who report to the emergency maternity ward, who are hospitalized in the obstetrics unit, who are pregnant or puerperal, interviewed by staff pertaining to these areas.

Analysis of the results: Descriptive analysis of results ordered by the frequency of related factors, rate of unplanned pregnancy, statistical analysis of the validity with the Chi square and T student.

Results: 75 valid surveys were carried out, showing an incidence of 69.3% of unplanned pregnancies, compared with 30.7% of planned pregnancies. Different factors were analysed, including age, marital status, education, occupation, place of birth, address, start of sexual activity, number of sexual partners, understanding of family planning, with a statistical validity significant of $p < 0.05$ in the relation of the first planned pregnancy with the planning of the current pregnancy, versus the non-planning of the first and the planning of the present. The percentage of the causes of unplanned pregnancies were identified: unplanned sexual relations: 13%; failed contraception: 9.6%; absence of contraception: 59.6%; belief that it is unnecessary to plan pregnancies: 9.6%; Others: 7.7%.

Conclusions: Although the percentages discovered for the distinct factors related agree with the majority of results reported in scientific literature, it is necessary to carry out larger studies to obtain meaningful statistical validity; the only valid result reflects the need to make sensitive, preventative campaigns aimed at the population of women who are not yet at risk of unplanned pregnancy, as opposed to corrective ones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuál es la incidencia real de embarazos no planeados y factores relacionados en mujeres embarazadas y en puérperas del hospital regional Lic. Adolfo López Mateos.,

OBJETIVOS

OBJETIVO ESPECIFICO:

1. IDENTIFICAR LA INCIDENCIA DE EMBARAZO NO PLANEADO EN MUJERES YA EMBARAZADAS O DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LOPEZ MATEOS.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.1 CONOCER LA INCIDENCIA DEL EMBARAZO NO PLANEADO DE ACUERDO A: LA EDAD, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN, RELIGIÓN, PARIDAD, LUGAR DE ORIGEN Y DE RESIDENCIA.
- 1.2 CONOCER LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO PLANEACION DEL EMBARAZO.

JUSTIFICACION

Las mujeres del mundo tiene anualmente alrededor de 75 millones de embarazos no deseados en cifras conservadoras aunque hay quienes hablan de hasta 300 millones. Hay dos razones primordiales para que esto ocurra: la pareja no usa métodos anticonceptivos o estos han fallado. Entre las condiciones por las que no se usan métodos anticonceptivos se encuentran la falta de acceso a la información y servicios de planificación familiar o, incesto o raptó, creencias personales o religiosas, conocimiento inadecuado acerca de los riesgos de embarazarse después de una relación sexual desprotegida, y la falta de capacidad de la mujer para tomar la decisión sobre sus relaciones sexuales y la prevención del embarazo no deseado. Los métodos contraceptivos considerados como efectivos pueden fallar debido a su propia tecnología o a su mal uso.(1,3)

Hay muchas razones por la que una mujer podría no querer un hijo en un momento determinado de su vida. Llevar a término un embrazo no deseado podría forzarla a un matrimonio que no quiere, que provocaría una carga emocional a largo plazo y reduciría oportunidades de educación y empleo. Las adolescentes son particularmente susceptibles de embarazarse sin la intención, ya que frecuentemente están desinformadas o mal informadas acerca de la maternidad responsable y sobre los riesgos asociados alas relaciones sexuales prematuras y desprotegidas, se considera que entre 8 y 30 millones de

embarazos son resultantes de fallas de contraceptivos, ya sea por uso inconsistente o incorrecto o por falta del método mismo, un estudio en estados Unidos encontró que el 3% que uso píldoras, el 1% que uso DIU, el 0.3% que uso inyectables y el 12% de mujeres cuya pareja uso preservativo, resultaron grávidas durante el primer año de uso. Cada año, llegan a término alrededor de 50 millones de embarazos no deseados. Cerca de 20 millones son abortados y se calcula que cada día hay 55 000 abortos inseguros. El 95% de estos se producen en países en desarrollo y son las causas de 200 muertes diariamente. (1, 2, 5, 9, 11).

MARCO CONCEPTUAL

DEFINICION

Embarazo no planeado: Entendemos como tal a: *toda concepción que resulta de una relación sexual que no la tenía contemplada como su objetivo.* (2)

Esta definición abarca desde el embarazo que resulta por falla del método anticonceptivo hasta aquel que resulta de un encuentro coital en diversas circunstancias y contextos que incluyen relaciones asimétricas de poder, y cuyo resultado son concepciones no contempladas en la relación coital. (2, 5, 9).

Las cifras antes mencionadas y las enumeradas a continuación sólo son un reflejo parcial de la problemática a la que nos referimos ya que los estudios al respecto así como los instrumentos para llegar a ellos no son uniformes.

Cerca del 60% de la población no usa métodos anticonceptivos modernos. No obstante se estima que 350 millones de parejas carecen de acceso a la información y a los servicios. Entre las necesidades insatisfechas hay 120 y 150 millones de mujeres casadas que quieren limitar o espaciar embarazos futuros, pero no usan contraceptivos y entre 12 y 15 millones de mujeres solteras quisieran evitar el embarazo, pero carecen de medios y voluntad para hacerlo. (1,2,7,10)

En 8 de 21 países encuestados en África, menos de la mitad de las mujeres entre 15 y 49 años sabían dónde obtener métodos modernos de contracepción. Ese conocimiento varía en diferentes países y regiones: desde 22% de Mali hasta 96% en Zimbawe; 45% en Pakistan a 99% en Tailandia; 61% en Bolivia a 98% en Colombia y 99% en Trinidad y Tobago. América del Norte y Asia tienen la mayor tasa de contraceptivos y África la menor. En muchas situaciones las mujeres adolescentes y solteras tienen acceso limitado a la contracepción y son prevenidas o desalentadas para usar los servicios de salud reproductiva, inclusive los de planificación familiar. El uso de métodos de contracepción masculina, permanece bajo. En Brasil los preservativos y la vasectomía representan menos del 1% del uso de contraceptivos. En Etiopía, los preservativos comprenden el 7% y en Irán 6% corresponden a los preservativos y 1% a la vasectomía. (2,5,6,7)

El embarazo no deseado refleja la falla de los programas de planificación familiar para responder a las necesidades de las usuarias. La conferencia internacional de población y desarrollo solicitó la eliminación de barreras para la información y servicios de salud

embarazos son resultantes de fallas de contraceptivos, ya sea por uso inconsistente o incorrecto o por falta del método mismo, un estudio en estados Unidos encontró que el 3% que uso píldoras, el 1% que uso DIU, el 0.3% que uso inyectables y el 12% de mujeres cuya pareja uso preservativo, resultaron grávidas durante el primer año de uso. Cada año, llegan a término alrededor de 50 millones de embarazos no deseados. Cerca de 20 millones son abortados y se calcula que cada día hay 55 000 abortos inseguros. El 95% de estos se producen en países en desarrollo y son las causas de 200 muertes diariamente. (1, 2, 5, 9, 11).

MARCO CONCEPTUAL

DEFINICION

Embarazo no planeado: Entendemos como tal a: *toda concepción que resulta de una relación sexual que no la tenía contemplada como su objetivo.* (2)

Esta definición abarca desde el embarazo que resulta por falla del método anticonceptivo hasta aquel que resulta de un encuentro coital en diversas circunstancias y contextos que incluyen relaciones asimétricas de poder, y cuyo resultado son concepciones no contempladas en la relación coital. (2, 5, 9).

Las cifras antes mencionadas y las enumeradas a continuación sólo son un reflejo parcial de la problemática a la que nos referimos ya que los estudios al respecto así como los instrumentos para llegar a ellos no son uniformes.

Cerca del 60% de la población no usa métodos anticonceptivos modernos. No obstante se estima que 350 millones de parejas carecen de acceso a la información y a los servicios. Entre las necesidades insatisfechas hay 120 y 150 millones de mujeres casadas que quieren limitar o espaciar embarazos futuros, pero no usan contraceptivos y entre 12 y 15 millones de mujeres solteras quisieran evitar el embarazo, pero carecen de medios y voluntad para hacerlo. (1,2,7,10)

En 8 de 21 países encuestados en África, menos de la mitad de las mujeres entre 15 y 49 años sabían dónde obtener métodos modernos de contracepción. Ese conocimiento varía en diferentes países y regiones: desde 22% de Mali hasta 96% en Zimbawe; 45% en Pakistan a 99% en Tailandia; 61% en Bolivia a 98% en Colombia y 99% en Trinidad y Tobago. América del Norte y Asia tienen la mayor tasa de contraceptivos y África la menor. En muchas situaciones las mujeres adolescentes y solteras tienen acceso limitado a la contracepción y son prevenidas o desalentadas para usar los servicios de salud reproductiva, inclusive los de planificación familiar. El uso de métodos de contracepción masculina, permanece bajo. En Brasil los preservativos y la vasectomía representan menos del 1% del uso de contraceptivos. En Etiopía, los preservativos comprenden el 7% y en Irán 6% corresponden a los preservativos y 1% a la vasectomía. (2,5,6,7)

El embarazo no deseado refleja la falla de los programas de planificación familiar para responder a las necesidades de las usuarias. La conferencia internacional de población y desarrollo solicitó la eliminación de barreras para la información y servicios de salud

reproductiva y para aumentar la atención a las preferencias de los usuarios, debido a que: muchos servicios no están organizados para ayudar a los usuarios a decidir el número y tiempo para tener hijos y para ofrecerles información y servicios de salud, el acceso a consejo sobre riesgos y beneficios de métodos contraceptivos apropiados es muy precario en muchas áreas y el seguimiento es también muy débil; de esto se desprende que treinta millones de personas usan métodos contraceptivos inapropiados para su edad, intenciones reproductivas o estado y necesidades de salud. La decisión sobre el método a ser usado la hace a menudo el proveedor del servicio y no los usuarios; los procedimientos como el examen pélvico, la esterilización e inserción del DIU no siempre se hacen apropiadamente se causan infecciones y otras reacciones adversas innecesarias; la articulación con otros de servicios de salud reproductiva inclusiva tamizaje y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente es generalmente inexistente o generalmente muy escasa. (1,3,9,10)

El enfrentar un embarazo no previsto coloca a la mujer, a su pareja y familia en una situación difícil. Ante todo, se enfrenta con la necesidad de decidir qué hacer con ese embarazo: continuar con él o interrumpirlo. Ambas opciones tiene consecuencias muy importantes, tanto en el ámbito individual, como psicológico y social. Tanto la interrupción como el llevar a término el embarazo no previsto, tienen un costo muy alto de salud pública, para tener una idea de la magnitud de estos problemas, basta revisar las cifras que la ONS y otros organismos han informado para América Latina y países en desarrollo, de morbilidad materna como resultado de abortos inseguros, como consecuencia generalmente de la legislación que impera en estas latitudes respecto al aborto.

Es importante recordar que las estimaciones sobre este tema presentan una gran variabilidad y subregistro debido a la naturaleza clandestina del aborto. Cada año alrededor de quinientas mil mujeres mueren a consecuencia de problemas asociados al embarazo, la mayoría en países en desarrollo, y muchas como consecuencia de abortos inseguros. Entre el 30 y 50% de las muertes maternas en África y América Latina ocurren como resultado de abortos inducidos. Se estima que el número de abortos inducidos en América Latina cada año varía entre 2.7 y 7.4 millones; otra forma de verlo es que constituyen entre el 10 y el 27% de todos los abortos que se practican al año en los países en desarrollo. Se menciona también que 500 mujeres pueden morir diariamente intentando interrumpir un embarazo no previsto en condiciones inseguras. El riesgo de la práctica del aborto en la clandestinidad, puede constatarse que en países en desarrollo (incluido América Latina) muere una mujer por cada 250 abortos, mientras que en países desarrollados en los cuales el aborto es legal o no penado, muere una por cada 3700 abortos. (2,3,4,5,6,10)

Al hablar de la mortalidad materna debemos de pensar tanto en las mujeres que fallecen, como en los huérfanos que resultan también víctimas del suceso. No debe de omitirse y menos aún de menospreciarse la trascendencia de la interrupción de un embarazo en condiciones de clandestinidad, en términos de morbilidad materna; las infecciones que resultan de procedimientos mal realizados y muchas veces su consecuencia es la esterilidad. En términos de salud mental, debemos de considerar en este caso también tanto a las mujeres como a su pareja y el resto de los hijos, pues estos eventos traumáticos producen un impacto muy importante en cada uno de ellos en lo particular y a nivel del sistema familiar en general. Los sentimientos de culpa y depresión así como las restricciones que la

moral religiosa impone para ventilarlos y buscar apoyo, pueden general desde importantes disminuciones en el auto concepto hasta depresiones mayores, entre otras consecuencias, en la mujer y el resto de su familia.

Las consecuencias de continuar un embarazo no previsto, son poco discutidas en términos de cuestionamientos morales, sin embargo, no debemos nunca de soslayar su importancia enfatizado que algunas de ellas incluyen desde una mortalidad infantil más alta entre los niños nacidos de embarazo no deseados o no previsto, hasta graves problemas de adaptación desde la infancia (conducta y aprendizaje), adolescencia, incluso la edad adulta que se traduce en posibilidades de formar parejas de alto riesgo en cuanto a la habilidad de ser padres y formar familias estables. Los hijos producto de estos embarazos, han mostrado ser un grupo con incidencias más altas de alcoholismo, drogadicción, necesidad de apoyo psicológico y tienden a elegir parejas que no se sienten preparada para la maternidad o paternidad.

Los valores constituyen un marco de referencia único que ofrece una imagen coherente de uno mismo y el mundo. Los supuestos que sustentan este marco pueden ser precisos e imprecisos, conscientes o inconscientes; pueden mantenerse rígidamente o estar sujetos a evaluación eventual o constante. Siempre matizan la percepción de una situación nueva y las reacciones frente a ella. Muchos son los factores que influyen en la toma de decisión así como en la instrumentación de la misma, en torno al embarazo no previsto.

Socialmente, debido a su ubicación, dentro de la estructura del sistema de salud, están autorizados para opinar y la población los identifica como autoridades en la materia., ya que la reproducción se ha integrado a la categoría de problema de salud. De ahí que su opinión como gremio tiene un peso importante a nivel del discurso social y principalmente por que son ellos los que están en estrecha relación con las personas tanto para la prevención como en el momento del suceso y de su eventual resolución.(5,8,11, 12,13,14,15)

En la literatura nacional a internacional relacionada con esta temática puede constatar que los trabajos se centran más en torno a la opinión y actitudes hacia el aborto inducido, y no abarcan la problemática del embarazo no previsto en forma más amplia ni exploran tampoco la actitud en relación con las consecuencias de llevar a término y dar a luz a un bebé producto de este tipo de concepción. Esto visto en retrospectiva, es la finalidad de este estudio teniendo en cuenta que la información al respecto y con carácter serio es escasa y poco asequible al personal de salud en nuestro medio.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN: estudio observacional. Longitudinal, descriptivo, prospectivo, abierto.
2. GRUPOS DE ESTUDIO: Todas las mujeres que acudan al hospital regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE captadas en la consulta de urgencias, hospitalización consulta externa de control prenatal que se encuentren gestantes o durante el puerperio inmediato del 01 marzo al 30 de junio del 2002.
3. GRUPO DE ESTUDIO II: Todas las mujeres que acudan al Hospital General del ISSSTE de La Paz B.C.S. captadas en los mismos servicios en el mismo periodo de tiempo.
4. TAMAÑO DE LA MUESTRA: Todas aquellas mujeres captadas durante este periodo de tiempo.
5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: mujeres embarazadas o durante el puerperio inmediato que acepten participar en el estudio y que acudan a la consulta de urgencias, hospitalización y de la consulta externa.
6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: pacientes que acudan a estos servicios del hospital no embarazadas, embarazo no confirmado, ginecológicas, o negativa en la participación del estudio.
7. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: cuestionario con respuestas incompletas.
8. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS: cuestionario establecido.
9. CALENDARIO DE ACTIVIDADES: cronograma establecido.
10. ANÁLISIS DE DATOS: Análisis descriptivo de frecuencias simples, así como su interpretación con Chi cuadrada y T student.

RECURSOS

1. RECURSOS HUMANOS. Médicos adscritos y residentes de ginecología del HRLALM.
2. RECURSOS FISICOS: los proporcionados por el responsable del estudio.
3. FINANCIAMIENTO: a cargo de los responsables del estudio.

ASPECTOS ETICOS.

U n proceso de investigación sobre este dinamismo de los seres humanos no es inocuo ni está exento de posibles conflictos éticos al ser generado. Por ello, diferentes disciplinas han establecido una serie de cuidados éticos para acompañar éticamente el trabajo de la investigación y para asegurar que el mismo respeta los derechos de las personas investigadas.

Debido a lo anterior se mantendrá la confidencialidad de los datos recabados así como la autorización por medio de una hoja de consentimiento informado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECURSOS

1. RECURSOS HUMANOS. Médicos adscritos y residentes de ginecología del HRLALM.
2. RECURSOS FISICOS: los proporcionados por el responsable del estudio.
3. FINANCIAMIENTO: a cargo de los responsables del estudio.

ASPECTOS ETICOS.

Un proceso de investigación sobre este dinamismo de los seres humanos no es inocuo ni está exento de posibles conflictos éticos al ser generado. Por ello, diferentes disciplinas han establecido una serie de cuidados éticos para acompañar éticamente el trabajo de la investigación y para asegurar que el mismo respeta los derechos de las personas investigadas.

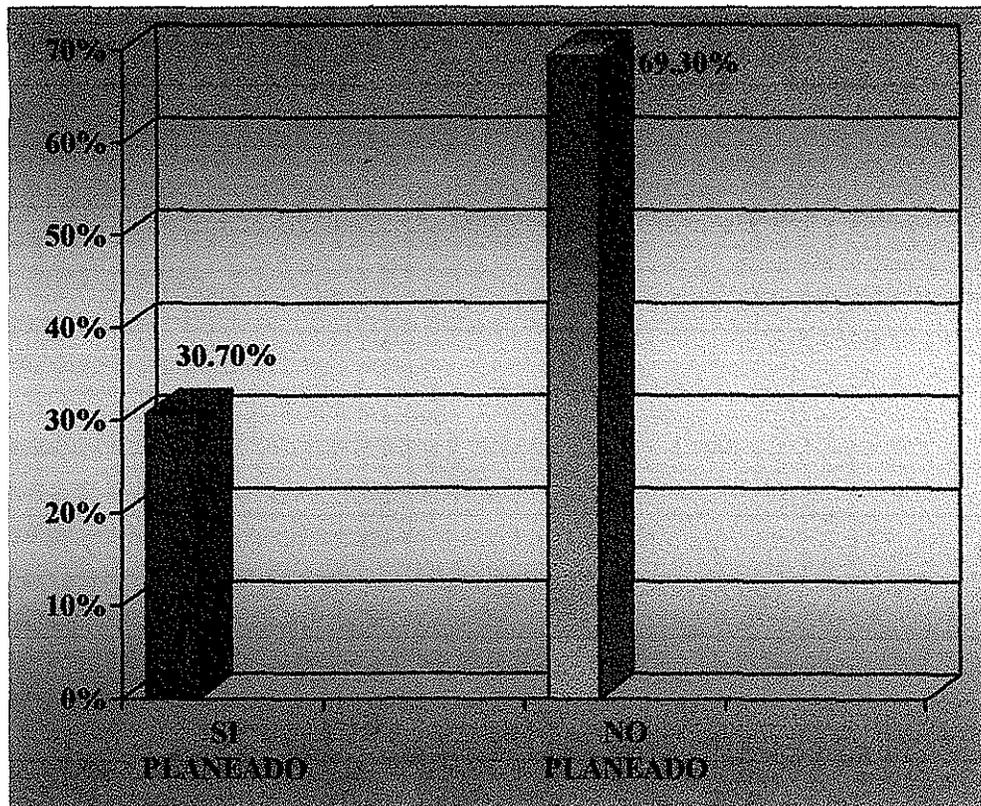
Debido a lo anterior se mantendrá la confidencialidad de los datos recabados así como la autorización por medio de una hoja de consentimiento informado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS:

Como respuesta a nuestro primer objetivo mostramos la gráfica en la que se expresa los porcentajes de pacientes que si planearon su actual embarazo en contra de las que no lo hicieron.

Gráfica 1. Incidencia de embarazo no planeado.



En la gráfica se muestra como casi el 70% de las pacientes no planearon su embarazo a continuación veremos esta incidencia según diferentes variables.

I. EDAD.

De el total de pacientes encuestadas se tiene que el promedio de edad fue de 28 años, con una moda de 32 años, la paciente menor tiene 16 años y la mayor 44 años, se dividieron en

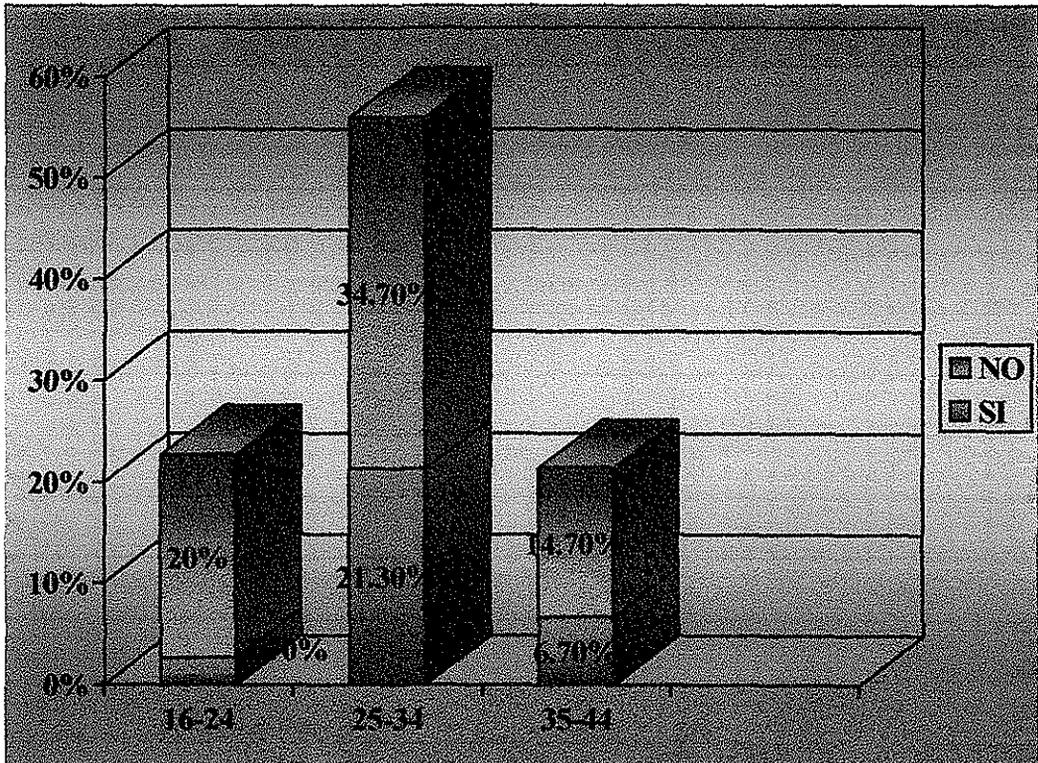
tres grupos el primero de los 16 a los 24 años, el segundo de los 25 a los 34 años y el último de los 35 a los 44 años.

Tabla 1. Porcentajes de embarazos planeados según cada grupo de edad.

Edad	ACTUAL EMBARAZO PLANEADO		Total
	Si planeado	No planeado	
1	2	15	17
	11.8%	88.2%	100.0%
2	16	26	42
	38.1%	61.9%	100.0%
3	5	11	16
	31.3%	68.8%	100.0%
Total	23	52	75
	30.7%	69.3%	100.0%

En la tabla anterior vemos como en el primer grupo de edad la diferencia en porcentajes es de 11.8% para los embarazos planeados mientras que los no planeados son el 88.2% los restantes grupo etarios son de 38.1% y 61.9% en el segundo grupo y de 31.3% y 68.8% para el tercero. A continuación se muestra la gráfica con la incidencia de planeación y su relación con los grupo mencionados y el total de encuestadas.

Gráfica 2. Incidencia de embarazos planeados y no planeados según grupos de edad.



II. Estado Civil.

A continuación mostraremos en el mismo orden primero la tabla con la distribución de porcentajes según cada estado civil y posteriormente la gráfica con el porcentaje total.

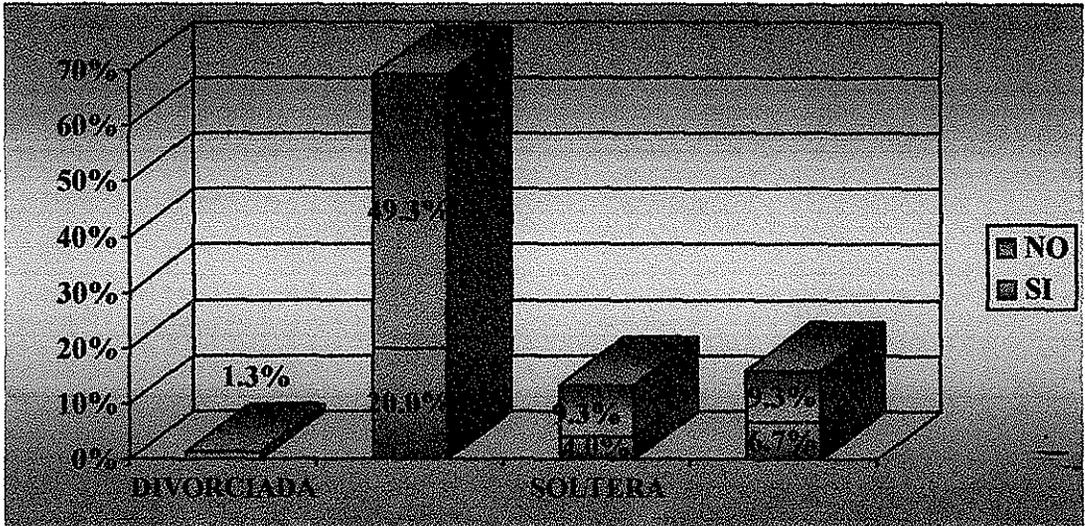
Tabla 2. Embarazo no planeado según estado civil.

		ACTUAL EMBARAZO PLANEADO		Total
		Si planeado	No planeado	
ESTADO CIVIL	1		1	1
			1.9%	1.3%
	2	15	37	52
		65.2%	71.2%	69.3%
	3	3	7	10
		13.0%	13.5%	13.3%
	4	5	7	12
		21.7%	13.5%	16.0%
Total		23	52	75
		100.0%	100.0%	100.0%

En esta

tabla vemos el grupo 1 que representa a las divorciadas como sólo una paciente que representa el 100% del grupo no planeo su embarazo; en el grupo dos si planearon su embarazo 28.8% y no lo hicieron el 71.2% de las encuestadas en el tercer grupo que representa a las solteras el 30% no lo hizo y 70% si lo planeo, en el último grupo que representa a las encuestadas que viven en unión libre el 41.7% si lo planeo y sólo el 58.3% no lo hizo.

Gráfica 2. Incidencia de embarazo no planeado según estado civil.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

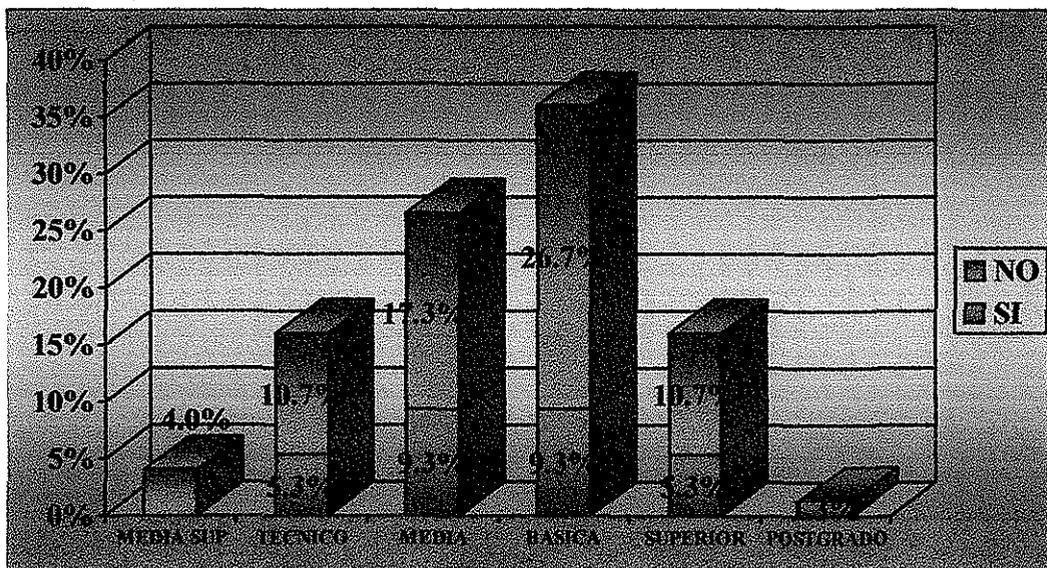
III. Escolaridad.

A continuación se presentan los distintos grados de escolaridad y su relación a la planeación de el embarazo en la primera tabla vemos que el grupo I que representa la educación básica, tiene un 100% como no planeado, el grupo II que representa a la educación media 5.3% no lo planearon contra 10.7% que sí lo hicieron, el siguiente grupo que representa al grado de técnicos un 9.3% lo planearon mientras que no lo hicieron 17.3%, el cuarto los de nivel medio superior 9.3% lo planearon y 26.7% no; el siguiente grupo que representa a la educación superior el 5.3% lo planearon y el 10.7 no lo hizo, el último grupo que representa a la educación de posgrado el 100% que fue una sola encuestada lo planeó.

Tabla III. Incidencia de embarazo planeado según escolaridad.

ESCOLARIDAD	ACTUAL EMBARAZO		Total
	Si planeado	No planeado	
1		3	3
2	4	8	12
	33.3%	66.7%	100.0%
3	7	13	20
	35.0%	65.0%	100.0%
4	7	20	27
	25.9%	74.1%	100.0%
5	4	8	12
	33.3%	66.7%	100.0%
6	1		1
Total	23	52	75
	30.7%	69.3%	100.0%

Gráfica 4. Incidencia de embarazo planeado según escolaridad.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 5. Incidencia de embarazo planeado según ocupación.



IV. OCUPACIÓN.

En este aspecto destaca como las primeros rubros que son hogar, docencia y estudiantes tienen porcentajes de no planeación mayores al promedio sin embargo en cuanto a las enfermeras esto se invierte siendo mayor las encuestadas que si planearon su embarazo en relación a las que no lo hicieron, otro aspecto a destacar que las trabajadoras sociales las dos encuestadas con esta ocupación habían planeado su embarazo.

Tabla IV. Incidencia embarazos no planeados en relación a su ocupación.

ESCOLARIDAD	ACTUAL EMBARAZO		Total
	Si planeado	No planeado	
1	7	21	28
	25.0%	75.0%	100.0%
2	2	8	10
	20.0%	80.0%	100.0%
3	3	3	3
	100.0%	100.0%	100.0%
4	3	2	5
	60.0%	40.0%	100.0%
5	6	12	18
	33.3%	66.7%	100.0%
6	3	4	7
	42.9%	57.1%	100.0%
7	2	0	2
	100.0%	0.0%	100.0%
8	0	2	2
	0.0%	100.0%	100.0%
Total	23	52	75
	30.7%	69.3%	100.0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 6. Incidencia de embarazo planeado en relación al Lugar de Origen.



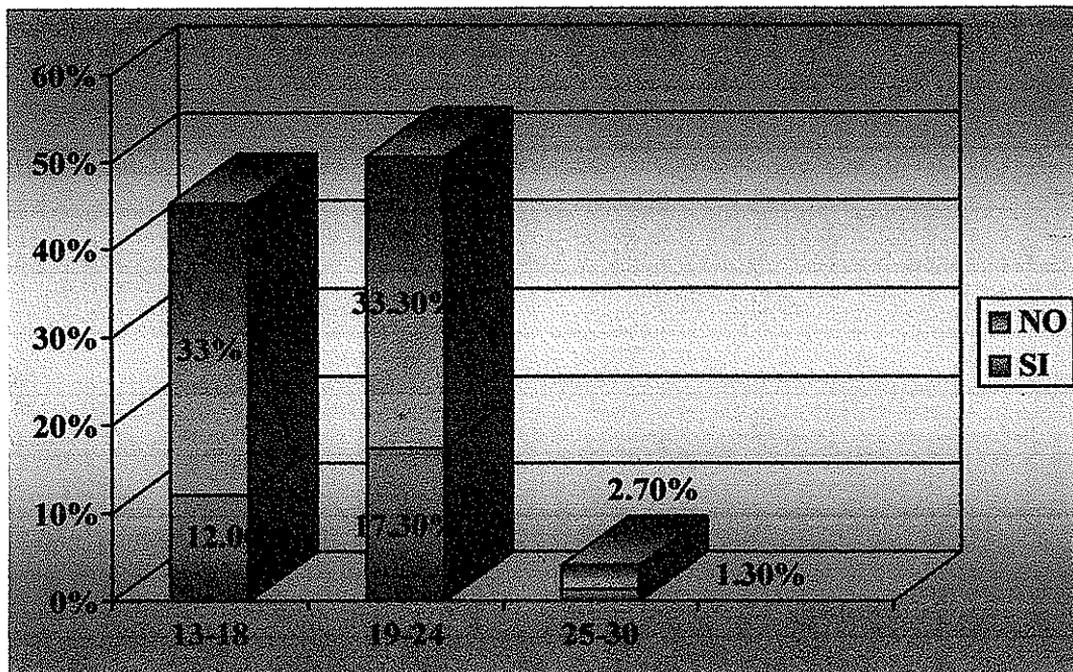
V. LUGAR DE ORIGEN.

En cuanto a este tópico se dividieron las pacientes para su estudio en tres grupos D.F., en dónde encontramos que los porcentajes de 30.4% para el embarazo no planeado y de 69.8% son similares a los encontrados en la incidencia global, los resultados de las otras dos fracciones son ; en cuanto al Norte 20% planearon su embarazo y 80% no lo hicieron; en el Sur se encontró que 35.7% lo planearon y 64.3% no lo hicieron discretamente diferentes entre sí.

Tabla V. Incidencia en relación al Lugar de origen.

LUGAR DE ORIGEN	D.F.	ACTUAL EMBARAZO		Total
		Si planeado	No planeado	
		17	39	56
		30.4%	69.6%	100.0%
	Norte	1	4	5
		20.0%	80.0%	100.0%
	Sur	5	9	14
		35.7%	64.3%	100.0%
Total		23	52	75
		30.7%	69.3%	100.0%

Gráfica 7. Incidencia de embarazo planeado en relación a Inicio de vida sexual.



VI. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.

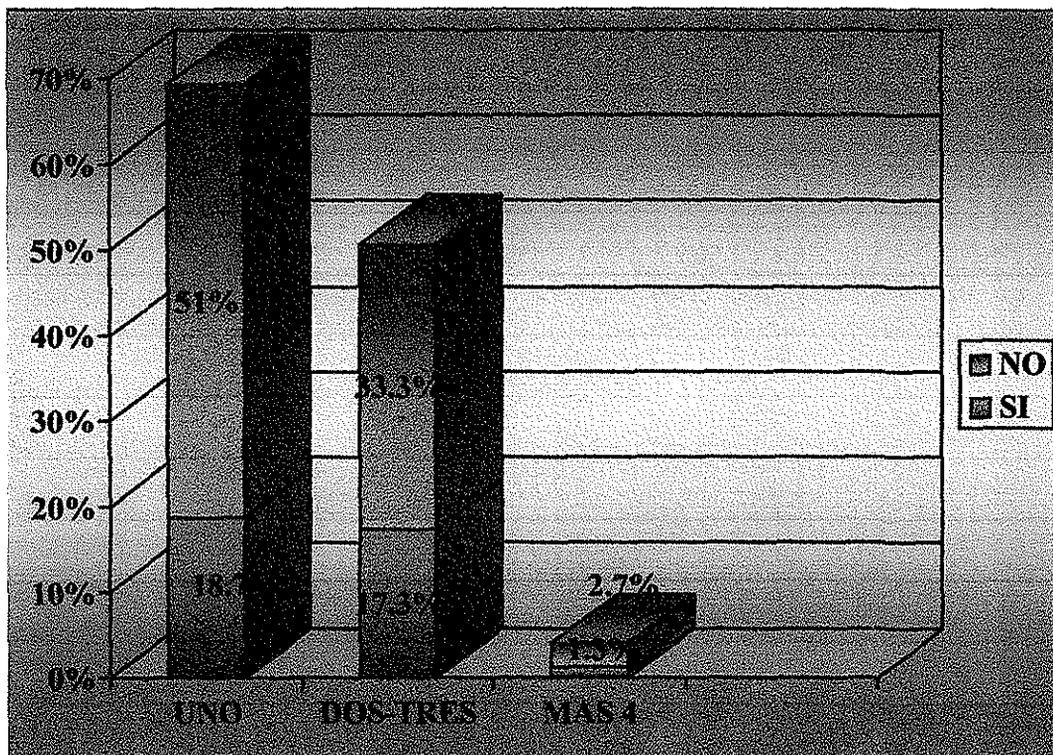
En este aspecto de relevancia para este tema encontramos que las pacientes nuevamente fueron divididas en tres grupos el primero que representa a las menores de edad y comprende de los 13 años (edad más temprana en las encuestadas), a los 18 años, aquí encontramos que el porcentaje para el embarazo planeado es de 26.5%, mientras que para el no planeado es de 73.5% cifras discretamente inclinadas hacia el predominio de no planeación, en el segundo grupo que abarca las edad de 19-24 años los porcentajes fueron similares al global 34.2% y 65.8% para el embarazo planeado y el no planeado respectivamente, el último grupo que comprende las edades de 25-30 años los porcentajes también son similares a los esperados con 33.3% planeado y 66.7% no planeado.

Tabla VI. Incidencia de embarazo planeado en relación a Inicio de vida sexual.

		ACTUAL EMBARAZO		Total
		Si planeado	No planeado	
INICIO VIDA SEXUAL	13-18	9	25	34
		26.5%	73.5%	100.0%
	19-24	13	25	38
		34.2%	65.8%	100.0%
	25-34	1	2	3
		33.3%	66.7%	100.0%
	Total	23	52	75
		30.7%	69.3%	100.0%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica 8. Incidencia de embarazo planeado en relación a # de compañeros sexuales.



VII. Número de compañeros sexuales.

En este apartado se dividió en tres grupo a las encuestadas en el primero se incluyo a aquellas que sólo refieren un compañero sexual con los siguientes porcentajes 26.9% si lo planearon, mientras que 73.1% no lo hicieron; el segundo grupo con dos a tres compañeros sexuales tuvieron los siguientes porcentajes, si planeado 34.2%, no planeado 65.8%, el último grupo con aquellas con más de cuatro compañeros sexuales tuvo los siguientes resultados si planeados 33.3% y no planeados 66.7%.

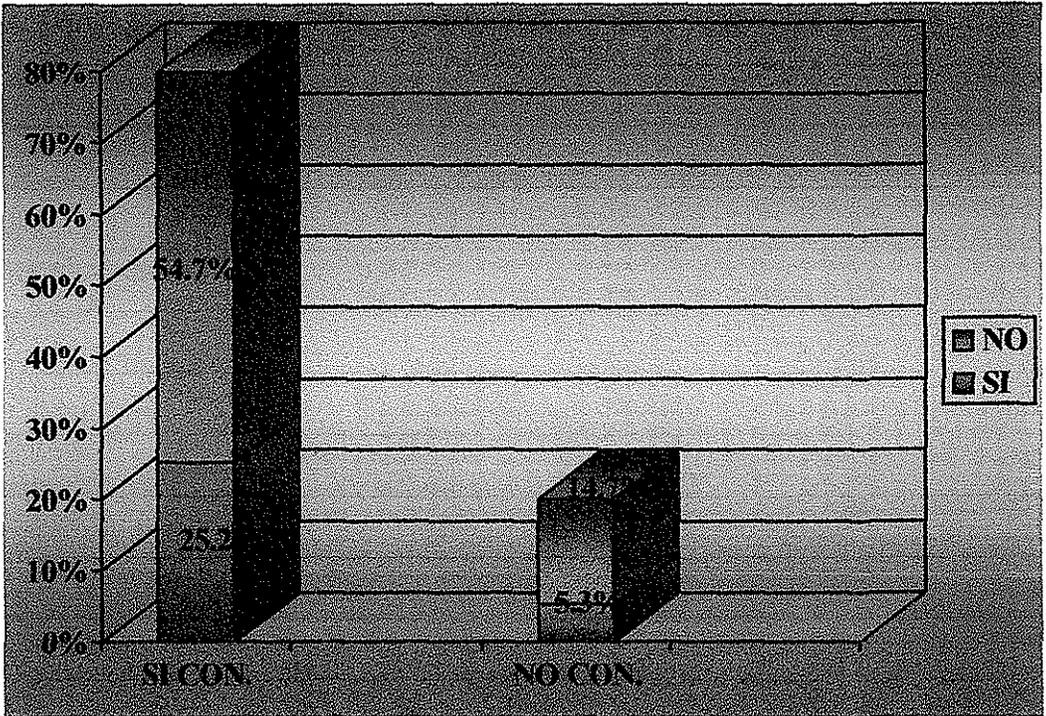
Tabla VII. Incidencia de embarazo planeado en relación a # de compañeros sexuales.

COMPANEROS SEXUALES	ACTUAL EMBARAZO	Total	
		Si planeado	No planeado
Uno	14	38	52
	26.9%	73.1%	100.0%
Dos a tres	9	9	18
	50.0%	50.0%	100.0%
Cuatro o más		5	5
		100.0%	100.0%
Total	23	52	75
	30.7%	69.3%	100.0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

21

Gráfica 9. Incidencia de embarazo planeado en relación conocer significado embarazo planeado.



VIII CONOCE EL SIGNIFICADO DE EMBARAZO PLANEADO.

En este aspecto se relaciona el concepto de conocer o, no el embarazo planeado y su relación con la planeación de estos, 80% respondieron conocer el significado de embarazo planeado sin embargo de estas sólo el 31.7% planearon su embarazo y el 68.3% no lo hicieron similar al encontrado globalmente; de las pacientes que no conocían el significado de embarazo planeado los porcentajes fueron similares con 26.7% de planeación y no planeados 73.3%.

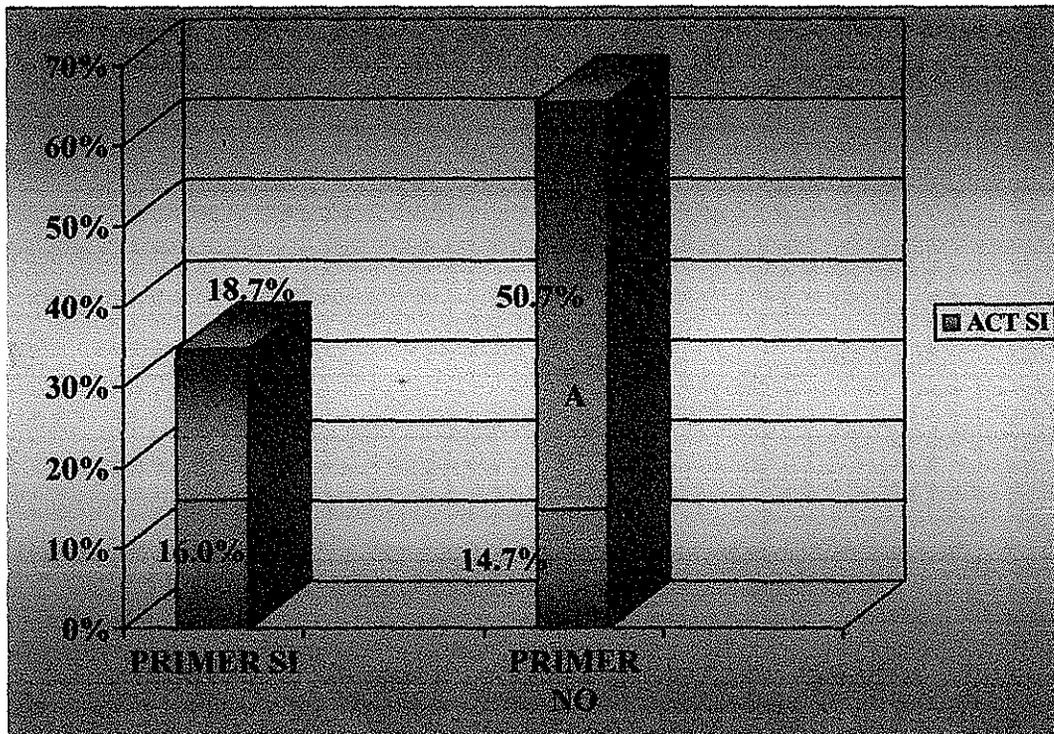
Tabla VIII. Incidencia de embarazo planeado en relación a conocer el significado de este concepto.

		ACTUAL EMBARAZO		Total
		Si planeado	No planeado	
SIGNIFICADO EMB PLANEADO	Conoce	19	41	60
		31.7%	68.3%	100.0%
	Desconoce	4	11	15
		26.7%	73.3%	100.0%
Total		23	52	75
		30.7%	69.3%	100.0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12

Gráfica 10. Incidencia de embarazo actual planeado en relación a si el primer embarazo fue planeado.



IX. PRIMER EMBARAZO PLANEADO.

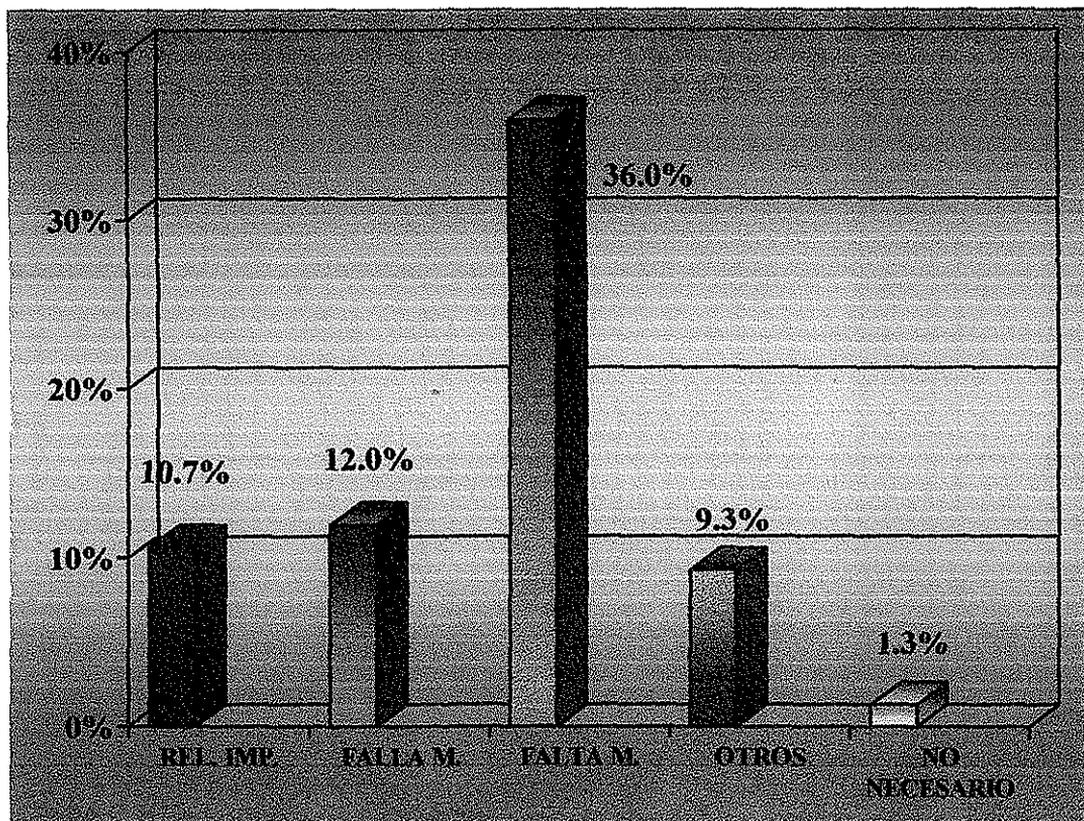
Es importante señalar sobre esta pregunta que los porcentajes cuando se relaciona la planeación del primer embarazo con la planeación del segundo embarazo los porcentajes son el el caso de haber planeado el primer embarazo y el actual también es de 46.2% vs 53.8% en el caso de haber planeado el primero y el segundo no con una $p < 0.03$; en el caso de no haber planeado el primero y sí el segundo un porcentaje de 22.4% y en caso de no haber planeado ninguno de los dos un porcentaje de 77.6% con una $p < 0.04$.

Tabla IX: Incidencia de embarazo planeado en relación a si el primer embarazo fue o no planeado.

		ACTUAL EMBARAZO		Total
		Si planeado	No planeado	
PRIMER EMB. PLANEADO	Si	12	14	26
		46.2%	53.8%	100.0%
	No	11	38	49
		22.4%	77.6%	100.0%
Total		23	52	75
		30.7%	69.3%	100.0%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Gráfica 10. Causas por las que no planeo este embarazo.



IX. CAUSAS POR LAS QUE NO PLANEÓ ESTE EMBARAZO.

Este aspecto analiza dentro del grupo de embarazos no planeados las causas posibles por las que esto sucedió se pueden observar 5 diferentes opciones la primera que considera el haber tenido relaciones sexuales imprevistas tiene un 13.5% del total; La segunda que se refiere a falla del método utilizado tiene 9.6%, la tercera que se refiere a la falta en uso de un método anticonceptivo es de 9.6%, El no considerarlo necesario el 7.7%, y la mayor parte que entra dentro del capítulo de otros fue del 59.6%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION:

El Punto principal de este estudio fue reportar la incidencia de embarazo no planeado en nuestro medio, refiriéndose con esto sólo al Hospital y en especial dada su relevancia al servicio de Ginecología, los resultados son de 30.7% de embarazos planeados y 69.3 % de embarazos no planeados a pesar que en la literatura mundial como nacional se reportan cifras que van desde un 60% en algunos países africanos, hasta 12% en países escandinavos, en nuestro país es difícil encontrar cifras exactas debido a las metodologías de investigación y a la población estudiada.

Este objetivo pero ahora buscando sus factores asociados en los que tenemos en primer término la edad observamos como en similitud con la literatura los extremos de la vida reproductiva son los más representativos de por un lado los menores de edad de la no planeación mientras los de edad mayor planean más sus embarazos a pesar de no ser estadísticamente significativos; esto se debe a que la población estudiada no fue del tamaño necesario para lograr este fin.

El siguiente factor que se asocio es el estado civil de la paciente dividida en cuatro grupos el primero con mujeres divorciadas en las que sólo tenemos una encuestada la cuál no planeó su embarazo algo esperado según lo descrito en el marco conceptual pero no significativo estadísticamente, el segundo grupo las mujeres casadas se esperaba incrementar el porcentaje de embarazos planeados pero las cifras muestran discreta reducción de embarazos planeados en relación a la incidencia global, el tercer grupo las encuestadas solteras tuvieron cifras similares al porcentaje global, por último las encuestadas que respondieron vivir en unión libre tienen un porcentaje de planeación de 41.7% por sólo 58.3% de no planeación lo que no está de acuerdo con lo descrito en la literatura.

El siguiente punto es la escolaridad, el primer grupo fue aquellas encuestadas con educación básica las cuales representan sólo el 4% del total de ellas y 100% no planearon sus embarazos en este sentido esperaríamos que a mayor nivel escolar fuera mayor el porcentaje de embarazos planeados así tenemos que en nivel técnico y educación media los porcentajes son similares al global, los de nivel medio superior que no concuerdan son más bajos los porcentajes de planeación en relación al global y los dos niveles anteriores, el nivel de educación superior tan sólo es similar al global y por ende al nivel medio y técnico, sólo una encuestada que representa en 1.3% corresponde al nivel de postgrado y no planeó el embarazo.

El tercer punto en que se relaciona es la ocupación aquí la primera división son las encuestadas dedicadas al hogar con porcentajes de planeación por debajo de la incidencia global, de la mano de las encuestadas dedicadas a la docencia con porcentajes de planeación de 25 y 20% respectivamente, tres encuestadas que representan el 4% del total

no planearon su embarazo estos resultados no tienen significado estadístico pero están de acuerdo con lo esperado; el cuarto grupo enfermería presenta un elevado porcentaje de planeación con 60% el doble de la incidencia global, las quinta ocupación son secretarías con porcentajes similares al global, los últimos dos trabajo social y "otros" tuvieron 100% de planeación y 100% de no planeación respectivamente, siendo sólo 2.7% de las encuestadas cada una de estas ocupaciones.

El siguiente factor que se asocio fue el lugar de origen y de residencia encontramos que no había diferencia en los porcentajes de los distintos lugares que se dividieron en tres D.F., Norte y Sur.

Otro factor estudiado es el inicio de vida sexual dividiéndose en tres grupos de 13-18 años representadas por las menores de edad con porcentajes discretamente inferiores de planeación que los otros dos grupos el de 19-25 y 26-34 respectivamente en los cuales se encontraron porcentajes similares a la incidencia global.

Otro tópico estudiado fue la relación con el número de compañeros sexuales dividiéndose para su estudio en tres grupo el primer con un solo compañero sexual con 26.9% de planeación discretamente por debajo del global, el segundo de dos a tres compañeros sexuales con 50% de planeación lo cual llama la atención, y el último con cuatro o más parejas sexuales los cuales el 100% no lo planeó.

El siguiente factor estudiado es con relación al conocimiento o, no del significado de embarazo planeado; encontrándose que las paciente que tienen conocimiento a este respecto tiene un porcentaje de planeación de 31,7% mientras que las que no tenían el concepto de 26.7%.

El único rubro en el que se encontró significado estadístico fue el que relacionaba el haber planeado su primer embarazo y planear el actual, aquí encontramos que quienes planearon su primer embarazo el 46.2% también planeó el actual, mientras que las encuestadas que no planearon este, el actual embarazo sólo 22.4% lo hicieron. ($p < 0.05$)

Esta encuesta también consideró las causas por las que no se planeo el embarazo obteniéndose 13.5% por mantener relaciones sexuales imprevistas; 9.6% por falla método contraceptivo utilizado; 59.6% por no usar método contraceptivo; 9.6% no consideró necesario planearlo y 7.7% respondió otros motivos.

CONCLUSIONES:

Habiendo mostrado la incidencia, tenemos un alto porcentaje de embarazos no planeados en nuestra institución, dos terceras partes de ellos lo fueron, si se hace conciencia de todo lo que esto representa no sólo en cifras abstractas del aumento de la morbimortalidad, si no viendo más a fondo y hacer patente el problema que representa desde un punto de vista que identifica la disminución de oportunidades de desarrollo de los individuos involucrados y las consecuencias que esto trae a una sociedad como la nuestra.

Se expusieron varios factores que se asocian con el aumento o disminución en su incidencia entre ellos encontramos varios resultados similares a los ya recogidos de la literatura como son la edad menor de 18 años al embarazarse; el estado civil que representa desprotección como son las divorciadas, otras que concientes de su entorno lo deciden cuando logran condiciones aceptables para ellas como aquellas que viven en unión libre; la escolaridad mencionada como uno de los puntos con más influencia que por desgracia por lo limitado de nuestro estudio no se pueden sacar conclusiones. Otros factores relacionados como son la ocupación que muestra algunos datos a destacar como que la ocupación asociada a un mayor número de embarazos planeados sea las enfermeras que puede traducirse en un acceso a la información y su efecto positivo, el lugar de origen que puede mostrar datos interesantes aunque se relacionen a factores implícitos como la educación el acceso a información, escolaridad, etc, pero que favorezcan estrategias para su mejoramiento. Otros de los factores relacionados es el inicio de vida sexual que aún con lo limita de la muestra logran identificarse diferencias entre el comienzo a temprana edad y el no planear el embarazo, así como el número de compañeros sexuales que en nuestro estudio obtuvieron mayores porcentajes aquellas paciente con dos a tres parejas sexuales en comparación con el grupo de una sola o cuatro o más.

Otro aspecto relevante es que aunque el 80% de la encuestas conocían el significado de embarazo no planeado esto no influyo en hacerlo, que nos traduce los niveles de información a los que se ha llegado y la penetración necesaria para hacerlos válidos.

El punto en el cuál logramos tener representación estadísticamente significativa fue el que relaciona la condición de haber planeado el primer embarazo con la consecuente planeación del actual, lo cuál nos habla de conductas aprendidas que llevan a concebir como una necesidad el planear sus embarazos y que el hacerlo por primera vez conduce a la intención de mantener esta forma de pensamiento lo anterior sólo refuerza lo evidente es necesario incentivar las realización de más estudios al respecto, así como el perfeccionamiento de cada uno de estos, lo mismo que hacer campañas dirigidas a corregir aquellos factores adversos identificados y por consiguiente identificar los grupo de población más vulnerables y no sólo enfocarnos a lo descargado de la literatura la cuál en su mayoría no habla de países con estructuras sociales distintas a la nuestra y de grupos en riesgo particulares como los adolescentes, sin tomar en cuenta otros estratos sociales o situaciones especiales que sólo será posible conocer insistiendo en la importancia de este tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. The state of world population 1997. UNFPA, New York, 1997.
2. Feinholz D. El dilema del embarazo no previsto: visión del personal de salud. *Perinatol y Reprod Hum* 1999; 13:112-125.
3. Odland V. Induced abortion-a global health problem. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1997;164:43-45.
4. Pashman JM, Rizo A, Brown L, Benson J. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. *Stud Fam Planm* 1993;24:205-226.
5. Fathalla MF. The one hundred million missing females are dead: let it happen never again. *Int J Gynecol Obstet* 1994;46:101-104.
6. Myrmean A. The northern Finland Cohort, 1996-82: a follow-up study of children unwanted at birth. New York: Springer publishing Co. 1988:103-110.
7. Aznar Ramos. Embarazo en adolescentes. *Ginecología y Obstetricia de México* 1967;22:661-667.
8. Bobadilla José Luis. Los efectos de la edad materna sobre la mortalidad perinatal. Instituto Nacional de Salud Pública. 1987:9-11.
9. Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion, second edition. WHO, Geneva, 1993.
10. Report of the international conference on population and development report. UNFPA, New York, 1994.
11. Ehrenfeld, Noemí. "El embarazo características y consecuencias en la madre púber-adolescente". México, Serono, 1997:477-487.
12. Escobedo-Chávez E. Embarazo en adolescentes seguimiento de sus hijos en el primer año de vida. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 1995;52:415-419.
13. Sánchez B, García M. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva.

Sexualidad y reproducción humana en México. Tomo II.
Universidad Iberoamericana. Editorial Plaza Valdés,
México, 1996:21-48.

14. Kably Ambe. Embarazo en adolescentes: análisis de 500 casos. Ginecología y Obstetricia de México. 1982;50, 303:179-182.
15. Schiavon Ermani, Jimnez Villanueva. Métodos anticonceptivos en la adolescencia. Fisiopatología de la Pubertad y embarazo/anticoncepción en adolescentes. México D.F. Serono, 1997:1387-422.
16. Feinholz D. Embarazo no deseado una propuesta de abordaje. Perinatol y Reprod Hum. 1994;8:101-112.

ANEXOS:

AUTORIZACIÓN

1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

I. S. S. S. T. E.

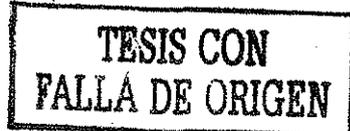
HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LOPEZ MATEOS.

COORDINACIÓN DE G. Y O.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN
EN EL ESTUDIO: INCIDENCIA DEL EMBARAZO NO PLANEADO.

Por medio de la presente autorizo a los médicos del HRLALM a utilizar los datos vaciados en la hoja de encuesta, para el estudio "Incidencia del embarazo no planeado" habiéndome explicado sobre la seriedad y confidencialidad del trabajo. Por lo cual firmo de acuerdo.

FIRMA DE LA PACIENTE



México D.F. _____ del 2002.

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.
COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
INCIDENCIA DEL EMBARAZO NO PLANEADO.
ENCUESTA:

NOMBRE: _____, EDAD: _____, ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____, OCUPACIÓN: _____

LUGAR DE ORIGEN: _____, RESIDENCIA: _____

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL: _____

NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES: _____

NUMERO DE EMBARAZOS: _____, ABORTOS: _____

CESAREAS: _____, PARTOS: _____

MARQUE CON UNA "X" EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE:

1. Conoce el significado de embarazo planeado? Si _____ no _____
2. Su primer embarazo fue planeado? Si _____ No _____
3. Este embarazo fue planeado? Si _____ No _____
4. En caso de respuesta negativa porqué no planeó este embarazo?
 - a. relaciones sexuales imprevistas _____
 - b. falta de método anticonceptivo _____
 - c. falla de su método anticonceptivo _____ cuál? _____
 - d. No considera necesario planear sus embarazos _____
 - e. Otros. _____
5. Si este embarazo no fue planeado, alguna vez pensó en interrumpirlo? Si _____ no _____
6. Si pensó en interrumpirlo, qué opción utilizó?
 - a. acudió con el médico _____
 - b. busco ayuda con amigos y familiares _____
 - c. utilizó algún otro método (naturista etc). _____
 - d. otros. _____
7. En caso de haber decidido interrumpirlo o continuar con el embarazo, lo consultó con su pareja? Si _____ No _____ porqué? _____
8. Cuál fue la causa principal de no desear o planear este embarazo?
 - a. económica. _____
 - b. Madre soltera. _____
 - c. Problemas laborales. _____
 - d. Multiparidad (más de 3 hijos). _____
 - e. Otros. _____