

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



**INCIDENCIA DEL EMBARAZO NO DESEADO Y SUS IMPLICACIONES PSICOSOCIALES EN
LAS PACIENTES QUE CONSULTAN EN UCSFI DE SANTIAGO NONUALCO Y ECOSB DEL
ZAPOTE TEJUTEPEQUE DE MAYO A JUNIO DE 2015**

Informe Final Presentado Por:

Mario José Minero Canales

Kensy Beatriz Mendoza Rivera

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Francisco Giovanni Ríos Perla

San Salvador, Octubre de 2015

Índice:

Contenido	Pagina
Resumen	3
Introducción	4
Objetivos	5
Marco teórico	6
Hipótesis	19
Diseño metodológico	20
Resultados	26
Discusión	45
Conclusiones	47
Recomendaciones	48
Bibliografía	49
Anexos	50

Resumen:

Las consecuencias de los embarazos no deseados son considerables. Los niños de embarazos no deseados desde el punto de vista biológico, están en un riesgo aumentado de bajo peso al nacer, mortalidad infantil, abuso infantil, y no recibir suficientes recursos para un desarrollo saludable. Las mujeres con embarazos no deseados son menos probable que obtengan cuidados prenatales tempranos así como es más probable que fumen, consuman alcohol durante el embarazo, mas probabilidad de involucrarse en violencia y de separarse o divorciarse de su pareja. Objetivo general: Identificar la incidencia de embarazo no deseado y las implicaciones psicosociales en las pacientes que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar de Santiago Nonualco, departamento de La Paz y unidad comunitaria de salud familiar El Zapote, municipio de Tejutepeque, departamento de Cabañas, en el periodo de mayo a junio del 2015. Método: 72 mujeres fueron seleccionadas para llenar el instrumento F01. Resultados: Según la Historia Clínica Perinatal el 90% de mujeres fueron clasificadas como embarazos planeados y un 85% como embarazos deseados según hoja filtro, según el formulario F01 de este trabajo de investigación un 96% de embarazos fueron deseados y un 54% planeados. Se identifico, a mujeres con algún trastorno afectivo siendo entre ellas las mujeres de edad materna avanzada en comparación a las adolescentes las que se afectan mayoritariamente, presentando cambios en la salud física, disminución de actividades, incluyendo ideas suicidas y de aborto.

Introducción

El embarazo no deseado en la población salvadoreña es un tema frecuente debido a la tasa alta de embarazos en la adolescencia, pero es un tema que se ha abordado en relación al embarazo no deseado y aborto. Desde el punto de vista integral de una persona humana, una condición en su cuerpo, la cual no acepte conllevará a consecuencias psicológicas y biológicas.

Por lo anterior se han realizado investigaciones acerca de las consecuencias de embarazos no deseados, se encontró en las bases de datos, muchos estudios acerca de embarazo no deseado y sus consecuencias. Siendo El Salvador un país en vías de desarrollo, con una población prevalentemente joven en edad reproductiva, con altos índices de violencia y con una tasa de natalidad alta en comparación con países desarrollados, poco se sabe acerca de las consecuencias del embarazo no deseado en su población.

En la encuesta FESAL 2008, en uno de sus acápites aborda el tema de embarazo no deseado, pero no se han estudiados sus consecuencias.

El siguiente trabajo es una investigación que pretende identificar la incidencia de embarazos no deseados en la población estudiada y además sus implicaciones psicosociales como depresión, separación de las parejas y problemas familiares.

Objetivo General:

Identificar la incidencia de embarazo no deseado y las implicaciones psicosociales en las pacientes que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar de Santiago Nonualco, departamento de La Paz y unidad comunitaria de salud familiar El Zapote, municipio de Tejutepeque, departamento de Cabañas, en el periodo de mayo a junio del 2015.

Objetivos Específicos

1. Determinar la incidencia de embarazos no deseados en la población objeto de estudio.
2. Identificar los trastornos psicológicos ansiedad, depresión y estrés asociados a estos embarazos.
3. Conocer las complicaciones sociales en los embarazos detectados como no deseados: culturales y religiosos.
4. Identificar el perfil socio demográfico de la población estudiada.

Marco teórico

En muchos países, las mujeres tienen más embarazos e hijos de los que ellas quieren y se embarazan mas pronto de lo que desean. La cantidad de tiempo que las mujeres emplean evitando embarazos no deseados y embarazos inoportuno ha aumentado en las recientes décadas, por la urbanización y el desarrollo económico que ha llevado a que las parejas deseen menos hijos¹.

Mediciones convencionales de los embarazos no deseados son diseñadas para reflejar las intenciones de una mujer antes que se embarace. Los embarazos no intencionales son aquellos reportados que ha sido cualquiera de los dos, no queridos (ocurren cuando no se desean hijos, o no se desean más hijos) o inoportunos (ocurren antes de lo deseado). En contraste, los embarazos son descritos como intencionales si son reportados que han ocurrido en el "momento correcto" o después de lo deseado (por infertilidad o dificultades en concebir). Un concepto relacionado con embarazo no intencional es embarazo no planeado, que ocurre cuando la mujer usa un método anticonceptivo o cuando ella no desea embarazarse pero no usa un método².

Se estima que en el 2012, ocurrieron 213 millones de embarazos a nivel mundial, 85 millones de estos embarazos, representan el 40 por ciento de todos los embarazos que fueron no planeados, y el 50 por ciento terminaron en aborto, 13 por ciento terminaron en aborto involuntario, y 38 por ciento resultaron en un parto no planeado¹.

Aunque las relaciones de causalidad son difíciles de establecer, numerosos estudios han indicado que los embarazos no planeados están asociados a una colección de resultados negativos de salud, económicos, sociales y psicológicos para las mujeres y los niños. La prevención de embarazos no intencionales es un componente integral de alcanzar los Objetivos del milenio de las Naciones Unidas, más notable en el objetivo 5: Mejorar la salud materna¹.

Implicaciones de los embarazos no deseados

Las consecuencias de los embarazos no deseados son considerables. Los niños de embarazos no deseados desde el punto de vista biológico, están en un riesgo aumentado de bajo peso al nacer, mortalidad infantil, abuso infantil, y no recibir suficientes recursos para un desarrollo saludable. Las mujeres con embarazos no deseados son menos probable que obtengan cuidados prenatales tempranos así como es mas probable que fumen, consuman alcohol durante el embarazo, mas probabilidad de involucrarse en violencia y de separarse o divorciarse de su pareja. Aunque los embarazos inoportunos tienen mejores resultados que los no deseados, un

embarazo que es seriamente inoportuno (por más de 24 meses, siendo este, periodo de riesgo) y aquellos que terminan en nacidos vivos son asociados con menos alimentación al pecho, una gestación más corta y un riesgo aumentado de bajo peso al nacer que aquellos embarazos inoportunos por 24 meses o menos³.

Desordenes psico-emocionales en una mujer con embarazo no deseado.

Los embarazos planeados ocurren cuando una pareja o una mujer decide tener un hijo, pero puede también ocurrir en situaciones menos estables que plantea riesgos para la familia y el niño. Los embarazos no planeados pueden ser bienvenidos o no deseado, dependiendo de las circunstancias. Embarazos no planeados, especialmente entre las jóvenes, pueden impedir la habilidad de una mujer joven a completar su educación y participar efectivamente en la fuerza de trabajo. Para decidir si desea tener hijos y cuando tenerlos, es uno de los aspectos más básicos de auto-determinación, por lo que se ha convertido en un prerrequisito para la participación total de la mujer en la sociedad moderna e involucramiento de la pareja. La prevalencia mundial de los embarazos no planeados es muy alta, por ejemplo en Gran Bretaña (Inglaterra, Escocia y Gales) es 29%, y la mayoría de embarazos no deseados ocurren en mujeres entre 20-34 años de edad³.

Algunos investigadores han encontrado una asociación entre los embarazos no planeados y síntomas depresivos pos natales; sin embargo algunos factores socio-demográficos como lo son, estado marital, edad materna y educación de la madre, no mostraron una significativa asociación con la depresión pos parto³.

En países de América Latina, los embarazos no planeados es una realidad para muchas jóvenes, mujeres pobres, y puede impactar física, emocional, socio-económica y en las dimensiones de la familia. El centro Latinoamericano para la Mujer y la Salud presentó un reporte en el día internacional de la mujer 2008, en el que establecía que cada minuto en algún lugar del mundo, 300 mujeres conciben sin desear o planear sus embarazos³.

El desacuerdo de la pareja acerca de la intención del embarazo, es asociado con inestabilidad en la intención reportada de embarazo de la mujer, con la probabilidad que en mujeres embarazadas se encuentren comportamientos que pueden tener efectos adversos para el infante. La pareja también pueden influenciar en la decisión de anticoncepción, elección de métodos específicos y el uso de estos o no³.

Mujeres pobres, jóvenes y nunca casadas son las menos dispuestas a planear satisfactoriamente los embarazos y unirse con sus parejas. En las mujeres embarazadas que no están casadas es menos probable, que en las que si están casadas o cohabitan, haber querido concebir, a llevar el embarazo a término y conocer las intenciones del padre.

Algunos investigadores describen una relación entre los niveles tempranos de ansiedad materna y la susceptibilidad de los hijos en los desordenes de déficits de atención e hiperactividad años más tarde. También ha sido descrito que el estrés y la ansiedad durante el embarazo puede incrementar el riesgo de aborto involuntario. La noticia de un embarazo puede ser recibida con sentimientos mezclados desde felicidad a inseguridad, miedo, o incluso un rechazo inicial. Casi todas las mujeres tendrán un grado de ambivalencia aún si ellas quieren el bebe. En un estudio llevado a cabo en Ankara, Turquía, los investigadores encontraron que en el período post natal, los síntomas maternos depresivos fueron significativamente asociados con embarazos no planeados, aumento de ansiedad y poca percepción de satisfacción con apoyo paterno físico. Así también en el Hospital de Obstetricia y Ginecología del Instituto de Seguridad Social en León, México, se estudio a 622 mujeres con un parto eutócico que resulto en un recién nacido sano, se encontró que en el 30% de los casos, el embarazo fue no planeado y puede haber ocurrido en un momento inoportuno. Además , el miedo fue encontrado en el 18.5%³.

Impacto del embarazo no deseado sobre la salud mental de la mujer⁴.

Tener un embarazo o un parto no deseado tiene efectos sobre la mujer, la pareja, el hijo y el resto de la familia. Varios estudios han demostrado específicamente la existencia de un riesgo mayor para la mujer de sufrir consecuencias negativas para su salud durante y después de un embarazo no deseado. Consistentemente, en diferentes estudios, el embarazo no deseado ha demostrado ser uno de los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión durante el embarazo, y el postparto y de menores niveles de bienestar psicológico durante el embarazo, el postparto y al largo plazo. Las mujeres que durante el control prenatal refieren no desear el embarazo tienen, en promedio, el doble de riesgo de desarrollar síntomas depresivos o de ansiedad, o de tener mayores niveles de estrés.

Impacto de la continuación forzada del embarazo sobre la salud de las mujeres⁴.

Los primeros estudios que trataron de evidenciar la afectación de la salud de las mujeres con un embarazo no deseado y obligadas a continuar el embarazo provienen de países europeos, y fueron realizados durante épocas de transición de la legalización del aborto, en las que se establecieron excepciones al delito y, por lo tanto, existían casos en los que una solicitud de aborto podía ser negada.

A pesar de que carecen de una metodología rigurosa que incluya la aplicación de herramientas estandarizadas de medición de salud mental y la selección de un grupo control adecuado, los abordajes iniciales a esta cuestión son valiosos y están representados por los estudios clásicos de Hook y Forssman en la década de los sesentas, en los que se siguió a largo plazo a mujeres a

quienes les fue negada una solicitud de aborto. En estos grupos de mujeres se observaron menores índices de salud mental y de bienestar socioeconómico en comparación con mujeres que no afrontaron esta situación.

En un estudio que usó una metodología más rigurosa con grupos de comparación adecuados y una muestra grande de mujeres, Gilchrist demostró, a través del seguimiento a 6410 mujeres británicas, que la continuación del embarazo no deseado, por cualquier motivo, se asocia con una tendencia casi tres veces mayor a desarrollar conductas autolesivas en su vida futura, incluyendo el suicidio. Más aún, cuando la continuación del embarazo ha sido forzada a través de la negación del aborto, este riesgo aumenta a más del doble en comparación con las mujeres que terminaron el embarazo.

En Brasil, en un contexto legal restrictivo, mediante un estudio retrospectivo, se evaluó la presencia de desórdenes mentales comunes (depresión y ansiedad) en un grupo de 1121 mujeres embarazadas, encontrando una incidencia muy alta (63%), entre las mujeres que quisieron abortar o habían intentado hacerlo sin lograrlo.

Dagg, en una revisión sobre el tema de las consecuencias de la negación del aborto, encuentra que existe una variedad de respuesta a largo plazo frente a un nacimiento no deseado pero, invariablemente, a través de los estudios incluidos, se observa la presencia de efectos negativos a largo plazo en algunas mujeres, que varían desde el resentimiento hacia el hijo hasta síntomas de enfermedad mental, ansiedad y pobre adaptación psicosocial. En conclusión, los anteriores estudios demuestran que el embarazo no deseado, no solo puede afectar de manera inmediata y tardía la salud mental de la mujer, exponiéndola a depresión, ansiedad e infelicidad, sino que, además, la continuación forzada de los embarazos no deseados empeora estos riesgos que debe asumir la mujer para su salud. De esta forma, la negación del aborto a estas mujeres, a pesar de que su salud ya está en riesgo, pone aún en mayor riesgo su salud.

Consecuencias mentales de la interrupción del embarazo⁴.

En el año 2008, la Asociación Psicológica Americana publicó un informe muy completo en el que hace un análisis de la literatura médica publicada en revistas científicas desde 1989 sobre el posible efecto de un aborto en la salud mental de una mujer (APA Task Force on Mental Health and Abortion). La conclusión general de esta revisión sistemática es que interrumpir un embarazo no deseado en el primer trimestre no tiene más riesgo para la salud mental que la continuación del embarazo. Evidenciaron también que perder o terminar un embarazo deseado, por ejemplo, por malformación fetal, sí tiene graves consecuencias en la salud mental de la mujer.

El factor determinante, por lo tanto, no es el aborto en sí, sino el deseo que la mujer siente por el mismo.

El aborto puede, en muchos casos, generar alivio del estrés asociado con embarazo no deseado, tal como lo reflejan muchos estudios. Sin embargo, en algunos casos en que a la decisión de abortar se añade estigma social o religioso, o en los que la mujer se ve obligada a mantener en secreto su decisión o no cuenta con una red de apoyo, esto puede generar un estrés adicional que no depende directamente del aborto sino de las situaciones desfavorables que lo puedan acompañar.

En muchos estudios, se evidencia el sesgo de estar en contra del derecho a decidir de las mujeres. Este se manifiesta en la falacia intervencionista, en la que se plantea, sin mayor claridad metodológica, que el aborto genera más depresión en las mujeres y que, por lo tanto, al reducir el número de abortos, se reducirá la tasa de depresión en la población femenina. Quienes defienden esta falacia no han tenido en cuenta la tasa de depresión y otras alteraciones en las mujeres a las que se les niega el aborto.

Recientemente fue publicado un meta-análisis de Coleman y colaboradores en la revista británica de psiquiatría, en el número de octubre de 2011, en el que encontraron una alta tasa de alteraciones mentales en mujeres como consecuencia directa de un aborto. Sin embargo, este estudio ha recibido a la fecha innumerables críticas por las enormes fallas metodológicas y éticas en las que incurrieron sus autores, quienes son reconocidos activistas en contra del derecho de las mujeres a decidir.

Embarazo en la adolescencia⁵.

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años (Stern, 1997). A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados (IPAS, 1999). Este hecho es motivo de preocupación de varios sectores e interés de diversos investigadores, debido a los riesgos biopsicosociales a que conlleva (Villar y Cols, 1992).

En México el número de mujeres adolescentes se incrementó de manera importante durante los últimos treinta años. En 1970 había aproximadamente 5.7 millones, para el año 2000 esta población casi se duplicó al llegar a 10.7 millones. En contraste, durante éste mismo periodo la tasa de nacimientos en madres adolescentes descendió de forma considerable, mientras que en 1970 había 58 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, para el año de 1998 se redujo a 36 nacimientos por cada mil (CONAPO, 1998).

De acuerdo con las proyecciones de población elaboradas hasta el año 2050 por el Consejo Nacional de Población (1999), se estima que la población entre 10 y 19 años, debido al peso de la inercia demográfica, continuará aumentando hasta el año 2006 con un máximo histórico de 21.8 millones, y entonces empezará a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en el año 2050. Será, por lo tanto, imprescindible redoblar los esfuerzos institucionales, de la sociedad civil y del sector privado para satisfacer sus demandas.

En términos generales, el embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante (Monroy, 1998), y muchas veces se ve matizado de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y su producto potencial. Entre ellas se han observado condiciones psicosociales de pobreza, poco apoyo social y familiar, así como problemas de salud, pues muchas embarazadas son portadoras de enfermedades sistémicas o crónico degenerativas que se manifiestan o complican con el embarazo como son: la hipertensión arterial, la diabetes y otras enfermedades metabólicas; enfermedades carenciales como desnutrición y anemia; enfermedades neoplásicas, además de enfermedades infecciosas y parasitarias.

En el grupo adolescente se ha observado que frecuentemente aparecen complicaciones durante el embarazo tales como: preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA, virus del papiloma humano y finalmente el aborto.

En cuanto al producto, se presentan antecedentes de prematurez, bajo peso, retardo en el desarrollo cognitivo y retardo en el crecimiento físico. Estas complicaciones junto con el impacto psicosocial, traen aparejado el incremento de la morbimortalidad materno infantil (De la Garza, 1997).

Es importante subrayar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. En efecto, poco más del 13% de las defunciones maternas ocurren en mujeres menores de 20 años. Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas.

El inicio de la maternidad a edades tempranas está relacionado con diversas situaciones que podrían reducir las ya de por sí pocas oportunidades de desarrollo de los/las jóvenes en un ambiente de limitaciones como las que observamos en nuestro país, entre otras las de educación y capacitación para la integración a la fuerza productiva; reforzadas por el rechazo social, familiar y en algunos casos del compañero(a).

El embarazo temprano con sus repercusiones es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida y su incidencia es mayor en los grupos más vulnerables. La actividad sexual se considera comúnmente como un indicador de riesgos psicosocial, en el caso de los/las jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con el uso de métodos anticonceptivos poco efectivos (ritmo, coito interrumpido), el consumo de tabaco, alcohol y marihuana (Orr y cols., 1991).

El debate acerca de las consecuencias que tiene el embarazo en adolescentes sobre salud de la madre y su hijo es variable. Al tener sesgos, algunas veces no permiten ver que es un problema que no sólo afecta lo biológico, sino también la esfera psicológica y social (Menken, 1980).

Además de los riesgos a la salud que conlleva el embarazo en las etapas tempranas de la vida, debe considerarse la importante secuela psico-social que un embarazo no planeado imprime en las adolescentes y en las jóvenes, particularmente los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar; una deserción escolar muy costosa para las adolescentes y jóvenes por tratarse de niveles de educación secundaria, preparatoria y aun universitaria.

Considerar las condiciones biológicas conjuntamente con las psicológicas y sociales, es una circunstancia de integración muy importante en el proceso de fomento de una cultura de salud entre los/las jóvenes, ya que algunas veces se les brinda información sobre sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos, etc., sin embargo desconocen donde acudir en caso de necesitar métodos anticonceptivos, o en caso de embarazo, donde acudir oportunamente para solicitar atención prenatal. Algunos estudios demuestran que adolescentes embarazadas que llevaron un buen control prenatal mostraron una adecuada evolución, incluso mejor que la observada en grupos de mujeres de mayor edad.

Para Toro (1992), la mayor incidencia de complicaciones en hijos de adolescentes de somatometría, peso y calificación Apgar; se deben más a factores sociales que a determinantes biológicos. Es necesario reconocer que aunado a la pobre sensibilización, los estratos económicamente vulnerables tienen menos probabilidades de recibir cualquier cuidado prenatal o de recibirlo será tardíamente. Estas circunstancias empeoran en el área rural.

Dentro de las posibles causas que influyen en la aparición de los embarazos no planeados se mencionan factores personales, familiares y sociales.

Entre los más sobresalientes están la pobre o nula educación sexual, las cuestiones de género, la doble moral sexual, la baja autoestima, el acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva destinados a los/las jóvenes, la escasa prevención con que los jóvenes llevan a efecto sus prácticas sexuales, el bajo uso de métodos anticonceptivos seguros, así como la edad de la primera experiencia sexual y como marco el nivel socioeconómico.

Aunado a lo anterior, el periodo adolescente en sí mismo representa un riesgo, por las características propias de el/la joven como son: emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad, sentimiento de invulnerabilidad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía.

La actividad sexual premarital es muy común entre los jóvenes, y su frecuencia varía de acuerdo a los sexos y condiciones socioeconómicas. En encuestas de Salud Reproductiva entre los jóvenes de América Latina se reporta que la primera relación sexual varía entre los 13 y 16 años para los varones y entre los 16 y 18 para las mujeres. La edad varía de una región a otra y la impresión actual es que los y las jóvenes comienzan la actividad sexual a más temprana edad, aunque en un ambiente desfavorable y carecientes de información acerca de sus posibles repercusiones y de las formas para evitarlas.

En México se han realizado esfuerzos para investigar el comportamiento sexual de los/las jóvenes mexicanos, aunque no se ha logrado precisar su comportamiento y problemática. En la encuesta realizada por la Dirección General de Planificación Familiar denominado: "Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes en el Área Metropolitana de la Ciudad de México" (ECRAM, 1987), se reporta la edad promedio de la primera relación sexual a los 16 años en los hombres y a los 17 años en las mujeres.

Según los resultados de la evaluación al servicio especializado para adolescentes de la Secretaría de Salud, efectuada en diez estados de la República Mexicana (1999), el 45.7% de los/las usuarios(as) del servicio ya habían tenido relaciones sexuales al momento de asistir al servicio, iniciando en promedio a los 15.8 años de edad. De ellos, el 80% tuvieron la primera relación sexual con novios(as) y amigos(as) y solamente el 6% con una pareja estable.

Estos resultados muestran que las relaciones prematrimoniales entre los adolescentes son frecuentes. Por otro lado, el principal motivo de asistencia al servicio especializado fue por consulta prenatal (23.5%), así como por otras causas relacionadas con la reproducción. Esto señala que el servicio especializado ha sido más solicitado por madres adolescentes.

De la misma evaluación, y a partir de encuestas efectuadas en población estudiantil de 10-19 años, se obtuvo que el 94.2% de los encuestados conoce al menos un método anticonceptivo y el

64.5% con relaciones sexuales utilizaron un método anticonceptivo en su última relación sexual, principalmente el condón.

Por su parte, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM, 1999), realizó una encuesta para su programa "Gente Joven", e informa que la edad promedio de la primera relación sexual en la población estudiada por arriba de los 15 años, es ligeramente más alta para las mujeres que para los hombres. A los 19 años, el 60% de los varones declaró ya tener actividad sexual, mientras que esto ocurre en el 21% de las mujeres. Cabe señalar que los y las adolescentes que no asisten a la escuela parecen tener mayor actividad sexual que los y las jóvenes que sí permanecen estudiando.

El porcentaje de adolescentes mujeres que declararon haber tenido un embarazo fue de 6.9%. El 14.3% de las mujeres de 18-19 años encuestadas había estado alguna vez embarazada. Casi el 40% de las adolescentes entrevistadas que han tenido algún embarazo mencionaron que no lo habían planeado.

En el grupo de adolescentes entre 13-19 años encuestados, el 80% sabía de la existencia de métodos anticonceptivos. Si a este grupo se le agrega la población de 10-12 años y se considera al grupo de edad de 10-19 años este indicador baja al 50%. Esto señala que el conocimiento sobre anticoncepción se asocia positivamente con la edad. El condón es el método del cual han oído hablar más.

Dentro de la misma encuesta, en lo referente al empleo de métodos anticonceptivos el 44% de los entrevistados declaró haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Los y las jóvenes que asisten a la escuela usaron un método anticonceptivo en mayor medida que los que no asisten. Entre los y las jóvenes que han tenido actividad sexual, el 73.2% alguna vez han usado métodos anticonceptivos. La declaración de uso de métodos anticonceptivos es mayor entre los varones que entre las mujeres (77.7% contra 65%). Según se señala en la propia encuesta, sería necesario indagar la causa del poco uso de métodos entre las mujeres, considerando que las mayores repercusiones del embarazo no planeado recaen sobre ellas.

Repercusiones psicosociales del embarazo no planeado durante la adolescencia⁵.

La sexualidad es inherente al ser humano, es parte integral del ser y existe desde la concepción hasta la muerte. Particularmente durante la adolescencia la sexualidad cobra gran significado, se vincula estrechamente con la forma de vida de los/las adolescentes y con la problemática de salud que en ese momento puede presentarse para ellos, como embarazos no planeados ni deseados e infecciones de transmisión sexual.

El nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado, es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. Cumple la función de perpetuar la especie y representa la

posibilidad de expresar amor, cuidados y trascender a través de los hijos. Sin embargo, cuando no es planeado genera temores de como enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida. En el caso de los/las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones; la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el/la compañero(a), el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo.

En la especie humana el periodo durante el cual un niño(a) debe ser alimentado, protegido y enseñado a sobrevivir es extenso. Padre y madre unidos asumen la responsabilidad del cuidado del nuevo ser. No obstante, los adolescentes no se encuentran completamente preparados para asumir tal responsabilidad. Las consecuencias del embarazo y la crianza se relacionan con aspectos no sólo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden reflejarse sobre la joven madre, el hijo, el padre adolescente, las familias y la sociedad.

Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio.

Algunas de ellas contemplan como alternativa el aborto. De decidirlo, enfrentarán problemas económicos (hay que pagarlo), morales (sentimientos de culpa), biológicos (generalmente se hacen en condiciones insalubres) y legales (está penado por la ley). A lo largo de su vida será una situación que desearán ocultar.

Si la joven continúa con el embarazo ocultando su situación, vivirá momentos de gran soledad, tensión, ansiedad e incertidumbre. En el momento en que se haga evidente requerirá tomar decisiones, enfrentar a la familia y a la sociedad.

Algunas veces la tensión se ve incrementada por exigencias del compañero para realizar actos contrarios a sus deseos, como casarse o abortar. En México es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo(a) a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre (Atkin, Ehrenfeld y Pick; 1996). El nacimiento de el/la nuevo hijo(a) puede generar confusión de roles familiares, por ejemplo: los abuelos asumen la función de padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo(a).

La carencia de recursos económicos lleva a la pareja a habitar en casa de los padres o los suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas familiares. Levine y colaboradores (citado en Atkin, Ehrenfeld y Pick; 1996) encontraron que 20 años después de haber sido madres adolescentes, las mujeres continuaban recibiendo apoyo de

su familia de origen en mayor medida que las mujeres que se embarazaron a mayor edad. Así mismo, las madres adolescentes mencionaron planes a futuro más limitados, menos claros y percibían la maternidad como una situación más difícil.

En casos extremos las madres son rechazadas por sus familiares, y se ven orilladas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación.

Por tales motivos, al embarazo entre adolescentes lo consideran “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”. Estas jóvenes tienen más probabilidades de ser pobres, abandonar los estudios, percibir bajos salarios y divorciarse. Las madres solteras también verán limitados sus derechos legales, el acceso a los servicios de salud y fácilmente pueden caer en la prostitución. Comúnmente enfrentan solas las obligaciones debido a que no cuentan con el apoyo económico ni afectivo del padre de su hijo.

Las jóvenes que deciden tener a sus bebés en principio buscan darles cuidados y protección. Ante la dificultad económica y las limitaciones que el hijo representa para su vida personal y social, tienden a desatenderlos por periodos prolongados, generando abandono y maltrato infantil. Con el transcurso del tiempo, puede suceder que el/la hijo(a) se convierta en un obstáculo ante una eventual relación de pareja.

Es frecuente que los hijos de adolescentes presenten dificultades de adaptación social y escolar. Algunos problemas comunes son: agresividad, desobediencia, falta de concentración, dificultad para el control de impulso y mayor propensión a cometer actos delictivos.

Para el varón, la situación se presenta diferente. Injusta e irresponsablemente, muchos jóvenes siguen pensando que es obligación de la joven emplear métodos anticonceptivos, así mismo, adoptan una actitud negativa en el uso del condón. Si ocurre un embarazo no planeado, “no es de su incumbencia, ella no se cuidó”. Otros, en un aparente y limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto. Sin embargo, muchos hombres que embarazaron a una adolescente terminan abandonándola a su suerte.

Se ha observado que los adolescentes que responden más favorablemente ante el embarazo de su pareja, son los novios que previo al embarazo mantienen una buena relación con ella y su familia, y cuya perspectiva socioeconómica es más favorable (Atkin, Ehrenfeld y Pick; 1996).

La pareja que se casa como consecuencia de un embarazo no deseado, tal vez no lo hagan con la persona que hubieran deseado, sino con la que tuvieron que casarse. Esto se traducirá en problemas de relación de pareja y desintegración familiar. Aun en el caso de que la pareja sea la deseada, les queda poco tiempo para ajustarse a las exigencias matrimoniales, enfrentando súbitamente las obligaciones y compromisos de la paternidad, cuando aún desean jugar y divertirse. Una pareja adolescente puede tener sentimientos de afecto real. Debido al gran cariño

que se tienen mantienen vida sexual activa. Sin embargo por la incipiente identidad adulta, es casi seguro que al tiempo se modifiquen sus intereses, deseos, actitudes y afectos. La joven pareja, requiere tiempo para madurar y establecer un compromiso real. De no emplear medidas de control natal, es casi seguro que se verán involucrados en una paternidad-maternidad temprana no deseada, y en matrimonios precipitados que súbitamente los enfrenta con la responsabilidad de cuidar un hijo y un hogar.

Las características personales del padre y la madre adolescente, así como la calidad de su relación, afectarán sus habilidades como padres y sus posibilidades para continuar con su desarrollo personal. El nivel de satisfacción que tengan como padre/madre también incidirá en la relación con el hijo(a).

La maternidad precoz a menudo está asociada con el aumento de la fecundidad durante la vida reproductiva de las mujeres. Esto conduce a un crecimiento de la población más rápido que obstaculiza el desarrollo socioeconómico. Por otro lado, la familia y la sociedad requieren encontrar formas para ayudar a las jóvenes a sostener a sus hijos, convirtiéndose en una carga social adicional.

La medición y el significado de un embarazo no planeado².

La intención de un embarazo es a veces medida o reportada solo por embarazos que terminan en productos vivos; los embarazos que terminan en aborto son generalmente asumidos que han sido no intencionales. Todas las definiciones asumen que el embarazo es una decisión consiente.

El desarrollo de términos relacionados a embarazos no intencionales y su medición puede ser trazado en estudios iniciales de comportamientos de fertilidad e intenciones basados en poblaciones, comenzando con el estudio en Indianápolis en 1941. Las distinciones entre embarazo no deseado e inoportuno fueron por primera vez hechas en el Estudio de Fertilidad Nacional de 1965 y fueron incorporadas en el primer estudio Nacional de Crecimiento Familiar en 1973. sin embargo, estudios que miden la intención de embarazo no usan el termino de no intencional en sus preguntas, y la extensión de inoportuno es generalmente no reportada. El Estudio Nacional de Crecimiento Familiar, el primer recurso de datos en embarazos no intencionales en los Estados Unidos, hace muchas preguntas que abordan el tiempo y el deseo para más hijos. Para los Estados Unidos, la estimación mas reciente de la prevalencia de la no intencionalidad viene de estudio Nacional de Crecimiento Familiar de 1995. Investigadores han cuestionado la validez de la actual medición de la no intencionalidad. Trussell and colleagues han usado los datos del estudio Nacional de Crecimiento Familiar para buscar contradicciones dentro de la evaluación de la intención de embarazo, falla anticonceptiva y la felicidad o la no felicidad

de la mujer al descubrir que esta embarazada. Dentro de las mujeres que reportaron sus embarazos eran debido a falla en la anticoncepción, 68% definió el embarazo como no intencional. De estas mujeres, 59% se ha sentido infeliz o muy infeliz acerca del embarazo; a pesar de que, 25% dijo sentirse feliz o muy feliz cuando descubrieron que estaban embarazadas. Dentro del 32% de mujeres que reportaron una falla en la anticoncepción como un embarazo intencional, 90% estuvo feliz o muy feliz. Además, las intenciones para evitar un embarazo no siempre se trasladan a uso de anticonceptivos: casi la mitad de los embarazos reportados como no intencionales ocurren en mujeres quienes no estaban usando un método anticonceptivo.

Trussell y colaboradores sugieren muchas posibles explicaciones para estas contradicciones. Primero, planear o intentar un embarazo puede ser distinto de querer estar embarazada. Segundo, el concepto de planear un embarazo puede no ser significativo para algunas mujeres. Tercero, la ambivalencia acerca de evitar un embarazo puede ser expresada en un uso no perfecto de anticoncepción.

Un mayor problema con los estudios en embarazos no intencionales es que muchos miden la intención de una mujer retrospectivamente, después de que el parto ha ocurrido. Esos estudios sobre intención son probablemente influenciados por la presencia del infante. Las intenciones reportadas retrospectivamente generalmente se vuelven mas positivas durante el tiempo, por ejemplo, un bebe sonriente puede resultar en una recolección mas positiva de las intenciones pasadas.

Otro factor de complicación es la heterogeneidad considerable dentro de la categoría de embarazo no intencional no deseado e inoportuno comúnmente representan decisiones diferentes de vida. No deseado refleja la intención o el deseo de una mujer (y su pareja) después que la pareja ha tenido todos los hijos que desean. En contraste, los embarazos inoportunos puede ocurrir a través de los años reproductivos pero son más comunes dentro de las adolescentes y las mujeres adultas jóvenes dentro de los embarazos inoportunos, la magnitud de la inoportunidad varia grandemente.

Hipótesis:

La incidencia de embarazos no deseados y sus implicaciones son mayores a las reportadas por el sistema materno perinatal.

Diseño metodológico:

Tipo de investigación: Observacional, analítico, transversal.

Periodo de investigación: Mayo a Junio del 2015.

Universo: 508 mujeres embarazadas de El Zapote Tejutepeque y Santiago Nonualco.

Muestra: La muestra será de 72 mujeres embarazadas que es un número representativo del universo.

Variable independiente: Incidencia de embarazos no deseados.

Variable dependiente: Implicaciones psicosociales de los embarazos no deseados.

Criterios de inclusión:

Mujer embarazada que acepte a participar en la investigación.

Mujeres que vivan en el municipio de Santiago Nonualco y El Zapote Tejutepeque .

Mujer embarazada que asista a su segundo o más control prenatal básico.

Mujeres alfabetas.

Criterios de exclusión:

Mujeres cuyo estado de salud no permita realizar de forma adecuada el cuestionario.

Mujeres que no cuenten con un carnet materno perinatal vigente con base a los lineamientos de atención prenatal.

Fuente de información: Primaria.

Técnica de obtención de información: Encuesta.

Herramienta para la obtención de información: Cuestionario.

Mecanismo de confidencialidad y resguardo de los datos: paquete Microsoft Office programa Excel.

Procesamiento y análisis de la información: Mediante distribución de frecuencias.

Operacionalización de variables							
Variables	Definición Operacional.	Objetivos.	Indicadores.	Definición.	Escala	Técnica	Instrumento
Variable independiente: Incidencia de embarazo no deseado.	Número de casos nuevos de embarazos no deseados.	Identificar el perfil socio demográfico de la población estudiada.	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	10-19 años 20-29 años 30-39 años 40-49 años	Encuesta.	Cuestionario.
			Estado civil.	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Casada. Unión. Estable. Soltera. Otro.		
			Nivel educativo.	Mayor grado escolar cursado.	Ninguno Primaria Secundaria Universitario		
			Religión	Conjunto de creencias, mitos o dogmas acerca de la divinidad y de prácticas rituales para darle culto.	Católica Evangélico Creyente no practicante Ateo Otra		
			Ocupación.	Empleo, oficio o dignidad.	Estudiante Ama de casa Empleado Desempleado		
			Procedencia.	Lugar donde reside.	Urbano. Rural.		

Operacionalización de variables							
Variables	Definición Operacional.	Objetivos.	Indicadores.	Definición.	Escala	Técnica	Instrumento
Variable independiente: Incidencia de embarazo no deseado.	Número de casos nuevos de embarazos no deseados.	Determinar la incidencia de embarazos no deseados en la población objeto de estudio.	Embarazo no deseado	Ocurren cuando no se desean hijos, o no se desean más hijos.	Si No	Encuesta.	Cuestionario.
			Embarazo no planeado	Embarazo que ocurre cuando la mujer usa un método anticonceptivo o cuando ella no desea embarazarse pero no usa un método.	Si No		
			Embarazo a inoportuno.	Embarazos que ocurren antes de lo deseado.	Si No		
			Embarazo no querido.	Ocurren cuando no se desean hijos, o no se desean más hijos.	Si No		
			Aceptación Familiar	Apoyo familiar en este embarazo.	Apoyo de familia Marginación de grupo familiar Violencia física o psicológica.		

Operacionalización de variables							
Variables	Definición Operacional.	Objetivos.	Indicadores.	Definición.	Escala	Técnica	Instrumento
Variable dependiente: Implicaciones psicosociales de los embarazos no deseados.	Trastornos psicosociales relacionados al embarazo no deseado.	Identificar el número de mujeres con embarazos no deseados y trastornos psicológicos : ansiedad, depresión y estrés.	Estrés.	El estrés es un sentimiento de tensión física o emocional.	Tensión muscular. Temblor. Inquietud.	Encuesta.	Cuestionario.
			Ansiedad.	Es una anticipación de un daño o desgracia futuros, que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión	Palpitaciones. Sudoración. Cefalea.		
			Depresión	Trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.	Cuidado personal. Pensamientos de minusvalía. Interés por actividades. Llanto.		

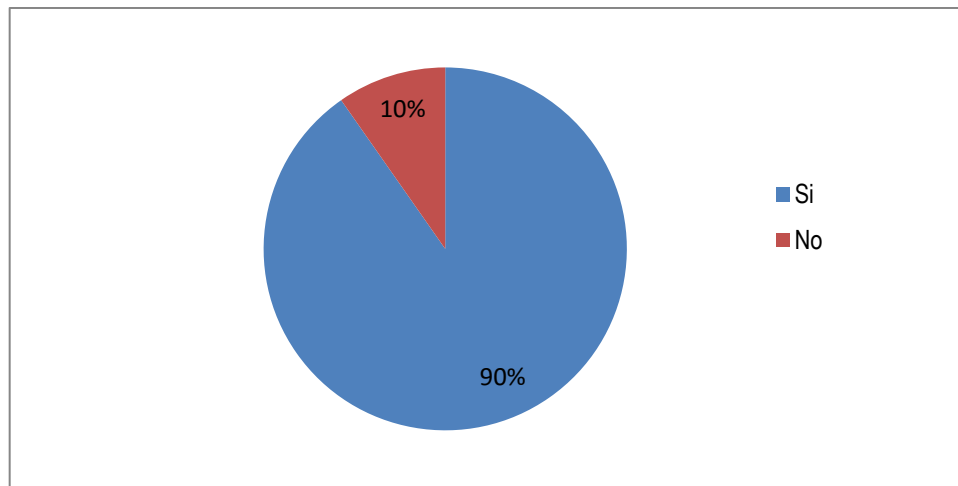
Operacionalización de variables							
Variables	Definición Operacional.	Objetivos.	Indicadores.	Definición.	Escala	Técnica	Instrumento
Variable dependiente: Implicaciones psicosociales de los embarazos no deseados.	Trastornos psicosociales relacionados al embarazo no deseado.	Conocer las complicaciones sociales en los embarazos detectados como no deseados: culturales y religiosos.	Mitos sobre el embarazo.	Creencias personales acerca del embarazo.	Presentes. Ausentes.	Encuesta.	Cuestionario.
			Influencia de grupos sociales.	Todos aquellos procesos en los que un grupo intenta influir en los comportamientos y actitudes de otros.	Ha influido. No ha influido.		
			Edad ideal reproductiva.	Edad en la cual se considera socialmente más idónea para embarazarse.	10-15 años. 16-20 años. 21-25 años. 25-30 años. >30 años.		
			Opinión acerca de embarazo.	Concepto que una persona posee acerca del embarazo.	Una alegría. Una desgracia Indiferente		
			Opinión social acerca del embarazo.	Concepto social acerca del actual embarazo.	Una alegría. Una desgracia Indiferente		
			Deserción escolar a causa del embarazo.	Abandono de estudios escolares a causa de este embarazo.	Si. No.		
			Búsqueda de empleo a causa del embarazo.	Necesidad de ingresos económicos a causa de este embarazo.	Si. No.		

Variables	Definición Operacional.	Objetivos.	Indicadores.	Definición.	Escala	Técnica	Instrumento
Variable dependiente: Implicaciones psicosociales de los embarazos no deseados.	Trastornos psicosociales relacionados al embarazo no deseado.	Conocer las complicaciones sociales en los embarazos detectados como no deseados: culturales y religiosos.	Exclusión de iglesia.	Rechazo por parte de grupo religiosos a causa del embarazo	Si. No.		
			Planificación familiar.	Uso de métodos anticonceptivos.	Es un pecado. No es pecado.		
			Amor de pareja	Sentimientos afectuosos hacia actual pareja	Presente. Ausente.		

Resultados:

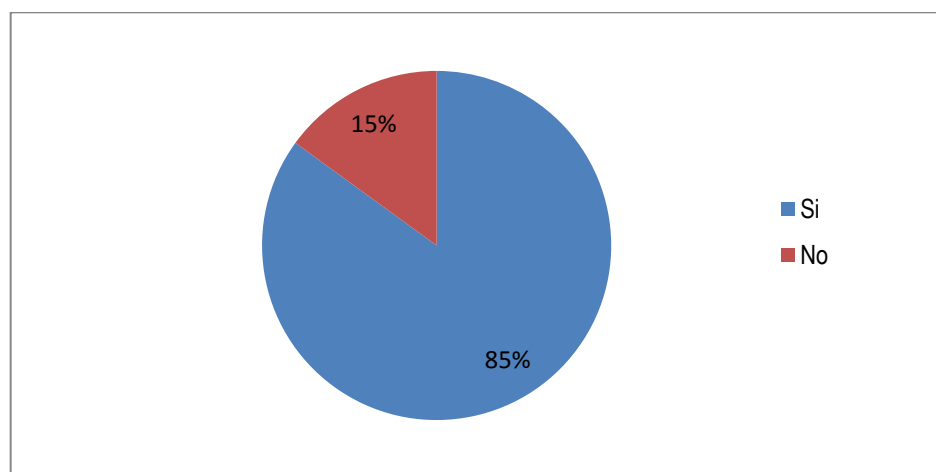
Determinar la incidencia de embarazos no deseados en la población objeto de estudio.

Grafico 1: Embarazo planeado según historia clínica perinatal



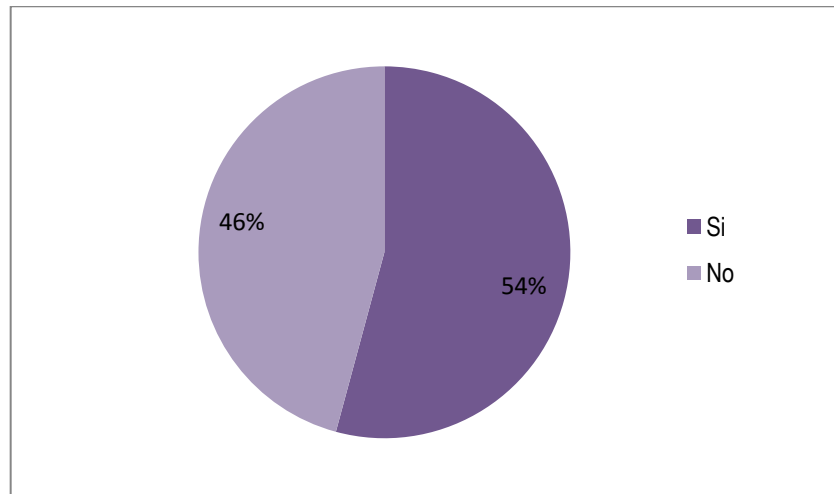
Fuente: Historia clínica perinatal.

Grafico 2: Embarazo deseado según hoja filtro de control prenatal del Ministerio de Salud



Fuente: Hoja filtro de control prenatal de MINISTERIO DE SALUD

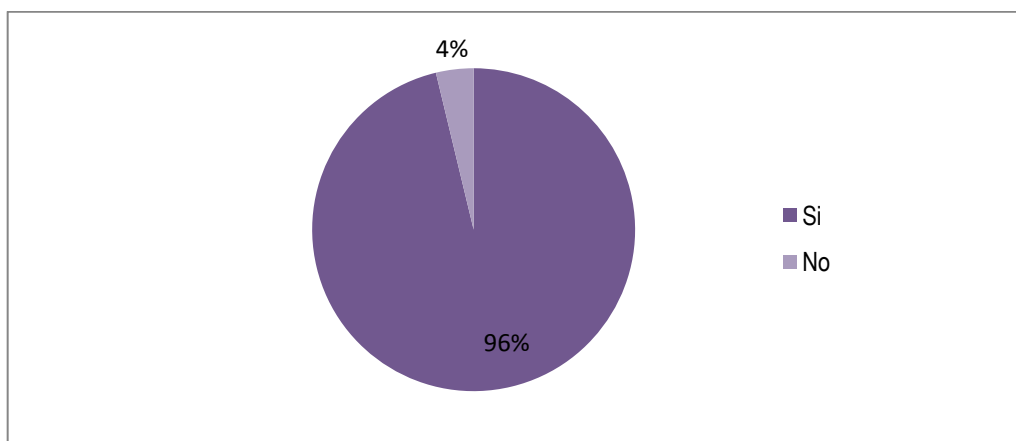
Gráfico 3: ¿Usted había planeado embarazarse?



Fuente: Instrumento F01

Según dicha interrogante se denota en la grafica un porcentaje mayor del 50% en mujeres cuyo embarazo es planeado, en contraste del 46% de mujeres cuyo embarazo no es planeado.

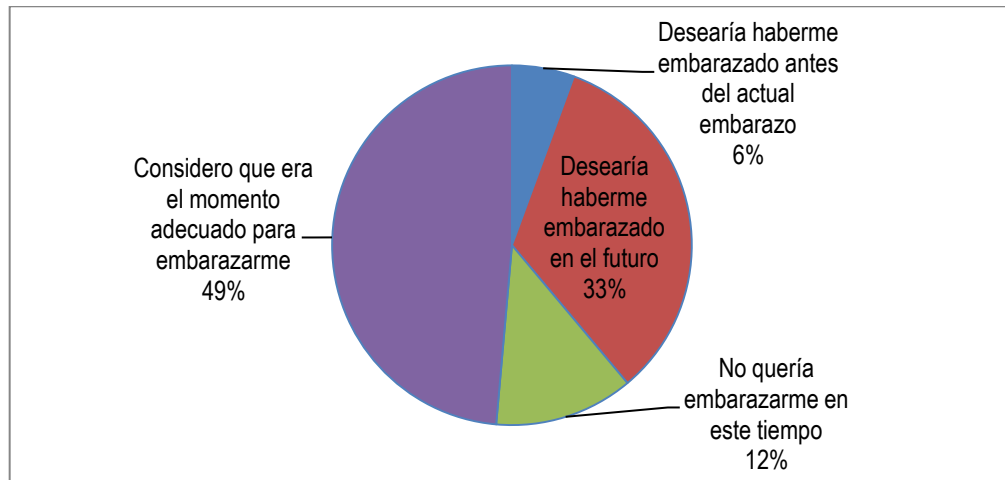
Gráfico 4: ¿Este embarazo es deseado?



Fuente: Instrumento F01

Se observa el comportamiento de embarazos no deseados a un equivalente del 4%, en comparación del 96% en total número de mujeres cuyo embarazo es deseado.

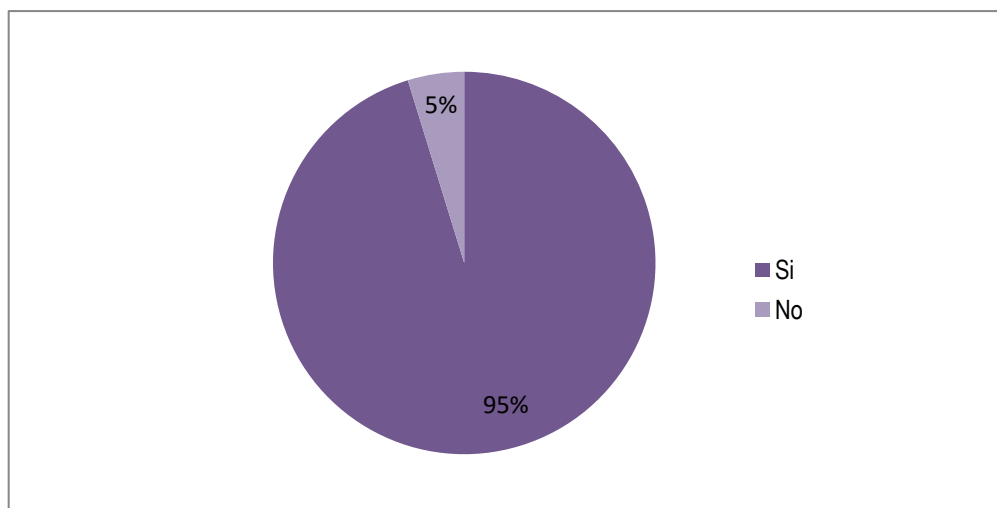
Grafico 5: ¿Elija la opción que considere más adecuada acerca de su actual embarazo?



Fuente: Instrumento F01

Se observa 6% equivalente a 4 de 72 mujeres que prefieren haberse embarazado antes, 33% haberse embarazado en el futuro, 49% consideró que era momento adecuado para embarazarse y 12% no quería embarazarse.

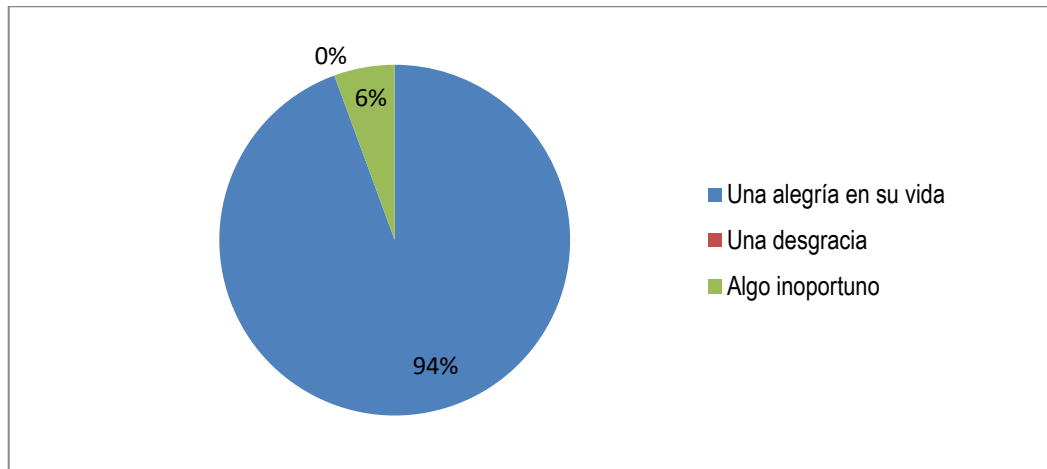
Grafico 6: ¿Considera usted que estaba lista para embarazarse?



Fuente: Instrumento F01

Un porcentaje del 95% manifiesta estar lista para embarazarse.

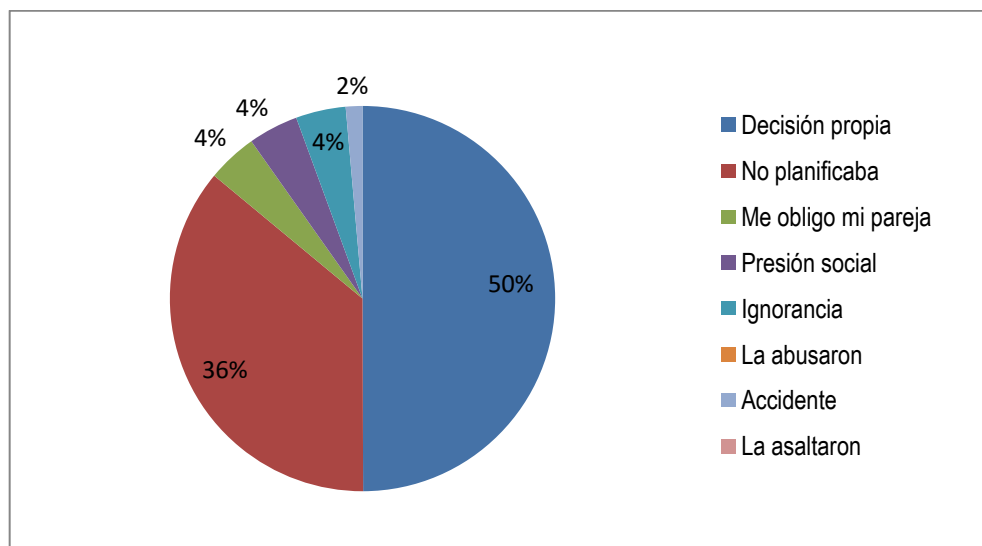
Grafico 7: ¿Percibe usted que su embarazo es?



Fuente: Instrumento F01

El 94% de mujeres manifiesta ser el embarazo actual como alegría en su vida, mientras que un 6% lo considera como inoportuno, el 0% una desgracia.

Grafico 8: ¿Por qué cree que se embarazó?

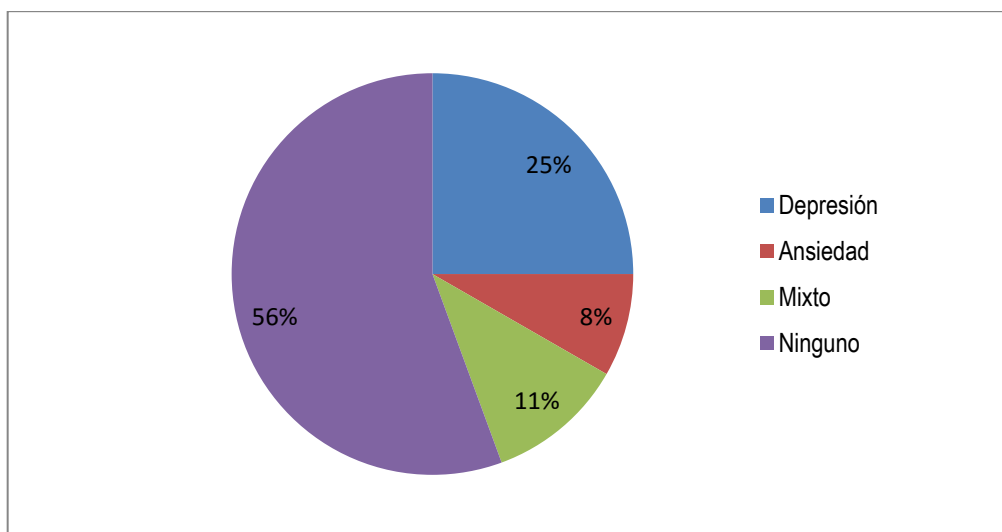


Fuente: Instrumento F01

La grafica recuerda que el 50% de embarazos de las mujeres en estudio fue por decisión propia, siendo el otro porcentaje, representativo, del 36% por no utilizar método de planificación familiar.

Identificar los trastornos psicológicos ansiedad, depresión y estrés asociados a estos embarazos.

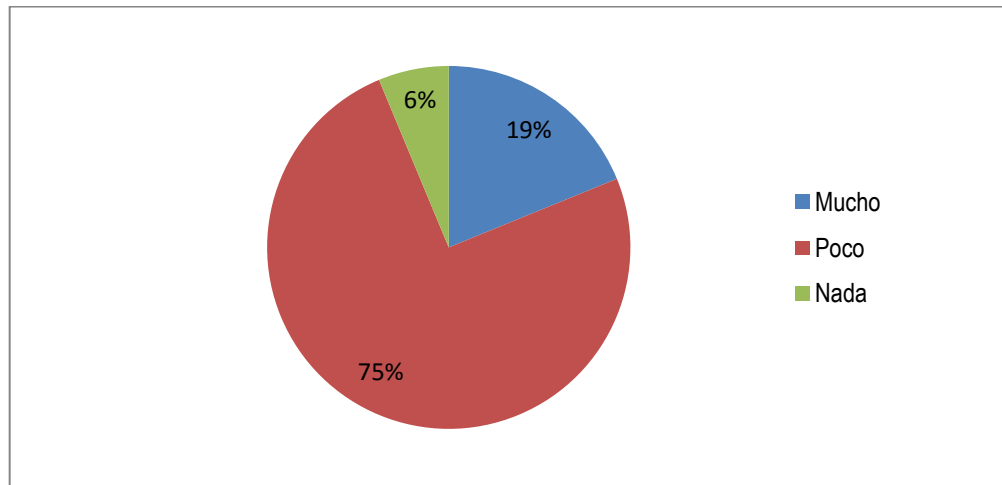
Grafico 9: Implicaciones psicosociales en embarazo



Fuente: Instrumento F01

Para la representación de la siguiente implicaciones, se realizó la clasificación por los síntomas y signos de la variable, tomando como criterio dos o mas síntomas a elegir y la categoría mixta como 4 síntomas divididos en depresión y ansiedad, por lo que se observa un 56% de mujeres no haber manifestaciones de depresión o ansiedad. Es importante recalcar que el 25% de estas mujeres se clasifica como presentar depresión en algún momento de su embarazo.

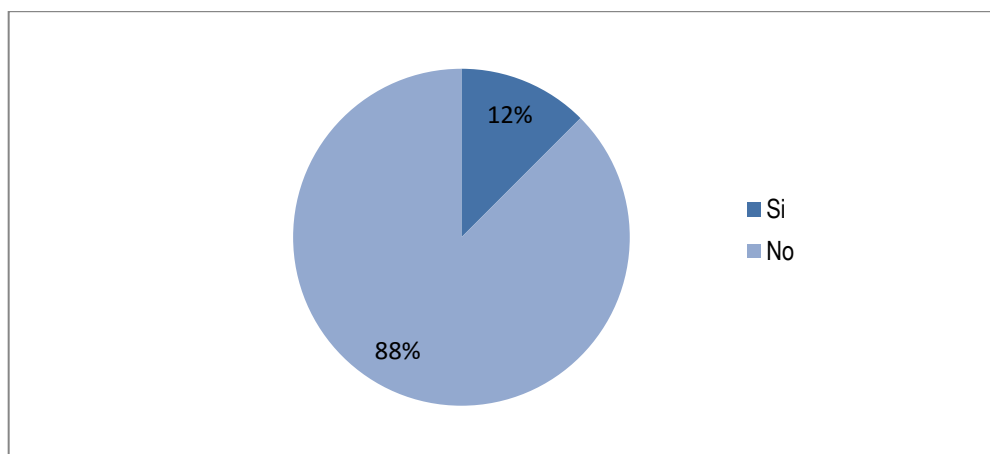
Grafico 10: ¿Siente usted que su salud y sus cuidados personales se han descuidado en este embarazo?



Fuente: Instrumento F01

La salud y cuidados en mujeres embarazadas se representa como el 75% con haber sufrido pocos cambios, contrastando el 19% de sufrir muchos cambios.

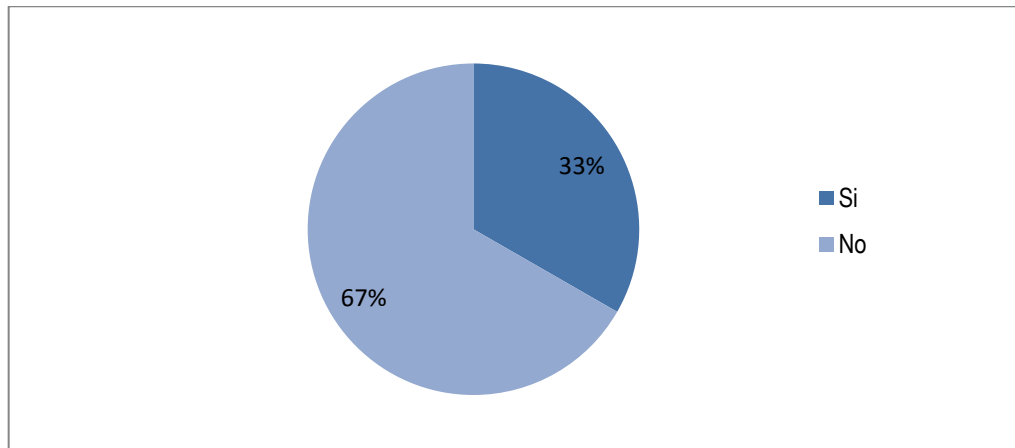
Grafico 11: ¿En algún momento al inicio de su embarazo o después ha sentido que valdría la pena no seguir viviendo?



Fuente: Instrumento F01

El 88% de mujeres considera que vale la pena seguir viviendo, no así el 12% que en algún momento manifiesta que no valdría la pena seguir viviendo.

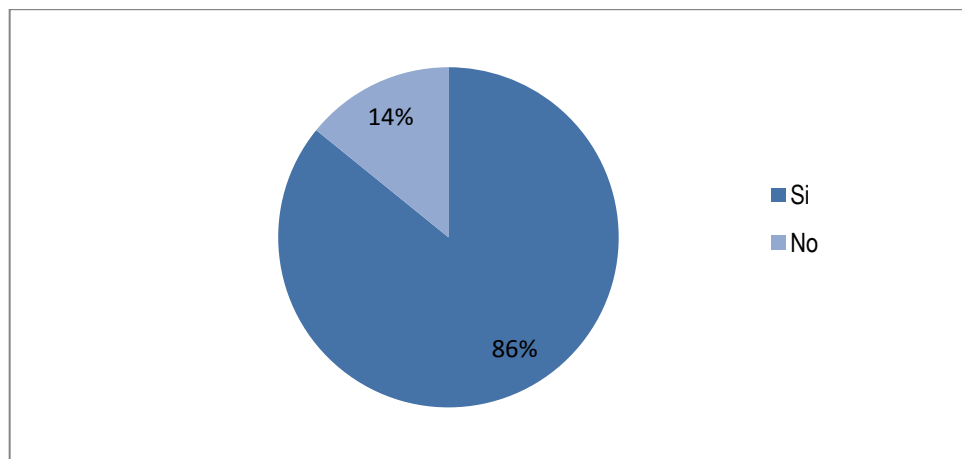
Grafico 12: ¿Consideró al inicio del embarazo terminar con su vida y la del bebe?



Fuente: Instrumento F01

El 67% de mujeres no considero el aborto, el 33% considero el aborto y el suicidio como opción en el embarazo. Aunque no se concreto ningún acto suicida o de aborto, se manifiesta que existen ideas y pensamientos que conllevan a atentados en contra de la vida o vialidad del embarazo.

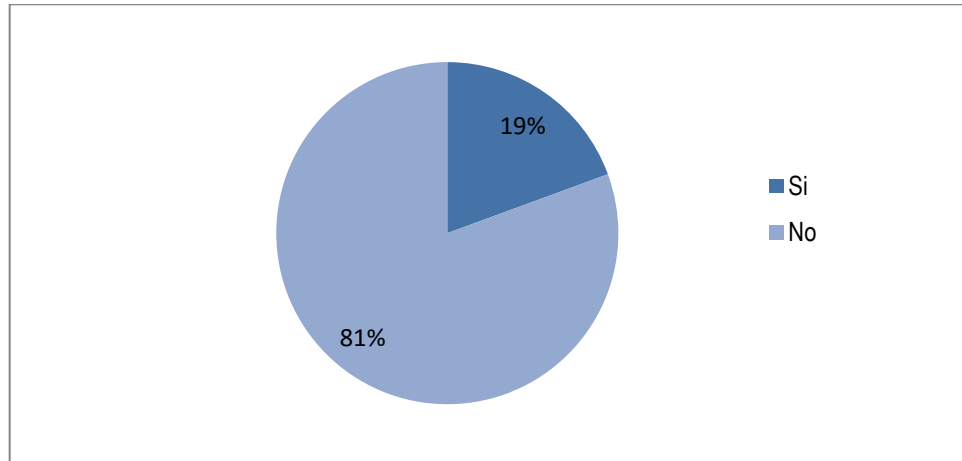
Grafica 13: ¿Ha disminuido sus actividades cotidianas?



Fuente: Instrumento F01

El 86% considera que las actividades diarias han disminuido debido al estado de gravidez.

Grafico 14: ¿Este embarazo a cambiado sus planes de superación personal?

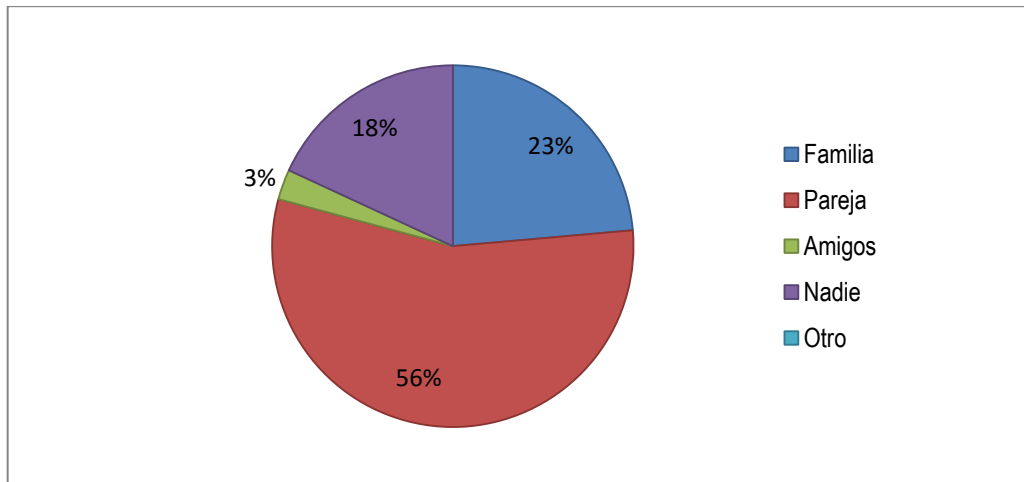


Fuente: Instrumento F01

Se observa que en la mayoría de embarazos, el 81%, este no cambió plan los planes de superación personal de la mujer embarazada.

**Conocer las complicaciones sociales en los embarazos detectados como no deseados:
culturales y religiosos.**

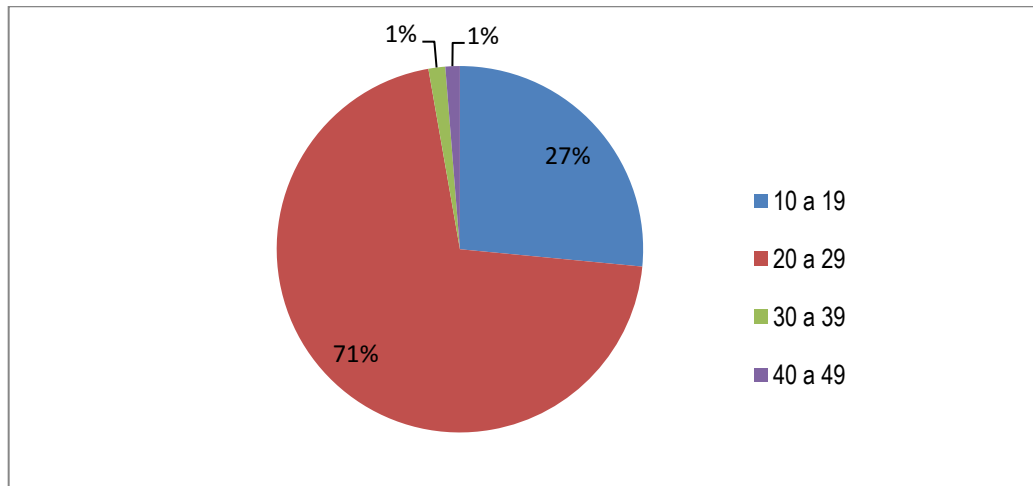
Gráfico 15: ¿Quién o quienes han tenido más influencia en continuar este embarazo?



Fuente: Instrumento F01

El 56% de mujeres manifiestan ser la pareja quienes influyen en continuar embarazo, seguido de la familia con un 23%.

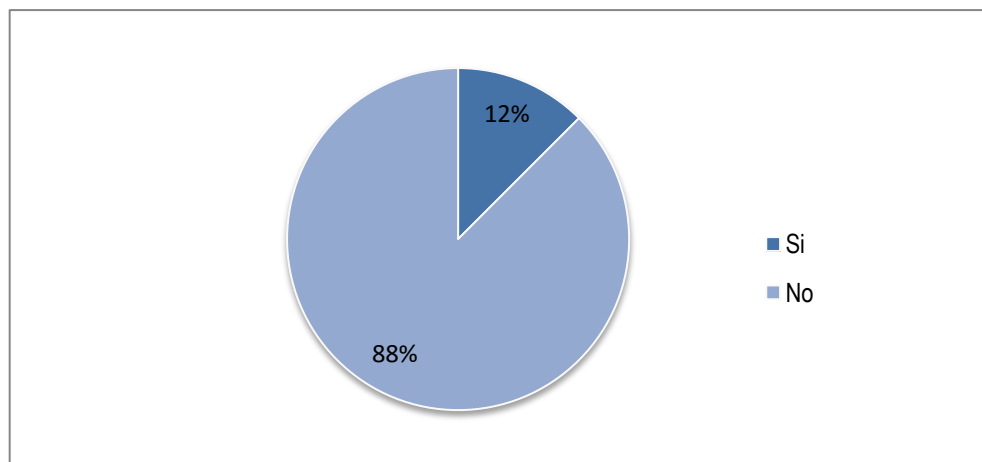
Grafico 16: Para usted ¿Qué edad es la adecuada para embarazarse?



Fuente: Instrumento F01

EL 71% de mujeres embarazadas, consideran que la edad adecuada para iniciar un embarazo es en el rango de edad de 20 a 29 años, independientemente de la edad en la que ellas se encuentren actualmente.

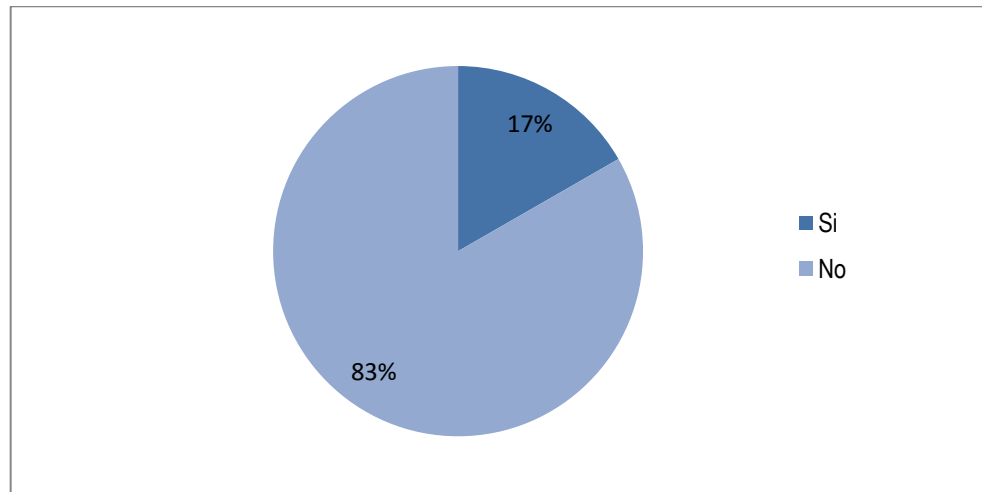
Grafico 17: ¿El embarazo actual le ha ocasionado abandonar sus estudios?



Fuente: Instrumento F01

El 88% de embarazadas manifiestan no ser el embarazo causa para abandonar los estudios, El 12% considera que si fue causa de deserción escolar . Es de considerar que en este tema, 14 de ellas estaban estudiando, el resto no lo hacían en ese momento.

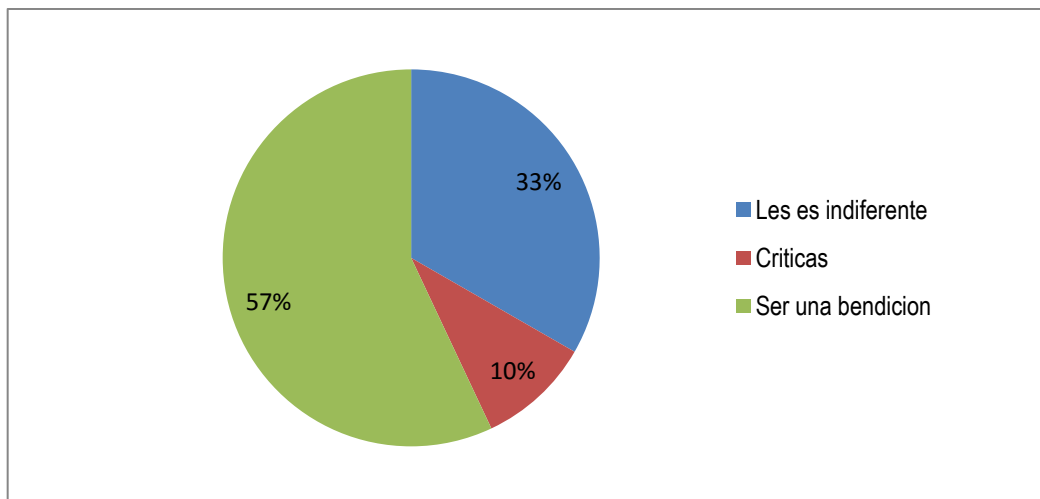
Grafico 18: ¿El embarazo actual le ha obligado a buscar trabajo?



Fuente: Instrumento F01

EL comportamiento del estudio en cuanto a búsqueda de trabajo debido a embarazos únicamente el 17% se ha visto obligada a buscar empleo, el resto no lo buscan.

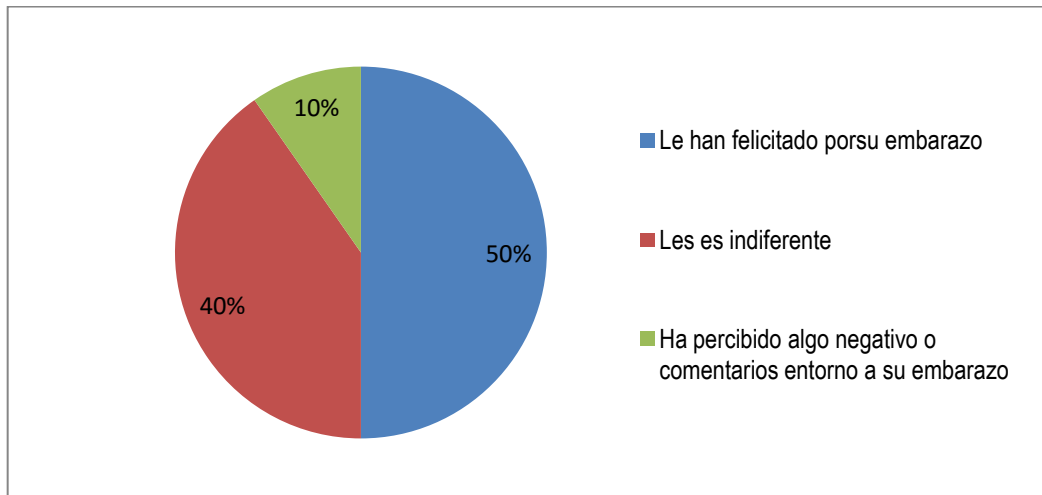
Grafico 19: ¿Que percibe de la gente que la rodea, que no es su familia, acerca de su embarazo?



Fuente: Instrumento F01

El 57% manifiesta ser el embarazo una bendición , mientras que al 33% les es indiferente.

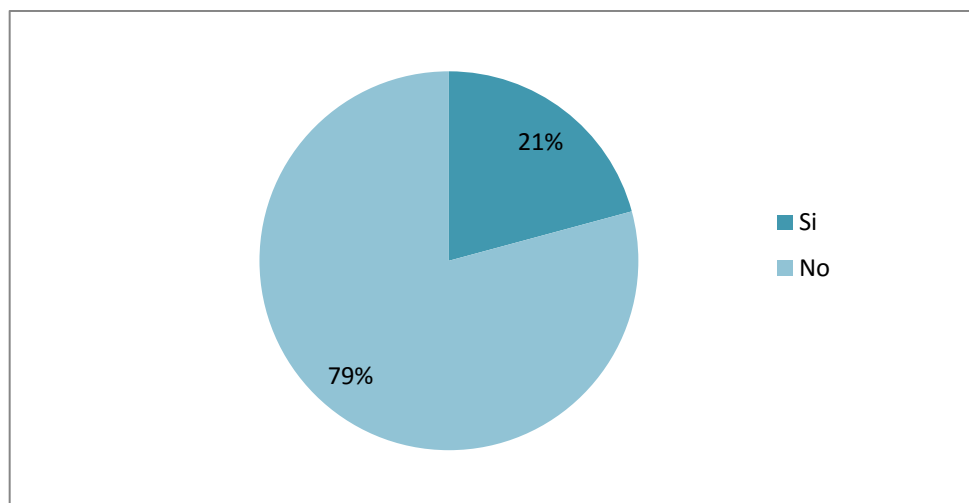
Grafico 20: En la iglesia en la que se reúne. ¿Alguien le ha llamado la atención por su embarazo?



Fuente: Instrumento F01

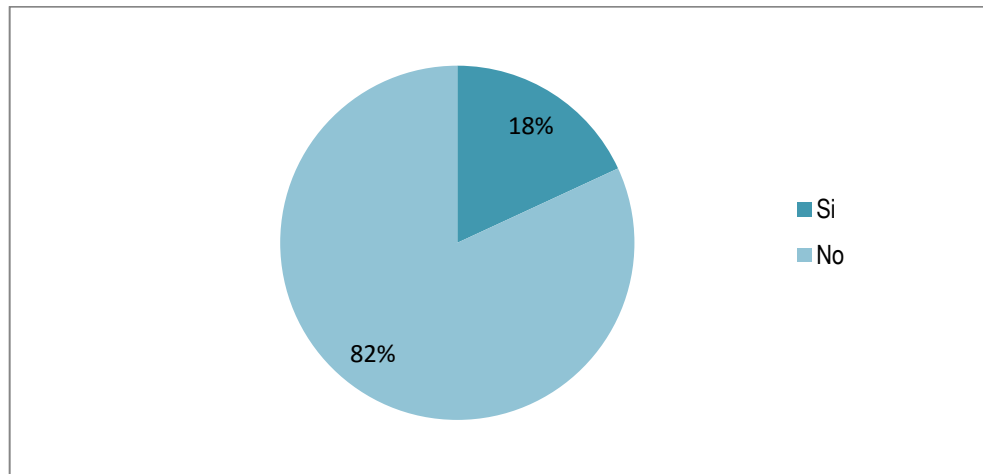
El 50% de feligreses toman el embarazo de una de sus miembros como una bendición, siendo el 40% como indiferentes ante acontecimiento.

Grafico 21: Para usted ¿Es un pecado usar métodos de planificación familiar?



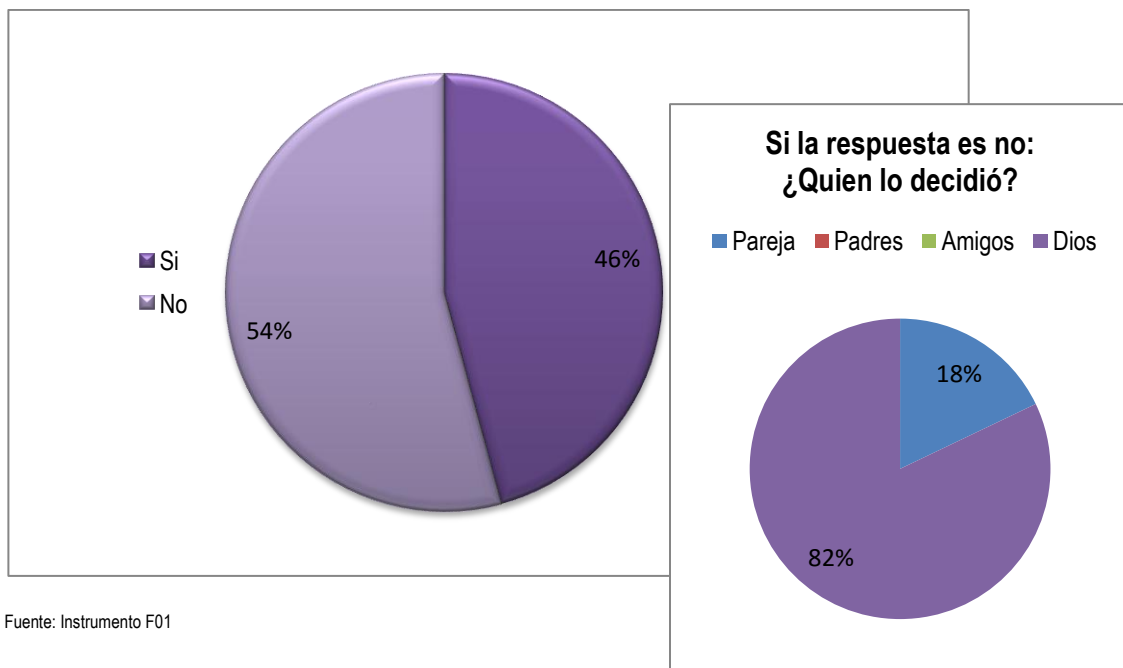
Fuente: Instrumento F01

Grafico 22: Estaba usted usando algún método de planificación familiar al quedar embarazada?



Fuente: Instrumento F01

Grafico 23: Decidió usted el momento en que tendría sus hijos?



Fuente: Instrumento F01

Grafico 24: ¿Decidió usted cuántos hijos tendrá para formar su familia?

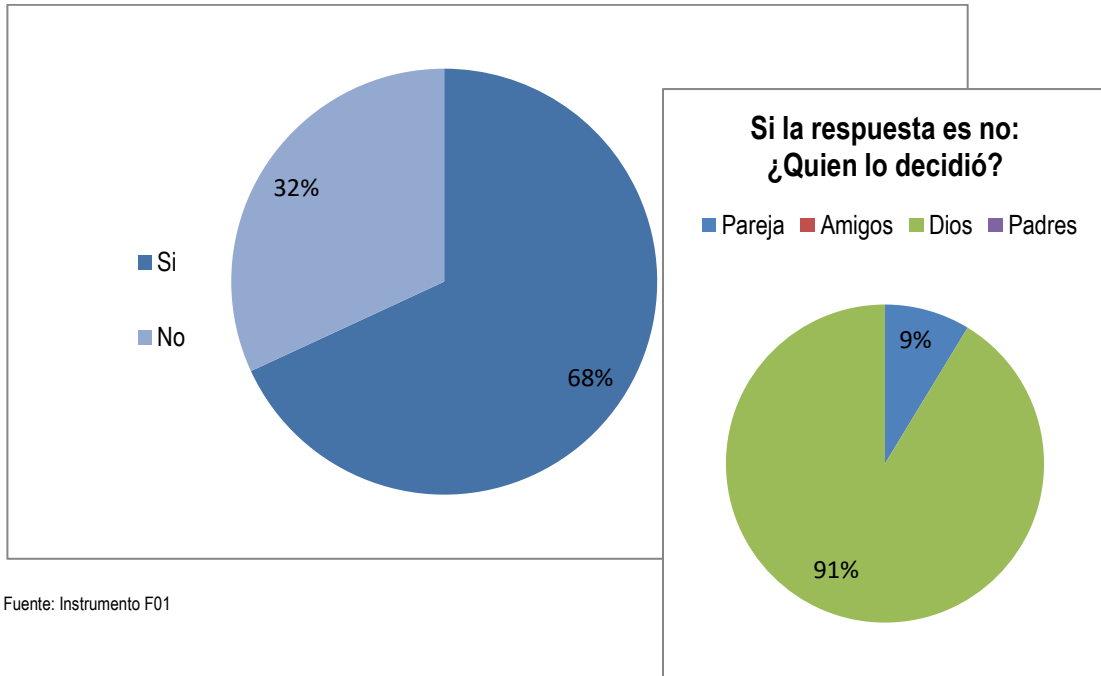
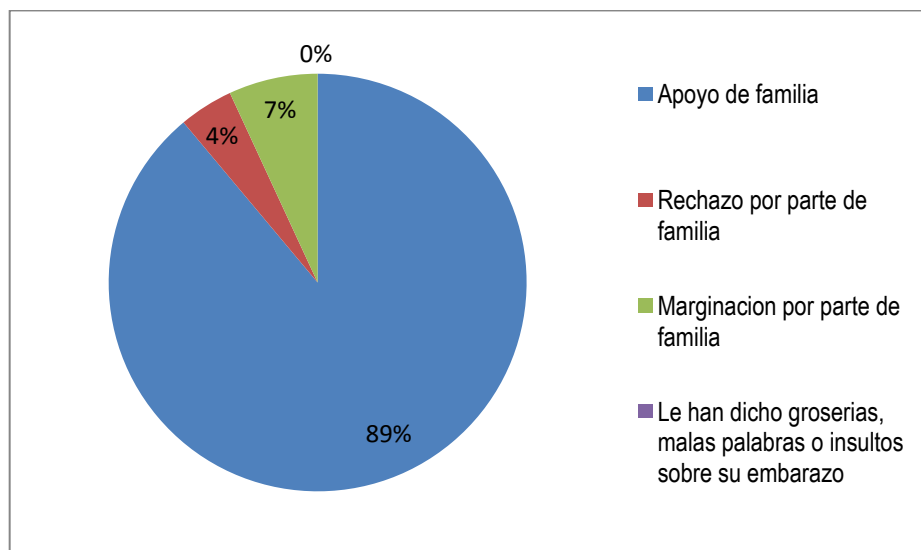
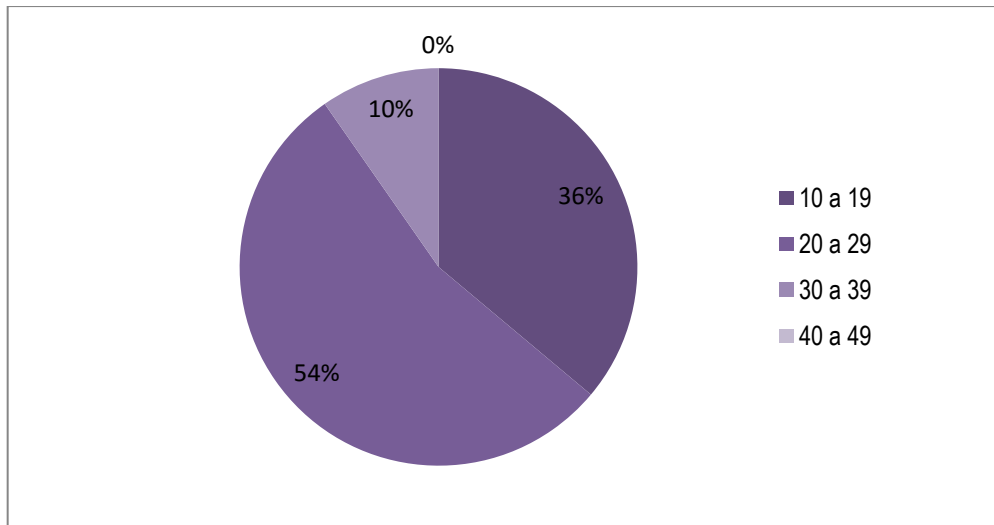


Grafico 25: ¿Como ha tomado la noticia del embarazo su familia?



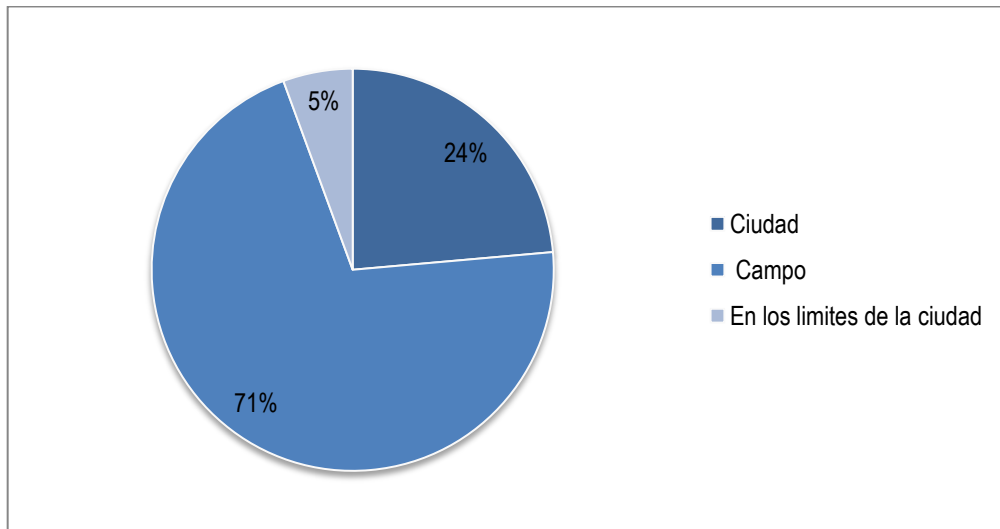
Identificar el perfil socio demográfico de la población estudiada.

Grafico 26. Edad



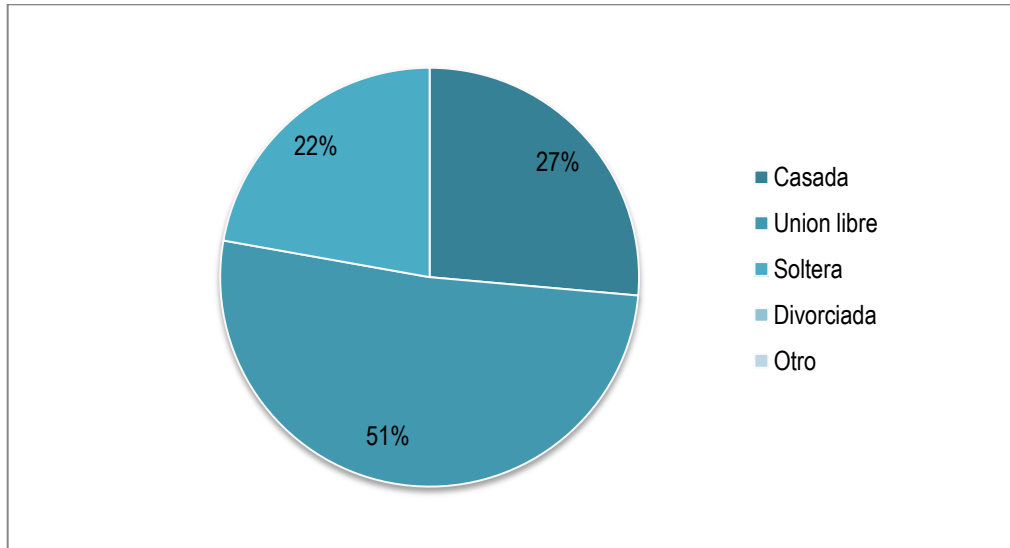
Fuente: Instrumento F01

Grafico 27: ¿Donde vive?



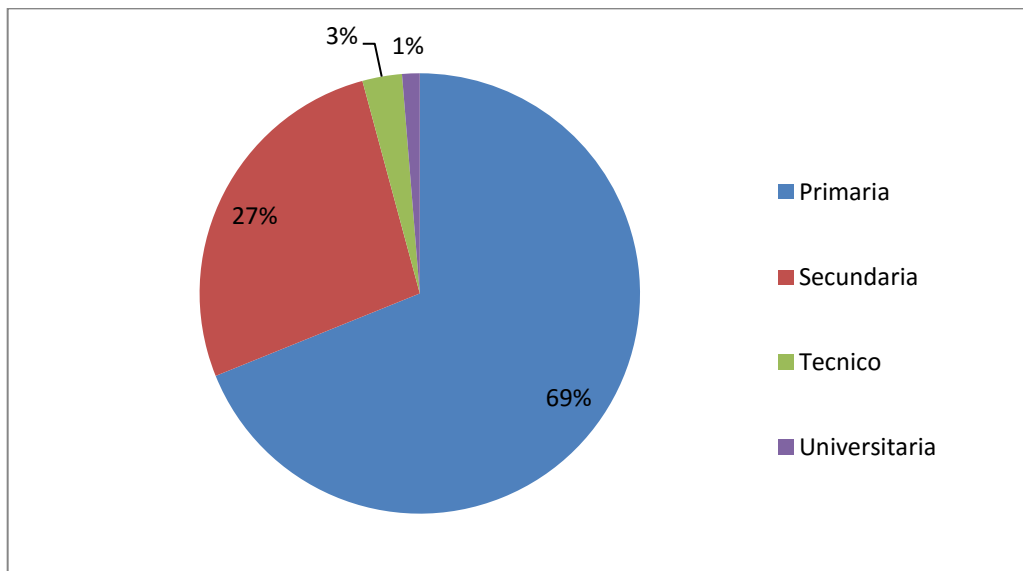
Fuente: Instrumento F01

Grafico 28: ¿Su estado civil en este momento es?



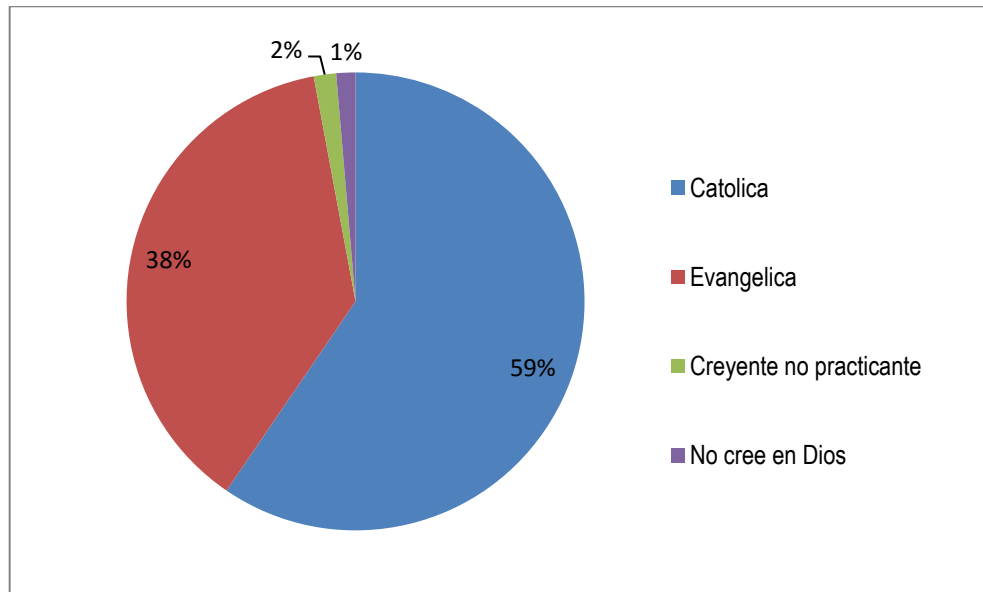
Fuente: Instrumento F01

Grafico 29: ¿Hasta qué grado ha estudiado?



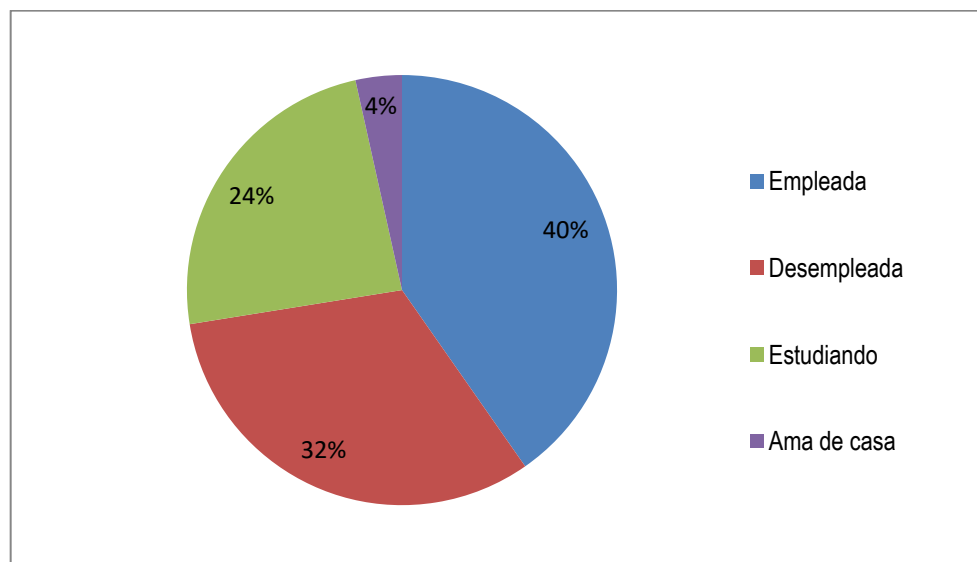
Fuente: Instrumento F01

Grafico 30: ¿Que religión profesa?



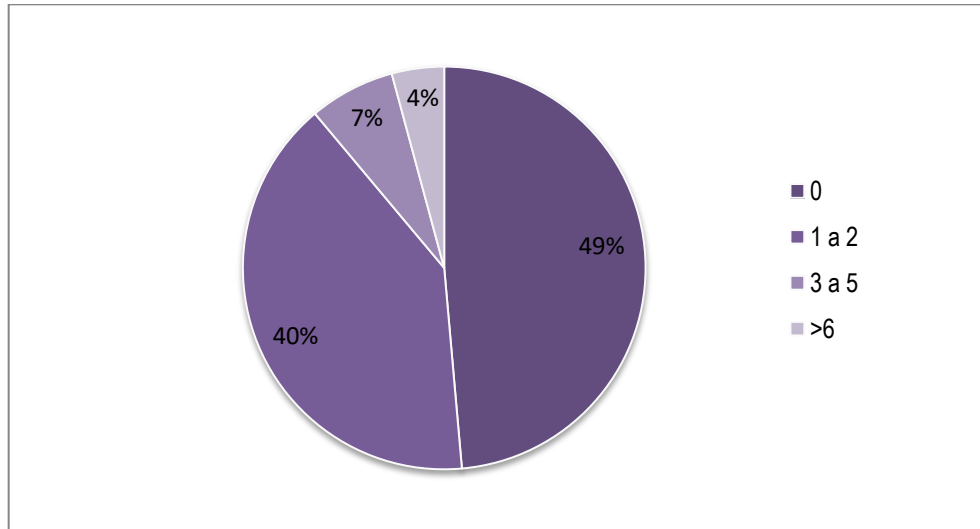
Fuente: Instrumento F01

Grafico 31: ¿Actualmente usted se encuentra?



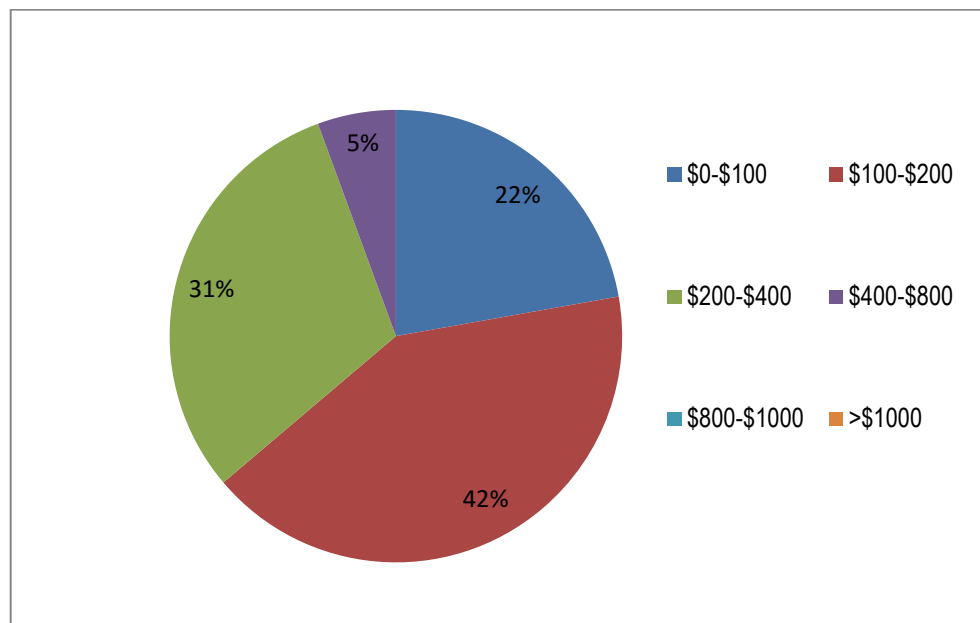
Fuente: Instrumento F01

Grafico 32: ¿Cuántos hijos tiene?



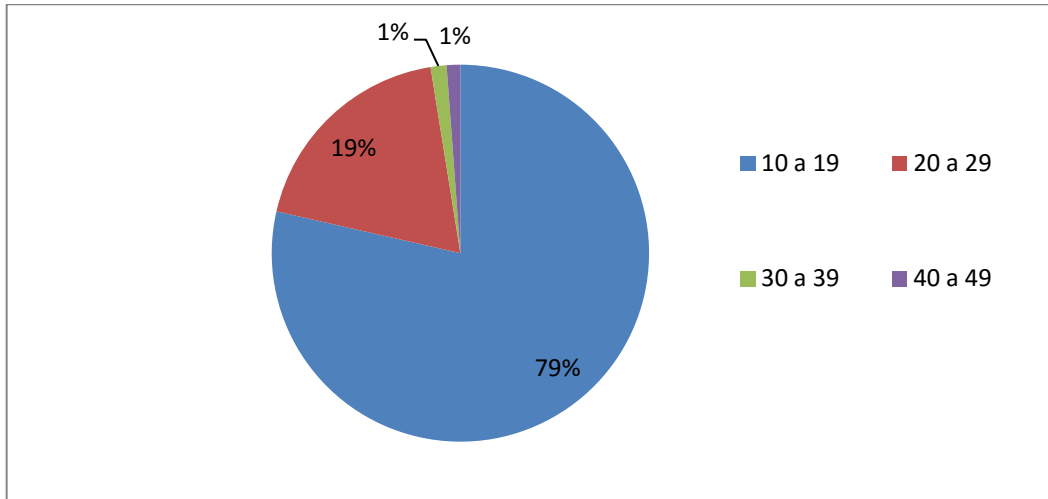
Fuente: Instrumento F01

Grafico 33: ¿Cuánto dinero gana usted o su pareja?



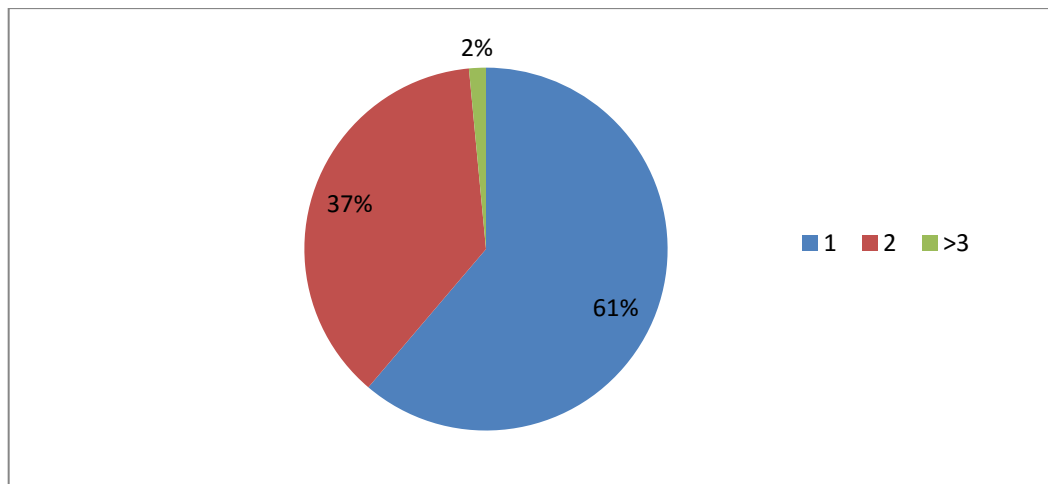
Fuente: Instrumento F01

Grafico 34: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?



Fuente: Instrumento F01

Grafico 35: Cuantas parejas sexuales ha tenido?



Fuente: Instrumento F01

Discusión

Las consecuencias de embarazos no deseados son considerables, en las mujeres con embarazos no deseados es menos probable que obtengan cuidados prenatales tempranos además el embarazo no deseado es uno de los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión durante el embarazo, el pos parto y a largo plazo.

En el presente trabajo de investigación se presentaron datos obtenidos de la historia clínica perinatal y de la hoja filtro de control prenatal del Ministerio de Salud, en donde se ha plasmado que un 15% de embarazos es no deseado y un 10% no planeado, en comparación con los datos obtenidos del instrumento F01 los cuales son un 4% de embarazos no deseados y un 46% de embarazos no planeados, con lo cual se concluiría que el porcentaje de embarazos deseados es alto. Al analizar las otras variables que miden el deseo reproductivo se evidencia que solo un 49% de pacientes indico que consideraba que era el momento adecuado para embarazarse y un 46% presento algún trastorno psicológico. Por lo anterior se duda fuertemente de que los datos brindados por las pacientes acerca del deseo del embarazo actual sea verdadero.

Según la obtención de datos por medio del instrumento F01, se considera que un embarazo es deseado, pero no es planificado, a pesar de tal situación la mayoría de pacientes embarazadas consideran estar lista para llevar a término su embarazo ya que, para ellas, es percibido como una alegría en su vida, siendo actualmente el esposo y la familia quienes apoyan para continuar con el embarazo.

En el objetivo específico el cual se refiere a la identificación de los trastornos psicológicos ansiedad, depresión y estrés asociados a estos embarazos, se realiza la clasificación por los síntomas y signos según variable, tomando como criterio dos o más síntomas a elegir, siendo el acápite de la parte mixta como: 4 síntomas, divididos en depresión y ansiedad, por lo que se observa que en un 56% de mujeres no hay manifestaciones de depresión, ansiedad u estrés. Es importante recalcar que el 25% de estas mujeres sufrió o sufre depresión en algún momento de su embarazo, en menor caso ansiedad y estrés por lo que se reflejan cambios en la salud, autocuidado y disminución en las actividades cotidianas. De igual manera, el 88% de mujeres considera que vale la pena seguir viviendo, no así el 12% que en algún momento manifiesta que no valdría la pena seguir viviendo, esto se convierte en un parámetro importante para detectar trastornos del afecto en incluso ideas de minusvalía o suicidas.

A pesar de que el 67% de mujeres no considero el aborto, el 33% considero el aborto y el suicidio como opción en el embarazo. Aunque no se concreto ningún acto suicida o de aborto, se manifiesta que existen ideas y pensamientos que conllevan a atentados en contra de la vida de la paciente o vitalidad del feto.

En cuanto a lo cultural se observa que continua siendo la pareja la influencia para continuar en el embarazo, así mismo es la pareja quien decide la cantidad de hijos para la formación del núcleo familiar, por otra parte, la mujer manifiesta que a pesar de conocer la edad adecuada para la reproducción, muchas de ellas cuya edad no está en este rango, aseguran hacerlo por motivos generacionales, siendo manifestadas por la pregunta abierta de dicho instrumento, en el cual responden que su motivación es por causa de juventud, no querer estar solas, motivos económicos, etc.

La religión continua siendo el ente rector de las actitudes y decisiones mas influyentes en la población, pues consideran que el tiempo para planificar los hijos, lo decide Dios y no la persona como su derecho reproductivo.

Ahora bien independientemente de la religión que estas mujeres profesen, manifiestan que los métodos de planificación familiar no son un pecado, sin embargo la mayoría de estas mujeres no los usan.

Se evidencia que el embarazo en edad adecuada para la reproducción es cumplida por la población de mujeres embarazadas ya que el mayor porcentaje se da en este rango de edad, sin embargo los embarazos en adolescentes van en segundo lugar muy cerca del porcentaje mayoritario, esto podría deberse a la edad de inicio de las relaciones sexo coitales, la mayoría de mujeres objeto de estudio las inicio en la adolescencia, sin embargo en esta variable la promiscuidad no se cumple.

Un porcentaje alto viven en unión libre, con nivel educativo bajo, ocupándose como amas de casa o desempleadas, lo que significa bajos ingresos económicos que se ven reflejados en el 42% de ingresos entre \$100 y \$200 como una canasta básica baja.

Conclusiones:

Según los datos obtenidos se concluye lo siguiente:

Actualmente las mujeres embarazadas no conocen la diferencia entre embarazo deseado o planificado, ya que para ellas el significado de ambas palabras es el mismo, por lo que se ve reflejado al momento de contestar adecuadamente al entrevistador con cualquier tipo de instrumento a utilizar.

Así mismo un embarazo es deseado pero no es planificado para la población en estudio, pareciera no ser importante al momento de continuar con el embarazo, sin embargo dicho acontecimiento genera en las gestantes trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión y estrés en al menos un trimestre del embarazo. Se identifico, a mujeres con algún trastorno afectivo siendo entre ellas las mujeres de edad materna avanzada en comparación a las adolescentes las que se afectan mayoritariamente, presentando cambios en la salud física, disminución de actividades, incluyendo ideas suicidas y de aborto. Según la teoría el aborto como tal genera alivio del estrés, lo cual no se cumple en la investigación, probablemente por mantener en secreto esta decisión por ser catalogado judicialmente como delito.

De igual manera se evidencia que lo mágico religioso se impone ante la decisión de reproducción, así como también ser una población machista, pues es Dios quien decide en qué momento se quedara embarazada y es el hombre quien decide el número de integrantes del núcleo familiar.

Las mujeres en su mayoría conocen de derechos reproductivos, conocen la edad adecuada para adquirir un embarazo y los métodos de planificación para prevenirlos, sin embargo no los utilizan, curiosamente consideran que no es pecado usarlos, evidenciando la actividad sexual premarital a predominio de los adolescente.

Se denota además, la importancia del apoyo familiar y el medio cultural que rodea a la embarazada, ya que influye en la toma de decisiones y planes a futuro.

Recomendaciones:

Después de realizar la investigación debida, se recomienda lo siguiente:

- ✓ En el momento de la consulta, el entrevistador deberá indagar sobre conocimientos de las usuarias sobre las palabras deseo y planificación, para solventar dudas en cuanto a este tema y realizar datos fidedignos al llenado de instrumento.

- ✓ Reforzar en la población la educación en salud sexual y reproductiva, para tenerlas en cuenta al momento de toma de decisiones, acorde al grupo de edad.

- ✓ Ofertar métodos de planificación familiar en toda mujer con edad reproductiva, explicarle cada método y solventar dudas, así mismo el uso adecuado de estos métodos.

- ✓ Se recomienda la identificación adecuada y oportuna de trastornos afectivos, por lo que se insta al ministerio de salud a indagar mas sobre dichas manifestaciones, mediante la incorporación de cuestionarios que aborden de manera amigable esta patología.

- ✓ Continuar con el seguimientos a las pacientes identificadas con embarazos no deseados aún en el período pos parto.

Bibliografía

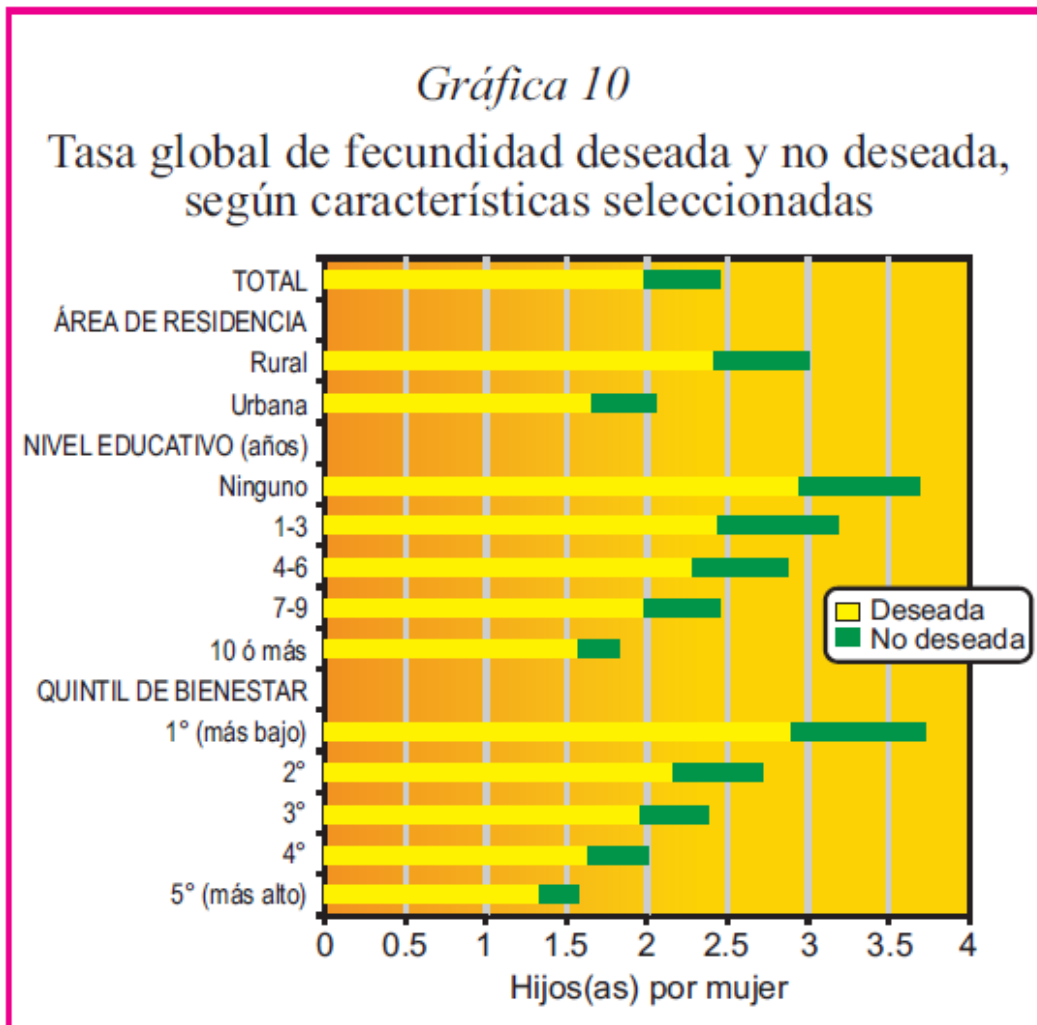
1. Gilda Sedgh, Susheela Singh, and Rubina Hussain. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in Family Planning*, , September 2014. Volume 45, Issue 3, Pages 301–314.
2. Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert BC, Curtis K, Cabral R, Hirsch JS, Schieve L; Unintended Pregnancy Working Group. The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual Reproductive Health*. 2003 Mar-Apr;35(2); Pages 94-101.
3. Cortés-Salim, P., González-Barrón, M., and Romero-Gutiérrez, G. Psycho-emotional disorders in women with unplanned pregnancies. *American Journal of Health Research*, 2014. Volume 2, Pages 27–32.
4. Grupo Médico por el Derecho a Decidir. Embarazo no deseado continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. Colombia, Red Global Doctors for Choice. Diciembre 2011. Páginas: 9 - 15
5. Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva de México D.F. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. 2002 Páginas: 31 - 44.

Lecturas adicionales

- Javier Gómez Zapiain. Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud. Emakumearen Euskal Erakundea. Instituto Vasco de la Mujer. Noviembre 1993.
- Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015 Mar 31.
- John B Casterline, Jennifer A Mendoza. Unwanted fertility in Latin America: historical trends, recent patterns. Conference Paper - Annual Meeting of the Population Association of America. 2009.

Anexos

Anexo 1: Grafica de encuesta FESAL 2008



Anexo 2: Instrumento F01

INCIDENCIA DEL EMBARAZO NO DESEADO Y LAS IMPLICACIONES PSICOSOCIALES EN LAS PACIENTES QUE CONSULTAN EN LA UCSFI DE SANTIAGO NONUALCO Y ECOS B DEL ZAPOTE TEJUTEPEQUE DE MAYO A JUNIO DE 2015

La información que se obtendrá de este cuestionario es de carácter confidencial y no será divulgada a otras personas.

Complete las preguntas abiertas y marque una X a la respuesta que mejor le parezca de las preguntas cerradas.

Datos generales:

1. Edad: _____

2. ¿Donde vive? zona: Ciudad: _____ Campo: _____ En los límites de la ciudad: _____

3. Su estado civil en este momento es:

Casada _____

Unión libre: _____

Soltera: _____

Divorciada: _____

Otro _____

4. ¿Hasta qué grado ha estudiado?: _____ grado.

5. Que religión profesa:

Católico: _____

Evangélico: _____

Creyente no practicante: _____

No cree en Dios: _____

Otras: _____

6. Actualmente usted se encuentra:

Empleada: _____

Desempleada: _____

Estudiando: _____

Ama de casa: _____

7. ¿Cuántos hijos tiene? _____

8. ¿Cuánto dinero gana usted o su pareja?:

\$0-\$100 _____

\$100-\$200 _____

\$200-\$400 _____

\$400-\$800 _____

\$800-\$1000 _____

>\$1000 _____

9. Para usted, ¿Qué edad es la adecuada para embarazarse?

10-19 años _____

20-29 años _____

30-39 años _____

40-49 años _____

En cuanto al actual embarazo, responda las siguientes interrogantes:

10. ¿Considera usted que estaba lista para embarazarse? Si ____ no ____
¿Por qué? _____

11. ¿Este embarazo es deseado? Si ____ No ____

12. ¿Usted había planeado embarazarse? Si ____ No ____

13. Marque con una x cualquiera de las tres respuestas siguientes:

Desearía haberme embarazado antes del actual embarazo: _____

Desearía haberme embarazado en el futuro: _____

No quería embarazarme en este tiempo: _____

Considero que era el momento adecuado para embarazarme: _____

14. ¿Cómo ha tomado la noticia del embarazo su familia? (marque con x la respuesta)

Apoyo de familia _____

Rechazo por parte de familia _____

Marginación por parte de familia _____

Le han dicho groserías, malas palabras o insultos sobre su embarazo? _____

15. ¿El embarazo actual le ha ocasionado abandonar sus estudios? Si: ____ No: ____

16. ¿El embarazo actual le ha obligado a buscar trabajo? Si: ____ No: ____

17. ¿Percibe usted que su embarazo es?:

Una alegría en su vida: _____

Una desgracia: _____

Algo inoportuno _____

18. ¿Que percibe de la gente que la rodea, que no es su familia, acerca de su embarazo?

Le es indiferente: _____ Criticas: _____ Ser una bendición: _____

19. En la iglesia en la que se reúne. ¿Alguien le ha llamado la atención por su embarazo?

Le han felicitado por su embarazo: _____

Les es indiferente: _____

Ha percibido algo negativo o comentarios entorno a su embarazo _____

20. ¿Siente usted que su salud y sus cuidados personales se han descuidado este embarazo?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

21. Al inicio de su embarazo usted percibió deseos de (puede marcar más de una opción):

Llorar _____

Tensión Muscular _____

Salir corriendo _____

Temblor _____

Gritar _____

Inquietud _____

Dolor de cabeza _____

Palpitaciones _____

22. ¿En algún momento al inicio de su embarazo o después ha sentido que valdría la pena no seguir viviendo? Si: _____ No: _____

23. ¿Consideró al inicio del embarazo terminar con su vida y la del bebe? Si _____ No _____

24. ¿Quién o quienes ha tenido más influencia en continuar este embarazo?:

Familia _____ Pareja _____ Amigos _____ Nadie _____ Otro:

25. ¿Ha disminuido sus actividades cotidianas? Si _____ no _____

26. ¿Este embarazo a cambiado sus planes de superación personal? Si _____ No _____

27. ¿Por qué cree que se embarazo?

Decisión propia _____

No planificaba _____

Me obligo mi pareja _____

Presión social _____

Ignorancia _____

La abusaron _____

Accidente _____

La asaltaron _____

28. ¿Estaba usted usando algún método de planificación familiar al quedar embarazada?

Si _____ no _____

29. Para usted ¿es pecado usar métodos de planificación familiar? Si: _____ No: _____

30. ¿Decidió usted el momento en que tendría sus hijos? Si _____ NO _____

Si la respuesta es no: ¿Quien lo decidió? Pareja _____ Dios _____ Amigos _____ Padres _____

31. ¿Decidió usted cuántos hijos tendrá para formar su familia? Si: _____ No: _____

Si la respuesta es no: ¿Quien lo decidió? Pareja _____ Dios _____ Amigos _____ Padres _____

32. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?: _____

33. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? _____

Gracias por su colaboración !!!