



**CAUSAS DEL EMBARAZO NO DESEADO EN MUJERES GESTANTES  
MAYORES DE 15 AÑOS, QUE CONSULTAN AL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
ERASMO MEOZ ENTRE ABRIL Y MAYO DEL 2015.**

**DR. German E. Wilches Reina**

Docente asesor y coordinador teórico de la investigación

**DR. Álvaro Montes**

Director científico de investigación

**Anyerzon Miguel Valencia Arias**

Estudiante participante- Coinvestigadore.

Grupo de investigación: EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

Semillero: EPIDEMIOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE MEDICINA

CÚCUTA- COLOMBIA

2015



Universidad de Pamplona  
Pamplona - Norte de Santander - Colombia  
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - [www.unipamplona.edu.co](http://www.unipamplona.edu.co)

DQS is member of:



THE INTERNATIONAL CERTIFICATION NETWORK



Una universidad **incluyente** y **comprometida** con el desarrollo integral





Universidad de Pamplona  
Pamplona - Norte de Santander - Colombia  
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - [www.unipamplona.edu.co](http://www.unipamplona.edu.co)



Una universidad **incluyente** y **comprometida** con el desarrollo integral



### **Pregunta de investigación:**

¿Cuáles son las principales causas de embarazos no deseados en las mujeres gestantes, que consultan al HUEM.?

### **Objetivo General:**

Identificar cuáles son las principales causas de embarazo no deseados en mujeres gestantes mayores de 15 años que consultan al servicio de Ginecobstetricia de ESE HUEM.

### **Objetivos específicos:**

- Definir el índice de embarazos no deseados en la población objetivo.
- Realizar una evaluación de variables sociodemográficas en la población estudiada.
- Establecer el conocimiento de los métodos anticonceptivos en esta población.
- Evaluar la percepción sobre las causas del embarazo no deseado.
- Identificar cual es la proporción de mujeres con embarazo no deseado que deciden continuar su embarazo.
- Reconocer cual es la apreciación sobre las consecuencias de un aborto inducido.



## Justificación:

El embarazo en adolescentes es preocupante y generador de graves consecuencias en la salud individual, familiar y colectiva, además de ser un problema de salud pública y traer consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. Como ya es conocido, el embarazo en las adolescentes trae además múltiples complicaciones. La madre adolescente puede presentar con mayor frecuencia trastornos hipertensivos de la gestación, poca ganancia de peso, anemia, parto pretérmino, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalopélvica, deserción escolar, alteraciones en los procesos familiares y alteraciones en el desempeño del rol materno. Es uno de los temas de mayor interés en la actualidad, las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos. Quince millones de adolescentes aproximadamente en el mundo, dan a luz cada año, de las cuales más del 95% hacen parte de países en vía de desarrollo. El aborto es la opción preferida y utilizada en los embarazos no deseados, la falta de educación



sexual, información e interés, ha sido uno de los principales problemas frente a los embarazos no deseados.

Siendo esta problemática un factor desencadenante en la ausencia del desarrollo nacional.





## Antecedentes:

Los embarazos no deseados, son definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse. En diversos trabajos revisados, algunos investigadores hacen distinción entre los conceptos de “embarazo no deseado” y “no planeado”, y definen como embarazo no planeado cuando la mujer no tenía en sus planes embarazarse pero acepta el embarazo y tener al producto. En este artículo se designa como embarazo no deseado cuando la mujer queda embarazada sin quererlo, pero por cuestiones personales, sociales y culturales, se ve obligada a tener al producto.

Definir la palabra adolescente en la sociedad es muy difícil ya que no existe un consenso sobre su significado; se admite la definición propuesta por la OMS que la precisa como “el periodo comprendido entre los 10 y 19 años durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”; sin embargo, es importante considerar que no se puede hablar de los adolescentes como un grupo homogéneo ya que este concepto también está influenciado por la cultura, clase social e historia familiar.







Se considera la adolescencia como la etapa donde se presentan los mayores cambios físicos y psicológicos del individuo, donde se completan los rasgos propios de identidad, base para el logro de la personalidad; por esta razón se divide en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada (3). La adolescencia temprana se considera entre los 10 y 14 años; ésta se caracteriza por grandes cambios a nivel físico y coincide con la pubertad. La adolescencia intermedia va entre los 15 a 17 años, y corresponde a un periodo caracterizado por una independencia creciente de los padres y de la familia, la deserción escolar y el embarazo temprano. La adolescencia avanzada se considera entre los 17 y 19 años de vida; esta etapa se caracteriza porque el adolescente busca reafirmar su relación de pareja y piensa en aspectos como el económico (1).

Se estima que en 2008 hubo 1,357,600 embarazos en el país. Este total incluye 764,300 embarazos que resultaron en nacidos vivos, y 593,300 que terminaron en abortos espontáneos e inducidos. Según estos hallazgos, se estima que cada año aproximadamente dos terceras partes (67%) de todos los embarazos son no planeados. La proporción de embarazos no planeados está por debajo del promedio nacional en la región Oriental (61%), pero por encima en Bogotá (74%) y en la región Pacífica (73%).





El 21% de las adolescentes colombianas entre 15 y 19 años hoy están embarazadas, lo estuvieron en algún momento o ya son madres. De igual modo, 54 de cada 100 niños que nacen en Colombia no eran esperados en ese momento por sus madres o eran francamente indeseados” (2).

Otros estudios realizados en la ciudad de Manizales, muestra que “la calidad de educación intrafamiliar a nivel sexual, el desconocimiento y el no uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes son causas de embarazos no deseados debido a la falta de conciencia acerca de lo que significa la reproducción humana, por lo tanto la adolescente necesita apoyo y orientación de su familia y las instituciones que influyen en su socialización” (2).

Aunque en la generación de nuestros padres el madre-solterismo en la adolescencia era lo peor que le podía suceder tanto a la familia como a dicha joven y al respecto se hacía todo lo posible por ocultarlo hasta llegar al punto de desaparecerlo en muchos casos y sin importar que llevara su misma sangre; hoy en día ya no es lo mismo, pues esta situación comenzó a cambiar poco a poco, tanto que en estos momentos puede que la noticia de que cierta persona tal vez cercana este embarazada tome por sorpresa a más de uno, pero esto no va más allá de una reacción momentánea que luego se va a reemplazar en la mayoría de los casos por la felicidad de la llegada de



este nuevo ser convirtiéndose todo esto en un hecho del común tanto para la familia como para la sociedad.

Todo esto ha llegado al punto que las personas de cierta forma están preparadas o esperan que sus hijas, parientes, vecinas y demás hagan parte lo que hoy hace parte del diario vivir, haciéndose tal vez más extraño que las jóvenes lleguen a una cierta edad ( 20...24 años) sin ser madres y dedicadas a sus estudios. (2)

Una de cada cinco personas en el mundo es adolescente de entre 10 y 19 años, población que alcanza actualmente 1.300 millones, la mayor generación adolescente registrada en la historia. La mitad de ellos/as son pobres y una cuarta parte vive en extrema pobreza (3)

La etapa adolescente abarca situaciones muy diversas. Durante este período los y las adolescentes tienen necesidades específicas para alcanzar un desarrollo pleno y saludable. Por ejemplo las necesidades de una niña de 12 años serán muy distintas a la de una de 17 años. La adolescencia tardía (15-19) es la que recibe mayor atención y es el principal foco de las políticas públicas de adolescencia y juventud, mientras que el inicio de la pubertad y la adolescencia temprana reciben escasa atención a pesar de que constituyen una etapa crítica del desarrollo físico y psicológico, y un momento de máxima vulnerabilidad y de exposición a riesgos que pueden acarrear consecuencias





de por vida. En este sentido, el período entre los 10 y los 14 años también es un momento de gran oportunidad para que los adultos, padres/madres, docentes, cuidadores/as y equipos de salud intervengan para acompañar a los y las adolescentes en su transición hacia la madurez, ayudándolos a desarrollar competencias y habilidades y a reducir los riesgos y daños. (3)

En este período las diferencias de género se encarnan fuertemente. Hombres y mujeres interiorizan los mensajes diferenciales acerca de los roles femenino y masculino que reciben por parte de los adultos, los medios de comunicación y las instituciones. Los hombres son presionados para iniciarse sexualmente mientras que se espera que las mujeres controlen su deseo sexual y eviten la exploración sexual. Así se promueve el comportamiento sexual de riesgo en los primeros, a la vez que a las mujeres se les niega la información y los servicios básicos de salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, los y las adolescentes están permanentemente expuestos/as a imágenes y mensajes de alto contenido sexual particularmente en la televisión, y también en la música, los medios gráficos e Internet. (3)

El embarazo temprano ocurre en todos los estratos sociales pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reporta que en un conjunto de países latinoamericanos analizados la tasa específica de fecundidad



adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico. Asimismo, el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes que tienen bajo nivel educativo. (3)

Los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años son en su mayoría embarazos no deseados. Esta situación afecta en mayor medida a las niñas y adolescentes de sectores sociales más desprotegidos. Diversos factores inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes en menores de 15 años, como el desconocimiento del cuerpo y de los hechos básicos de la reproducción y la falta de conocimiento de medidas de prevención del embarazo y de acceso a las mismas. Asimismo, como causales directas revisten particular importancia el abuso sexual, las relaciones sexuales forzadas y la explotación sexual.

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprensiones donde se hace posible el descubrimiento en uno, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y a la falta de educación en el orden sexual, posibilita que los adolescentes se crean aptos para concebir, por lo que se considera este período como





importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y paternidad precoz.(4)

Existen diferentes factores de riesgos que se presentan en la adolescencia y que favorecen el embarazo precoz, o se asocian a él, entre ellos se encuentran los individuales: abandono escolar, dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, falta de aptitud preventiva, menarquía precoz, conducta antisocial y bajo nivel educativo; y los familiares: familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, padre ausente y vínculo más estrecho, pero ambivalente, con la madre.

Otros factores que influyen son los sociales: condición económica desfavorable, migración reciente, trabajo no calificado, residencia en área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, mensajes contradictorios respecto a la sexualidad (ya sea en la familia, la sociedad o los medios masivos de comunicación) y machismo como valor cultural.

Para ambos sexos, las características psicológicas que facilitan la relación sexual sin protección son la impulsividad, la omnipotencia y la adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad. Se ha encontrado que las adolescentes



que han quedado embarazadas tienen poca habilidad de planificación en general, lo que les dificulta prever las consecuencias de su comportamiento. Todas las características mencionadas y el poco conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso son las determinantes que hacen que ellas no se protejan adecuadamente para evitar los embarazos. La mitad de las concepciones en este período de la vida tienen lugar a los 6 meses del inicio de las relaciones sexuales y 20 % durante el primer mes.

Entre los motivos mencionados más frecuentemente por las adolescentes para explicar su conducta riesgosa figuran la convicción de que no estarían en tal situación, lo inesperado del momento del coito, el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, el temor a ser criticados si usaban algún método anticonceptivo y el miedo a que los padres se enteraran de su intento. (5)

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada.

De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar



de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización. (6)

Los problemas obstétricos son la causa número uno de muerte en mujeres de 15 a 19 años y cada año mueren en el mundo cerca de 70.000 mujeres por esta razón. (9) El embarazo en la adolescente se asocia con mayor frecuencia de complicaciones como preeclamsia y eclampsia, mientras que los recién nacidos de madres adolescentes sufren más de prematurez y bajo peso al nacer comparativamente con los recién nacidos obtenidos de embarazos en mujeres adultas. (10) Existen varios factores que pudieran contribuir a esto, entre ellos un inadecuado control prenatal, que a su vez está determinado por factores como el bajo nivel cultural, inmadurez psicosocial y la presencia de problemas en la comunicación o en la relación intrafamiliar. (8) Las adolescentes no casadas pueden tener parejas más grandes y poco poder para negociar en la intimidad, frecuencia, tiempo y uso de condones, especialmente cuando es la pareja la que provee el apoyo financiero. (7)

Investigaciones han demostrado que el embarazo adolescente presenta un riesgo mucho mayor, tanto para la mamá como para el niño, y en ambos casos se advierten mayores complicaciones, contribuyen a un índice más alto de mortalidad y a medida que ocurre en edades más tempranas, esta es más evidente.





Los niños que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo, tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La prematuridad juega el mayor papel en el bajo peso al nacer, pero el retraso en el crecimiento intrauterino también es un factor, incluyendo malformaciones congénitas y posteriormente mayor probabilidad de desnutrición y retardo en el desarrollo psicomotor y afectivo, tasas más altas de mortalidad en la infancia. (8)

En Colombia, la situación no es mejor. En el grupo de mujeres entre los 15-19 años, el 21% ya son madres o están embarazadas de su primer hijo, lo que significa que una de cada cinco adolescentes ya ha iniciado su ciclo de reproducción. Esta situación es más grave en víctimas del desplazamiento 63% de las cuales han estado o están embarazadas de su primer hijo antes de cumplir los 19 años. Pero un hecho alarmante, es que entre las primeras causas de muerte en adolescentes entre 15-19 años están las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, mientras que entre las causas de enfermedad para este grupo de mujeres, los primeros lugares son ocupados por entidades relacionadas con el comportamiento sexual. La tasa de fecundidad en adolescentes mientras ha disminuido en la mayoría de los países de América Latina, en Colombia aumentó de 70 a 90 por mil entre 1986 y 2005, y la proporción de



adolescentes alguna vez embarazada pasó de 19% a 21% entre 2000 y 2005, una relación inversa con el nivel de educación y el índice de riqueza.

Otro aspecto hallado muy importante, es que entre todas las adolescentes y jóvenes del estudio, el 49% no utilizaban ningún método de planificación familiar. Mientras, el 34% planificaban con hormonas, sólo el 5% usaban métodos de barrera como método de planificación y protección contra enfermedades de transmisión sexual. Nuestros hallazgos contrastan. (9)

Más allá de los embarazos, están los abortos que no fueron materia de este estudio, lo mismo que las enfermedades de transmisión sexual. La mortalidad materna sigue siendo una de las causas principales de muerte entre las adolescentes. En Chile y Argentina, donde el aborto está prohibido, más de la tercera parte de las muertes de madres adolescentes son consecuencia directa de prácticas de aborto. Entre 21-30% de los embarazos en México, Colombia, Brasil, República Dominicana, Chile y Perú terminan en aborto. Por otro lado, cada año, el 15% de los adolescentes entre 15-19 años de edad adquieren enfermedades de transmisión sexual, principal causa de infecciones del tracto reproductivo. En Haití, se estima que el 4,9% de los jóvenes varones entre 15-24 años de edad están viviendo con VIH. (9)





El aborto inducido es difícil de analizar debido a su práctica clandestina y el estigma que lo rodea. Pese a la sentencia de la Corte Constitucional promulgada en 2006 que legaliza parcialmente el aborto, solo una muy pequeña proporción del total de abortos inducidos que ocurren en Colombia son legales; aquellos que no lo son pueden significar un grave riesgo para la salud y bienestar de las mujeres. Con base en el uso de una técnica indirecta, este informe presenta estimaciones de los niveles de aborto inducido en el país. Analiza la capacidad de las mujeres colombianas para planear sus embarazos y lo que sucede cuando no pueden hacerlo. Se examinan las tendencias de aborto durante las dos décadas anteriores junto con el factor que hace que las mujeres recurran al procedimiento—concretamente, el embarazo no deseado. El informe se centra en la práctica y condición actual del aborto, ya sea ajustado o no a los criterios legales.

Se estima que el 44% de los embarazos no planeados en Colombia terminan en un aborto inducido. Esto se traduce en unos 400,400 abortos inducidos cada año. En 2008, 322 (0.08%) de estos abortos fueron Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) practicadas en las instituciones de salud, dado que cumplieron con uno de los tres criterios legales.





El número absoluto de abortos aumentó en cerca de 40% de 1989 a 2008, en gran parte debido a que en la actualidad hay muchas más mujeres en edad reproductiva que las que había hace dos décadas.

La tasa anual de aborto en el país aumentó ligeramente en ese período, llegando a 39 abortos por 1,000 mujeres de 15–44 años en 2008, comparado con 36 por 1,000 en 1989. Las tasas de aborto presentan una amplia variación, de 18 por 1,000 en la región Oriental a 66 por 1,000 en Bogotá, lo que probablemente es un reflejo de las diferencias relacionadas con la motivación de las mujeres para evitar tener hijos no deseados.

La forma en que el número de abortos se relaciona con el número de nacidos vivos es un indicador de la motivación de las mujeres para evitar llevar a término un embarazo no deseado. En la actualidad hay 52 abortos por cada 100 nacidos vivos, un aumento sustancial en relación con los 35 por 100 en 1989.

Se estima que en 2008 ocurrieron unos 400,400 abortos inducidos en Colombia, lo cual se traduce en una tasa anual de 39 abortos por cada 1,000 mujeres en edades entre 15 y 44 años (Gráfico 2.1).<sup>21</sup> Visto de otra forma, cada año, una de cada 26 colombianas tiene un aborto.





Esta tasa de aborto está algo por encima del promedio para el conjunto de países de América del Sur, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó en 33 abortos por 1,000 mujeres para 2003.<sup>22,23</sup> Según los pocos datos disponibles para otros países latinoamericanos con leyes similares, la tasa de aborto en Colombia es ligeramente más alta que la de México (33 por 1,000 mujeres en 2006),<sup>24</sup> mucho más alta que la de Guatemala (24 por 1,000 en 2003)<sup>25</sup> y mucho menor que la de Perú (54 por 1,000 en 2000).<sup>26</sup>

Las diferencias en los niveles de aborto entre regiones probablemente sean un reflejo de variaciones regionales en la motivación de las mujeres para espaciar sus embarazos y tener familias pequeñas, así como en el acceso a los servicios que les facilitan el uso de anticonceptivos. La región de Bogotá tiene la tasa de aborto más alta; y la región Oriental tiene la más baja (66 vs. 18 abortos por 1,000 mujeres).<sup>21</sup> Es probable que esta amplia discrepancia se deba al deseo de evitar el embarazo excepcionalmente fuerte entre las mujeres que viven en Bogotá. En comparación con el promedio nacional, las tasas también son altas en las regiones Pacífica y Atlántica (54 y 42 por 1,000 mujeres, respectivamente). (Las estimaciones para la región Pacífica deben interpretarse con cuidado, debido a que los cuatro departamentos que componen la región varían significativamente en términos de pobreza y vulnerabilidad de las mujeres al embarazo no planeado). (10)





Las principales razones por las que una adolescente optan por el aborto, es que tener un hijo dificultaría su educación o su trabajo, además de no sentirse preparadas para ser madres en ese momento, no querer ser madre soltera o tener problemas de pareja,<sup>11-13</sup> ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja.<sup>13</sup> También se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, principalmente de la madre y también de la pareja; es así que la red social es la que determina, en la mayoría de los casos. Sin embargo, pocos son los estudios donde se exploran las relaciones de las adolescentes con los padres. (11).

DQS is member of:



THE INTERNATIONAL CERTIFICATION NETWORK





## Marco Teórico:

### Embarazo:

El embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

### Epidemiología del Embarazo Norte de Santander:

- El 31 por ciento de los hogares tiene como cabeza a una mujer.
- Un 67 por ciento de las mujeres de Norte de Santander tiene algún grado de educación secundaria o superior. Un 3 por ciento no tiene ningún grado de educación.
- El 60 por ciento de los niños menores de 15 años vive con ambos padres, el 26 por ciento vive solo con la madre pero tiene el padre vivo, un 3 por ciento vive



solo con el padre aunque tiene la madre viva y un 4 por ciento no vive con ninguno de los dos padres aunque ambos están vivos.

- El 30 por ciento de las mujeres son solteras, 21 por ciento casadas, 34 por ciento vive en unión libre, 12.5 por ciento son separadas y 2 por ciento viudas.
- El 17 por ciento de las adolescentes de Norte de Santander (entre 15 y 19 años) ya es madre o está embarazada de su primer hijo. Este porcentaje es 3 puntos porcentuales inferior al registrado en 2005.
- La edad promedio de las mujeres a la primera relación sexual es 18.1 años.
- La primera unión conyugal de las mujeres en Norte de Santander ocurre en promedio a los 20.3 años de edad.
- La edad mediana al nacimiento del primer hijo es 21 años.
- Las mujeres de Norte de Santander tienen en promedio 2.4 hijos por mujer. La tasa de fecundidad deseada es 1.8 hijos por mujer.
- Sólo el 48 por ciento de los embarazos y nacimientos ocurridos en los últimos cinco años han sido deseados, un 29 por ciento lo quería pero más tarde y un 23 por ciento lo reporta como francamente no deseado.
- El 69 por ciento de las mujeres unidas no desea más hijos.





- El 78 por ciento de las mujeres casadas o unidas del Norte de Santander utiliza un método anticonceptivo, el más usado es la esterilización femenina con 36 por ciento.
- Sólo un 10 por ciento de las mujeres en unión utiliza el condón en sus relaciones sexuales, lo anterior significa que un 90 por ciento no toma ningún tipo de precaución contra las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/Sida.
- La tasa de mortalidad infantil es de 17 muertes por cada mil nacimientos.
- El 80 por ciento de los menores de dos años que viven en Norte de Santander tiene el esquema completo de vacunación. • El 68 por ciento de las mujeres sufre algún tipo de control por parte de su esposo o compañero y el 25 por ciento es víctima de violencia verbal.
- El 34 por ciento de las mujeres de Norte de Santander sufre algún tipo de violencia física por parte de su pareja, las agresiones más comunes son: empujones, golpes con la mano y violación.
- Entre quienes sufren violencia física por parte de su esposo o compañero un 10 por ciento señala haber sido violada por él.
- Un 4 por ciento de las mujeres ha sido víctima de violencia sexual por una persona diferente de su esposo o compañero.



- El 18 por ciento de la población de Norte de Santander no tiene ningún tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Un 51 por ciento está afiliado a una EPSs, un 27 por ciento a EPS Contributivo y un 7 por ciento a una ARP.
- El 3 por ciento de los niños de este departamento padece desnutrición global es decir bajo peso para la edad.
- En el Norte de Santander un 86.5 por ciento de las mujeres entre 18 y 69 años se ha realizado alguna vez la citología vaginal, entre quienes reclamaron el resultado (91 por ciento), un 4 por ciento tuvo resultado anormal. Un 13.5 por ciento nunca se ha hecho la citología.
- El 68 por ciento de las mujeres del Norte de Santander nunca ha oído hablar del Virus del Papiloma Humano ni conoce cómo se puede prevenir.
- Un 48 por ciento de las mujeres del Norte de Santander entre 18 y 69 años de edad se ha realizado alguna vez el autoexamen de seno, entre ellas 31 por ciento lo hace cada mes como es recomendado.
- Un 38 por ciento se ha realizado examen clínico de seno, entre ellas a un 4 por ciento le detectaron un tumor.
- Entre las mayores de 40 años a un 29 por ciento se han realizado la mamografía.



- Un 43 por ciento de las mujeres entre 15 y 49 años, señaló haberse realizado la prueba para detectar el VIH y haber recibido el resultado. Un 57 por ciento de las mujeres en edad fértil sabe que el VIH se puede transmitir de la madre al hijo durante la lactancia.
- Un 27 por ciento de las mujeres del Norte de Santander no conoce a cerca de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS.
- Un 1 por ciento de las mujeres entre 15 y 49 años encuestadas en Norte de Santander señaló haber tenido una Infección de Transmisión Sexual durante el último año. • El 77 por ciento de las mujeres menores de 25 años ha participado alguna vez en actividades sobre Educación sexual. Las personas de las que más se recibe información es de un proveedor de salud o un profesor/a de anatomía.
- Un 27 por ciento lo ha recibido de un profesor/a de educación sexual.
- Un 62 por ciento ha recibido información sobre sexualidad a través de los medios de comunicación.
- Un 19 por ciento de las mujeres entre 13 y 49 años está de acuerdo con que las parejas homosexuales adopten hijos y un 30 por ciento aprueba los derechos de las parejas del mismo sexo.



## Marco legal:

- Ley 23 de 1981. “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.”
- Ley 1098 de 2006. “por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia”.
  - Artículo 20. Derechos de protección.
  - Artículo 27. Derecho a la salud.
  - Artículo 46. Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Resolución. 412 de 2000. “por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.”
  - Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo.
  - Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres.
- Resolución número. 1995 DE 1999. “por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”.
  - Artículo 8.- componentes. Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.



- ENDS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010 Norte de Santander “ASÍ ES LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA”.

### **Metodología:**

La presente investigación comprende un conjunto de procesos sistémicos empíricos y críticos que implican la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, de tipo transversal que trata de establecer cuáles son las principales causas de embarazos no deseados en una población de 111 mujeres gestantes, mayores de 15 años, que consultan al servicio de Ginecobstetricia de ESE HUEM, más otras variables, que afectan la población adolescente y en general; este estudio tiene como objetivo fundamental brindar datos epidemiológicos y educación acerca de la problemática.



### **Materiales y presupuesto:**

- Aproximado de fotocopias por encuestas y por consentimiento informado de 800 copias.
- Horas de internet para búsquedas bibliográficas y definiciones.
- Computador como medio para realización de trabajo.
- Transporte.
- Bolígrafos, corrector, lápices, grapadora, ganchos y borradores.
- Carpetas.
- Presupuesto de \$300.000.00 pesos aprox.



## VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION	NIVEL DE MEDICION	TIPO DE ESCALA	FUENTE
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativo	Intervalo	Cedula
SEMANAS DE GESTACION	Tiempo equivalente desde el primer día del último ciclo menstrual, hasta la fecha actual.	Cuantitativo	Razón	Interrogatorio paciente
NUMERO DE HIJOS	Es la realización efectiva de la fecundidad, el cual se cuenta en el número de veces.	Cuantitativo	Intervalo	Interrogatorio paciente



DESEOS DE EMBARAZO	Es la planeación de concebir un embarazo con previo consentimiento de su pareja.	Cualitativo	Nominal	Interrogatorio paciente
CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS	Es el grado de comprensión en base al uso y existencia de diferentes métodos anticonceptivos.	Cualitativo	Ordinal	Interrogatorio paciente
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	Cantidad de sujetos con el que se relaciona íntimamente sin definición del sexo	Cuantitativo	Razón	Interrogatorio paciente
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL	Tiempo determinado de inicio de relaciones sexuales.	Cuantitativo	Intervalo	Interrogatorio paciente



## TABLAS DE TABULACION DE LAS VARIABLES SEGÚN ENCUESTA:

### 1. Población según edad:

Tabla 1. Poblacion según Edad						Total
Categorías	15 Años a 20 Años	21 Años a 25 Años	26 Años a 30 Años	31 Años a 35 Años	> 36 Años	
Numero de Pacientes	41	34	16	13	7	111
Porcentaje	36,9	30,6	14,4	11,7	6,3	100

### 2. Población según semanas de gestación:

Tabla 2. Poblacion según Semana Gestación					Total
Categorías	Primer Trimestre (1-12 sem)	Segundo Trimestre (13-28 sem)	Tercer Trimestre (29-40 sem)		
Numero de Pacientes	17	15	79		111
Porcentaje	15,3	13,5	71,2		100

### 3. Población según número de hijos:

Tabla 3. Poblacion según Número de hijos							Total
Categorías	0 hijos	1 Hijo	2 Hijos	3 Hijos	4 hijos	Mayor igual 5 hijos	
Numero de Pacientes	53	22	27	7	1	1	111
Porcentaje	47,7	19,8	24,3	6,3	0,7	0,7	100

### 4. Población según número de gestaciones:

Tabla 4. Poblacion según Número de gestaciones						Total
Categorías	1 Gestacion	2-3 Gestaciones	4-5 gestaciones	Mayor o igual a 6 gestaciones		
Numero de Pacientes	48	42	19	2		111
Porcentaje	43,2	37,8	17,1	1,8		100

## 5. Población según número de abortos:

Tabla 5. Poblacion según Número de abortos					Total
Categorías	Ninguno	1 a 2 Abortos	3 a 4 Abortos	Mayor o Igual a 5	
Número de Pacientes	85	24	2	0	111
Porcentaje	76,6	21,6	1,8	0,0	100

## 6. Población según nivel de estudios:

Tabla 6. Población según Nivel de Estudios									Total
Categorías	Primaria completa	Primaria incompleta	Secundaria completa	Secundaria Incompleta	Estudios universitarios completos	Estudios Universitarios incompleto	Postgrado	Otros	
Número de Pacientes	9	12	47	39	2	2	0	0	111
Porcentaje	8,1	10,8	42,3	35,1	1,8	1,8	0,0	0,0	100

## 7. Población según ingresos económicos:

Tabla 7. Población según Ingresos económicos						Total
Categorías	< 600.000 pesos	Entre 600.000 y 900.000	Entre 950.000 y 1'500.000	Entre 1'550.000 y 2'000.000	Igual o mayor de 2'050.000	
Número de Pacientes	74	22	12	1	2	111
Porcentaje	66,7	19,8	10,8	0,9	1,8	100

## 8. Población según estrato socioeconómico:

Tabla 8. Población según Estrato socioeconómico							Total
Categorías	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6	
Número de Pacientes	78	25	7	1	0	0	111
Porcentaje	70,3	22,5	6,3	0,9	0,0	0,0	100

## 9. Población según ocupación actual:

Tabla 9. Población según ocupación actual										Total
Categorías	Ama de casa	Cocinera	Estudiante	Estilista	Zapatera	Costurera	Impulsadora	Cantante	Comerciante	
Número de Pacientes	77	2	9	3	2	4	2	1	11	111
Porcentaje	69,4	1,8	8,1	2,7	1,8	3,6	1,8	0,9	9,9	100

## 10. Población según inicio de su primera menstruación:

Tabla 10. ¿A qué edad inicio su primera menstruación?							Total
Categorías	Edad 8-9	Edad 10-11	Edad 12-13	Edad 14-15	Edad 16-17	Edad 18-19	
Número de Pacientes	4	17	61	22	6	1	111
Porcentaje	3,6	15,3	55,0	19,8	5,4	0,9	100

## 11. Población según edad de inicio de vida sexual:

Tabla 11. ¿A qué edad inicio su vida sexual?							Total
Categorías	Edad <10	Edad 10-13	Edad 14-17	Edad 18-21	Edad 22-25	Edad >26	
Número de Pacientes	5	14	63	21	7	1	111
Porcentaje	4,5	12,6	56,8	18,9	6,3	0,9	100

## 12. Población según número de parejas sexuales:

Tabla 12. ¿Qué número de parejas sexuales ha tenido?							Total
Categorías	1 A 3 Parejas	4 a 6 Parejas	7 a 9 Parejas	10 a 12 Parejas	13 a 15 Parejas	Más de 15 Parejas	
Número de Pacientes	73	13	7	6	5	7	111
Porcentaje	65,8	11,7	6,3	5,4	4,5	6,3	100

### 13. Población según uso de métodos anticonceptivos:

Tabla 13. ¿Ha usado métodos anticonceptivos?			
Categorías	Si	No	Total
Numero de Pacientes	94	17	111
Porcentaje	85	15	100

### 14. Población según uso de método anticonceptivo predilecto:

Tabla 14. Si marco SI, Diga cual método anticonceptivo ha usado								Total
Categorías	Condón	Pildoras AC	Implante subdermico	Inyectables	DIU	Post day	Metodos Nat.	
Numero de Pacientes	43	23	1	19	3	3	2	94
Porcentaje	45,7	24,5	1,1	20,2	3,2	3,2	2,1	100

### 15. Población según conocimiento del coito interrumpido:

Tabla 15.Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: Coito interrumpido				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	71	33	7	111
Porcentaje	64,0	29,7	6,3	100

## 16. Población según conocimiento del ritmo o calendario:

Tabla 16. Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: Ritmo o Calendario				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	68	37	6	111
Porcentaje	61,3	33,3	5,4	100

## 17. Población según conocimiento temperatura basal:

Tabla 17. Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: Temperatura basal				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	111	0	0	111
Porcentaje	100,0	0,0	0,0	100

## 18. Población según conocimiento moco cervical:

Tabla 18. Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: Moco cervical				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	111	0	0	111
Porcentaje	100,0	0,0	0,0	100

## 19. Población según conocimiento lactancia materna:

Tabla 19.Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: Lactancia materna				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	84	25	2	111
Porcentaje		22,5	1,8	24

## 20. Población según conocimiento de píldoras anticonceptivas:

Tabla 20.Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: píldoras anticonceptivas				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	2	69	40	111
Porcentaje	1,8	62,2	36,0	100

## 21. Población según conocimiento del implante subdérmico:

Tabla 21.Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: implante subdérmico				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	11	72	28	111
Porcentaje	9,9	64,9	25,2	100

## 22. Población según conocimiento de inyectables:

Tabla 22. Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: inyectables				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	7	73	31	111
Porcentaje	6,3	65,8	27,9	100

## 23. Población según conocimiento del diafragma intravaginal:

Tabla 23. Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: Diafragma intravaginal				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	91	19	1	111
Porcentaje	82,0	17,1	0,9	100

## 24. Población según conocimiento del condón:

Tabla 24. Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: Condón				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	0	39	72	111
Porcentaje	0,0	35,1	64,9	100

## 25. Población según conocimiento de T de cobre o DIU:

Tabla 25.Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: T de cobre DIU				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	33	54	24	111
Porcentaje	29,7	48,6	21,6	100

## 26. Población según conocimientos del dispositivo Endoceptivo o Mirena:

Tabla 26.Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: Disp. Endoceptivo o MIRENA				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	110	0	1	111
Porcentaje	99,1	0,0	0,9	100

## 27. Población según conocimiento del Pomeroy o ligadura de trompas:

Tabla 27.Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: Ligadura de trompas				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	33	55	23	111
Porcentaje	29,7	49,5	20,7	100



### 28. Población según conocimiento de la Vasectomía:

Tabla 28. Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: Vasectomia				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	54	47	10	111
Porcentaje	48,6	42,3	9,0	100

### 29. Población según conocimiento de la píldora del día después:

Tabla 29. Cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos: Pildora del día después				
Categorías	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto	Total
Numero de Pacientes	33	63	15	111
Porcentaje	29,7	56,8	13,5	100

### 30. Población según embarazo no deseado:

Tabla 30. El embarazo que está esperando es deseado			Total
Categorías	Si	No	
Numero de Pacientes	26	85	111
Porcentaje	23	77	100

### 31. Población según embarazo no deseado previo:

Tabla 31. Si marco NO ¿Es la primera vez que tienen un embarazo no deseado?			Total
Categorías	Si	No	
Numero de Pacientes	40	45	85
Porcentaje	47	53	100

### 32. Población según Causa del embarazo no deseado:

Tabla 32. Si marco NO, diga cuál de las siguientes es la causa																					
Categorías	Acceso carnal violento	Inseguridad	Baja autoestima	Problemas familiares	No uso de los anticonceptivos	Relación bajo efectos de drogas o alcohol	Fallo de Anticonceptivos	Falta de conocimiento	Prostitución	Presión del esposo, la familia, la sociedad	Soledad	Frustración	Temor o incertidumbre	Abandono del padre, cónyuge	Rechazo social	Presencia de otras enfermedades	Paridad satisfecha	Miedo a complicaciones	Presión de la pareja	Antecedentes de malformaciones en otros hijos	TOTAL
Numero de Pacientes	1	0	0	0	32	3	47	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	85
Porcentaje	1	0	0	0	38	4	55	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	100

### 33. Población según suceso del porque no usa anticonceptivos:

Tabla 33. ¿Si su respuesta es el NO uso de anticonceptivos, describa porque no hace uso de estos?								Total
Categorías	confianza	Amenorrea	No me gustan	Descuido	Económico	Pena	Desconocimiento	
Número de Pacientes	9	2	8	9	2	1	1	32
Porcentaje	28,1	6,3	25,0	28,1	6,3	2,9	3,1	97

### 34. Población según pareja sexual actual:

Tabla 34. ¿Actualmente tiene pareja sexual?			Total
Categorías	Si	No	
Numero de Pacientes	63	22	85
Porcentaje	74	26	100

### 35. Población según opción de aborto:

Tabla 35. ¿Durante la gestación pensó en la opción de abortar?			Total
Categorías	Si	No	
Numero de Pacientes	21	64	85
Porcentaje	25	75	100

### 36. Población según las consecuencias probables de este embarazo:

Tabla 36. ¿Cuál de las siguientes consideraciones explica que su embarazo sea no deseado?									
Categorías	Abandono de sus estudios	Imposibilidad de desarrollo	Necesidad de trabajar en actividades no deseadas	Carencia de apoyo del conyugue	Privación de diversiones	Temor al matrimonio forzado	Problemas familiares o escolares	No querer asumir la responsabilidad	TOTAL
Numero de Pacientes	36	62	0	23	20	0	31	5	177
Porcentaje	20,3	35,0	0,0	13,0	11,3	0,0	17,5	2,8	100

### 37. población según antecedentes familiares:

Tabla 37. En su familia hay antecedentes de:							
Categorías	Padres separados	Antecedentes maternos de abortos inducidos	Mala condición económica	Bajo nivel académico de los padres	Maltrato o violencia intrafamiliar	Embarazos no deseados en otros familiares	TOTAL
Numero de Pacientes	56	17	61	78	39	63	314
Porcentaje	17,8	5,4	19,4	24,8	12,4	20,1	100

### 38. Población según presencia de padres separados:

Tabla 37.a ¿En su familia hay antecedentes de: padres separados?			Total
Categorías	Si	No	
Numero de Pacientes	56	29	85
Porcentaje	66	34	100

### 39. Población según abortos maternos:

Tabla 37.b ¿En su familia hay antecedentes de: antecedentes maternos de abortos inducidos?			Total
Categorías	Si	No	
Numero de Pacientes	17	68	85
Porcentaje	20	80	100

#### 40. Población según la mala condición económica:

Tabla 37.c ¿En su familia hay antecedentes de: mala condición económica?			Total
Categorías	Si	No	
Numero de Pacientes	61	24	85
Porcentaje	72	28	100

#### 41. Población según el bajo nivel económico de los padres:

Tabla 37.d ¿En su familia hay antecedentes de: bajo nivel académico de los padres?			Total
Categorías	Si	No	
Numero de Pacientes	78	7	85
Porcentaje	92	8	100

#### 42. Población según maltrato o violencia intrafamiliar:

Tabla 37.e ¿En su familia hay antecedentes de: maltrato o violencia intrafamiliar?			Total
Categorías	Si	No	
Numero de Pacientes	39	46	85
Porcentaje	46	54	100

#### 43. Población según embarazos previos en hermanas:

Tabla 37.f ¿En su familia hay antecedentes de: Embarazos no deseados en otros familiares?			Total
Categorías	Si	No	
Numero de Pacientes	63	22	85
Porcentaje	74	26	100

#### 44. Población según decisión para ese embarazo:

Tabla 38. ¿Cuál es su decisión para este embarazo?			
Categorías	Continuar con el embarazo no deseado	Buscar un aborto inducido	Total
Numero de Pacientes	71	14	85
Porcentaje	84	16	100

#### 45. Población según consecuencias que le podría causar una aborto inducido:

Tabla 39. ¿Cuáles consecuencias cree que podría tener un aborto inducido?								
Categorías	Depresión, ansiedad, miedo	Alteración de salud o médico: Infección, sepsis	Rechazo social	Infertilidad, histerectomía	Sanción religiosa	Muerte	Otra	TOTAL
Numero de Pacientes	27	44	29	25	76	43	0	244
	11,1	18,0	11,9	10,2	31,1	17,6	0,0	100



San José de Cúcuta \_\_\_de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad numero: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, autorizo al estudiante de medicina de la universidad de Pamplona Anyerson Miguel Valencia Arias identificado con cedula de ciudadanía: 1102367235 de Piedecuesta - Santander, para realizar su respectiva investigación la cual será con fines únicamente educativos e investigativos utilizando información recolectada por medio de una entrevista basada en hechos personales.

La presente investigación se realiza con fines únicamente académicos e investigativos, del cual se podrán retirar su información suministrada en cualquier momento que lo deseen y podrán desistir del proyecto investigativo en cualquier instante, además no hay ninguna remuneración económica.

La información obtenida será concreta y directa, y no habrá uso de información personal como nombre y documento de identidad de cada una de las pacientes.

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cc \_\_\_\_\_ afirmo que he entendido el motivo de la investigación y doy mi consentimiento para participar en ella.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_\_\_\_

Firma de estudiante.





**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA**  
**FACULTAD DE SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

La información suministrada en este documento es confidencia, con fines educativos y de investigación. La información será adquirida en las mujeres gestantes del E.S.E HUEM de Cúcuta Norte de Santander y de forma voluntaria.

**ESTE DOCUMENTO NO MANEJA DATOS DIRECTOS DE SU IDENTIDAD  
POR MOTIVOS JUDICIALES, ÉTICOS Y DE PRIVACIDAD**

- Semana Gestación: \_\_\_\_\_
- Número de hijos: \_\_\_\_\_
- Número de Gestaciones: \_\_\_\_\_
- Número de abortos: \_\_\_\_\_

✓ Responda las siguientes preguntas marcando con una X sus respuestas.

- Edad entre 15-20: \_\_\_\_\_
- Edad entre 21-25: \_\_\_\_\_
- Edad entre 26-30: \_\_\_\_\_
- Edad entre 31-35: \_\_\_\_\_
- Edad  $\geq$  a 36 : \_\_\_\_\_

**INFORMACION NIVEL SOCIECONOMICO:**

**1. Nivel de Estudios:**

- a) Primaria Completa: \_\_\_\_\_
- b) Primaria Incompleta: \_\_\_\_\_
- c) Secundaria Completa: \_\_\_\_\_
- d) Secundaria Incompleta: \_\_\_\_\_
- e) Estudios Universitarios Completos: \_\_\_\_\_
- f) Estudios Universitarios Incompleto: \_\_\_\_\_
- g) Postgrado: \_\_\_\_\_
- h) Otros: \_\_\_\_\_







2. Ingresos económicos: ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

- a) Menos de 600.000 pesos: \_\_\_\_\_
- b) Entre 650.000 y 900.000 pesos: \_\_\_\_\_
- c) Entre 950.000 y 1'500.000 pesos: \_\_\_\_\_
- d) Entre 1'550.000 y 2'000.000 de pesos: \_\_\_\_\_
- e) 2'050.000 pesos o más: \_\_\_\_\_

3. Estrato socioeconómico:

- a) Estrato 1: \_\_\_\_\_
- b) Estrato 4: \_\_\_\_\_
- c) Estrato 2: \_\_\_\_\_
- d) Estrato 5: \_\_\_\_\_
- e) Estrato 3: \_\_\_\_\_
- f) Estrato 6: \_\_\_\_\_

4. Ocupación actual: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA

5. A qué edad inicio su primera menstruación:

Rta: \_\_\_\_\_

6. A qué edad inicio su vida sexual:

Rta: \_\_\_\_\_

7. ¿Qué número de parejas sexuales ha tenido?:

Rta: \_\_\_\_\_

8. ¿Ha usado métodos anticonceptivos?:

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

10. De la siguiente lista, cuál es su conocimiento sobre los métodos anticonceptivos:

Método anticonceptivo	Ningún conocimiento	Conocimiento bajo	Conocimiento alto





a. Coito interrumpido:			
b. Ritmo o calendario:			
c. Temperatura basal:			
d. Moco cervical:			
e. Lactancia materna:			
f. Píldoras anticonceptivas:			
g. Implante subdérmico:			
h. Inyectables:			
i. Diafragma intravaginal:			
j. Condón:			
k. T de cobre (DIU):			
l. Disp. Endoceptivo o MIRENA:			
m. Ligadura de trompas:			
n. Vasectomía:			
o. Píldora del día después:			

11. El embarazo que está esperando es deseado:

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

12. Es la primera vez que tienen un embarazo no deseado?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

13. Si marco **NO**, cuál es la causa:

- |                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| a) Acceso carnal violento: _____ | b) Soledad: _____                     |
| c) Inseguridad: _____            | d) Frustración: _____                 |
| e) Baja autoestima: _____        | f) Temor o incertidumbre: _____       |
| g) Problemas familiares: _____   | h) Abandono del padre, cónyuge: _____ |





- i) No uso de Anticonceptivos: \_\_\_\_\_
- k) Relación bajo efectos de drogas o alcohol: \_\_\_\_\_
- m) Fallo de Anticonceptivos: \_\_\_\_\_
- o) Falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos: \_\_\_\_\_
- q) Prostitución: \_\_\_\_\_
- s) Presión del esposo, la familia, la sociedad: \_\_\_\_\_
- j) Rechazo social: \_\_\_\_\_
- l) Presencia de otras enfermedades: \_\_\_\_\_
- n) Paridad satisfecha: \_\_\_\_\_
- p) Miedo a complicaciones: \_\_\_\_\_
- r) Presión de la pareja: \_\_\_\_\_
- t) Antecedentes de malformaciones en otros hijos: \_\_\_\_\_

14. ¿Si su respuesta es el NO uso de anticonceptivos, describa porque no hace uso de estos?

---



---

15. ¿Actualmente tiene pareja sexual?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

16. ¿Durante la gestación pensó en la opción de abortar?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

## CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO DESEADO

17. ¿Cuál de las siguientes consideraciones explica que su embarazo sea no deseado?

- a) Abandono de sus estudios: \_\_\_\_\_
- c) Deseo frecuente de no haberlo tenido, ya que le coarta las posibilidades de desarrollo: \_\_\_\_\_
- e) Necesidad de trabajar en actividades no deseadas: \_\_\_\_\_
- g) Carencia de apoyo del conyugue: \_\_\_\_\_
- b) Privación de diversiones: \_\_\_\_\_
- d) Temor al matrimonio forzado para el que no está preparada: \_\_\_\_\_
- f) Rechazo social de amigos, familiares, colegio: \_\_\_\_\_
- h) No querer asumir la responsabilidad: \_\_\_\_\_



## ANTECEDENTES FAMILIARES:

18. En su familia hay antecedentes de:
- Padres separados: \_\_\_\_\_
  - Antecedentes maternos de abortos inducidos: \_\_\_\_\_
  - Mala condición económica: \_\_\_\_\_
  - Bajo nivel académico de los padres: \_\_\_\_\_
  - Maltrato o violencia intrafamiliar: \_\_\_\_\_
  - Embarazos no deseados en otros familiares: \_\_\_\_\_

## CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO DESEADO

- 19.Cuál es su decisión para este embarazo:
- Continuar con el embarazo no deseado: \_\_\_\_\_
  - Buscar un aborto inducido: \_\_\_\_\_
20. ¿Cuáles consecuencias cree que podría tener un aborto inducido?
- Depresión, ansiedad, miedo: \_\_\_\_\_
  - Alteración de salud o médico: Infección, sepsis: \_\_\_\_\_
  - Rechazo social: \_\_\_\_\_
  - Infertilidad, histerectomía: \_\_\_\_\_
  - Sanción religiosa: \_\_\_\_\_
  - Muerte: \_\_\_\_\_
  - Otra: \_\_\_\_\_



## Discusión:

Este estudio investigativo comprende un conjunto de procesos sistémicos empíricos y críticos que implican la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, que siendo de tipo transversal trata de establecer cuáles son las principales causas de embarazo no deseado en mujeres mayores de 15 años que consultan al servicio de ginecología y obstetricia del ESE HUEM, más otras variables que afectan la población objeto o la sociedad; este comprende una corte exploratoria y descriptiva que tiene como objeto fundamental brindar educación acerca de la problemática.

Los datos encontrados apuntan al problema social y de salud pública que implican los embarazos no deseados en esta sociedad.

Un indicador importante y que es la base de la investigación, es el numero o proporción de embarazos no deseados en la población objeto, concluyéndose que 77% de los embarazos son NO deseados, lo cual nos muestra un numero de gran relevancia que al correlacionar con el estudio del *Institute Guttmacher "Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia.2011"* estimo que en Colombia se presentó un aproximado del 67% de embarazos no deseados, lo cual nos plantea como la población objeto está muy cercana o mayor a la media nacional; esto nos remarca el gran problema de salud pública al que nos enfrentamos y que va en ascenso, lo cual





es inconcordante con el aumento de la educación y del acceso a los métodos de planificación.

Un indicador importante es aquel que nos indica, que en mujeres en edades entre los 15 y 20 años se presentó embarazos no deseados equivalentes 36.9% de la población objeto, que según la encuesta de demografía y salud se correlaciona con un 21% de embarazos no deseados en mujeres entre los 15 y 19 años en Colombia; esto nos da a conocer el alto porcentaje que se presenta en esta población adolescente, tal vez debida al bajo nivel educativo intrafamiliar acerca de la sexualidad, el desconocimiento y el no uso de métodos de planificación, lo cual nos advierte de la necesidad inmediata de apoyo y orientación de las familias y las instituciones que influyen en su socialización.

Conceptualizamos además un componente interesante en cuanto al uso de anticonceptivos, donde de la población objeto, se concluye que en un 85% han usado o usan métodos de planificación y solo el 15% no usa métodos; aunque llama la atención es que en cuanto a esta misma población que presentaban un embarazo no deseado, el 55% refería haber quedado embarazada por el fallo de los anticonceptivos y un 37% por el no uso de ellos en el momento de la relación, lo cual nos indica que a pesar del uso y conocimiento moderado de anticonceptivos, no siempre los ponemos en marcha durante la mayoría de las relaciones ya fuese por incomodidad o descuido.



Ello también no lo da a conocer *Mendoza T. y colaboradores “Problema de Salud Publica en Colombia”*, donde se define que el 49% de la población colombiana no utiliza ningún método de planificación; esto nos deja ver la susceptibilidad a un embarazo no deseado o a una enfermedad de transmisión sexual tipo VIH.





## Conclusiones:

- En las entrevistas realizadas se evidencia una relación entre embarazos no deseados y sus causas principales, de las cuales inicialmente era el fallo del anticonceptivo (55%), que considero la posibilidad de que sea a causa del mal uso de cada uno de estos, basándome en el bajo o ningún conocimiento acerca de ellos; consecuentemente la segunda causa era el no uso de anticonceptivos (37%), que referíamos anteriormente que era por descuido o incomodidad.
- El embarazo no deseado en mujeres mayores de 15 años, se presentó en un 77%, y se halló en la totalidad de las adolescentes entre los 15 y 20 años.
- A pesar de que un alto porcentaje de la población (85%) usan anticonceptivos, pero conocimiento individualizado de cada uno de los métodos de planificación desde el punto de vista de formas de uso y riesgos, se concluye la existencia de ignorancia o falta de educación acerca de estos. Los principales métodos usados fueron los de barrera como el condón y posteriormente los anticonceptivos orales.
- Sociodemográficamente se concluye que las mujeres más susceptibles para embarazos en la adolescencia y no deseados son aquellas con bajo nivel educativo, con un estrato socioeconómico nivel 1 y con ingresos inferiores al salario mínimo vigente en Colombia. Además que el estado de embarazo





induce a que no puedan aportar económicamente y que canceles sus estudios si los realizaban.

- Es necesario como profesionales de la salud saber la proporción de abortos en Colombia, de lo cual tenemos que 44% de los embarazos no deseados finalizan en aborto inducidos. En la población objeto solo el 16% finalizaron su embarazo en aborto, los cuales ingresaban dentro de los parámetros legales en Colombia para el aborto inducido. Esto nos genera una posible conclusión en la cual está implicada la ética, la moral y la dignidad de las pacientes entrevistadas a negar o mentir acerca del futuro de ese embarazo no deseado, posiblemente por miedo; como investigador considero una conclusión sesgada.
- Este objetivo nos muestra dos indicadores, uno la ignorancia humana o tal vez de esta sociedad y dos la sumisión de la religión en la nación, pues de la población entrevistada todas definieron que la principal consecuencia sería la sanción religiosa, sin demarcar en su gran mayoría los componentes somáticos.



## Bibliografía:

1. Norma Noguera O. & Herly Alvarado R. (2011). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería • Volumen 7 Año 7 • Págs. 151-160.  
Disponible en:  
[http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf)
2. Agudelo Corredor, L.F., Vargas Soto, C.M. & Osorio Castañeda, Y.T.  
¿Cuál es el impacto del embarazo adolescente en la familia y la sociedad?  
Disponible en:  
<http://200.21.104.25/grume/investigacion/Documentos/Embarazos%20en%20adolescentes.pdf>
3. Langer Ana. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(3). Disponible en:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>



4. González SáezI, Y., Hernández Sáez, I., Conde Martín, C; & Hernández Riera. R. (2009). El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n1/amc131410.pdf>
5. Acevedo Matos, M.M., Gómez Almira, D., Arbelo López, D & Rodríguez Torres, I. (2010). Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal “Tamara Bunke”. MEDISAN, 14(7):976. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n7/san12710.pdf>
6. Menéndez GuerreroI, E.G., Navas CabreraII, I., Hidalgo Rodríguez, Y. & Espert Castellanos, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000300006&script=sci_arttext)
7. Arriaga Romero, C., Valles Medina, A. M., Zonana Nacachb, A & Menchaca Díaz. R. (2010). Embarazo en adolescentes migrantes: características sociodemográficas, ginecoobstétricas y neonatales. Gac Méd Méx Vol. 146 No. 3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm103b.pdf>



8. López Rodríguez. Yamilet. (2012). Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Rev Cubana Enfermer vol.28 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000100004)
9. Mendoza T Luís Alfonso, Arias G Martha, Pedroza P Marly, Micolta C Paul, Ramírez R Andrés & Cáceres G Christian. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. [citado 2014 Abr 30]; 77 (4): 271-279. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000400006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006)
10. Prada, E., Singh, S., Remez, L & Villarreal, C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Guttmacher Institute. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf>
11. Doblado DonisI, N.I., De la Rosa BatistaII, I & Junco Manrique, A. (2010). Aborto en la adolescencia un problema de salud. Revista Cubana



- de Obstetricia y Ginecología. 36(3)409-421. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n3/gin11310.pdf>
12. Ley 1098 de 2006 .disponible en:  
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Especiales/SRPA/CyA-Ley-1098-de-2006.pdf>
13. Manual IIAMI. Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia.  
Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf>
14. Ley 23 de 1981. “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.” Disponible en:  
<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200023%20DE%201981.pdf>
15. Resolución 412 de 2000. Normas:  
<http://www.medicosgeneralescolombianos.com/sitio/guias/Embarazo.htm>  
[http://www.medicosgeneralescolombianos.com/sitio/guias/Planificacion\\_familiar.htm](http://www.medicosgeneralescolombianos.com/sitio/guias/Planificacion_familiar.htm)



Universidad de Pamplona  
Pamplona - Norte de Santander - Colombia  
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - [www.unipamplona.edu.co](http://www.unipamplona.edu.co)



Una universidad **incluyente** y **comprometida** con el desarrollo integral