

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN LAS
ADOLESCENTES DE 11 A 18 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL
DE SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DE ABRIL A
JUNIO DEL 2018”**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. NORMAN EDMIR DELGADO CORRALES

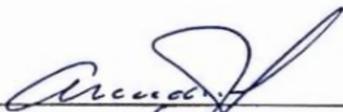
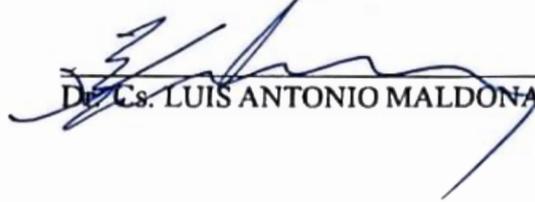
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**“FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN LAS
ADOLESCENTES DE 11 A 18 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL
DE SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO DE ABRIL A
JUNIO DEL 2018”****TESIS****PRESENTADA POR:
Bach. NORMAN EDMIR DELGADO CORRALES****PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
MEDICO CIRUJANO****APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:****PRESIDENTE:**
M. C. ALFREDO MENDIGURI PINEDA**PRIMER MIEMBRO:**
Dr. Cs. LUIS ANTONIO MALDONADO NEYRA**SEGUNDO MIEMBRO:**
Ms. RENE MAMANI YUCRA**DIRECTOR / ASESOR:**
Dra. BLANCA SALOME LLERENA VILLAFUERTE**ÁREA : CIENCIAS CLÍNICAS****TEMA : ABORTO EN ADOLESCENTES.****FECHA DE SUSTENTACION: 19/10/2018**

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios; la razón y fuerza vital que condujo mis pasos para llegar hasta este momento; a mi familia que día a día cuidaron de mí, apoyándome en cada adversidad que se me presento inculcándome el espíritu de lucha, perseverancia para lograr mis metas, a mi enamorada que en días difíciles siempre estuvo a mi lado apoyándome y dándome fuerzas cuando estaba solo fuera de casa, a mis amigos que aun estando lejos me apoyaron en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la vida, a mi familia por el incondicional amor y apoyo que me brindan siempre, a mis maestros de universidad por las horas dedicadas a sembrar en mí el espíritu investigativo y de mejora académica, a mis maestros de internado por las horas en los pasillos del hospital, quienes con paciencia me condujeron por el camino de la práctica médica que contribuyeron en la formación de mi carrera.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
ÍNDICE DE FIGURAS	7
INDICE DE TABLAS	8
INDICE DE ACRONIMOS.....	9
RESUMEN	10
ABSTRACT.....	12
CAPITULO I	14
INTRODUCCIÓN	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1.1 PROBLEMA GENERAL.....	15
1.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.2.1 NIVEL INTERNACIONAL	16
1.2.2 A NIVEL NACIONAL	17
1.2.3 A NIVEL LOCAL.....	20
1.3 HIPÓTESIS.....	23
1.3.1 HIPÓTESIS GENERAL	23
1.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.	23
1.4. OBJETIVOS	24
1.4.1 OBJETIVO GENERAL:	24
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	24
1.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	25
CAPITULO II.....	27
REVISIÓN DE LITERATURA	27
2.1 MARCO TEORICO.....	27
2.1.1 NIVEL INTERNACIONAL	27
2.1.2. NIVEL NACIONAL	42
2.1.3. A NIVEL LOCAL:.....	52
2.2. MARCO CONCEPTUAL:.....	54
2.2.1 ADOLESCENCIA:	54
2.2.2 ABORTO:.....	56
2.2.3. SALUD SEXUAL:.....	65

2.2.4. VIOLENCIA FAMILIAR:	66
CAPITULO III.....	69
MATERIALES Y MÉTODOS	69
CAPITULO IV	75
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	75
4.1 RESULTADOS:.....	75
4.2. DISCUSION:	91
CAPITULO V.....	93
CONCLUSIONES	93
CAPTULO VI	96
RECOMENDACIONES.....	96
VII. REFERENCIAS	98
VIII. ANEXOS	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Grafico 1: Factor nivel de instrucción del padre y de la madre asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.	78
Grafico 2: Factor de educación sexual asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.	80
Grafico 3: Factor pobreza asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.....	82
Grafico 4: Factor violencia familiar asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.	84
Grafico 5: Factor composicion familiar asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.	86
Grafico 6: Factor horas de uso de redes sociales asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.	88
Grafico 7: Aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.	90

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Factor nivel de instrucción del padre y de la madre asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.	77
Tabla 2: Factor de educación sexual asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.	79
Tabla 3: Factor pobreza asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.	81
Tabla 4: Facto Violencia Familiar asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018....	83
Tabla 5: Factor composición familiar asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.	85
Tabla 6: Factor horas de uso de redes sociales asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.....	87
Tabla 7: Aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.	89

INDICE DE ACRONIMOS

IVE: Interrupciones Voluntarias del embarazo.

FF-SIL: Prueba de la percepción del Funcionamiento Familiar

MAC: Métodos Anticonceptivos

OR: odds ratio.

RESUMEN

El aborto en mujeres adolescentes es un problema de salud pública en nuestro país. El presente estudio tiene como **OBJETIVO**: encontrar los factores asociados que llevan a un adolescente al aborto, entre estos el ingreso familiar mensual, el grado de instrucción de la madre y del padre, educación sexual, composición familiar, horas de uso de las redes sociales y la presencia de violencia familiar, en pacientes adolescentes que acuden al servicio de gineceo obstetricia del hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado desde el mes de abril a junio del 2018. **DISEÑO**: Es un estudio transeccional y correlacional. **MATERIAL Y METODOS**: Se recopila los datos a partir de las historias clínicas, entrevista personal y la aplicación del instrumento de tamizaje para violencia familiar. Se tabula los datos y se aplica el paquete estadístico SPSS para encontrar la correlación estadísticamente significativa. **RESULTADOS**: Los factores asociados al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018 son: el nivel de instrucción del padre 41,52% tiene secundaria incompleta, la madre 31,25% con superior completa, educación sexual 51,79% no recibió consejerías en la escuela ni en el ministerio de salud, pobreza 62,50% sueldo mínimo (solo 1,000 soles), 24,55% si presenta violencia familiar; composición familiar 33,48% cuenta con familia extensa, uso de redes sociales 2,59% y es inadecuado (mayor a 5 horas/24 horas), todos con un nivel de significancia $P < 0,05$ siendo significativos $P < 0,05$; **CONCLUSION**: las adolescentes con aborto 40,18% son de 18 años, 18,75% son de 17 años, 12,05% son de 16 años, 11,61% son de 15 años, 4,91% son de 14 años, 4,91% son de 13 años, 4,46% son de 12 años, 3,13% son de 11 años. Los factores asociados al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018 son: el nivel de instrucción del padre y la madre, la educación sexual, la pobreza, violencia

familiar, composición familiar y las horas de uso de redes sociales, todos con un nivel de significancia $P < 0,05$.

Palabras Clave: ADOLESCENTE, ABORTO, SALUD SEXUAL, VIOLENCIA FAMILIAR.

ABSTRACT

Abortion in adolescent women is a public health problem in our country. The present study has as **OBJECTIVE** to find the associated factors that lead an adolescent to abortion, among these the monthly family income, the degree of instruction of the mother and the father, sexual education, family composition, hours of use of social networks, presence of family violence in the gynecological obstetrics service of the hospital of Santa Rosa de Puerto Maldonado during the year 2018. **DESIGN:** It is a transectional study and correlate. **MATERIAL AND METHODS:** Data were collected from the clinical histories, personal interview and application of the screening instrument for family violence. The data will be tabulated and the SPSS statistical package will be applied to find the statistically significant correlation. **RESULTS:** The factors associated with abortion in general in adolescents aged 11 to 18 years who attend the hospital in Santa Rosa from April to June 2018 are: the level of education of the father 41.52% has incomplete secondary education, the mother 31 , 25% with complete superior, sex education 51.79% did not receive counseling in the school and in the ministry of health, poverty 62.50% minimum salary (only 1,000 soles), 24.55% if it presents family violence; family composition 33.48% have an extended family, use of social networks 2.59% is inadequate (more than 5 hours / 24 hours), all with a level of significance $P < 0,05$, significant $P < 0,05$; **CONCLUSION:** teenagers with abortion 40.18% are 18 years old, 18.75% are 17 years old, 12.05% are 16 years old, 11.61% are 15 years old, 4.91% are 14 years old , 4.91% are 13 years old, 4.46% are 12 years old, 3.13% are 11 years old. The factors associated with abortion in adolescents between the ages of 11 and 18 who attend the Santa Rosa hospital from April to June 2018 are: the level of education of the

father and mother, sex education, poverty, family violence, composition family and hours of use of social networks, all with a level of significance $P < 0.05$.

Key Words: ADOLESCENT, ABRTION, SEXUAL HEALTH, FAMILY VIOLENCE

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Es un trabajo de relevancia y de gran importancia dentro de la problemática de salud pública, por lo que se elige el trabajo de investigación, en vista de que los estudios que hemos realizado contribuirán en la mejora de la salud de la población especialmente adolescente para un futuro mejor.

Para algunas adolescentes el embarazo tiene el significado de felicidad y realización, pero para la mayoría de ellas significa un momento de tristeza, miedo e incluso desesperación, pues el hijo no estaba en sus planes y el aborto se presenta como única salida. Los embarazos no deseados son la principal causa de un aborto, entonces evitar estos embarazos ayuda a bajar la tasa de abortos en el Perú.

Trujillo Mamani, Grover Eyden, Sembrera Farceque, nos explica en su trabajo de investigación titulado “Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de la institución educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca - 2015”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en adolescentes del quinto año. El diseño de investigación es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo probabilístico estratificado, determinándose una muestra de 128 estudiantes matriculados en el periodo académico 2015. El instrumento que se utilizó es el cuestionario de conocimientos sobre aborto inducido que consta de 14 preguntas y la escala de actitudes hacia el aborto inducido que consta de 18 ítems con respuesta en la escala de Likert, tiene como duración de 15 minutos. Los resultados indican que el 53.9%

de los estudiantes presentan un nivel medio de conocimientos sobre el aborto inducido y solamente el 22.7% presenta un nivel alto; con respecto a las actitudes el 43.0% de los estudiantes presenta una actitud de aceptación hacia el aborto inducido y el 21.9% presentan una actitud de rechazo hacia el aborto inducido, encontrándose correlación y significativa entre las variables de estudio ($\text{sig}=.000$). Conclusiones: Mientras más alto el conocimiento mayor actitud de rechazo hacia el aborto inducido y mientras más bajo es el nivel de conocimientos mayor actitud de aceptación hacia el aborto inducido. (25).

Con todo lo expuesto, hace una necesidad encontrar más datos sobre las condiciones en las cuales, se llevan a cabo los abortos en adolescentes al ser una edad crítica en el desarrollo humano, para tal objetivo se hace imprescindible realizar numerosas investigaciones

Nuestros resultados contribuyen a proponer estrategias que mejora la situación de morbilidad y mortalidad de la población adolescente, como consecuencia del aborto que pueden ser por embarazos no deseados, los cuales se socializa con las instituciones que competen al MINSA y Ministerio de Educación.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados al aborto en las adolescentes que acuden al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio 2018?

1.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1 NIVEL INTERNACIONAL

Pazmiño Mera Danilo Salvador nos indica en su trabajo de investigación que alrededor del globo terráqueo existe todo un debate acerca del aborto, en donde participan grupos fundamentalistas, religiosos, sexistas, políticos, científicos y público en general, muy pocos abarcan el aspecto desde el punto de vista científico, aunque muchos enuncian cuales podrían ser las posibles complicaciones a ciencia cierta no se dan datos reales de nuestra localidad. Esta investigación es apuntada a determinar de forma más evidente los factores de riesgos y las complicaciones que se pueden presentar en pacientes con un aborto espontaneo en nuestra localidad de Guayaquil; en la Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel un referente histórico para la urbe porteña. En esta investigación logramos establecer un grupo de 104 mujeres que cumplen los criterios de inclusión para el desarrollo de esta investigación. La idea de poder redactar esta investigación es tener mucho más clara la idea referente en nuestro medio cuales son las complicaciones que se presentan en este grupo de pacientes. (1)

María Ángeles Moreno Fontiveros, Inmaculada Izquierdo Gallardo, María José Martínez Vera, Elena Bravo Munozby Grupo de Estudio del Adolescente (greAdol) de la SAMFyC, se concluyó que el Objetivo de la investigación realizada fue La incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) es un indicador importante de los embarazos no deseados y de la efectividad de los servicios de contracepción. Buscamos conocer la prevalencia de IVE en adolescentes en nuestra área y compararla con las detectadas en años anteriores. Metodo: Estudio transversal y multicéntrico. Se recogieron datos de solicitudes de IVE en atención primaria de la zona básica de salud de Estepa de

2 periodos de tiempo distintos, ambos de 21 meses, separados por 6 años (desde mayo de 2006 a enero 2008 y octubre 2012a junio 2014, respectivamente). Variables recogidas: localidad de procedencia, fecha y lugar de nacimiento. Resultados: En el primer periodo de tiempo se solicitaron 67 IVE, de las que 25,37 % fueron extranjeras; en el segundo periodo estudiado el número de IVE solicitadas fue menor (60), pero aumentó el porcentaje de extranjeras que la solicitaron (36,66 %). Si tomamos el límite de edad para definir la adolescencia en los 21 años, en el primer periodo estudiado fueron 33 las solicitudes de IVE (50,76 % de las tramitadas), de las que 9 eran menores de 19 años y el 15,15 % extranjeras. En el segundo tramo solicitaron IVE 20 adolescentes (33,3 % de las IVE solicitadas), de las que 13 eran menores de 19 años y el 35 % extranjeras. Conclusiones: La prevalencia de solicitudes de IVE en todas las franjas de edad y de las de adolescentes es mucho menor a la observada en el resto de España. Observamos un aumento significativo de IVE en adolescentes con respecto a años previos, especialmente importante dentro de la población adolescente extranjera. (7)

1.2.2 A NIVEL NACIONAL

María del Carmen Comettant Puente, en su trabajo “Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 - marzo 2016” explica que el objetivo fue Determinar los factores personales, familiares y relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 – marzo 2016. METODOLOGÍA: Estudio de casos y controles. El grupo de casos estuvo comprendido por 75 adolescentes que manifestaron haber tenido un aborto inducido y que se atendieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período comprendido entre enero 2015 y marzo 2016 y el grupo de controles por 75 gestantes adolescentes sin antecedente de aborto del Instituto

Nacional Materno Perinatal durante el período comprendido entre enero 2015 y marzo 2016. RESULTADOS: Los factores personales que intervienen en la decisión de abortar son: el bajo grado de instrucción tiene un riesgo significativo con un OR de 2.688 (IC 95% 1.385-5.217), la ocupación tiene un riesgo significativo con un OR de 2.984 (IC 95% 1.535-5.798), el embarazo planificado tiene una protección significativa con un OR de 0.059 (IC 95% 0.008-0.461), el número de parejas sexuales tiene una protección significativa con un OR de 0.343 (IC 95% 0.154-0.764), el uso de métodos anticonceptivos tiene una protección significativa con un OR de 0.325 (IC 95% 0.172-0.651). Los factores familiares que intervienen en la decisión de abortar son: el estado civil de la madre tiene un riesgo significativo con un OR de 2.538 (IC 95% 1.281-5.028), el grado de instrucción de la madre tiene un riesgo significativo con un OR de 3.558 (IC 95% 1.821-6.958), el estado civil del padre tiene un riesgo significativo con un OR de 2.818 (IC 95% 1.359-5.841), la violencia familiar tiene un riesgo significativo con un OR de 7.250 (IC 95% 2.790-18.839), el ingreso familiar tiene un riesgo significativo con un OR de 2.705 (IC 95% 1.018-7.186), los hábitos nocivos familiares tienen un riesgo significativo con un OR de 3.567 (IC 95% 1.818-6.999), el tipo de familia es un factor protector con OR de 0.244 (IC 95% 0.111-0.536) y el apoyo familiar tiene una protección significativa con un OR de 0.061 (IC 95% 0.025-0.152). Los factores relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar son: la ocupación de la pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 4.125 (IC 95% 1.101-15.446), el ingreso de la 6 pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 4.585 (IC 95% 2.258-9.308), los hábitos nocivos de la pareja tienen un riesgo significativo con un OR de 5.254 (IC 95% 2.512-10.986), la duración de la relación antes del inicio de las relaciones sexuales con la pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 6.468 (IC 95% 2.481-16.865), el tener una relación actual con su pareja tiene una protección significativa con un OR de 0.107 (IC

95% 0.051-0.225) y el apoyo a la pareja tiene una protección significativa con un OR de 0.213 (IC 95% 0.106-0.429). CONCLUSIÓN: El principal factor personal de riesgo fue el no tener ocupación y el principal factor personal protector fue el embarazo planificado. El principal factor familiar de riesgo fue la violencia familiar y el principal factor familiar protector fue el apoyo familiar. El principal factor de riesgo relacionado a la pareja fue la duración de la relación menor a 6 meses antes del inicio de las relaciones sexuales y el principal factor protector relacionado a la pareja fue el tener una relación estable con la pareja una metodología apropiada para el monitoreo de la prevalencia y causas. (18).

Magda Jeri Tello, Maribel Quispe Lloque, Lucia Santos Galarza, Flor Adelma Bustamante Morales, en su trabajo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecobstetricia de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017” se explica que uno de los riesgos importantes en el embarazo es el aborto espontaneo, siendo la pérdida del producto de la concepción, sin inducción antes de las 20 a 22 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500gr o menos. El estudio realizado tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo de las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia de un hospital militar de Lima Metropolitana. Es de diseño no experimental, tipo descriptivo. La muestra estará conformada por 60 gestantes que presentan aborto espontaneo previamente seleccionadas mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional. Para la recolección de datos se utilizarán dos instrumentos: el de los factores asociados al aborto espontáneo y también la versión en castellano de Estrés Percibido (EEP-10) el que se sometió a juicio de expertos. Para analizar la validez de contenido se usó la prueba estadística V de Aiken (1 pto), además se tomó una muestra piloto a 20 gestantes y utilizó la prueba alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.892. Los resultados de este estudio

permitirán obtener un mayor conocimiento sobre los factores de riesgo del aborto espontáneo y complicaciones frecuentes en el embarazo siendo de beneficio para el personal de enfermería que labora en el servicio de ginecoobstetricia pues facilitará su actuar en esos casos. (16)

1.2.3 A NIVEL LOCAL

Trujillo Mamani, Grover Eyden, Sembrera Farceque, nos explica que el presente trabajo de investigación titulado “Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de la institución educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca - 2015”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en adolescentes del quinto año. El diseño de investigación es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo probabilístico estratificado, determinándose una muestra de 128 estudiantes matriculados en el periodo académico 2015. El instrumento que se utilizó es el cuestionario de conocimientos sobre aborto inducido que consta de 14 preguntas y la escala de actitudes hacia el aborto inducido que consta de 18 ítems con respuesta en la escala de Likert, tiene como duración de 15 minutos. Los resultados indican que el 53.9% de los estudiantes presentan un nivel medio de conocimientos sobre el aborto inducido y solamente el 22.7% presenta un nivel alto; con respecto a las actitudes el 43.0% de los estudiantes presenta una actitud de aceptación hacia el aborto inducido y el 21.9% presentan una actitud de rechazo hacia el aborto inducido, encontrándose correlación y significativa entre las variables de estudio ($\text{sig}=.000$). Conclusiones: Mientras más alto el conocimiento mayor actitud de rechazo hacia el aborto inducido y mientras más bajo es el nivel de conocimientos mayor actitud de aceptación hacia el aborto inducido. (25).

Karem Lisbet Velez Figueroa en el presente trabajo de investigación titulado: “Funcionalidad Familiar Y Su Relacion Con La Actitud Frente Al Aborto En Adolescentes Varones Y Mujeres De La Institución Educativa Industrial N°32. Puno-2013”, de tipo descriptivo comparativo y diseño correlacional para lo cual se contó con una población de 141 estudiantes que viene a representar el 100% de los estudiantes de 4° y 5° año. Para la obtención de datos se utilizó la técnica de la encuesta a través de dos cuestionarios: la Prueba de la percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) formulada por Pérez de la Cuesta, Louro y Bayane (1994), y la encuesta para determinar la Actitud frente al Aborto propuesto por Lope (2005). Se obtuvieron los siguientes resultados: que la permeabilidad es una dimensión que se encuentra en una categoría disfuncional con un 46.1% en caso de mujeres; en varones adolescentes la adaptabilidad es una dimensión en una categoría disfuncional con un porcentaje de: 46.2%. Al respecto de la actitud frente al aborto se tomó en cuenta tres aspectos: en desacuerdo, indiferente y de acuerdo con el aborto en dos dimensiones conductual y afectiva. En el aspecto conductual en mujeres adolescentes estuvieron de acuerdo con el aborto un 21% del número de encuestadas con el componente “acudiría donde un médico para abortar”; en caso de los varones estuvieron de acuerdo con el aborto un 36.9% con el componente “soy menor de edad por lo que si desease que aborte”. En lo afectivo en caso de mujeres su actitud de acuerdo con el aborto con un 21.1% de las encuestadas se dio en el componente “no me importa la opinión de los demás” en comparación con los varones estos tuvieron resultados de acuerdo con el aborto en el componente “no me importa la opinión de los demás” con un 30.7% de los encuestados. Al realizar la prueba CHI cuadrada encontramos resultados con una $\chi^2=6.35339$ relación directa entre la funcionalidad familiar y la actitud conductual frente al aborto en adolescentes mujeres y respecto al componente afectivo se obtuvo como resultado de la prueba $\chi^2=6.8809$. Esto

quiere decir que el funcionamiento en la familia tiene relación directa con la actitud conductual y afectiva de la adolescente frente a un supuesto aborto. En caso de la funcionalidad familiar y la actitud frente al aborto en adolescentes varones no tiene relación directa debido a los resultados de la prueba de CHI cuadrada donde resultados en el componente conductual $XC2=13.70058$ y en el componente afectivo $XC2=13.70058$ demuestran que el funcionamiento de la familia del adolescente varón no tiene relación directa a la actitud de acuerdo o en desacuerdo que el tome frente al aborto. (26).

1.3 HIPÓTESIS

1.3.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación entre los factores que están asociados al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del año 2018

1.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

1. Existe relación del factor grado de instrucción del padre y de la madre asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de Abril a junio del año 2018
2. Existe relación del factor educación sexual asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de Abril a junio del año 2018
3. Existe relación del factor pobreza asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de Abril a junio del año 2018
4. Existe relación del factor horas de uso de redes sociales asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de Abril a junio del año 2018
5. Existe relación del factor violencia familiar asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de Abril a junio del año 2018.
6. Existe relación del factor composición familiar asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de Abril a junio del año 2018.
7. La edad más frecuente de abortos en adolescentes es de 17 y 18 años de edad que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar qué factores están asociados al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar si el factor nivel de instrucción del padre y de la madre están asociado al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.
2. Especificar si el factor educación sexual está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.
3. Determinar si el factor pobreza está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.
4. Determinar si el factor violencia familiar está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.
5. Determinar si el factor composición familiar está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.
6. Determinar si el factor horas de uso de redes sociales asociado al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.
7. Analizar las edades de las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.

1.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	VALOR FINAL	CRITERIOS	PROCEDIMIENTOS
DEPENDIENTE			
ABORTO	DIAGNOSTICO DE ABORTO	SINTOMAS	GPC GINECO OBSTETRICIA
	NO DIAGNOSTICO DE ABORTO	SIGNOS	
		EXAMEN CLINICO	
INDEPENDIENTE			
EDAD	11 – 18	DIRECTO	DEACUERDO A HISTORIA CLINICA
INGRESO FAMILIAR MENSUAL	POR DEBAJO DEL SUELDO MÍNIMO	MENOR A 1000 SOLES	DE ACUERDO CON ENCUESTA
	EL SALARIO MÍNIMO	SOLO 1,000 SOLES	
	POR ENCIMA DEL SUELDO MÍNIMO	MAYOR A 1000 SOLES	
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	ANALFABETO	DIRECTO	DE ACUERDO CON HISTORIA CLÍNICA
	PRIMARIA COMPLETA		
	PRIMARIA INCOMPLETA		
	SECUNDARIA COMPLETA		
	SECUNDARIA INCOMPLETA		
	SUPERIOR COMPLETA		
	SUPERIOR INCOMPLETA		
GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE	ANALFABETO	DIRECTO	DE ACUERDO CON HISTORIA CLÍNICA
	PRIMARIA COMPLETA		
	PRIMARIA INCOMPLETA		
	SECUNDARIA		
	COMPLETA		

	SECUNDARIA INCOMPLETA		
	SUPERIOR COMPLETA		
	SUPERIOR INCOMPLETA		
EDUCACION SEXUAL	SI	RECIBIÓ CONSEJERÍAS EN ESCUELA Y EN EL MINSA	REALIZACIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL MEDIANTE: - TALLERES EN ESCUELA
	NO	NO RECIBIÓ CONSEJERÍAS EN ESCUELA Y EN EL MINSA	- CONSEJERÍAS Y APLICACIÓN DEL INSTRUCTIVO MINSA
COMPOSICION FAMILIAR	MONOPARENTAL		DE ACUERDO CON HISTORIA CLÍNICA
	NUCLEAR		
	EXTENSA		
	ORFANDAD		
HORAS DE USO DE WEBSITES DE REDES SOCIALES	ADECUADO	MENOR A 5 HORAS / 24 HORAS	DE ACUERDO A LA ENCUESTA
	INADECUADO	MAYOR A 5 HORAS / 24 HORAS	
VIOLENCIA FAMILIAR	SI	TAMIZAJE POSITIVO	FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL (MINSA)
	NO	TAMIZAJE NEGATIVO	

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 NIVEL INTERNACIONAL

Pazmiño Mera Danilo Salvador: Alrededor del globo terráqueo existe todo un debate acerca del aborto, en donde participan grupos fundamentalistas, religiosos, sexistas, políticos, científicos y público en general, muy pocos abarcan el aspecto desde el punto de vista científico, aunque muchos enuncian cuales podrían ser las posibles complicaciones a ciencia cierta no se dan datos reales de nuestra localidad. Esta investigación es apuntada a determinar de forma más evidente los factores de riesgos y las complicaciones que se pueden presentar en pacientes con un aborto espontaneo en nuestra localidad de Guayaquil; en la Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel un referente histórico para la urbe porteña. En esta investigación logramos establecer un grupo de 104 mujeres que cumplen los criterios de inclusión para el desarrollo de esta investigación. La idea de poder redactar esta investigación es tener mucho más clara la idea referente en nuestro medio cuales son las complicaciones que se presentan en este grupo de pacientes. (1)

Betty Alexandra Llumiquinga Figueroa: El siguiente estudio se trata de Analizar la violencia intrafamiliar en las adolescentes gestantes como relación causal de los abortos espontáneos y provocados. A nivel mundial la prevalencia de violencia física, como la primera causa de violencia contra la mujer, aunque no existe un porcentaje establecido

con certeza debido a la multiplicidad de factores que intervienen en esta compleja problemática. Desagradablemente en nuestro país no contamos con estudios emitidos por instituciones oficiales que ofrezcan datos confiables y actualizadas que permitan establecer líneas de acción o implementar estrategias de tipo preventivo, de atención, manejo oportuno y adecuado de la violencia intrafamiliar en púberas no gestantes y al contrario púberas que si lo están con este estudio procuro que sea útil y que demuestre la realidad en que viven las adolescentes gestantes con el fin de analizar la violencia intrafamiliar en las adolescentes embarazadas como relación causal de abortos espontáneos y provocados. Esta investigación se enfoca en determinar los factores causales de la Violencia Intrafamiliar en adolescentes gestantes, el tipo de aborto por el cual acudieron al establecimiento de salud y fomentar Charlas Educativas. Se consideró la totalidad de Historias clínicas de las pacientes atendidas en el área de Emergencia Obstétrica y Ginecológica del Hospital Universitario de Guayaquil en el transcurso del tiempo englobado desde septiembre del 2017 hasta febrero del 2018, se localizaron 284 acontecimientos de mujeres con diagnóstico de aborto espontaneo y provocado, de ellas formalizaron con criterio de incorporación 51 féminas que son púberas entre diez a diecinueve años. (2)

Torres Hidalgo Deynnis Marcel el en su estudio tiene un enfoque científico y analítico con el propósito de ayudar la comunidad médica y al mismo tiempo a la población. Tiene como objetivo analizar y comparar los abortos entre adolescentes y adultas. La importancia de este trabajo radica en que aún existen altos índices de abortos y que la mayoría de la comunidad desconoce por muchos factores como falta de educación que pueden llegar a producir un riesgo, poniendo en peligro la vida de la persona. El análisis se lo realiza a partir de los datos obtenidos de las historias clínicas de adolescentes y

adultas que estuvieron embarazadas y que llegaron a la emergencia con diagnóstico de abortos atendidas en el Hospital Mariana de Jesús. Se evidenció una gran cantidad de mujeres que llegaron con la culminación del embarazo por factores tanto interno como externos, Se concluye que es fundamental incrementar la cobertura del personal de salud, promover campañas de salud e incentivar la educación sexual, implementar más mediadas para evitar embarazos no deseados Preparar a las Visitadoras Sociales para que en el ámbito de sus competencias, realicen un control permanente al hogar de las familias que tienen antecedentes de haberse practicado algún aborto deliberado y así mantener una planificación veraz y efectiva. (3)

MsC. Clara Esther Ramírez Fernández, I MsC. Maribel Vaillant Rodríguez, II MsC. Sara Riccis Salas Palacios, III MsC. Dolores Meléndez SuárezIII y MsC. Hidelisa De la Caridad Herrero Aguirre III nos indica que se realizó un estudio descriptivo y transversal de las adolescentes con captación de embarazo o interrupción de este, o ambos, en la provincia de Santiago de Cuba, durante el quinquenio 2007-2011, con vistas a caracterizarles según grupos etarios, métodos y procedimientos de interrupción de la gestación, y además determinar la razón captación e interrupción de embarazo, así como captación de embarazo y aborto provocado. Los resultados mostraron que el método más utilizado para interrumpir la gestación fue la regulación menstrual, con una tendencia descendente a emplearlo; en tanto se observó un ascenso del aborto provocado y el número de embarazos, con una cifra superior de interrupciones respecto a las captaciones. Se recomendó incrementar la labor educativa sobre salud sexual y reproductiva en los jóvenes y sus familiares, para así lograr disminuir la cantidad de embarazos en las adolescentes y las interrupciones de estos, de manera que mejore la calidad de vida de dicha población de féminas. (4)

Bárbara Díaz Díaz, Yoslaidys Cordero Miranda, Romeo Gómez Aguado, Bertha Margarita Lorenzo Velázquez de la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río – Facultad de Ciencias Médicas – Carrera de Enfermería – Pinar del Río – Cuba en su trabajo comentan que Los estudios realizados sobre la educación de la sexualidad han permitido constatar que aún son insuficientes los conocimientos que poseen los adolescentes sobre aspectos relacionados con el tema, en especial los riesgos del aborto y su repercusión de manera desfavorable en la salud sexual. Objetivo: Determinar la percepción de riesgo en adolescentes relacionado con aborto por embarazos no deseados. Métodos: Estudio observacional descriptivo, transversal y prospectivo, se utilizaron encuestas y entrevistas, así como métodos estadísticos para el procesamiento de la información. El universo estuvo conformado por 354 adolescentes pertenecientes a los consultorios médicos 20, 28 y 30 del Grupo Básico de Trabajo 2 del policlínico Pedro Borrás Astorga, la muestra de 190 adolescentes se encontraron entre las edades de 14 a 18 años. Resultados: Se evidenció una tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales precoces y riesgosas, lo que favorece el aumento creciente de la práctica del aborto, con insuficientes conocimientos y percepción de riesgo sobre las consecuencias y riesgos de una interrupción de embarazo, donde se encuentran debilitados el rol de los padres y el papel del personal de salud de las áreas donde pertenecen. Conclusiones: Se demostró que el proceso de educación para la salud muestra insuficiencias en cuanto a la creación de programas educativos más creativos que fomentan actividades de promoción y prevención de salud dirigidos a los adolescentes. (5).

Santana Arana, Ginger Ornela, Marín Moreno, Génesis Andrea des, presentan en su trabajo que se centra en las causas de aborto en adolescentes de 12 a 18 años, tiene como objetivo general: Determinar las causas que influyen en el aborto de las adolescentes en

las edades de 12 a 18 años de edad en un hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil; el tipo de estudio es de nivel: Descriptivo, utilizando el método: cualitativo siendo este de tiempo: Prospectivo. Para alcanzar los objetivos, se trabajó con una población de estudio: que estuvo conformada por 30 adolescentes. El procedimiento para la recolección de datos fue mediante encuesta utilizando como instrumento un cuestionario de preguntas ejecutado en las adolescentes de un hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil. Entre los resultados encontramos que las edades que tienen un índice más alto de aborto en la adolescencia en esta institución de salud son de 16 a 18 años de edad; las causas más comunes de aborto en adolescentes son presión familiar, inestabilidad de pareja y el miedo a la expectativa social y efectos psicológicos más frecuentes en estos casos son trastornos del sueño, depresión y vergüenza; los efectos sociales más frecuentes fueron deseo de acabar la relación con la pareja, aislamiento y la disminución de capacidad de trabajo. Este trabajo nos brinda nueva información sobre la situación actual del país sobre los abortos en edades tempranas, específicamente en la población que atiende el Hospital Especializado Mariana de Jesús. (6).

María Ángeles Moreno Fontiveros, Inmaculada Izquierdo Gallardo, María José Martínez Vera, Elena Bravo Munozby Grupo de Estudio del Adolescente (greAdol) de la SAMFyC, se concluyó que el Objetivo de la investigación realizada fue La incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) es un indicador importante de los embarazos no deseados y de la efectividad de los servicios de contracepción. Buscamos conocer la prevalencia de IVE en adolescentes en nuestra área y compararla con las detectadas en años anteriores. **MÉTODO:** Estudio transversal y multicéntrico. Se recogieron datos de solicitudes de IVE en atención primaria de la zona básica de salud de

Estepa de 2 periodos de tiempo distintos, ambos de 21 meses, separados por 6 años (desde mayo de 2006 a enero 2008 y octubre 2012 a junio 2014, respectivamente). Variables recogidas: localidad de procedencia, fecha y lugar de nacimiento. Resultados: En el primer periodo de tiempo se solicitaron 67 IVE, de las que 25,37 % fueron extranjeras; en el segundo periodo estudiado el número de IVE solicitadas fue menor (60), pero aumentó el porcentaje de extranjeras que la solicitaron (36,66 %). Si tomamos el límite de edad para definir la adolescencia en los 21 años, en el primer periodo estudiado fueron 33 las solicitudes de IVE (50,76 % de las tramitadas), de las que 9 eran menores de 19 años y el 15,15 % extranjeras. En el segundo tramo solicitaron IVE 20 adolescentes (33,3 % de las IVE solicitadas), de las que 13 eran menores de 19 años y el 35 % extranjeras.

Conclusiones: La prevalencia de solicitudes de IVE en todas las franjas de edad y de las de adolescentes es mucho menor a la observada en el resto de España. Observamos un aumento significativo de IVE en adolescentes con respecto a años previos, especialmente importante dentro de la población adolescente extranjera. (7)

Enrique Donoso S., Claudio Vera P, señala en su trabajo que como Antecedente: En Chile, el aborto es ilegal en cualquier circunstancia. Objetivos: Describir la evolución epidemiológica del aborto en Chile, su relación con la introducción de los métodos anticonceptivos (MAC) y los cambios históricos de su legalidad. Adicionalmente, revisar los aspectos metodológicos de las estimaciones del aborto ilegal en Chile. Resultados: La tasa de mortalidad materna por aborto se ha reducido drásticamente en Chile, desde una de las más altas en Latinoamérica a principios del siglo XX a una de las más bajas en la actualidad. La importante reducción observada después de la introducción de los MAC refleja los cambios culturales y avances en el desarrollo económico y sanitario del país. El cambio de status del aborto legal a ilegal no se asoció a un aumento de las muertes

maternas relacionadas a aborto que mantienen una reducción sostenida. Se desconoce con certeza la magnitud del aborto ilegal en Chile, metodologías utilizadas para su estimación podrían sobrestimarlo ampliamente si no se consideran factores condicionantes. Conclusión: Chile ha logrado descender drásticamente la mortalidad materna por aborto sin recurrir a la legalización o su despenalización, respetando al embrión humano desde la concepción. Se requiere considerar una metodología apropiada para el monitoreo de la prevalencia y causas de aborto ilegal que permita focalizar las intervenciones preventivas en la población vulnerable. (8).

Pitilin, Érica de Brito Banazeski, Ana Claudia Bedin, Rafaela Gasparin, Vanessa Aparecida, en el trabajo realizado el Objetivo fue Identificar en la literatura científica sobre los cuidados de enfermería en los casos de aborto inducido / provocado. Método: Revisión integral destinada a responder a la pregunta "¿Cómo es la práctica de enfermería en situaciones de aborto provocado?" Los datos fueron recolectados en agosto de 2014, sin límites de tiempo o de idioma, que estuviesen en su totalidad en las bases de datos LILACS, BDNF, MEDLINE y SciELO, a partir de los descriptores: "aborto", "aborto provocado" y "cuidados de enfermería". Al final del proceso de análisis de datos se seleccionaron 13 publicaciones condensadas en forma de figuras. Resultados: Se observó que el trabajo de las enfermeras se realiza de manera tecnicista, discriminatoria, juzgadora y burocrática, lo que contradice las directrices del código de ética de la profesión. Conclusión: La discriminación y los peligros para la salud impuestos a las mujeres por razones culturales, legales y religiosas que involucran el tema del aborto, han contribuido a la precariedad de la asistencia. (9)

Anibal Faundes, en su trabajo indica que Las leyes sobre aborto son liberales en la mayor parte de los países desarrollados y muy restrictivas en países en desarrollo, particularmente América Latina, con dos excepciones. Organismos internacionales de Salud y Derechos Humanos promueven un mayor acceso al aborto seguro por su efecto inmediato de reducción de morbilidad y mortalidad materna. A pesar de eso las leyes permanecen muy restrictivas en la mayor parte de los países de América Latina, donde prevalece el concepto errado de que liberalizar la ley va a llevar a un aumento en el número de abortos, lo que casi todos prefieren evitar. Ese es un importante malentendido, porque las evidencias son que no hay menos aborto donde las leyes son restrictivas y no aumentan los abortos cuando las leyes se hacen más liberales. Así mismo, se cree que la mayor parte de la población está contra liberalizar la ley, pero preguntando mejor se descubre que la mayor parte está contra castigar a la mujer que aborta. Pero, el principal malentendido es creer que hay personas ‘a favor del aborto’, en circunstancia que ni siquiera a la mujer que se provoca el aborto le gusta abortar. La diferencia está en pensar que prohibiendo se soluciona el problema, o aceptar las evidencias que muestran que aumentando el acceso al aborto seguro no solo reduce el sufrimiento y la muerte, sino contribuye a reducir los abortos. (10).

MSc. Dra. Milagros García Mazorra, Dra. Vilma Yaneth Cruz Quiróz en su trabajo indica que los adolescentes se enfrentan hoy a numerosos problemas, de los cuales se destaca: el embarazo de alto riesgo a temprana edad. Objetivo: describir la prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en adolescentes, atendidas en el Hospital General Universitario “Enrique Cabrera”, en el período 2001-2011. Métodos: se realizó una investigación observacional descriptiva de corte transversal, para describir la prevalencia de los factores de riesgo asociados al aborto reiterado en un grupo de

adolescentes atendidas, en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera”, entre enero del 2001 y diciembre del 2011. El universo se constituyó con las que solicitaron, espontanea, el aborto y la muestra. De ellas a 195, se le realizó el proceder de forma reiterada. Resultados: la edad promedio de las adolescentes que participaron en el estudio fue de 16,1 años. El 45,1 de la muestra tuvo dos o más interrupciones con intervalo de 6 a 12 meses y solo el 21,5 % usaron algún tipo de método anticonceptivo después del proceder. Conclusión: la adolescencia intermedia fue la etapa que mostró un mayor número de casos con aborto reiterado, y con intervalo de menos de un año. La mayoría de las adolescentes se mantuvieron sin pareja estable después de la primera interrupción, no hubo cambios significativos en su forma de pensar respecto a los riesgos de un nuevo embarazo. (11).

Ana Llamas Bonillo en su trabajo como resumen encontró que en relación con las menores de edad que deciden, amparadas por la legislación actual (Ley 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo) interrumpir su embarazo, está demostrado que a una edad más avanzada se concientizan del significado de la vida que no defendieron. Es en ese momento cuando sufren una profunda quiebra en su autoestima, así como trastornos psicológicos fruto de la fijación de sus códigos morales y de la interiorización de los conceptos del bien y del mal. Estudios recientes de resonancia magnética mantienen que decisiones de este tipo no pueden tomarse a esas edades, dada la incompleta formación de la corteza prefrontal del cerebro, cuya función es la inhibición de comportamientos instintivos carentes de empatía y responsabilidad. Sin embargo, el legislador español atribuye a las mujeres de 16 y 17 años, exclusivamente, la facultad de prestar el consentimiento necesario para abortar (artículo 13.4 de la citada ley) así como la posibilidad de prescindir de informar a padres

o tutores alegando que podría generarse “un conflicto grave”. Lo más significativo de esta ley es que eleva el aborto a la categoría de derecho subjetivo durante las primeras catorce semanas de gestación en el marco de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Teniendo en cuenta tanto aspectos fisiológicos como psicológicos, la continuación del embarazo se presenta como la solución más saludable: no solo protege y garantiza el derecho a la vida del nasciturus, sino que preserva la salud emocional, presente y futura, de la madre adolescente. (12)

Fatima Juárez, Susheela Singh, Isaac Maddow-Zimet, Deirdre Wulf, en su trabajo explica que Resulta muy difícil estudiar el aborto inducido por ser una práctica clandestina y estigmatizada. En todos los estados de la República Mexicana, el aborto inducido está fuertemente restringido. (La excepción es la entidad federativa del Distrito Federal.) Este informe presenta estimaciones del aborto inducido por entidad federativa y grupos de edad de las mujeres para el año 2009. También examina el embarazo no planeado, motivo principal por el cual las mujeres recurren a un aborto. Se ha avanzado en muchos frentes:

- A partir de 2009, una elevada proporción de las mujeres mexicanas casadas/unidas practican la anticoncepción: 67% usa algún método moderno; y otro 5% depende de algún método tradicional menos efectivo.
- El uso generalizado de anticonceptivos ha sido un factor esencial en la rápida reducción de la fecundidad: el tamaño de la familia, que ha venido disminuyendo continuamente en las últimas dos décadas, está ahora cercano al nivel de reemplazo de dos hijos por mujer.
- En 2007, se dio un gran paso cuando la ley del Distrito Federal permitió la interrupción legal del embarazo (ILE) en el primer trimestre. Gracias a los

estrictos protocolos de seguridad, las mujeres que usaron los servicios públicos de ILE casi no tuvieron riesgo de complicaciones en el año que corresponde aproximadamente al de nuestras estimaciones. El embarazo no planeado está generalizado

- Detrás de casi cada aborto inducido hay un embarazo no planeado. Para 2009, se estima que más de la mitad—55%—del total de embarazos en México fueron no planeados.
- Al clasificar las 32 entidades federativas del país en seis regiones por nivel de desarrollo, se observa que México se ajusta al patrón delineado en otros países en el cual el nivel del embarazo no planeado es mayor en las áreas más desarrolladas y urbanas: se estima que 70% de los embarazos son no planeados en la región más desarrollada (Distrito Federal; Región 1), en comparación con 45% en la región menos desarrollada (Chiapas, Guerrero y Oaxaca; Región 6).
- En general, en México cada año ocurren 71 embarazos no planeados por 1,000 mujeres en edad reproductiva, tasa que es muy similar a la estimada para toda América Latina y el Caribe (72 por 1,000). Muchos embarazos no planeados terminan en abortos inducidos
- La penalización del aborto no evita su práctica. Se estima que la mitad (54%) del total de embarazos no planeados en México se resuelve mediante un aborto inducido, a pesar de las restricciones legales en 31 de las 32 entidades.
- Esto se traduce en alrededor de un millón (1, 026,000) de abortos inducidos cada año, lo que representa una tasa estimada de 38 por 1,000 mujeres de 15–44 años en 2009. La tasa incrementa uniformemente conforme aumenta el nivel de desarrollo, de 26 por 1,000 mujeres en la Región 6, hasta 54 por 1,000 en la Región 1.

- La tasa de aborto ha aumentado más del 50% con respecto a 1990, la cual era 25 por 1,000. Este aumento en la tasa (indicador que aísla el efecto del crecimiento de la población) sugiere que ahora las mujeres están enfrentando mayor dificultad para prevenir los embarazos no planeados y que están más motivadas para evitar tener nacimientos no planeados.
- Las estimaciones de aborto por edad (que por primera vez se generan para el caso de México) muestran el patrón esperado: la tasa más elevada se observa entre las mujeres de 20–24 años (55 por 1,000 mujeres en ese grupo de edad); y desciende gradualmente con la edad. Desafortunadamente, las adolescentes de 15–19 años presentan la segunda tasa más alta, a la par con las mujeres de 25–29 años (44 por 1,000 mujeres).
- No sorprende que, por entidad federativa, el Distrito Federal tenga una de las tasas de aborto más altas (54 por 1,000). Por otra parte, el estado nortero de Nuevo León tiene la tasa más baja (17 por 1,000), lo que posiblemente refleja tanto un bajo nivel de necesidades no satisfechas de anticoncepción como el hecho de que muchas mujeres cruzan la frontera con Estados Unidos para buscar procedimientos legales y seguros.
- Los abortos clandestinos ponen en riesgo la salud de las mujeres y consumen recursos escasos
- Un aborto clandestino generalmente es inseguro. Las cifras de atención hospitalaria revelan la carga que representan los abortos para la salud de las mujeres y para las instituciones: en 2009, solamente en los hospitales públicos, unas 159,000 mujeres mexicanas fueron atendidas por complicaciones derivadas de abortos inducidos.

- Se estima que más de un tercio (36%) de las mujeres que tienen abortos inducidos desarrolla complicaciones que requieren atención médica. La proporción más alta con complicaciones asociadas al aborto inducido—45%— corresponde a las mujeres rurales pobres.
- Una de cada cuatro mujeres mexicanas que sufren complicaciones no reciben la debida atención, lo que las hace especialmente vulnerables a sufrir consecuencias debilitantes para su salud.
- El riesgo de complicaciones del aborto está asociado al método utilizado y quién lo realiza
- Se estima que casi el 30% del total de abortos son inducidos con el medicamento misoprostol. La estimación de que 39% de estos procedimientos requirieron atención médica, se debe al inadecuado conocimiento y uso del medicamento entre los proveedores de servicios y las propias mujeres.
- En cuanto a los abortos no inducidos con misoprostol, los más seguros probablemente son los procedimientos quirúrgicos realizados por médicos (23% del total de los abortos); los menos seguros son los abortos autoinducidos con un método distinto al misoprostol, que representan el 16% del total (pero corresponden al 24% de los abortos de mujeres rurales pobres). Es necesario actuar para proteger la salud y la vida de las mujeres

El aumento en la tasa de aborto enfatiza la necesidad de esfuerzos concertados, con el fin de ayudar a las mujeres mexicanas a evitar los embarazos no planeados que derivan en la práctica del aborto. Enseguida presentamos algunas sugerencias para ayudar a aliviar la carga que representa el aborto inseguro para las mujeres y el sector salud; también proponemos recomendaciones para mejorar la provisión de procedimientos legales y reducir el embarazo no planeado. Fortalecer los servicios anticonceptivos. Las mujeres

necesitan mejor información sobre el uso correcto y consistente de los métodos anticonceptivos. Con el fin de evitar los embarazos no planeados y los abortos, se recomienda que el 12% de las mujeres unidas con necesidades no satisfechas de anticoncepción, más el 5% que usan métodos tradicionales, elijan algún método altamente eficaz acorde a su situación personal. Se necesitan intervenciones diseñadas específicamente para las mujeres con alto riesgo de presentar embarazos no deseados— las jóvenes de 15–24 años, tanto unidas como no unidas (con experiencia sexual y sexualmente activas). Estas incluyen una alta proporción de mujeres que no usan un método a pesar de no querer un embarazo pronto, lo que indica la necesidad a un mejor acceso de información y servicios de anticoncepción efectiva. Un mejor conocimiento de los métodos temporales y un mejor suministro de ellos entre estas mujeres jóvenes, podrían mejorar la prevención del embarazo no planeado y lograr la planeación adecuada de sus nacimientos. Mejorar los servicios de atención postaborto. Es necesario extender la cobertura de los servicios postaborto y mejorar su calidad. Los proveedores necesitan información más precisa sobre cómo atender a las mujeres que han usado misoprostol, así como capacitación formal para atender complicaciones por aspiración manual Endo uterina, técnica menos invasiva y menos dependiente de infraestructura que la de legrado. Los servicios anticonceptivos, incluida la consejería, deben convertirse en una práctica estándar de la atención postaborto para evitar el aborto repetido. Mejorar la provisión de abortos legales. Las campañas masivas educativas son esenciales para concientizar a la población sobre las causales legales de aborto en cada entidad federativa. Es también imprescindible contar con mecanismos que aseguren que las mujeres que cumplan con los criterios reciban los servicios correspondientes, para lo cual la voluntad política es fundamental. Además, es importante que todas las Secretarías de Salud del país, instituciones directamente responsables de brindar y financiar los servicios de salud en

sus respectivas entidades, pueden hacer uso de los datos aquí presentados para llevar a cabo mejoras en sus servicios anticonceptivos y de atención postaborto. (13).

Los autores MSc. Luis Gustavo García Baños, MSc. Lázaro López Baños, Dra. Marilín Alonso Sicilia en su trabajo indican que La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y de la atención a la salud, en la medida en que la conducta se examine por los valores y principios morales. Con esta revisión se pretende describir el comportamiento de los aspectos éticos relacionados con el derecho al aborto en la adolescencia. La práctica de la medicina ginecológica implica una continua toma de decisiones, tanto diagnósticas como pronósticas, terapéuticas y éticas. Los principios bioéticos se conocen, sin embargo no siempre se aplican por parte del personal de salud, aspecto que influye en la atención que se le brinda a la adolescente y a sus familiares. (14).

García Mazorra, Milagros; Fung Pérez, Mitsuky; Leon Pino, Hanny; Sanchez Ima, Mayra en su trabajo fundamenta que el aborto en la adolescencia se ha convertido en un problema mundial de grandes proporciones por la repercusión que tienen sus complicaciones en la salud reproductiva. Objetivo: determinar algunos aspectos de la sexualidad de las adolescentes que solicitan la interrupción de un embarazo no deseado. Método: se realizó un estudio de evaluación, retrospectivo-descriptivo de 1000 adolescentes que solicitaron la interrupción del embarazo en un período de dos años (2008-2010) en el Hospital General Docente "Enrique Cabrera". Resultados: el 41,3 % tuvo las primeras relaciones coitales en los dos primeros años de su edad ginecológica, motivados por la búsqueda de placer en el 52,8 %. El 39,4 % tuvo dos o tres compañeros sexuales siendo la diferencia de edad de más de 5 años en el 47,1 % de ellas. Conclusión:

la primera relación coital se presentó con mayor incidencia en la adolescencia temprana motivada por la búsqueda de placer como causa fundamental. Un porcentaje significativo tuvo hasta tres parejas sexuales prevaleciendo una diferencia de edad de más de cinco años. (15).

2.1.2. NIVEL NACIONAL

Magda Jeri Tello, Maribel Quispe Lloque, Lucia Santos Galarza, Flor Adelma Bustamante Morales, en su trabajo “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017” se explica que uno de los riesgos importantes en el embarazo es el aborto espontáneo, siendo la pérdida del producto de la concepción, sin inducción antes de las 20 a 22 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500gr o menos. El estudio realizado tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al aborto espontáneo de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología de un hospital militar de Lima Metropolitana. Es de diseño no experimental, tipo descriptivo. La muestra estará conformada por 60 gestantes que presentan aborto espontáneo previamente seleccionadas mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional. Para la recolección de datos se utilizarán dos instrumentos: el de los factores asociados al aborto espontáneo y también la versión en castellano de Estrés Percibido (EEP-10) el que se sometió a juicio de expertos. Para analizar la validez de contenido se usó la prueba estadística V de Aiken (1 pto), además se tomó una muestra piloto a 20 gestantes y utilizó la prueba alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.892. Los resultados de este estudio permitirán obtener un mayor conocimiento sobre los factores de riesgo del aborto espontáneo y complicaciones frecuentes en el embarazo siendo de beneficio para el

personal de enfermería que labora en el servicio de ginecoobstetricia pues facilitará su actuar en esos casos. (16)

Taype-Rondan, Alvaro; Merino-Garcia, Nicolaz, nos define que el aborto inseguro es definido como el procedimiento para terminar la gestación realizado por personas que no poseen las competencias necesarias o en un ambiente sin los mínimos estándares médicos. El aborto inseguro es considerado una pandemia prevenible que afecta en mayor medida a países que presentan restricciones legales al respecto. En Perú, un país en el que se penaliza el aborto, muchas mujeres se someten de manera clandestina a una serie de procedimientos que acarrearán un gran número de complicaciones y muertes maternas, cuyas cifras analizaremos a continuación.

¿Cuántos abortos inducidos se realizan en Perú? Se ha estimado una incidencia anual de 371 420 abortos inducidos para el 2004. Estas cifras, probablemente, estén en aumento, debido al crecimiento demográfico y la restricción de métodos anticonceptivos a adolescentes.

¿Cuántos de estos abortos terminan en hospitalización? El número de hospitalizaciones anuales por abortos inducidos en el Perú se ha estimado en 54 200 para 1989 y 28 652 para el 2013. Esta aparente disminución puede deberse al incremento del uso clandestino de misoprostol, que resulta más fácil de utilizar y tiene un menor riesgo de complicaciones en comparación con otros procedimientos.

¿Cuántas mujeres mueren a causa del aborto inducido? Para el año 2015, la Dirección General de Epidemiología del Perú reportó 414 muertes maternas, pero no detalla cuántas de estas han sido causadas por abortos clandestinos. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para Sudamérica el 13% de las muertes maternas en el 2008 fueron causadas por aborto clandestino, y un análisis realizado por Gerds et

al. Estima que para países en los que predomina el aborto inseguro el 16% de las muertes maternas fueron causadas por aborto clandestino entre el 2000 y 2011. En resumen, estas estimaciones indican que el 13% o el 16% de las muertes maternas (53,8 o 66,2 de las 414 muertes maternas reportadas para el 2015) serían causadas por el aborto inseguro. Otra aproximación puede realizarse utilizando el estimado de la OMS para Sudamérica de 10 muertes por aborto inseguro por cada 100 000 nacidos vivos, lo cual resulta en 57,8 muertes en Perú correspondientes a los 578 130 nacidos vivos en el 2015 (Fuente: INEI. Estado de la población peruana. 2015). La semejanza entre las cifras obtenidas con estas tres estimaciones (53,8/66,2/57,8 muertes por año) nos sugiere una consistencia confiable, aunque cabe resaltar que estas estimaciones no abordan el caso específico de Perú. En este contexto, la despenalización del aborto puede transformar el aborto clandestino inseguro en aborto seguro, disminuyendo exponencialmente las hospitalizaciones y la mortalidad asociadas. ¿Cuántas hospitalizaciones se evitarían? Recordemos que se han estimado 28 652 hospitalizaciones anuales por aborto inducido. El aborto seguro presenta menos de 0,4% de hospitalizaciones, por lo que los 371 420 abortos anuales presentarían apenas 1 486 hospitalizaciones. De esta manera, al despenalizar el aborto se evitarían $28\ 652 - 1\ 486 = 27\ 166$ hospitalizaciones anualmente. ¿Cuántas muertes se evitarían? Como hemos mencionado, se estima que cada año mueren 58 mujeres por aborto inducido en Perú. El aborto realizado en condiciones seguras tiene una mortalidad menor a 1/100 000 abortos, por lo cual los 371 420 abortos anuales en Perú presentarían como máximo 4 muertes. De esta manera, al despenalizar el aborto se evitarían 54 muertes al año. En conclusión, a pesar de que en Perú no se cuentan con cifras sobre el impacto del aborto inseguro, se estima que cada año causa 28 652 hospitalizaciones y 58 muertes. Además, la no despenalización del aborto traería como

consecuencia 27 166 hospitalizaciones y 54 muertes al año en el Perú, cifras que merecen ser tomadas en consideración al debatir este tema. (17)

María del Carmen Comettant Puente, en su trabajo “Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 - marzo 2016” explica que el objetivo fue Determinar los factores personales, familiares y relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 – marzo 2016. METODOLOGÍA: Estudio de casos y controles. El grupo de casos estuvo comprendido por 75 adolescentes que manifestaron haber tenido un aborto inducido y que se atendieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período comprendido entre enero 2015 y marzo 2016 y el grupo de controles por 75 gestantes adolescentes sin antecedente de aborto del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período comprendido entre enero 2015 y marzo 2016. RESULTADOS: Los factores personales que intervienen en la decisión de abortar son: el bajo grado de instrucción tiene un riesgo significativo con un OR de 2.688 (IC 95% 1.385-5.217), la ocupación tiene un riesgo significativo con un OR de 2.984 (IC 95% 1.535-5.798), el embarazo planificado tiene una protección significativa con un OR de 0.059 (IC 95% 0.008-0.461), el número de parejas sexuales tiene una protección significativa con un OR de 0.343 (IC 95% 0.154-0.764), el uso de métodos anticonceptivos tiene una protección significativa con un OR de 0.325 (IC 95% 0.172-0.651). Los factores familiares que intervienen en la decisión de abortar son: el estado civil de la madre tiene un riesgo significativo con un OR de 2.538 (IC 95% 1.281-5.028), el grado de instrucción de la madre tiene un riesgo significativo con un OR de 3.558 (IC 95% 1.821-6.958), el estado civil del padre tiene un riesgo significativo con un OR de 2.818 (IC 95% 1.359-5.841), la violencia familiar tiene un riesgo significativo con un OR

de 7.250 (IC 95% 2.790-18.839), el ingreso familiar tiene un riesgo significativo con un OR de 2.705 (IC 95% 1.018-7.186), los hábitos nocivos familiares tienen un riesgo significativo con un OR de 3.567 (IC 95% 1.818-6.999), el tipo de familia es un factor protector con OR de 0.244 (IC 95% 0.111-0.536) y el apoyo familiar tiene una protección significativa con un OR de 0.061 (IC 95% 0.025-0.152). Los factores relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar son: la ocupación de la pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 4.125 (IC 95% 1.101-15.446), el ingreso de la 6 pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 4.585 (IC 95% 2.258-9.308), los hábitos nocivos de la pareja tienen un riesgo significativo con un OR de 5.254 (IC 95% 2.512-10.986), la duración de la relación antes del inicio de las relaciones sexuales con la pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 6.468 (IC 95% 2.481-16.865), el tener una relación actual con su pareja tiene una protección significativa con un OR de 0.107 (IC 95% 0.051-0.225) y el apoyo a la pareja tiene una protección significativa con un OR de 0.213 (IC 95% 0.106-0.429). CONCLUSIÓN: El principal factor personal de riesgo fue el no tener ocupación y el principal factor personal protector fue el embarazo planificado. El principal factor familiar de riesgo fue la violencia familiar y el principal factor familiar protector fue el apoyo familiar. El principal factor de riesgo relacionado a la pareja fue la duración de la relación menor a 6 meses antes del inicio de las relaciones sexuales y el principal factor protector relacionado a la pareja fue el tener una relación estable con la pareja. Una metodología apropiada para el monitoreo de la prevalencia y causas. (18).

Brian Montenegro-Díaz, Rosita Tafur-Ramírez, Antero Yacarini-Martínez, en la “Guía de aborto terapéutico en el Perú: ¿considera la objeción de conciencia médica?” explica los siguiente que el fin de las profesiones sanitarias, históricamente amparado por el Derecho y tradicionalmente reconocido por la deontología profesional, ha sido siempre

la defensa de la vida y la promoción de la salud – por otro lado, derechos básicos de la persona. Debido a ello, imponer la obligación general a un médico en la participación de abortos terapéuticos puede calificarse, en principio, como un atentado al sentido último de la profesión e incluso, a la dignidad personal y al libre desarrollo de la personalidad, al ser la medicina una vocación comprometida, humana y profesionalmente, con la defensa de la vida humana. El 27 de junio del 2014, en el Perú se aprobó la “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal”. En el contexto de esta guía se toma en cuenta las indicaciones médicas necesarias para la interrupción voluntaria del embarazo menor a 22 semanas que pongan en riesgo la vida de la madre; además se menciona el proceso a seguir para la ejecución del mismo. Sin embargo, no se menciona explícitamente un aspecto importante como es la objeción de conciencia del médico tratante. Se define como objeción de conciencia a la “resistencia que el individuo ofrece al cumplimiento de una norma cuando entra en conflicto con sus propias convicciones”.

Se puede entender que cuando se apela a la objeción de conciencia se está demandando que el principio de autonomía del profesional sea respetado, desde un plano de igualdad con respecto a la autonomía del paciente; sin embargo, no se puede apoyar en el principio de beneficencia, ya que este exigiría una conducta activa en beneficio de una persona. Frente a esto, se podría responder que el principio realmente aplicable sería el de no maleficencia, ya que la objeción de conciencia implica omisión de un comportamiento que podría resultar lesivo para un sujeto. La constitución política del Perú, en el Artículo 2° señala que: “toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia y de religión, en forma individual o asociada. No hay persecución por razón de ideas o

creencias. No hay delito de opinión. El ejercicio público de todas las confesiones es libre, siempre que no ofenda la moral ni altere el orden público”.

En nuestro país no existe un reconocimiento legal expreso de la objeción de conciencia de los profesionales con respecto al aborto. Esta carencia ha sido suplida por pronunciamientos constitucionales en países como España, Italia, Francia, entre otros, para salvaguardar la conciencia de los sanitarios que no quisieran colaborar en dichos actos. Esta medida no ha sido contemplada en la guía técnica nacional. Finalmente, en el Perú existe un gran vacío legal en lo que refiere a la objeción de conciencia de los profesionales hacia el aborto, dejando desprotegido al médico desde el punto de vista profesional por una posible discriminación en su entorno, además de posibles problemas legales con el paciente al incumplir una indicación que genere riesgo para la gestante. Se propone se realicen pronunciamientos constitucionales a favor de la objeción de conciencia médica en contra del aborto terapéutico en el Perú. (19).

Marta B, Rondón, en la publicación “Salud mental y aborto terapéutico”, se revisa el concepto de salud para argumentar que el componente mental es inherente al bienestar integral, estando la salud mental y la física íntimamente interrelacionadas. Se describe la relación entre depresión y eventos del ciclo reproductivo, especialmente en cuanto al riesgo que supone el embarazo no deseado, que es un factor de riesgo para depresión posparto reportado en investigaciones realizadas en diversos lugares del mundo. Siendo así, las mujeres que presentan factores de riesgo para depresión (historia de padecimiento depresivo previo, antecedentes de adversidad o trauma en la infancia o exposición a la violencia, la historia familiar de trastorno afectivo, pobreza y falta de soporte social, enfermedades físicas concomitantes, y la mala salud del feto) deben recibir la información suficiente que les permita decidir si desean interrumpir la gestación por indicación

terapéutica para proteger su salud mental. Se ofrecen recomendaciones prácticas para el reconocimiento y manejo de estas mujeres. (20).

Daniel Aspilcueta-Gho, Irma Ramos Chavez en el trabajo realizado nos indica que en el Código Penal Peruano 1924 el aborto por razones médicas no está penalizado. Esta norma no ha sido aplicada por carecer de una Guía Clínica o de un Reglamento que la regule. Las condiciones básicas son: que sea practicado por un médico, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar en su salud un mal grave y permanente, y que exista consentimiento de la mujer o de su representante. Existe una serie de documentos que el Perú ha suscrito en materia de derechos humanos y que comprometen la implementación de servicios de aborto legal, tales como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW, Programa de Acción de Conferencia del Cairo (CIPD), Conferencia sobre la Mujer Beijing. El MINSA aprobó la “Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 Semanas con Consentimiento Informado en el marco de lo dispuesto en el Artículo 119° del Código Penal”, publicada el 28 de junio del 2014. Proporcionar servicios de aborto en el sistema público es un reto; muchos hospitales están sobrecargados y tienen limitaciones para hacer que estos servicios estén disponibles; se requiere adecuada capacitación al personal, insumos, equipos necesarios y la voluntad. Los retos son: sensibilizar y reconocer la mujer como ciudadana con derechos, amplia difusión en establecimientos y servicios de salud, capacitación para asegurar un consentimiento informado, y calidad en el procedimiento con apropiado uso de la aspiración manual endouterina-AMEU y misoprostol. (21).

Sixto Sánchez Calderon, Juan Mere del Castillo, Percy Pacora Portella, Susana Chávez Alvarado, Rossina Guerrero Vásquez, Mónica Barrientos Pacherre, María Jiménez Sánchez. nos indica que La práctica de informar a la policía los casos de mujeres con aborto inducido es relativamente frecuente y agrega complicaciones policiales y judiciales a estas pacientes. Objetivo: Conocer la percepción, opinión, conocimiento, actitudes y prácticas de los médicos gineco obstetras con respecto a informar a la policía los casos de mujeres con aborto inducido. Diseño: Estudio cualitativo participativo y cuantitativo observacional transversal prospectivo. Institución: Tres hospitales del Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú. Participantes: Médicos gineco obstetras. Metodología: En tres hospitales de Lima se seleccionó sistemáticamente 33 médicos gineco obstetras y se les aplicó una entrevista en profundidad. Otros 69 médicos gineco obstetras llenaron un cuestionario estandarizado y autoadministrado. La participación fue voluntaria y el estudio revisado y aprobado por el comité de ética de los tres hospitales. Principales medidas de resultados: Información a la policía de los casos de aborto inducido. Resultados: El 78,3% de los participantes sabía que existe una ley que obliga a informar a la policía los casos de aborto inducido. Sin embargo, 43,5% no estaba de acuerdo con esta norma y 58% estaba de acuerdo con el derecho al secreto profesional. Sin embargo, 43,5% de los médicos reportó a la policía el último caso de aborto inducido atendido y la principal razón fue el cumplimiento de la ley y el temor a ser identificado como encubridor y las consecuencias penales posibles. Conclusiones: La práctica de informar un caso de aborto inducido a la policía atentaría contra la confidencialidad del acto médico. Recomendaciones: Se propone la modificación o derogación del artículo 30 de la ley general de salud del Perú y, en su lugar, implementar un programa articulado y coherente de paternidad responsable a nivel nacional. (22)

Según Percy Pacora-Portella, Médico ginecoobstetra. Departamento de Ginecología Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. A propósito de la reciente promulgación de la Resolución Ministerial N° 486-2014/Minsa, que aprueba la guía técnica nacional para el aborto terapéutico, se ha generado un gran debate al respecto. Como un aporte a la discusión, se presenta una revisión sobre las definiciones y tipos de aborto, para luego centrarse en el denominado ‘aborto terapéutico’ y explorar las dificultades que existen para definirlo. Finalmente, se presentan algunas observaciones a esta Guía técnica emitida por el Minsa. Se concluye que el término ‘aborto terapéutico’ es anacrónico y contradictorio porque el aborto no es un tratamiento que asegure mejorar la salud de la mujer ni la del niño. El término apropiado debería ser ‘interrupción del embarazo por razones médicas’. (23).

Mendoza W, Subiría G, explican que el presente artículo muestra los vínculos entre el embarazo en adolescentes peruanas de 15 a 19 años con la pobreza, la desnutrición y la exclusión social. Se proponen alternativas para su atención en el marco de los programas sociales y de la lucha contra la pobreza. Para ello, se describen y analizan sus tendencias en los últimos 20 años, enfatizando sus múltiples y persistentes inequidades. Se registra que en ese periodo las prevalencias no se han modificado sustancialmente, a pesar de una leve baja en el área rural. Estas tendencias son analizadas a la luz de sus determinantes próximos, incluyendo los cambios en la exposición al riesgo de embarazo no planificado. Luego se describe el impacto que esta situación tiene sobre las adolescentes y sus hijos, así como su impacto laboral y económico. Finalmente, se hace una revisión de las experiencias de países que aplican programas sociales semejantes al peruano, destacando aquellas que podrían ser asimiladas por el Perú. (24).

2.1.3. A NIVEL LOCAL:

Trujillo Mamani, Grover Eyden, Sembrera Farceque, nos explica en su trabajo de investigación titulado “Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de la institución educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca - 2015”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en adolescentes del quinto año. El diseño de investigación es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo probabilístico estratificado, determinándose una muestra de 128 estudiantes matriculados en el periodo académico 2015. El instrumento que se utilizó es el cuestionario de conocimientos sobre aborto inducido que consta de 14 preguntas y la escala de actitudes hacia el aborto inducido que consta de 18 ítems con respuesta en la escala de Likert, tiene como duración de 15 minutos. Los resultados indican que el 53.9% de los estudiantes presentan un nivel medio de conocimientos sobre el aborto inducido y solamente el 22.7% presenta un nivel alto; con respecto a las actitudes el 43.0% de los estudiantes presenta una actitud de aceptación hacia el aborto inducido y el 21.9% presentan una actitud de rechazo hacia el aborto inducido, encontrándose correlación y significativa entre las variables de estudio ($\text{sig}=.000$). Conclusiones: Mientras más alto el conocimiento mayor actitud de rechazo hacia el aborto inducido y mientras más bajo es el nivel de conocimientos mayor actitud de aceptación hacia el aborto inducido. (25).

Karem Lisbet Velez Figueroa en el presente trabajo de investigación titulado: “Funcionalidad Familiar Y Su Relacion Con La Actitud Frente Al Aborto En Adolescentes Varones Y Mujeres De La Institución Educativa Industrial N°32. Puno-2013”, de tipo descriptivo comparativo y diseño correlacional para lo cual se contó con una población de 141 estudiantes que viene a representar el 100% de los estudiantes de

4° y 5° año. Para la obtención de datos se utilizó la técnica de la encuesta a través de dos cuestionarios: la Prueba de la percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) formulada por Pérez de la Cuesta, Louro y Bayane (1994), y la encuesta para determinar la Actitud frente al Aborto propuesto por Lope (2005). Se obtuvieron los siguientes resultados: que la permeabilidad es una dimensión que se encuentra en una categoría disfuncional con un 46.1% en caso de mujeres; en varones adolescentes la adaptabilidad es una dimensión en una categoría disfuncional con un porcentaje de: 46.2%. Al respecto de la actitud frente al aborto se tomó en cuenta tres aspectos: en desacuerdo, indiferente y de acuerdo con el aborto en dos dimensiones conductual y afectiva. En el aspecto conductual en mujeres adolescentes estuvieron de acuerdo con el aborto un 21% del número de encuestadas con el componente “acudiría donde un médico para abortar”; en caso de los varones estuvieron de acuerdo con el aborto un 36.9% con el componente “soy menor de edad por lo que si desearía que aborte”. En lo afectivo en caso de mujeres su actitud de acuerdo con el aborto con un 21.1% de las encuestadas se dio en el componente “no me importa la opinión de los demás” en comparación con los varones estos tuvieron resultados de acuerdo con el aborto en el componente “no me importa la opinión de los demás” con un 30.7% de los encuestados. Al realizar la prueba CHI cuadrada encontramos resultados con una $\chi^2=6.35339$ relación directa entre la funcionalidad familiar y la actitud conductual frente al aborto en adolescentes mujeres y respecto al componente afectivo se obtuvo como resultado de la prueba $\chi^2=6.8809$. Esto quiere decir que el funcionamiento en la familia tiene relación directa con la actitud conductual y afectiva de la adolescente frente a un supuesto aborto. En caso de la funcionalidad familiar y la actitud frente al aborto en adolescentes varones no tiene relación directa debido a los resultados de la prueba de CHI cuadrada donde resultados en el componente conductual $\chi^2=13.70058$ y en el componente afectivo $\chi^2=13.70058$

demuestran que el funcionamiento de la familia del adolescente varón no tiene relación directa a la actitud de acuerdo o en desacuerdo que él tome frente al aborto. (26).

2.2. MARCO CONCEPTUAL:

2.2.1 ADOLESCENCIA:

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.

El papel clave de las experiencias de desarrollo: La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer

relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Presiones para asumir conductas de alto riesgo: Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo decisiones referidas a su comportamiento sexual.

Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la asunción de conductas de alto riesgo. Las leyes, costumbres y usanzas también pueden afectar a los adolescentes de distinto modo que a los adultos. Así por ejemplo, las leyes y políticas a menudo restringen el acceso de los adolescentes a la información y los

servicios de salud reproductiva, máxime si no están casados. En los casos en que sí tienen acceso a servicios de esta índole, puede ocurrir que la actitud de las personas encargadas de dispensarlos muestran frente a los adolescentes sexualmente activos suponga en la práctica un obstáculo importante para la utilización de esos servicios.

La familia y la comunidad representan un apoyo fundamental: Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas. (OMS)

2.2.2 ABORTO:

Es importante señalar que el National Center for Health Statistics, los Centers for Disease Control and Prevention y la Organización Mundial de la Salud definen al aborto como la interrupción del embarazo antes de la semana 20 de la gestación o con feto que nace con un peso <500 g. Sin embargo, estos criterios son contradictorios debido a que el peso promedio de un feto de 20 semanas es de 320 g, mientras que 500 g corresponden al peso promedio entre las 22 y 23 semanas (Moore, 1977). Los criterios establecidos por las leyes estatales que definen al aborto incluso más ampliamente generan mayor confusión. Los términos que se han utilizado en la clínica durante muchos decenios por lo general se utilizan para describir a los abortos más tardíos. Éstos comprenden:

- **Aborto espontáneo:** esta categoría incluye a la amenaza de aborto, el aborto inevitable, el incompleto o completo y el aborto retenido (diferido). El término aborto séptico se utiliza para referirse a cualesquiera de los anteriores que además se complican por una infección.
- **Aborto recurrente:** este término tiene definiciones variables, pero tiene la intención de identificar a mujeres con abortos espontáneos repetidos para corregir cualquier factor de fondo y así obtener un recién nacido viable.
- **Aborto inducido:** este término se utiliza para describir a la interrupción quirúrgica o médica de un feto vivo que no ha alcanzado la viabilidad.

ABORTO ESPONTÁNEO DEL PRIMER TRIMESTRE:

Más de 80% de los abortos espontáneos ocurre en las primeras 12 semanas de la gestación. En los abortos del primer trimestre, el embrión o feto casi siempre muere antes de su expulsión espontánea. La muerte por lo general se acompaña de hemorragia en la decidua basal. A continuación, se necrosan los tejidos adyacentes, lo que estimula las contracciones uterinas y la expulsión. El saco gestacional íntegro se encuentra lleno de líquido y puede contener o no un embrión o feto. Por consiguiente, la clave para establecer la causa de un aborto incipiente es determinar la causa de la muerte fetal. Por el contrario, en los abortos tardíos el feto no suele morir antes de su expulsión y por lo tanto se deben buscar otras explicaciones

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL ABORTO ESPONTÁNEO:

- **Amenaza de aborto:** El diagnóstico clínico de amenaza de aborto se sospecha ante la presencia de secreción vaginal hemática o hemorragia vaginal a través del

orificio cervical cerrado durante las primeras 20 semanas del embarazo (Hasan, 2009). Es necesario distinguir la hemorragia al principio del embarazo de una hemorragia por implantación, que aparece en algunas mujeres cuando esperan la menstruación. Casi 25% de las mujeres manifiesta hemorragia importante desde el punto de vista médico al principio del embarazo que en ocasiones persiste durante varios días o semanas. Con el aborto, la hemorragia casi siempre precede a los cólicos durante varias horas o días. Puede haber cólicos rítmicos en la línea media, lumbalgia persistente con presión pélvica o un dolor sordo suprapúbico en la línea media. Por mucho, la hemorragia constituye el factor de riesgo más predictivo de aborto (Eddleman, 2006). En general, casi 50% de las mujeres aborta, pero este riesgo es mucho menor cuando existe actividad cardíaca fetal (Tongsong, 1995).

- **Aborto inevitable:** Durante el primer trimestre, la rotura de las membranas acompañada de dilatación cervical casi siempre va seguida de contracciones uterinas o infección. La salida de un chorro de líquido vaginal durante la primera mitad del embarazo por lo general tiene consecuencias graves. No siempre se acompaña de dolor, fiebre o hemorragia y a veces se ha acumulado líquido previamente entre el amnios y el corion. Cuando éste es el caso, es razonable prescribir menor actividad y mantener a la paciente bajo observación. Después de 48 h y en ausencia de más líquido amniótico, hemorragia, cólicos o fiebre, se reinicia la deambulación. En caso de hemorragia, cólicos o fiebre, el aborto se considera inevitable y el útero se evacua.

- **Aborto incompleto:** La hemorragia después de la separación parcial o completa de la placenta y dilatación del orificio cervical se denomina aborto incompleto. Algunas veces el feto y la placenta permanecen dentro del útero o salen parcialmente a través del orificio dilatado. Antes de las 10 semanas, a menudo se expulsan juntos, pero más adelante salen por separado. Las opciones terapéuticas del aborto incompleto comprenden legrado, aborto médico, u observación en las mujeres estables desde el punto de vista clínico. Para el tratamiento quirúrgico muchas veces es necesario dilatar aún más el cuello uterino antes de realizar el legrado. En otros casos, el tejido placentario retenido yace libre dentro del orificio cervical y se puede extraer fácilmente con una pinza de anillos.
- **Aborto Incompleto:** En ocasiones, la mujer expulsa el producto de la concepción completo antes de acudir al hospital. A menudo describen hemorragia abundante, cólico y salida de tejido o de un feto. Es importante señalar que durante la exploración física, el orificio cervical se encuentra cerrado. A estas mujeres se les pide que traigan el tejido expulsado, que a veces es un embarazo completo, coágulos sanguíneos o molde decidual. La última es una capa de endometrio con forma de cavidad uterina cuando se descama y su aspecto es el de un saco colapsado. Cuando no se identifica el saco gestacional completo expulsado, se realiza una ecografía para distinguir al aborto completo de una amenaza de aborto o un embarazo ectópico. Una de las características del aborto completo es el endometrio poco abultado sin saco gestacional. Sin embargo, esto no garantiza un embarazo uterino reciente. Condous et al. (2005) describieron a 152 mujeres con hemorragia abundante, un útero vacío con espesor endometrial <15 mm y diagnóstico de aborto completo. En 6% se comprobó más adelante un embarazo

ectópico. Por consiguiente, a menos que se observen productos de la concepción o la ecografía demuestre claramente primero un embarazo intrauterino y luego una cavidad vacía, no es posible diagnosticar con certeza un aborto completo. En los casos inciertos, la cuantificación seriada de hCG sérica ayuda a esclarecerlo. En el aborto completo estas cifras descienden rápidamente (Connolly, 2013).

- **Aborto diferido:** También llamado aborto fallido o pérdida, el aborto diferido, que es su término original, actualmente se utiliza para referirse a una circunstancia distinta a la que significaba hace muchos años. Al principio, el término se utilizaba para describir a los productos muertos de la concepción que se retenían durante varios días, semanas o incluso meses dentro del útero con un orificio cervical cerrado. Al principio el embarazo era normal con amenorrea, náusea y vómito, cambios mamarios y crecimiento uterino. Puesto que no era posible confirmar la muerte fetal, la única opción era el tratamiento expectante; finalmente sobrevenía un aborto espontáneo. Además, ante la imposibilidad de establecer por medio de la clínica el momento de la muerte fetal, la duración del embarazo, y por lo tanto la edad del feto, se calculaba en forma errónea a partir de la última menstruación. Para aclarar estas diferencias, Streeter (1930) estudió a los fetos abortados y publicó que el intervalo promedio entre la muerte y el aborto era de unas seis semanas. Esta descripción histórica del aborto diferido contrasta con la definición actual basada en los resultados de la β -hCG sérica seriada y la ecografía transvaginal. Al confirmar rápidamente la muerte fetal o embrionaria, muchas mujeres eligen la evacuación uterina. Aunque muchos médicos clasifican a éste como aborto diferido, el término se utiliza en forma indistinta con aborto del primer trimestre o fallido del primer trimestre (Silver, 2011).

- **Aborto séptico:** Gracias a la legalización del aborto, ya se observan muy pocas infecciones graves y muertes maternas por abortos sépticos criminales. De cualquier forma, quizá entre 1 y 2% de las mujeres con amenaza de aborto o aborto incompleto padece una infección pélvica y síndrome de septicemia. El aborto electivo, ya sea quirúrgico o médico, también se acompaña en ocasiones de infecciones graves o incluso letales (Barrett, 2002; Ho, 2009). Las bacterias penetran en la cavidad uterina e infectan a los productos de la concepción. Los microorganismos invaden el tejido miometrial y se extienden hasta generar parametritis, peritonitis, septicemia y, en raras ocasiones, endocarditis (Vartian, 1991). Las más preocupantes son las infecciones necrosantes y el síndrome de choque septicémico producido por estreptococo del grupo A, *S. pyogenes* (Daif, 2009).

ABORTO RECURRENTE:

Otros términos que se han utilizado para describir al aborto espontáneo repetitivo del primer trimestre son aborto espontáneo recurrente, pérdida recurrente del embarazo y aborto habitual. Por lo general, se acepta que cerca de 1% de las parejas fértiles tiene abortos recurrentes, definidos como tres o más abortos consecutivos ≤ 20 semanas de edad gestacional o con peso fetal < 500 g. La mayor parte es embriónico o aborto del primer trimestre y el resto corresponde a anembrionicos o sucede después de las 14 semanas. Es difícil completar los estudios por la ausencia de definiciones no normalizadas. Por ejemplo, algunos investigadores incluyen a mujeres con dos en lugar de tres abortos consecutivos, mientras que otros incluyen a mujeres con tres abortos no consecutivos. La

documentación del embarazo con concentración de β -hCG, ecografía y examen patológico también varía mucho.

ABORTO DEL SEGUNDO TRIMESTRE

El intervalo que define al aborto del segundo trimestre se extiende desde el final del primer trimestre hasta que el feto pesa ≥ 500 g o la edad gestacional alcanza las 20 semanas. Por las razones ya descritas, es más preciso tomar en cuenta una edad gestacional de 22 a 23 semanas. Es importante señalar que en muchos de estos abortos es posible encontrar una causa al llevar a cabo una valoración detallada.

Los factores de riesgo para el aborto del segundo trimestre son raza, origen étnico, desenlace obstétrico negativo previo y extremos de la edad materna. Antes, se decía que la hemorragia del primer trimestre era un factor de riesgo poderoso (Hasan, 2009). Edlow et al. (2007) observaron que 27% de las mujeres con este tipo de aborto en el índice de embarazo tiene otro aborto del segundo trimestre en el siguiente embarazo. Además, 33% de esas mujeres tuvo un hijo de pretérmino más adelante.

VALORACIÓN FETAL Y PLACENTARIA

Puesto que la causa está ligada al riesgo de recurrencias, es necesario realizar una valoración minuciosa de los datos obstétricos y perinatales. Es fundamental el examen patológico del feto y la placenta (Dukhovny, 2009). En las mujeres mayores de 35 años de edad, 80% de las recurrencias se explica por anomalías cromosómicas (Marguard, 2010). En un estudio de 486 mujeres de todas las edades con abortos del segundo trimestre

se identificaron malformaciones fetales en 13% (Joo, 2009). En otro, 33% de los fetos sanos padecía corioamnionitis concomitante que precedía al trabajo de parto (Allanson, 2010). De hecho, según Srinivas et al. (2008), 95% de las placentas en los abortos del segundo trimestre son anormales. Otras anomalías son trombosis vasculares e infartos.

INSUFICIENCIA CERVICAL

También conocida como incompetencia cervical, se trata de una entidad obstétrica definida caracterizada por dilatación cervical indolora en el segundo trimestre. Puede seguirse de prolapso con abombamiento de las membranas en la vagina y, finalmente, la expulsión del feto inmaduro. A menos que se trate en forma efectiva, esta secuencia se puede repetir en los embarazos ulteriores. Muchas de estas mujeres tienen antecedentes y datos clínicos que dificultan comprobar una insuficiencia cervical clásica. Por ejemplo, en un estudio con asignación al azar de casi 1 300 mujeres con antecedentes atípicos, se encontró que el cerclaje tenía un éxito marginal (13 frente a 17%) para prolongar el embarazo después de las 33 semanas (MacNaughton, 1993).

Parece ser que muchas de estas mujeres con antecedentes no clásicos tuvieron un trabajo de parto pretérmino en lugar de insuficiencia cervical clásica. En este estudio, por cada 25 cerclajes sólo se previno un nacimiento antes de las 33 semanas. No obstante, en una revisión sistemática de mujeres similares, los cerclajes indicados por los datos de la exploración física proporcionaron desenlaces perinatales superiores a los del tratamiento expectante (Ehsanipoor, 2013).

ABORTO INDUCIDO

El término aborto inducido se define como la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal. Las definiciones usadas para describir su frecuencia son: 1) índice de abortos (número de abortos por 1 000 nacidos vivos) y 2) tasa de abortos (número de abortos por 1 000 mujeres de 15 a 44 años de edad). En Estados Unidos probablemente las estadísticas del aborto no se notifican de forma completa. La razón es que las clínicas no proporcionan constantemente información sobre los abortos inducidos. Por ejemplo, el Instituto Guttmacher (2011) encontró que se realizaron 1.2 millones de procedimientos anuales desde 2005 hasta 2008. Sin embargo, en el año 2010 se notificaron únicamente 765 650 abortos electivos a los Centers for Disease Control and Prevention (Pazol, 2013). El índice de abortos fue de 227 por 1 000 nacidos vivos y la tasa de abortos fue de 15.1 por 1 000 mujeres de 15 a 44 años de edad. Para el mismo año, 58% de los abortos correspondió a mujeres de 20 a 29 años de edad y en ellas el índice de abortos fue mayor. Las afroamericanas tuvieron una proporción de abortos de 477 por 1 000 nacidos vivos, las caucásicas tuvieron 140 por 1 000 y las hispanas de 195 por 1 000. En el año 2009, 64% de los abortos se realizó antes de la semana 8; 92% antes de la semana 13; 7% entre las semanas 14 a 20 y sólo 1.3% después de 21 semanas. La Organización Mundial de la Salud elabora las estadísticas globales sobre la frecuencia del aborto. Según su último informe, en el año 2008 se abortó en el mundo 1 de cada 5 embarazos (Sedgh, 2012). Tristemente, casi 50% de estos abortos se consideró arriesgado.

Clasificación

- **Aborto terapéutico:** Existen diferentes enfermedades que constituyen indicaciones para interrumpir el embarazo. Algunos ejemplos son la

descompensación cardiaca persistente, especialmente con hipertensión pulmonar fija; vasculopatía hipertensiva grave o la diabetes y el cáncer. En los casos de violación o incesto, la mayoría considera razonable la interrupción del embarazo. En la actualidad la indicación más frecuente es prevenir el nacimiento de un feto con alguna deformidad anatómica, metabólica o mental importante. La gravedad de las deformidades fetales es variable y por lo general desafía una clasificación social, legal o política.

- **Aborto electivo o voluntario:** La interrupción del embarazo antes de la viabilidad del feto a petición de la mujer, pero no por razones médicas, se denomina aborto electivo o voluntario. No obstante, la terminología, en Estados Unidos está estigmatizado (Harris, 2012). La mayor parte de los abortos que se realiza ahora es de tipo electivo y, por lo tanto, constituye uno de los procedimientos médicos más frecuentes. La mortalidad ligada al embarazo es 14 veces mayor que la mortalidad ligada al aborto (8 frente a 0.6 muertes por 100 000) (Raymond, 2012). En el Instituto Guttmacher, Jones y Kavanaugh (2011) calculan que 33% de las mujeres estadounidenses se someterá cuando menos a un aborto electivo antes de los 45 años. La mesa directiva del American College of Obstetricians and Gynecologists (2013d) apoya el derecho legal que tiene la mujer para obtener un aborto antes de la viabilidad fetal y considera que se trata de un asunto entre la mujer y su médico. (WILLIAMS, 24 edición)

2.2.3. SALUD SEXUAL:

La salud sexual es definida como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de

todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud". "requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia". (OMS)

2.2.4. VIOLENCIA FAMILIAR:

DEFINICION:

Una de las razones por las que apenas se ha considerado la violencia como una cuestión de salud pública es la falta de una definición clara del problema. La amplia variedad de códigos morales imperantes en los distintos países hace de la violencia una de las cuestiones más difíciles de abordar en un foro mundial.

Todo esto viene complicado por el hecho de que la noción de lo que son comportamientos aceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que van evolucionando los valores y las normas sociales.

La violencia puede definirse, pues, de muchas maneras, según quién lo haga y con qué propósito. La OMS define la violencia como:

- El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.
- La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además

de la muerte y las lesiones, la definición abarca igualmente innumerables consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

RAICES DE LA VIOLENCIA:

No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. En el análisis realizado en el marco del Informe mundial sobre la violencia y la salud se ha recurrido a un modelo ecológico que tiene en cuenta numerosos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en la violencia. El modelo consta de cuatro niveles: el individual, el relacional, el comunitario y el social.

En el nivel individual se examinan los factores biológicos y de la historia personal que aumentan la probabilidad de que una persona se convierta en víctima o perpetradora de actos violentos. Entre los factores que es posible medir se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.

En el nivel relacional se investiga el modo en que las relaciones con la familia, los amigos, la pareja y los compañeros influyen en el comportamiento violento, teniendo en cuenta a tal efecto factores como el hecho de haber sufrido castigos físicos severos durante la infancia, la falta de afecto y de vínculos emocionales, la pertenencia a una familia disfuncional, el tener amigos delincuentes o los conflictos conyugales o parentales.

En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos (por ejemplo, la pobreza, la densidad de población, altos niveles de movilidad de residencia, la carencia de capital social o la existencia de tráfico de drogas en la zona).

El cuarto nivel se centra en los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad, como las normas sociales que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, aunque también tiene en cuenta las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad.

Además de esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones, el modelo ecológico indica asimismo qué es necesario hacer en los distintos niveles estatales y sociales para prevenir la violencia. (OMS)

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, Cuantitativo: cuantifica las relaciones de las variables.

DISEÑO:

NO EXPERIMENTAL: se da en el contexto natural, al observarse situaciones existentes en la que el investigador no participa y la población de estudio ya forma parte de un grupo.

TRANSSECCIONAL: se recolectarán los datos en un solo momento dado.

CORRELACIONAL:

Estable la correlación de dos o más variables en un momento determinado estableciendo dirección a la causalidad ya existente entre las variables.

MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.

Se desarrolla una metodología que permita, la prevención del aborto. La metodología se centra en un análisis prospectivo, esto es, tomando la población de 11 a 18 años específicos.

Los pasos que seguir durante la investigación son:

- Se identifica los casos mediante la historia clínica en el hospital que están de las zonas urbana y rural de los 308 diferentes distritos de Puerto Maldonado.
- Se recopila información cuantitativa y cualitativa donde la muestra son pacientes que llegaron al hospital.
- Se elabora entrevistas a los pacientes asistentes al hospital, Midiendo Las variables biológicas a nivel individual, midiendo las variables socioeconómicas
- Se procesa los datos cualitativos y cuantitativos
- Se ha Definido indicadores de gestión a fin de probar la hipótesis de trabajo.
- Se ha identificado los beneficios y errores de las acciones realizada.
- Se ha medir el impacto de la influencia en el aborto con la situación socioeconómica, educación sexual. pobreza., violencia familiar, composición familiar.

POBLACION: 224 pacientes que acuden hospital de santa rosa de la ciudad de puerto Maldonado abril a Junio del 2018.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Paciente que ingresan con el diagnostico de ABORTO
- Consienten la aplicación de los instrumentos.
- Adolescentes de 11 a 18 años

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Presentan alguna patología incapacitante.
- Pacientes mayores de 18 años

- Pacientes menores de 11 años
-

MUESTRA: Se escoge de manera aleatoria a un subgrupo de la población (224 pacientes) con la que se ha podido extrapolar los hallazgos encontrados hacia la población original.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Se entrega un documento de consentimiento informado, de los pacientes que se les aplico los instrumentos. Se manejó reservadamente los resultados, y todos los instrumentos lógicos se ha llenado anónimamente.

INSTRUMENTOS:

1. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

Se realiza una encuesta a cada una de las pacientes que acuden al hospital, para la recolección los datos sobre edad, el estado civil, tipo de familia, horas de uso de redes sociales, grado de instrucción de las encuestadas, de la misma forma a los padres. (Anexo 1)

2. FICHA SOCIOECONOMICA:

Se utilizó la Escala Socio Economica Modificada De Amat Y Leon, esta se emplea para clasificar a la población en estratos sociales. Considera el grado de instrucción y la

ocupación del padre y la madre; ingresos familiares. Cada pregunta con sus alternativas y su respectivo puntaje. El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total que va desde 50 hasta 100; y de acuerdo con el puntaje se clasifica. (Anexo 2)

3. FICHA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES

Se utiliza los Protocolos De Consejería Para La Atención Integral Del Adolescente Del Minsa, El set de fichas de consejería en salud integral adolescente ha sido elaborado pensando en cada uno/a de ustedes, profesionales de la salud, que brindan consejería y orientación a los y las adolescentes. Este material facilita elementos para la comprensión de los problemas que ellos/as puedan traer, y proporciona sugerencias de cómo abordar los casos desde un enfoque de derechos, de género y de atención integral.

Además de objetivos, principios generales de la consejería, problemas más frecuentes y pautas para la referencia, el set de fichas incluye, a modo de protocolo, los diferentes momentos o pasos a tener en cuenta durante La consejería. Sugiere aquellos temas y preguntas que debemos considerar para atender las demandas de los y las adolescentes y así brindarles una consejería integral y de calidad. Atendiendo a Los temas de mayor demanda adolescente, se presentan diez fichas que abordan los protocolos para los siguientes motivos de consulta:

- Enamoramiento y relación de pareja
- Inicio sexual
- Anticoncepción
- Embarazo en la adolescencia

- ITS-VIH/SIDA
- Violencia familiar
- Abuso sexual
- Consumo de alcohol y drogas
- Depresión e intento de suicidio
- Orientación preventiva

Los protocolos son enriquecidos por La experiencia y creatividad de cada uno/a de ustedes, quienes tienen el reto y la responsabilidad de brindar una consejería de calidad a los y las adolescentes con los que trabajan.

Recordemos que la orientación es muy valorada por Los y las adolescentes que buscan compartir y resolver sus problemas personales. Si nosotros/as estamos en condiciones de acogerlos, en confianza; si somos capaces de escuchar, comprender y no imponer nuestros criterios; si además les brindamos La información y las herramientas necesarias a partir de las cuales puedan tomar decisiones reflexionadas, estaremos contribuyendo a que sean capaces de ejercer su derecho a cuidar de su salud y a vivir su sexualidad de manera segura, responsable y satisfactoria. (Anexo 3)

4. FICHA DE TAMISAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR

Se utiliza para la recolección de datos de las pacientes, el Documento Técnico: Orientaciones Para La Atención Integral De Salud En La Etapa De Vida Joven R.M. N° 456-2016/Minsa, donde encontramos una serie de preguntas que nos indicara si presenta

o no violencia dentro de su hogar o fuera de el con relación su familia directa e indirecta.

(Anexo 4)

TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos una vez recolectados se ingresaron a un archivo de Microsoft Excel donde se realiza la codificación para luego ser exportados al programa SPSS. Se utilizó el odds ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza al 95%, para hallar la fuerza de la relación de dos variables. Para la significación estadística se toma un valor de $p > 0,05$ eligiéndose prueba estadística el Chi cuadrado de Pearson para las variables cualitativas y cuantitativas.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS:

El objetivo general de la investigación planteada es: Determinar qué factores están asociados al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018. Los factores asociados al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018 son: el nivel de instrucción del padre y la madre, la educación sexual, la pobreza, violencia familiar, composición familiar y las horas de uso de redes sociales, todos con un nivel de significancia $P < 0,05$ son significativos, con lo que comprobamos nuestra hipótesis planteada (tablas 1 al 06). El grupo de adolescentes son las más vulnerables, en vista de que se encuentran en una etapa de despertar sexual y como consecuencia de ello los embarazos no deseados y el aborto en adolescentes lamentablemente es un gran problema social, la falta de orientación sexual conduce a optar por una interrupción del embarazo debido a que tienen preocupaciones acerca de cómo mantener a un hijo y como eso podría apartarlos de sus objetivos personales importantes, como, especialmente para culminar sus estudios, otra preocupación tiene que ver con las responsabilidades financieras asociadas a la paternidad o que sienten que no son lo suficientemente maduros para convertirse en padres y esto no solo es un asunto que afecta a las mujeres; sino también a los hombres, es decir, hay una enorme presión de ambas partes, aunque es obvio quién se lleva la peor parte.

El **primer objetivo específico** de la investigación planteada es: Determinar si el factor nivel de instrucción del padre y de la madre están asociados al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.

En la **tabla N° 01**, analizamos el factor nivel de instrucción del padre y de la madre donde observamos, que en el factor padre el 41,52% tiene secundaria incompleta, 25,45% tiene secundaria completa, 14,73% tiene superior completa, 9,82% tiene primaria incompleta, 6,70% tiene primaria completa, 1,79% tiene superior incompleto; del grupo de adolescentes de 17 y 18 años de edad 21,43% sus papas tienen secundaria incompleta, del mismo grupo de adolescentes 18,75% sus papas tienen secundaria completa, de las mismas adolescentes 9,82% sus papas tienen superior completa. El grado de instrucción de la madre 31,25% con superior completa, 25,45% con primaria incompleta, 23,21% con secundaria incompleta, 14,73% con superior incompleta, 3,57% con primaria completa, 1,79% con secundaria completa; del grupo de adolescentes de 17 y 18 años de edad 20,09% su madre con superior completa, 18,30% con secundaria incompleta, 8,48% con primaria incompleta, 8,48% con superior incompleta, 1,79% con primaria completa, 1,79% con secundaria completa.

Al análisis estadístico se trabajó al 5% de error y 95% de certeza, habiéndose obtenido para el nivel de instrucción del padre una chi calculada de $X^2_c=77,426$, grados de libertad $Gf=15$ y un nivel de significancia $P=0,000$; para el nivel de instrucción de la madre una chi calculada de $X^2_c=59,133$, grados de libertad $Gf=15$ y un nivel de significancia $P=0,000$; por lo tanto, el factor nivel de instrucción del padre y de la madre están asociados al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado, durante el periodo de estudio de abril a junio del 2018.

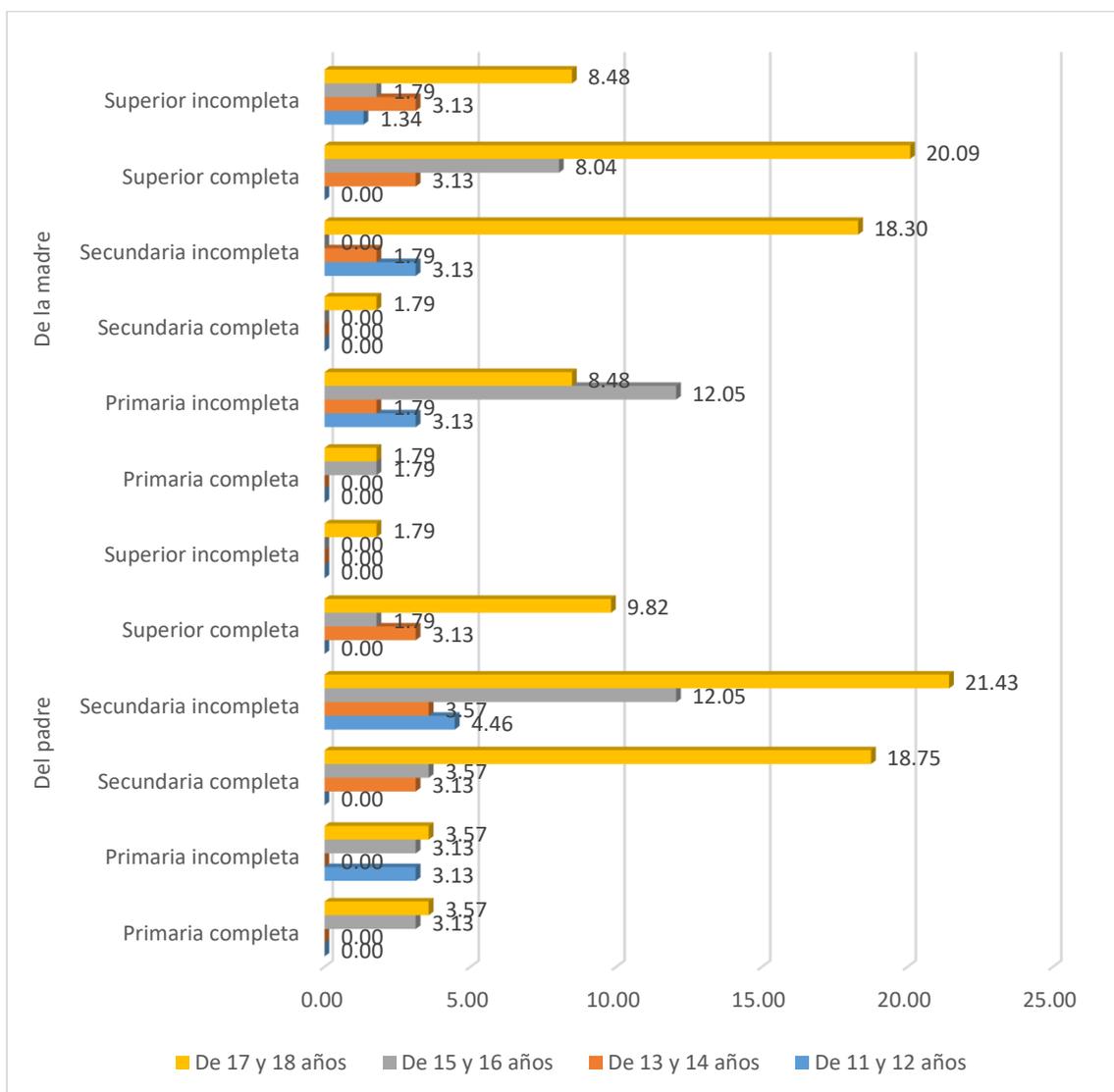
Tabla 1: Factor nivel de instrucción del padre y de la madre asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.

	De 11 y 12 años		De 13 y 14 años		De 15 y 16 años		De 17 y 18 años			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Del padre:									
Primaria completa	0	0.00	0	0.00	7	3.13	8	3.57	15	6.70
Primaria incompleta	7	3.13	0	0.00	7	3.13	8	3.57	22	9.82
Secundaria completa	0	0.00	7	3.13	8	3.57	42	18.75	57	25.45
Secundaria incompleta	10	4.46	8	3.57	27	12.05	48	21.43	93	41.52
Superior completa	0	0.00	7	3.13	4	1.79	22	9.82	33	14.73
Superior incompleta	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	1.79	4	1.79
Total:	17	7.59	22	9.82	53	23.66	132	58.93	224	100.00
De la madre:										
Primaria completa	0	0.00	0	0.00	4	1.79	4	1.79	8	3.57
Primaria incompleta	7	3.13	4	1.79	27	12.05	19	8.48	57	25.45
Secundaria completa	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	1.79	4	1.79
Secundaria incompleta	7	3.13	4	1.79	0	0.00	41	18.30	52	23.21
Superior completa	0	0.00	7	3.13	18	8.04	45	20.09	70	31.25
Superior incompleta	3	1.34	7	3.13	4	1.79	19	8.48	33	14.73
Total:	17	7.59	22	9.82	53	23.66	132	58.93	224	100.00

Fuente: Resultados de las encuestas aplicadas en la investigación.

Padre:	$X^2_c = 77,426$	Gl= 15	P= 0,000	ES SIGNIFICATIVO
Madre:	$X^2_c = 59,133$	Gl= 15	P= 0,000	ES SIGNIFICATIVO

Grafico 1: Factor nivel de instrucción del padre y de la madre asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.



Fuente: tabla N° 01.

El **segundo objetivo específico** planteado en la investigación es: Especificar si el factor educación sexual está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.

En la tabla N° 02, analizamos el factor de educación sexual donde observamos, que el 51,79% no recibió consejerías en la escuela y en el ministerio de salud, 48,21% si recibió consejerías en la escuela y en el ministerio de salud; del grupo de adolescentes

que no recibieron consejerías ni en la escuela ni en el ministerio de salud 23,66% son de 17 y 18 años de edad, del mismo grupo 15,63% de adolescentes tienen de 15 a 16 años de edad; de las adolescentes que si recibieron consejerías en la escuela y en el ministerio de salud 35,27% son de 17 y 18 años de edad, del mismo grupo 8,04% de adolescentes tienen de 15 y 16 años de edad. Al análisis estadístico se trabajó al 5% de error y 95% de certeza, habiéndose obtenido una chi calculada de $X^2_c=22,012$, grados de libertad $Gl=3$ y un nivel de significancia $P=0,000$ ($P<0,05$); por lo tanto, el factor nivel de educación sexual están asociados al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado, durante el periodo de estudio de abril a junio del 2018.

Tabla 2: Factor de educación sexual asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.

Educación sexual	Aborto en adolescentes de 11 a 18 años								Total	
	De 11 y 12 años		De 13 y 14 años		De 15 y 16 años		De 17 y 18 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Si recibió consejerías en la escuela y en el Ministerio de salud	8	3.57	3	1.34	18	8.04	79	35.27	108	48.21
No recibió consejerías en la escuela y en el ministerio de salud	9	4.02	19	8.48	35	15.63	53	23.66	116	51.79
Total:	17	7.59	22	9.82	53	23.66	132	58.93	224	100.00

Fuente: Resultados de las encuestas aplicadas en la investigación.

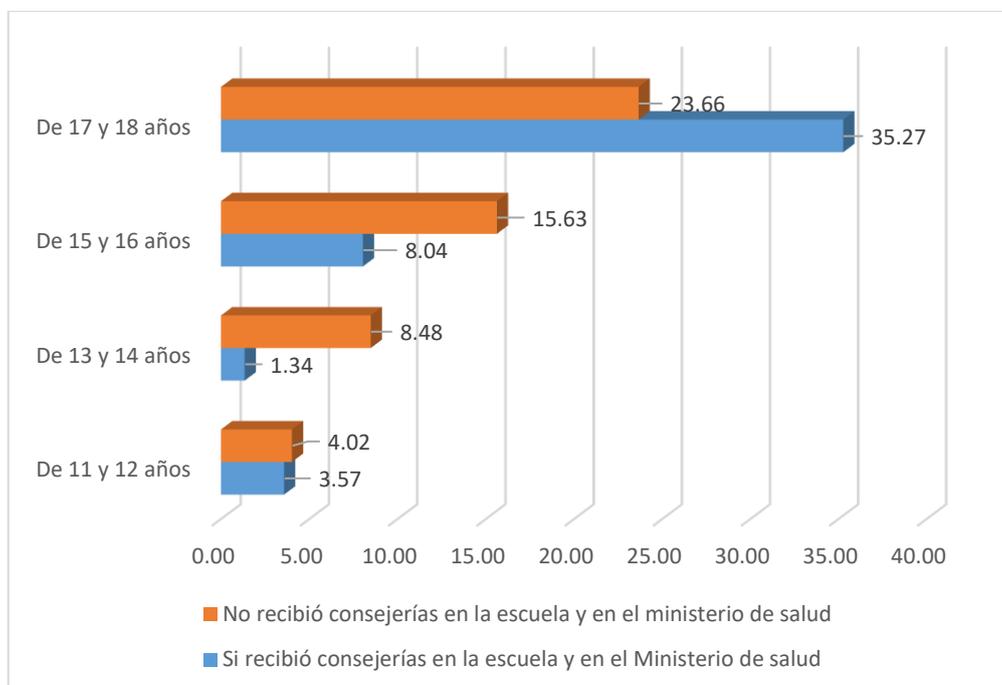
$X^2_c= 77,426$

$Gl= 15$

$P= 0,000$

ES
SIGNIFICATIVO

Grafico 2: Factor de educación sexual asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.



Fuente: tabla N° 02.

El **tercer objetivo específico** de investigación planteada es: Determinar si el factor pobreza está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.

En la **tabla N° 03**, analizamos el factor pobreza donde observamos, que el 62,50% tienen el sueldo mínimo (solo 1,000 soles), 35,71% tienen ingreso por encima del sueldo mínimo (mayor a 1000 soles), 1,79% tienen ingreso por debajo del sueldo mínimo (menor a 1000 soles); del grupo de adolescentes que tienen el ingreso familiar del mínimo 43,75% son de 17 y 18 años de edad, del mismo grupo 9,38% de adolescentes tienen de 15 a 16 años de edad; de las adolescentes que tienen el ingreso económico familiar por encima

del sueldo mínimo 13,39% son de 17 y 18 años de edad, del mismo grupo 6,70% de adolescentes tienen de 15 y 16 años de edad. Al análisis estadístico se trabajó al 5% de error y 95% de certeza, habiéndose obtenido una chi calculada de $X^2_c=37,832$, grados de libertad $Gl=6$ y un nivel de significancia $P=0,000$ ($P<0,05$); por lo tanto, el factor pobreza está asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado, durante el periodo de estudio de abril a junio del 2018.

Tabla 3: Factor pobreza asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018

Factor pobreza	Aborto en adolescentes de 11 a 18 años								Total	
	De 11 y 12 años		De 13 y 14 años		De 15 y 16 años		De 17 y 18 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Por debajo del sueldo mínimo (menor a 1000 soles)	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	1.79	4	1.79
El sueldo mínimo (solo 1000 soles)	14	6.25	7	3.13	21	9.38	98	43.75	140	62.50
Por encima del sueldo mínimo (mayor a 1000 soles)	3	1.34	15	6.70	32	14.29	30	13.39	80	35.71
Total:	17	7.59	22	9.82	53	23.66	132	58.93	224	100.00

Fuente: Resultados de las encuestas aplicadas en la investigación.

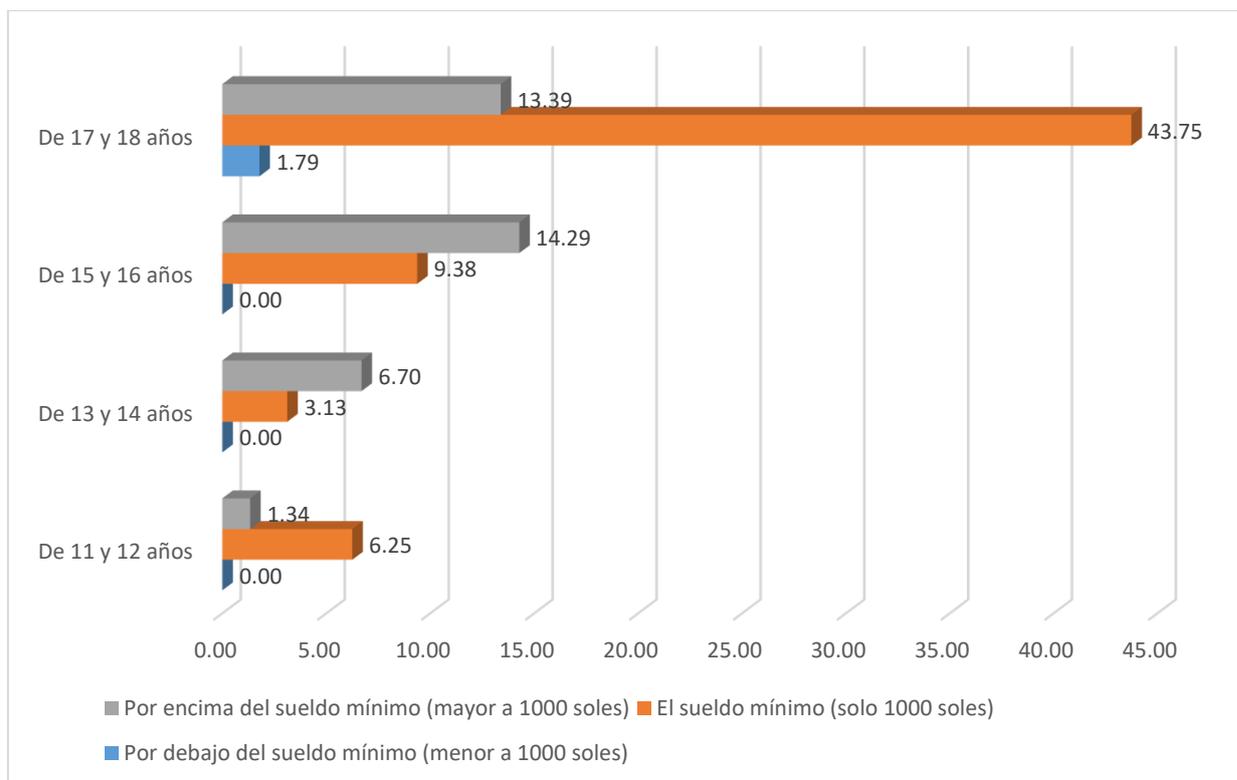
$X^2_c= 37,832$

$Gl= 6$

$P= 0,000$

ES SIGNIFICATIVO

Grafico 3: Factor pobreza asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.

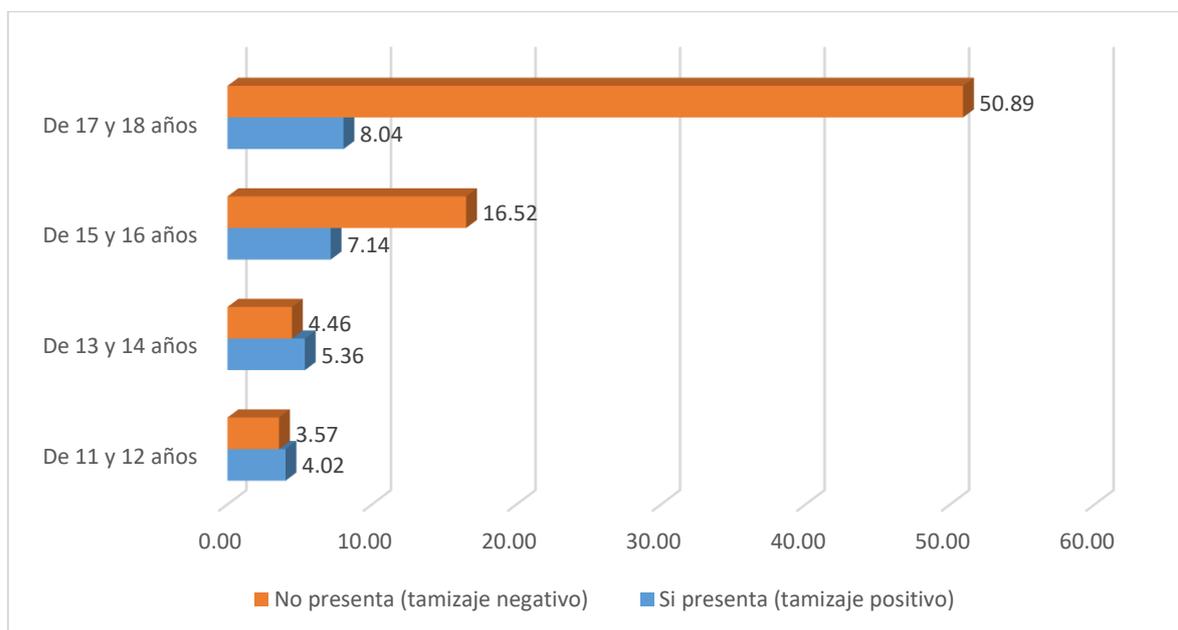


Fuente: tabla N° 03.

El **cuarto objetivo específico** de investigación planteada es: Determinar si el factor violencia familiar está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.

En la **tabla N° 04**, analizamos el factor violencia familiar donde observamos, que el 75,45% no presenta violencia familiar (según tamizaje negativo), 24,55% si presenta violencia familiar (tamizaje positivo); del grupo de adolescentes que no presenta violencia familiar 50,89% son de 17 y 18 años de edad, del mismo grupo 16,52% de adolescentes tienen de 15 a 16 años de edad; de las adolescentes que si presentan violencia

Grafico 4: Factor violencia familiar asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.



Fuente: tabla N° 04.

El **quinto objetivo específico** de investigación planteada es: 5Determinar si el factor composición familiar está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.

En **la tabla N° 05**, analizamos el factor composición familiar donde observamos, que el 33,48% cuenta con familia extensa, 33,04% está en condición de orfandad, 31,70% cuenta con familia nuclear, 1,79% cuenta con familia mono parenteral; del grupo de adolescentes que está en condición de orfandad 25% son de 17 y 18 años de edad, del mismo grupo 3,13% de adolescentes tienen de 15 a 16 años de edad; de las adolescentes que tienen familia extensa 15,63% son de 17 y 18 años de edad, del mismo grupo 10,27% de adolescentes tienen de 15 y 16 años de edad; de las adolescentes que tienen familia

nuclear 16,52% son de 17 y 18 años de edad, del mismo grupo 10,27% de adolescentes tienen de 15 y 16 años de edad.

Al análisis estadístico se trabajó al 5% de error y 95% de certeza, habiéndose obtenido una chi calculada de $X^2_c=23,864$, grados de libertad $Gl=9$ y un nivel de significancia $P=0,005$ ($P<0,05$); por lo tanto, el factor composición familiar está asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado, durante el periodo de estudio de abril a junio del 2018.

Tabla 5: Factor composición familiar asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.

Factor composición familiar	Aborto en adolescentes de 11 a 18 años									
	De 11 y 12 años		De 13 y 14 años		De 15 y 16 años		De 17 y 18 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mono parenteral	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	1.79	4	1.79
Nuclear	4	1.79	7	3.13	23	10.27	37	16.52	71	31.70
Extensa	10	4.46	7	3.13	23	10.27	35	15.63	75	33.48
Orfandad	3	1.34	8	3.57	7	3.13	56	25.00	74	33.04
Total:	17	7.59	22	9.82	53	23.66	132	58.93	224	100.00

Fuente: Resultados de las encuestas aplicadas en la investigación.

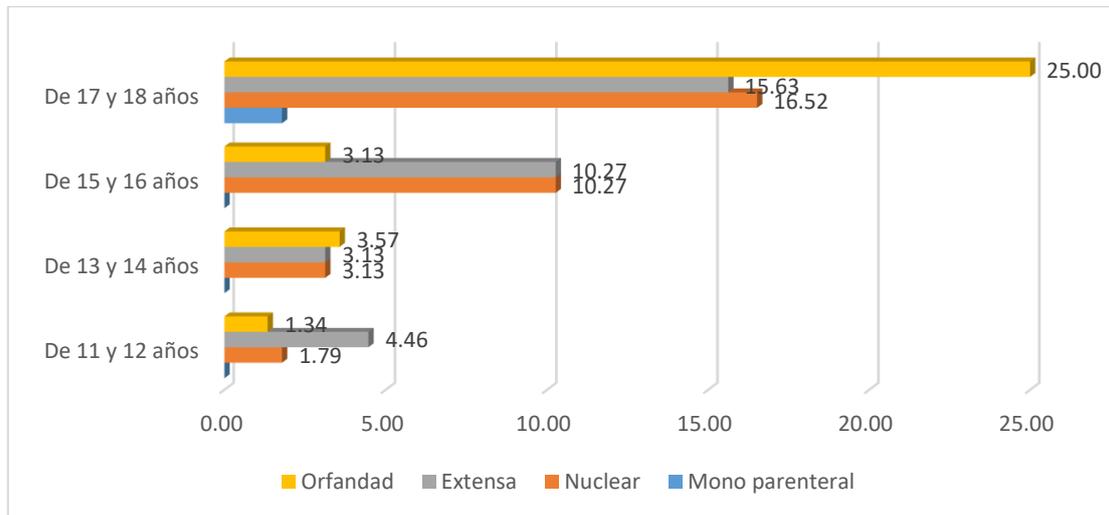
$X^2_c= 23,864$

$Gl= 9$

$P= 0,005$

ES
SIGNIFICATIVO

Grafico 5: Factor composicion familiar asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.



Fuente: tabla N° 05.

El **sexto objetivo** específico de investigación planteada es: Determinar si el factor horas de uso de redes sociales asociado al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.

En la **tabla N° 06**, analizamos el factor horas de uso de redes sociales donde observamos, que el 67,41% es adecuado las horas de redes sociales (menor a 5 horas/24 horas), 32,59% es inadecuado (mayor a 5 horas/24 horas); del grupo de adolescentes que las horas de uso en redes sociales es adecuado 42,86% son de 17 y 18 años de edad, del mismo grupo 16,52% de adolescentes tienen de 15 a 16 años de edad; de las adolescentes que el uso de horas en redes sociales es inadecuado 16,07% son de 17 y 18 años de edad, del mismo grupo 7,14% de adolescentes tienen de 15 y 16 años de edad.

Al análisis estadístico se trabajó al 5% de error y 95% de certeza, habiéndose obtenido una chi calculada de $X^2_c=10,199$, grados de libertad $G1=3$ y un nivel de significancia $P=0,017$ ($P<0,05$); por lo tanto, el factor horas de uso de redes está asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado, durante el periodo de estudio de abril a junio del 2018.

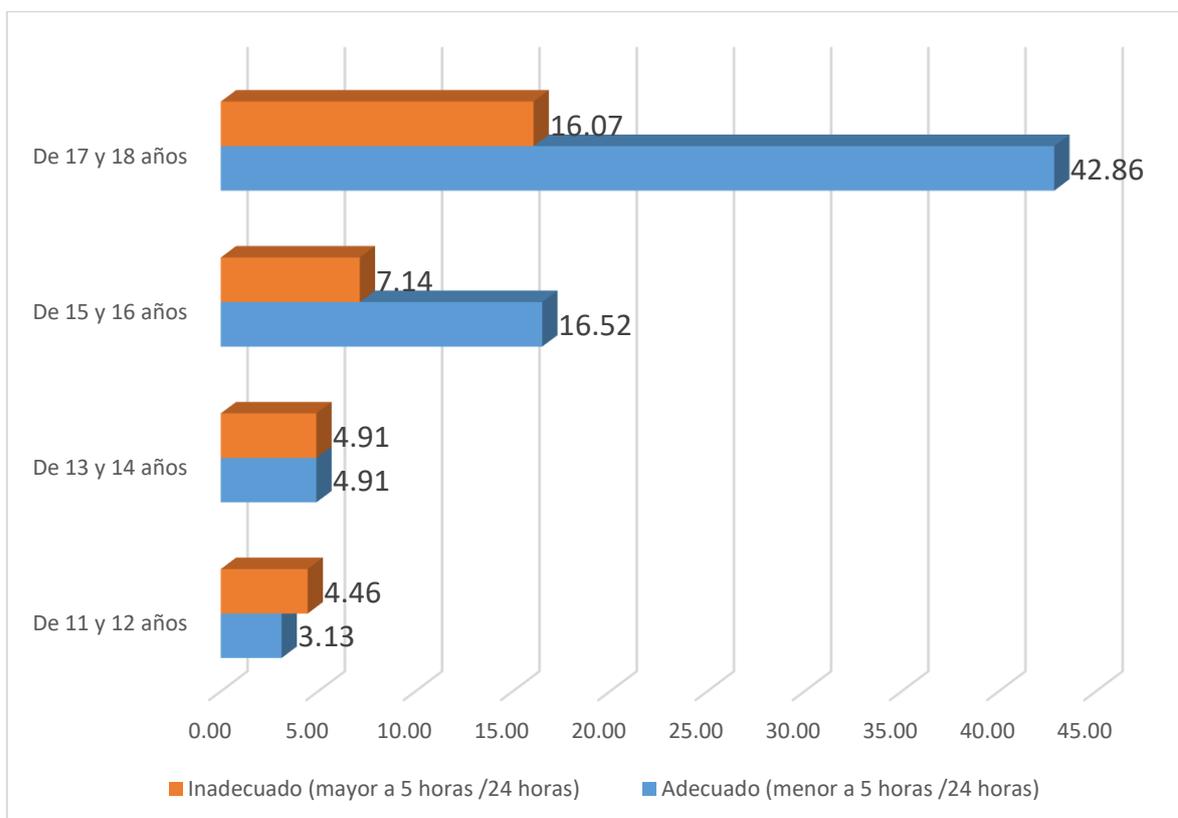
Tabla 6: Factor horas de uso de redes sociales asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.

Aborto en adolescentes de 11 a 18 años										
Factor horas de uso de redes	De 11 y 12 años		De 13 y 14 años		De 15 y 16 años		De 17 y 18 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado										
(menor a 5 horas /24 horas)	7	3.13	11	4.91	37	16.52	96	42.86	151	67.41
Inadecuado										
(mayor a 5 horas /24 horas)	10	4.46	11	4.91	16	7.14	36	16.07	73	32.59
Total:	17	7.59	22	9.82	53	23.66	132	58.93	224	100.00

Fuente: Resultados de las encuestas aplicadas en la investigación.

$X^2_c= 10,199$ $G1= 3$ $P= 0,017$ ES SIGNIFICATIVO

Grafico 6: Factor horas de uso de redes sociales asociado al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.



Fuente: tabla N° 06.

El **séptimo objetivo específico** de investigación planteada es: Analizar las edades de las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018.

En la **tabla N° 07** observamos que según la edad de las adolescentes 40,18% son de 18 años de edad, 18,75% son de 17 años de edad, 12,05% son de 16 años de edad, 11,61% son de 15 años de edad, 4,91% son de 14 años de edad, 4,91% son de 13 años de edad, 4,46% son de 12 años de edad, 3,13% son de 11 años de edad.

Se observa estadísticamente una media= 16,29, una mediana=17 y una moda=18, es en los grupos de adolescentes que es más frecuente el aborto a partir de los 16 años de edad.

Tabla 7: Aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.

	N°	%
11 años	7	3.13
12 años	10	4.46
13 años	11	4.91
14 años	11	4.91
15 años	26	11.61
16 años	27	12.05
17 años	42	18.75
18 años	90	40.18
Total:	224	100.00

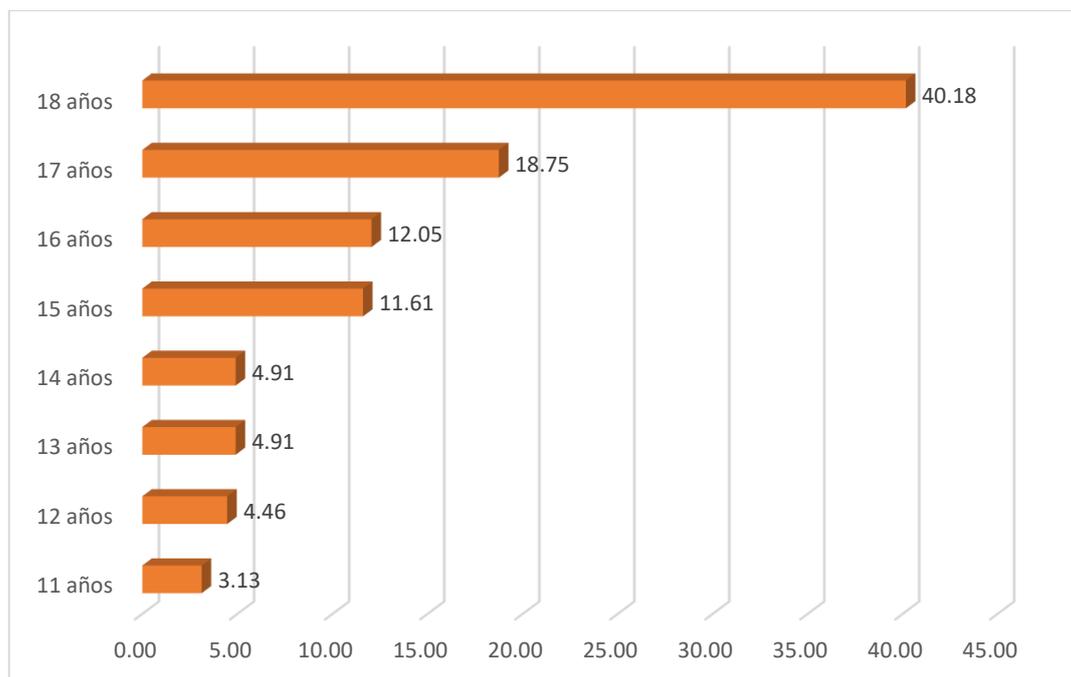
Fuente: Resultados de las encuestas aplicadas en la investigación.

Media = 16,29

Mediana = 17,00

Moda = 18

Grafico 7: Aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado de abril a junio del 2018.



Fuente: tabla N° 07.

4.2. DISCUSION:

El problema del aborto es sin duda un problema de salud pública a nivel del mundo, esto a consecuencia de la falta de información que reciben los adolescentes sobre medidas preventivas de embarazo, es por ello que abordamos este problema en nuestra localidad porque también sobre pasa la problemática de la salud integral en las adolescentes, habiendo encontrado que los factores asociados al aborto en las se presenta con mayor frecuencia a partir de los 16 años, se ha observado casos de aborto a partir de los 11 años de edad en pacientes del hospital de Santa Rosa los indicadores analizados es el nivel de instrucción del padre 41,52% con secundaria incompleta, la madre 31,25% con superior completa, educación sexual en el adolescente 51,79% no recibió consejerías en la escuela y en el ministerio de salud, pobreza 62,50% sueldo mínimo (solo 1,000 soles), 24,55% si presenta violencia familiar; composición familiar 33,48% cuenta con familia extensa, uso de redes sociales 2,59% es inadecuado (mayor a 5 horas/24 horas); las adolescentes con aborto 40,18% son de 18 años, 18,75% son de 17 años, 12,05% son de 16 años, 11,61% son de 15 años, 4,91% son de 14 años, 4,91% son de 13 años, 4,46% son de 12 años, 3,13% son de 11 años.

María del Carmen Comettant Puente, en su trabajo “Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 - marzo 2016” explica que el objetivo fue Determinar los factores personales, familiares y relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, en este estudio se encontró el bajo grado de instrucción el uso de métodos anticonceptivos, el grado de instrucción de la madre, la violencia familiar el ingreso familiar, el tipo de familia son los asociados concordando con lo encontrado en el presente estudio.

Trujillo Mamani, Grover Eyden, Sembrera Farceque, nos explica en su trabajo de investigación titulado “Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de la institución educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca - 2015” se encontró que el nivel de conocimientos se asocia concordando con el factor educación sexual encontrado en el presente estudio.

Torres Hidalgo Deynnis Marcel el en su estudio Se concluye que es fundamental incrementar la cobertura del personal de salud, promover campañas de salud e incentivar la educación sexual, implementar más mediadas para evitar embarazos no deseados que concuerda con lo hallado en el presente estudio en relación a la educación sexual como factor asociado como Bárbara Díaz Díaz, Yoslaidys Cordero Miranda, Romeo Gómez Aguado, Bertha Margarita Lorenzo Velázquez de la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río – Facultad de Ciencias Médicas – Carrera de Enfermería – Pinar del Río – Cuba estudio en relación a la educación sexual también lo encontró como factor asociado.

S.Santana Arana, Ginger Ornela, Marín Moreno, Génesis Andrea des, presentan en su trabajo que se centra en las causas de aborto en adolescentes de 12 a 18 años, un hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil; encontrando los 18 años de edad con la mayor prevalencia como se encontró en el presente estudio.

Mendoza Palomino Sara Juliani en su estudio factores asociados al aborto incompleto por medicación con misoprostol en adolescentes, de octubre a diciembre del 2007, en el hospital regional de Ayacucho, concluyo que el 50% vienen a constituir ser víctimas de violencia familiar, concuerda con el presente estudio en relación con la violencia familiar como factor asociado. El factor uso de redes sociales no se encontró en otros estudios, siendo encontrado en el presente estudio.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Los factores asociados al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018 son: **el nivel de instrucción del padre y la madre, la educación sexual, la pobreza, violencia familiar, composición familiar y las horas de uso de redes sociales**, todos con un nivel de significancia $P < 0,05$, con lo que comprobamos nuestra hipótesis planteada (tablas 1 al 06)

SEGUNDA:

El factor nivel de instrucción del padre y de la madre asociado al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018, en el padre 41,52% tiene secundaria incompleta, en la madre 31,25% con superior completa, ambos con un nivel de significancia $P < 0,05$ con lo que comprobamos nuestra hipótesis planteada (tablas 1)

TERCERA:

El factor educación sexual está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018, el 51,79% no recibió consejerías en la escuela y en el ministerio de salud, con un nivel de significancia $P = 0,000$ ($P < 0,05$); con lo que comprobamos nuestra hipótesis planteada (tablas 2)

CUARTA:

El factor pobreza está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018, el 62,50% tienen el sueldo mínimo (solo 1,000 soles), con un nivel de significancia $P=0,000$ ($P<0,05$); con lo que comprobamos nuestra hipótesis planteada (tablas 3)

QUINTA:

El factor violencia familiar está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018, el 24,55% si presenta violencia familiar (tamizaje positivo), con un nivel de significancia $P=0,000$ ($P<0,05$); con lo que comprobamos nuestra hipótesis planteada (tablas 4)

SEXTA:

El factor composición familiar está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018, el 33,48% cuenta con familia extensa, en condición de orfandad 25%, con un nivel de significancia $P=0,005$ ($P<0,05$); con lo que comprobamos nuestra hipótesis planteada (tablas 5)

SÉPTIMA:

El factor horas de uso de redes sociales asociado al aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018, un 32,59% es

inadecuado (mayor a 5 horas/24 horas), con un nivel de significancia $P=0,017$ ($P<0,05$); con lo que comprobamos nuestra hipótesis planteada (tablas 6)

OCTAVA:

Las edades de las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Santa Rosa de abril a junio del año 2018, 40,18% son de 18 años, 18,75% son de 17 años, 12,05% son de 16 años, 11,61% son de 15 años, 4,91% son de 14 años, 4,91% son de 13 años, 4,46% son de 12 años, 3,13% son de 11 años.

CAPTULO VI

RECOMENDACIONES

PRIMERA: El equipo de salud debe intensificar la promoción sobre educación sexual en la población adolescente brindándoles mucha información sobre el aborto antes de quedar embarazadas deben conocer las medidas preventivas de planificación familiar, en caso de tomar esta decisión deben contar con asesoría médica y psicológica para los adolescentes involucrados no decidan por opciones traumáticas e irreversibles, en la educación se debe considerar factores como el nivel de instrucción del padre y la madre, la educación sexual, la pobreza, violencia familiar, composición familiar y las horas de uso de redes sociales.

SEGUNDA: El profesional médico conjuntamente con el profesional psicólogo, licenciada enfermera, obstetra deben intensificar en temas de no llegar al aborto, por la complejidad del tema estas sesiones deben ser brindadas de manera individualizada y grupal, con talleres informativos de socio dramas, videos, películas y otros que lleguen a la población de interés que son los adolescentes.

TERCERA: A nivel de los establecimientos de salud se deben implementar campañas de educación sexual en todos los sectores y estratos sociales, culturales y económicos, de manera permanente y sostenible, por lo menos una vez por semana con el objetivo de contribuir a disminuir el embarazo no deseado y abortos incompletos.

CUARTA: El equipo de salud de los establecimientos de salud según niveles se debe incidir en programas de información, educación sexual y comunicación dirigidos a la

sociedad en general, con el objetivo de evitar los embarazos en las adolescentes y disminuir el alto índice de abortos incompletos y complicaciones del mismo.

QUINTA: El equipo de salud debe establecer charlas educativas y talleres sobre sexualidad a nivel de las instituciones educativas dirigidos a los y las adolescentes sobre temas netamente para evitar el embarazo en adolescentes, además de informar a los padres de familia sobre los riesgos expuestos de las adolescentes en el entorno social que viven.

SEXTA: A la adolescente gestante, desde la primera consulta de control prenatal educar sobre los cuidados y riesgos de un embarazo, y la importancia sobre los controles de obstetricia.

SEPTIMA: El equipo de salud debe realizar la vigilancia y el seguimiento a las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto desde el momento en el que ingresan a emergencia, para identificar los múltiples factores asociados al mismo.

OCTAVA: La familia preferentemente los padres debe participar en la educación sexual y en general de los hijos adolescentes, orientar y enseñar sobre las complicaciones de la falta de educación sexual en los adolescentes.

VII. REFERENCIAS

1. Pazmiño Mera Danilo Salvador, “Factores de riesgo y complicaciones de aborto en pacientes adolescentes de 13 a 17 años en el hospital materno infantil Matilde Hidalgo de Procel en el periodo 2017”, Tesis, Universidad de Guayaquil, Ciencias Médicas, Medicina, Guayaquil, 8 de mayo del 2018.
2. Betty Alexandra Llumiquinga Figueroa, “Violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes y su influencia en el aborto espontaneo y provocado”, Tesis, Universidad de Guayaquil, Ciencias Médicas, Obstetricia, Guayaquil, 21 Abril del 2018.
3. Torres Hidalgo Deynnis Marcel, “Análisis Comparativo De Abortos Entre Adolescentes Y Adultas”, Tesis, Universidad Estatal De Guayaquil, Facultad De Ciencias Médicas, Medicina, Guayaquil, 2018.
4. MsC. Clara Esther Ramírez Fernández I, MsC. Maribel Vaillant Rodríguez II, MsC. Sara Riccis Salas Palacios III, MsC. Dolores Meléndez Suárez III y MsC. Hidelisa De la Caridad Herrero Aguirre III, “Captación de adolescentes gestantes e interrupción del embarazo durante un quinquenio en la provincia de Santiago de Cuba”, Santiago de Cuba, MEDISAN 2017; 17(9):5010.
5. Bárbara Díaz Díaz 1, Yoslaidys Cordero Miranda¹, Romeo Gómez Aguado², Bertha Margarita Lorenzo Velázquez 1, “Percepción de riesgo en adolescentes relacionado con aborto”, Díaz DB, Cordero MY, Gómez AR, Lorenzo VBM. Percepción de riesgo en adolescentes relacionado con aborto. Enferm Inv (Ambato). 2017; 2(4):145-149.
6. Santana Arana, Ginger Ornela, Marín Moreno, Génesis Andrea, “Causas de aborto en adolescentes de 12 a 18 años de edad atendidas en un hospital Gineco-

- Obstétrico de la ciudad de Guayaquil”, Tesis, Universidad Católica de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera profesional de Enfermería, Agosto 2017.
7. María Ángeles Moreno Fontiveros , Inmaculada Izquierdo Gallardo a, María José Martínez Vera a, Elena Bravo Munozby Grupo de Estudio del Adolescente (greAdol) de la SAMFyC, “Interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes del medio rural: evolución desde 2008”, Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, 2016; 5(2): 49–52.
 8. Enrique Donoso S.1, Claudio Vera P-G.1,2, “El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales”, Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecologia 2016; 81(6): 534 – 545.
 9. Pitilin, Érica de Brito Banazeski, Ana Claudia Bedin, Rafaela Gasparin, Vanessa Aparecida, “Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido/provocado: una revisión integral de la literatura”, revista electrónica trimestral de enfermería, N° 43, Julio 2016.
 10. Anibal Faundes, “Malentendidos sobre el efecto de la legalización del aborto”, An Fac med. 2015;76(4):425-9 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i4.11413>.
 11. MSc. Dra. Milagros García Mazorra, Dra. Vilma Yaneth Cruz Quiróz, “Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia”, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 41(1) 23-38.
 12. Ana Llamas Bonillo, “Aborto en menores: Una amenaza para su salud psicológica”, THERAPEÍA 6 [Julio 2014], 61-70, ISSN: 1889-6111.
 13. Fatima Juárez, Susheela Singh, Isaac Maddow-Zimet, Deirdre Wulf, “Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias”, Guttmacher Institute, El Colegio de Mexico, 2013.

14. MSc. Luis Gustavo García Baños, MSc. Lázaro López Baños, Dra. Marilín Alonso Sicilia, “La bioética y el derecho de las adolescentes en el aborto”, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; 39(4)404-412.
15. García Mazorra, Milagros; Fung Pérez, Mitsuky; Leon Pino, Hanny; Sanchez Ima, Mayra, “Comportamiento sexual de las adolescentes que acuden al aborto voluntario”, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Cienfuegos, Cuba, MediSur, vol. 9, núm. 5, 2011, pp. 38-41.
16. Magda Jeri Tello, Maribel Quispe Lloque, Lucia Santos Galarza, Flor Adelma Bustamante Morales, “Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecobstetricia de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017”, Tesis, Universidad Peruana Unión, Escuela De Posgrado, Unidad de Posgrado Ciencias de la Salud, Perú, Julio del 2017.
17. Alvaro Taype-Rondan, Nicolaz Merino-Garcia, “hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿qué dicen los números?”, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 33, núm. 4, vol. 33, núm. 4, 2016, pp. 829-830 Instituto Nacional de Salud Lima, Perú, 2016.
18. María del Carmen Comettant Puente, “Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 - marzo 2016”, Tesis, Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Facultad De Medicina, E.A.P. De Obstetricia, Lima – Perú, 2016.
19. Brian Montenegro-Díaz, Rosita Tafur-Ramírez, Antero Yacarini-Martínez, “Guía de aborto terapéutico en el Perú: ¿considera la objeción de conciencia médica?”, An Fac med. 2015;76(1):77-8 / doi:10.15381/anales.v76i1.11079.
20. Marta B, Rondón, M.D., M.S., “Salud mental y aborto terapéutico”, An Fac med. 2015;76(4):407-11 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i4.11411>.

21. Daniel Aspilcueta-Gho, Irma Ramos Chavez, Proceso de aprobación e implementación de la “Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 Semanas con Consentimiento Informado en el marco de lo dispuesto en el Artículo 119° del Código Penal”. Para atender casos de aborto por causal salud o terapéutico en el Perú, An Fac med. 2015;76(4): 397-406/
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i4.11410>.
22. Sixto Sánchez Calderon^{1, a,b}, J. Mere del Castillo^{2,a,c}, P. P. P. 3,^a S. C. A. 4,^{d,e}, R. G. V. 4,^f, M. B. P. 5,^d, M. J. S. 5,^f, “ Opiniones, percepciones y prácticas de médicos gineco obstetras respecto a informar de las pacientes con aborto inducido a la policía, Lima, Perú, 2014”, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, PROESA, Universidad Peruana Cayetano Heredia; Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 3 Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y otros, Estudio patrocinado por: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – PROMSEX, Artículo recibido el 7 de abril de 2015 y aceptado para publicación el 22 de julio de 2015, Lima, Perú.
23. Percy Pacora-Portella, Aborto terapéutico: ¿realmente existe?, Acta Med Per. 2014;31(4):234-239.
24. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013;30(3):471-9.
25. Trujillo Mamani, Grover Eyden, Sembrera Farceque, Efraín, “Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca 2015”, Tesis,

Universidad Peruana Unión, Facultad Ciencias De La Salud, Escuela Profesional de Enfermería, Juliaca, Setiembre – 2015.

26. Karem Lisbet Velez Figueroa, “Relación entre la funcionalidad familiar y la actitud según género frente al aborto en adolescentes de la institución educativa insdustrial N° 32, puno – 2013”, Tesis, Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería, Escuela Profesional de Enfermería, Puno – Perú, 2014.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1:

Ficha de recolección de datos

personales:

Edad: _____

Sexo: _____ (M/F)

Estado civil: _____ (C/S)

Composición familiar:

- a) Monoparental
- b) Nuclear
- c) Extensa
- d) Orfandad

Grado de instrucción:

- Analfabeto
- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta

- Superior completa
- Superior incompleta

Horas de internet:

- Menos de 5 horas/24 horas
- Más de 5 horas/24 horas

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PADRES

- Analfabeto
- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Superior completa
- Superior incompleta

ANEXO 2

Ficha socioeconómica:**ESCALA SOCIOECONOMICA MODIFICADA DE AMAT Y LEON**

Se emplea para clasificar a la población en estratos sociales. Considera el grado de instrucción y la ocupación del padre y la madre; ingresos familiares, material de vivienda, hacinamiento, servicios de agua, disposición de excretas y electricidad. Cada pregunta con sus alternativas y su respectivo puntaje. El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total que puede ir desde 50 hasta 100; y de acuerdo al puntaje se clasifica.

1. Grado de instrucción del Padre

- Analfabeto (5)
- Primaria (7)
- Secundaria (8)
- Técnica (9)
- Superior (10)

2. Grado de instrucción – madre

- Analfabeto (5)
- Primaria (7)
- Secundaria (8)
- Técnica (9)
- Superior (10)

3. Ocupación – Padre

- Desocupado (4)
- Obrero (5)

- Empleado (6)

- Independiente (7)

- Empleador (8)

4. Ocupación – Madre

- Desocupado (4)

- Obrero (5)

- Empleado (6)

- Independiente (7)

- Empleador (8)

5. Ingresos/ familias/ mes

- Menos de 300 soles (5)

- De 300 a 600 soles (8)

- Más de 600 soles (10)

6. Vivienda

- Material rustico, alquilado o prestado (4)

- Mat. Rustico propio (6)

- Mat. Noble, alquilado o prestado (8)

- Mat. Noble propio (9)

7. Hacinamiento

- Más de tres por dormitorio (5)

- 3 por dormitorio (7)

- 2 por dormitorio (8)

- 1 por dormitorio (10)

8. Servicios de agua

- Acequia (8)

- Pozo (9)

- Pileta publica (10)

- Dentro del edificio (12)

- Dentro de la vivienda (15)

9. Disposición de excretas

- Campo abierto (7)

- Letrina o silo (8)

- Servicios Higiénicos colectivos (10)

- Desagüe de red pública (15)

10. Electricidad

- No tiene (2)

- Grupo electrógeno (4)

- Red pública (5)

Nivel socioeconómico bajo: 50-80 puntos

Nivel socioeconómico medio: 81-94 puntos

Nivel socioeconómico alto: 95-100 puntos

ANEXO 3

Ficha de Educación sexual para adolescentes:

PROTOCOLO DE Consejería EN EL TEMA

INICIO SEXUAL

Primer paso:

- Pasatiempo, si Estudia, en qué Colegio; si trabaja, si pertenece a algún Grupo juvenil.
- Segundo paso:
- Determinar el problema de consulta conjuntamente con eL/la adolescente.
- motivo de la visita, para encontrar una solución.
- Explorar sobre el hogar, con quién vive, cómo se lleva con los miembros de la familia, el nivel de comunicación que mantiene con ellos.
- Es importante averiguar si es su primera pareja o ha tenido otras, o varias a la vez. Conocer edad, ocupación y estado civil de la actual pareja, inicio de la relación, tipo de vínculo, cómo se siente, cuál es el nivel de comunicación. Explorar presión. Indagar si la familia conoce y acepta la relación de pareja.
- Preguntar si habla con los amigos sobre sus experiencias, preocupaciones, si ellos ya han tenido relaciones sexuales. Explorar presión.

Tercer paso:

Analizar la situación, complementar información y establecer resoluciones conjuntas.

En este momento es importante que el/la adolescente tenga un espacio para analizar las ventajas y desventajas de iniciarse sexualmente, así como las otras posibilidades de expresión de su sexualidad. Explorar los sentimientos que le suscita iniciar relaciones sexuales.

Podemos usar la técnica de confrontación: "¿tú qué piensas de esto?, "¿cómo te hace sentir?" Analizar las dos alternativas.

Si decide tener relaciones sexuales:

- ¿Cuáles son los beneficios y las desventajas? Analizar cómo se va a sentir con su pareja después de tenerlas, cómo cree que va afectar su relación afectiva, cómo va a reaccionar consigo mismo/a, cómo se va a sentir con sus amigos/as.
- En el caso de las mujeres, ¿qué pasaría si la relación termina?, ¿cómo se sentiría después de tener relaciones sexuales?
- Indagar sobre sus conocimientos del riesgo de embarazo. Brindar; Información y colocar al adolescente en la situación supuesta de un embarazo, a fin de preguntar qué haría y cómo enfrentaría esa situación.
- Conversar sobre relaciones sexuales protegidas y dar información sobre métodos anticonceptivos (MAC). Indagar sobre la actitud de su pareja sobre los MAC.

PLANIFICACION FAMILIAR:

- ¿Está gestando? - REFIERA A ATENCIÓN PRENATAL
- ¿Utiliza algún método anticonceptivo? - IDENTIFIQUE Y SELECCIONE MÉTODOS APROPIADOS
- ¿Está satisfecho?
- ¿Necesita más métodos anticonceptivos? - PROPORCIONE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y REFUERCE CON TAJETA O IMAGEN DE ROTAFOLIO DE AYUDA

ELECCIÓN DEL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- ¿La/el usuaria/o ha utilizado algún método? - Explore efectos colaterales, mitos y creencias y si quisiera intentar nuevamente el mismo método

- ¿Tiene en mente algún método que quisiera utilizar? - Revise tarjeta o imagen de rotafolio con usuaria, determine elegibilidad y ayude a usuaria a decidir uso del método
- ¿Quiere tener más hijos? - Considere AQV como una opción, explique el método y revise elegibilidad con tarjeta o imagen de rotafolio de ayuda

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- ¿Tiene Ud. o su pareja relaciones sexuales con más personas? - Explique la importancia de descartar ITS y VIH mediante examen físico y prueba de VIH
- ¿Tiene descensos vaginales (o descarga uretral), úlceras genitales, edema y ganglios inguinales? - Inspección genital, tome muestras para laboratorio, refiera orientación para VIH
- Explique importancia de examen periódico para descartar cáncer de mamas, y ofrezca examen - Si usuaria acepta examen, refiera o realice examen de mamas y ganglios axilares.

ANEXO 4

FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Fecha:..... Departamento:.....

Provincia.....

Distrito:.....

DIRESA/DISA: RED:

Servicios: Obstetricia Ginecología Obstetricia - HSR

SIS: SI NO

Agredida: Sexo: Mujer Hombre

Agresor: Sexo: Mujer Hombre

<p>Para dar lectura a usuaria/o: La violencia familiar es dañina para la salud de las personas y su familia, por ello en todos los establecimientos de salud estamos preguntando, para saber si actualmente están en esta situación. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.</p>			
N°	PREGUNTAS DE EXPLORACION INICIAL	RESPUESTAS	
		SI	NO
	Si es adulto		
	¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente? ¿Alguna vez ha sido maltratada físicamente? ¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales? Si la respuesta es sí especificar ¿Quién es? ¿Desde cuándo? ¿Cuándo fue la última vez?		

Si es niña o adolescente			
¿Te castiga tu papá o mamá?			
¿Cómo te castigan?			
¿Alguna persona extraña o de tu propia familia, te ha tocado de manera desagradable? ¿Quién es?			
¿Desde cuándo?			
¿Cuándo fue la última vez?			
Marque con aspa (X) todos indicadores de maltrato que observe, en todos los casos de niña(o), adolescente, Adulta(o), adulto(a) mayor.			
FISICAS		Retraimiento	SEXUALES
Hematomas o contusiones Inexplicables		Llanto frecuente.	Conocimiento y conducta sexual inapropiada
Cicatrices		Exagerada necesidad de ganar, Sobresalir.	Irritación, dolor, hemorragia en las zonas
Quemaduras		Demandas excesivas de atención	Embarazo precoz
Fracturas inexplicables		Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.	Abortos o amenaza. de infección de transmisión sexual.
Marca de mordeduras		Tartamudeo.	NEGLIGENCIA
Lesiones de vulva, perineo		Temor a los padres o de llegar al lugar.	Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.

Laceraciones en la mejilla, boca, ojos	Robo, mentira, fatiga, Desobediencia, agresividad.	No tiene vacunas o atención de salud.	
Quejas crónicas sin causa físicas, cefaleas, problemas de sueño (mucho sueño)	Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde.	Accidente o enfermedades muy frecuente	
Enuresis (niños)	Bajo rendimiento académico y Aislamiento de personas.	Descuido en la higiene y falta de estima desarrollo.	
PSICOLÓGICO	Intento de suicidio.	Falta de sueño y hambre.	
Extrema falta de confianza en sí mismo	Uso de alcohol, drogas.		
Tristeza, depresión o angustia	Uso de tranquilizantes o analgésicos		

Fuente: Protocolo de Atención de la Violencia Basada en Género – MINSA 2007