



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Aborto en adolescentes de 11 a 18 años; factores de riesgo
asociados. Hospital de Chulucanas. 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

Montero Túpac, Alejandra Olenka (ORCID: 0000-0002-2671-9027)

ASESOR:

Dr. Bazan Palomino Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no trasmisibles

PIURA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A Dios por guiar mis pasos.

A mis padres, por su
constante apoyo durante
toda la carrera.

A mi hermano, por haber
creído siempre en mí.

A mi familia, que ha sido mi
mejor ejemplo de superación.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor de tesis, por su
apoyo constante en este
trabajo.

Al Hospital de Chulucanas
por dejarme realizar mi
trabajo de investigación.

A todos los que
contribuyeron en este
estudio.

ÍNDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del Jurado.....	iv
Índice.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Realidad problemática.....	9
1.2 Trabajos previos.....	11
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	14
1.4. Formulación del problema.....	17
1.5 Justificación.....	18
1.6 Objetivos.....	19
II.MÉTODOS.....	20
2.1 Diseño de estudio de investigación.....	20
2.2 Variables Operacionalización.....	20
2.3 Población y muestra.....	24
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	25
2.5 Métodos de análisis.....	27.
2.6 Aspectos éticos.....	27

III.RESULTADOS.....	28
IV. Discusión.....	37
V. Conclusiones.....	41
VI. Recomendaciones.....	42
VII. Referencias bibliográficas	

RESUMEN

Objetivo: Identificar qué factores de riesgo se asocian al aborto adolescente, en las pacientes de 11 a 18 años que fueron atendidas en el hospital de Chulucanas 2019.

Métodos: Descriptivo, cuantitativo, correlacional.

Resultados: Se tomó como muestra a 395 pacientes que acudieron al hospital de Chulucanas en el período de enero a diciembre del 2019. La educación sexual estuvo presente en el 40% de las adolescentes que han abortado y que se encontraban dentro del grupo etario de 11 a 12 años, en las adolescentes de 13 a 14 años estuvo presente en el 91%, asimismo las adolescentes de 15 a 16 años recibieron la consejería sexual en el 66% al igual que las adolescentes entre 17 a 18 años. En relación al factor de pobreza, se puede observar que el grupo de adolescentes que presentaron un aborto entre los 11 a 12 años contaban por parte de sus padres con un sueldo mínimo en un 60%, las adolescentes de 13 a 14 años se encuentra por debajo del sueldo mínimo en un 68% al igual que en las adolescentes de 15 y 16 años en un 66%. En el caso de las adolescentes que abortaron entre los 17 a 18 años, se establece principalmente por debajo del sueldo mínimo en un 55%.

Conclusiones: Existen factores de riesgo asociados al aborto en adolescentes de 11 a 18 años atendidas en el hospital de Chulucanas 2019.

Palabras clave:

Aborto, adolescente.

ABSTRACT

Objective: Identify what risk factors are associated with adolescent abortion from 11 to 18 years old attended at the Chulucanas hospital 2019

Methods: Descriptive, quantitative, correlational

Results: It was taken as a sample 395 patients who attended the Chulucanas hospital in the period from January to December 2019. Sex education was present in 40% of the adolescents who have aborted and who were within the age group of 11 to 12 years, in adolescents from 13 to 14 years it was present in 91%, adolescents from 15 to 16 years also received sexual counseling in 66% as well as adolescents between 17 to 18 years. In relation to the poverty factor, it can be observed that the group of adolescents who had an abortion between 11 and 12 years of age had a 60% minimum salary on the part of their parents, adolescents between 13 and 14 years old are found to be below the minimum wage by 68%, as well as in adolescents aged 15 and 16 by 66%. In the case of adolescents who aborted between the ages of 17 and 18, it is established mainly below the minimum wage by 55%. Patients who attend the Chulucanas hospital from January to December 2019. Sex education was present in 40% of adolescents who have aborted between 11 and 12 years, however in adolescents who aborted from 13 to 14 years and it was present in 91%. Likewise, adolescents between 15 and 16 years old received sexual counseling in 66% and in the case of adolescents 17-18 years old, 66% received it. Poverty factor, we observe that mainly for the group of adolescents who had an abortion between 11 and 12 years of age, they are in the minimum salary for their parents, in the case of adolescents between 13 and 14 years of age, it is below the minimum salary in the Likewise, 68% in adolescents aged 15 and 16 are present in 66% below the minimum salary, in the case of adolescents who aborted 17-18 years, it is mainly established below the minimum salary at 55%.

Conclusions: There are risk factors associated with abortion in adolescents aged 11 to 18 treated at the Chulucanas hospital - 2019.

Keywords: Abortion, adolescent.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

En la actualidad sigue siendo un problema de salud pública el embarazo adolescente y esto se debe a factores tanto socioculturales como socioeconómicos bajos, los cuales conllevan a estas adolescentes a tomar la difícil decisión de realizarse un aborto inducido, ya sea por medicamentos o asistiendo a un personal médico de manera ilegal debido a que en nuestro país aún no se encuentra normado. (1)

El inducirse un aborto es una práctica que se estigmatiza en la mayoría de los países del mundo como por ejemplo en Latinoamérica, donde en territorios como el nuestro es considerado una práctica restrictiva ilegal y desde el punto de vista religioso no es aceptado debido a que atenta contra uno de los más grandes mandamientos que es el no matar a tu prójimo o semejante. A su vez, la percepción social que tiene la población acerca de este tema no es la adecuada, debido que al ser ilegal no cuentan con la información necesaria para saber cómo deben actuar ante estas situaciones. (2)

En el mundo los embarazos ocurren en adolescentes de 18-19 años debido al aumento de actividad sexual. (3) La tasa de natalidad en estudios del 2019 en adolescentes es de 0.2 x 1000 entre 10-14 años y 16.7 x 1000 entre 15-19 años. En los periodos entre 2018- 2019 se ha evidenciado una reducción del 4% en las adolescentes entre 15-19 años. (4)

El promedio anual entre 2015-2019 fue de 73.3 millones de abortos provocados sin saberse las condiciones en las que se dieron; (5) las mujeres entre los 15-49 años se realizan aproximadamente 39 abortos por cada mil mujeres. Así mismo, el 29% es decir 3 de cada 10 embarazos se induce a aborto. (6)

Se estima que 1 de cada tres abortos inducidos fue en situación de peligro, siendo la mortalidad materna entre 4.7% y 13.2%. Estudios dados entre el

2010-2014, refieren que la mayoría de abortos en situación de peligro se dieron en un 45% en países en vías de desarrollo. (7) En estos países, aproximadamente 7 millones de mujeres son hospitalizadas por atenderse en situaciones de inseguridad, generando un gasto anual de 553 millones de dólares debido a complicaciones. (8)

En estados unidos el 10% de las adolescentes entre los 15-19 años tiene relaciones sexuales y de estas el 19% queda embarazada; siendo en su mayoría embarazos no deseados. (9)

Aproximadamente el 10% de todas las mujeres de 15 a 19 años y el 19% de las que tienen relaciones sexuales quedan embarazadas. (10) Muchos embarazos entre adolescentes no son planeados y refieren que no usaba ningún método anticonceptivo en un 50%, de estos porque su pareja no quería 24%, creía que no se embarazaría 31%, le era difícil conseguir anticonceptivos 13%, no le importaba embarazarse 22%. (11)

Dentro de los factores de riesgo de embarazo adolescente que los conlleva a un aborto, se han evidenciado: la depresión, el miedo, antecedentes de abortos, no tener pareja estable, condiciones bajas socioeconómicas, no tener empleo, estar cursando un carrera universitaria o estudiantil, no recibir apoyo de la pareja, no tener acceso a servicios de salud públicos. (12) Los factores protectores son el nivel educativo muy alto y el uso de anticonceptivos, de preferencia los reversibles de acción prolongada. (13)

En Perú, está penalizada esta práctica médica. Aun así, clandestinamente muchas mujeres se lo realizan de distintas formas, aumentando las complicaciones y las muertes maternas, siendo 371 420 abortos inducidos hasta 2004 la incidencia estimada por año. En la actualidad, se ha visto un incremento abrupto de esta situación, debido al crecimiento demográfico y la dificultad de conseguir métodos anticonceptivos en la adolescencia. (14)

En Perú, se estimó un 54 200 para el 1989 y 28 652 para el 2013 de mujeres hospitalizadas anualmente debido a un aborto inducido; esto se debe a que el Misoprostol es más fácil de conseguir, es fácil de utilizar, y es de riesgo

menor para complicaciones comparado con otro procedimiento. (15) Se reportó en el año 2015, 414 muertes maternas en el Perú, pero no se detalló cual de éstas fue por aborto inducido. (16)

Taype-Rondan, refiere que en Perú si se despenaliza el aborto se convertiría el aborto inseguro o clandestino en aborto seguro, debido a que representa el 0.4% de hospitalizaciones de 371 420 abortos anuales; entonces presentarían 1486 hospitalizaciones y una mortalidad < 1 por cada 100 000 abortos; es decir aproximadamente 4 muertes maternas a causa de un aborto inducido. En conclusión, la no despenalización estima 27 166 hospitalizaciones y 54 muertes al año en el Perú; por consiguiente es un tema de mucho interés para la salud pública, ya que con el estudio debido, se podrían crear políticas de prevención de embarazos no deseados. (17)

1.2. Trabajos previos

Antecedentes Internacionales

Prada- Rincón, Bogotá Colombia en el año 2019, en un estudio de revisión bibliográfica sobre “El aborto en adolescentes, factores de riesgo y consecuencias”. (18) Con el objetivo de determinar los factores de riesgo para embarazo adolescente y qué lo conlleva al aborto posteriormente, se realizó una revisión de 34 fuentes bibliográficas y se concluyó que el aborto es un problema complejo multifactorial que se desencadena por inmadurez psicológica, biológica, inseguridad, presione familiar y social, a su vez en este país es legal realizarse un aborto lo que facilita la decisión pero esto trae consigo muchos efectos psicológicos contraproducentes como ansiedad, depresión, baja autoestima, irritabilidad; efectos biológicos como infecciones, hemorragias, dolor pélvico crónico e irritabilidad y efectos sociales como estigmatización, aislamiento, entre otros. (18)

García; Cuba 2015, en el estudio descriptivo titulado “Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia”. (19) Se concluyó que de 195 participantes seleccionados, los adolescentes con un promedio de 16 años de edad representan la mayor parte de casos de aborto reiterado

en un intervalo menor a 1 año en un 45.1% y los que usaban cualquier método anticonceptivo después de un aborto fue el 21.5%. Estos últimos, no tenían pareja estable después de la 1era interrupción ni tampoco tuvieron cambios significativos para posibilidad de embarazo nuevo. (19)

Vaillant, Cuba en el año 2020, en su estudio descriptivo observacional titulado “Interrupción del embarazo en adolescentes de la provincia de Santiago de Cuba”. (20) Concluyó, que al evaluar por 4 años (2012-2016) a 16356 adolescentes que interrumpieron su embarazo, el grupo etario predominante fue el de 15 a 19 años y la decisión de realizarse el aborto fue entre la 8va y 12ava semana. Esto conlleva a un gran problema de salud pública, ya que el aborto viene siendo el método más usado para prevenir tener hijos. (20)

Ituarte, en el año 2021, en su estudio descriptivo exploratorio titulado “Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal”. (21) Se concluyó del análisis a adolescentes de entre 17-19 años, que los factores que las motivaron a tomar la decisión de realizarse un aborto fueron el acudir a un centro de salud, el marco legal que habilita previamente al uso de servicios de aborto voluntario, también contribuyó el rol de la familia principalmente de la madre, el daño moral, tener que abandonar sus estudios, tener hijos y no tener pareja estable en la actualidad, nivel socioeconómico bajo y no contar con trabajo, expectativa del centro salud público. (21)

Guamán, en Ecuador 2018, en el estudio descriptivo sobre nivel de conocimientos y actitudes sobre aborto inducido mediante el análisis a 400 participantes se concluyó que 31,7 es la edad promedio, las mujeres fueron el 70,3%, contaban con nivel secundario 40%, Vivían en zona urbanas 75,3%, religión católica 67,5%, nivel socioeconómico de medio a bajo 46%, nivel de conocimiento (medio 68%, 25,8% alto y 6,3% bajo), 54,3% actitud indiferente, 23,5% aceptación y 22,3 % rechazo el realizarse un aborto. (22)

Antecedentes Nacionales

Mendoza, en Perú año 2019, en el hospital San Juan del Lurigancho en un estudio descriptivo titulado “Factores de riesgo asociados al aborto en pacientes de 19 a 35 años”. (23) Se concluyó que los factores de riesgo asociados al aborto están presentes entre la edades de 19-24 años en un 33.5%, 25-30 son el 45.7%, 31-35 años son el 20.8%; instrucción primaria 5.2%, secundaria incompleta 30.1%, secundaria completa 40.5%, superior incompleta 6.9%, estudios superiores completos 17.3%; también son solteras 49.7%, conviviente 36.4%, casadas 13.9%. En tanto a ocupación: ama de casa 30.1%, estudiante 37.6%, trabajan 32.4%. El 9.8% consume tabaco y el 90.2% no consume, en tanto al alcohol el 80.3% si consume y 19.7% no consume. El 4% consume drogas y 96% no consume. En relación a cantidad de hijos es nulípara 32.9%, primípara 20.8%, multípara 41.6%, gran multípara 4.6%. En tanto abortos un 8.7% y 91.3% no tuvieron, el 8.7% tuvo aborto previos y 91.3% no tuvo. En tanto a gestaciones es primigesta 32.4%, multigesta 61.8%, gran multigesta 5.8%. El 65.9% tuvo infección, presentan anemia 64.2%, bajo peso 6.4%, sobrepeso 20.8%, obesidad 29.5%, obesidad extrema 11% se encuentran relacionadas. (23)

Gil F., Perú en el año 2018, en su estudio epidemiológico sobre el embarazo y mortalidad materna en adolescentes; refiere que para el 2021 serán 17.4% entre 10-19 años, de las cuales las mujeres de 15-19 años tuvo relaciones sexuales al menos una vez antes de 15 años, siendo 2000 (5,1 %) el incremento al 2015 (6,9 %). En el 2017, la encuesta de ENDESE refiere que el quedar embarazada es según región natural, quintil de riqueza y nivel educativo: 16.9 años en la selva comparado con Lima centro 18.9%, sin educación 16.8 años y educación superior 20.1 años, y quintil inferior de riqueza de 17.3% con quintil de riqueza 19.9%. A su vez refiere que el 10.9% de causas de muerte fue por aborto y lesiones auto infligidas característico en edades menor igual a 19 años. (24)

Delgado, Puno Perú en el año 2018, en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en un estudio correlacional descriptivo titulado “Factores asociados al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años”. (25) Se concluyó

que las edades de las adolescentes que se practicaron un aborto fueron: 18 años (40.18), 17 años (18.75%), 16 años (12.05%), 15 años (11.61%), instrucción secundaria incompleta 41.52% padre y 31.25% madre, nivel de pobreza con sueldo de s/ 1000 un 62.5%, no recibió consejería sexual por escuela o Minsa 51.79%, violencia familiar 24.55%, familia extensa 33.48%, uso inadecuado de redes sociales > a 5h diarias 25.42%. (25)

Torres KP., en Huacho Perú en el 2020, en el hospital Hidalgo Atoche López en un estudio de casos y controles cuyo objeto fue buscar relacionar el grado de instrucción para aborto en adolescentes. (26) Al evaluar 610 participantes adolescentes en (2016-2019), se concluyó que el nivel de instrucción es bajo, 78% solo terminó secundaria y 3% terminó primaria; en relación a la mayor tasa con 92% de abortos se debe por debajo del nivel superior con OR:2.65 con IC:95%. (26)

Jauregui, Cajamarca Perú en el 2019, en un estudio cualitativo-comparativo-cuantitativo sobre la "Actitud frente al aborto inducido en estudiantes del I y XI ciclo de obstetricia". (27) Se evaluó a 68 participantes y se determinó >24años (35.3%), <20años (33.8%), 20-24años (30.9%). La actitud que tomaron fue de indiferencia (44.1%), aceptación (33.8%), rechazo 22.1%. Comparando estudiantes 1er ciclo (69.7%) acepta, es indiferente 21.2%, rechaza 9.1%. Entre estudiante de 11avo ciclo son indiferentes (65.7%), aceptación (0%) y rechazo (34.3%) con respecto al aborto inducido. (27)

Antecedentes locales

Calle, Piura Perú en el año 2018, en el hospital de Sullana en un estudio descriptivo de revisión de historias clínicas titulado "Características epidemiológicas y obstétricas del aborto en adolescentes". (28) De una muestra de 60 adolescentes se concluye: mayores de 17 años (53.3%), 16-17 años (31.7%), y menores de 16 años (15%); son conviviente 60%, solteras 21.3%, casadas 16.3%. cuenta con estudios secundarios 85%, primaria 11.7%, superiores 3.3%. el aborto de tipo incompleto en 91.7%, 15% tenía un aborto previo y semana promedio del aborto fue 11.7 más menos 4.3 semanas. (28)

1.3. Teorías relacionadas con el tema

Aborto

Según la OMS, es cuando se interrumpe el embarazo antes de que sea posible su vida fuera del útero, el cual puede ser inducido o fisiológico. (29)

MINSA-Perú, refiere que es cuando se interrumpe el embarazo, sin o con expulsión total o parte del fruto menor a las 22 semanas o peso <500 g (30).

Aborto inducido

Es la utilización de medicamentos o accionar quirúrgico para la interrupción del embarazo, posterior a la implantación y antes de su viabilidad. (31)

Según la OMS lo clasifica:

- **Inducido Seguro:** es realizado por personal médico o quirúrgico capacitado con los implementos y lugar adecuado, conllevando a un bajo riesgo para las mujeres. (32)
- **Inducido inseguro:** es interrumpir el embarazo no deseado, mediante procedimientos con personas no capacitadas y con falta de implementos o lugares adecuados. (32)

FACTORES RELACIONADO AL ABORTO INDUCIDO (33):

Dentro de los motivos que se presentan al tomar esta decisión, tenemos:

- Decepcionar a sus familiares
- Inestabilidad emocional
- Tener que dejar de estudiar
- Abandono de pareja
- Tener múltiples parejas
- Conocimiento insuficiente sobre el uso correcto de métodos de anticoncepción.
- Ser víctima de agresión sexual

Consecuencia (31)

a. Físicas:

- Aborto incompleto.
- Hemorragias.
- Infección.
- Perforación uterina.

b. Psicológicas:

El 30% sufre de estrés generalizado; se presentan signos y síntomas a corto plazo como depresión, aislamiento, culpar al entorno cercano o a la sociedad y a largo plazo, si no se revierte se puede presentar depresión, culpa, ansiedad y pensar siempre en la decisión que se tomó. A su vez, el 50% de estas mujeres pueden repetir un aborto inducido, depresión post parto, instinto maternal reducido o escaso.

ADOLESCENTES

Según la OMS, se delimita entre los 10-19 años, se da después de la niñez y antes a la adultez donde empiezan los cambios físicos, sexuales y culturales. (29)

Clasificación de la adolescencia (34):

- a) Adolescencia temprana entre 12-14 años:** etapa de inicio de cambios físicos como crecimiento, órganos sexuales y características secundarias que se desarrollan, en algunos casos ocasionan ansiedad.
- b) Adolescencia tardía entre 15-19 años:** después de los cambios físicos, aquí continúa el desarrollo del cerebro, aumentando la capacidad reflexiva y analítica, a la par de la confianza e identificarse como es.

Conductas peligrosas de adolescentes (35):

- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Drogas ilegales
- Tendencia al pensamiento suicida
- Sus grupos son personas de riesgo
- Retirarse de estudiar
- No tener proyecto de vida
- Familias disfuncionales
- Violencia familiar

Religión en relación al aborto inducido (36)

En la sociedad, en especial en Latinoamérica, la religión católica influye en los derechos sexuales- reproductivos, tener pareja, mujeres y familia, influye en la política y esta repercute en la sociedad implantando políticas de salud sexual y reproductiva.

La iglesia católica con la llamada ley natural, cuestiona las prácticas sexuales, reproductivas y conyugales, oponiéndose en defensa de la vida al aborto inducido como método de planificación por el ministerio de salud.

Entorno legal en relación al aborto inducido (37)

En el Perú el aspecto ético, legal y psicológico se afecta en la mujer debido a que deben realizarse abortos inducidos, inseguros o clandestinos.

Según Espinoza, en el art.114 del Código Penal, la mujer que causa su propio aborto o que permite que este le sea practicado, es sancionada con una pena privativa de la libertad no mayor de dos años o con la prestación de servicio comunitario.

En el art. 115 del Código penal al personal de salud que realice este acto será castigado con una pena no < 1 año y no >5 años.

En el art. 19 del Código penal de ser aborto terapéutico, en este caso se salvaguarda la vida de la paciente evitando un permanente mal y gravedad; no se sanciona.

Para culminar en el art. 20 del Código penal, en caso de violación o inseminación, aborto eugenésico o producto con malformaciones, la interrupción de la gestación conlleva a una pena no menor a 3 meses.

1.4. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto adolescente en el hospital de Chulucanas en el año 2019?

1.5. Justificación

El aborto en mujeres adolescentes es un tema de gran importancia debido a que pone en riesgo a la gestante, trayendo consigo complicaciones a corto plazo en un 10% y a largo plazo entre 20%-50%.

Se estima que aproximadamente 380 mujeres a nivel mundial se embarazan cada 60 segundos, siendo el 10% las que se someten a procedimientos abortivos, dando como resultado que cada año se registre 600,000 fallecimientos de mujeres producto de interrupciones en la gestación.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como finalidad conocer cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto adolescente, permitiendo obtener información actualizada de las pacientes de la ciudad de Chulucanas y enfocarnos de manera correcta en la elaboración de proyectos futuros, charlas y consejerías a las adolescentes sobre planificación familiar, educación sexual y reproductiva.

1.6. Objetivos

Objetivo general:

Identificar qué factores de riesgo se asocian al aborto adolescente en pacientes de 11 a 18 años atendidas en el hospital de Chulucanas 2019

Objetivos específicos.

1. Establecer si el nivel de instrucción del padre y de la madre están asociados al aborto en adolescentes de 11 a 18 años atendidos en el hospital de Chulucanas 2019
2. Identificar si la educación sexual muestra asociación con el aborto en adolescentes de 11 a 18 años atendidas en el hospital de Chulucanas 2019.
3. Identificar si la pobreza está asociada al aborto en adolescentes de 11 a 18 años atendidas en el hospital de Chulucanas 2019.
4. Identificar si hay asociación entre la violencia familiar y el aborto adolescentes en las jóvenes de 11 a 18 años atendidas en el hospital de Chulucanas 2019.
5. Identificar la asociación de la composición familiar y el aborto en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al hospital de Chulucanas 2019
6. Identificar la asociación entre las horas de uso de redes sociales y el aborto en adolescentes de 11 a 18 años atendidas en el hospital de Chulucanas 2019
7. Comparar las edades de las adolescentes de 11 a 18 años atendidas en el hospital de Chulucanas 2019.

II. MÉTODOS

2.1. Diseño de estudio de investigación

Descriptivo, cuantitativo, correlacional

2.2. Operacionalización de variables

Ver anexo N° 5

2.3. Población y Muestra

Población: 395 pacientes que acuden hospital de Chulucanas-enero a diciembre del 2019.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto

Adolescentes de 11 a 18 años

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Presentan alguna patología incapacitante.

Pacientes mayores de 18 años

Pacientes menores de 11 años

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Los datos fueron recopilados en una ficha de recolección de datos, los cuales se procesaron de forma convencional por paquetes estadísticos estándar, para la significación estadística se toma un valor de $p > 0,05$ eligiéndose una prueba estadística, el Chi cuadrado de Pearson para las variables cualitativas y cuantitativas.

Instrumentos:

a) Ficha de recolección de datos:

Se encuestó tanto a las pacientes como a los padres previa firma del consentimiento informado. (Anexo1)

b) Ficha socioeconómica:

Se usó la Escala Socio Económica Modificada De Amat Y León. (Anexo 2)

c) Ficha de educación sexual para adolescentes

Se usó los Protocolos De Consejería Para La Atención Integral Del Adolescente Del Minsa. (Anexo 3) (Anexo 04)

2.5. Métodos de análisis

Para nuestro análisis, realizamos una comparación detallada de las variables en estudio, permitiendo comparar y alcanzar nuestros objetivos planteados

2.6. Aspectos éticos

Luego de la firma del consentimiento informado, se procedió a realizar las preguntas de manera atinada y pertinente, considerando la sensibilidad de los actores sociales de este estudio, todas las encuestas fueron contestadas de manera anónima.

Se mantuvo total reserva de los datos obtenidos y solo fueron vistos para los fines de la investigación

III. RESULTADOS

Relación entre el nivel de instrucción de los padres y el aborto adolescente
(Tabla 01)

	DE 11 A 12 AÑOS		DE 13 A 14 AÑOS		DE 15 A 16 AÑOS		DE 17 A 18 AÑOS		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
DEL PADRE									
Primaria completa	2	10.00%	0	0.00%	8	6.78%	16	6.81%	0.00
Primaria incompleta	10	50.00%	5	22.73%	50	42.37%	35	14.89%	
Secundaria completa	0	0.00%	0	0.00%	35	29.66%	53	22.55%	
Secundaria incompleta	8	40.00%	7	31.82%	20	16.95%	85	36.17%	
Superior completo	0	0.00%	10	45.45%	5	4.24%	42	17.87%	
Superior incompleto	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	4	1.70%	
TOTAL	20	100.00 %	22	100.00%	118	100.00%	235	100.00 %	
DE LA MADRE									
Primaria completa	0	0.00%	0	0	6	5%	16	7%	0.00
Primaria incompleta	6	30.00%	3	14%	57	48%	74	31%	
Secundaria completa	0	0.00%	5	23%	26	22%	47	20%	
Secundaria incompleta	8	40.00%	3	14%	14	12%	68	29%	
Superior completo	0	0.00%	5	23%	6	5%	7	3%	
Superior incompleto	6	30.00%	6	27%	9	8%	23	10%	
TOTAL	20	100.00 %	22	100.00%	118	100.00%	235	100.00 %	

En los resultados de la tabla 1, se establece la relación entre el factor de nivel de instrucción de los padres y el aborto adolescente, estableciéndose principalmente que los mayores porcentajes de 11 a 12 años presenta un nivel de estudio de primaria incompleta con el 50%. En el caso de los pacientes de 13 a 14 años, ellos presentan padres que se encuentran principalmente en superior completa y para los adolescentes de 15 y 16 años principalmente su grupo de estudio por parte del padre es entorno la primaria incompleta con 42.37%. Finalmente, con los adolescentes de 17 y 18 años

sus padres presentan un nivel de estudio de secundaria incompleta ambas variables tanto la edad de los adolescentes que han abortado como el nivel de estudio de los padres están correlacionados estableciéndose niveles bajos de estudio de manera general para los padres. En el caso de las madres, se establece principalmente el nivel de estudio secundaria incompleta para los adolescentes de 11 a 12 años, en el caso de los adolescentes de 13 a 14 años se establece principalmente a nivel de los 27%. De los que se encuentran entre los 13 a 14 años, cuentan con superior incompleta, en el caso de los adolescentes que presentaron aborto de 15 y 16 años las madres presenta un nivel de estudio primario incompleto en el 48%. Finalmente, las adolescentes que han abortado de 17 a 18 años presentan un nivel de estudio de su madre de primaria incompleta en el 31% de los casos. Ambas variables están relacionadas entre sí ante las pruebas no paramétricas de chi-cuadrado de Pearson estableciéndose un nivel bajo con excepción de las madres de los adolescentes con superior incompleta en el 27%

Relación entre la educación sexual y el aborto adolescente (Tabla 02)

EDUCACIÓN SEXUAL	DE 11 A 12 AÑOS		13 A 14 AÑOS		15 A 16 AÑOS		17 A 18 AÑOS		TOTAL		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Si recibió consejerías	8	40%	20	91%	78	66%	156	66%	262	66%	0.01
No recibió consejerías	12	60%	2	9%	40	34%	79	34%	133	34%	
TOTAL	20	100%	22	100%	118	100%	235	100%	395	100%	

En la tabla número 2, la educación sexual este estuvo presente en el 40% de las adolescentes que han abortado entre los 11 a 12 años, sin embargo en las adolescentes que abortaron entre los 13 y 14 años estuvo presente en el 91%, asimismo las adolescentes de 15 a 16 años recibieron la consejería sexual en el 66% y en el caso de las adolescentes de 17 y 18 años la recibieron el 66%. De un total de 395 adolescentes encuestadas, ambas variables están relacionadas ante las pruebas estadísticas no paramétricas.

Relación entre la pobreza y el aborto adolescente (Tabla 03)

FACTOR DE POBREZA	DE 11 A 12 AÑOS		13 A 14 AÑOS		15 A 16 AÑOS		17 A 18 AÑOS		TOTAL		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
DEBAJO DEL SUELDO MÍNIMO	2	10%	15	68%	78	66%	130	55%	225	57%	0.00
SUELDO MÍNIMO	12	60%	2	9%	20	17%	79	34%	113	29%	
SUELDO MAYOR A 1000	6	30%	5	23%	20	17%	26	11%	57	14%	
TOTAL	20	100%	22	100%	118	100%	235	100%	395	100%	

En la tabla número 3, observamos que principalmente para el grupo de adolescentes que presentaron un aborto entre los 11 a 12 años, sus padres se encuentran en la categoría del sueldo mínimo; en el caso de los adolescentes de 13 a 14 años se encuentra por debajo del sueldo mínimo en el 68%, asimismo en las adolescentes de 15 y 16 años está presente en el 66% por debajo del sueldo mínimo y en el caso de las adolescentes que abortaron entre los 17 18 años se establece principalmente por debajo el sueldo mínimo en el 55%.

Ambas variables están relacionadas entre sí aunque la prueba sea no paramétrica.

Relación entre la violencia familiar y el aborto adolescente (Tabla 04)

FACTOR DE VIOLENCIA FAMILIAR	DE 11 A 12 AÑOS		13 A 14 AÑOS		15 A 16 AÑOS		17 A 18 AÑOS		TOTAL		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
SI PRESENTA TAMIZAJE (+)	2	10%	15	68%	78	66%	130	55%	225	57%	0.00
NO PRESENTA TAMIZAJE (+)	18	90%	7	32%	40	34%	105	45%	170	43%	
TOTAL	20	100%	22	100%	118	100%	235	100%	395	100%	

En la tabla número 4, la violencia familiar se establece en los que presentaron tamizajes positivos. Solamente en el 10% de los adolescentes de 11 a 12 años, en el caso de los adolescentes de 13 a 14 años se dió en mayor porcentaje en el 68% al igual que las de 15 y 16 años con 66%. Las adolescentes de 17 y 18 años presentaron tamizaje positivo a violencia en el 55% de los casos. Ambas variables están relacionadas entre sí antes la prueba estadística no paramétrica.

Relación entre la composición familiar y el aborto adolescente (Tabla 05)

FACTOR DE COMPOSICIÓN FAMILIAR	DE 11 A 12 AÑOS		13 A 14 AÑOS		15 A 16 AÑOS		17 A 18 AÑOS		TOTAL		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
MONOPARENTAL	2	10%	10	45%	68	58%	110	47%	190	48%	0.00
NUCLEAR	12	60%	2	9%	20	17%	79	34%	113	29%	
EXTENSA	4	20%	5	23%	20	17%	26	11%	55	14%	
ORFANDAD	2	10%	5	23%	10	8%	20	9%	37	9%	
TOTAL	20	100%	22	100%	118	100%	235	100%	395	100%	

En la tabla número 5, en el caso de la composición familiar principalmente los adolescentes que sufrieron aborto de 11 a 12 años están presentes las nucleares en el 60%; sin embargo en el caso de los adolescentes de 11 a 14 años están presentes el sistema monoparental en el 45%, por otro lado las adolescentes de 15 a 16 años que presentaron aborto están presentes en el 58% de los casos como monoparental y finalmente las adolescentes de 17 y 18 años establece también como monoparentales en el 47% de los casos presentando una relación estadística entre ambas variables.

Relación entre el uso de redes sociales y el aborto adolescente (Tabla 06)

FACTOR DE USO DE REDES	DE 11A12 AÑOS		13 A 14 AÑOS		15 A 16 AÑOS		17 A 18 AÑOS		TOTAL		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
ADECUADO (<5H/D)	4	20%	5	23%	68	58%	140	60%	217	55%	0.00
NO ADECUADO (> 5H/D)	16	80%	17	77%	50	42%	95	40%	178	45%	
TOTAL	20	100%	22	100%	118	100%	235	100%	395	100%	

En la tabla número 6, para el caso del factor de uso de redes sociales de manera no adecuada, se presenta en adolescentes de 11 a 12 años en el 80% incluso esto se mantiene parcialmente en los adolescentes de 13 a 14 años en el 77%; sin embargo decrece en los adolescentes de 15 y 16 años en el 42%. Finalmente se obtiene un control inadecuado en el 40% de las adolescentes de 17 y 18 años estando relacionadas ambas variables entre sí.

Grupos etarios (Tabla 07)

EDAD	N	%
11a	8	2%
12a	12	3%
13a	10	3%
14a	12	3%
15a	50	13%
16^a	68	17%
17^a	130	33%
18^a	105	27%
Total	395	100%

Los grupos mayoritarios se encuentran entre los 17-18 años de edad, presentando un porcentaje que oscila entre los 33-17% respectivamente.

IV. DISCUSIÓN

De acuerdo a la perspectiva que tiene Parada y Rincón en un trabajo colombiano sobre las características, los factores y consecuencias del aborto en la etapa adolescente; establece de que las personas de esa edad tiene una inmadurez desde el punto de vista biológico psicológico con una variedad de presiones tanto en el punto social y familiar que generan efecto de estigmatización. En ese sentido, con respecto a los resultados encontramos que los padres generalmente presenta niveles educativos a nivel de la primaria incompleta, lo que deja entrever que los adolescentes de 11 a 12 años presentan una respuesta por padres que no completaron sus niveles de estudio, lo que puede llevar a muchas consecuencias negativas por la baja instrucción. En el caso de la madre, está generalmente se encuentra mejor letrada con un nivel educativo secundario incompleto aunque precario en comparación a los padres, pero esto puede conllevar a una falta de conocimientos y formas de afrontamiento normal que generen problemas tanto para los adolescentes como para el de sus padres.

Por otro lado en el trabajo de García realizado dentro de una perspectiva cubana, establece que el 45% presenta un promedio de 16 años de edad y presenta un aborto reiterativo. Por otro lado, con respecto a nuestros resultados observamos que la edad principal se encuentran dentro de los 15 a 16 años con una muestra de 118 pares en su grupo y de 17 a 18 con una muestra de 235, por lo que los intervalos de confianza estarían dentro de los resultado de García; sin embargo con respecto al número de abortos, esta variable no fue estudiada. Con respecto a los objetivos de la tesis, teniendo en consideración que muchos de ellos presentan los problemas reiterativos, podemos llegar a la conclusión que existe un gran problema de salud que pone en inminente peligro la vida de las adolescentes.

Asimismo, en el trabajo de Vailand dentro de una perspectiva cubana, establece que en un corte de 4 años muchas de las adolescentes interrumpieron su embarazo en el 25%. Las adolescentes dentro de los 15 y 19 años de edad son los que predominaron en su estudio a diferencia del nuestro, donde los grupos con mayor incidencia fueron principalmente los de 15 a 16 años y 17 a 18 años.

Ituarte en el año 2021 realiza un trabajo en adolescente de 17 a 19 años en donde establece el rol de la madre y su repercusión con el nivel económico, encontrando severos efectos de acuerdo a los niveles educativos presentados. Teniendo en cuenta que para nuestro estudio el nivel educativo de la madre es de nivel secundario incompleto y con respecto al nivel socioeconómico, cabe destacar que el 66% de los padres de los adolescentes de 15 y 16 años presenta un sueldo por debajo del sueldo mínimo y para el caso de los adolescentes de 17 y 18 años representa el 55% de la muestra seleccionada; por tanto el afrontamiento ante un aborto genera también problemas de salud y problemas económicos que una familia no pueda afrontar debido al ingreso mínimo.

En el corte nacional, observamos que Mendoza en el año 2019, evalúa los factores asociados al aborto en pacientes de 19 a 35 años, teniendo en consideración que principalmente son los pacientes más jóvenes en el 33.5% los que se ven más afectados, presentando estudios secundarios

incompletos en el 30% aunque estos hacen referencia al propio nivel educativo del adolescente; sin embargo en nuestro estudio está enfocado el nivel educativo de la madre como un factor de riesgo, estableciéndose los mismos indicadores entorno al 40% en el grupo mayoritario en adolescentes de 11 a 12 años; en el caso de las edades mayores, el grupo que lidera en los padres es de 36% para secundaria incompleta y en cuanto a la madre una secundaria incompleta en el 29%. Ambas variables se relacionan estadísticamente.

Por otro lado Gil en el año 2018, en otro trabajo peruano establece que las pacientes que sufrieron embarazo adolescente se encuentra en el 17.4%, lo cual se incrementa en el siguiente año presentando un quintil de pobreza y niveles educativos bajos especialmente con las regiones de la selva con respecto a Lima; sin embargo, en el trabajo de investigación se aborda los problemas económicos no teniendo en consideración que la mayor parte de estos pacientes derivan de familias que no pueden tener un sueldo mínimo, generando a largo plazo más pobreza. Por otro lado, se establece que generalmente estos grupos familiares provienen de familias monoparentales, es decir que provienen de familias con un solo padre, lo que lleva a encarecer la situación económica y problemas de salud que pueda tener.

Por otro lado, Delgado en un trabajo a nivel de la Sierra del Perú establece que el aborto está asociado especialmente a edades de 18 y 17 años en el 40% y 18%; sin embargo, dentro de los resultados que nosotros tenemos se presenta en menor cuantía a los 18 años con el 27% y 33% con los 17 años, teniendo una mayor participación del grupo de 17 años de los adolescentes evaluados. Asimismo, el estudio puneño establece que el nivel de pobreza presenta un sueldo de 1000 soles en el 62.5%, sin embargo los niveles económicos en cuanto al ingreso mínimo solamente representa el 29% del total de la muestra, lo que deja entrever que la mayor parte de estas familias son muy pobres. También se hace referencia a la consejería sexual que no se dio en el 52%, a diferencia de nuestro estudio, donde la mayoría de los evaluados si la tuvieron.

En el caso de Cajamarca, Jáuregui en el año 2019 realiza una evaluación de una actitud frente al aborto inducido en estudiantes de obstetricia, es decir en pacientes que ya presenta un nivel educativo superior incompleto por lo que principalmente se encuentran los pacientes de más de 24 años de edad, teniendo una actitud de rechazo en el 22.1%. Esto se contrapone a que el nivel educativo principal de nuestros adolescentes se encuentra en el secundario completo, lo que deja entrever una situación más precaria con respecto a nuestro trabajo.

En el caso de Calle en el hospital de Sullana, establece un grupo de muestra de 60 adolescentes en donde la mayor parte pertenece a los 17 años con el 53%; en nuestro estudio se concluyó que las edades mayoritarias se encuentran entre los 17 y 18 años con 33 y 27% respectivamente, por lo que los trabajos son similares.

V. CONCLUSIONES

- Existen factores de riesgo asociados al aborto en adolescentes de 11 a 18 años atendidas en el hospital de Chulucanas 2019.
- El nivel de instrucción del padre y de la madre están relacionados con el aborto en adolescentes de 11 a 18 años atendidas en el hospital de Chulucanas 2019.
- El factor educativo sexual está presente en el 66% y está asociado a los abortos en adolescentes de 11 a 18 años atendidas en el hospital de Chulucanas 2019.
- La pobreza está asociada al aborto adolescente en las pacientes de 11 a 18 años atendidas en el hospital de Chulucanas 2019.
- El factor familiar está asociado al aborto en adolescentes atendidas en el hospital de Chulucanas 2019.
- Las edades generalmente oscilan entre los 17 y 18 años y el aborto se presenta en un 33 y 27% respectivamente.

VI. RECOMENDACIONES

Se debe informar sobre los resultados del estudio, para que el área de obstetricia puede realizar mayores actividades extramurales, teniendo en consideración a las adolescentes que se encuentran entre los 17 y 18 años y asimismo a los sectores más pobres a nivel del casco no urbano que corresponde a la jurisdicción del hospital Santa Rosa.

Se debe realizar seguimiento de métodos anticonceptivos en los adolescentes de 17 y 18 años, teniendo en consideración el consentimiento informado por parte de los padres para que estos adolescentes puedan desarrollar su sexualidad de manera segura y responsable.

Se debe realizar estudios de seguimiento a las pacientes adolescentes que presentaron un episodio de aborto, para establecer las mejoras de la anticoncepción. Con respecto a las adolescentes, éstas son las que se encuentran más vulnerables dentro del área de la salud a padecerlo de manera reiterativa, generando eso un riesgo para la salud sexual y reproductiva de las mismas.

Se debe realizar seguimiento a las adolescentes especialmente con niveles educativos por parte de los padres primarios y secundarios, teniendo en consideración los pocos conocimientos que puedan tener y la pobre alfabetización en planificación familiar que los mismos puedan impartir a sus hijos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos S. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estud. demogr. urbanos* vol.31 no.3. México; 2016.
2. LAPOP. El Barómetro de las Américas. Vanderbilt University. Estados Unidos; 2014.
3. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK. Nacimientos: Datos finales para 2019. *Natl Vital Stat Rep* 2021; 70: 1.
4. Finer LB, Zolna MR. Disminución de los embarazos no deseados en los Estados Unidos, 2008-2011. *N Engl J Med* 2016; 374: 843.
5. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020 Sep; 8(9):e1152-e1161
6. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson Jr B R, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 2017.
7. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*, junio de 2014; 2(6):e323-33.
8. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG* 2015
9. Lindberg LD, Santelli JS, Desai S. Patrones cambiantes de uso de anticonceptivos y disminución de las tasas de embarazo y

- nacimiento entre adolescentes estadounidenses, 2007-2014. *J Adolesc Health* 2018; 63: 253.
10. Dee DL, Pazol K, Cox S y col. Tendencias en los nacimientos repetidos y el uso de anticonceptivos posparto entre adolescentes - Estados Unidos, 2004-2015. *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad del MMWR* 2017; 66: 422
 11. Maslowsky J, Powers D, Hendrick CE, Al-Hamoodah L. Agrupación a nivel de condado y características de los nacimientos repetidos frente a los primeros nacimientos adolescentes en los Estados Unidos, 2015-2017. *J Adolesc Health* 2019; 65: 674.
 12. Maravilla JC, Betts KS, Couto E Cruz C, Alati R. Factores que influyen en el embarazo adolescente repetido: una revisión y un metanálisis. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217: 527.
 13. Harrison MS, Zucker R, Scarbro S, et al. Uso de anticonceptivos posparto entre adolescentes y adultos jóvenes de Denver: asociación con el parto repetido posterior. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020; 33: 393.
 14. Ganatra B, Tuncalp O, Johnston HB, Johnson Jr BR, Gulmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bulletin of the World Health Organization*. 2014;92(3):155-.
 15. World Health Organization. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, Geneva: WHO, 2014.
 16. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015.
 17. Taype-Rondan R., Merino-García N. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿qué dicen los números?. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*. Vol. 33 (4). Lima, Perú; 2016.

18. Prada-Rincón DE., Rojas-Herrera DM., Vargas-Pineda P., & Ramírez Cárdenas, J. A. (2019). El aborto en adolescentes, factores de riesgo y consecuencias: revisión de literatura. *Salud Areandina*, 4(1).
19. García MM, Cruz QVY. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2015;41(1):.
20. Vaillant-Rodríguez M., Horruitiner-Díaz J; Salas-Palacios SR. Interrupción del embarazo en adolescentes de la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN*, vol. 24, núm. 3. Cuba; 2020.
21. Ituarte ML., López-Gómez A. Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. *Cad. Saúde Pública* 37 (2). Montevideo, Uruguay; 2021
22. Guamán-Loja JM., Marcatoma-Zhiñin NM. Nivel de conocimientos y actitudes sobre aborto inducido en usuarios del centro de salud N° 1 Pumapungo Cuenca 2018. Cuenca, Ecuador; 2018.
23. Mendoza-Simbrón ME. Factores de riesgo asociados al aborto en pacientes de 19 a 35 años, en el Hospital San Juan de Lurigancho 2018. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima, Perú; 2019
24. Gil F. Embarazo y mortalidad materna en adolescentes en el Perú. *Boletín Epidemiológico del Perú*. 2018; 27 (24): 514-517
25. Delgado-Corrales NE. 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 para optar el título profesional Médico Cirujano. Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú; 2018.
26. Torres KP. Grado de instrucción como factor asociado a aborto en adolescentes del servicio de ginecología – obstetricia del hospital Hidalgo Atoche López – Chancay años 2016 – 2019. Tesis para

- optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Huacho, Perú, 2020
27. Jauregui-Valera F. Actitud frente al aborto inducido en estudiantes del I y XI ciclo de obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca - 2019. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú; 2019.
 28. Calle, L. Características epidemiológicas y obstétricas del aborto en adolescentes atendidas en el Hospital II-2 de Sullana, enero-junio del 2018. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad César Vallejo. Piura, Perú; 2018.
 29. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso. WHO. Nueva York, 2019.
 30. MINSA. Plan multisectorial para prevención de embarazo en adolescentes 2012-2021. Ministerio de salud y asistencia social. Perú, 2011
 31. Guevara E. Aborto. Rev. Científica. Lima - Perú; 2015
 32. Organización Mundial de la Salud - OMS. Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS [Revista científica]. Vol.92, Bulletin of the World Health Organization. 2014
 33. Arcos G. Ochante M. Características socio-demográficas de mujeres con aborto inducido. Hospital Jesús Nazareno- Ayacucho 2010 al 2015. Tesis para optar título profesional de Obstetricia. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho, Perú; 2018.
 34. MINSA. Norma Técnica de salud para la Atención integral de Salud de Adolescentes. Bvs Minsa. Perú, 2019.
 35. Fabio G. Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. Revista científica. Argentina,2018

36. FUENTES BELGRAVE, L. "Afirmar la autonomía reproductiva en la disidencia religiosa". Revista de Ciencias Sociales. Nº 45, pp. 59-74. Quito, Ecuador; 2013.
37. Espinoza, J. Derecho de las personas. Concebido-Personas naturales. Editorial Rodhas. Lima, Perú; 2014.

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

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

- Mat. Rústico 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)
- Desagüe de red pública (15)

9. Dentro de la vivienda

- Campo abierto (7)
- Letrina o silo (8)
- Servicios Higiénicos colectivos (10)

10. Electricidad

- No tiene (2)
- Grupo electrógeno (4)
- Red pública (5)

NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO: 50-80puntos

NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO: 81-94puntos

NIVEL SOCIOECONÓMICO ALTO: 95-100puntos

ANEXO 3

Ficha de Educación sexual para adolescentes: PROTOCOLO DE CONSEJERÍA EN EL TEMA INICIO SEXUAL

Primer paso:

- Pasatiempo, ¿estudia?, ¿en qué colegio?; ¿trabaja?, ¿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 la 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 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 -

HSRSIS: SI NO

Agredida: Sexo: Mujer Hombre

Agresor: Sexo: Mujer Hombre

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.

Nº	PREGUNTAS DE EXPLORACIÓN 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	
Hematoma 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 dellegar al lugar.	Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.	
Laceraciones en lamejilla, 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 frecuentes	
Enuresis (niños)	Bajo rendimiento académico y aislamiento de personas.	Descuido en la higiene y falta de estimación de 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

ANEXO N° 5

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		

	SECUNDARIA INCOMPLETA		
	SUPERIOR COMPLETA		
	SUPERIOR INCOMPLETA		
EDUCACIÓN SEXUAL	SI	RECIBIÓ CONSEJERÍ AS EN ESCUELA Y EN EL MINSA	REALIZACIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL MEDIANTE: -TALLERES EN ESCUELA - CONSEJERÍAS Y APLICACIÓN DEL INSTRUCTIVO MINSA
	NO	NO RECIBIÓ CONSEJERÍ AS EN ESCUELA Y EN EL MINSA	
COMPOSICI ÓN FAMILIAR	MONOPARENTAL		DE ACUERDO CON HISTORIA CLÍNICA
	NUCLEAR		
	EXTENSA		
	ORFANDAD		
HORAS DE USO DE WEBSITES DE REDESSOCIALES	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	