

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA**



**TESIS**

**FACTORES PSICOSOCIALES Y SU INFLUENCIA EN  
EL ABORTO INCOMPLETO. HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE DE CAJAMARCA. 2016.**

Presentada por la bachiller en obstetricia

**Flor de María Roncal Pajares**

Para optar el Título Profesional de

**OBSTETRA**

**Asesora:**

**MCs. Obsta. Gloria María Briones Álvarez**

CAJAMARCA, PERÚ - 2018

**Copyright © 2018 by**  
Flor de María Roncal Pajares  
Derechos reservados

**SE DEDICA A:**

Mi Padre Ulises Roncal Rabanal que en paz descansa, a mi Madre María Luzmila Pajares Rabanal y a mi esposo Luis Alberto Chavarry Montes, por haberse sacrificado en lo más valioso, que es mi educación, ellos han sido mi apoyo incondicional, tanto en lo moral compartiendo valores para guiarme correctamente, como en lo económico compartiendo sus recursos.

**SE AGRADECE A:**

A Dios por darme la vida, salud, la fortaleza y todas sus bendiciones para poder culminar mis estudios.

Alma Máter, la Universidad Nacional de Cajamarca, por albergarme durante todos los años de mi preparación profesional.

Asesora la MCs. Obsta. Gloria María Briones Álvarez, por haberme apoyado incondicionalmente en el desarrollo de la presente investigación.

A las gestantes que gentilmente colaboraron para la ejecución de mi tesis.

**Flor**

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>v</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>viii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA</b>	<b>2</b>
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	4
1.4. Justificación de la investigación	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1. Antecedentes	6
2.2. Bases teóricas	8
2.2.1. Factores psicosociales	8
2.2.2. Aborto	15
2.3. Hipótesis	20
2.4. Variables	20
2.5. Definición conceptual y operacional de las variables	21
<b>CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>22</b>
3.1. Tipo y diseño de estudio	22
3.2. Área de estudio y población	22
3.3. Muestra	23
3.4. Unidad de análisis	23
3.5. Criterios de inclusión	23
3.6. Consideraciones éticas	24
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
3.8. Procesamiento y análisis de datos.	55

3.9. Control de calidad de datos	26
<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>41</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>42</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>46</b>

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar y analizar los factores psicosociales que influyen en el aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, el estudio fue realizado en una muestra de 82 mujeres de las cuales 62 tuvieron diagnóstico de aborto incompleto. El diseño fue no experimental de corte transversal, tipo descriptivo, correlacional. Como resultados se encontró que el 34,1% de mujeres perteneció al grupo etáreo de 15-19 años; el 24,4% tuvo secundaria incompleta; el 37,8% convivientes, y 40,2% pertenecientes a familia disfuncional. El 41,5% de mujeres tuvo un nivel de autoestima media y un grado de depresión mínima en el 35,4%. El porcentaje de aborto fue de 75,6%. Se determinó que el grado de instrucción como factor social influye en el aborto incompleto según  $p = 0,000$  y como factor psicológico, la depresión, también influye significativamente en la presencia de aborto incompleto según  $p = 0,001$ .

**Palabras clave:** factores psicosociales, aborto incompleto.

## **ABSTRACT**

The objective of the present investigation was to determine and analyze the psychosocial factors that influence incomplete abortion in women treated in the Cajamarca Teaching Regional Hospital, the study was conducted in a sample of 82 women of whom 62 had a diagnosis of incomplete abortion. The design was non-experimental of cross-section, descriptive, correlational type. As results, it was found that 34.1% of women belonged to the age group of 15-19 years; 24.4% had incomplete secondary education; 37.8% live together, and 40.2% belonging to a dysfunctional family. 41.5% of women had a mean self-esteem level and a minimum degree of depression in 35.4%. The percentage of abortion was 75.6%. It was determined that the degree of instruction as a social factor influences incomplete abortion according to  $p = 0.000$  and as a psychological factor, depression, also significantly influences the presence of incomplete abortion according to  $p = 0.001$ .

**Key words:** psychosocial factors, incomplete abortion.

## INTRODUCCIÓN

Alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre y un 22% más termina en un aborto inducido (1). El aborto incompleto se puede derivar de un aborto espontáneo o inducido y se presenta cuando ocurre la expulsión parcial del producto de la concepción. El aborto incompleto se asocia estrechamente al aborto inseguro en muchas partes del mundo. En lugares donde se restringen los servicios de aborto, las mujeres llegan a solicitar la ayuda de proveedores no calificados para la interrupción del embarazo y/o se someten a procedimientos realizados en ambientes que no cumplen con normas médicas mínimas, mientras que otras recurren a la autoinducción. En este proceso se encuentran asociados factores sociales y psicológicos que pueden influir en él.

Desde este punto de vista se realizó la presente investigación cuyo objetivo fue determinar y analizar los factores psicosociales que influyen en el aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca; llegando a determinar que el mayor porcentaje de mujeres pertenece al grupo etáreo de 15-19 años; tiene secundaria incompleta; son convivientes, y pertenecientes a una familia disfuncional. Mayoritariamente, las mujeres tienen un nivel de autoestima media y un grado de depresión mínima. El porcentaje de aborto incompleto fue elevado si discriminar entre un aborto espontáneo o provocado. Se llegó a la conclusión de que el grado de instrucción como factor social influye en el aborto incompleto según lo establece  $p=0,000$  y como factor psicológico, la depresión, también influye significativamente en la presencia de aborto incompleto según  $p= 0,001$ .

La presente tesis estuvo estructurada de la siguiente manera:

**CAPÍTULO I:** conformada por la definición y delimitación del problema, formulación del problema, objetivos y la justificación de la investigación.

**CAPÍTULO II:** forman parte de este capítulo los antecedentes del problema, las bases teóricas, la hipótesis y las variables.

**CAPÍTULO III:** constituido por el diseño metodológico en el que se consideran el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y muestreo, unidad de

análisis, criterios de inclusión, consideraciones éticas, técnica e instrumento de recolección de datos.

**CAPÍTULO IV:** pertenecen a este capítulo, los resultados análisis y discusión de datos y finalmente se encuentran las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

**La autora**

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. Definición y delimitación del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa especial preocupación por el aborto incompleto, ya que puede provocar complicaciones que si no se tratan a tiempo y de manera profesional pueden llegar a causar la muerte de la paciente pues las principales causas de complicaciones del aborto incompleto pueden ser el shock hipovolémico y las infecciones, lo cual aumenta el riesgo de muerte materna hasta en un 60% de los casos, en algunos países; sin embargo, en 2008 se calculó que más o menos 47 000 mujeres murieron por complicaciones de aborto incompleto y casi todas estas muertes pudieron haber sido evitadas a través de un mejor acceso a educación sexual, anticoncepción y aborto seguro (2,3).

Según la OMS, entre 2010-2014, se produjo anualmente en promedio, 56 millones de abortos (seguros y peligrosos) provocados en todo el mundo, es decir que se originaron 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de 15-44 años. El 25% del total de embarazos acabó en aborto provocado, siendo la tasa de abortos mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados. Además se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo, teniendo como diagnóstico, aborto incompleto (3).

Cada año, unos 5 millones de mujeres ingresan en establecimientos de salud con diagnóstico de aborto incompleto, consecuencia de un aborto peligroso y más de 3 millones de mujeres que han sufrido complicaciones, no reciben atención médica, estimándose que el costo anual por tratamientos de complicaciones importantes derivadas de estos, asciende a 680 millones de dólares.

Se calcula que, en los países desarrollados, por cada 100.000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones. Ese número aumenta a 220 defunciones por cada 100.000 abortos peligrosos en los países en desarrollo, y a 520 muertes por cada 100.000 abortos peligrosos en el África subsahariana (3).

En América Latina, el número estimado de abortos que ocurren anualmente aumentó ligeramente entre 2003 y 2008, de 4,1 millones a 4,4 millones, aunque la tasa anual de aborto se mantuvo estable, permaneciendo en 31–32 abortos por 1,000 mujeres en edades de 15–44 años con algunas variaciones según la subregión de 29 por 1,000 mujeres en América Central (que incluye México) a 32 por 1,000 en América del Sur y 39 por 1,000 en el Caribe (4). En Bolivia En los últimos 5 años, los casos de abortos incompletos atendidos en establecimientos públicos de salud, se incrementaron de 15 mil el año 2005 a 27 mil el año 2010 (5).

En el Perú 370,000 abortos se producen anualmente, lo que significa que hay 5 mujeres que abortan por cada 100 gestantes. Los abortos inseguros y las complicaciones derivadas de ellos, son la tercera causa de mortalidad materna y la primera causa de morbilidad de hospitalización de las mujeres, constituyéndose en un serio problema de salud pública a nivel mundial y a nivel de la región (6).

En el Hospital Regional de Cajamarca, en el año 2015 se registraron 383 abortos incompletos, cifra relativamente menor a la nacional, pero considerablemente alta teniendo en cuenta las complicaciones que pueden presentarse en la mujer, pudiendo llegar inclusive a comprometer su vida, ya que en muchas ocasiones llegan en condiciones deplorables ya sea sangrando profusamente o con procesos infecciosos, pues muchos de ellos han sido provocados, a pesar de que la mayoría de mujeres lo niegue y manifieste caídas como causa del aborto; aun así el aborto incompleto sobre todo el provocado en forma insegura, utilizando diferentes métodos, es un tema en donde se refleja de manera dramática la vulnerabilidad de las mujeres y la violencia ejercida sobre ellas desde su entorno y desde toda la sociedad. Es el último eslabón de una cadena de carencias y fallas desde lo educativo, pasando por el acceso a los servicios sanitarios de calidad y las presiones culturales en cuanto al rol de la mujer en la sociedad (6).

Los factores que inciden en el aborto incompleto son múltiples entre ellos pueden estar frecuentes los psicosociales como un bajo nivel de autoestima, la depresión en diversos grados, una edad temprana de embarazo, bajos niveles educativos, el embarazo sin estar casada y la disfuncionalidad familiar; sin embargo con relativa frecuencia se le resta atención a dichos factores emitiendo juicios valorativos en contra de la mujer.

Desde esta perspectiva y ante la ausencia de trabajos de investigación en la región es que se realizó la presente investigación cuyo objetivo es identificar algunos factores psicosociales que influyen en el desenlace del aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, considerando que en esta situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la mujer pueden converger diversos factores sociales como la edad, nivel educativo, procedencia, estado civil, nivel socioeconómico, disfuncionalidad familiar, y psicológicos como una baja autoestima o, estados depresivos, que individualmente o en conjunto poseen efectos deletéreos en la salud de las poblaciones y pueden constituir la causa de un aborto incompleto ya sea espontáneo o inducido.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Existen factores psicosociales que influyen en el aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital regional Docente Cajamarca, 2016?

## **1.3. Objetivos**

Determinar y analizar los factores psicosociales que influyen en el aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

### **1.3.1. Objetivos específicos**

1. Identificar los factores sociales asociados al aborto incompleto.
2. Determinar los factores psicológicos asociados al aborto incompleto.
4. Identificar el porcentaje de aborto incompleto.
5. Establecer la influencia de los factores sociales en el aborto incompleto
6. Determinar la influencia de los factores psicológicos en el aborto incompleto

#### **1.4. Justificación de la investigación**

El aborto incompleto es una de las emergencias obstétricas más frecuentes. Es la segunda causa más común de hospitalización gineco-obstétrica en la mayoría de los establecimientos de salud de los países en vías de desarrollo, pero cuando una mujer ingresa a estos, es difícil determinar si el proceso de aborto ha sido espontáneo o inducido bajo condiciones potencialmente inseguras; no obstante se calcula que alrededor del 90% de los abortos inseguros que se realizan en todo el mundo se lleva a cabo en países en vías de desarrollo.

El aborto ha sido reconocido como uno de los problemas de salud pública más relevantes ya que se constituye en un factor de riesgo muy alto de morbilidad materna constituyéndose por ende en una causa de real preocupación; sin embargo en la mayoría de los países subdesarrollados los organismos públicos no invierten en esta problemática, y cuando lo hacen, el abordaje es inadecuado lo que hace que el impacto sea reducido y el aborto continúe su curso.

En el Perú así como en la región y particularmente en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, el aborto incompleto también es un serio problema de salud pública, pues casi a diario llegan mujeres con hemorragia o infecciones, consecuencia de un aborto incompleto; y aunque en muchas ocasiones también, es difícil conocer si es espontáneo o inducido es más importante determinar, al menos, algunos factores psicosociales que puedan estar asociados a esta situación, como la edad, nivel educativo, estado civil, disfuncionalidad familiar, baja autoestima o algún grado de depresión; que orienten a identificar la problemática tal cual es, lo que permitirá fortalecer los programas de prevención en salud, planificación familiar y educación sexual, dirigidos a la población en general y de manera especial a las mujeres que se encuentren en edad reproductiva y que son más vulnerables a presentar esta condición.

De otra parte, identificar los factores asociados al aborto incompleto, permitirá no solo tener un amplio conocimiento de este fenómeno, sino que los resultados serán puestos a disposición de la comunidad médica y obstétrica, para que los mismos sean utilizados como fundamento que ayuden en la formación de un criterio responsable de toda la sociedad y la adopción de decisiones conjuntas, para impedir que este fenómeno siga causando estragos a más familias peruanas y particularmente cajamarquinas; sino que permitirá incidir en ellos y mejorar las

condiciones en que las mujeres afrontan el problema, siendo de beneficio tanto para la mujer, su familia y la comunidad, así como para los profesionales de obstetricia.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Enríquez, E. (Cuba, 2010)**, en su estudio se formuló como objetivos, identificar la frecuencia de abortos incompletos inducidos en los grupos de adolescentes y su morbilidad y describir algunos factores epidemiológicos presentes en las pacientes estudiadas, determinado que el grupo etario que predominó fueron las adolescentes intermedias con el 52,3 %. La edad de inicio de las relaciones sexuales que prevaleció fue entre 15 a 17 años en un 62,2 %. El 56,7 % de las adolescentes no usaba métodos anticonceptivos y el motivo por el cual no los utilizaban era por olvido (28,8 %) o por temor (25 %). El motivo más frecuente de solicitud para interrumpir la gestación fue ser muy joven para asumir el rol de la maternidad (50,4 %). Solamente el 3,8 % presentó alguna morbilidad (7).

**Quintero E. y cols. (Colombia, 2010)**, realizó una investigación formulando como objetivo principal, analizar desde la perspectiva bioética de la justicia distributiva las características socio-demográficas de las mujeres que consultan por aborto incompleto provocado en el Hospital Local del Norte de Bucaramanga, encontrando como resultados que el promedio de edad fue de 24,7 años, con extremos entre los 14 y 40 años. El número promedio de hijos por paciente fue de 1.9. La población estaba compuesta principalmente por mujeres pertenecientes a estratos socio económicos bajos y dependientes económicamente la proporción de pacientes que había recibido asesoría calificada por personal de salud entrenado en planificación fue solo del 27,3%, aunque un 57% de las pacientes consideró de manera subjetiva que su nivel de conocimientos en planificación era "bueno". Las razones de índole económica fueron las más frecuentemente usadas para explicar el rechazo hacia el embarazo (por parte de la paciente y de la pareja) y para coaccionar a la paciente a que se indujera el aborto (8).

**López, F. (Ecuador, 2013)**, en su estudio formuló como objetivo establecer la frecuencia de aborto y características sociodemográficas asociadas en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo, logrando observar que el 43,8% de mujeres tuvieron una edad entre los 20-29 años de edad, el 59,7% residía en el área urbana, mientras que el 40,3% de las mujeres lo hacía en el área rural, las mujeres que poseían un nivel de instrucción secundaria fueron las más frecuentes con el 43,3%; mientras que las mujeres sin estudio fueron las menos prevalentes con un 2%, detectaron una frecuencia elevada de pacientes en unión libre con el 32,3%, más de la mitad de la población presentó un aborto, el 16,4% 2 abortos y la minoría con el 2% más de 2 abortos, el tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con más de la mitad de la población es decir el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo retenido (9).

**Macas, J. (Ecuador, 2013)**, se planteó como objetivo, determinar la frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel. Encontró como resultados que el 75,98% tuvo aborto incompleto y el 0,32% aborto séptico. El 1,46% de pacientes se auto-medicaron con misoprostol. Un 1,83% tenía  $\leq 14$  años, el 19,41%, 15 a 20 años, el 33,33%, 21 a 26 años, el 23,80%, 27 a 32 años, mientras el 21,61% tenía  $\geq 35$  años. Un 87,18% son de procedencia urbano, y 12,82%% son de procedencia urbano marginal; (10).

### **2.1.1. Antecedentes nacionales**

**Mendoza, S. (Ayacucho, 2009)**, al realizar su investigación se planteó como objetivo, conocer los factores asociados al aborto incompleto por automedicación con Misoprostol en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, encontrando que un 47% tiene 16 años, el 33%, 17 años, mientras que el 20% tiene 18 años. El 53% de adolescentes corresponden a la clase media con un ingreso mensual de S/920.00 – 460.00 en un 40% mientras que el 47% de las adolescentes corresponden a la clase social baja con un ingreso mensual  $< S/ 460.00$ , no halló adolescentes de la clase alta (11).

**Silva, V. (Juliaca, 2016)** formuló como objetivo, determinar los factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia obstétrica del Hospital I Edmundo

Escomel Arequipa, encontró como resultados que hay más frecuencia de aborto entre los 35 y 39 años (32.6%). En segundo lugar se encuentra el grupo de 20 a 29 años (19.6%); los pacientes con grado de instrucción superior le correspondió el 71%, distribuidos en nivel universitario (52,9%) y nivel técnico (18,1%), un 26,8% tienen como grado de instrucción secundaria, y un minoritario 2,2% educación primaria; el mayor porcentaje correspondió al rubro de casadas (59,4%), el 61,6% de mujeres que mantienen un empleo formal (12).

## **2.2. Teorías sobre el tema**

### **2.2.1. Factores psicosociales**

#### **2.2.1.1. Definición**

El concepto de factores psicosociales hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación, en este caso, de aborto incompleto y que tienen capacidad para afectar el embarazo; condiciones psicosociales desfavorables están en el origen ya sea de determinadas conductas y actitudes o como factor desencadenante del fenómeno (13).

#### **2.2.1.2. Descripción de los factores psicológicos**

- **Autoestima**

Coopersmith al igual que Rosenberg, referidos por Sparesci (2013) consideran que la autoestima es la evaluación que el individuo hace y generalmente mantiene con respecto a sí mismo; esta expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en la que el sujeto es capaz, importante, exitoso y valioso (14).

Alcántara la define como una actitud hacia uno mismo, la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Sostiene que es la descripción permanente según la cual el individuo se enfrenta consigo mismo. Es el sistema fundamental por el cual se ordenan las experiencias refiriéndolo al "YO" personal. Así mismo asegura que la autoestima es una estructura coherente, estable, difícil de modificar- Sin embargo su naturaleza no es estática, sino dinámica y por tanto, puede crecer, arraigarse más íntimamente, ramificarse e interconectarse con otras actitudes de la persona, como así también puede debilitarse, empobrecerse y desintegrarse.

Nathaniel Branden tiene una visión humanista en la cual afirma que la autoestima es una necesidad humana básica que influye sobre la propia conducta del ser humano, en otras palabras la autoestima es una necesidad que se debe aprender a satisfacerla mediante el ejercicio de las facultades humanas, la elección, la razón y la responsabilidad, vincula el sentido de eficacia de la persona y el sentido del merecimiento personal, constituyendo la suma integrada de autoconfianza y auto-respeto (14).

Asimismo presenta seis pilares cruciales y fundamentales ya que forman parte integral de la vida en las personas y todas se basan en distintas prácticas:

- La práctica de vivir conscientemente.
- La práctica de aceptarse a sí mismo
- La práctica de asumir la responsabilidad de sí mismo
- La práctica de autoafirmación
- La práctica de vivir con propósito
- La práctica de integridad personal

Con la práctica de estos pilares se puede lograr una mejor disposición y voluntad de vivir en armonía, siempre conscientes de la necesidad de voluntad, perseverancia y valor para afirmar el amor a la vida, que sintetiza la autorrealización personal

### ***Niveles de autoestima***

Coopersmith, plantea que existen distintos niveles de autoestima por lo cual cada persona reacciona ante situaciones similares, de forma diferente; teniendo expectativas desiguales ante el futuro, reacciones y autoconceptos disímiles. Caracteriza a las personas con alta, media y baja autoestima

*Autoestima alta:* Son personas expresivas, asertivas, con éxito académico y social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, consideran su trabajo de alta calidad y mantienen altas expectativas con respecto a trabajos futuros, manejan la creatividad, se autorrespetan y sienten orgullo de sí mismos, caminan hacia metas realistas.

*Autoestima media.* Son personas expresivas, dependen de la aceptación social, igualmente tienen alto número de afirmaciones positivas, siendo más moderadas en sus expectativas y competencias que las anteriores.

*Autoestima baja.* Son individuos desanimados, deprimidos, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse; se sienten débiles para

vencer sus deficiencias, tienen miedo de provocar el enfado de los demás, su actitud hacia sí mismo es negativa, carecen de herramientas internas para tolerar situaciones y ansiedades (14).

- **Depresión**

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica. Es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella (15).

Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (16).

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico (17).

### **Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10. Presentación sintomática.**

#### **A. Criterios generales para episodio depresivo**

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

#### **B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:**

Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

**C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:**

Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

**Clasificación de la depresión:**

**Episodio depresivo leve:** están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

**Episodio depresivo moderado:** están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

**Episodio depresivo grave:** deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (18).

## **La depresión en la mujer**

Muchas mujeres tienen más estrés (tensión) por las responsabilidades que desarrollan en la vida diaria. Más aún, en medios de pobreza y cuando sus parejas no asumen la cuota de responsabilidad que les corresponde respecto al cuidado de los niños, la administración y el mantenimiento de la casa; generalmente las mujeres se ven abrumadas por la cantidad de actividades que tienen que desarrollar, incluido el trabajo o el empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser jefas de hogar o por asumir el cuidado de otros integrantes de la familia o de los padres ancianos. Muchas mujeres tienen riesgo de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres, los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden conducir a una depresión post-parto. Aunque las madres primerizas pueden experimentar períodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es esperable y cuando se presenta requiere de tratamiento. Cuando recibe tratamiento de salud y el apoyo emocional de la familia, recuperan su bienestar físico y mental (19).

### **2.2.1.2. Descripción de los factores sociales**

- **Edad**

Del latín *aetā*, la edad, se refiere a la vida o tiempo que vive una persona. Concepto implícito en la cosmovisión. Es parte de un referente que se mide o se enmarca en la experiencia vivida colectiva. Se manifiesta físicamente per se en el ritmo biológico por el que pasamos todos los seres vivos (ciclos). En la humanidad está inminentemente relacionado a la concepción del tiempo. La expresión del ritmo biológico, continuo y progresivo, le significa al individuo y se representa socialmente. Los significados de la edad, como una categoría de periodificación no sólo biológica, sino también como un constructo sociocultural y simbólico que remite al individuo a la ubicación espaciotemporal del ciclo de vida de cada cultura en función de su cosmovisión (20).

Estudiar el comportamiento ligado al contexto de la salud y de la enfermedad desde una perspectiva evolutiva resulta imprescindible para comprender la naturaleza cambiante de las necesidades sanitarias así como las percepciones cambiantes de la salud y de la enfermedad a lo largo del ciclo vital (21).

- **Nivel educativo**

La educación es un proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que contribuye a la formación integral de las personas, al pleno desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad nacional, latinoamericana y mundial. Se desarrolla en instituciones educativas y en diferentes ámbitos de la sociedad.

El Sistema Educativo comprende las siguientes etapas:

**a) Educación Básica.** La Educación Básica está destinada a favorecer el desarrollo integral del estudiante, el despliegue de sus potencialidades y el desarrollo de capacidades, conocimientos, actitudes y valores fundamentales que la persona debe poseer para actuar adecuada y eficazmente en los diversos ámbitos de la sociedad. Con un carácter inclusivo atiende las demandas de personas con necesidades educativas especiales o con dificultades de aprendizaje.

La Educación Básica Regular es la modalidad que abarca los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria. Está dirigida a los niños y adolescentes que pasan, oportunamente, por el proceso educativo de acuerdo con su evolución física, afectiva y cognitiva, desde el momento de su nacimiento. La Educación Básica Regular comprende:

*Nivel de Educación Inicial.* La Educación Inicial constituye el primer nivel de la Educación Básica Regular, atiende a niños de 0 a 2 años en forma no escolarizada y de 3 a 5 años en forma escolarizada.

*Nivel de Educación Primaria.* La Educación Primaria constituye el segundo nivel de la Educación Básica Regular y dura seis años. Tiene como finalidad educar integralmente a niños. Promueve la comunicación en todas las áreas, el manejo operacional del conocimiento, el desarrollo personal, espiritual, físico, afectivo, social, vocacional y artístico, el pensamiento lógico, la creatividad, la adquisición de las habilidades necesarias para el despliegue de sus potencialidades, así como la comprensión de los hechos cercanos a su ambiente natural y social.

*Nivel de Educación Secundaria.* La Educación Secundaria constituye el tercer nivel de la Educación Básica Regular y dura cinco años. Ofrece a los estudiantes una

formación científica, humanista y técnica. Afianza su identidad personal y social. Profundiza el aprendizaje hecho en el nivel de Educación Primaria. Está orientada al desarrollo de competencias que permitan al educando acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos en permanente cambio. Forma para la vida, el trabajo, la convivencia democrática, el ejercicio de la ciudadanía y para acceder a niveles superiores de estudio. Tiene en cuenta las características, necesidades y derechos de los púberes y adolescentes.

**b) Educación Superior.** La Educación Superior está destinada a la investigación, creación y difusión de conocimientos; a la proyección a la comunidad; al logro de competencias profesionales de alto nivel, de acuerdo con la demanda y la necesidad del desarrollo sostenible del país.

Las mujeres presentan proporciones mayores que los hombres de personas que no adquirieron ningún grado educativo (22).

- **Estado civil**

El estado civil es la situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones. Se trata básicamente del “estado de familia” en cuanto es la situación de un sujeto en la familia la que determina su estado civil. Relaciones de familia, como el matrimonio o la filiación, al determinar un estado civil, atribuyen derechos e imponen obligaciones específicos para los individuos que vinculan. Solamente las personas individuales o físicas tienen estado civil (23).

La unión de personas de diferente sexo con fines de procreación y vida en común y que asume permanencia en el tiempo, define claramente el concepto de matrimonio o de unión conyugal en un término más amplio. La formación de este vínculo se da generalmente en las primeras etapas de la edad adulta, en la cual la pareja busca la prolongación de sus vidas a través de sus hijos, son muy pocos los que permanecen solteros (24).

- **Nivel socioeconómico**

El nivel socioeconómico se define como la posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica. La National Center for Educational Statistics, la define como una medida de la posición relativa económica y social de una

persona/hogar. Así también, la Center for Research on Education, Diversity and Excellence, la presenta como la medida del lugar social de una persona dentro de un grupo social, basado en varios factores, incluyendo el ingreso y la educación. El nivel socioeconómico junto al sexo y a la edad son los tres indicadores que componen cualquier estudio demográfico. Sin embargo no siempre se está de acuerdo sobre las posibilidades de su determinación lógica.

En el año 2003, la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM) acordó la unificación y homogenización de la fórmula para la determinación de niveles en el Perú. Durante el 2011-2012 para la definición de la fórmula se ha trabajado con variables y datos tomados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0-2004) desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Sin embargo, el nivel o estatus socioeconómico es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas. Por lo tanto, al analizar el nivel socioeconómico de una familia, parece existir cierto consenso en torno a la idea de que el estatus socioeconómico de las familias incluye tres aspectos básicos: ingresos económicos, nivel educativo y ocupación de los padres. En otras revisiones se añaden otras tales como el valor y las características de la vivienda, disponibilidad de libros en el hogar, disfrute de becas o ayudas, y algunas menos habituales, como es el caso de la frecuencia de visitas al dentista, la realización de viajes, o la disponibilidad de servicio doméstico; esto permite clasificar a la familia en una de las tres grandes categorías: Alto, Medio, y Bajo; aunque dependiendo del estudio que se hace, pueden separarse en más niveles (25).

- **Funcionalidad familiar**

La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

El funcionamiento familiar constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto histórico social en el

cual vive la familia y condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes.

La familia ha sido siempre reconocida como una de las variables más relevantes en el origen y mantenimiento de conductas de riesgo (26).

## **2.2.2. Aborto**

### **2.2.2.1. Definición**

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20- 22 semanas. Como en el aborto retenido no ha ocurrido la expulsión, se podría definir mejor al aborto como la interrupción de un embarazo menor de 20-22 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos (27).

### **2.2.2.2. Etiología**

La gran mayoría de los abortos espontáneos se deben a anomalías cromosómicas y a anomalías morfológicas de los gametos, los embriones o los fetos, incompatibles con un desarrollo normal. Entre los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación se encuentran anomalías cromosómicas en 50-60% de los casos; la mitad de estas anomalías cromosómicas son trisomías (en particular trisomía 16), aproximadamente un cuarto son monosomías X (cariotipo 45, X0); también se encuentran poliploidías (triploidías o tetraploidías) y un pequeño número presenta translocaciones desequilibradas y otras anomalías cromosómicas (27).

En abortos espontáneos tardíos (mayores de 12 semanas de gestación), la incidencia relativa de las anomalías cromosómicas disminuye a aproximadamente 5%. Otras causas de aborto espontáneo son las siguientes: anomalías anatómicas del aparato genital materno (útero unicornio, útero bicorne, útero tabicado, miomatosis uterina, incompetencia cervical, cicatrices y adherencias uterinas); enfermedades endocrinas tales como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la diabetes mellitus no controlada; enfermedades sistémicas maternas como el lupus eritematoso, las enfermedades cardiovasculares y renales y la desnutrición; infecciones maternas como sífilis, rubeola, toxoplasmosis, listeriosis, e infecciones por el virus herpes 2, virus de inclusión citoplasmática, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma hominis*; factores

inmunológicos tales como la isoinmunización Rh, la incompatibilidad ABO o del sistema Kell; factores tóxicos como el uso de antagonistas del ácido fólico y el envenenamiento por plomo y traumáticos por lesión directa sobre el útero en gestaciones del segundo trimestre.

Aunque los factores etiológicos involucrados en la pérdida recurrente del embarazo (anteriormente aborto habitual) son los mismos que los que se informan para el aborto espontáneo individual, es diferente la distribución de su frecuencia. Por ejemplo, las anomalías Müllerianas que se encuentran en 1-3% de mujeres con un aborto individual, se pueden diagnosticar en 10-15% de pacientes con pérdida recurrente de la gestación. La incidencia de anomalías cromosómicas es menor en los casos de pérdida recurrente del embarazo, aunque cuando se realizan cariotipos de alta resolución el número de desarreglos que se diagnostica es mayor. Los desórdenes endocrinos, las alteraciones autoinmunes, las anomalías Müllerianas y la incompetencia cervical se diagnostican con mayor frecuencia en las pacientes con pérdida recurrente de la gestación (28,27).

### **2.2.2.3. Formas clínicas del aborto espontáneo**

La sintomatología más frecuente en un aborto espontáneo es el sangrado vaginal y el dolor hipogástrico en el contexto de una historia de amenorrea.

**Amenaza de aborto.** El síntoma más habitual es el sangrado vaginal y el dolor hipo hipogástrico. El sangrado durante el primer trimestre complica casi al 25% de las gestaciones. El examen clínico evidencia un cérvix cerrado, un tamaño uterino apropiado para la edad gestacional y la actividad cardíaca fetal es detectable por ecografía o examen Doppler si la gestación es lo suficientemente avanzada (29). Ocurre con una frecuencia muy elevada, una de cada cuatro o cinco mujeres presentan sangrado escaso por vía vaginal o uno más intenso durante el comienzo de la gestación. Se trata de una situación que generalmente tiene un buen pronóstico; en el 90-96% de los casos la gestación sigue su curso, aunque siempre es un signo de alarma, y en algunos casos se asocia a malos resultados perinatales (30).

**Aborto inminente.** El 50% de los casos anteriores, evoluciona patológicamente, de modo que se produce un aumento de la hemorragia y las contracciones alcanzan intensidades semejantes a las del parto. Al tacto vaginal, percibimos modificaciones cervicales: el cuello se acorta, se ablanda y queda entreabierto, palpando –a su

través- los productos de la concepción. En su evolución, se progresa a aborto consumado (29).

**Aborto en curso:** Es la presencia de contracciones uterinas, con cuello uterino modificado; y, el producto de la concepción, todavía en el útero. El 100% de los casos evolucionan hacia la expulsión (30)

**Aborto incompleto.** El cuadro clínico se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción por lo que el orificio aparece abierto, pudiéndose visualizar tejido gestacional en vagina o asomando por el cérvix, con un tamaño uterino menor que el esperado para la edad gestacional.

El diagnóstico ecográfico de un aborto incompleto no siempre es fácil y aunque no existe consenso, se suele utilizar un grosor de la línea media uterina  $\geq$  mm, medida con sonda vaginal. Además la presencia de una ecogenicidad heterogénea hace sospechar la existencia de restos ovulares en el útero (29).

**Aborto completo.** Éste sucede cuando se produce la expulsión completa del tejido embrionario ocurre en aproximadamente un tercio de los casos. Clínicamente se manifiesta por la desaparición del dolor y del sangrado activo, un útero de tamaño normal y bien contraído con cérvix cerrado. El diagnóstico ecográfico se basa en un grosor de la línea media uterina  $<$  15 mm (29).

**Aborto retenido.** Se refiere a la muerte “in útero” del embrión o feto antes de las 22 semanas de gestación, con retención de la gestación por un periodo prolongado de tiempo. Según la imagen ecográfica se distinguen dos tipos: el aborto diferido, en el que se observa un embrión sin latido y la gestación anembrionada (“huevo duro”), en el que se observa un saco  $\geq$  20 mm sin identificarse embrión.

Clínicamente el útero suele ser más pequeño del esperado, generalmente el cérvix está cerrado y no existe sangrado activo. La ecografía es la base del diagnóstico.

Aborto séptico. Los datos clínicos habituales del aborto séptico incluyen fiebre, escalofríos, mal estado general, dolor abdominal y sangrado vaginal, con frecuencia de aspecto purulento. La exploración genital evidencia un útero blando con cérvix dilatado y un sangrado genital, purulento o no. La analítica presenta leucocitosis con desviación a la izquierda.

Los gérmenes habitualmente implicados son Staphylococcus aureus, Bacilos Gram negativos o algún coco gram positivo (29).

#### **2.2.2.4. Patología del aborto**

El aborto se acompaña de infiltración de sangre en la decidua basal, seguida de necrosis de los tejidos vecinos, hasta la expulsión de sangre hacia el exterior. Si es incipiente, el huevo se desprende y estimula las contracciones uterinas, lo que culmina en su expulsión. Cuando se abre el saco gestacional, suele haber líquido rodeando al pequeño feto macerado o bien no se detecta producto alguno de la concepción, situación llamada huevo anembriónico.

En el aborto con un producto de mayor edad, se pueden observar varios resultados. el feto retenido puede mostrar maceración y hay colapso de los huesos del cráneo, el abdomen se distiende con líquido sanguinolento y se degeneran los órganos internos. La piel se reblandece y se desprende dentro del útero o con el mínimo tacto. Como otra posibilidad, si se absorbe líquido amniótico, el feto queda comprimido y seco y así surge el producto llamado *fetus compresus*. A veces el feto se seca y comprime al grado de que recuerda el pergamino y se le ha llamado *feto papiáceo* (28).

#### **2.2.2.5. Diagnóstico diferencial**

Sangrado por implantación. Se trata de una hemorragia escasa, en cantidad menor a una menstruación, que ocurre en casi la mitad de las embarazadas entre las semanas 4° y 6°. A veces se puede confundir con una menstruación, lo que alteraría el cálculo de la edad gestacional. No se asocia a peor pronóstico de la gestación, por lo que no se trata de una amenaza de aborto.

*Patología del aparato genital.* Una adecuada exploración ginecológica con espéculo permitirá confirmar si la procedencia de la hemorragia es vulvo – vaginal o si, por el contrario, su origen es intrauterino. Una de las causas más frecuentes de hemorragia del primer trimestre es el traumatismo ocasionado por las relaciones sexuales sobre una vagina o cérvix más friables debido a los cambios del embarazo.

*Metrorragia disfuncional:* Ante cualquier mujer en edad fértil que consulte de forma urgente por un cuadro de hemorragia, se debe solicitar un test de embarazo para descartar esta posibilidad.

*Embarazo ectópico.* La principal dificultad para el diagnóstico diferencial se plantea cuando existe una prueba de embarazo positiva y no es posible localizar la gestación por ecografía. En estos casos se deben cuantificar los niveles séricos de

$\beta$ -hCG. La sospecha de embarazo ectópico debe ser alta cuando por ecografía transvaginal se objetiviza un útero vacío y los niveles de  $\beta$ -hCG sérica son  $> 1800$  mUI/mL.

*Gestación molar.* Se debe sospechar ante niveles muy elevados de  $\beta$ -hCG junto con el hallazgo ecográfico de cambios hidrópicos placentarios y/o quistes tecaluteínicos (29).

#### **2.2.2.6. Clasificación del aborto**

**Aborto espontáneo.** Se define como la pérdida involuntaria del embarazo antes de que el feto sea viable o sea antes de las 22 semanas de edad gestacional.

**Aborto inducido.** Se llama aborto inducido (del latín *abortus* o *aborsus*, de *aborior*, contrario a *orior*, contrario a *nacer*) a la interrupción de un embarazo provocada intencionalmente, ya sea por medicamentos, o por una intervención mecánica (28).

### **2.3. Hipótesis**

Existen factores psicosociales que influyen significativamente en el aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

### **2.4. Variables**

#### **2.4.1. Variables independientes**

Factores psicológicos

Factores sociales

#### **2.4.2. Variable dependiente**

Aborto incompleto

## 2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables

Tipo de variable	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala
<b>Variable independiente</b>  <b>Factores psicosociales</b> aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación, en este caso, de aborto incompleto y que tienen capacidad para afectar el embarazo (13).	Factores psicológicos	Nivel de autoestima	Alta Media Baja	Nominal
		Grado de depresión	Leve Moderado Grave	Ordinal
	Factores sociales	Edad	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40- + años	De razón
		Nivel educativo	Sin ningún nivel Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnica Superior universitaria	Ordinal
		Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal
Funcionalidad familiar	57 - 70 puntos: Familia Funcional 43 - 56 puntos: Familia Moderadamente Funcional 28 - 42 puntos: Familia Disfuncional De 14 - 27 puntos: Familia Severamente Disfuncional	Ordinal		
<b>Variable dependiente</b> <b>Aborto incompleto.</b> Es la expulsión parcial de los productos de la concepción (29).	Aborto incompleto		Si No	Nominal

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño del presente estudio corresponde a una investigación no experimental de corte transversal. El tipo de estudio es descriptivo, analítico y correlacional y de naturaleza prospectiva.

**Es no experimental** porque no se manipuló ninguna variable.

**Descriptivo:** porque permitió medir, describir y analizar los factores psicosociales asociados al aborto incompleto, ya sea éste, espontáneo o inducido.

**Correlacional.** Porque permitió conocer la influencia de los factores psicosociales en el desenlace del aborto incompleto según su naturaleza: espontáneo o inducido.

**De corte transversal** porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

**Prospectivo,** porque los datos se fueron recolectando conforme fueron sucediendo los hechos.

#### 3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, ubicado en el distrito de Cajamarca, el que está ubicado en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste, a 856 Km de la capital del País, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m y cuenta con una T° media anual de 18.9°C.

La población estuvo constituida por todas las mujeres que acudieron al Hospital y se les realizó un diagnóstico de aborto incompleto que según el libro de registro es 383.

N = 383

#### 3.3. Muestra y muestreo

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

### 3.3.1. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó para estimar la proporción de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto inducido ( $P = 0.80$ ) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% y se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$

$$n \geq \frac{(450)(1.96)^2(0.7)(0.3)}{(0.09)^2(450) + (1.96)^2(0.7)(0.3)}$$

$$n \geq 82$$

Dónde:

$N = (450)$  tamaño de la población

$n = (82)$  tamaño de la muestra

$Z = 1,96$  (nivel de confianza)

$P = (0,7)$  (Proporción de mujeres con aborto incompleto sin influencia de factores psicosociales)

$Q = (0,3)$  (Proporción de mujeres con aborto incompleto con influencia de factores psicosociales).

$D = (0,09)$  Error máximo permitido.

### 3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis del presente estudio estuvo constituida por cada una de las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016.

### 3.5. Criterios de inclusión

Las mujeres participantes del estudio cumplieron con los siguientes criterios:

- Estar en pleno uso de sus facultades mentales
- Aceptar voluntariamente ser parte del estudio
- Tener diagnóstico preciso de aborto incompleto.

### 3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

**Autonomía:** La mujer entrevistada opinó libremente sin influencia ni del investigador ni de terceras personas.

**No maleficencia:** La información recabada se obtuvo luego que la mujer dio su consentimiento

**Consentimiento informado:** Luego que la mujer, informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.

**Privacidad:** Se respetó el anonimato de la mujer entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

**Confidencialidad:** La información referida por la mujer, no ha sido revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

### 3.7. Técnica e instrumento de recolección de datos

Para la realización del presente trabajo de investigación se siguieron los siguientes pasos:

En una primera fase se solicitó el permiso del Director del Hospital Regional Docente de Cajamarca y al jefe del servicio de ginecología y obstetricia, dándoles a conocer la importancia de la investigación.

En una segunda fase se conversó con cada una de las mujeres que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, dándoles

a conocer el motivo de la investigación; solicitándoles que firmen el consentimiento informado en caso aceptaran ser parte de la investigación.

La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumentos se utilizaron:

1. **Un cuestionario de recolección de datos** en donde se consignaron los datos de la mujer con diagnóstico de aborto incompleto, considerando los factores psicosociales como el nivel de autoestima, el grado de depresión, la edad, el nivel educativo, estado civil, nivel socioeconómico y la funcionalidad familiar (Anexo 01)

2. **Escala de autoestima de Rosenberg**, que consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia auto administrativa. De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1, de los ítems del 6 al 10, las respuesta A a D se puntúan de 1 a 4. Siendo la interpretación: De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada considerada como autoestima normal; De 26 a 29 untos: autoestima media; menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima. Anexo 02.

3. **PHQ-2 (CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE- P)** para determinar el grado de depresión cuya interpretación es: de 5 – 9 puntos: Depresión mínima o leve; de 10 – 14 puntos: depresión mayor leve; de 15 – 19 puntos: depresión mayor moderada y  $\geq 20$ , depresión mayor severa. Anexo 3

4. **Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)** que es un test que consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14 ítems, correspondiendo a 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento: variables de cohesión (reactivos 1 y 8), armonía (reactivos 12 y13), comunicación (reactivos 5 y 11), permeabilidad (reactivos 7 y 12), afectividad (reactivos 3 y 14), roles (reactivos 3 y 9) y adaptabilidad (reactivos 6 y 10). Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos, a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos), casi siempre (5 puntos). Cada situación debe ser respondida por la mujer mediante una cruz (X) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar. De 57 - 70 puntos: Familia Funcional De 43 - 56 puntos: Familia Moderadamente Funcional De 28 - 42 puntos: Familia Disfuncional De 14 - 27 puntos: Familia Severamente Disfuncional. Anexo 04

### **3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

#### **3.8.1. Procesamiento**

Para el procesamiento de los datos se utilizó el software estadístico SPSS V-21 para Windows, para luego proceder a sistematizar los resultados en tablas simples y de contingencia, que luego fueron analizados.

#### **3.8.2. Análisis**

Se siguieron los siguientes pasos:

**Fase descriptiva:** se describieron los resultados de la influencia de los factores psicosociales en el desenlace del aborto incompleto, basados en los datos estadísticos analizados con la distribución de frecuencias y contrastados con las bases teóricas y antecedentes del estudio.

**Fase inferencial:** se utilizaron las técnicas inferenciales o pruebas estadísticas de Test de hipótesis como comparación de proporciones y chi cuadrado, con un nivel de confiabilidad de 99%.

### **3.9. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS**

La validez del cuestionario se hizo a través de una prueba piloto, aplicando encuestas e instrumentos a diez mujeres atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla 01: Factores sociales de las mujeres con aborto incompleto, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016**

<b>Grupo etáreo</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
15-19 años	28	34,1
20-24 años	25	30,5
25-29 años	13	15,9
30-34 años	7	8,5
35-39 años	7	8,5
40+ años	2	2,4
<b>Grado de instrucción</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Sin instrucción	2	2,4
Primaria incompleta	10	12,2
Primaria completa	3	3,7
Secundaria incompleta	14	17,1
Secundaria completa	20	24,4
Superior técnica	13	15,9
Superior universitaria	20	24,4
<b>Estado civil</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Soltera	34	41,5
Casada	17	20,7
Conviviente	31	37,8
<b>Funcionalidad familiar</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Familia funcional	25	30,5
Familia moderadamente funcional	17	20,7
Familia disfuncional	33	40,2
Familia severamente disfuncional	7	8,5
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que, un 34,1% de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto pertenecen al grupo etáreo de 15-19 años; el 19,4% correspondió a mujeres mayores de 30 años. Estos datos coinciden parcialmente, con el estudio de Enríquez (2010) quien determinó que el grupo etario que predominó fueron las adolescentes intermedias con el 52,3 % (7). También son similares con los de López

(2013) quien encontró que el 43,08% de mujeres tuvieron una edad entre los 20-29 años de edad con una diferencia porcentual de 2.6 (9). Pero difieren con los de Macas (2013) quien por su parte encontró que el 19,41% fueron mujeres de 15 a 20 años, el 33,33%, de 21 a 26 años, el 23,80% de 27 a 32 años, mientras el 21,61% tenía más de 35 años (10). Mendoza (2009) determinó que un 47% de mujeres, tenía 16 años, el 33%, 17 años, mientras que el 20% 18 años (11). Quintero (2010) en su estudio encontró que la edad promedio de las mujeres de su estudio fue de 1.9, con extremos entre los 14 y 40 años

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, a la probabilidad de un aborto espontáneo si se embaraza en los extremos de la vida reproductiva. En una mujer mayor de 35 años es mayor la posibilidad de un aborto espontáneo mientras que en las adolescentes existe mayor probabilidad de que decida por un aborto provocado.

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal (31).

De otra parte, la edad, es el principal factor asociado a la aparición de aborto. En mujeres sin otros factores de riesgo para presentarlo, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de dicha complicación. Este aumento de riesgo conforme se incrementa la edad de la madre no puede ser atribuido exclusivamente a la mala calidad ovocitaria secundaria al aumento de la edad; sin embargo, las gestantes de mayor edad presentan un riesgo superior de gestación aneuploide, determinado por la elevada proporción de ovocitos portadores de alteraciones cromosómicas (32).

En cuanto al grado de instrucción, el 24,4% de mujeres con aborto incompleto manifestó tener secundaria completa y en igual porcentaje también dijeron tener

superior universitaria, dato similar al encontrado por López (2013) quien determinó que, las mujeres que tuvieron un aborto incompleto y que poseían un nivel de instrucción secundaria fueron las más frecuentes con el 43,3%; mientras que las mujeres sin estudio fueron las menos prevalentes con un 2% (9).

El grado de instrucción es un importante indicador de salud en todas las áreas, se conoce que a mayor nivel educativo el autocuidado de la salud, es mejor, por tanto puede ser evitado un aborto ya sea espontáneo o inducido.

Respecto al estado civil, el 41,5% de mujeres con aborto incompleto, manifestaron ser solteras, seguido del 37,8% que dijeron ser convivientes; solamente el 20,7% son casadas.

Por la misma situación legal en la que se encuentran las mujeres solteras, pueden estar en situaciones de estrés y ansiedad, estados que por su compromiso con el organismo humano, pueden provocar un aborto incompleto espontáneo o decidir por sí mismas terminar con el embarazo.

Vásquez (2016) señala que, el estrés materno puede provenir de factores psicosociales, complicaciones obstétricas, enfermedades psiquiátricas, respuesta emocional al embarazo u otras causas, las cuales producen respuestas emocionales y fisiológicas en la madre, las cuales repercuten en el feto. Estos resultados emocionales y orgánicos de la madre, son denominados “estresores” que alteran el estado metabólico de la misma, aumentando los niveles de cortisol, propiciando la desnutrición en el feto y madre y presencia de sustancias tóxicas (33).

En cuanto a la funcionalidad familiar, el 40,2% de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto pertenecen a una familia disfuncional, mientras que el 30,5% pertenecen a una funcional.

Las mujeres, fundamentalmente las adolescentes que están en una situación de crisis, por la etapa que están atravesando, si pertenecen a una familia disfuncional, agudizarán esta condición y la joven se verá envuelta en un contexto de ansiedad y frustración que la harán tomar decisiones negativas frente a un embarazo, o de por sí la situación puede generar diversos tipos de patología que de igual forma terminarán en un aborto espontáneo.

**Tabla 02. Factores psicológicos de las mujeres con aborto incompleto atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

<b>Nivel de autoestima</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Alta	22	26,8
Media	34	41,5
Baja	26	31,7
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>
<b>Grado de depresión</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Sin depresión	19	23,2
Depresión Mínima	29	35,4
Depresión leve	18	22,0
Depresión Moderada	13	15,9
Depresión severa	3	3,7
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que el 41,5% de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto presentaron un nivel de autoestima media; el 31,7% autoestima baja y solamente el 26,8% un nivel de autoestima alta.

Una autoestima alta permite a las personas cierta potestad para enfrentarse a situaciones difíciles como un embarazo inclusive, si no es deseado; por el contrario las personas con baja autoestima verán un problema en esta situación y de hecho recurrirán al aborto como una solución a su problema, olvidando que si este se realiza en situaciones no asépticas puede ocasionar serias infecciones pudiendo comprometer la vida de la mujer.

En cuanto al grado de depresión, el 35,4% de las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto, presentó depresión mínima y el 22,0%, depresión leve; 23,2% de mujeres no presentó depresión. Un mínimo porcentaje de mujeres con aborto incompleto presentó depresión severa en 3,7%.

Para las madres solteras, los problemas propios de mantener un hogar y criar a sus hijos conllevan sentimientos de ansiedad, soledad, sufrimiento, frustración, lágrimas, y, sobre todo, una lucha constante para lograr sus metas en la vida que las va a llevar tarde o temprano a una depresión, la misma que puede desencadenar un aborto espontáneo o bien inducido.

**Tabla 03. Mujeres con aborto incompleto atendidas en el Hospital Regional Docente, Cajamarca, 2016**

<b>Aborto</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Sí	62	75,6
No	20	24,4
Total	82	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

En el presente estudio se encontró un alto porcentaje de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto (75,6%); resultados que muestran la alta incidencia de esta patología; sin embargo aún en la actualidad existe conflicto para determinar si se trata de un aborto espontáneo o provocado, pues aunque se sospeche de un aborto provocado; las mujeres niegan haberse sometido a alguna práctica abortiva, por el temor a un proceso legal; pues en el país el aborto no se encuentra legalizado; en tal sentido el profesional de salud tiene la obligación de aceptar la versión emitida por la mujer y ser atendida en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos.

Es importante comentar que ya sea un aborto espontáneo o provocado, las mujeres atraviesan por una situación de ansiedad, angustia y estrés, generalmente se sienten temerosas de no volver a embarazarse o presentan cuadros de depresión, pues en determinadas cuentas, suelen sentirse culpables ya sea uno u otro caso.

La Federación Internacional de Planificación Familiar (2012), sostiene que se debe garantizar el respeto absoluto por los derechos de las mujeres a la privacidad, discreción y confidencialidad. Una mujer que se presenta a un servicio para ser atendida por aborto puede estar preocupada de que sus padres, marido, pareja, parientes, miembros de la comunidad o agentes de la ley tomen conocimiento del hecho y la juzguen (34).

**Tabla 04. Mujeres con aborto incompleto según grupo etéreo. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

Grupo etéreo	Aborto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
15-19 años	25	89,3	3	10,7	28	34,1
20-24 años	14	56,0	11	44,0	25	30,5
25-29 años	10	76,9	3	23,1	13	15,9
30-34 años	6	85,7	1	14,3	7	8,5
35-39 años	6	85,7	1	14,3	7	8,5
40+ años	1	50,0	1	50,0	2	2,4
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>75,6</b>	<b>20</b>	<b>24,4</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 9,551$$

$$p = 0,089$$

Se logra notar en los presentes datos que, de las mujeres de 15-19 años, el 89,3% tuvo un aborto incompleto; y del grupo de 20-24 años, el 56% también tuvo un aborto incompleto; en porcentajes similares (85,7%) las mujeres de los grupos etéreos de 30-34 años y de 35-39 años, igualmente tuvieron un aborto incompleto.

La edad es un importante predictor del aborto, ya que la probabilidad de este varía de acuerdo a ella; las adolescentes cuando se embarazan tienen que afrontar situaciones difíciles, generalmente no tienen la preparación suficiente para enfrentar esta nueva situación, muchas veces no saben cómo dar la noticia a sus madres y comparten su situación con una amiga de confianza la que las induce a llevar a cabo un aborto, sobre todo cuando son abandonadas por su pareja. Otras veces, es la pareja misma la que la induce al aborto y aunque parezca algo raro en ocasiones, es la misma madre la que obliga a su hija a abortar

Da Fonseca (2013) en su estudio cualitativo determinó que a pesar de la voluntad de dar continuidad a la gestación, las adolescentes mencionaron que no tuvieron autonomía para tomar esa decisión, una vez que se vieron obligadas a aceptar la decisión de la madre (35).

Las mujeres en la etapa de la juventud, recurren al aborto por continuar con sus estudios o su trabajo o porque simplemente ha sido un embarazo no deseado, consecuencia de una relación pasajera.

Enríquez (2010) determinó que el motivo más frecuente de solicitud para interrumpir la gestación fue ser muy joven para asumir el rol de la maternidad en 50,4 % (7).

Aquellas mayores de 40 años posiblemente lo hagan porque se vieron embarazadas porque les falló el método y ya han completado el número ideal de hijos que han deseado tener.

Este dato difiere con el de Roldán (2017) quien encontró que en relación a la edad, evidenció que el grupo de pacientes con aborto incompleto y con edad menor de 35 años fueron 93,4%, similar a las que no presentaron aborto pero si pertenecen al rango de menor de 35 años representando el 82% del grupo control (36). De igual forma con los de Silva (2016) quien encontró que, hay más frecuencia de aborto entre los 35 y 39 años (32.6%) (12).

Narro (2011) informó que, el 50% de las mujeres que se embarazan después de los 40 años busca el aborto provocado y un 20% espera un aborto espontáneo (37).

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables grupo etáreo y aborto incompleto, según  $p = 0,089$

**Tabla 05. Mujeres con aborto incompleto según grado de instrucción. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

Grado de instrucción	Aborto				Total	
	Sí		No			
	n°	%	n°	%	n°	%
Sin instrucción	2	100,0	0	0,0	2	2,4
Primaria incompleta	9	90,0	1	10,0	10	12,2
Primaria completa	2	66,7	1	33,3	3	3,7
Secundaria incompleta	14	100,0	0	0,0	14	17,1
Secundaria completa	19	95,0	1	5,0	20	24,4
Superior técnica	9	69,2	4	30,8	13	15,9
Superior universitaria	7	35,0	13	65,0	20	24,4
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>75,6</b>	<b>20</b>	<b>24,4</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 28,664$$

$$p = 0,000$$

En la presente tabla se logra observar que aquellas mujeres sin ningún grado de instrucción abortaron en el 100,0%; quienes tienen secundaria completa tuvieron aborto incompleto en el 95,0% y las que tienen superior universitaria han tenido un aborto incompleto en el 35,0%; es decir que, conforme aumenta el nivel educativo de las mujeres el porcentaje de aborto incompleto es menor.

Cuando se correlaciona nivel educativo y aborto se lo puede asociar al conocimiento obtenido sobre las consecuencias y las implicancias psicológicas, sociales y biológicas que éste trae consigo, por lo que aquellas mujeres con un nivel de estudios, más alto, alcanzado probablemente, tengan una mejor actitud para aceptar un embarazo sin recurrir al aborto o tener conducta de autocuidado que de igual forma le permita proteger su embarazo.

Trujillo (2015) precisamente sostiene que, 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 (38).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables grado de instrucción y aborto incompleto según lo evidencia  $p = 0,000$ .

**Tabla 06. Mujeres con aborto incompleto según estado civil. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

Estado civil	Aborto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Soltera	23	67,6	11	32,4	34	41,5
Casada	13	76,5	4	23,5	17	20,7
Conviviente	26	83,9	5	16,1	31	37,8
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>75,6</b>	<b>20</b>	<b>24,4</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 2,323$$

$$p = 0,313$$

Se evidencia en la presente tabla que fueron las convivientes las que tuvieron un mayor porcentaje de aborto incompleto con 83,9%; seguido de las casadas con 76,5% y finalmente las solteras con 67,6%.

Este dato coincide con lo que se afirma que, la mayor tasa de aborto inducido ante embarazos no deseados se presenta en mujeres que no conviven en pareja; siendo la justificación, la mayor vulnerabilidad que existe en esta situación.

En cambio, las mujeres convivientes y casadas son parejas estables con situaciones poco cambiantes en su situación legal, surgiendo como interrogante por qué estas parejas no utilizan métodos anticonceptivos que regulen su fecundidad, situación que posibilita en gran medida la posibilidad de un embarazo no deseado y con ello la decisión de interrumpir el embarazo

En realidad todas las mujeres pueden enfrentarse a un embarazo no deseado y por tanto a un aborto.

Los datos encontrados coinciden con los de López (2013) quien detectó una frecuencia elevada de pacientes en unión libre en el 32,3% (9), pero difieren con los de Silva (2016) quien obtuvo como resultados que el 59,4% de mujeres eran casadas (12).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables estado civil y aborto incompleto, según  $p = 0,313$

**Tabla 07. Mujeres con aborto incompleto según funcionalidad familiar. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

Funcionalidad familiar	Aborto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Familia funcional	21	84,0	4	16,0	25	30,5
Familia moderadamente funcional	9	52,9	8	47,1	17	20,7
Familia disfuncional	27	81,8	6	18,2	33	40,2
Familia severamente disfuncional	5	71,4	2	28,6	7	8,5
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>75,6</b>	<b>20</b>	<b>24,4</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 6,447$$

$$p = 0,092$$

La tabla 07 permite apreciar que, tanto las mujeres pertenecientes a una familia funcional como aquellas pertenecientes a una familia disfuncional tuvieron diagnóstico de aborto incompleto con 84,0% y 81,8%, respectivamente.

Las mujeres con familias severamente disfuncionales también presentan un alto porcentaje con aborto incompleto con 71,4%.

Una de las causas fundamentales de la disfuncionalidad familiar es la desintegración familiar, el cual es uno de los fenómenos con mayor impacto en la sociedad ya que afecta a su núcleo principal que es la familia y produce un cambio en la misma.

Es importante tomar en cuenta que el proceso de separación es una fuente de gran estrés que afecta de manera bidireccional a padres e hijos. Está acompañado de muchos sentimientos y emociones desagradables y perjudiciales como la culpa, el rencor, lástima, dolor, miedo, odio tristeza, lo cual puede tener implicancias en la salud mental y en el desarrollo personal y social.

Zuazo (2013) referido por Kusi (2016) refiere que la desintegración familiar es el producto del quebrantamiento de la unidad familiar/o insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros. Por lo tanto, es la descomposición de las relaciones entre los miembros de una familia, donde estos dejan de desempeñar adecuadamente sus obligaciones o deberes (39).

Ramírez y cols. (2016) afirma que una familia disfuncional puede conllevar a un embarazo no deseado, debido a que estas familias carecen de valores afectivos y pueden impulsar a las jóvenes a tener relaciones sexuales solo para recibir afecto y

crear un vínculo de amor. Ellos encontraron en su estudio que la disfunción familiar fue leve y moderada en 16,7% (40).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables funcionalidad familiar y aborto incompleto, según  $p = 0,092$ .

**Tabla 08. Mujeres con aborto incompleto según nivel de autoestima. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

Nivel de autoestima	Aborto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Alta	18	81,8	4	18,2	22	26,8
Media	23	67,6	11	32,4	34	41,5
Baja	21	80,8	5	19,2	26	31,7
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>75,6</b>	<b>20</b>	<b>24,4</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 2,004$$

$$p = 0,367$$

En la presente tabla se observa que las mujeres con nivel de autoestima alta y baja tuvieron diagnóstico de aborto incompleto en porcentajes similares con 81,8% y 80,8%, respectivamente. Las mujeres con autoestima media, tuvieron diagnóstico de aborto incompleto en el 67,6%.

Las mujeres que tienen un nivel de autoestima bajo, poseen un pobre autoconcepto de sí mismas, poca confianza en sí mismas, sentimientos ansiosos y depresivos, esto se presenta sobre todo en las adolescentes, quienes, muchas veces, se embarazan intencionalmente, por el temor de perder a su pareja, y cuando esta la abandona, la única solución posible que encuentra la joven es terminar con el embarazo.

Ramírez en su estudio encontró que las mujeres tenían una autoestima baja en el 26,6% (40).

Cardoso y cols. (2017) En su experiencia de más de 15 años en atención a mujeres con vivencia de pérdidas inducidas, reporta el impacto psicológico que esta puede generar y que implica evitación de pensamientos o sentimientos acerca del aborto, evitación de situaciones relacionadas con el mismo evento, sentimientos reprimidos, aislamiento, sensación de revivir la experiencia, ataques de angustia, recelo hacia sus hijos vivos, falta de energía, desinterés, llanto frecuente, conductas autodestructivas, entre otros, sentimientos que podrían estar asociados a una baja autoestima (41).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables nivel de autoestima y aborto incompleto, según  $p = 0,367$ .

**Tabla 09. Mujeres con aborto incompleto según grado de depresión. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

Grado de depresión	Aborto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sin depresión	19	100,0	0	0,0	19	23,2
Depresión mínima	15	51,7	14	48,3	29	35,4
Depresión leve	16	88,9	2	11,1	18	22,0
Depresión moderada	9	69,2	4	30,8	13	15,9
Depresión severa	3	100,0	0	0,0	3	3,7
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>75,6</b>	<b>20</b>	<b>24,4</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 18,077$$

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables funcionalidad familiar y aborto incompleto, según  $p = 0,092$

$$p = 0,001$$

Se puede observar en esta tabla que las mujeres sin depresión tuvieron diagnóstico de aborto incompleto en el 100,0% de los casos; pero de igual forma las mujeres con depresión severa también tuvieron un aborto incompleto en el 100,0% de los casos.

La depresión presente en las mujeres que han tenido un aborto incompleto, se debe al hecho de que en muchas de ellas, el embarazo representa un estresor, que da lugar a síntomas de ansiedad, sobre todo si éste no es deseado

Mercier y cols., referidos por Rondón (2015) Investigaron la trayectoria de los síntomas depresivos en mujeres con embarazo planificado (433), inoportuno pero aceptado (207) y no deseado (40); encontraron que el embarazo planificado tiene menor riesgo de causar depresión y que el embarazo no deseado (no el inoportuno, sino aquel que la mujer no desea) duplica el riesgo de depresión posparto para la mujer (42).

El embarazo no deseado supone una situación de estrés, ya que amenaza el proyecto de vida de la mujer y la enfrenta al riesgo de pobreza, violencia y discriminación. Por ello, produce manifestaciones depresivas y ansiosas con un

sustrato neurobiológico que pueden llevar a tomar decisiones que pueden comprometer su bienestar.

Rondón (2015) sostiene que, el embarazo no deseado es un estresor que amenaza la homeostasis al interferir con el proyecto de vida y las expectativas de la mujer; representa un riesgo de perpetuación de la pobreza al interferir con las oportunidades de educación y trabajo y se acompaña de estigmatización y violencia. Una mujer que se encuentra en esta situación decide cómo enfrentarla. Sobre esa decisión pesan factores internos (sus valores y expectativas, su nivel educativo y el grado de autonomía que ha alcanzado) y externos (el apoyo de la pareja y el soporte social con que cuenta, la disponibilidad de información y servicios sanitarios, la legislación). La mujer con embarazo no deseado buscará adaptarse a la situación, preservando su homeostasis. Su decisión de interrumpir el embarazo o continuarlo puede dar lugar a consecuencias desfavorables a corto plazo, a trastornos mentales persistentes (depresión) o a la preservación de la salud mental, dependiendo de sus antecedentes, su estado actual de salud, el soporte social y los servicios de salud disponibles (42).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables grado de depresión y aborto incompleto según lo evidencia  $p = 0,001$ .

## CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se arribó a las siguientes conclusiones:

1. El mayor porcentaje de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto perteneció al grupo etáreo de 15-19 años; la mayoría tiene secundaria completa, convivientes y pertenecientes a una familia disfuncional.
2. La mayoría de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto tuvieron un nivel de autoestima baja y un grado de depresión mínima.
3. Hubo un alto porcentaje de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto.
4. Se determinó que el grado de instrucción como factor social influye significativamente en el aborto incompleto según  $p = 0,000$  y como factor psicológico el grado de depresión también influye significativamente en el aborto incompleto según  $p = 0,001$ . Con lo que se corrobora la hipótesis de manera parcial.

## SUGERENCIAS

1. Concientizar al personal de los establecimientos de salud encargados de la Estrategia de Salud del Adolescente, diseñar e implementar talleres sobre conductas o comportamientos sexuales; y realizar sesiones educativas de salud preventiva sobre el aborto y sus consecuencias, planificación familiar saludable, ITS, VIH/SIDA, para mejorar los conocimientos de los adolescentes y disminuir los casos de aborto inducido y llevar una vida sexual segura y responsable.
2. A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, trabajar en coordinación con el personal de salud y realizar talleres de sensibilización sobre las consecuencias del aborto inducido, además se sugiere visitar los centros educativos y fomentar el autoestima en las adolescentes, y promover la información y comunicación para prevenir los embarazos no deseados
3. A la Dirección General de Salud, crear alianzas estratégicas entre los centros de salud, instituciones educativas a través de la UGEL, y los municipios de la región, para enfatizar la educación y la sensibilización sobre temas de sexualidad, que incluyan temas como: el embarazo en adolescente, el aborto inducido y sus complicaciones, las ITS, VIH/SIDA, entre otros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herráez J. Factores de riesgo en amenaza de aborto de las gestantes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Julius Doepfner de Zamora. Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2016.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso. Nota descriptiva. Ginebra: Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud; 2016.
3. GUTTMACHER Institute. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe. New York; 2012.
4. Arévalo H, De la Gálvez A. Las cifras hablan. El aborto es un problema de salud pública. Artículo original. La Paz - Bolivia; 2011.
5. Távara L.et al. Costos de la atención post aborto en Hospitales de Lima - Perú en 3 estudios sobre el aborto en Lima. Lima; 2013.
6. Enriquez B, Bermúdez R, Punetes E, Jiménez M. Comportamiento del aborto incompleto inducido en la adolescencia. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010 abril - junio; 32(2).
7. Quintero E, Ortiz R, Ochoa M, Consuegra M, Olivares C. Características sociodemográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. Revista de salud Pública. 2010; 12(4): p. 570-579.
8. López F, Morales K. Frecuencia de aborto y características sociodemográficas en pacientes atendidas en el Hospital "Homero Castanier Crespo". Tesis previa a la obtención del título de Médico y Médica. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca; 2013.
9. Macas J. Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de setiembre de 2012 a febrero de 2013. Tesis. Guayaquil - Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013.
10. Mendoza S. Factores asociados al aborto incompleto por automedicación con isoprostol en adolescentes. Ayacucho - Perú; 2009.
11. Silva V. Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia obstétrica del Hospital I Edmundo Escomel Essalud- Arequipa. Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en Alto riesgo y Emergencias obstétricas. Juliaca: Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez; 2016.
12. Daza F. Factores psicosociales: metodología de evaluación. España; 2015.

13. Sparesci V. Representación de la autoestima y de la personalidad en protagonistas de anuncios audiovisuales. Informe final. Buenos Aires - Argentina: Universidad Abierta Interamericana; 2013.
14. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Guía clínica: Depresión en personas de 15 años y más. Segunda ed. Santiago; 2013.
15. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Artículo Original. Ginebra; 2015.
16. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión Bethesda - Estados Unidos; 2015.
17. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia España: Avaliat; 2010.
18. Ministerio de Salud. Guía Técnica de Diagnóstico y Tratamiento de depresión en adultos de 18 a 65 años para médicos no psiquiatras Lima - Perú; 2013.
19. Hernández L. Edad biológica y edad cronológica en el contexto legal. New York; 2012.
20. Mondragón S. Edad cronológica y edad mental. Lima - Perú; 2011.
21. Ministerio de Educación. Ley General de Educación. Ley N° 28044. Lima - Perú; 2003.
22. Mazza G. Explore.Doc. [Online]. [cited 2016 Junio 09. Available from: <http://exploredoc.com/doc/72530/estado-civil--prof.-gast%C3%B3n-mazza-maio>.
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar Lima - Perú; 2014.
24. Vera O, Vera F. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Revista del Cuerpo Médico del Hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2013; 6(1).
25. Hernández C, Cargill N, Gutiérrez G. Funcionalidad familiar. Salud en Tabasco. 2012 Enero - abril; 18(1): p. 14-24.
26. Ruiz A. Aborto. In Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades [Escuelas] de Medicina. Guía para manejo de urgencias. Tomo II. Colombia; 2009. p. 906-911.
27. Cunningham G. et al. Obstetricia de Williams. Vigésima tercera ed. México D.F.: McGrawHill; 2011.
28. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales en obstetricia. Artículo original. Madrid; 2010.
29. Álvarez E. et al. Guías de obstetricia Murcia - España: Universidad de Murcia; 2009.

30. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista médica de Chile*; 142(2): p. 47-60.
31. Villanueva L. Factores frecuentes que ocasionan el aborto de embarazadas adolescentes en el Centro Materno Infantil César López Silva, Villa el Salvador. Tesis. Lima: Universidad Privada Sergio Bernales; 2015.
32. Vásquez F. Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Materno Perinatal. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
33. Federación Internacional de Planificación Familiar. Guías clínicas y protocolos para abortos del primer trimestre. Primera edición ed. Londres; 2012.
34. Da Fonseca S, Barboza M, Pinto M, De Oliveira D. Experiencia de mujeres con aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre. *Revista Latino - Am Emfermagem*. 2013; 21(4).
35. Roldán L. Factores socioreproductivos relacionados con el aborto incompleto en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte de enero a diciembre de 2015. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
36. Narro E. Mujeres mayores de 40 años embarazadas. *RPP Noticias*. 2011.
37. Trujillo G, Sembrera E. Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5° año de secundaria de una Institución educativa. Investigación. Lima: Universidad Peruana Unión; 2015.
38. Kusi P. Disfunción familiar: causas, consecuencias. Artículo original. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016.
39. Ramírez A, Valladares P. Factores predisponentes de embarazo no deseado y aborto en mujeres atendidas en el Hospital II-1 Es Salud Tumbes. Tesis para optar el Título de Licenciado en Obstetricia. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2016.
40. Cardoso M, Zavala M, Alva M. Depresión y estrés post traumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento psicológico*. 2017 abril 04; 15(2): p. 109-120.
41. Rondón M. Salud mental y aborto terapéutico. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2015; 76(4).

## ANEXO 01

### CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### I. FACTORES SOCIALES

##### Edad:

15 – 19 años ( )      20 – 24 años ( )      25 – 29 años ( )  
30 – 34 años ( )      35 – 39 años ( )      40 - + años ( )

##### Grado de instrucción:

Sin ningún nivel educativo ( )      Primaria incompleta ( )  
Primaria completa ( )      Secundaria incompleta ( )  
Secundaria completa ( )      Superior técnica ( )  
Superior universitaria ( )

##### Estado civil:

Soltera ( )      Casada ( )      Conviviente ( )

##### Nivel socioeconómico:

Alto ( )      Medio ( )      Bajo superior ( )  
Bajo inferior ( )      Marginal ( )

##### Nivel de autoestima:

Alta ( )      Media ( )      Baja ( )

##### Grado de depresión:

Depresión mínima ( )      Depresión leve ( )      Depresión  
moderada ( )      Depresión severa ( )

##### Funcionalidad familiar

Familia funcional ( )      Familia moderadamente funcional ( )  
Familia disfuncional ( )      Familia severamente disfuncional ( )

## ANEXO 02

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Parámetros	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
5. En general estoy satisfecha de mi misma.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.				
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
A veces creo que no soy buena persona.				

Interpretación:

De 30 – 40 puntos: Autoestima alta

De 26 – 29 puntos: Autoestima media

< 25 puntos: Autoestima baja

### ANEXO 3 - PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia ha sentido molestia debido a cualquiera de las siguientes condiciones?	Para nada (0)	Varios días (por ejemplo, entre 1 y 6 días) (1)	La mitad de los días o más (por ejemplo, entre 7 y 11 días) (2)	Casi todos los días (por ejemplo, 12 días o más). (3)
1. Poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, triste o sin esperanza				
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía				
5. Tener poco apetito o comer en exceso				
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a – o sentir que es un/una fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia				
7. Dificultad para poner atención, concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión				
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado—o lo contrario: estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal				
9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera hacerse daño de alguna forma				
Puntaje total ( ____ + ____ + ____ ) =				

Interpretación de puntajes obtenidos en PHQ-9:

Puntaje de severidad	diagnóstico
5 a 9	Síntomas depresivos mínimos o leves
10 a 14	Depresión mayor leve
15 a 19	Depresión mayor moderada
≥ 20	Depresión mayor severa

## ANEXO 04

### PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

	Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diverso temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

**Interpretación:**

De 57 - 70 puntos: Familia Funcional

De 43 - 56 puntos: Familia Moderadamente Funcional

De 28 - 42 puntos: Familia Disfuncional

De 14 - 27 puntos: Familia Severamente Disfuncional

**ANEXO 04**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo:.....,  
he leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Participante

Fecha \_\_\_\_\_

## FACTORES PSICOSOCIALES Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO INCOMPLETO.HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA.2016

### 1 FLOR DE MARIA RONCAL PAJARES 2 GLORIA MARIA BRIONES ALVAREZ

Bachiller en Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca (UNC) .Cajamarca – Perú.

Asesora: Docente de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia.

**RESUMEN.** El objetivo de la presente investigación fue determinar y analizar los factores psicosociales que influyen en el aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, el estudio fue realizado en una muestra de 82 mujeres de las cuales 62 tuvieron diagnóstico de aborto incompleto. El diseño fue no experimental de corte transversal, tipo descriptivo, correlacional. Como resultados se encontró que el 34,1% de mujeres perteneció al grupo etáreo de 15-19 años; el 24,4% tuvo secundaria incompleta; el 37,8% convivientes, y 40,2% pertenecientes a familia disfuncional. El 41,5% de mujeres tuvo un nivel de autoestima media y un grado de depresión mínima en el 35,4%. El porcentaje de aborto fue de 75,6%. Se determinó que el grado de instrucción como factor social influye en el aborto incompleto según  $p = 0,000$  y como factor psicológico, la depresión, también influye significativamente en la presencia de aborto incompleto según  $p = 0,001$ .

**Palabras clave:** factores psicosociales, aborto incompleto.

**ABSTRACT.** The objective of the present investigation was to determine and analyze the psychosocial factors that influence incomplete abortion in women treated in the Cajamarca Teaching Regional Hospital, the study was conducted in a sample of 82 women of whom 62 had a diagnosis of incomplete abortion. The design was non-experimental of cross-section, descriptive, correlational type. As results, it was found that 34.1% of women belonged to the age group of 15-19 years; 24.4% had incomplete secondary education; 37.8% live together, and 40.2% belonging to a dysfunctional family. 41.5% of women had a mean self-esteem level and a minimum degree of depression in 35.4%. The percentage of abortion was 75.6%. It was determined that the degree of instruction as a social factor influences incomplete abortion according to  $p = 0.000$  and as a psychological factor, depression, also significantly influences the presence of incomplete abortion according to  $p = 0.001$ .

**Key words:** psychosocial factors, incomplete abortion.

**MATERIAL Y METODOS.** El mencionado estudio corresponde a una investigación no experimental de corte transversal. El tipo de estudio es descriptivo, analítico y correlacional y de naturaleza prospectiva. La población estuvo constituida por todas las mujeres que acudieron al Hospital y se les realizó un diagnóstico de aborto incompleto que según el libro de registro es 383.n=83 ,en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2016.cuyo diseño estuvo orientado en identificar los factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto. Para la realización del presente trabajo de investigación se siguieron los siguientes pasos: En una primera fase se solicitó el permiso del Director del Hospital Regional Docente de Cajamarca y al jefe del servicio de ginecología y obstetricia, dándoles a conocer la importancia de la investigación. En una segunda fase se conversó con cada una de las mujeres que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, dándoles a conocer el motivo de la investigación; solicitándoles que firmen el consentimiento informado en caso aceptaran ser parte de la investigación.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla 01: Factores sociales de las mujeres con aborto incompleto, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016**

Grupo etáreo	n°	%
--------------	----	---

15-19 años	28	34,1
20-24 años	25	30,5
25-29 años	13	15,9
30-34 años	7	8,5
35-39 años	7	8,5
40+ años	2	2,4
<b>Grado de instrucción</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Sin instrucción	2	2,4
Primaria incompleta	10	12,2
Primaria completa	3	3,7
Secundaria incompleta	14	17,1
Secundaria completa	20	24,4
Superior técnica	13	15,9
Superior universitaria	20	24,4
<b>Estado civil</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Soltera	34	41,5
Casada	17	20,7
Conviviente	31	37,8
<b>Funcionalidad familiar</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Familia funcional	25	30,5
Familia moderadamente funcional	17	20,7
Familia disfuncional	33	40,2
Familia severamente disfuncional	7	8,5
Total	82	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que, un 34,1% de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto pertenecen al grupo etáreo de 15-19 años; el 19,4% correspondió a mujeres mayores de 30 años. Estos datos coinciden parcialmente, con el estudio de Enríquez (2010) quien determinó que el grupo etario que predominó fueron las adolescentes intermedias con el 52,3 % (7). También son similares con los de López (2013) quien encontró que el 43,8% de mujeres tuvieron una edad entre los 20-29 años de edad con una diferencia porcentual de 2.6 (9). Pero difieren con los de Macas (2013) quien por su parte encontró que el 19,41% fueron mujeres de 15 a 20 años, el 33,33%, de 21 a 26 años, el 23,80% de 27 a 32 años, mientras el 21,61% tenía más de 35 años (10). Mendoza (2009) determinó que un 47% de mujeres, tenía 16 años, el 33%, 17 años, mientras que el 20% 18 años (11). Quintero (2010) en su estudio encontró que la edad promedio de las mujeres de su estudio fue de 1.9, con extremos entre los 14 y 40 años

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación

fisiológica, expone a la mujer, a la probabilidad de un aborto espontáneo si se embaraza en los extremos de la vida reproductiva. En una mujer mayor de 35 años es mayor la posibilidad de un aborto espontáneo mientras que en las adolescentes existe mayor probabilidad de que decida por un aborto provocado.

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal (31).

De otra parte, la edad, es el principal factor asociado a la aparición de aborto. En mujeres sin otros factores de riesgo para presentarlo, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de dicha complicación. Este aumento de riesgo conforme se incrementa la edad de la madre no puede ser atribuido exclusivamente a la mala calidad ovocitaria secundaria al aumento de la edad; sin embargo, las gestantes de mayor edad presentan un riesgo superior de gestación aneuploide, determinado por la elevada proporción de ovocitos portadores de alteraciones cromosómicas (32).

En cuanto al grado de instrucción, el 24,4% de mujeres con aborto incompleto manifestó tener secundaria completa y en igual porcentaje también dijeron tener superior universitaria, dato similar al encontrado por López (2013) quien determinó que, las mujeres que tuvieron un aborto incompleto y que poseían un nivel de instrucción secundaria fueron las más frecuentes con el 43,3%; mientras que las mujeres sin estudio fueron las menos prevalentes con un 2% (9).

El grado de instrucción es un importante indicador de salud en todas las áreas, se conoce que a mayor nivel educativo el autocuidado de la salud, es mejor, por tanto puede ser evitado un aborto ya sea espontáneo o inducido.

Respecto al estado civil, el 41,5% de mujeres con aborto incompleto, manifestaron ser solteras, seguido del 37,8% que dijeron ser convivientes; solamente el 20,7% son casadas.

Por la misma situación legal en la que se encuentran las mujeres solteras, pueden estar en situaciones de estrés y ansiedad, estados que por su compromiso con el organismo humano, pueden provocar un aborto incompleto espontáneo o decidir por sí mismas terminar con el embarazo.

Vásquez (2016) señala que, el estrés materno puede provenir de factores psicosociales, complicaciones obstétricas, enfermedades psiquiátricas, respuesta emocional al embarazo u otras causas, las cuales producen respuestas emocionales y fisiológicas en la madre, las cuales repercuten en el feto. Estos resultados emocionales y orgánicos de la madre, son denominados "estresores" que alteran el estado metabólico de la misma, aumentando los niveles de cortisol, propiciando la desnutrición en el feto y madre y presencia de sustancias tóxicas (33).

En cuanto a la funcionalidad familiar, el 40,2% de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto pertenecen a una familia disfuncional, mientras que el 30,5% pertenecen a una funcional.

Las mujeres, fundamentalmente las adolescentes que están en una situación de crisis, por la etapa que están atravesando, si pertenecen a una familia disfuncional, agudizarán esta condición y la joven se verá envuelta en un contexto de ansiedad y frustración que la harán tomar decisiones negativas frente a un embarazo, o de por sí la situación puede generar diversos tipos de patología que de igual forma terminarán en un aborto espontáneo.

**Tabla 02. Factores psicológicos de las mujeres con aborto incompleto atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

<b>Nivel de autoestima</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Alta	22	26,8
Media	34	41,5
Baja	26	31,7
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>
<b>Grado de depresión</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Sin depresión	19	23,2
Depresión Mínima	29	35,4
Depresión leve	18	22,0
Depresión Moderada	13	15,9
Depresión severa	3	3,7
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que el 41,5% de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto presentaron un nivel de autoestima media; el 31,7% autoestima baja y solamente el 26,8% un nivel de autoestima alta.

Una autoestima alta permite a las personas cierta potestad para enfrentarse a situaciones difíciles como un embarazo inclusive, si no es deseado; por el contrario las personas con baja autoestima verán un problema en esta situación y de hecho recurrirán al aborto como una solución a su problema, olvidando que si este se realiza en situaciones no asépticas puede ocasionar serias infecciones pudiendo comprometer la vida de la mujer.

En cuanto al grado de depresión, el 35,4% de las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto, presentó depresión mínima y el 22,0%, depresión leve; 23,2% de mujeres no presentó depresión. Un mínimo porcentaje de mujeres con aborto incompleto presentó depresión severa en 3,7%.

Para las madres solteras, los problemas propios de mantener un hogar y criar a sus hijos conllevan sentimientos de ansiedad, soledad, sufrimiento, frustración, lágrimas, y, sobre todo, una lucha constante para lograr sus metas en la vida que las va a llevar tarde o temprano a una depresión, la misma que puede desencadenar un aborto espontáneo o bien inducido.

**Tabla 03. Mujeres con aborto incompleto atendidas en el Hospital Regional Docente, Cajamarca, 2016**

<b>Aborto</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Sí	62	75,6
No	20	24,4
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

En el presente estudio se encontró un alto porcentaje de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto (75,6%); resultados que muestran la alta incidencia de esta patología; sin embargo aún en la actualidad existe conflicto para determinar si se trata de un aborto espontáneo o provocado, pues aunque se sospeche de un aborto provocado; las mujeres niegan haberse sometido a alguna práctica abortiva, por el temor a un proceso legal; pues en el país el aborto no se encuentra legalizado; en tal sentido el profesional de salud tiene la obligación de aceptar la versión emitida por la mujer y ser atendida en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos.

Es importante comentar que ya sea un aborto espontáneo o provocado, las mujeres atraviesan por una situación de ansiedad, angustia y estrés, generalmente se sienten temerosas de no volver a embarazarse o presentan cuadros de depresión, pues en determinadas cuentas, suelen sentirse culpables ya sea uno u otro caso.

La Federación Internacional de Planificación Familiar (2012), sostiene que se debe garantizar el respeto absoluto por los derechos de las mujeres a la privacidad, discreción y confidencialidad. Una mujer que se presenta a un servicio para ser atendida por aborto puede estar preocupada de que sus padres, marido, pareja, parientes, miembros de la comunidad o agentes de la ley tomen conocimiento del hecho y la juzguen (34).

**Tabla 04. Mujeres con aborto incompleto según grupo etáreo. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

<b>Grupo etáreo</b>	<b>Aborto</b>				<b>Total</b>	
	<b>Sí</b>		<b>No</b>		<b>n°</b>	<b>%</b>
	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>		
15-19 años	25	89,3	3	10,7	28	34,1
20-24 años	14	56,0	11	44,0	25	30,5
25-29 años	10	76,9	3	23,1	13	15,9
30-34 años	6	85,7	1	14,3	7	8,5
35-39 años	6	85,7	1	14,3	7	8,5

40+ años	1	50,0	1	50,0	2	2,4
Total	62	75,6	20	24,4	82	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 9,551$$

$$p = 0,089$$

Se logra notar en los presentes datos que, de las mujeres de 15-19 años, el 89,3% tuvo un aborto incompleto; y del grupo de 20-24 años, el 56% también tuvo un aborto incompleto; en porcentajes similares (85,7%) las mujeres de los grupos etáreos de 30-34 años y de 35-39 años, igualmente tuvieron un aborto incompleto.

La edad es un importante predictor del aborto, ya que la probabilidad de este varía de acuerdo a ella; las adolescentes cuando se embarazan tienen que afrontar situaciones difíciles, generalmente no tienen la preparación suficiente para enfrentar esta nueva situación, muchas veces no saben cómo dar la noticia a sus madres y comparten su situación con una amiga de confianza la que las induce a llevar a cabo un aborto, sobre todo cuando son abandonadas por su pareja. Otras veces, es la pareja misma la que la induce al aborto y aunque parezca algo raro en ocasiones, es la misma madre la que obliga a su hija a abortar

Da Fonseca (2013) en su estudio cualitativo determinó que a pesar de la voluntad de dar continuidad a la gestación, las adolescentes mencionaron que no tuvieron autonomía para tomar esa decisión, una vez que se vieron obligadas a aceptar la decisión de la madre (35).

Las mujeres en la etapa de la juventud, recurren al aborto por continuar con sus estudios o su trabajo o porque simplemente ha sido un embarazo no deseado, consecuencia de una relación pasajera.

Enríquez (2010) determinó que el motivo más frecuente de solicitud para interrumpir la gestación fue ser muy joven para asumir el rol de la maternidad en 50,4 % (7).

Aquellas mayores de 40 años posiblemente lo hagan porque se vieron embarazadas porque les falló el método y ya han completado el número ideal de hijos que han deseado tener.

Este dato difiere con el de Roldán (2017) quien encontró que en relación a la edad, evidenció que el grupo de pacientes con aborto incompleto y con edad menor de 35 años fueron 93,4%, similar a las que no presentaron aborto pero si pertenecen al rango de menor de 35 años representando el 82% del grupo control (36). De igual forma con los de Silva (2016) quien encontró que, hay más frecuencia de aborto entre los 35 y 39 años (32.6%) (12).

Narro (2011) informó que, el 50% de las mujeres que se embarazan después de los 40 años busca el aborto provocado y un 20% espera un aborto espontáneo (37).

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables grupo etáreo y aborto incompleto, según  $p = 0,089$

**Tabla 05. Mujeres con aborto incompleto según grado de instrucción. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

Grado de instrucción	Aborto				Total	
	Sí		No			
	n°	%	n°	%	n°	%
Sin instrucción	2	100,0	0	0,0	2	2,4
Primaria incompleta	9	90,0	1	10,0	10	12,2
Primaria completa	2	66,7	1	33,3	3	3,7
Secundaria incompleta	14	100,0	0	0,0	14	17,1
Secundaria completa	19	95,0	1	5,0	20	24,4
Superior técnica	9	69,2	4	30,8	13	15,9
Superior universitaria	7	35,0	13	65,0	20	24,4
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>75,6</b>	<b>20</b>	<b>24,4</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 28,664$$

$$p = 0,000$$

En la presente tabla se logra observar que aquellas mujeres sin ningún grado de instrucción abortaron en el 100,0%; quienes tienen secundaria completa tuvieron aborto incompleto en el 95,0% y las que tienen superior universitaria han tenido un aborto incompleto en el 35,0%; es decir que, conforme aumenta el nivel educativo de las mujeres el porcentaje de aborto incompleto es menor.

Cuando se correlaciona nivel educativo y aborto se lo puede asociar al conocimiento obtenido sobre las consecuencias y las implicancias psicológicas, sociales y biológicas que éste trae consigo, por lo que aquellas mujeres con un nivel de estudios, más alto, alcanzado probablemente, tengan una mejor actitud para aceptar un embarazo sin recurrir al aborto o tener conducta de autocuidado que de igual forma le permita proteger su embarazo.

Trujillo (2015) precisamente sostiene que, 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 (38).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables grado de instrucción y aborto incompleto según lo evidencia  $p = 0,000$ .

**Tabla 06. Mujeres con aborto incompleto según estado civil. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

Estado civil	Aborto				Total	
	Sí		No			
	n°	%	n°	%	n°	%
Soltera	23	67,6	11	32,4	34	41,5
Casada	13	76,5	4	23,5	17	20,7
Conviviente	26	83,9	5	16,1	31	37,8
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>75,6</b>	<b>20</b>	<b>24,4</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 2,323$$

$$p = 0,313$$

Se evidencia en la presente tabla que fueron las convivientes las que tuvieron un mayor porcentaje de aborto incompleto con 83,9%; seguido de las casadas con 76,5% y finalmente las solteras con 67,6%.

Este dato coincide con lo que se afirma que, la mayor tasa de aborto inducido ante embarazos no deseados se presenta en mujeres que no conviven en pareja; siendo la justificación, la mayor vulnerabilidad que existe en esta situación.

En cambio, las mujeres convivientes y casadas son parejas estables con situaciones poco cambiantes en su situación legal, surgiendo como interrogante por qué estas parejas no utilizan métodos anticonceptivos que regulen su fecundidad, situación que posibilita en gran medida la posibilidad de un embarazo no deseado y con ello la decisión de interrumpir el embarazo

En realidad todas las mujeres pueden enfrentarse a un embarazo no deseado y por tanto a un aborto.

Los datos encontrados coinciden con los de López (2013) quien detectó una frecuencia elevada de pacientes en unión libre en el 32,3% (9), pero difieren con los de Silva (2016) quien obtuvo como resultados que el 59,4% de mujeres eran casadas (12).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables estado civil y aborto incompleto, según  $p = 0,313$

**Tabla 07. Mujeres con aborto incompleto según funcionalidad familiar. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

Funcionalidad familiar	Aborto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Familia funcional	21	84,0	4	16,0	25	30,5
Familia moderadamente funcional	9	52,9	8	47,1	17	20,7
Familia disfuncional	27	81,8	6	18,2	33	40,2
Familia severamente disfuncional	5	71,4	2	28,6	7	8,5
Total	62	75,6	20	24,4	82	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 6,447$$

$$p = 0,092$$

La tabla 07 permite apreciar que, tanto las mujeres pertenecientes a una familia funcional como aquellas pertenecientes a una familia disfuncional tuvieron diagnóstico de aborto incompleto con 84,0% y 81,8%, respectivamente.

Las mujeres con familias severamente disfuncionales también presentan un alto porcentaje con aborto incompleto con 71,4%.

Una de las causas fundamentales de la disfuncionalidad familiar es la desintegración familiar, el cual es uno de los fenómenos con mayor impacto en la sociedad ya que afecta a su núcleo principal que es la familia y produce un cambio en la misma.

Es importante tomar en cuenta que el proceso de separación es una fuente de gran estrés que afecta de manera bidireccional a padres e hijos. Está acompañado de muchos sentimientos y emociones desagradables y perjudiciales como la culpa, el rencor, lástima, dolor, miedo, odio, tristeza, lo cual puede tener implicancias en la salud mental y en el desarrollo personal y social.

Zuazo (2013) referido por Kusi (2016) refiere que la desintegración familiar es el producto del quebrantamiento de la unidad familiar/o insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros. Por lo tanto, es la descomposición de las relaciones entre los miembros de una familia, donde estos dejan de desempeñar adecuadamente sus obligaciones o deberes (39).

Ramírez y cols. (2016) afirma que una familia disfuncional puede conllevar a un embarazo no deseado, debido a que estas familias carecen de valores afectivos y pueden impulsar a las jóvenes a tener relaciones sexuales solo para recibir afecto y crear un vínculo de amor. Ellos encontraron en su estudio que la disfunción familiar fue leve y moderada en 16,7% (40).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables funcionalidad familiar y aborto incompleto, según  $p = 0,092$ .

**Tabla 08. Mujeres con aborto incompleto según nivel de autoestima. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

Nivel de autoestima	Aborto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Alta	18	81,8	4	18,2	22	26,8
Media	23	67,6	11	32,4	34	41,5
Baja	21	80,8	5	19,2	26	31,7
Total	62	75,6	20	24,4	82	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 2,004$$

$$p = 0,367$$

En la presente tabla se observa que las mujeres con nivel de autoestima alta y baja tuvieron diagnóstico de aborto incompleto en porcentajes similares con 81,8% y 80,8%, respectivamente. Las mujeres con autoestima media, tuvieron diagnóstico de aborto incompleto en el 67,6%. Las mujeres que tienen un nivel de autoestima bajo, poseen un pobre autoconcepto de sí mismas, poca confianza en sí mismas, sentimientos ansiosos y depresivos, esto se presenta sobre todo en las adolescentes, quienes, muchas veces, se embarazan intencionalmente, por el temor de perder a su pareja, y cuando esta la abandona, la única solución posible que encuentra la joven es terminar con el embarazo.

Ramírez en su estudio encontró que las mujeres tenían una autoestima baja en el 26,6% (40).

Cardoso y cols. (2017) En su experiencia de más de 15 años en atención a mujeres con vivencia de pérdidas inducidas, reporta el impacto psicológico que esta puede generar y que implica evitación de pensamientos o sentimientos acerca del aborto, evitación de situaciones relacionadas con el mismo evento, sentimientos reprimidos, aislamiento, sensación de revivir la experiencia, ataques de angustia, recelo hacia sus hijos vivos, falta de energía, desinterés, llanto frecuente, conductas autodestructivas, entre otros, sentimientos que podrían estar asociados a una baja autoestima (41).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables nivel de autoestima y aborto incompleto, según  $p = 0,367$ .

**Tabla 09. Mujeres con aborto incompleto según grado de depresión. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.**

Grado de depresión	Aborto				Total	
	Sí		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sin depresión	19	100,0	0	0,0	19	23,2
Depresión mínima	15	51,7	14	48,3	29	35,4
Depresión leve	16	88,9	2	11,1	18	22,0
Depresión moderada	9	69,2	4	30,8	13	15,9
Depresión severa	3	100,0	0	0,0	3	3,7
Total	62	75,6	20	24,4	82	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 18,077$$

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables funcionalidad familiar y aborto incompleto, según  $p = 0,092$

$$p = 0,001$$

Se puede observar en esta tabla que las mujeres sin depresión tuvieron diagnóstico de aborto incompleto en el 100,0% de los casos; pero de igual forma las mujeres con depresión severa también tuvieron un aborto incompleto en el 100,0% de los casos.

La depresión presente en las mujeres que han tenido un aborto incompleto, se debe al hecho de que en muchas de ellas, el embarazo representa un estresor, que da lugar a síntomas de ansiedad, sobre todo si éste no es deseado

Mercier y cols., referidos por Rondón (2015) Investigaron la trayectoria de los síntomas depresivos en mujeres con embarazo planificado (433), inoportuno pero aceptado (207) y no deseado (40); encontraron que el embarazo planificado tiene menor riesgo de causar depresión y que el embarazo no deseado (no el inoportuno, sino aquel que la mujer no desea) duplica el riesgo de depresión posparto para la mujer (42).

El embarazo no deseado supone una situación de estrés, ya que amenaza el proyecto de vida de la mujer y la enfrenta al riesgo de pobreza, violencia y discriminación. Por ello, produce manifestaciones depresivas y ansiosas con un sustrato neurobiológico que pueden llevar a tomar decisiones que pueden comprometer su bienestar.

Rondón (2015) sostiene que, el embarazo no deseado es un estresor que amenaza la homeostasis al interferir con el proyecto de vida y las expectativas de la mujer; representa un riesgo de perpetuación de la pobreza al interferir con las oportunidades de educación y trabajo y se acompaña de estigmatización y violencia. Una mujer que se encuentra en esta situación decide cómo enfrentarla. Sobre esa decisión pesan factores internos (sus valores y expectativas, su nivel educativo y el grado de autonomía que ha alcanzado) y externos (el apoyo de la pareja y el soporte social con que cuenta, la disponibilidad de información y servicios sanitarios, la legislación). La mujer con embarazo no deseado buscará adaptarse a la situación, preservando su homeostasis. Su decisión de interrumpir el embarazo o continuarlo puede dar lugar a consecuencias desfavorables a corto plazo, a trastornos mentales persistentes (depresión) o a la preservación de la salud mental, dependiendo de sus antecedentes, su estado actual de salud, el soporte social y los servicios de salud disponibles (42).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables grado de depresión y aborto incompleto según lo evidencia  $p = 0,001$ .

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

42. Herráez J. Factores de riesgo en amenaza de aborto de las gestantes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Julius Doepfner de Zamora. Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2016.
43. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso. Nota descriptiva. Ginebra: Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud; 2016.
44. GUTTMACHER Institute. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe. New York; 2012.
45. Arévalo H, De la Gálvez A. Las cifras hablan. El aborto es un problema de salud pública. Artículo original. La Paz - Bolivia; 2011.
46. Távara L.et al. Costos de la atención post aborto en Hospitales de Lima - Perú en 3 estudios sobre el aborto en Lima. Lima; 2013.
47. Enriquez B, Bermúdez R, Punetes E, Jiménez M. Comportamiento del aborto incompleto inducido en la adolescencia. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010 abril - junio; 32(2).
48. Quintero E, Ortiz R, Ochoa M, Consuegra M, Olivares C. Características sociodemográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. Revista de salud Pública. 2010; 12(4): p. 570-579.
49. López F, Morales K. Frecuencia de aborto y características sociodemográficas en pacientes atendidas en el Hospital "Homero Castanier Crespo". Tesis previa a la obtención del título de Médico y Médica. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca; 2013.
50. Macas J. Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de setiembre de 2012 a febrero de 2013. Tesis. Guayaquil - Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013.

51. Mendoza S. Factores asociados al aborto incompleto por automedicación con isoprostol en adolescentes. Ayacucho - Perú; 2009.
52. Silva V. Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia obstétrica del Hospital I Edmundo Escomel Essalud- Arequipa. Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en Alto riesgo y Emergencias obstétricas. Juliaca: Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez; 2016.
53. Daza F. Factores psicosociales: metodología de evaluación. España; 2015.
54. Sparesci V. Representación de la autoestima y de la personalidad en protagonistas de anuncios audiovisuales. Informe final. Buenos Aires - Argentina: Universidad Abierta Interamericana; 2013.
55. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Guía clínica: Depresión en personas de 15 años y más. Segunda ed. Santiago; 2013.
56. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Artículo Original. Ginebra; 2015.
57. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión Bethesda - Estados Unidos; 2015.
58. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia España: Avaliat; 2010.
59. Ministerio de Salud. Guía Técnica de Diagnóstico y Tratamiento de depresión en adultos de 18 a 65 años para médicos no psiquiatras Lima - Perú; 2013.
60. Hernández L. Edad biológica y edad cronológica en el contexto legal. New York; 2012.
61. Mondragón S. Edad cronológica y edad mental. Lima - Perú; 2011.
62. Ministerio de Educación. Ley General de Educación. Ley N° 28044. Lima - Perú; 2003.
63. Mazza G. Explore.Doc. [Online]. [cited 2016 Junio 09. Available from: <http://exploredoc.com/doc/72530/estado-civil--prof.-gast%C3%B3n-mazza-maio>.
64. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar Lima - Perú; 2014.
65. Vera O, Vera F. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Revista del Cuerpo Médico del Hospital nacional Almazor Aguinaga Asenjo. 2013; 6(1).
66. Hernández C, Cargill N, Gutiérrez G. Funcionalidad familiar. Salud en Tabasco. 2012 Enero - abril; 18(1): p. 14-24.
67. Ruiz A. Aborto. In Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades [Escuelas] de Medicina. Guía para manejo de urgencias. Tomo II. Colombia; 2009. p. 906-911.
68. Cunningham G. et al. Obstetricia de Williams. Vigésima tercera ed. México D.F.: McGrawHill; 2011.
69. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales en obstetricia. Artículo original. Madrid; 2010.
70. Álvarez E. et al. Guías de obstetricia Murcia - España: Universidad de Murcia; 2009.
71. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista médica de Chile; 142(2): p. 47-60.
72. Villanueva L. Factores frecuentes que ocasionan el aborto de embarazadas adolescentes en el Centro Materno Infantil César López Silva, Villa el Salvador. Tesis. Lima: Universidad Privada Sergio Bernales; 2015.

73. Vásquez F. Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Materno Perinatal. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
74. Federación Internacional de Planificación Familiar. Guías clínicas y protocolos para abortos del primer trimestre. Primera edición ed. Londres; 2012.
75. Da Fonseca S, Barboza M, Pinto M, De Oliveira D. Experiencia de mujeres con aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre. Revista Latino - Am Enfermagem. 2013; 21(4).
76. Roldán L. Factores socioreproductivos relacionados con el aborto incompleto en el Hospital de Baja Complejidad Vitarate de enero a diciembre de 2015. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
77. Narro E. Mujeres mayores de 40 años embarazadas. RPP Noticias. 2011.
78. Trujillo G, Sembrera E. Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5° año de secundaria de una Institución educativa. Investigación. Lima: Universidad Peruana Unión; 2015.
79. Kusi P. Disfunción familiar: causas, consecuencias. Artículo original. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016.
80. Ramírez A, Valladares P. Factores predisponentes de embarazo no deseado y aborto en mujeres atendidas en el Hospital II-1 Es Salud Tumbes. Tesis para optar el Título de Licenciado en Obstetricia. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2016.
81. Cardoso M, Zavala M, Alva M. Depresión y estrés post traumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. Pensamiento psicológico. 2017 abril 04; 15(2): p. 109-120.
82. Rondón M. Salud mental y aborto terapéutico. Anales de la Facultad de Medicina. 2015; 76(4).