

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



FACTORES PERSONALES, SOCIALES Y OBSTÉTRICOS
ASOCIADOS AL ABORTO INCOMPLETO EN
ADOLESCENTES Y JÓVENES. HOSPITAL JOSÉ
HERNÁN SOTO CADENILLAS – CHOTA. 2019.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

YOBANI ALIAGA CRUZADO

ASESORA:

OBSTA. MG. AMANDA ELENA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

Cajamarca, Perú 2021

COPYRIGHT ©2021 by
YOBANI ALIAGA CRUZADO
Todos los derechos reservados

DEDICO EL PRESENTE TRABAJO A:

A Dios, por estar presente no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino por acompañarme en todo momento ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona. A mis padres, Presbítero y Corina; ellos fueron mis dos pilares fundamentales en todo este tiempo; todos los logros en mi vida son gracias a su perseverancia, paciencia y motivación, este trabajo les dedico en reconocimiento a todo su esfuerzo que hicieron para yo poder alcanzar mis metas trazadas, los amo.

Yobani

AGRADECIMIENTO A:

Dios, por haberme brindado la sabiduría e inteligencia para lograr esta meta tan anhelada, me apoyó y me dio fortaleza en los momentos de mayor dificultad y debilidad.

La Universidad Nacional de Cajamarca, mi alma mater que me acogió en mis años de estudio para poder formarme como profesional.

Las docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, por el conocimiento impartidos tanto en las aulas universitarias como también en la parte hospitalaria ayudándome adquirir destrezas y habilidades para desempeñarme como una buena profesional, a ellos mi enorme gratitud.

Expresar mi profundo agradecimiento a mi Asesora quien hizo realidad mi tesis Obsta. Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez, quien me brindó su apoyo incondicional, su paciencia, y con su rectitud supo guiarme y apoyarme en este largo y arduo camino de mi titulación.

Agradecimiento especial al Hospital José Soto Cadenillas de Chota por permitirme y facilitarme realizar este trabajo de investigación.

Yobani

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS	4
ÍNDICE DE TABLAS	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I	
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivos	14
1.4. Justificación de la investigación	15
CAPÍTULO II	
2.1. Antecedentes	
2.1.1. Antecedentes internacionales	17
2.1.2. Antecedentes nacionales	19
2.1.3. Antecedentes locales	22
2.2. Bases Teóricas	
2.2.1. Definición de características demográficas	23
2.2.4. Factores personales	23
2.2.5. Factores sociales	26
2.2.6. Factores Obstétricos	28
2.3. Hipótesis	32
2.4. Variables	32
2.5. Conceptualización y Operacionalización de variables	33
CAPÍTULO III	
3.1. Diseño y tipo de estudio	35
3.2. Área de estudio y población	36

3.3. Unidad de análisis	36
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	37
3.5. Técnicas de recolección de datos	37
3.6. Descripción del instrumento	38
3.7. Procesamiento y análisis de datos	39
CAPÍTULO IV	
4.1. Resultados, análisis y discusión	40
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	83

ÍNDICE DE LAS TABLAS

		Pág.
Tabla N°1	Características de la muestra según grupo etario de adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2019	41
Tabla N° 2	Diferencias de las características personales de adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto. Hospital José Hernán Soto Cadenillas– Chota, 2019.	42
Tabla N° 3	Diferencias de las características sociales en adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2019.	48
Tabla N° 4	Diferencias de las características obstétricas en adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2019.	53
Tabla N° 5	Factores personales asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2019.	57
Tabla N° 6	Factores sociales asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes, atendidas en el Hospital José Hernán soto cadenillas – chota, 2019.	61
Tabla N° 7	Factores obstétricos asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes, atendidas en el Hospital José Hernán soto Cadenillas – Chota, 2019.	65
Tabla N° 8	Factores personales, sociales y obstétricos asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes, atendidas en el Hospital José Hernán soto Cadenillas – Chota, 2019.	68

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores personales, sociales y obstétricos asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota. 2019. **Metodología:** la presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, comparativo; con un diseño transversal, descriptivo correlacional. Se incluyó una muestra total de 211 entre adolescentes y jóvenes, de los cuales 107 fueron adolescentes y 104 jóvenes; se utilizó una ficha de recolección de datos. **Resultados:** los factores personales asociados al aborto incompleto en las adolescentes fueron: grado de instrucción ($p=0,005$), edad de la menarquia ($p=0,033$) e inicio de relaciones sexuales ($p=0,003$); en caso de las jóvenes, los factores asociados con el aborto incompleto fueron: estado civil ($p=0,032$) y ocupación ($p=0,048$). Los factores sociales de los adolescentes y jóvenes asociados al aborto incompleto fueron: la religión ($p=0,019$), ($p=0,014$) respectivamente, la ocupación del cónyuge ($p=0,006$), ($p=0,000$) respectivamente. Los factores obstétricos de las adolescentes y jóvenes asociados al aborto incompleto fueron: antecedente de aborto en las adolescentes ($p=0,000$) y el número de gestación ($p=0,004$) en el grupo etario de las adolescentes y ($p=0,000$) para el grupo etario de las jóvenes. Se **concluye** que si existe asociación significativa entre factores personales y sociales con riesgo de aborto incompleto, en cuanto a los factores obstétricos existe asociación significativa solo con el grupo etario de las adolescentes.

Palabras clave: Aborto incompleto, factores personales, factores sociales, factores obstétricos.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the personal, social and obstetric factors associated with incomplete abortion in adolescents and young people. José Hernán Soto Cadenillas Hospital - Chota. 2019. **Methodology:** this research has a quantitative, non-experimental, comparative approach; with a cross-sectional, descriptive correlational design. A total sample of 211 was included among adolescents and young people, of which 107 were adolescents and 104 young people; a data collection sheet was used. **Results:** the personal factors associated with incomplete abortion in adolescents were: educational level ($p = 0.005$), age at menarche ($p = 0.033$) and initiation of sexual intercourse ($p = 0.003$); In the case of young women, the factors associated with incomplete abortion were: marital status ($p = 0.032$) and occupation ($p = 0.048$). The social factors of adolescents and young people associated with incomplete abortion were: religion ($p = 0.019$), ($p = 0.014$) respectively, the occupation of the spouse ($p = 0.006$), ($p = 0.000$) respectively. The obstetric factors of adolescents and young women associated with incomplete abortion were: history of abortion in adolescents ($p = 0.000$) and the number of gestation ($p = 0.004$) in the adolescent age group and ($p = 0.000$) for the age group of young women. It is **concluded** that if there is a significant association between personal and social factors with the risk of incomplete abortion, in terms of obstetric factors there is a significant association only with the age group of adolescents.

Keywords: Incomplete abortion, personal factors, social factors, obstetric factors.

INTRODUCCIÓN

El aborto representa un problema de salud que compromete los órganos reproductivos de las adolescentes desde el punto de vista biológico, psicológico y también social; esto sucede independientemente del aspecto legal de su país o del estatus legal de aborto de cada país. En los últimos años, entre el 2015 y 2019 se ha producido 121 millones de abortos; de estos el 61% terminan en aborto (1); la OMS define al aborto cuando el feto no es viable fuera de la cavidad uterina, alrededor de las 22 semanas de gestación y con un peso menor de 500 gramos (2).

Las adolescentes son las más vulnerables a exponerse a un aborto, por diversas razones; ya sea porque se encuentran en una etapa de maduración física, en la que sus órganos reproductores están en proceso de madurez fisiológica; o cuando el embarazo es precoz, puede enfrentar un aborto espontáneo, muchas veces con eliminación parcial de los restos, denominándose aborto incompleto. Sin embargo, en su gran mayoría de los embarazos en las adolescentes no son planeados y muchos de hechos recurren al aborto como una vía de escape. (3)

En el año 2019; tanto en el Hospital Regional de Cajamarca, como en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de la provincia de Chota, se reportaron 687 y 302 casos de aborto, respetivamente. De los casos reportados en Chota, 271 corresponden a aborto incompleto en adolescentes y jóvenes. Por tal motivo, es de interés determinar los factores personales, sociales y obstétricos asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas ubicado en provincia de Chota, departamento de Cajamarca en el año 2019.

La presente tesis se encuentra organizada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: Aborda el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: Aborda todo lo relacionado con el marco teórico, incluyendo a los antecedentes, bases teóricas, hipótesis y variables.

CAPÍTULO III: En este capítulo se encuentra el diseño metodológico: donde se encontrará el tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de

la muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, consideraciones éticas, técnicas de recolección de datos, descripción del instrumento, procesamiento análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV: Aborda el análisis y discusión de los resultados, las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

También forma parte de la presente investigación los anexos del informe final de tesis que refuerza a la teoría.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al embarazo como el estado fisiológico de una mujer que comienza cuando termina la implantación y continúa con el desarrollo fetal hasta el momento del parto (1). Cuando el embarazo se da sin previa planificación se convierte en uno no planeado; que actualmente conforma un problema social frecuente en el mundo con cifras alarmantes. Entre los años 2015 y 2019 se reportaron 121 millones de embarazos no planeados, de estos el 61% terminaron en aborto. Uno de cada 5 embarazos en adolescentes termina con aborto espontáneo. (1). Asimismo, la OMS, define al aborto como la interrupción del embarazo cuando el embrión aún no es viable fuera de la cavidad uterina, es decir entorno a las 22 semanas de gestación y con un peso del producto menor de 500 gr (2).

Según la OMS, señala que en los últimos 5 años a nivel mundial se han producido alrededor de 25 millones de abortos, de los cuales 45% fueron abortos peligrosos que incluye a los abortos incompletos, y el 97% de los abortos ocurren especialmente en los países en vías de desarrollo África, Asia y América Latina; siendo más frecuente en mujeres jóvenes y solteras (4,5). Las cifras en Latinoamérica indican que, México en el año 2017 el aborto incompleto fue la cuarta causa de muerte materna con un aproximado 8,7%. En Chile, la cifra de abortos fluctúa entre los 80 mil y 260 mil casos anuales, de los cuales solo el 3% de procedimientos están justificados por la ley que ampara el aborto legal. En Ecuador, cada año el 42% de los abortos incompletos es en menores de 24 años (6). En Brasil y Argentina, el aborto se ha incrementado a un 52% en los últimos 10 años.

El Perú no es ajeno a esta realidad, según el Ministerio de Salud es la cuarta causa de mortalidad materna y la primera causa de internamiento siendo un aproximado de 28 652 hospitalizaciones y 58 muertes anuales, debido a que las pacientes acuden al hospital cuando se encuentra en riesgo su vida y tienen la salud deteriorada (7,8). Por otro lado, en el año 2018 el Centro de

Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) realizó una encuesta en el Perú, encontrando que el 19% de las mujeres entre 18 y 49 años se han realizado un aborto, y con mayor frecuencia en mujeres jóvenes menores de 30 años; agregando a lo anterior, la Médico e investigadora de PROMSEX Elisa Juárez, refiere que una de cada cinco mujeres en el Perú abortó alguna vez en la vida. (9)

En la región de Cajamarca, existen datos de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca; en el año 2016, se registraron 383 abortos incompletos, cifra que aumento de manera considerable para el año 2019, donde fueron atendidas 687 pacientes con diagnóstico de aborto; atendándose así al menos 2 abortos por día, donde el grupo etario de las jóvenes de 18 a 29 años representa el 48,9% del total de pacientes atendidas con el diagnóstico de aborto. Cifras considerablemente altas, teniendo en cuenta que al no recibir una atención inmediata estaría en peligro la vida, la salud y la integridad de la mujer; por ello, todo paciente que llegue a cualquier nosocomio a recibir una atención post aborto tendría que recibir una atención inmediata y salvaguarda su vida; a pesar de que las leyes en el Perú no aceptan el aborto como tal. (10)

En la provincia de Chota, existen pocos reportes al respecto. La Oficina General de Estadística de la DISA Chota, en el año 2016, reportó 602 atenciones de mujeres con diagnóstico de aborto en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas (12); de las cuales, 302 pacientes fueron atendidas con diagnóstico de aborto incompleto. Existen pocos estudios que ofrezcan datos actualizados al respecto, sumado a ello se desconoce cuáles serían los factores personales, sociales y obstétricos que podrían estar asociados al aborto incompleto en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, por esto resulta de gran importancia realizar el presente estudio, de esta manera, se estaría aportando datos y estadísticas actualizadas de la realidad en las adolescentes y jóvenes de la provincia de Chota.

1.2. Formulación del problema

¿Existe asociación de los factores personales, sociales y obstétricos con el aborto incompleto en adolescentes y jóvenes del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota? 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Analizar la asociación de los factores personales, sociales y obstétricos al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota. 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar las diferencias de las características personales, sociales y obstétricas de las adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota. 2019.
2. Identificar los factores personales asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota. 2019
3. Identificar los factores sociales asociados al aborto incompleto adolescentes y jóvenes. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota. 2019
4. Determinar los factores obstétricos asociados al aborto incompleto adolescentes y jóvenes. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota. 2019.

1.4. Justificación de la investigación

Según la organización Mundial de la Salud (OMS), del 2015 al 2019, en el mundo hubo un promedio anual de 73,3 millones de abortos provocados; indicando así, que 39 de cada 1000 mujeres en edades comprendidas de 15 a 49 años se practican el aborto. Tres de cada 10 embarazos que terminan en aborto son inducidos, lo que representaría el 29%; el 61% de abortos se produce en embarazos no deseados. El aborto incompleto es una problemática de nivel mundial que cobra vidas de mujeres adolescentes y jóvenes que, por el escaso conocimiento en salud sexual y reproductiva, optan por seguir conductas de riesgo que estarían accionando que muchos de los embarazos, en estos dos grupos etarios, terminen en aborto, complicándose cuando se convierten en abortos incompletos. (13).

El aborto es un problema social que cada vez va incrementando sus cifras; según estudios, en América Latina y el Caribe, 5.000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con el aborto incompleto; ya que, 3 de cada 4 abortos se producen en condiciones inseguras. El aborto constituye un factor de riesgo para elevar las tasas de morbilidad materna; sin embargo, desde los gobiernos centrales no existe un abordaje adecuado al problema, generando así que las cifras de aborto continúen en incremento. (12).

La presente investigación se justifica porque, el aborto incompleto en mujeres adolescentes y jóvenes es una preocupación enmarcada dentro de la problemática de salud pública, que actualmente resulta de gran impacto para la sociedad, ocasionando problemas ya sea en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y jóvenes, del mismo modo; así como en su entorno familiar y económico; a pesar que el Ministerio de Salud viene realizando grandes esfuerzos por mitigar este problema, sin tener buenos resultados.

El aborto incompleto está estrechamente ligado al aborto inseguro en diferentes partes del mundo; dicha condición amplía las posibilidades de que las mujeres en cualquier edad, sobre todo las adolescentes y jóvenes que experimentan un embarazo, muchas de ellas busquen la manera de terminar, considerando al aborto como una vía de escape sin tener en cuenta que

estaría corriendo riesgo su propia vida; por lo que resulta importante realizar la presente investigación para conocer cuáles son los factores personales, sociales y obstétricos en estos dos grupos etarios que les estaría llevando a presentar un aborto incompleto, poniendo en riesgo su salud. (14).

Por todo lo mencionado; se realizó la presente investigación, con el objetivo de determinar los factores personales, sociales y obstétricos de las adolescentes y jóvenes asociadas al aborto incompleto en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota durante el año 2019. Los resultados de la investigación permitieron conocer la realidad de la problemática de adolescentes y jóvenes con datos reales y actualizados; de esta manera, ofrecer una posterior información para quienes estén interesados en desarrollar programas que contribuyan a la prevención y promoción del ejercicio responsable de la salud sexual y reproductiva del grupo etario de adolescentes y jóvenes. Así mismo, los hallazgos de la presente investigación, servirán como base para todo aquel que esté interesado en realizar futuros trabajos de investigación en relación a este tema.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

3.1.1. Nivel internacional

Seidu, A. y et al. (África, 2020), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la capacidad de toma de decisiones sobre salud reproductiva de las mujeres y otros factores con la interrupción del embarazo en el África subsahariana. Obtuvieron como resultados, que la prevalencia del aborto osciló entre el 7,5% en Benin y el 39,5% en Gabón con una media del 16,5%. En el grupo etario de las mujeres de 25 a 29 años; las probabilidades de presentar un aborto inseguro, fue de un 13% más alta para las mujeres más jóvenes (20 a 24 años), un 18% más baja para las mujeres mayores (35 a 39 y 40 a 44 años). Las mujeres que vivían en entornos rurales tuvieron un 26% más de probabilidades de abortos inseguros en comparación con las mujeres que vivieron en entornos urbanos. La religión musulmana, cristiana u otra religión declarada se asociaron con mayores probabilidades de aborto inseguro en comparación con la religión hindú. La educación, estuvo asociada inversamente con el aborto inseguro, las mujeres sin educación tenían un 48% más de probabilidades de tener un aborto inseguro en comparación con las mujeres con educación universitaria o superior.

Yokoe, R. y et al. (India, 2019), realizaron un estudio con el objetivo de analizar las tasas y los factores de riesgo del aborto inseguro y la muerte materna relacionada en la India. Donde encontraron como resultados, que entre los años 2007 al 2011 hubo 89 447 abortos; de estos, 58 266 se clasificaron como inseguros, hubo 253 muertes maternas relacionadas con la misma causa. Los factores asociados con el aborto inseguro están: la edad materna de 20 a 24 años tiene un 13% de probabilidad más altas en comparación con las mujeres de 25 a 29 años, el analfabetismo, la residencia rural, religión

musulmana y uso de métodos de planificación familiar. Factores asociados con las muertes relacionadas con el aborto: edad materna de 15 a 19 años y la residencia rural (16).

Dankwa, E. et al. (Ghana, 2018), realizaron una investigación con el objetivo de explorar las asociaciones entre los factores sociodemográficos y los informes de haber interrumpido un embarazo entre las mujeres de Ghana. En el cual obtuvieron como resultados, las mujeres que están empleadas, cohabitan con una pareja y las mujeres ghanesas con niveles de educación intermedios tuvieron más probabilidades que sus contrapartes de informar que han interrumpido un embarazo. Estos hallazgos resaltan la necesidad de desarrollar políticas destinadas a reducir los abortos inseguros asociados con embarazos no deseados (17).

Yogi, A. et al. (Nepal, 2018), realizaron un estudio con el objetivo de investigar la prevalencia y los factores asociados con el aborto y el aborto inseguro en Nepal. Encontraron que la prevalencia del aborto durante cinco años fue del 21,1%; mujeres en edad reproductiva que alguna vez tuvieron un embarazo interrumpido y el 16,0% del total de abortos fueron inseguros. Mujeres de religión budista y con nivel de educación secundaria tienen mayor probabilidad de acudir a los servicios de aborto; a diferencia, de las mujeres en el grupo etario de 25 a 34 años y con un nivel de educación mayor tuvieron menor probabilidad de acudir a un servicio de aborto (18).

Rivero, M. Pintado, S. (Guayaquil, 2017), realizaron un estudio con el objetivo de describir y dar a conocer los factores predisponentes para un aborto incompleto en mujeres entre 20 y 40 años en el Hospital Mariana de Jesús. Encontrando como resultados, la edad más frecuente fue de 20 a 25 años con un 46%, la edad gestacional menor 12 semanas con un 79% y el 65% de las pacientes se reportó que sufrieron un aborto en la primera gestación (19).

Pizarro, F. (Ecuador, 2016), realizó un estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo y complicaciones del aborto incompleto en adolescentes menores de 16 años de edad. Donde obtuvo como resultados, que de 140 adolescente, el 5% son de 13 años de edad, el 13,57% de 14 años, el 29,28% de 15 años y el 52.14% de 16 años; según el lugar de procedencia se encontró que un alto porcentaje para la zona rural 45% seguido de la zona urbana marginal 30% y la zona urbana con un total del 25% (20).

Zambrano, J. (Guayaquil-Ecuador, 2016), realizó un estudio con el objetivo de establecer la relación entre la presencia de factores de riesgo y la producción de un aborto incompleto en pacientes juveniles tratadas en el Hospital Universitario de Guayaquil. En sus resultados encontró, el 16% son adolescentes de 13-15 años y el 41% son adolescentes de 16-17, con mayor frecuencia esta entre 18-19 años de edad con un 43%; el 94% de las adolescentes proceden del área urbana frente a un 6% del área rural; la edad gestacional fue de 10 a 14 semanas con 63,3%; además se encontró una amplia relación estadística del 71% de los factores desencadenantes con el aborto incompleto en adolescentes (21).

3.1.2. Nivel Nacional

Morales, H. (Lima, 2019), realizó una investigación con el objetivo de determinar cómo los factores sociodemográficos se asocian a la aparición de aborto incompleto en pacientes atendidas en Emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital San José de Lima; Dentro de los resultados encontró: la condición desempleada es un factor de riesgo para que presenten aborto incompleto; por otro lado, los factores: edad, procedencia, grado de instrucción y el estado civil no mostraron asociación significativa con el aborto incompleto (22).

Mendoza, M. (Lima, 2019), realizó una investigación con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al aborto en pacientes de 19 a 35 años atendidas en el servicio de emergencias gineco-obstétricas del HSJL - Lima entre setiembre y diciembre 2018,

encontró: el 72,9% son de 19 a 30 años de edad, el 70,6% con grado de instrucción secundaria incompleta y completa; así mismo, el 49,7% de estado civil solteras y el 36,4% son convivientes; en cuanto a su ocupación, el 30,1% son ama de casa, el 37,6% estudia y el 32,4% cuenta con un trabajo (23).

Molina, P. Vilcañaupa, K. (Huancayo, 2019) realizaron un estudio con el objetivo de los factores de riesgo (individuales y sociales) que se asocian al aborto en adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2017. Dentro de los resultados obtenidos en dicho estudio, el 49,19% se encontró en la adolescencia tardía; en cuanto a los factores individuales y sociales: el estado civil, el 49,2% son solteras; en cuanto a la ocupación el 54% se encuentran estudiando. Respecto a la edad de la primera relación sexual el 49,2% iniciaron alrededor de la adolescencia tardía y; del total de la población estudiada, el 25% ya tuvo un embarazo previo (24).

Ponce, M. (Lima, 2018), realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil del centro materno infantil Juan Pablo II Villa El Salvador; obtuvo como resultados: que las mujeres en edad fértil con aborto incompleto son adultas con el 65,4%, convivientes 66,4%, con educación secundaria 73,1% y el 66,7% no tuvieron antecedente de aborto previo; sin embargo, no tuvieron valores estadísticamente significativos, ni asociación al riesgo de aborto incompleto. Los factores asociados al riesgo de aborto incompleto son: estado civil soltera, multigestas y tener una edad gestacional de 1-12 semanas. Además, no se encontró correlación estadística significativa en edades extremas (adolescentes y edad avanzada) con el aborto incompleto (25).

Ríos, C. y et al. (Trujillo, 2018), realizaron un estudio cuyo objetivo se centró en estudiar el aborto en adolescentes atendidas en el Hospital I Florencia de Mora; donde se obtuvo como resultados en el año 2016 se atendió 10 abortos y en el año 2017 se atendió 18 abortos; predominó el aborto incompleto (90 %) y (83,33%)

respectivamente; generalmente se presentó en la adolescencia tardía el 100% y el 77.78% sucesivamente, con promedio de edad de 18.6 años (2016) y de 17.61 años (2017); los factores de riesgo fueron: nulíparas (59%) y (66.7%) respectivamente, solteras (70%) y (61.11%) respectivamente, con grado de instrucción secundaria (80%) y (77.78%) respectivamente, desconocimiento de métodos anticonceptivos (100%), con una edad gestacional promedio de: 7.5 semanas (2016) y de: 8.67 semanas (2017) (26).

Huanca, V. Quispe, M. (Lima, 2017), realizaron un estudio con el objetivo de determinar las características personales, familiares, sociales y gineco-obstétricas de adolescentes con aborto incompleto atendidas en el Hospital María Auxiliadora de Lima. Encontrando como resultados, en cuanto a las características personales: edad promedio de 17 años, de estado civil solteras, grado de instrucción secundaria, procedentes de la costa y de ocupación ama de casa. En cuanto a las características sociales: pareja con edad promedio de 21 años, todos trabajaban, no tuvieron orientación en temas de planificación familiar. En las características gineco-obstétricas: edad gestacional promedio de 7 semanas, edad promedio de inicio de relaciones sexuales 15 años, un aborto, en general no utilizaron un método anticonceptivo (27).

3.1.3. Nivel regional y local

Roncal, F. (Cajamarca, 2018), realizó un estudio con el objetivo de determinar y analizar los factores psicosociales que influyen en el aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca; obtuvo como resultados, que el 34,1% son adolescentes de 15 a 19 años, el 24,4% solo tuvieron secundaria incompleta, el 37,8% de estado civil convivientes y la cifra de abortos fue de 75,6%. Se estableció que el grado de instrucción es un factor social influyente significativamente en el aborto incompleto (28).

Gamonal, M. (Chota, 2017), realizó un estudio con el objetivo de describir y analizar la relación que existe entre los factores biológicos, obstétricos y socioeconómicos con el embarazo en adolescentes, atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota. En sus resultados obtenidos, encontró: en cuanto a los factores biológicos, el 76,5% tuvieron una de 17 a 19 años, el 80% son primerizas. En cuanto, a los factores sociales, la mayoría tuvo estado civil convivientes 83,5% y perteneció a la zona rural 75,5%. Con relación a, los factores económicos la mayoría fueron amas de casa con un 96,5% (29).

3.2. Teorías sobre el tema

3.2.1. Definición de características sociodemográficas

El término sociodemográfico se divide en social que emana de socio y en demográfico como veremos a continuación:

Social. Hace referencia a lo vinculado a la sociedad: al grupo de individuos que viven en dentro de un mismo territorio y obedeciendo las normas que regulan el comportamiento para el bien común (30).

Demográfico. Es el análisis de un conjunto humano a partir de una visión estadística, centrado en su evolución o en una época específica (30). Entonces, puede decirse que lo sociodemográfico refiere a las características generales y al tamaño de un grupo poblacional. Estas fisonomías dan forma a la identidad de los integrantes de una agrupación. Como la edad, el género, la actividad laboral y el nivel de ingresos, por ejemplo, se constituye como datos sociodemográficos (30).

En el mismo entorno, el concepto sociodemográfico tiene relación con un conjunto definido por sus propiedades sociológicas y demográficas, dichos equipos se usan para los estudios en las ciencias sociales, así como para la venta y los estudios médicos. Las propiedades sociológicas son los aspectos más objetivos, como la pertenencia a empresas, posición en casa, los intereses, los valores y los conjuntos sociales (31).

3.2.1.1. Factores personales

Son los diversos puntos individuales que intervienen o influyen para que se genere el aborto incompleto. En dichos componentes se analizan la edad, estado civil, ocupación y cónyuge.

A continuación, se presentan las características de índole personal:

- **Edad**

Tiene origen en el latín *aetas*, vocablo que hace referencia al tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona. (32) según

el modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad Está constituida por adolescentes que viven en el Perú cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días, y la edad de los jóvenes comprende de 18 a 29 años de edad. (61,62)

En relación a la edad de las gestantes se ha determinado que a mayor edad presentan un riesgo superior de gestación aneuploide, por la elevada proporción de ovocitos portadores de alteraciones cromosómicas.

El aborto incompleto se puede derivar de un aborto espontáneo o inducido y se presenta cuando hay expulsión parcial del feto producto de la concepción. Cuando se analiza el aborto incompleto con respecto a la edad de las mujeres se observa que, en las adolescentes, puede alcanzar entre 10% y 12%, mientras que, en las mayores de 40 años, el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad (33).

- **Estado civil**

Es el caso estable o persistente en la que está una persona física relacionadas con sus situaciones individuales y con la legislación, y que va a establecer la función de obrar y los efectos jurídicos que tiene cada persona. (34) En diferentes partes del mundo son cuatro las posibilidades: se puede ser soltero, casado, viudo o divorciado; ya que, para ello existe documentos públicos que pueden dar prueba de su veracidad. El ser conviviente, concubino o de unión libre, caracteriza por ser voluntaria, descartando cualquier situación de convivencia forzada o esporádica; si bien, el Estado peruano promueve el matrimonio, esto no conlleva a que se desproteja otro tipo de unión civil; para que este tipo de unión civil tenga validez y reconocimiento, debe mantenerse como mínimo una convivencia de dos años; debe primar la fidelidad al igual que el matrimonio. (35)

El estado civil pertenece a los componentes socio reproductivos, es de esta forma que se estima al estado civil de soltera representa

cualquier peligro para exponer legrado incompleto de parte de las damas en el territorio (36).

- **Ocupación**

Aquella actividad con sentido en la que el individuo participa cotidianamente y que podría ser nombrada por la cultura. En la sociedad, el empleo es la primordial ya que es considerada como una vía de ingreso del recurso económico para alcanzar el estándar de vida digno y por consiguiente afirmar la libertad económica, respecto a la dama en edad fértil en la sociedad presente todavía están en cualquier enorme porcentaje féminas que solo son “amas de casas” la cual enseña dependencia económica de la pareja, aun no hay estudios claros donde defina que este es cualquier peligro perinatal, sin embargo si se ha encontrado estudios donde las féminas que ejerzan profesiones de peligro si muestran precedente de legrado más que nada esas que se encuentren expuestas a sustancias toxicas (36, 37).

- **Cónyuge**

De acuerdo con el código civil, define al cónyuge a la alianza de dos personas que se unen con la intención de formar una familia y cumplir un ciclo más de vida. Los cónyuges tienen la obligación de vivir juntos, donde se guarden fidelidad, apoyo mutuo y sobre todo cumplir obligaciones recíprocas; sin embargo, su objeto primordial será la construcción el núcleo familiar en base al respeto y el amor. Para lograr que los cónyuges sean felices y gocen de su interacción plena, es fundamental que cuenten con complicidad, que mantengan una buena comunicación, que respeten la intimidad y el espacio del otro y que no duden en tener instantes para gozar de ocupaciones en común. Cuando los cónyuges no comparten el mismo objetivo, existe la separación, situación que traerá consigo más conflictos personales y familiares; ya que, no solo es una ruptura sentimental, sino también de daños emocionales, situaciones que va influir en la vida personal en el futuro para cada uno de ellos. (38)

3.2.1.2. Factores sociales

Son un grupo de situaciones que auxilia a establecer el estado o condición de una persona en cuanto sujeto forma parte de una sociedad. En dichos componentes se analizan el origen, creencia, nivel de instrucción y el tipo de seguro (39).

A continuación, se presentan las características de índole social:

- **Área de procedencia**

Se divide en:

Zona rural. Hace referencia principalmente a los campos y grandes espacios de cultivo donde se realizan actividades económicas agropecuarias primordialmente. Las zonas rurales cuentan con una población más pequeña comparada con la que habita en las zonas urbanas y su territorio geográfico frecuente ser más extenso (40).

Zona urbana. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), es aquel que tiene por lo menos 100 casas agrupadas contiguamente, con promedio aproximado de 500 habitantes como mínimo. La definición censal de la zona urbana resulta bastante heterogénea, por que abarca tanto a las capitales de departamento donde existe gran cantidad de habitantes y a las ciudades más pequeñas. La zona urbana, se caracteriza por la presencia del comercio y por ser más industrializadas; por otro lado, en la zona urbana usan un sistema de comercialización clásico, basándose en sus productos, bienes y servicios de sus pobladores. (40, 41).

- **Religión**

La religión, es cualquier sistema solidario de creencias y de prácticas relativas a cosas sagradas, o sea, separadas, prohibidas; creencias y prácticas que por medio de su escrito sagrado, instituye sus principios morales y dictamina qué está bien, qué está mal y qué fines seguir. (42)

- **Grado de instrucción**

El grado educativo es el grado de enseñanza mayor que una persona ha culminado. Los individuos con más enseñanza comúnmente ganan más que los individuos con menos enseñanza (43).

Los jóvenes poseen cualquier elevado peligro de embarazos no deseados, lo cual se ve observa con más grande frecuencia en las naciones en vías de desarrollo, gracias a una menor enseñanza en materia de sexualidad y salud reproductiva. Por ende, el bajo grado educativo que han alcanzado las jóvenes impide que las mismas ejerzan de forma responsable sus derechos reproductivos (44).

- **Tipo de seguro**

El seguro médico o de salud, es aquél que cubre las asistencias médicas del asegurado y dependiendo de la póliza puede integrar diversos tipos de beneficios. En el Perú existen diversos tipos de seguro; pero de ellos se describirá a los más usados por los peruanos (47).

El Seguro Integral de Salud (SIS) es un seguro de salud dirigido para todos los peruanos y extranjeros residentes en el Perú que no cuenten con otro seguro de salud vigente. El SIS cubre tus medicamentos, todo tipo de procedimientos médicos y quirúrgicos, operaciones, insumos, bonos de funeral y traslados de emergencia, pero la cobertura cambia conforme el proyecto de seguro SIS.

El Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), es el seguro de salud contributivo dirigido a todos los habitantes de Perú que cumplan con ciertas particularidades. EsSalud ofrece servicios de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales. Esta institución cuenta con 5 tipos de coberturas, Seguro Potestativo (+SALUD), Seguro Complementario de Trabajos de Riesgo (+PROTECCIÓN), Seguro Agrario EsSalud, Seguro contra Accidentes EsSalud (+VIDA) (46).

3.2.1.3. Factores obstétricos

Es aquella característica o circunstancia que, en el curso de una gestación, puede conllevar un aumento de probabilidad de producirse un aborto incompleto y aumentar el riesgo y el deterioro de su salud de la madre.

A continuación, se presentan las características obstétricas:

- **. MENARQUIA**

De acuerdo a la edad en la que aparece la primera menstruación, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia se clasifica en:

PRECOZ, se estima aquella primera menstruación que surge anterior a los 12 años.

MEDIA, se estima aquella primera menstruación que se da entre los 12 – 14 años.

TARDIA; se estima aquella primera menstruación que surge después de los 14 años. (70)

- **Inicio de relaciones sexuales**

Las relaciones sexuales son un grupo de conductas que efectúan habitualmente 2 personas destinados a dar o recibir placer sexual. Las relaciones sexuales coitales tienen la posibilidad de comprender varias prácticas como el sexo oral, el magreo o el coito. El principio de las interacciones sexuales, la utilización del propio cuerpo humano para tener relación con otros individuos por medio del placer es primordial para su propio desarrollo emocional y para entablar interacciones con sus similares en condiciones igualitarias. La impresión más común en la sociedad presente es que las generaciones más actuales poseen su primera interacción sexual a una edad cada vez más temprana (48, 49).

- **Gravidez**

Se llama gravidez, gestación o embarazo, es lapso transcurrido desde la implantación dada en el útero a partir del ovulo fecundado, hasta el instante del parto. Durante el embarazo, en el organismo de la mujer se producen diferentes cambios fisiológicos, metabólicos e inclusive morfológicos (50).

- **Edad gestacional**

La Edad Gestacional es el número de días transcurridos desde el primer día de la última menstruación (FUM) a la fecha actual. La edad gestacional se expresa en semanas y días. En caso que la fecha de la última sea poco confiable; se crea la fecha de última menstruación operacional se calcula basándose en la ecografía precoz (7-10 semanas). La gestación dura un promedio de 40 semanas (50).

- **Método anticonceptivo**

Un anticonceptivo es cualquier método, medicamento o dispositivo que se utiliza para prevenir el embarazo. Son los métodos los que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, lo puede usar las mujeres o sean sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conducta. La elección será previa orientación y consejería del profesional de obstetricia (51).

3.2.2. Aborto incompleto

3.2.2.1. Teoría del aborto incompleto

Se da cuando la placenta se desprende del útero, ya sea total o parcialmente, se produce una hemorragia. El feto y la placenta permanecen por completo dentro del útero o bien salen de manera parcial por el orificio dilatado. El legrado por succión permite evacuar con eficacia el útero. (52)

El legrado incompleto es la expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico por medio de cualquier cuello con modificaciones y sangrado variable (53).

Es el resultado de la expulsión del embrión o feto y en esta situación queda al interior del útero varias o piezas de las construcciones embrionarias fetales o de los anexos. Se necesita vaciar dichos contenidos para eludir el peligro de hemorragias o infecciones y otras complicaciones a más extenso plazo (54).

3.2.2.2. Diagnóstico del aborto incompleto

El diagnóstico de la amenaza de aborto incompleto es posible basándose en criterios clínicos:

- Sangrado vaginal.
- Dilatación cervical. El orificio cervical interno está lo suficientemente abierto para permitir la entrada del pulpejo durante el tacto vaginal.
- Salida de productos de la concepción. Los productos de la concepción pueden ser visibles en la vagina. A veces, se requiere el examen del tejido para diferenciar los coágulos de sangre de los productos de la concepción (55).

3.2.2.3. Conducta a seguir según el Minsa

El aborto incompleto es la eliminación parcial del contenido uterino cuyo diagnóstico se da por sospecha o evidencia de pérdida parcial del contenido uterino (pueden estar los restos en el canal cervical o vaginal) o también puede darse por sangrado persistente que pone en peligro la vida de la paciente. El tratamiento que se le puede dar a las pacientes según Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4) es en caso cuente con médico capacitado, insumos e infraestructura, se procede al legrado o AMEU en aborto incompleto no complicado. De lo contrario, estabilizar y referir. Y el tratamiento según Establecimiento con Funciones

Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2) es (56):

- Hospitalización.
- Instalar vía EV segura con ClNa 9%0.
- Solicitar: Ecografía, Hemograma, (hemoglobina o hematocrito), Grupo sanguíneo y factor Rh, Examen de orina, RPR o VDRL, Prueba de Elisa VIH o prueba rápida.
- Procedimiento:

Si el tamaño uterino es menor de 12 cm: Legrado uterino o AMEU, previa dilatación del cuello uterino, si fuera necesario.

Si el tamaño uterino es mayor de 12 cm:

- Si el cuello uterino está abierto, existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, procurar la expulsión de restos con infusión oxitócica 30 UI en 500 cc de ClNa 9%0. Luego realizar legrado uterino. (56)
- Si el cuello uterino está cerrado y no existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, madurar el cuello con prostaglandinas: 200 microgramos de Misoprostol en el fondo de saco vaginal cada 6 horas, máximo 4 dosis. Luego realizar legrado uterino contando con una vía endovenosa segura. (56)
- Si la metrorragia es abundante, colocar vía segura con oxitócina y evacuar el contenido uterino inmediatamente. Si el cuello uterino está cerrado, realizar dilatación instrumental seguida de legrado uterino, o mediante histerotomía abdominal en último caso (56).

3.2.3. Embarazo y aborto en la adolescencia

El embarazo adolescente es una problemática que requiere de un triple abordaje, ya sea en el aspecto social, educativo y de salud; también resulta necesario la implementación y la mejora de las estrategias de salud sexual y reproductiva, sobre todo en los países

en vías de desarrollo donde se tenga que afrontar el tema a profundidad. La adolescencia es una etapa que se debería centrar en el crecimiento académico, madurez psicológica y de desarrollo social. El embarazo debe ser una dicha para la futura madre que se encuentra preparada para formar una familia, más no una carga más para quienes no se sienten preparadas para afrontar esta realidad (86).

2.3. Hipótesis

Hi: Existe asociación significativa de los factores personales, sociales y obstétricos con el aborto incompleto en adolescentes y jóvenes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, durante el año 2019.

Ho: No existe asociación significativa de los factores personales, sociales y obstétricos con el aborto incompleto en adolescentes y jóvenes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, durante el año 2019.

2.4. Variables

DEPENDIENTE:

Aborto Incompleto.

INDEPENDIENTE:

Factores personales, sociales y obstétricos.

2.4.4. Conceptualización y Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	
VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES PERSONALES	Son los distintos aspectos personales que intervienen o influyen para que se produzca el aborto incompleto.	Incluye los datos personales que datos se obtendrán de los datos de filiación de las historias clínicas	Edad	- Adolescente (12-17) - Joven (18-29)	Intervalo	
			Estado civil	- Soltera - Conviviente - Casada - Otros	Nominal	
			Ocupación	- Estudiante - Ama de casa - Trabajador independiente - Trabajador dependiente	Nominal	
			Grado de instrucción	- Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior	Ordinal	
			Edad Menarquia	- Menos 12 años - 12 – 17 años - Más de 17 años	Ordinal	
			Edad inicio relaciones sexuales-coitales	- Menor de 12 años - 12 – 17 años - Mayor de 17 años.	Ordinal	
	FACTORES SOCIALES	Son un conjunto de circunstancias que contribuye a determinar el estado o condición de una persona en cuanto a la sociedad a la que pertenece la persona.	Incluye los datos o circunstancias de la condición de una persona y se sacarán de los datos de filiación de las historias clínicas, obtenidos al momento de la anamnesis	Procedencia	- Rural - Urbano marginal - Urbana	Nominal
				Religión	- Católica - No católica	Nominal
				Grado de instrucción del cónyuge	- Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior	Ordinal
				Ocupación del cónyuge	- Estudiante - Trabajador independiente - Trabajador dependiente	Nominal
				Tipo de seguro	- SIS - ESSALUD - SANIDAD	Nominal
	FACTORES OBSTETRICOS	Es aquella característica o circunstancia que en el curso de una gestación, puede	Estos datos se obtendrán de la historia clínica del rubro de los	Gravidez	Gesta: Para: - Primigesta - Segundigesta - Multigesta	Ordinal

	conllevar un aumento de probabilidad de producirse un aborto incompleto y aumentar el riesgo de la madre.	antecedentes gíneco – obstétricos	Edad gestacional	- Menor a 8 ss - 8 – 12 ss - 13 – 22 ss	Ordinal
			Método anticonceptivo	- Barrera (preservativo) - hormonales (píldoras, inyectable e implante) - Ninguno	Nominal
Variable dependiente: Aborto incompleto.	Es el retiro o expulsión parcial de todos los tejidos fetales y placentarios del canal vaginal antes de la semana 22 de gestación. (1)	Los resultados se obtendrán de las historias clínicas con el diagnostico al ingresar por el servicio de emergencia		Aborto incompleto	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

3.1.1. Diseño: El diseño de la presente investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo de estudio observacional, no experimental, comparativo; con un diseño transversal, retrospectivo y correlacional.

Cuantitativo: según Sampieri tiene enfoque cuantitativo porque se usa una recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamientos (60).

No experimental: Porque no manipuló ninguna variable.

Observacional: No se construye ninguna situación, sino se observó situaciones ya existentes.

Comparativo: Porque se recolectó la información de las historias clínicas de las adolescentes y jóvenes según Sampieri (2003) esta investigación permitió establecer los factores de riesgo que incidieron en el aborto incompleto (60).

Corte trasversal: El estudio se realizó en un solo momento sin hacer cortes en el tiempo.

Retrospectivo: Porque se obtuvo los datos y la información de las historias clínicas de las adolescentes y jóvenes atendidas en el año 2019. De tal manera, permita encontrando la asociación que existe de la variable independiente con la dependiente.

Correlacional: según Sampieri (60), es un estudio correlacional porque tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos variables, miden cada una de ellas y después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba.

3.2. Área de estudio

El presente estudio se desarrolló en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, provincia de Chota, departamento Cajamarca, el mismo que se encuentra ubicado en el Jr. Exequiel Montoya N° 718. Dicho hospital está categorizado en un segundo nivel de complejidad con categoría II-1, ya que cuenta con las principales áreas de atención en: Medicina general, cirugía, neonatología y pediatría, ginecología y obstetricia.

3.3. Población – muestra

Dada la naturaleza de la presente investigación, la población estuvo conformada por todas las pacientes adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto y que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José H. Soto Cadenilla, siendo un total de 271 pacientes (132 adolescentes y 139 jóvenes) registradas en todo el año 2019; cuyas historias clínicas se encontraron en la oficina de admisión de dicha institución.

En la presente investigación no ha sido primordial calcular una muestra o proponer un diseño estadístico de muestreo, pues se analizó el universo completo planteado dentro del espacio y el tiempo. La muestra de la presente investigación quedó constituida por un total de 211 pacientes (107 adolescentes y 104 jóvenes), cuyas historias clínicas contaron con los registros completos de los datos requeridos para la presente investigación. Las demás historias que serían un total de 60 historias clínicas, lo que vendría a ser un 22% del porcentaje de pérdida debido a que las historias clínicas no cumplían con los criterios de inclusión.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis en el presente estudio estuvo constituida por cada una de las adolescentes y jóvenes atendidas con diagnóstico de aborto incompleto que fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, y los datos se obtuvieron de una fuente secundaria (Sampieri) (60), siendo en este caso las historias clínicas individuales de cada una de las adolescentes y jóvenes.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

Pacientes cuyas historias clínicas cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Historias clínicas de las pacientes adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto.
- Historias clínicas de las pacientes adolescentes y jóvenes con datos completos.

3.5.2. Criterios de exclusión

No se tuvo en cuenta a las pacientes cuyas historias clínicas que no cumplieron con las siguientes condiciones:

- Historias clínicas de las pacientes adolescentes y jóvenes con otro diagnóstico de aborto (amenaza de aborto, aborto diferido, aborto en curso, aborto retenido, etc.).
- Historias clínicas de las pacientes adolescentes y jóvenes con datos incompletos en alguno de los formatos.

3.6. Técnica de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, como primera fase se solicitó el permiso a la directora del Hospital José H. Soto Cadenillas, para llevar a cabo la investigación en el año 2019; a quien a su vez se le hizo de conocimiento la naturaleza de la investigación que se estuvo realizando.

Como segunda fase, se obtuvo el marco muestral de las adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto, teniendo como referencia a las historias, registradas en el área de estadística y admisión de dicho hospital, para solicitar el acceso a los archivos.

Para obtener los datos, se utilizó la técnica de documentación, ya que los datos se obtuvieron de cada historia clínica de las adolescentes y jóvenes quienes tuvieron diagnóstico de aborto incompleto, tomando en cuenta la

hoja de la hoja de emergencia, la historia clínica y la epicrisis; como instrumento se utilizó:

- Ficha de recolección de datos: que permitió obtener datos de los factores personales, sociales y obstétricas de las adolescentes y jóvenes asociadas al aborto incompleto, el mismo que está validado por Ticlla, L. en el año 2019 y fue adaptado y modificado para el presente estudio (11).

3.7. Descripción del instrumento

El instrumento para la presente investigación correspondió a una ficha de recolección de datos, a la que se llenó con datos de las historias clínicas de cada paciente adolescente y joven. El instrumento recopiló datos personales, sociales y obstétricos de cada historia clínica, y estará estructurado de la siguiente manera:

- **Factores personales:** Se registraron datos de la edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, edad de la menarquia y la edad del inicio de la primera relación sexual.
- **Factores sociales:** se consignaron datos como el lugar de procedencia, la religión, datos del cónyuge: grado de instrucción y su ocupación y datos del tipo de seguro de las adolescentes y jóvenes.
- **Factores obstétricos:** se registraron datos de la gravidez (número de gestaciones, antecedentes de aborto y número de hijos vivos), la edad gestacional en la que se produjo el aborto y método anticonceptivo de las mujeres adolescentes y jóvenes al ingreso.

3.8. Técnicas de procesamiento, interpretación y análisis de los datos.

El recojo de la información se realizó en el año 2020, posteriormente se ingresó la información al Excel. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos.

Estadísticamente se realizó dos tipos de análisis estadístico en “Z calculado”, es el punto calculado a partir de una distribución normal estándar que sirve para comparar y encontrar diferencia significativa en dos grupos etarios; se usó para encontrar la diferencia significativa de las características personales, sociales y obstétricas en adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto. Se analizó también los datos para encontrar la asociación entre las variables en estudio, utilizando la fórmula estadística del Chi Cuadro, para asociar variables de tipo nominal y ordinal y encontrar el grado de asociación de los factores personales, sociales y obstétricos con el aborto incompleto; elaborándose tablas estadísticas con los resultados encontrados, para su posterior interpretación y análisis. Finalmente, se encontró la respuesta a la formulación del problema, en relación a los objetivos trazados en la investigación y confirmando parte de hipótesis planteada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSION

Tabla 1. Características de las adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto según grupo etario. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2019.

GRUPO ETARIO	EADADES	N°	%	TOTAL	
				N°	%
ADOLESCENTES	12 a 14 años	23	21	107	51
	15 a 17 años	84	79		
JÓVENES	18 a 23 años	71	68	104	49
	24 a 29 años	33	32		
TOTAL				211	100

En la Tabla 1 se realiza una descripción de las 211 pacientes que corresponde al total de la población estudiada, entre adolescentes y jóvenes que fueron atendidas con diagnóstico de aborto incompleto en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas en el año 2019. Se encontró que el mayor porcentaje corresponde al grupo de adolescentes (12 a 17 años) con un 51%; donde la mayoría pertenece al grupo etario de 15 a 17 años. En el caso de las jóvenes el 68% están en una edad de 18 a 23 años y el 32% en la edad de 24 a 29 años. Se concluyó de la población estudiada con diagnóstico de aborto incompleto el 51% son adolescentes y el 49% son jóvenes.

Estos resultados guardan similitud con el estudio realizado por Zambrano, J. (Guayaquil, 2016) halló que el 57% de adolescentes fueron diagnosticadas con aborto incompleto, y el grupo de las jóvenes con un 43% (21); del mismo modo Iglesias S. (Chiclayo, 2018); Roncal F. (Cajamarca, 2018) y Gamonal M. (Chota, 2017); encontraron que el aborto incompleto se diagnosticó mayormente en menores de 19 años (24, 28, 29). Sin embargo, difiere con los resultados encontrados por Mendoza, M. (Lima, 2019) y Ponce, M. (Lima, 2018) quienes reportaron que el diagnóstico de aborto incompleto predominó en el grupo etario de jóvenes de 19 a 30 años (23, 25).

Según el Ministerio de Salud (MINSA) la adolescencia es la etapa comprendida entre los 12 y 17 años y la juventud es otra etapa de vida que abarca desde los

18 a 29 años; la etapa de la adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, pues ellos son el reflejo de la acumulación de eventos que operan a lo largo de la vida a nivel individual, familiar y comunitario, esto resulta determinante para salud y el desarrollo en la adultez; a diferencia de la juventud es una etapa que se caracteriza no solo por cambios físicos y psicológicos, sino también por la madurez en la toma de decisiones (61,62). Teniendo en cuenta lo dicho por Gamonal (2019) el organismo de una adolescente no está preparada para los cambios fisiológicos, psicológicos, anatómicos y sociales de un embarazo; conllevando muchas veces a embarazos no deseados, de los cuales muchos de ellos terminarían en aborto poniendo en riesgo su propia vida (29).

En este estudio, realizado en la provincia de Chota, se reporta un porcentaje ligeramente mayor en las adolescentes con diagnóstico de aborto incompleto, a diferencia de las jóvenes con el 51% respectivamente; tomando en cuenta que a la actualidad el Ministerio de Salud (MINSA), exige que todo adolescente cuente con un paquete de atención integral anual con la finalidad de contribuir a la Atención Integral de Salud de calidad para las adolescentes, con enfoque de derechos, género, diversidad, interculturalidad, prevención de riesgo, igualdad de oportunidades, equidad. Además, de esta manera se permite el acceso a los servicios de planificación familiar en donde se debe orientar y responder a las necesidades de las adolescentes; probablemente no sea suficiente la información proporcionada acerca del ejercicio responsable de la sexualidad o no se esté logrando la sensibilización adecuada lo que estaría llevando a embarazos no deseados y por ende la interrupción de los mismo; por lo resulta evidente y necesario la presencia de obstetras en las instituciones educativas para una mejor orientación y seguimiento permanente de las adolescentes y de esta manera no se sientan cohibidas al tener que asistir a un establecimiento de salud en busca de información, por otro lado teniendo en cuenta que el horario de atención de los consultorios de planificación familiar no son diferenciados.

Tabla 2. Diferencias de las características personales de adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto. Hospital José Hernán Soto Cadenillas– Chota, 2019.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES	ADOLESCENTES		JÓVENES		ZCALCULADO	P VALOR O SIG.	DIFERENCIA
	N°	%	N°	%			
ESTADO CIVIL							
Soltera	69	64	44	42	3,311	0,000	Sí
Conviviente	30	28	41	39	-1,761	0,039	No
Casada	8	7	19	18	-2,365	0,009	Sí
OCUPACIÓN							
Estudiante	65	61	44	42	2,726	0,003	Sí
Ama de casa	35	33	41	39	-1,017	0,154	No
Trabajador independiente	6	6	10	10	-1,099	0,136	No
Trabajador dependiente	1	1	9	9	-2,653	0,004	Sí
GRADO DE INSTRUCCIÓN							
Sin instrucción	0	0	4	4	-2,040	0,021	Sí
Primaria	20	19	16	15	0,640	0,739	No
Secundaria	85	79	33	32	7,941	0,000	Sí
Superior	2	2	51	49	-9,297	0,000	Sí
EDAD MENARQUÍA							
Menor de 12 años	62	58	52	50	1,161	0,877	No
13 a 17 años	45	42	47	45	-0,736	0,231	No
Más de 17 años	0	0	5	5	-2,292	0,011	SI
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES-COITALES							
Menor de 12 años	20	19	13	13	1,245	0,893	No
De 12 a 17 años	87	81	53	51	5,040	0,000	Sí
Más de 17 años	0	0	38	40	-3,626	0,004	Sí

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla N°2, se aprecia las características personales de las adolescentes y jóvenes atendidas con diagnóstico de aborto incompleto. En relación al *estado civil*, se observa que la mayoría fueron solteras; siendo 64% adolescentes y 42% de jóvenes. Estadísticamente, se encontró diferencias significativas en cuanto al estado civil soltera, evidenciándose mayores porcentajes para adolescentes en comparación a las jóvenes ($p=0,000$); sin embargo, en cuanto a las casadas se encuentra diferencias, pero con predominancia en el grupo de jóvenes ($p<0.009$).

Los datos obtenidos difieren con los resultados de Dankwah, E. et al (Ghana, 2018); donde el 45,2% de adolescentes y jóvenes eran casadas y el 38,0% solteras; del mismo modo Roncal, F. (Cajamarca, 2018) reportó que el 83,9% de adolescentes eran convivientes, seguido del 67,7% solteras (17, 28). Sin embargo, guarda similitud con los resultados de Huanca, V. (Lima, 2017) y Mendoza, M. (Lima, 2019) quienes encontraron prevalencia del estado civil soltera en el 66.7% de adolescentes y 49,7% de las jóvenes respectivamente (27, 23).

El estado civil, pertenece al componente socio reproductivo; el sobrellevar un embarazo en condición de madre soltera empieza cuando la pareja rechaza o evade las responsabilidades de sus propios actos, por lo que muchas veces resulta mal visto por la propia familia, la misma sociedad muchas veces las margina por el hecho de traer una nueva vida sin ningún compromiso establecido. El temor de enfrentarse a un futuro desolador, con marginaciones y restricciones; son situaciones que deben de estarían enfrentando adolescentes y jóvenes solteras, con el poco compromiso de la pareja o automáticamente la pareja desaparece; todo esto indicaría que no contarán con el apoyo ni la preparación adecuada para lidiar con todas las situaciones que tienen que enfrentar en la vida para el cuidado de su niño por nacer, lo que las llevaría a considerar que la única solución es terminar con el embarazo (72).

En cuanto a la *ocupación*, se aprecia que el mayor porcentaje de adolescentes son estudiantes y amas de casa (61% y 33% respectivamente); algo similar sucede en el grupo de jóvenes donde predominó igualmente el grupo de estudiantes y amas de casa (42% y el 39%). Estadísticamente se encontró diferencia significativa en la ocupación de estudiantes, siendo mayor en el grupo etario de las adolescentes en comparación de las jóvenes ($p=0,000$); sin embargo, en cuanto a las trabajadoras dependientes se encontró diferencia significativa con predominio en el grupo de las jóvenes ($p=0,004$).

Estos resultados discrepan con lo reportado por Seidu, A. et al (África, 2020); donde el 69,9% de las mujeres cuentan con algún trabajo ya sea dependiente e independiente y el 30,4% amas de casa o se dedican a la agricultura; del mismo modo en la investigación realizada por Ríos, C. et al. (Trujillo, 2018) encontraron que el 38.39% de adolescentes eran obreras y el 33.33% estudiantes (23). Por

otro lado, guarda semejanza con los resultados reportados Molina, P. y Vilcañaupa, K. (Huancayo, 2019); y Mendoza, M. (Lima, 2019) quienes encontraron que tanto adolescentes y jóvenes eran estudiantes (54% y 37,6% respectivamente) (24,23).

La adolescencia y juventud son etapas del ciclo vital donde comienza a surgir las relaciones más abiertas, se encuentra más activo el despertar sexual y las conductas orientadas hacia el goce o el placer, sin tener en cuenta las consecuencias; por ello que adolescentes y jóvenes están propensos a tener conductas y prácticas sexuales de riesgo, comportamientos que pueden traer consecuencias negativas ya sea en su salud, en su vida personal y familiar e incluso en sus proyectos a futuro. Cuando empiezan a confundir las relaciones afectivas y románticas con el placer llegan a tener relaciones sexuales-coitales sin protección, provocando embarazos no deseados que muchos de ellos podrían rechazarlos y terminar en aborto. Esto se corrobora con las últimas investigaciones en neurociencia que señalan que las áreas del cerebro encargadas de la planificación y del control de impulsos no terminan de desarrollarse hasta aproximadamente a los 25 años, lo que indicaría porqué los adolescentes son mucho más propensos a realizar conductas de riesgo sin pensar demasiado sobre las posibles consecuencias (73, 74).

En cuanto al *grado de instrucción* de las adolescentes y jóvenes diagnosticadas con aborto incompleto, el 79% tienen educación secundaria y el 19% nivel primario; lo contrario sucede con el grupo de las jóvenes donde el 49% tiene grado instrucción superior y el 32% secundaria. Estadísticamente se encontró diferencia significativa en cuanto al grado de instrucción secundaria, siendo mayor en el grupo de las adolescentes comparado con las jóvenes ($p=0,000$); en cuanto a los que no tienen ningún grado de instrucción y el nivel superior se encontró diferencia significativa mayor en las jóvenes en comparación con las adolescentes ($p=0,021$), ($p=0,000$).

Los resultados encontrados difieren con el estudio realizado por Dankwah, E. et al. (Ghana, 2018) quienes reportaron que el 51.6% de las jóvenes tenía nivel secundario, al igual que Mendoza, M. (Lima, 2019) quien reporta que el 70,6% de las adolescentes tienen grado de instrucción secundaria. Por otra parte, guarda similitud con las investigaciones realizadas en Perú por Mendoza, M.

(Lima, 2019), Ríos, C. y et al. (Trujillo, 2018), Molina, P. Vilcañaupa, K. (Huancayo, 2019) quienes encontraron predominio en el grado de instrucción secundaria con el 73.1%, 77.78% y 79.84% respectivamente; seguido del grado de instrucción superior con 16.3%, 22.2% y 18.6% respectivamente (24, 25, 27). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018) la tasa de asistencia escolar en adolescentes es de 87.8% en la zona urbana y en el área rural corresponde a un 77,8%; Cajamarca se encuentra con una tasa inferior a la tasa nacional siendo 79.2%, lo que se ve reflejado en los resultados de las investigaciones referenciadas.

Los resultados obtenidos indican, que en la provincia de Chota hay un alto porcentaje de adolescentes con grado de instrucción secundaria, esto se debería a que la adolescencia es la edad donde se presentan grandes oportunidades de cambio y avance en la esfera física e intelectual. Sin embargo, las adolescentes que no aprovechen estas oportunidades son vulnerables a tener embarazos no deseados, no encontrándose así preparadas para asumir el rol de madre más la necesidad de continuar con su proyecto de vida; estaría influenciando negativamente para que tomen decisiones equivocadas frente a su embarazo, pudiendo terminar en aborto. Pues, el embarazo precoz generaría un cambio brusco en la vida de las adolescentes que puede llevar a la deserción escolar y posteriormente conducir a menos oportunidades laborales, dependencia económica y bajos ingresos económicos a futuro (64). Los datos de las jóvenes son diferentes ya que el mayor porcentaje tienen grado de instrucción superior (completa e incompleta), actualmente mientras mayor sea el nivel educativo se tendría mejores oportunidades en la vida personal y laboral, otorgando independencia económica y mejores ingresos, que las llevaría a tomar decisiones sobre su propio cuerpo como es el aborto provocado.

Con respecto a la *edad de la menarquia*, en el 58% de las adolescentes y el 50% de las jóvenes la edad de la menarquia fue antes de los 12 años. Estadísticamente se halló diferencia significativa en cuanto a la edad de la menarquia en el grupo mayor de 17 años pues se presentó exclusivamente en el grupo de jóvenes ($p=0,011$). Estos resultados guardan similitud con la investigación realizada por Molina, P. Vilcañaupa, K. (Huancayo, 2019), quienes encontraron que el 62,9% de adolescentes con diagnóstico de aborto tuvieron

menarquia antes de los 12 años (25). La primera menstruación, también llamada menarquía, es uno de los cambios corporales importantes que se da en la pubertad o adolescencia, esta implica la maduración sexual y emocional marcando el comienzo de la etapa fértil. La menarquia es un proceso que provoca el despertar temprano de las necesidades sexuales biológicas, a menor edad de la menarquia es un factor para la aparición de conductas sexuales de riesgo, algunas veces conlleva al inicio temprano de las relaciones sexuales coitales. Cuando estas conductas no se maneja de manera responsable estaría llevando a embarazos a temprana edad con desarrollo incompleto de los genitales internos; por otro lado la falta de preparación para afrontar de manera responsable y consecuente esta experiencia sexual estaría llevando a que muchos de los embarazos terminen en aborto (26, 77).

En cuanto, a la *edad del inicio de las relaciones sexuales - coitales* de las adolescentes y jóvenes, el 81% iniciaron su vida sexual entre los 12 a 17 años, el 19% de adolescentes tuvieron su primera relación sexual en la etapa de la pubertad, antes de los 12 años; en el caso de las jóvenes el 51% tuvo su primera relación sexual-coital en la etapa de la adolescencia, el 40% su primera relación sexual-coital en la etapa de la juventud; estadísticamente se encontró diferencia significativa en cuanto al grupo etario de las adolescentes que tuvieron su primera relación sexual – coital en las edades de 12 a 17 años en relación a las jóvenes ($p=0,000$); en el caso del grupo etario de las jóvenes existe diferencia significativa en el aquellas que iniciaron su primera relación sexual después de los 17 años ($P=0.004$).

Estos resultados guardan concordancia con el estudio realizado por Huanca, N. Quispe, M. (Lima, 2017) donde encontraron que el 46.8% inició su vida sexual dentro de la etapa de la adolescencia con una edad promedio de 15 años (27). Cabe mencionar, que el inicio de las relaciones sexuales es la utilización del propio cuerpo humano para tener relación con otros individuos por medio del placer, es primordial para un propio desarrollo emocional aun cuando no se valora los riesgos y consecuencias. La impresión más común en la sociedad, resulta que las generaciones más actuales poseen su primera interacción sexual a una edad cada vez más temprana (48). Como se puede evidenciar en los resultados el inicio de la actividad sexual precoz expondría a las adolescentes y

jóvenes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, y su desarrollo psicológico y social, más un si se inicia sin una adecuada orientación y sin conocimiento pleno de las consecuencias que les puede llevar la actividad sexual sin la debida protección (65), como son el embarazo no deseados.

Tabla 3. Diferencias de las características sociales en adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2019.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES	ADOLESCENTES		JÓVENES		Z CALCULADO	P VALOR	DIFERENCIA
	N°	%	N°	%			
PROCEDENCIA							
Rural	32	30	30	29	0,169	0,567	No
Urbana	75	70	74	71	-1,976	0,024	Sí
RELIGIÓN							
Católica	88	82	65	62	3,282	0,001	Sí
No católica	19	18	39	38	-3,282	0,001	Sí
GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL CÓNYUGE							
Sin instrucción	2	4	3	4	1,640	0,051	No
Primaria	7	16	3	4	1,968	0,025	Sí
Secundaria	9	20	5	7	0,699	0,758	No
Superior	27	60	60	85	-4,484	0,000	Sí
OCUPACIÓN DEL CÓNYUGE							
Estudiante	32	71	30	42	1,716	0,043	No
Trabajador independiente	5	11	28	39	-2,292	0,011	Sí
Trabajador dependiente	8	18	13	18	0,588	0,722	No
TIPO DE SEGURO							
SIS	102	95	93	89	1,621	0,052	No
ESSALUD	5	5	10	10	-1,397	0,919	No
SANIDAD	0	0	1	1	-1,005	0,843	No
TOTAL	n:107	51%	n:104	49%			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 3 se analizó las *características sociales* de las adolescentes y jóvenes atendidas con diagnóstico de aborto incompleto. En cuanto a la *procedencia* se encontró que en el grupo etario de las adolescentes el 70% son de la zona urbana y el 30% de la zona rural; del mismo modo, en el grupo etario de las jóvenes donde el 71% son de la zona urbana y el 29% son de la zona rural. Estadísticamente se encontró diferencia significativa en cuanto a la procedencia de la zona urbana, siendo mayor en las jóvenes en comparación con las adolescentes ($p=0,024$).

Los resultados obtenidos discrepan con los datos de investigaciones internacionales, como el estudio de Yokoe, R. et al. (India, 2019), quienes encontraron que el 78.6% de las adolescentes fueron de la zona rural y el 21,4% de la zona urbana (16); del mismo modo en la investigación de Pizarro, F. (Ecuador, 2016) encontró que el 45% de las adolescentes fueron de la zona rural y el 30% de la zona urbano marginal. En cuanto a la procedencia de las jóvenes, difiere con la investigación de Dankwa, E. et al. (Ghana, 2018) quienes reportaron que el 51% fueron de la zona rural y el 49% de la zona urbana (20,17).

En cuanto a las investigaciones realizadas en el Perú, los datos obtenidos en la presente investigación guardan similitud con los resultados de Molina, P. Vilcañaupa, K. (Huancayo, 2019) donde el 58,1% de adolescentes fueron de la zona urbana y el 41,9% de la zona rural (24). Sin embargo, los resultados difiere con la investigación de Gamonal, M. (Chota, 2017), quien encontró que el 75.5% de las adolescentes pertenecieron a la zona urbano marginal y el 18% son de la zona rural (29). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2018 reportó que del total de embarazos en adolescentes el 22.7% son de la zona rural y el 10.1% son de la zona urbana (64); en la provincia de Chota el mayor porcentaje de las adolescentes y jóvenes son de la zona urbano marginal; donde generalmente existe poca comunicación en la familia y en las instituciones educativas sumado a la falta de información y el difícil acceso a los métodos anticonceptivos contribuyen al embarazo en este grupo etario. Así mismo, por el hecho de continuar con sus estudios, se ven en la necesidad de migrar de la zona rural a la zona urbana donde deben enfrentar grandes cambios cognitivos, emocionales y sociales, que pueden afectar su manera de responder a las demandas y presiones sociales, produciendo cambios en sus actitudes y comportamientos en relación a su vida personal y que podría influir para posteriores decisiones en el ejercicio de la salud sexual y reproductiva.

En cuanto a la *religión*; el mayor porcentaje en el grupo de adolescentes y jóvenes pertenece a la religión católica con el 82% y 62 % respectivamente. Estadísticamente existe relación significativa la religión católica en el grupo de las adolescentes en relación a las jóvenes ($p=0,001$), en cuanto a la religión no católica existe relación significativa en las jóvenes en relación a las adolescentes ($p=0,001$).

Estos resultados guardan similitud con los diversos estudios realizados en el país, Morales, H. (Lima, 2019), Mendoza, M. (Lima, 2019) y Molina, P. Vilcañaupa, K. (Huancayo, 2019) quienes reportaron que la religión que predominó fue la católica con el 87%, 79%, 85% respectivamente. Caso contrario a lo reportado en los países de los diferentes continentes como el caso de África, en el estudio realizado por Seidu A. et al. (2020), encontraron que predominó la religión musulmana (15); algo diferente sucede en el continente Asiático, en la investigación realizada por Yokoe R. et al. (India, 2019) la religión que predominó en las adolescentes con diagnóstico de aborto incompleto fue la Hindú con el 81%, seguida de la religión musulmana con el 17.5% (16). Existen reportes que la religión es un sistema basado en creencias y prácticas en torno a la divinidad y constituye un factor protector para que las adolescentes y jóvenes posterguen el inicio de la actividad sexual precoz, evitando así embarazos no deseados. La religión católica considera al aborto como un atentado contra la vida y un pecado contra la ley de Dios. El mensaje del máximo representante de la religión católica el Papa Francisco considera que el aborto es un problema humano y no es lícito eliminar una vida humana ni encargar a un asesino a sueldo para resolver un problema. A diferencia de la religión católica existen algunas religiones como el judaísmo o el islam en donde contemplan la posibilidad de abortar en casos concretos, como la violación o si existe un riesgo para la madre. Sin embargo, adolescentes y jóvenes dejan de lado su religión porque la manera en cómo cada uno vive su vida religiosa influye en las decisiones que tome en cuanto a su salud sexual y reproductiva (42, 74).

Además, en la tabla se aprecia también cifras en relación al *grado de instrucción del cónyuge*; se encontró que la pareja de las adolescentes el 58% tiene el nivel secundario y el 22% tienen nivel superior; en el cuanto a la pareja de las jóvenes el 85% tienen el nivel superior y el 7 % tienen grado de instrucción secundaria. Estadísticamente se encontró diferencia significativa en cuanto al cónyuge con grado de instrucción primaria, siendo mayor en las adolescentes en relación a las jóvenes ($p=0,025$); en lo que se refiere al cónyuge con grado de instrucción superior existe diferencia significativa en el grupo etario de las jóvenes en relación a las adolescentes ($p=0,000$). La educación constituye una de las armas más poderosas que se dispone para forjar un buen futuro; mientras mayor sea

el grado de instrucción alcanzado se podrá comprender mejor la realidad, por ende transformarla de manera consciente, equilibrada y eficiente para actuar como personas responsables. En la actualidad, la educación se ha considerado la enseñanza como elemento importante de promoción socioeconómica, puesto que por medio de ella se acreditan conocimientos, capacidades y habilidades para el manejo de una profesión u oficio que le dejará brindar seguridad física, emocional y económica garantizando una buena calidad de vida. Los resultados encontrados en la provincia de Chota muestran al cónyuge de las adolescentes y jóvenes que cuentan con grado de instrucción superior que tendrían más probabilidad de presentar aborto incompleto, probablemente se deba a que muchos de ellos aún no alcanzan realizarse con sus objetivos personales y una paternidad no esté dentro de sus planes e inducen a su pareja para recurrir al aborto como única salida.

En cuanto a la *ocupación del cónyuge*, se encontró que el 71% de la pareja de los adolescentes son estudiantes y el 18% trabajadores dependientes; datos similares se obtuvieron con la ocupación del cónyuge de las jóvenes, donde el 42% eran aún estudiantes, y 39% trabajadores independientes. Estadísticamente se encontró diferencia significativa en cuando a la ocupación del cónyuge de trabajador independiente siendo mayor en el grupo etario de las jóvenes en comparación con las adolescentes. Los resultados discrepan con la investigación de Huanca, V. Quispe, M. (Lima, 2017) quienes concluyen que el 62,2% de las parejas de las adolescentes eran trabajadores independientes (27). El contar con un trabajo resulta ser un elemento central en un hogar, ya que la vida en familia funciona en relación a la demanda de bienes y servicios, el proveer de un ingreso va a variar en función a composición de los hogares (esposo con o sin trabajo), composición y organización del hogar y los roles que desempeñen cada miembro de la familia, estos factores van ayudar a generar y distribuir los ingresos en la familia. Si la adolescente y joven tienen una pareja que cuente con un oficio remunerado le garantizará a su familia una estabilidad económica y el bienestar físico y emocional de su familia.

En lo que respecta al *tipo de seguro de salud* de las adolescentes y jóvenes, la mayoría cuenta con el seguro integral de salud (SIS) el 95% y 89% respectivamente. Estadísticamente se puede interpretar en la tabla que no existe

relación significativa de en cuanto al tipo de seguro con ningún grupo etario estudiado. El seguro médico o de salud es aquél que cubre las asistencias médicas del asegurado y puede incluir distintos tipos de beneficios en diferentes condiciones, tales como intervenciones quirúrgicas, medicamentos, hospitalizaciones y demás (47). En el MINSA, en situaciones de emergencia para salvaguardar la vida de la paciente y evitar aumentar las cifras de mortalidad materna, por ello se presta la atención médica a cualquiera que requiera una atención inmediata sin hacer ningún tipo de distinción; en caso de las pacientes que cuenten con un seguro distinto al seguro del MINSA, solo deben cancelar montos mínimos para cubrir su atención con el fin de salvaguardar la vida de quienes se encuentran en riesgo independientemente del tipo de seguro que tengan.

Tabla 4. Diferencias de las características obstétricas en adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2019.

CARACTERÍSTICA	ADOLESCENTE		JOVEN		Z CALCULADO	P VALOR O SIG.	DIFERENCIA
	N	%	N	%			
NÚMERO DE GESTACIÓN							
1	79	74	62	60	6,215	1,000	No
De 2 a 5	28	26	37	35	-2,695	0,004	Sí
Mayor a 5	0	0	5	5	-2,292	0,011	Sí
ANTECEDENTE ABORTOS							
Ninguno	107	100	95	91	4,045	0,975	No
Más de 1	0	0	9	9	-2,944	0,002	Sí
HIJOS VIVOS							
Ninguno	79	74	62	60	3,915	0,000	Sí
Uno	28	26	34	33	-2,099	0,018	Sí
Dos a más	0	0	8	7	-2,944	0,002	Sí
EDAD GESTACIONAL							
Menor a 8 semanas	44	41	9	8	5,905	0,000	Sí
De 8 a 12 semanas	43	40	58	57	4,397	0,000	Sí
De 12 a 22 semanas	20	19	37	35	-7,413	0,012	Sí
MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE INGRESO							
Barrera	22	21	14	13	1,380	0,084	No
Hormonal	13	8	11	8	0,192	0,576	No
Ninguno	72	67	78	75	-1,241	0,107	No
TOTAL	n=107	51	n=104	49			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 4, se analizó las *características obstétricas* en adolescentes y jóvenes; en cuanto, al *número de gestación* de las adolescentes y jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto se analizó que el mayor porcentaje tanto en las adolescentes y jóvenes son las primigesta con el 74% y 63%, y en menor porcentaje las multigestas 26% y 35 % respectivamente. Estadísticamente se encontró diferencia significativa en cuanto a las multigestas y gran multigestas, siendo mayor en el grupo de las jóvenes en comparación con las adolescentes ($p=0,004$), ($p=0,011$) respectivamente. Estos resultados encontrados son parecidos a los estudios realizados por Rivero, M. Pintado, S. (Guayaquil, 2017) y Pizarro, F. (Ecuador, 2016) quienes reportaron que el 52,85% de adolescentes y el 65% de las jóvenes respectivamente fueron primigesta (19, 20), resultados

que difieren con los estudios realizados por Mendoza, M. (Lima, 2019) y Ponce, M. (Lima, 2018) donde encontraron que el 61% y 86% de las jóvenes asociadas al aborto incompleto son multigestas respectivamente (23, 25). El aborto en la adolescencia se va de la mano con los embarazos no planificados, que cuando se da afecta a las adolescentes en la salud física y mental ya que una adolescente no se encuentra preparada para el impacto de la maternidad, generando así que pueda tomar decisiones que terminen afectando su salud. En el caso de las jóvenes no muchos de los casos probablemente muchos de los embarazos no hayan sido planeados, generando así un fuerte impacto en su vida por lo que optan por decisiones equivocadas con el afán de cumplir con su proyecto de vida, en cuanto a los antecedentes de aborto una mujer que tenga una pérdida tiene 25% de volver a tener otro evento de otra pérdida, si tiene como antecedente 2 a más pérdidas aumenta en un 25 de volver a repetir una nueva pérdida. (77,78)

Por otro lado, en cuanto a *la paridad* en la tabla se analizó, que el 100% de las adolescentes no tienen antecedentes de aborto por lo que al momento de llegar al nosocomio se registró su primera pérdida; por otro lado en el caso de las jóvenes se encontró que el 91% no tienen un aborto previo y el 9% tenían uno o más abortos previos. Estadísticamente se encontró diferencia significativa en cuanto antecedente de aborto de más de 1, siendo mayor en las jóvenes en comparación con las adolescentes ($p=0,002$). Estos resultados encontrados guardan similitud con las investigaciones realizadas por Mendoza, M. (Lima, 2019), Molina, P. Vilcañupa, K. (Huancayo, 2019) y Ponce, M. (Lima, 2018) quienes señalaron que el 91.3% de las jóvenes, y el 87.9%, el 66.7% de las adolescentes respectivamente no contaron con antecedente de aborto previo. (23, 24,25). Estudios indican que existen factores genéticos, que por el mismo el hecho de ser hija de una madre adolescente es un factor importante en el inicio sexual precoz, el aborto en la adolescencia y la maternidad temprana (65).

Continuando con la paridad, en cuanto a los *hijos vivos*, el 74% de las adolescentes no tenían ningún hijo vivo (nulípara) y el 26% de las adolescentes ya contaban con un hijo vivo (primípara), en grupo etario de las jóvenes el 60% no tenía ningún hijo vivo, el 33% es primípara. Estadísticamente se halló diferencia significativa en quienes no tenían ningún hijo vivo (nulípara), siendo

mayor en el grupo etario de las adolescentes en comparación de las jóvenes ($p=0,000$); sin embargo, en cuanto a las que tenían uno y de dos a más hijos vivos se encuentra diferencia significativa con predominio en el grupo de las jóvenes en comparación con las adolescentes ($p=0,018$), ($p=0,002$) respectivamente. En efecto, estos resultados encontrados difieren de las investigación realizada por Yokoe, R. et al. (India, 2019) reportaron que las mujeres jóvenes el 59.8% tienen de 1 a 3 hijos vivos (16).

En cuanto a la *edad gestacional* con la que las adolescentes y jóvenes ingresaron con diagnóstico de aborto incompleto; en el grupo etario de adolescentes, el 41% tuvieron una edad gestacional menor de 8 semanas, seguido de un 40% donde la edad gestacional es de 8 a 12 semanas; algo diferente sucede con el grupo de las jóvenes, el 57% han ingresado con una edad gestacional dentro de la semana 8 a la 12, y el 35% dentro de las 8 a 12 semana; estadísticamente se encontró diferencias significativas en cuanto a la edad gestacional menor de 8 semanas, evidenciándose mayores porcentajes para adolescentes en comparación a las jóvenes ($p=0,000$); sin embargo, en cuanto a la edad gestacional 8 -12 semanas y de 12 a 22 semanas se encuentra diferencias, pero con predominancia en el grupo de jóvenes ($p=0.000$), ($p=0,012$) respectivamente. En el Perú existen reporten que guardan similitud con lo estudiado, en la investigación de Ríos, C. et al. (Trujillo, 2018) y Ponce, M. (Lima, 2018) donde encontraron que el 61,11% de las adolescentes que experimentaron el aborto estuvieron dentro de la semana 7 a 12, en el caso de las jóvenes el 87% tuvieron el aborto dentro de la semana 8 a la 9 respectivamente (26, 25). Del mismo modo Rivero, M. Pintado, S. (Guayaquil, 2017) encontraron que el 79% de las jóvenes han evidenciado el aborto antes de las 12 semanas (19). Estos resultados difieren con lo encontrado por Zambrano, J. (Guayaquil, 2016) el 63% de las adolescentes tuvieron el aborto dentro de la semana 10 a la 14 de gestación. (21)

Referente al *método anticonceptivo* al momento del ingreso, tanto en adolescentes y jóvenes no usan ningún método anticonceptivo con un 67% y 75% respectivamente, seguido del método de barrera con el 21% en adolescentes y 13% en las jóvenes. Estadísticamente no encuentra diferencia significativa en ningún grupo etario y los métodos anticonceptivos con el aborto

incompleto. Estos resultados coinciden con Seidu, A. et al. (África, 2020), Yokoe, R. y et al. (India, 2019) donde tan solo el 25% jóvenes usan algún método anticonceptivo, del mismo modo en el estudio de la India el 42.2% de mujeres no usan ningún método anticonceptivo (15,16). Un método anticonceptivo es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo que garantiza el desarrollo pleno de la salud sexual y reproductiva. Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), para el 2030 destaca la necesidad de reducir la mortalidad materna y mejorar la salud reproductiva, esto implica el completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia en todos lo relacionado con el sistema reproductivo y sus funciones. Desde esta manera, las personas pueden lograr una vida sexual segura y satisfactoria, puedan decidir libremente sobre su salud sexual y reproductiva. La salud reproductiva, es considerada como un componente principal de la salud general de una persona y que contribuye a la calidad de vida del ser humano (15, 67,68).

Tabla 5. Factores personales asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes.

Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2019.

FACTOR	ASOCIACION CON ABORTO INCOMPLETO	
	ADOLESCENTES	JÓVENES
ESTADO CIVIL	$X^2 = 4,867$ $p = 0,008$	$X^2 = 6,908$ $p = 0,032$
OCUPACIÓN	$X^2 = 3,938$ $p = 0,268$	$X^2 = 7,806$ $p = 0,048$
GRADO DE INSTRUCCIÓN	$X^2 = 1,221$ $p = 0,005$	$X^2 = 4,132$ $p = 0,248$
EDAD MENARQUÍA	$X^2 = 6,838$ $p = 0,033$	$X^2 = 0,341$ $p = 0,843$
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES COITALES	$X^2 = 14,058$ $p = 0,003$	$X^2 = 2,501$ $p = 0,644$

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presenta tabla se analizaron los factores personales asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes; en cuanto al *estado civil* estadísticamente existe asociación significativa con el aborto incompleto tanto en adolescentes y jóvenes ($p=0,008$), ($p=0,032$) respectivamente. Este resultado es análogo al de Dankwa, E. el at. (Ghana, 2018) quienes encontraron que estadísticamente existe asociación significativa entre el estado civil y la interrupción del embarazo en adolescentes y jóvenes ($p=0,0001$) (17). Sin embargo, dichos resultados difieren con la investigación de Roncal, F. (Cajamarca, 2018) quien reportó que el estado civil de las adolescentes y el aborto incompleto no tienen asociación estadística significativa ($p = 0,313$) (28).

La adolescencia es la etapa más vulnerable y difícil de la vida, es el tiempo de la búsqueda de nuevas experiencias. Los adolescentes son seres rebeldes, sienten la propia necesidad de explorar nuevas sensaciones, por lo que quizá, por curiosidad o desenfreno, pueden incurrir fácilmente en algunos errores que va repercutir en las demás etapas de su vida; por lo que una unión inestable de la pareja o no contar con el apoyo de ella durante su embarazo podría resultar un factor de riesgo para que el embarazo termine en aborto (79).

Respecto a la *ocupación*, se halló que estadísticamente existe asociación significativa entre la ocupación y el aborto incompleto en el grupo etario de las jóvenes ($p=0,048$), a diferencia del grupo etario de las adolescentes en donde el factor ocupación no tiene asociación significativa con el aborto incompleto ($p=0,268$). Resultados similares encontró Morales, H. (Lima, 2019) en cuanto a la ocupación desempleada como factor de riesgo para presentar aborto incompleto en las jóvenes ($p=0,033$) (22). La adolescencia es la etapa donde se comienza a elaborar el proyecto de vida, a soñar con un futuro o planificar una carrera u oficio que se van consolidando en la etapa de la juventud, y cuando la joven deja de lado su proyecto de vida y empieza a vivir una sexualidad no responsable puede terminar en embarazos no planeados por lo que tener un hijo dificultaría con un trabajo, además de no sentirse preparadas para ser madres en ese momento estaría llevando a que el embarazo termine en un aborto provocado (80).

En cuanto al factor *grado de instrucción*, se encontró que estadísticamente existe asociación significativa entre el grado de instrucción y el riesgo de aborto incompleto en el grupo de adolescentes ($p=0,005$) a diferencia grupo etario de las jóvenes en donde el factor de grado de instrucción no tiene relación estadística significativa con el aborto incompleto ($p=0,248$). Estos resultados difieren con lo publicado por Morales, H. (Lima, 2019) y Ponce, M. (Lima, 2018) quienes no encontraron significancia estadística del grado de instrucción respecto al aborto incompleto en las jóvenes ($p=0,155$) y ($p=0,087$) respectivamente (22, 25).

Según Comettant M. (2015), reporta que el grado de instrucción es un importante indicador de salud en todas las áreas, a mayor nivel de educación, más tardío es el inicio de la actividad sexual en los adolescentes y jóvenes. Contrariamente el menor nivel de instrucción se ve reflejado en la precocidad del inicio de las relaciones sexuales-coitales, expectativas menores en lo académico, teniendo pobres conocimientos en métodos anticonceptivos por lo que tienen más riesgo de tener embarazos no deseados. Embarazos que muchos de ellos pueden terminar en aborto, debido a que en su gran mayoría no se encuentran listas para ser madres, por otro lado se les estaría presentando dificultades para continuar con sus estudios; condiciones que les estaría llevando a terminar su

embarazo en un aborto. Por ello, a mayor nivel de educación, hay menor tasa de aborto ya que tienen una mejor actitud para aceptar un embarazo sin recurrir al aborto o tener conducta de autocuidado que de igual forma les permita proteger su embarazo (28, 37).

Continuando con el análisis, en cuanto a la *edad de la menarquia* estadísticamente existe asociación significativa con el aborto incompleto en el grupo etario de adolescentes ($p=0,033$), lo contrario sucede con el grupo etario de las jóvenes, en quienes la edad de la menarquia no tiene asociación estadística con el aborto incompleto ($p=0,843$). Estos resultados guardan similitud con el estudio de Molina, P. y Vilcañaupa, K. (Huancayo, 2019) quienes encontraron que existe relación significativa entre la edad de la menarquia y el aborto incompleto en adolescentes ($p=0,03$) (24).

La primera Menstruación o menarquia indica el fin del desarrollo del cuerpo infantil, ya que determina la capacidad reproductiva de los órganos reproductores femeninos; por tanto, existe la posibilidad de quedar embarazada y tener hijos. La menarquia es un proceso que causa en algunas adolescentes el despertar temprano de los cambios sexuales sobre todo biológicos, llegando en algunas circunstancias a la primera relación sexual precozmente. Generalmente, sin la suficiente preparación para afrontar de manera responsable y consecuente esta experiencia. En la adolescencia se producen cambios también en el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, pues durante esta etapa el organismo reproductor de una adolescente aún no está desarrollado completamente ni preparado para un embarazo por ello es que muchos de estos podrían estar terminando en aborto, ya que después de 5 años de la menarquía recién la adolescente alcanza su madurez reproductiva. A diferencia, de las jóvenes que a pesar de haber alcanzado su madurez biológica, donde iniciar una vida sexual a temprana edad les estaría poniendo en riesgo a tener embarazos no planeados donde muchos de ellos podrían terminar en aborto.

Respecto a la *edad del inicio de la relaciones sexuales coitales*, estadísticamente se encontró que existe asociación significativa con el aborto incompleto en las adolescentes ($p=0,006$), en cuanto al grupo etario de las jóvenes no existe asociación estadística de la edad de inicio de relaciones sexuales-coitales con el aborto incompleto ($p=0,644$). Estos resultados guardan concordancia con lo

encontrado por Molina, P. Vilcañaupa, K. (Huancayo, 2019) quienes concluyeron que existe asociación significativa de la edad del inicio de las relaciones sexuales con el aborto incompleto en las adolescentes ($p= 0,002$). (24). Según Doblado N. et al. (2010) en la revista cubana de Ginecología y Obstetricia, el inicio de las relaciones sexuales coitales a temprana edad está vinculado a diferentes factores importantes como el poco conocimiento que tienen los adolescentes con la reproducción humana, el desconocimiento de los padres sobre sexualidad, vivir en familia monoparentales, la influencia de los amigos y los medios de comunicación (65); factores que podrían haber influenciado en los adolescentes en estudio, lo cual puede haber sido el motivo para iniciar su vida sexual y llegar posteriormente a un embarazo no deseado. En la vida de un adolescente o de un joven que no esté dentro de sus prioridades cambiar a una nueva etapa de su vida a pesar de que hayan alcanzado su madurez física y biológica, mas no la madurez psicológica lo que les estaría llevando a tomar decisiones poco acertadas con lo que respecta a su sexualidad, por lo que muchos de los embarazos terminen en aborto.

Tabla 6. Factores sociales asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes, atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2019.

FACTOR	ASOCIACION CON ABORTO INCOMPLETO	
	ADOLESCENTES	JÓVENES
PROCEDENCIA	$X^2 = 3,016$	$X^2 = 0,496$
	$p = 0,221$	$p = 0,780$
RELIGIÓN	$X^2 = 1,647$	$X^2 = 2,157$
	$p = 0,019$	$p = 0,014$
GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL CÓNYUGE	$X^2 = 4,205$	$X^2 = 3,683$
	$p = 0,002$	$p = 0,062$
OCUPACIÓN DEL CÓNYUGE	$X^2 = 0,756$	$X^2 = 0,382$
	$p = 0,006$	$p = 0,826$
TIPO DE SEGURO	$X^2 = 0,007$	$X^2 = 2,953$
	$p = 0,934$	$p = 0,228$

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se muestran resultados respecto a los factores sociales asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes; en cuanto a la *procedencia* estadísticamente se encontró que no existe asociación significativa con el aborto incompleto en ningún grupo etario estudiado ($p=0,221$) ($p=0,780$) respectivamente. Estos resultados difieren de lo reportado por Seidu, A. y el at. (África, 2020); quienes encontraron que existe una relación estadística significativa entre la procedencia y el aborto incompleto en adolescentes ($p<0,001$) (15). Por otro lado, los resultados de la presente investigación guardan similitud con lo encontrado por Gamonal, M. (Chota, 2017) reporta que no existe asociación significativa con el factor de la procedencia en las adolescentes. ($p=0,699$) (29).

En cuanto a la procedencia, tanto en la zona rural y la zona urbana existe predominio del machismo, en las que la sexualidad femenina generalmente se reprime o se niega, donde la maternidad se mantiene como un valor cultural central para las mujeres, donde la mujer tiene que acudir por un método de planificación familiar y en muchos casos es ella quien debe de usarlo; también existen casos donde la misma pareja no permite que la mujer use un método anticonceptivo ya que en su mente implicaría ella está buscando el sexo y está sexualmente disponible impidiendo que la mujer viva su sexualidad responsable;

sumado a esto muchas de las adolescentes y jóvenes viven y crecen en un ambiente donde las familias son más cohibidas y reservadas para hablar temas de sexualidad, podría generar que el desconocimiento sumado a la falta de información en las instituciones educativas y el poco acceso a los establecimientos de salud, estaría llevando a los adolescentes y jóvenes a tener embarazos no deseados que muchos de ellos podrían estar terminando en abortos incompletos (81).

En cuanto a la *religión*, se encontró que estadísticamente existe asociación significativa con el aborto incompleto en adolescentes y jóvenes ($p=0,019$), ($p=0,014$) respectivamente. Este resultado guarda similitud con los estudios realizado por Seidu, A. y et al. (África, 2020), Yokoe, R. y et al. (India, 2019); quienes refieren que la religión se asocia estadísticamente con el aborto incompleto en las adolescentes ($p<0,001$) (15,16). La religión es un factor protector para el aborto incompleto, porque puede ser una vía de escape ante los dilemas existenciales de la vida, pues pertenecer haber nacido y crecido en un ámbito poco religioso o haberlo hecho en una familia bastante creyente y temerosa de Dios. En algunas religiones, se restringe el acceso a algún método de planificación familiar por el mismo hecho que consideran que un atentado contra la vida. Existen investigaciones que reportan que adolescentes que no profesan ninguna religión, tienen dos veces más riesgo de tener un aborto, ya que la religión al parecer ejerce una poderosa influencia en la capacidad de la persona para enfrentar situaciones estresantes y superar la adversidad ya que tener fe, es la convicción de que la vida tiene un sentido, ayuda a enfrentar de mejor manera los peligros a la que los adolescentes están expuestos (69, 81).

En lo que corresponde al *grado de instrucción del cónyuge*, existe asociación estadística significativa con el aborto incompleto en las adolescentes ($p= 0,002$), a diferencia del grupo etario de las jóvenes donde el grado de instrucción del conyugue no tiene asociación estadística con el aborto incompleto ($p= 0,062$). El grado de instrucción de la pareja es relativo a la edad, estudios refieren que generalmente las adolescentes tienden a tener parejas de mayor edad; la diferencia de edad entre la adolescente y su pareja puede ser un factor desfavorable para las relaciones sexuales seguras. La motivación por el otro sexo, se traduce en decisiones no siempre responsables, por inexperiencia y

desinformación, por ello la educación sexual debe brindar a la adolescencia herramientas útiles para autoevaluar riesgos, que enfatizan el aplazamiento de la vida sexual. Normalmente no se ofrece suficiente y adecuada educación sexual en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la que reciben viene a través de personas muchas veces desinformadas. (79)

Respecto a la *ocupación del cónyuge*, se encontró que estadísticamente tiene asociación significativa con el aborto incompleto en las adolescentes ($p=0,006$), lo contrario sucede con el grupo de las jóvenes en quienes la ocupación del cónyuge no tiene asociación significativa ($p = 0,826$). Estos resultados guardan relación con la investigación de Huanca, V. Quispe, M. (Lima, 2017) quienes reportaron que la ocupación del cónyuge tiene asociación significativa con el aborto incompleto en las adolescentes ($p=0,006$) (27). La adolescencia se caracteriza por el acelerado crecimiento físico, al final del cual, la persona alcanza justamente la madurez física y sexual en la formación de todos sus órganos y sistemas, incluyendo el sistema reproductor. En esta etapa la adolescente deja de ser niña; sin embargo aún no posee la madurez ni equilibrio emocional; se presentan desorientados, confusos sobre varios temas respecto a su salud sexual y reproductiva. De manera que, cuando buscan una pareja y está en las mismas condiciones que ellas; por su misma edad, la mayor parte de las adolescentes y jóvenes estudia y muy pocas recurren a trabajar por lo que la carencia de apoyo económico, la falta de sustento de un futuro hogar, ante la necesidad inminente de solventar los gastos de un futuro hogar, les estaría llevando a que la pareja también influya a que muchas de las gestaciones en las adolescentes este terminando en un aborto. En el grupo etario de las jóvenes pasa lo contrario, esto se debería que en la gran mayoría de ellas cuentan con una pareja que ya terminó sus estudios y ejercen su carrera o muchos de ellos ya tienen un trabajo estable por la misma edad que tienen lo que les estaría garantizando una estabilidad económica y emocional.

Referente al *tipo de seguro en salud*, estadísticamente se encontró que este factor no tiene asociación estadística significativa con el aborto incompleto en el grupo etario de las adolescentes y jóvenes ($p=0,219$), ($p=0,219$) respectivamente. El derecho a la salud es un derecho humano fundamental consagrado en la Constitución Política del Estado, por lo que contar con un

seguro de salud permite cortar cualquier barrera de acceso para que tanto adolescentes y jóvenes sean atendidas cuando su vida corre peligro ante cualquier situación, en este caso una adolescente o joven que presenta un aborto acude a un establecimiento cuando se ha complicado y corre en riesgo su vida, pues en el Perú el aborto no está legalizado, por lo contrario está penalizado; esto no implica que se le debe negar una atención médica a las paciente que llegue a un nosocomio, por esta razón que muchas de ellas esperan complicarse para llegar a recibir una atención poniendo en peligro su vida.

Tabla 7. Factores obstétricos asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes, atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2019.

FACTOR	ASOCIACION CON ABORTO INCOMPLETO	
	ADOLESCENTES	JÓVENES
NÚMERO DE GESTACIÓN	$X^2 = 8,347$	$X^2 = 7,722$
	$p = 0,004$	$p = 0,005$
ANTECEDENTE ABORTOS	$X^2 = 44$	$X^2 = 0,004$
	$p = 0,000$	$p = 0,952$
HIJOS VIVOS	$X^2 = 0,299$	$X^2 = 3,830$
	$p = 0,585$	$p = 0,280$
EDAD GESTACIONAL	$X^2 = 0,074$	$X^2 = 0,415$
	$p = 0,964$	$p = 0,813$
MÉTODO ANTICONCEPTIVO PREVIO AL EMBARAZO	$X^2 = 5,802$	$X^2 = 4,806$
	$p = 0,214$	$p = 0,308$

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se muestran los resultados en relación a los factores obstétricos asociados al aborto incompleto en adolescente y jóvenes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – 2019; en lo que corresponde al *número de gestación*, estadísticamente tiene asociación significativa con el aborto incompleto en las adolescentes y jóvenes ($p=0,004$), ($p=0,005$) respectivamente. Este resultado difiere de lo encontrado por Ponce, M. (Lima, 2018) quien llegó a la conclusión que existe asociación estadísticamente significativa entre las gestaciones y la presencia de aborto incompleto ($p=0,003$) en las jóvenes (25). Existen investigaciones que reportan que, si el primer embarazo ocurre entre los 13 y 15 años, hay 4 veces mayor riesgo de aborto que si ocurre después de los 21 años. Con el segundo embarazo ocurre lo mismo, si éste ocurre antes de los 18 años el riesgo de aborto es 2.7 veces mayor que si éste ocurre entre 22 y 24 años por lo que tanto adolescentes y jóvenes serían vulnerables a presentar un aborto que terminen en incompletos (79).

En lo que corresponde a la *paridad*, estadísticamente el antecedente de aborto previo tiene asociación significativa con el aborto incompleto en el grupo etario de las adolescentes ($p=0,000$), pero no tiene asociación significativa en el aborto incompleto con el grupo etario de las jóvenes ($p=0,952$). Estos resultados guardan similitud con lo reportado por Ponce, M. (2018) quien concluyó que no

existe asociación estadística entre el antecedente de aborto previo y la presencia de aborto actual ($P=0,623$) (25). Las adolescentes tienen un alto riesgo de embarazos no deseados sobre todo en los países en vías de desarrollo, debido a una menor educación en salud sexual y reproductiva; las adolescentes tienen más probabilidad de tener abortos espontáneos que terminarían en incompletos, que con el transcurrir de los años pueden volverse en pérdidas recurrentes, volviéndose el embarazo es un problema reproductivo heterogéneo, asociado a múltiples factores etiológicos y otros factores intervinientes. Las alteraciones cromosómicas son la causa más frecuente de pérdida gestacional tanto en abortos esporádicos como en recurrentes. Se estima que menos de un 5% de las mujeres van a experimentar dos pérdidas consecutivas de embarazo y sólo el 1% tres pérdidas consecutivas o más, del 12 a 15% de abortos recurrentes son embrionarios y 30 a 50% preclínicos, su incidencia se estima en 1 a 2% en parejas fértiles. Esto estaría se debería a que muchos de los embarazos vuelvan a terminar en abortos incompletos (82,83)

Continuando con el factor de la paridad de *número de hijos vivos*, en este estudio se encontró que no existe asociación significativa entre el número de hijos vivos con el aborto incompleto tanto en adolescentes como en las jóvenes ($p=0,585$), ($p=280$) respetivamente. Estos resultados difieren las investigaciones hecha por Seidu, A. y el at. (África, 2020) y Yokoe, R. y Cols. (India, 2019), reportaron que existe asociación de las mujeres sin hijos en el momento de la entrevista con las probabilidades de tener un aborto en comparación con las multíparas ($p=0,001$). (15, 16). Hoy en día existe una amplia motivación ampliamente difundida de tener familias más pequeñas, las familias son más responsables con la cantidad de hijos que desean tener, pero hoy en día muchas de las parejas no tienen el suficiente conocimiento acerca de la salud sexual y reproductiva, del uso correcto de los métodos anticonceptivos y más aún cuando el acceso a ellos es deficiente y erróneo entre grandes segmentos de la población; ya que a veces el uso de anticonceptivos está reñido con patrones sociales y culturales que están profundamente arraigados, por lo que un embarazo no planificado estaría originando un desequilibrio con el deseo de no agrandar la familia por lo que muchos de estos embarazos estarían terminando en aborto, en muchos de los casos las parejas los toman como una práctica de anticoncepción. (81)

Respecto a la *edad gestacional*; encontrándose que no existe asociación estadística significativa de la edad gestacional con el aborto incompleto en adolescentes y jóvenes ($p=0,964$), ($p=0,280$) respectivamente. Este resultado discrepa con la investigación de Ponce, M. (Lima, 2018) encontró que existe asociación estadísticamente significativa entre edad gestacional y aborto incompleto en mujeres en edad fértil (25). El aborto que se produce antes de las 12 semanas es el aborto precoz y el que se da después de las 12 semanas es el aborto tardío, generalmente el 80-85% de los abortos espontáneos se producen de manera temprana que generalmente están asociados a una causa embrionaria, y en el caso de los adolescentes los órganos reproductores no se han desarrollado completamente; en cuanto al grupo de abortos espontáneos tardíos existen factores maternos que con mayor frecuencia se encuentran presentes, por lo que estos abortos están asociados a una mayor tasa de complicaciones asociadas maternas (84).

Para terminar con el análisis de los datos obtenidos en el presente trabajo está el factor *método anticonceptivo* que las adolescentes y jóvenes refieren al momento de su ingreso al nosocomio; se concluyó que no existe asociación estadística significativa entre el factor de método anticonceptivo y aborto incompleto en adolescentes y jóvenes ($p = 0,214$), ($p = 0,308$) respectivamente. Este resultado tiene similitud con las investigaciones hechas por Seidu, A. y el at. (África, 2020) y Yokoe, R. y el at. (India, 2019) encontraron que existe asociación estadística significativa entre el factor de método anticonceptivo y el aborto incompleto (15,16). Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se concluye que si bien, el conocimiento de los anticonceptivos podría reducir el riesgo de embarazos no deseados, por consiguientes abortos incompletos; los abortos provocados reducirían su incidencia cuando se tenga el conocimiento completo del uso de los métodos anticonceptivos y vaya acompañado de la intención de usar el método tanto en adolescentes y jóvenes.

Tabla N° 8 factores personales, sociales y obstétricos asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes.

FACTORES	ASOCIACIÓN CON EL ABORTO INCOMPLETO	
	ADOLESCENTES	JÓVENES
PERSONALES	$\chi^2= 4,148$	$\chi^2=6,011$
	p= 0,042	p= 0,014
SOCIALES	$\chi^2= 4,480$	$\chi^2= 4,018$
	p= 0, 027	p= 0,004
OBSTÉTRICOS	$\chi^2= 0,055$	$\chi^2= 1,040$
	p=0,014	p= 0,308

Los datos que se presentan en la tabla, describen los factores asociados al aborto incompleto en adolescentes y jóvenes; en cuanto a los factores personales se encontró que existe asociación significativa con el aborto incompleto p=0,042; p=0,014 respectivamente. En cuanto a los factores sociales existe asociación significativa con el aborto incompleto en las adolescentes y jóvenes p=0,027, (p=0,004 respectivamente. Finalmente el factor obstétrico tiene asociación significativa con el aborto incompleto en el grupo etario de las adolescentes p=0,014 a diferencia del grupo etario de las jóvenes que no existe relación significativa p=0,308.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación, se concluye que:

1. Respecto a las diferencias de las características personales, sociales y obstétricas, se encontró:
 - 1.1 En el grupo de adolescentes con diagnóstico de aborto incompleto las características personales que predominaron fueron: estado civil soltera, ocupación estudiante, grado de instrucción secundaria, edad del inicio de las relaciones entre 12 a 17 años. La religión católica, grado de instrucción del cónyuge predominaron como características sociales. En relación a las características obstétricas: número de gestación de 2 a 5, y las que no tienen ningún hijo vivo predominaron en el estudio.
 - 1.2. En el grupo de las jóvenes con diagnóstico de aborto incompleto las características personales que destacaron fueron: estado civil casada, ocupación de trabajador dependiente, grado de instrucción superior, la procedencia urbana, la religión no católica, grado de instrucción superior del cónyuge. De las características obstétricas, predominaron: mayor a 5 gestaciones, con más de un hijo y edad gestacional mayor de 8 semanas, datos que guardan relación significativa con el aborto incompleto.
2. Los factores personales de las adolescentes, asociados al aborto incompleto fueron: grado de instrucción ($p=0,005$), edad de la menarquia ($p=0,033$) y el inicio de las relaciones sexuales ($p=0,003$); en las jóvenes tienen asociación con el aborto incompleto el estado civil ($p=0,032$) y la ocupación ($p=0,048$).
3. Los factores sociales de los adolescentes y jóvenes asociados, significativamente con el aborto incompleto fueron: la religión ($p=0,019$), ($p=0,014$), la ocupación del cónyuge ($p=0,006$), ($p=0,000$) respectivamente.
4. Los factores obstétricos de las adolescentes y jóvenes asociados al aborto incompleto fueron: antecedente de aborto en el grupo de adolescentes ($p=0,000$) y; número de gestación ($p=0,004$), ($p=0,000$) en adolescentes y jóvenes, respectivamente.

Se concluye que si existe asociación significativa entre factores personales y sociales con riesgo de aborto incompleto, en cuanto a los factores obstétricos existe asociación significativa solo con el grupo etario de las adolescentes.

RECOMENDACIONES

A los directivos del Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota:

- Fortalecer la capacitación al personal de salud encargado de la etapa de vida adolescente, para la realización de programas de prevención y promoción acorde a la realidad de los adolescentes de la provincia de Chota.
- Elaboración e implementación de programas y talleres educativos en las diferentes instituciones educativas del nivel secundario, institutos y universidades promoviendo actitudes, comportamientos y prácticas saludables en salud sexual y reproductiva.

Al personal de salud que labora en la parte asistencial del Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota:

- Cumplir con el llenado completo de los formatos de la historia clínica del paciente, desde el momento que ingrese hasta el momento que es dado de alta.

Al personal de obstetricia que labora en el área asistencial:

- Mejorar la atención en la etapa de vida adolescente, enfocadas en la promoción y prevención de riesgos desde la etapa de la adolescencia, evitando que lleguen a la juventud con riesgos aún más potenciados, poniendo en riesgo su vida y su salud. De esta manera no solo se beneficiarían los adolescentes y jóvenes, sino también las familias y la comunidad.

Al personal que labora en la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca:

- Fortalecer las habilidades y destrezas de los obstetras en formación en la elaboración y ejecución de programas dirigidos adolescentes y jóvenes, utilizando la tecnología como una herramienta de información. De tal manera, contribuir a que a que estos dos grupos etarios tengan estilos de vida

saludables, que conozcan y reconozcan sus derechos sexuales y reproductivos.

A las autoridades de la Dirección Regional de Salud:

- Mejorar la distribución del presupuesto para el sector salud y crear alianzas entre las instituciones educativas y el sector salud con la finalidad de implementar y ejecutar nuevos programas o empezar a trabajar con los programas ya establecidos por el Minsa, con el grupo etario de adolescentes y jóvenes, la participación activa de la familia y la comunidad y así fortalecer sus competencias y formarlos como líderes.

A los directivos y docentes de las instituciones educativas:

- Realizar capacitaciones a sus docentes para fortalecer sus competencias, de tal manera estén capacitados para identificar factores de riesgo en los grupos etarios de adolescentes y jóvenes; de esta manera, crear un ambiente digno, protector y potenciador en su desarrollo. De esta manera, adolescentes y jóvenes tengan oportunidades en su educación, formación en valores y un proyecto de vida; así como espacios de recreación, expresión, participación continua, formación técnica en oficios y emprendimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guttmacher Institute. Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial [en línea] Reino Unido: Ministerio Holandés de Asuntos Exteriores y de UK, 2020. [citado 23 de octubre de 2020]. URL disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial#>
2. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Tratamiento médico del aborto [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2019. [citado 23 de octubre de 2020]. URL disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>
3. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. Perú: Ministerio de Salud, 2007 [citado 10 de noviembre de 2020]. URL disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Tratamiento médico del aborto [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2019. [citado 23 de octubre de 2020]. URL disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>
5. Escuela de Salud. Qué es la interrupción voluntaria del embarazo [en línea] España: Gobierno de Aragón, 2019 [citado 23 de octubre de 2020]. URL disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/web/escuela-de-salud/temas-salud/ive/ive-que-es>
6. Organización Mundial de la Salud. (OMS). En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año [Internet]. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2017. Comunicado de prensa. [citado 23 de octubre 2020]. URL disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
7. Aborto en América Latina y el Caribe: Acceso y obstáculos [En línea]. OCOTE. 2020 [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.agenciaocote.com/blog/2019/10/02/abortar-en-america-latina-y-el-caribe-acceso-y-obstaculos/>

8. 20 minutos. Perú, treinta años sin conseguir reducir los embarazos adolescentes [Internet]. 20 minutos. 2020 [citado 23 de octubre de 2020]. URL disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/4395628/0/peru-sin-conseguir-reducir-embarazos-adolescentes/?autoref=true>
9. Martínez J, Almeida S, López A, Chil M, Fernández M, Guzmán S. Aborto, conocimientos y consecuencias. Rev. Médica electrónica [Internet]. 2008 [citado 30 noviembre 2020];, 30(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/524>
10. Taype A, Merino N. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿qué dicen los números? Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016; 33(4).
11. Urgellés S, Reyes E, Figueroa M, Batán Y. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2012 [citado 30 noviembre 2020]; 38(4): 549-557. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400012&lng=es.
12. Ticlla L. Características sociodemográficas y gineco obstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota durante el periodo enero-abril de 2019. [Tesis de pregrado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019.
13. Ciaravino H, Martínez A, Benvenuto S, Gómez R, Torres S, Robles C. Aborto en adolescentes menores de 16 años. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2006 [citado 30 noviembre 2020]; 25(4):167-171. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91225404>
14. González F, León W, Yépez E, Aguinaga G, Jijón LA, Raza X. Guía de Práctica Clínica (GPC): Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Dirección Nacional de Normalización. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. 2013; [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20Aborto%20espont%C3%A1neo,%20incompleto,%20diferido%20y%20retenido.pdf>

15. Seidu A, Opoku B, Kwabena E, Hubert A, Agbemavi W, Armah E. ¿Qué tienen que ver la capacidad de toma de decisiones sobre salud reproductiva de las mujeres y otros factores con la interrupción del embarazo en el África subsahariana? evidencia de 27 encuestas transversales. *Journal*. 2020; 15(7): 1-17.
16. Yokoe R, Rachel R, Saswati S, Anjali R, Farzana Z, Manisha N. Aborto inseguro y muerte relacionada con el aborto entre 1,8 millones de mujeres en la India. *Journal*. 2019; 4 (3):1-13.
17. Dankwa E, Steeves S, Ramsay D, Feng C, Farag M. La relación entre los factores sociodemográficos y la notificación de haber interrumpido un embarazo entre las mujeres de Ghana: un estudio poblacional. *Salud internacional*. 2018; 10(5).
18. Yogi P, Prakash K, Neupane S. Prevalencia y factores asociados con el aborto y el aborto inseguro en Nepal: un estudio transversal a nivel. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18:1-10.
19. Rivero M, Pintado S. Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del 2017 [Tesis de pregrado]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2017.
20. Pizarro F. Aborto incompleto: factores de riesgo y complicaciones en adolescentes menores de 16 años, estudio a realizar en el Hospital Especializado Mariana de Jesús durante los años 2014 y 2015 [trabajo final de grado en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, 2016.
21. Zambrano J. Factores de riesgo de aborto incompleto en adolescentes [Tesis de pregrado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, 2016.
22. Morales H. Factores sociodemográficos asociados a aborto incompleto en pacientes atendidas en emergencia de ginecoobstetricia del hospital san José durante enero – diciembre 2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma, 2020.

23. Mendoza S. Factores de riesgo asociados al aborto en pacientes de 19 a 35 años, en el hospital san juan de Lurigancho 2018 [trabajo final de grado en Internet]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, 2019.
24. Molina P, Vilcañaupa K. Factores de riesgo asociados al aborto en adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2017. [trabajo final de grado en Internet]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, 2019.
25. Ponce M. Factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil del centro materno infantil juan pablo II. Villa el salvador. Primer semestre 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Martín de Porres, 2018.
26. Ríos I, Vera C, Mantilla V. Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. EsSalud. Enero 2016 – diciembre 2017. Rev. Médica de Trujillo. 2018; 13(3):140-156.
27. Huanca N, Quispe M. Características personales, familiares, sociales y gineco- obstétricas de adolescentes con aborto incompleto atendidas en el hospital maría auxiliadora - Lima, 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2020.
28. Roncal F. Factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca. 2016. [Tesis de pregrado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, 2018.
29. Gamonal M. Relación entre los factores biológicos, obstétricos, socioeconómicos y el embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas, Chota – 2015. [Tesis de pregrado]. Chota: Universidad Nacional de Cajamarca, 2017.
30. Pérez J. Definición de sociodemográfico [en línea]. 2020. [citado 26 de octubre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://definicion.de/sociodemografico/>
31. Venemedia Comunicaciones C.A. Concepto de Análisis Socio-Demográfico [en línea]. Venezuela. 2020. [citado 26 de octubre de 2020]. URL disponible en: <https://www.definicion.xyz/2018/02/analisis-socio-demografico.html>

32. Pérez Porto J, Gardey A. Definición de sociodemográfico [en línea]. 2020. [citado 26 de octubre de 2020]. URL disponible en: <https://definicion.de/edad/>
33. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente [en línea]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2013. Guía de Práctica Clínica. [citado 26 de octubre de 2020]. URL disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18979_S.pdf
34. ABBO. Estado Civil [en línea]. Argentina: Derecho Jurídico; 2017. Conceptos jurídicos. [citado 26 de octubre de 2020]. URL disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/ar/estado-civil/>
35. Guevara E, Obstetricia: Aporte de 70 años de vida institucional de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2017; 63(3):367-383. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323453247009>
36. Laurente H. Factores socio reproductivos relacionados con el aborto incompleto en el hospital de baja complejidad vitarte de enero a diciembre 2015 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma, 2017.
37. Pérez J, Gardey A. Definición de ocupación [Internet]. 2020. [citado 26 de octubre de 2020]. URL disponible en: <https://definicion.de/ocupacion/>
38. Urtecho M, Zevallos V, Rondón G, Luna J, Acuña P, Belaunde M, Capuñay E. Proyecto de Ley N° 00278 [citado 26 de octubre de 2020]. URL disponible en: <http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/CLProLey2000.nsf/38ad1852ca4d897b05256cdf006c92c8/2bc4e70632d3c75505256ce100719a9e?OpenDocument>
39. Alvarez W. Factores Personales y Gíneco- Obstétricos en las Adolescentes Hospitalizadas con el diagnóstico de Aborto en el departamento de Gíneco- Obstetricia del Hospital Goyeneche, 2014. [tesis de pregrado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín. 2015.
40. Lugo Z. Zona rural y zona urbana [en línea]. 2020. [citado 26 de octubre de 2020]. URL disponible en: <https://www.diferenciador.com/zona-rural-y->

- Disponible en:
<https://www.unpa.edu.mx/~blopez/SoftwareEnfermeria/SE/sitios2012/embarazo/concepto%20y%20definicion%20de%20embarazo.html>
50. Pacheco J. Obstetricia y ginecología. Segunda parte. Editores asociados, 1999. Pág.819 – 823.
51. OWH (oficina de mujeres). Métodos anticonceptivos [en línea]. 2017. [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en:
<https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/birth-control-methods>
52. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Obstetricia. México, D. F.:México; 2010. 1385p.
53. Pluas, M . Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez Miguel Hilario Alcivar en el periodo septiembre del 2012 a febrero 2013. [trabajo final de grado en línea]. [Guayaquil]. Universidad de Guayaquil, 2013. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1886/1/INCIDENCIA%20DEL%20ABORTO%20INCOMPLETO.pdf>
54. Curso de Educación Sexual online de Auto Aprendizaje (CESOLAA) [en línea]. Chile: Programa de Educación Sexual; 2017. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en:
<http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/aborto-mitos-y-realidades/clasificacion-del-aborto>
55. Dulay A. Aborto espontáneo [en línea]. EE.UU: Main Line Health System; 2020. [citado 26 de octubre de 2020]. URL disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
56. Ministerio de salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [en línea]. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2007. [citado 2 de noviembre de 2020]. URL disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
57. Gutiérrez M, Guevara E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia. s.f.; 6(1):57-64.

58. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Perú: McGRAW-HILL; 2010. 613 p.
59. Tamayo M. El proceso de investigación científica. México: Editorial Limusa; 2003. 435 p.
60. Sullcaray S. Metodología de la investigación. Perú: Fondo Editorial de la Universidad Continental; 2012. 204 p.
61. Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2019. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5017.pdf>
62. Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2013. Reporte N°: 100. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2407.pdf>
63. Ventocilla V. Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca-Centro de Salud Revolución; 2014. [Internet] [Tesis para optar el título profesional de Psicólogo]. Juliaca. Universidad Peruana Unión. 2015. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/223/Ver%c3%b3nica_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
64. Instituto nacional de estadística e informática. Perú: encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2020. [Internet]. [Citado 1 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
65. Doblado N, De la Rosa I, Junco A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Revista Cubana Obstetricia Ginecología [Internet]. 2010 [consultado 14 junio 2021]; 36(3): 409-421. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000300011
66. Cuidate plus. El estrés físico o emocional favorece los abortos espontáneos. 2003. [citado 17 junio del 2021] disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/2003/06/24/estres-fisico-o-emocional-favorece-abortos-espontaneos-4130.html>

67. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030. 2015, Nueva York: Naciones Unidas.
68. OMS. Salud reproductiva. 2011. [Consultado 22 junio del 2021]. Obtenido de <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>
69. Salgado A. Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Revista de Psicología Educativa*. [Internet]. 2014 [Consultado 22 junio del 2021]; 2(1):121-59. Disponible en: <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/55>
70. Rodríguez A, Ruiz D, Soplin R. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes Puesto Salud I-2 Masusa Punchana, 2014. Tesis de pregrado. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.
71. Vargas E, Henao J, González C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología* [en línea]. 2007, 10 (1), 49-63 [consultado 23 de Junio de 2021]. ISSN: 0123-9155. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810106>
72. Arbiza M. La madre soltera frente a la sociedad. [en línea]. [consultado 24 de junio 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/24703-Text%20de%20l'article-57675-1-10-20061127.pdf>
73. Rosabal E, Romero N, Gaquí K, Hernández R. Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana Medicina Militar* [Internet]. 2015 [consultado 24 junio 2021]; 44(2): 218-229. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010
74. Badillo M, Sánchez X, Vásquez M, Díaz A. Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [consultado 25 junio 2021]; 19(59): 422-449. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300422&lng=es. Epub 10-Ago-2020. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412161>.
75. Noticias del vaticano. Papa: la vida humana es inviolable, no a diagnóstico prenatal para abortar. Disponible en:

<https://www.vaticannews.va/es/papa/news/2019-05/audiencia-papa-yes-to-life-vida-humana-derecho-inviolable.html>

76. Díaz T, Alemán P. La educación como factor de desarrollo. Revista Virtual Universidad Católica del Norte [en línea]. 2008, (23), 1-15 [consultado el 25 de Junio de 2021]. ISSN: 0124-5821. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194220391006>
77. Balestena J, Balestena, S. Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología, [en línea]. 2005. [consultado el 25 de Junio de 2021]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v31n1/gin02105.pdf>
78. Comettant M. Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 - marzo 2016. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2016. Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4846/Comettant_pm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
79. García M. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. La Habana, Cuba. 2015. Disponible en URL: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180022344010.pdf>
80. Maldonado A. Factores protectores y de riesgo de embarazo en adolescentes ≤ 15 años de la comuna de Maipú, 2003-2004 [Tesis de grado de magister]. Santiago: Universidad de Santiago. 2008. Disponible en URL: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/448/Alejandra_+Maldonado.pdf;jsessionid=BCF430ECC4956702DFE24D75F3B065DA?sequence=2
81. Tomas L, Lucille D. El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad de américa latina. Buenos Aires [internet]. [citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5296/5457>
82. FASGO. Consenso: Aborto recurrente FASGO 2018. [Internet]. [Citado el 22 de julio de 2021]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2018_Aborto_Recurrente.pdf

83. Barrantes F, Jiménez M, Rojas B, Vargas A. Embarazo y aborto en adolescentes. *Medicina. Costa Rica* [Internet]. Marzo 2003 [citado el 22 de julio de 2021]; 20 (1): 80-102. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009&lng=en.
84. Hijona J. Factores asociados al aborto espontáneo. [tesis doctoral]. España: Universidad de Granada; 2009.
85. Toro C, Smith R, Bendezú G. Embarazo en la adolescencia: abordando la epidemia. *Revista Cubana Medicina General Integral* [Internet]. Diciembre, 2016 [citado 07 julio del 2021]; 32(4): 1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400017&lng=es.

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO



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



**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS ASOCIADAS AL ABORTO
INCOMPLETO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS HOSPITAL JOSE HERNÁN
SOTO CADENILLAS – CHOTA. 2019.**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

Entidad: Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota - Cajamarca

Número De HC con diagnostico de aborto incompleto:

II. FACTORES PERSONALES

2.1. **Edad:**

2.2. **Estado civil**

Soltera() Conviviente() Casada() Otros()

2.3. **Ocupación**

Estudiante() Ama de casa() Trabajador independiente()
Trabajador dependiente()

2.4. **Grado de instrucción**

Sin instrucción() Primaria() Secundaria() Superior()

2.5. **Edad Menarquia**

Menos 12 años() 12 – 14 años() + de 14 años()

2.6. **Edad inicio relaciones sexuales:**.....

Antes de 12 años() 12 - 17 años() + de 17 años()

III. FACTORES SOCIALES

3.1 Procedencia

Rural() Urbano marginal() Urbana()

3.2 Religión

Católica() Evangelista() Testigo de Jehová() Otros()

3.3 Datos del Cónyuge

3.3.1. Grado de instrucción del conyuge

Sin instrucción() Primaria() Secundaria() Superior()

3.3.2. Ocupación del cónyuge

Estudiante() Trabajador independiente() Trabajador dependiente()

3.4 Tipo de seguro

SIS () ESSALUD() SANIDAD() NINGUNO()

IV. FACTORES OBSTETRICOS

4.1. Gravidez

Gesta:

Para: Terminó:..... Pretérmino:.....Aborto:.....Vivos:.....

4.2. Edad gestacional:

Menor a 8 ss () 8 – 12 ss() + 12 ss()

4.3. Método anticonceptivo Ingreso

Ninguno () Barrera() Hormonales ()

ANEXO 02: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	211	100,0
Casos Excluidos ^a	0	0,0
Total	211	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,737	20

CLASIFICACIÓN DE LA CONFIABILIDAD	
0,53 a menos	Confiabilidad nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
0,60 a 0,65	Confiable
0,66 a 0,71	Muy confiable

De acuerdo a los resultados obtenidos con el Alfa de Cronbach de 0, 737; se determina que el instrumento es muy confiable para el presente estudio.