

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN



FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES, LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LAS FUENTES DE INFORMACION COMO VARIABLES ASOCIADAS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN ESTUDIANTES MUJERES DE LAS FACULTADES DE CONTABILIDAD Y ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN DURANTE EL PERIODO AGOSTO DICIEMBRE HUANUCO 2016

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

ANGELA JULIA BONILLA CRISPIN

LADY ELIZABETH ESPINOZA CAMPOS

ASESOR:

MG. JOSE ERNERTO GONZALES SANCHEZ

HUÁNUCO- PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios por la vida y la fortaleza para seguir adelante en nuestra formación personal y profesional.

A nuestros padres y hermanos por su apoyo permanente e incondicional.

RESUMEN

Introducción: En el Perú, el aborto es el problema social más frecuente en las adolescentes, siendo de 14 a 21 años el grupo etario más afectado. **Objetivos:** Determinar la asociación entre el grado de instrucción de los padres, funcionalidad familiar y fuentes de información con el nivel de conocimiento de las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la UNHEVAL Huánuco. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal con un tamaño de muestra de 246 estudiantes, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario como instrumento previamente validado por expertos. La prueba estadística utilizado fue chi cuadrado y los datos fueron analizados por el programa SPSS versión 15. **Resultados:** De 246 estudiantes. La media de la edad fue de $21,25 \pm 1,8$. Tanto el grado de instrucción de los padres como la funcionalidad familiar no demostraron asociación significativa con el nivel de conocimiento de las complicaciones del aborto, obteniendo $p=0,479$, $p=0,392$ y $p=0,45$ respectivamente. El 56,1% que obtuvo un nivel de conocimiento alto reportó que obtuvo información tanto de profesores como de la televisión, que tuvo resultados significativos ($p=0,01$) y ($p=0,008$), a nivel de significancia de $p < 0,05$. **Conclusión:** De este grupo de estudiantes los factores que influyen en el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto fueron las fuentes de información, de todos ellos, los profesores y la televisión. Así mismo las estudiantes presentan un nivel alto de conocimiento.

Palabras claves: conocimiento, aborto, estudiantes de enfermería, relación familiar

ABSTRACT

Introduction: In Perú, the abortion is the most frequent social problem in the adolescents, being the most affected the age group from 14 to 21 years old. **Aim:** To determine the association between the educational level of parents, family functionality and sources of information with the level of knowledge of the complications of abortion in women students of the faculties of accounting and nursing of the Hermilio Valdizan National University-Huánuco. **Materials and methods:** It was carried out a descriptive cross-sectional study with a sample of 246 students, who met the inclusion and exclusion criteria. To collect data a questionnaire as an instrument previously validated by experts was used. The statistical test was used chi square and the data were analyzed by Spss program version 15. **Results:** From 246 students. The average age was $21,25 \pm 1.8$. Both level of education of parents and family functionality did not demonstrate a significant association with the level of knowledge of the complications of abortion, obtaining $p = 0,479$, $p = 0,392$ and $p = 0,45$, respectively. The 56,1% who obtained a high level of knowledge reported that they obtained information from both teachers as well as television, which had significant results ($p = 0,01$) and ($p = 0,008$), level significance of $p < 0,05$. **Conclusion:** From this group of students, the factors that influence the level of knowledge about the complications of abortion were the sources of information, of all of them, teachers and television. Likewise, students have a high level of knowledge.

Keywords: knowledge, abortion, students nursing, family relations

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. MARCO TEORICO	8
1.1 Antecedentes	8
1.2 Conceptos fundamentales	11
1.1.1. Aborto	11
1.1.2. Conocimiento	31
1.1.3. Grado de instrucción de los padres	34
1.1.4. Funcionalidad familiar	36
1.1.5. Fuentes de información	40
CAPITULO II. METODOLOGIA	42
2.1. Tipo de investigación	42
2.2. Población y muestra	42
2.3. Objetivos generales y específicos	45
2.4. Hipótesis	47
2.5. Sistema de variables: Definición operacional	49
2.6. Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos	53
2.7. Aspectos éticos	58
CAPITULO III. RESULTADOS	59
CAPITULO IV. DISCUSION	62
CONCLUSIONES	66
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES	67
LIMITACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS	69
ANEXOS	78

INTRODUCCIÓN

Históricamente el aborto ha existido siempre y se podría considerar como el primer método de regulación de la fecundidad. Existen datos históricos que refieren que el control de la fertilidad abarca más de 4 mil años. Así se ha encontrado fórmulas abortifacientes en antiguos textos médicos chinos y en papiros egipcios (1)

Se define al aborto según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) como la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionado, mola hidatidiforme, etc.), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado. (2)

En el mundo, millones de mujeres arriesgan sus vidas y su salud para poner fin a embarazos no deseados. Cada día se realizan 55 000 abortos en condiciones de riesgo y el 95 % de ellos se realiza en países en vías de desarrollo que conducen a la muerte a más de 200 mujeres diariamente. Muchos de ellos son realizados en condiciones de riesgo por lo que representa un porcentaje significativo de todas las muertes maternas. (3)

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud en 2008, la tasa de abortos inseguros se estima en 22 por cada mil mujeres en el mundo y su tasa es de 23 por cada mil mujeres en los países en desarrollo. (4)

Para el año 2015, la Dirección General de Epidemiología del Perú reportó 414 muertes maternas, pero no detallo cuántas de estas han sido causadas por abortos clandestinos. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para Sudamérica el 13% de

las muertes maternas en el 2008 fueron causadas por aborto clandestino. En resumen, estas estimaciones indican que el 13% o el 16% de las muertes maternas (53,8 o 66,2 de las 414 muertes maternas reportadas para el 2015) serían causadas por el aborto inseguro. Otra aproximación puede realizarse utilizando el estimado de la OMS para Sudamérica de 10 muertes por aborto inseguro por cada 100 000 nacidos vivos, lo cual resulta en 57,8 muertes en Perú correspondientes a los 578 130 nacidos vivos en el 2015. (5)

El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad y aunque en algunos países no este penalizado y se realice de forma institucionalizada, aun así, el aborto no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías. (6)

Las consecuencias del aborto, al igual que su medición, son muy difíciles de evaluar ya que en la mayoría de los casos, no representan más que la parte visible del iceberg; se trata de un procedimiento que puede causar complicaciones físicas y psicológicas (tanto a corto como a largo plazo) graves para las mujeres, incluyendo a: perforación uterina, perforación de cuello uterino, infección, sangrado, hemorragia, coágulos de sangre, interrupción fallida del embarazo, aborto incompleto (tejido retenido), enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis, embarazo ectópico, paro cardíaco, parada respiratoria, insuficiencia renal, enfermedad metabólica, shock, embolia, coma, placenta previa en embarazos posteriores, parto prematuro en los siguientes embarazos, líquido libre en el abdomen, las reacciones adversas a la anestesia y otras drogas, y las complicaciones psicológicas o emocionales, como la depresión, ideación suicida, ansiedad y trastornos del sueño (7).

Las mujeres jóvenes corren un mayor riesgo de intentar el aborto porque están dispuestas a retrasar la maternidad debido a múltiples causas como la causa financiera, la inestabilidad en la relación familiar, la educación o las oportunidades de trabajo. (4) También se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, principalmente de la madre y también de la pareja; es así que la red social es la que determina, en la mayoría de los casos. Sin embargo, pocos son los estudios donde se exploran las relaciones de las adolescentes con los padres. (6)

La función educativa se centra en la influencia que ejerce la familia en sus miembros. Esta contribuye, junto a la escuela y otras instituciones sociales, al proceso de formación y desarrollo de la personalidad individual. De ahí la importancia de que la familia juegue un rol de avanzada en la educación sexual. (8)

La información sobre sexualidad que el adolescente posee es el bagaje con el que tendrá que enfrentarse. Múltiples trabajos informan el deseo de los adolescentes de recibir información sobre sexualidad de forma amplia. La credibilidad que éstos atribuyan a las distintas fuentes de información va a condicionar en gran medida la efectividad de los mensajes recibidos para modular su comportamiento sexual. (9)

Por lo mencionado, el presente trabajo busca determinar la asociación entre el grado de instrucción de los padres, funcionalidad familiar y fuentes de información con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán Huánuco en el periodo agosto a diciembre del 2016

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Los reportes más antiguos del aborto en China datan de 2737-2696 a.n.e. en época del Emperador Chen Nong. En Egipto en el año 1500 a.n.e. hay constancia en el papiro de Ebers de un método que consistía en el uso de dátiles de cebolla mezclados en una cántara para ser aplicados en la vulva. (3)

En el mundo, millones de mujeres arriesgan sus vidas y su salud para poner fin a embarazos no deseados. Cada día se realizan 55 000 abortos en condiciones de riesgo y el 95 % de ellos se realiza en países en vías de desarrollo que conducen a la muerte a más de 200 mujeres diariamente. Muchos de ellos son realizados en condiciones de riesgo por lo que representa un porcentaje significativo de todas las muertes maternas. (3)

El 97% de abortos inducidos ocurren en países en desarrollo de América Latina, África y Asia Sur-Central. Se estima que 68.000 mujeres mueren como resultado del aborto inseguro en todo el mundo, y se estima que cinco millones de mujeres son hospitalizadas cada año para tratamiento de complicaciones relacionadas con el aborto, como hemorragia y sepsis. (10)

Según informes, en África (2008), 28 de cada 1.000 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 44 años recurrieron a abortos, frente a un promedio del 14 % en todo el mundo. En el 2008, la tasa más elevada de aborto en condiciones poco seguras (un 28 % o superior) correspondió a África oriental, central y occidental y a América central y meridional. (11)

En países latinoamericanos como en México, los resultados de diversas encuestas muestran que la actividad sexual premarital es relativamente común. De esta forma, se señala que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con menor autoestima y asertividad, tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual, a usar con

menor frecuencia anticonceptivos, y en el caso de las jóvenes, a embarazarse, con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión.

(12)

Según el análisis de situación de salud de las y los adolescentes del 2009 de Perú, manifiesto que los casos de abortos registrados tanto en adolescentes como en mujeres adultas se habían ido incrementando desde el año 2005 al 2008, registrando los casos de abortos en adolescentes del 16,8% del total de casos para el año 2008. Sumamente alarmante considerando que la mayoría de los casos de abortos eran inducidos, por tratarse de embarazos no planificados ni deseados y, además, muchos de ellos fueron realizados por mujeres con un bajo nivel socioeconómico, en lugares que no reúnen las condiciones necesarias de salubridad.(13)

Hasta el 2009 los porcentajes de casos de abortos de adolescentes según departamento en relación al total de casos por departamento, identificaron que los departamentos con mayor número de casos registrados de abortos en mujeres adolescentes eran: Amazonas (51%) seguido por Lambayeque (41%), Madre de Dios (25%), San Martín y Loreto (24%), Pasco (21%) y Ucayali (20%). Siendo en nuestra realidad Huánuco el 18 %. (13)

En 2015, se realizó la Encuesta sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Perú, en la cual se entrevistó a más de 2,000 personas en cinco ciudades, con el objetivo de conocer las percepciones de la opinión pública acerca de temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, así como los conceptos de género e identidad. Entre los principales problemas que los entrevistados consideraron, en relación con la salud sexual de los adolescentes, fueron el embarazo no deseado (64%), la maternidad temprana (42%) y el aborto clandestino (34%)(8)

Asimismo, entre las patologías que causaron un alto número de hospitalización en adolescentes están un conjunto de enfermedades y complicaciones del embarazo y los embarazos que terminan en aborto. (14)

El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad y aunque contrariamente a lo que ocurre en otros países, no está penalizado, y se realiza de forma institucionalizada y en las adolescentes de forma diferenciada con las mayores garantías posibles, aun así, el aborto no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis, hemorragias, enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte, hasta los más tardíos que favorecen la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad. (9)

Estas complicaciones se agravan ya que al tener poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo, ser renuentes a aceptar la realidad de su situación y/o no saber a quién acudir para obtener ayuda, muchas veces llegan a solicitar el aborto con mayor tiempo de gestación, lo que aumenta los riesgos. (9)

Frente a lo expuesto se formulan interrogantes que serán importantes para investigar ¿cuáles son los conocimientos sobre las complicaciones del aborto y los factores que estén asociados a la educación del aborto? ¿el nivel de conocimiento es diferente en distintos grados universitarios? ¿el grado de instrucción de los padres apoya al conocimiento acerca de las complicaciones del aborto? ¿las fuentes de información mejoran los conocimientos sobre las complicaciones del aborto?.

Formulación de problema

Por lo expuesto anteriormente se ha visto conveniente formular la siguiente pregunta de investigación:

¿El grado de instrucción de los padres, funcionalidad familiar y fuentes de información están asociados con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco en el periodo agosto a diciembre del 2016?

Capítulo I

MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES

1.1.1 A nivel internacional

Según Lussy J. Paluku y colaboradores (2009), en su estudio “Knowledge and attitude of schoolgirls about illegal abortions in Goma, Democratic Republic of Congo”, tuvo como objetivo: determinar el conocimiento de las escolares de Goma, República Democrática del Congo sobre las consecuencias para la salud de los abortos ilegales y para evaluar su actitud hacia los abortos. Con resultados: “Las diferentes fuentes de información fueron la radio (66,2%, 217), amigos (31,7%, 104), padres (1,5%, 5), y la iglesia (0,5%, 2). Las consecuencias para la salud del aborto ilegal que se identificaron fueron la muerte, la infertilidad, infección y sangrado. De los participantes, el 9,8% (32) había cometido un aborto antes y 46% (151) sabían dónde obtenerlo; 76,2% (250) de los participantes estaban en contra del aborto ilegal, mientras que el 23,8% (78) lo apoyó”. Llegando a la siguiente conclusión:” las estudiantes de la escuela secundaria en Goma tenían un buen conocimiento de la práctica de aborto ilegal y sus consecuencias. La quinta parte de ellas tuvieron apoyo en el procedimiento. En el gobierno de la República Democrática del Congo puede ser necesario considerar la legalización de aborto para asegurar un futuro saludable de las niñas afectadas.”(15)

Según E.O. Cadmus y E.T. Owoaje (2011), en su estudio “Knowledge about complications and practice of abortion among female undergraduates in the university of Ibadán, Nigeria”, tuvo como objetivo: evaluar el conocimiento acerca de las complicaciones y la práctica de aborto

entre las estudiantes universitarias de la Universidad de Ibadán. Llegando a la siguiente conclusión: “Este grupo de estudiantes eran conscientes de los riesgos asociados con el aborto inseguro; Sin embargo, la tasa de aborto seguía siendo alta. Intervenciones de salud sexual y reproductiva son necesarios en el campus con el fin de dotar a las estudiantes mujeres con los conocimientos y habilidades para reducir la probabilidad de embarazos no planificados”. (16)

Según Herney A. Rengifo y colaboradores (2012), en su estudio “Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano”, tuvo como objetivo: Identificar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes del municipio de Miranda - Cauca en Colombia. Llegando a la siguiente conclusión:” Los adolescentes presentan conocimientos en niveles altos, más éste conocimiento no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan sus relaciones sexuales.”(17)

Según el estudio realizado en Brasil, por Correia et al. En su estudio: “ADOLESCENTES ESTUDANTES: conhecimentos das complicações do aborto provocado” concluye que son pocas las adolescentes que conocen correctamente las complicaciones del aborto provocado, lo que demuestra la necesidad de mayores aclaraciones preventivas y educativas, principalmente en las escuelas brasileñas donde existen programas y disciplinas específicas para ello. También observa que incluso frente a su ilegalidad en Brasil, el aborto provocado está siendo realizado, lo que nos hace sugerir que más estudios sean realizados, relacionados al tema, creyendo que, con más conocimientos, pueda ocurrir la prevención de mayores complicaciones en la vida reproductiva de las adolescentes.(18)

1.1.2 A nivel nacional

En nuestro país Perú, un país en el que se penaliza el aborto, muchas mujeres se someten de manera clandestina a una serie de procedimientos que acarrearán un gran número de complicaciones y muertes maternas. Pese a que nuestro país no cuenta con cifras sobre el impacto del aborto inseguro se estima que cada año causa 28 652 hospitalizaciones y 58 muertes, por lo que merece mayor consideración debatir este tema. (5)

Según Milagros Luciana Palomino Sahuiña (2009), en su estudio “Qué saben sobre el aborto inducido y que actitudes se evidencian en los adolescentes I.E. Micaela Bastidas”, tuvo como objetivo: Determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas. Lima Perú. Llegando a la siguiente conclusión: “El nivel de conocimientos de los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas sobre el aborto inducido es “medio”; lo que evidencia que la información que reciben sobre esta problemática es insuficiente; por lo que es considerado un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo y tienen actitudes hacia el aborto inducido de “indiferencia”; probablemente porque aún falta incrementar y reforzar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, lo que va permitir que posteriormente presenten una actitud de rechazo al aborto inducido”(19)

Alejandra Francesca Parodi Carro (2014), en su estudio “Educación sexual y perfil en adolescentes del nivel secundario distrito de san juan de Lurigancho-Lima”, tuvo como objetivo: determinar el nivel de conocimiento sobre educación y describir el perfil sexual de una población de adolescentes de secundaria en el distrito de San Juan de Lurigancho-Lima.

Llegando a la siguiente conclusión: “El conocimiento sobre educación sexual en los adolescentes fue de nivel medio, con un perfil sexual protector. Resaltando que debe continuarse trabajando con esta problemática, recuperando la práctica valores y promoviendo la abstinencia ente los adolescentes”.(20)

1.1.3 A nivel regional

No se cuenta con estudios semejantes a lo mencionado en nuestra región Huánuco.

1.2 CONCEPTOS FUNDAMENTALES

1.2.1 Aborto

Definición

La palabra *aborto* se deriva del latín *aboriri*, abortar. El aborto se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. En inglés existen dos términos para referirse al aborto, *miscarriage* y *abortion*, que son sinónimos. Sin embargo, en general el término *abortion* se utiliza para referirse a la interrupción inducida del embarazo, por lo que se prefiere utilizar *miscarriage* para referirse a la expulsión espontánea del feto. (21) Según la OMS, el aborto es la expulsión o extracción uterina de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos, lo que corresponde con una edad gestacional de 20 a 22 semanas. (22). La SEGO define aborto como “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable (por ejemplo, huevos no embrionados, mola hidatidiforme, etc), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado”. (1)

No hay límites definidos para la catalogación como aborto precoz o tardío, y mientras unos señalan 12 semanas, otros se refieren a 14 semanas o a 3 meses de amenorrea. Ahora el problema se plantea en el límite inferior, ya que hoy día sabemos de muchos embarazos que pasan inadvertidos, que no llegan siquiera a producir retraso menstrual, y cuya expulsión se confunde con la correspondiente menstruación. En cualquier caso, y a efectos de contabilizar abortabilidad, (entendida como el porcentaje de abortos entre cada 100 embarazos), en general se considera aborto si clínicamente así se comporta. (23)

Epidemiología

La incidencia de interrupciones espontáneas del desarrollo del proceso reproductivo es muy alta, sobre todo cuando se considera desde las etapas más precoces. Se calcula que, teniendo en cuenta los fallos de la fecundación, de cada 100 “embarazos potenciales” tan sólo 31 llegan a término con un feto vivo. La frecuencia del “aborto”, considerando a éste como la “interrupción espontánea de la gestación antes de que el feto haya alcanzado una edad gestacional que lo haga viable”, depende por tanto del criterio que utilicemos para definir que el embarazo existe. Cuando tan sólo se tienen en cuenta los embarazos que llegan a la fase de implantación, la frecuencia de aborto es del 30% al 40%, alcanzado el diagnóstico clínico de embarazo, la frecuencia baja al 10%-15%, y si la gestación progresa y se observa un producto vivo, la probabilidad de aborto baja notablemente, hasta llegar a cifras comprendidas entre el 3% y el 4%. (23)

Estas frecuencias dependen del criterio que se utilice, y por ello, si no se especifica claramente, los datos que se muestran en las diversas publicaciones no son comparables. La información

de la frecuencia de interrupciones espontáneas (abortos) a lo largo de la primera mitad de la gestación o a lo largo de todo el embarazo tiene gran importancia para cuantificar el riesgo de pérdida después de la realización de técnicas invasivas (biopsia corial, amniocentesis, funiculocentesis). (23)

La presencia de circunstancias clínicas, como la hemorragia uterina (amenaza de aborto), supone de la misma forma un aumento del riesgo de aborto. Cuando el embrión está vivo entre la octava y la 12 semana, la tasa de aborto hasta la semana 20 es de tan sólo el 2%. Sin embargo, cuando encuentra latido cardiaco entre la quinta y la 13ª semana, comunica una tasa de abortos del 8.6%; cuando el latido cardiaco ha sido detectado antes de la novena semana, el grupo presenta una tasa de abortos superior, del 12.5%. Además, comprueba que si la mujer tiene más de 34 años, la frecuencia asciende al 15,5%, y si existe hemorragia vaginal, al 16.3%. (24)

Factores de riesgo

Como consecuencia de un embarazo no deseado, se asoma la posibilidad de realizarse un aborto inducido. Se reconocen diversos factores asociados con la elección de la adolescente de inducirse el aborto, entre ellos el ser menor edad, ser solteras, tener un menor nivel educativo, tener menor nivel socioeconómico, deserción escolar, ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja o que este sea de menor edad o bajo nivel educativo. También se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, principalmente de la madre y también

de la pareja; es así que la red social es la que determina, en la mayoría de los casos, el resultado del embarazo en las adolescentes.(25)

Clasificación clínica y diagnóstico

El aborto presenta diferentes clasificaciones: Según el tiempo de gestación se denomina aborto temprano al que ocurre antes de la 12ª semana de gestación y aborto tardío al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación.

Otra posible clasificación es aquella que contempla el origen del aborto; esta incluye el aborto inducido, provocado o voluntario, en el que se usa maniobras destinadas a interrumpir el embarazo y el aborto espontáneo o involuntario, en el cual no interviene la voluntad de la madre ni de terceros.

Según su evolución, se presenta la amenaza de aborto, aborto inminente o inevitable que presenta ciertas circunstancias obstétricas que condicionan la irreversibilidad del proceso y el aborto diferido o retenido, que representa la muerte del embrión o feto sin su expulsión. Si el aborto se complica con una infección adquiere el calificativo de aborto séptico.

Según su terminación, puede existir el aborto completo cuando se expulsa la totalidad del producto de la concepción: el feto y sus anexos y el aborto en el que la expulsión es incompleta o parcial. De acuerdo a su frecuencia, se describe el aborto recurrente cuando ocurren dos o más abortos espontáneos consecutivos y aborto habitual, tres o más abortos. (22)

Métodos para el manejo clínico de aborto

Métodos Quirúrgicos para manejo de aborto incompleto

Métodos de primer trimestre:

La técnica indicada y la exclusivamente utilizada es la de aspiración mediante unas sondas plásticas o metálicas, mono o bifenestradas, con un diámetro adecuado a la edad gestacional. Las cánulas plásticas pueden ser flexibles o rígidas, y rectas o curvas. La presión de aspiración debe situarse entre 0.4 y 0.6 atmósferas de presión. (26)

En función del grado de pericia del cirujano y de la técnica anestésica utilizada, local o general, se recomienda o no la preparación farmacológica del cérvix con 400 µg de misoprostol oral/sublingual/vaginal de una a tres horas antes de la aspiración quirúrgica. (26)

Métodos de segundo trimestre:

La técnica más utilizada, y que podríamos considerar de elección en segundo trimestre, hasta las 20-22 semanas es la Dilatación y Evacuación (D y E). Aunque, muchos centros altamente especializados siguen utilizando la aspiración hasta las 15-16 semanas, usando cánulas más gruesas. (26)

La D y E se realiza con pinzas de Finks, McClintocks, Hern, etc... diseñadas especialmente para esta finalidad, y que introducidas a través del cérvix, previa dilatación del mismo, permiten la fragmentación y posterior extracción del contenido uterino. Es muy conveniente la preparación del cérvix mediante la inserción de tallos dilatadores.(26)

Métodos Farmacológicos para manejo clínico de aborto

Entendiendo por aborto farmacológico aquel en el que se produce la completa expulsión de los productos de la concepción sin instrumentación quirúrgica.

Métodos de primer trimestre:

En este PERÍODO de la gestación contamos con tres métodos diferentes de aborto farmacológico.

1) Mifepristona + misoprostol: hay dos protocolos diferentes de dosificación. El que podríamos llamar europeo que recomienda administrar 600 mg (3 tabletas) de mifepristona por vía oral seguidos 36-48 horas después por una o dos dosis de 400 µg de misoprostol por vía oral; y el que se utiliza en Norte América que administra solo una tableta de mifepristona (200 mg) y 36-48 horas después 800 µg de misoprostol preferentemente por vía vaginal. Ambos protocolos tienen tasas de eficacia similares, oscilando entre el 96,5% al 99%, siempre que se utilicen hasta 7 semanas de gestación. En algunos países como Suecia, Inglaterra y España se utiliza esta pauta hasta 9 semanas de gestación con resultados muy similares. (26)

2) Metotrexato + misoprostol: el metotrexate o aminopterin es un inhibidor de la 4-fólicoreductasa que se utiliza desde hace décadas en el tratamiento de procesos cancerígenos, y más recientemente en el tratamiento de la artritis reumatoide, psoriasis, enfermedad de Chron, lupus eritematoso y también y con notable éxito en el embarazo ectópico. Los efectos secundarios de una sola dosis de 50 mg de metotrexate son mínimos y en muchas ocasiones inexistentes. (26)

3) Misoprostol solo: utilizando dosis de 800 µg de misoprostol por vía vaginal cada 24/12 horas en gestaciones de hasta 9 semanas se obtienen tasas de aborto completo del 90-93% según diferentes estudios. Con la primera dosis de misoprostol solo se obtiene una tasa de aborto completo del 72%. Si esta ha fracasado se administra una segunda, la cual sube esta tasa

hasta el 85-87% y si se debe de administrar una tercera se alcanza el 90-93%. Al final de la tercera dosis, en un 50% de los casos que han sido fallos, es decir los casos que no expulsaron, presentan latido cardiaco negativo. Esta tasa de aborto completo aumenta hasta un 95-96% si se disminuye la edad gestacional hasta 6-7 semanas. (26)

Métodos de segundo trimestre:

1) Misoprostol solo: usando dosis de 800 µg de misoprostol por vía vaginal se obtienen tasas de aborto completo en gestaciones de hasta 24 semanas del 90%. Un ensayo clínico compara 600 µg de misoprostol vaginal cada 6 horas versus 400 µg de misoprostol vaginal cada 4 horas, hasta un máximo de 4 y 5 dosis respectivamente, obteniendo en ambos grupos resultados similares a los obtenidos con dosis de 800. El tiempo promedio de expulsión cuando se utiliza misoprostol solo en segundo trimestre está alrededor de 11-12 horas. (26)

2) Mifepristona 200 mg + misoprostol: una tableta de 200 mg administrada 48-24 horas antes de dosis de misoprostol de 400-800 µg cada 4-6 horas obtiene tasas de aborto completo del 98 al 100% y con tiempos medios de expulsión de 6,30 a 7,30 horas, según se administre la mifepristona 48 o 24 horas antes. Este protocolo dosificador posibilita que en muchos casos la paciente pueda ser dada de alta en el transcurso del mismo día del aborto y dormir en su propia casa. (26)

3) Oxitocina sola: algunos clínicos utilizan este fármaco solo, aunque ha decaído muchísimo su uso desde que existe el misoprostol. Lo que sí es muy frecuente que se utilice como complementario de los dos primeros métodos arriba indicados, es decir, una vez ya se ha

obtenido una apropiada maduración del cérvix con una dilatación que permita realizar una amniorrexis.(26)

4) Otros: la instilación intrauterina y/o intra-amniótica de suero salino hipertónico, urea, etacridina (Rivanol), etc, apoyado o no posteriormente por la administración de oxitocina endovenosa, prostaglandinas, etc, son métodos que aunque se utilizan aún en muchos países, principalmente subdesarrollados, han caído en desuso ante la mayor eficacia y seguridad del misoprostol solo y especialmente combinado con mifepristona. Sin lugar a dudas el mejor y más seguro método es este último. (26)

1.1.1.1 Complicaciones del aborto

Las consecuencias del aborto, al igual que su medición, son muy difíciles de evaluar ya que en la mayoría de los casos, no representan más que la parte visible del iceberg. Estas consecuencias son de naturaleza muy diversa (27)

Las complicaciones del aborto se refieren a todas las complicaciones, desde las menos severas (como un aborto incompleto y hemorragia abundante y prolongada) hasta las más severas (como sepsis y perforación uterina). Dado que es extremadamente difícil distinguir entre las complicaciones de abortos espontáneos e inducidos. (28)

El aborto es un procedimiento invasivo, quirúrgico que puede causar complicaciones físicas y psicológicas (tanto a corto como a largo plazo) graves para las mujeres, incluyendo a: perforación uterina, perforación de cuello uterino, infección, sangrado, hemorragia, coágulos de sangre, interrupción fallida del embarazo, aborto incompleto (tejido retenido), enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis, embarazo ectópico, paro cardíaco, parada respiratoria,

insuficiencia renal, enfermedad metabólica, shock, embolia, coma, placenta previa en embarazos posteriores, parto prematuro en los siguientes embarazos, líquido libre en el abdomen, las reacciones adversas a la anestesia y otras drogas, y las complicaciones psicológicas o emocionales, como la depresión, ideación suicida, ansiedad y trastornos del sueño.(07)

Complicaciones psicológicas

Hay muchas maneras de conceptualizar las implicaciones del aborto sobre la salud mental y existe bastante literatura relevante, aunque no conclusiva (29)

No cabe duda de que la existencia o no de alteraciones de la salud mental de la mujer secundarias al aborto es un tema que suscita un amplio debate médico, sociológico e incluso antropológico. En relación con ello, se constata que hay un numeroso grupo de autores que afirman la existencia de tales alteraciones, mientras que otros opinan lo contrario. (30)

Las reacciones psicológicas a una pérdida reproductiva, cuando se trata de una gestación no deseada, deben ser consideradas en comparación con el impacto psicológico de otras maneras de resolver la situación (maternidad impuesta o decidir por la adopción). La tensión asociada es habitualmente aguda y transitoria.

En la interrupción voluntaria del embarazo, se observa que las emociones referidas retrospectivamente en las narrativas de la mujer, están estrechamente ligadas a la existencia y calidad de la interacción con el bebé o feto. Los sentimientos de pérdida surgen sólo si hay apego previo. (31)

Lafaurie y cols. (2005) realizaron 49 entrevistas en profundidad a mujeres de América Latina (México, Colombia, Ecuador y Perú) que habían optado por el aborto médico por su menor

costo y su percepción de que sería menos doloroso, arriesgado y complicado. El análisis de los resultados proporciona información acerca de la autonomía de las mujeres y sus razones para elegir un aborto, sobre su experiencia del aborto y el ambiente en el que vivieron esta experiencia. (29)

Las experiencias emocionales complejas caracterizan la narrativa de las mujeres: arrepentimiento, culpa, distrés, ansiedad, dolor, pérdida, vacío y sufrimiento. El aborto médico se asocia con la idea de “pérdida” y el quirúrgico con la idea de “muerte”. Algunas mujeres también reportaron el temor a la muerte o a la esterilidad. Las experiencias emocionales se asocian con la edad gestacional, siendo menos negativa en los abortos tempranos. (29)

Hay quienes argumentan que el aborto es una experiencia traumática por encima de la experiencia humana común, puesto que involucra la muerte de un ser, específicamente la destrucción voluntaria de un feto y la participación en un acto violento, así como la transgresión (Goodwin, 2007) de los instintos parentales, el resquebrajamiento del vínculo entre la madre y el no nacido y el sufrimiento emocional no reconocido. (29)

Síndrome postaborto

Los estudios y las bibliografías pasadas permitían identificar tres cuadros clínicos que dan cuenta de las consecuencias psicológicas del aborto en la mujer (Cassadei, 1996): psicosis post- aborto, síndrome post- aborto y estrés post- aborto.

La psicosis post- aborto remite a un cuadro de naturaleza predominantemente psiquiátrica, que surge luego e inmediatamente al aborto y puede durar por un término de 6 meses. Es el trastorno de mayor compromiso psicológico y afecta severamente la personalidad de la mujer.

El cuadro de estrés post-aborto surge entre los 3 y 6 meses del hecho del aborto y representa el trastorno más leve.

Finalmente, el síndrome post- aborto (PAS) es un cuadro que puede surgir tanto luego e inmediatamente al aborto como permanecer latente por un largo tiempo, manifestándose sus síntomas en modo diferido. Se considera que al cabo de 5 ó 6 años se puede observar su manifestación clínica de modo acabado. (32)

Los especialistas que plantean la existencia de un síndrome post aborto, en muchas ocasiones basan sus argumentos en datos tomados a partir de mujeres que se presentaron en servicios de salud mental con la queja de tener secuelas psicológicas negativas tras un aborto. Sin embargo, no se consulta a mujeres que no presentaron esta queja y que incluso manifiestan un grado de bienestar y alivio tras los aborto. (33)

Los autores que defienden la existencia de un síndrome post aborto, señalan como síntoma importante la culpa. En efecto, Fergusson, Horwood y Boden (2009) comentan que entre las mujeres que presentaban trastornos psicológicos tras el aborto, algunas mostraban un elevado sentimiento de culpabilidad. Sin embargo, la culpa podría ser también el resultado del mandato cultural que indica que las mujeres deben ser madres y que deben saber llevar a término sus embarazos, aún en los casos en que ellas no lo deseen. Así, el entramado histórico-cultural en base al binomio “mujer-madre” y su correlato religioso, bien podría ser la explicación de la culpabilidad en las mujeres que abortan, siendo estos mandatos los causantes de la culpa post aborto y no el aborto per se. (33)

Grupos conservadores insisten en que todas las mujeres que interrumpen un embarazo quedarán marcadas para siempre por el “trauma post aborto”. Si bien no hay mucha

investigación al respecto en América Latina, existen estudios que demuestran lo contrario. Entre ellos se encuentra uno publicado en 2005, que se efectuó en México, Colombia, Perú y Ecuador, y en el cual la gran mayoría de las mujeres entrevistadas declaró sentirse aliviada y tranquila tras haber interrumpido un embarazo.(34)

Muchas revisiones han concluido que el aborto no hace daño a la salud mental de las mujeres. Sin embargo, algunas de las pruebas de los aspectos psiquiátricos de la interrupción del embarazo son de baja calidad, y el diseño de los estudios son inconsistentes. Muchos estudios no utilizaron medidas de salud mental validados o test de control del estado mental pre-aborto y si está previsto el embarazo, y la presencia y el tipo de grupo de comparación varía. En concreto, muchos estudios comparan mujeres con embarazos no planificados y mujeres que planean un embarazo en curso. La circunstancia de un embarazo no deseado implica factores que pueden estar asociados con trastornos emocionales, tales como las relaciones deterioradas y dificultades financieras (35)

Para concluir este acápite decimos que hay muchas maneras de conceptualizar las implicaciones del aborto sobre la salud mental y existe bastante literatura relevante, aunque no conclusiva.

El suicidio

Investigadores en la Agencia Gubernamental de Salud en South Glamorgan, en Gran Bretaña, descubrieron que después de tener un aborto, habían 8.9 intentos de suicidio por cada 1000 casos, comparados con 1.9 intentos de suicidio por cada 1000 casos entre aquellas mujeres que sí dieron a luz, (una cifra equivalente a más del cuádruple) (36)

Muchos estudios diseñados razonablemente sí muestran una asociación entre el aborto inducido y los problemas de salud mental, incluyendo la depresión, ansiedad, suicidio, y el alcohol y el abuso de sustancias.

Un metaanálisis de 22 estudios publicados entre 1995 a 2009 (un total de 877,181 mujeres) mostraron un aumento del 81% en los problemas de salud mental asociados con el aborto, especialmente el suicidio y el abuso de sustancias. Si bien el autor ha sido criticado injustamente a veces en su metodología de investigación, muchos problemas legítimos no se mantienen. (37)

Depresión y ansiedad

Conforme un estudio realizado en Nueva Zelanda, mujeres que practicaron el aborto presentaron elevadas tasas de subsecuentes problemas de depresión, ansiedad y pensamientos suicidas. Pero este resultado es contestado en un estudio de cohorte dinamarqués que evidenció una tasa de incidencia de contacto psiquiátrico semejante antes y después del aborto, negando la hipótesis de que exista un riesgo aumentado de trastornos mentales después del aborto inducido.(38)

Psicosis

El aborto inducido no parece estar asociada con un mayor riesgo de psicosis; Sin embargo, pocos estudios han examinado esta cuestión. Un estudio observacional prospectivo encontró que entre las mujeres con un embarazo no planeado y sin antecedentes de enfermedad mental, el riesgo de psicosis fue del 70 por ciento menor en las mujeres que interrumpieron su

embarazo que las mujeres que dieron a luz. Sin embargo, la incidencia de la psicosis que conduce a la hospitalización parecía ser comparable para los dos grupos (35)

Sentimiento de culpa

El sentimiento de culpabilidad, como una posible causa de trastornos de salud mental de la mujer que ha abortado, es considerado por algunos autores.

Fergusson y col. comentan que entre las mujeres que presentaban trastornos psicológicos tras el aborto algunas mostraban un elevado sentimiento de culpabilidad cuando abortaron, lo que nos parece un dato de interés al valorar los posibles efectos secundarios negativos psicológicos posteriores al aborto.

La percepción que la mujer pueda tener de que con el aborto ha terminado con la vida de un ser humano, en este caso un hijo suyo, puede ser un factor importante, si no decisivo, para desencadenar los trastornos psicológicos que pueden darse con posterioridad al mismo. Ello puede estar avalado porque no solamente no todas las mujeres presentan este tipo de alteración psicológica, sino que incluso, en algunos casos, muestran una sensación de alivio tras abortar. Esta contraposición de efectos secundarios, trastorno psicológico o sensación de alivio, debe estar fundamentalmente condicionada por la percepción del sentido ético que la mujer tenga de lo que ha realizado (30)

Por toda la revisión anterior, en el momento actual, no está determinado la posible relación entre aborto y problemas de salud mental de las mujeres que han abortado. Por algunos se defiende la existencia de la depresión, ansiedad, suicidio, síndrome postaborto, lo que es cuestionado por otros.

Complicaciones médicas

El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad. El aborto no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis, hemorragias, enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte, hasta los más tardíos que favorecen la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad. (06)

Estas complicaciones se agravan ya que al tener poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo, ser renuentes a aceptar la realidad de su situación y/o no saber a quién acudir para obtener ayuda, muchas veces llegan a solicitar el aborto con mayor tiempo de gestación, lo que aumenta los riesgos.(6)

Dentro de las complicaciones del aborto estas pueden ser inmediatas, mediatas o tardías. Las inmediatas se dividen en mayores y menores; dentro de las mayores se observan: muerte, perforaciones uterinas, desgarros cervicales, enfermedad pélvica inflamatoria, embolia de líquido amniótico, coagulación intravascular diseminada, infección y las menores son: dolor, adherencias cérvicouterinas, fiebre menor de 24 horas, hemorragia que no precisa transfusión, aborto fracasado, endometritis, incontinencia urinaria. A largo plazo, se presenta muerte, cáncer de mama, cáncer de cérvix y la probabilidad de desarrollar en embarazos posteriores patologías como placenta previa, abortos espontáneos, embarazo ectópico y esterilidad.(22)

Complicaciones inmediatas

Mortalidad materna

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, el parto, el puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.

El aborto inducido es un grave problema de salud pública, ya que puede llevar a la muerte de la mujer cuando lo realizan sin la adecuada bioseguridad y por personal no capacitado (39)

Entre las causas más importantes de muerte materna en los países Latinoamericanos y del Caribe se encuentran las complicaciones derivadas del aborto que representa 13% de la mortalidad materna global y 24%, en la región de América Latina. (22)

En el Perú, entre los años 1997 y 2003, las cuatro causas principales de mortalidad materna han disminuido escasamente. Así tenemos que, la hemorragia ha variado de 49% a 42%, informándose 43% en el 2003; la hipertensión arterial, entre 22 y 11% (14% en el 2003); la infección, entre 13 y 8% (8% en el 2003); y, el aborto, entre 8 y 4%(40)

Perforación uterina

Su incidencia oscila del 1- 4 %, aunque probablemente esta infraestimada puesto que algunas perforaciones pasan desapercibidas. (1) El legrado uterino puede ser obstétrico o ginecológico; que generalmente está indicado en casos de aborto incompleto, y las complicaciones más frecuentemente reportadas son las infecciones post-legrado y la perforación uterina. (22).

Por lo general, la perforación del útero no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir. En un estudio de más de 700 mujeres que se sometieron a un aborto y a una esterilización laparoscópica en el primer trimestre se observó que 12 de 14 perforaciones del útero eran tan pequeñas que no hubiesen sido diagnosticadas de no haberse hecho la laparoscopia. Cuando se sospecha una perforación del útero, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se necesita. Siempre que esté disponible y sea necesaria, la laparoscopia es el método elegido para su investigación. (41)

Desgarros cervicales

Su frecuencia es moderada (inferior al 1%) y es menor en gestaciones más precoces y con uso de preparación para la maduración cervical.(1)

Enfermedad pélvica inflamatoria

La infección del tracto genital ocurre hasta en un 10 % de los casos. Se debe considerar que existe un aborto séptico cuando aparece fiebre mayor a 39°C en las primeras 72 horas tras la evacuación. El tratamiento incluye la extracción de los restos abortivos retenidos si fuese necesario y el empleo de antibióticos de amplio espectro.(1)

De entre las pacientes que tienen una infección por clamidia en el momento del aborto, un 23 % desarrollará EPI en cuatro semanas. Algunos estudios han arrojado que entre un 20 y un 27 % de pacientes que abortan sufren una infección por clamidia. Aproximadamente un 5 % de pacientes que no han sido infectados por clamidia desarrollan EPI dentro de las 4 semanas posteriores a un aborto realizado durante el primer trimestre (42)

Hemorragia

El riesgo de hemorragia en el momento de la evacuación uterina es baja (aproximadamente 1 cada 1000 abortos) y es menor en gestaciones más precoces. La hemorragia ocurre habitualmente como consecuencia de una atonía uterina. (1)

El tratamiento no quirúrgico del aborto espontáneo se asocia con hemorragia más prolongada e intensa, así como a un riesgo de precisar cirugía para evacuar el útero del 20 al 40%. Sin embargo el riesgo de infección es inferior al que ocurre cuando se opta inicialmente por el tratamiento quirúrgico. (1)

La hemorragia puede ser resultado de la retención del producto de la concepción, un traumatismo o daño del cuello uterino, una coagulopatía o, en forma aislada, la perforación del útero. Dependiendo de la causa de la hemorragia, el tratamiento adecuado puede incluir la reevacuación del útero y la administración de fármacos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, el reemplazo intravenoso de líquidos y, en casos graves, transfusiones sanguíneas, el reemplazo de los factores de coagulación, una laparoscopia o una laparotomía de exploración(41)

la ONG feminista Flora Tristán dice: “En el Perú, el aborto ocupa el cuarto lugar como causa de muerte materna (7%), según el Ministerio de Salud; sin embargo, numerosos estudios sostienen que dentro de las muertes por hemorragias (60%) e infecciones (13%) se encuentran subregistradas muchas muertes por aborto.(43) Evidentemente la venta libre de misoprostol y la fácil administración por cualquier persona, ha facilitado la evacuación uterina, bajando los índices de infección pero incrementando la complicación de hemorragia, lo cual motiva la hospitalización.(43)

Complicaciones mediatas o tardías

Cáncer de mama

En el pasado se postulaba que el aborto inducido antes de 32 semanas de gestación impide el proceso de maduración natural de la mama, de tal manera que existe una mayor probabilidad de que el cáncer de mama se desarrollará más adelante. Quienes tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama después de un aborto incluye adolescentes (casi la mitad de todos los abortos inducidos reportados entre el 2006 y 2010 son adolescentes) y mujeres mayores de 30 años, especialmente si tienen antecedentes familiares de cáncer de mama. (37)

A pesar de 74 estudios en todo el mundo, si el aborto inducido o no está asociada con un mayor riesgo de cáncer de mama sigue siendo controvertido. Debido a muchas variables confusoras, se necesitan mejores estudios que comparen las tasas de cáncer de mama entre las mujeres en función de si ha tenido un aborto inducido, el parto, o ninguno en la adolescencia, así como el efecto del parto y su sincronización relativa a cualquier historia de aborto inducido.(37)

Sin embargo según la guía de la organización mundial de la salud existen datos epidemiológicos sólidos que no muestran un riesgo mayor de cáncer de mama en las mujeres después de un aborto espontáneo o inducido

Placenta previa

Según Virk (2007), las culminaciones adversas son similares en mujeres en quienes la terminación del aborto se hizo con métodos médicos, en comparación con las inducidas

quirúrgicamente. Sin embargo, los abortos múltiples con legrado instrumental pueden elevar el riesgo ulterior de placenta previa, en tanto que no tienen tal complicación los métodos de aspiración por vacío. (21)

El aborto incrementa el riesgo de placenta previa en ulteriores embarazos (una circunstancia que pone en peligro tanto la vida de la madre como su embarazo deseado), entre siete y quince veces. El desarrollo anormal de la placenta debido a lesión uterina aumenta el riesgo de malformación fetal, muerte perinatal y efusión excesiva de sangre durante el parto. En mujeres con uno o más abortos el riesgo de placenta previa aumenta un 30%. (42)

Síndrome de Asherman

Es una complicación tardía de un legrado quirúrgico demasiado agresivo. Consiste en la formación de sinequias uterinas, parciales o totales, que excluyen funcionalmente el endometrio. El tratamiento de estas sinequias consiste en el desbridamiento por vía vaginal (histeroscopia) y en la colocación de un dispositivo uterino. (1)

Infertilidad

Se denomina infertilidad secundaria a la infertilidad causada por enfermedades de transmisión sexual (ETS) mal curadas, infecciones o lesiones por abortos inseguros e ilegales así como también a la falta de un buen tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, del HIV y sepsis materna (44)

Un estudio de Grecia que involucra métodos modernos de aborto demostró un aumento de 2 veces en la infertilidad secundaria después de un aborto inducido anterior. (37)

Según la literatura ginecología Williams la fertilidad al parecer no disminuye con el aborto provocado, salvo en contadas ocasiones, como consecuencia de infección. (21)

Respecto del aborto inseguro la OMS señala que causa hasta 5 millones de hospitalizaciones anuales a nivel mundial, es responsable aproximadamente de un 13% de las muertes maternas y causa infertilidad secundaria en cerca de 24 millones de mujeres (44)

Embarazo ectópico

Los estudios iniciales de Grecia, en 1972, utilizando principalmente el legrado habían mostrado un aumento de 10 veces en los embarazos ectópicos posteriores, pero estudios más recientes no muestran ninguna relación entre el aborto inducido y embarazo ectópico o una tendencia más pequeño que no alcanza significación estadística. Algunos estudios mostraron una tendencia estadísticamente no significativa hacia el aumento de los embarazos ectópicos con múltiples abortos.

Infecciones de transmisión sexual (especialmente la enfermedad inflamatoria pélvica) puede mediar en la asociación entre el aborto inducido y embarazo ectópico, así como la infertilidad secundaria.(37)

1.2.2 Conocimiento

Definición

No existe una definición precisa del conocimiento, a pesar de que es una actividad de la vida diaria. Conocer es agrupar las cosas que se saben de los objetos, sus cualidades, características, formas, entre otras. La Real Academia de la Lengua Española define conocer

como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, conocer es un proceso a través de cual, un individuo se hace consciente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. (45)

Ahora bien, para que se dé el proceso de conocer, rigurosamente debe existir una relación en la cual coexisten cuatro elementos, el sujeto que conoce, el objeto de conocimiento, la operación misma de conocer y el resultado obtenido que no es más que la información recabada acerca del objeto(46)

TEORÍAS DEL CONOCIMIENTO

Platón (- 428 a - 347) refiere que el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo). (46)

Aristóteles (384-322) compartió parte de la teoría de Platón en cuanto al conocimiento abstracto, pero no así con el método para alcanzarlo. Según Aristóteles buena parte del conocimiento procedía de la experiencia. La observación y las reglas de la lógica que expuso Aristóteles echarían por tierra buena parte de los postulados sofistas. Posteriormente las escuelas estoica y epicúrea mantendrían la conexión entre la percepción y el conocimiento,

aunque sin considerar la filosofía como un fin en sí mismo, sino como una herramienta práctica para llegar al conocimiento. (46)

Los niveles de conocimiento

Los niveles de conocimiento que proponemos tienen su raíz en el trabajo de la metodología científico-filosófica. Los describimos en términos de la abstracción y la profundidad adquirida en la relación sujeto/objeto. Por ello hablamos de momentos de abstracción del conocimiento, en el entendido de que la metodología es una ciencia instrumental que nos permite leer la realidad y la filosofía es una disciplina totalizadora que nos ayuda a analizar, sintetizar y conceptualizar teóricamente el conocimiento científico.

Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad. El primer nivel de conocimiento tiene su punto de partida en la búsqueda (o aprendizaje inicial) de información acerca de un objeto de estudio o investigación. A este nivel se le denomina instrumental, porque emplea instrumentos racionales para acceder a la información; las reglas para usar los instrumentos conforman el nivel técnico; el uso crítico del método para leer la realidad representa el nivel metodológico; el cuerpo conceptual o de conocimientos con el que se construye y reconstruye el objeto de estudio representa el nivel teórico; las maneras en que se realiza este proceso dan por resultado el nivel epistemológico; las categorías con que nos acercamos a la realidad nos ubican en el nivel gnoseológico; y, finalmente, la concepción del mundo y del hombre que se sustenta constituye el nivel filosófico del conocimiento. Estos niveles de conocimiento sintetizan los grados de abstracción que alcanza el hombre cuando se

constituye en sujeto cognoscente. También tienen su origen en la actividad del hombre sobre su entorno, pero cada uno de ellos representa avances cualitativos explícitos cuando se trata de aprehender y comprender la realidad de manera científica y, por tanto, cuando se plantea de manera discursiva, rigurosa y sistemática.

Los tres primeros niveles de conocimiento (instrumental, técnico y metodológico) son aplicables a la educación básica (primaria y secundaria); el cuarto y el quinto (teórico y epistemológico) a la educación media superior, y los dos últimos (gnoseológico y filosófico) a la educación superior. (47)

1.2.3 Grado de instrucción de los padres

El Nivel de Instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. (48)

Son las etapas educativas del sistema educativo peruano, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos. Comprende las categorías siguientes:

- Sin Nivel Sin Nivel: Es cuando Sin Nivel la persona nunca asistió a un centro educativo. Incluye a los niños que al Día del Censo están estudiando Educación Inicial.
- Educación Inicial: Comprende a la persona que culminó los estudios de Nido, Cuna guardería, Jardín, Programa Nacional no Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI) y Wawa-wasi.
- Primaria: De acuerdo al sistema educativo vigente, comprende del 1° al 6° Grado. En el sistema educativo anterior comprendió: Transición y del 1° al 5° año, ya sea en la modalidad de menores o de adultos.

- Secundaria: De acuerdo al sistema educativo vigente, comprende del 1° al 5° año, ya sea en la modalidad de menores o de adultos.
- Superior No Universitaria: Comprende las Escuelas Normales, Escuelas Superiores de Educación Profesional (ESEP), Escuelas de Sub-Oficiales de las Fuerzas Armadas, Escuelas Superiores de Administración de Empresas, Institutos Superiores Tecnológicos e Institutos Superiores Pedagógicos. En todos estos casos el período de estudios tiene generalmente una duración no menor de 3 años.
- Superior Universitaria.- Superior Universitaria Comprende las Universidades, Escuelas de Oficiales de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seminarios Religiosos, Instituto Superior de Arte del Perú, Instituto Pedagógico Nacional, Escuela de Enfermeras, Escuela de Periodismo y Academia Diplomática del Perú. En todos estos casos el periodo de estudio es no menor de 4 años (49)

Los padres son los primeros artífices de la conciencia moral de los hijos y aunque la educación sexual es parte importante de las funciones de los padres y las madres, esta no es asumida adecuada y efectivamente puesto que una buena proporción de padres y madres dejan al azar la educación sexual de sus hijos, evitando asumir una posición proactiva e intencional y delegan en la escuela y en los medios de comunicación esta responsabilidad.

Muchos padres piensan que si el hijo asiste a la escuela, ellos se pueden desentender de su responsabilidad en la educación sexual de sus hijos; pero es necesario para el/la niño/a y el/la adolescente contar con el apoyo, la confianza y la comprensión a sus dudas y conflictos, que solo un canal de comunicación afectiva y efectiva entre padres e hijos puede lograr.(50)

Cordova refiere que la educación debe fortalecer habilidades que promuevan en el adolescente autoconfianza y el respeto por sus pares, que le permita establecer adecuadas relaciones autónomas con ellos, de forma responsable y consciente. Para Minchón et al los padres y profesores deben participar de la educación sexual, a fin de ofrecer una formación eficaz y eficiente; la cual debe formar parte del currículum educativo general. (50)

1.2.4 Funcionalidad familiar

Familia

El significado etimológico de la palabra “familia” es bastante disperso; así encontramos que, proviene del latín “*fammes*” que significa hambre, y alude al hecho de que es en el grupo del seno doméstico donde el hombre satisface sus necesidades primarias. Otra postura es que proviene de la voz “*fammulus*” que significa siervo, aludiendo al hecho de que las familias de Roma, incluía a gente de condición servil, como esclavos, clientes, o donde los miembros del sistema familiar estaban servilmente sometidos a las autoridad del “*pater*”.

El significado etimológico de familia, es insuficiente para precisar su concepto; por lo que buscando desde otras percepciones sociales, jurídicas, antropológicas, psicológicas entre otras, es posible precisar características propias de un sistema familiar; donde socialmente la familia ha sido considerada como “una convivencia querida por la naturaleza para los actos de la vida cotidiana” (Aristóteles), esta definición puede admitirse como la más correcta a pesar de lo vago de sus términos.

Desde el punto de vista valorativo, el sistema familiar constituye, por encima de una unidad jurídica social y económica, primordialmente una comunidad de amor y de solidaridad que

resulta insustituible para la trasmisión y la enseñanza de valores que importan al desarrollo y bienestar de sus miembros integrantes, así como para el bien de la sociedad. (51)

En el caso de la adolescencia, periodo cuando mayor es la discrepancia entre padres e hijos, estas diferencias en la percepción de la vida familiar se asocian a una reestructuración en la organización familiar, de sus normas, de sus roles y de sus relaciones, lo que pone a prueba la capacidad de negociación de la familia y la flexibilidad del sistema, y puede ser un estímulo para lograr nuevos estilos de relación más maduros que redunden en beneficio del desarrollo personal de los miembros de la familia. (52)

La Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.(53)

La funcionalidad familiar es resultado de la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, traducidas en algo que proporciona emoción, que se enrarece o mejora en la medida en que se establecen relaciones entre los miembros de una familia. El funcionamiento familiar es relevante en el desarrollo de sus integrantes, actuando como el soporte necesario para el desempeño familiar e individual; es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante las dimensiones de cohesión y adaptabilidad; que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud.

La cohesión familiar es el vínculo emocional que los miembros de una familia tienen entre sí, es decir, el grado de intimidad, la calidad de los sentimientos, el interés, cuidado, y la posibilidad de compartir espacios y tiempos. Por lo tanto tiene que ver con el grado en que están compenetrados, se ayudan y apoyan.

La adaptabilidad familiar es la capacidad de un sistema familiar o marital de cambiar su estructura de poder, sus reglas y roles en respuesta al estrés situacional o evolutivo, es decir, el adaptarse al cambio, destacando las dimensiones del control y el poder, los miembros de la familia deben aprender a establecer sus normas y reglas para cumplir adecuadamente sus tareas familiares. (54)

FAMILIA FUNCIONAL

Es aquella que promueve un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio. También, son aquellas en las que sus miembros se autorrealizan, se desarrollan, viven, aman manifiestan sus logros y fracasos, aprenden a buscar y a aceptar la felicidad.

En ellas sus integrantes se muestran seguros de sus identidades, es decir aceptan su relación y pertenencia a un determinado grupo familiar, tienen una alta autoestima y son capaces de comunicar sus sentimientos, tanto positivos como negativos dentro de un parámetro ecológico (sin hacerse daño y dañar a los demás) y de respeto. Las familias funcionales piensan y actúan considerando el “nosotros” pero respetando “el” “tú” “y el “yo”. Y las modalidades de comunicación. Son honestas, respetuosas, oportunas, claras, francas y sinceras y ayudan a

resolver las situaciones problemáticas sin generar disfuncionalidad.(54)

Familias funcionales son aquellas capaces de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros, son familias que en general no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves. La funcionalidad aparece asociada a diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc., que la literatura especializada ha valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos (52)

FAMILIA DISFUNCIONAL

La familia disfuncional es aquella que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio; se diferencia de la funcional por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. Existen datos que indican que este tipo de familia se ve imposibilitada para llevar a término de un modo adecuado las funciones familiares, tales como la función de culturización-socialización.

Se afectan áreas como la educación y el desarrollo afectivo y relacional que repercute negativamente en la consecución de objetivos lúdicos, de aprendizaje y estimulación. Ello se deriva generalmente de la falta de implicación parental, debido a desinterés o ausencia física de uno o ambos padres por motivos laborales o separación, produciéndose un efecto circular en niños y adolescentes, capaz de originar una falta de motivación en la escolarización. Estas actitudes podrían transmitirse a las siguientes generaciones, dando lugar a deficiencias culturizadoras que sitúan a estas familias en desventaja en una sociedad competitiva.

La familia puede volverse nociva, cuando sin saberlo o involuntariamente no cumple con su función, creando así relaciones tensas entre sus integrantes.(54)

Una familia disfuncional tanto en su estructura como en su dinámica generará hacia su interior, actitudes y comportamientos negativos, afectando los niveles comunicacionales y por ende la satisfacción personal y familiar.(51)

1.2.5 Fuentes de información

Las fuentes fundamentales de información identificadas por los adolescentes son los amigos y las revistas, seguidas de los docentes. La información sobre sexualidad que el adolescente posee es el bagaje con el que tendrá que enfrentarse a este período de profunda transformación. Pero a menudo los conocimientos que poseen los jóvenes están desvirtuados; bien por ser parcial, o por acabar siendo rutinaria por una repetición sin que exista refuerzo. Esto lleva al joven a estereotipar situaciones y a infravalorar matices individuales (55)

El silencio que habitualmente sienten en sus familias y la falta de una directriz educativa coherente les obliga a buscar información y consejos en los amigos que consideran más experimentados pero que desgraciadamente, no suelen ser buenos maestros ya que han pasado por la misma experiencia. De este modo, la fuente de información se convierte en un manual de consideraciones surgidas de la experiencia, pero una experiencia sin una guía adecuada. (56)

Para promover actitudes y comportamientos más saludables es fundamental la educación en sexualidad escolar, la cual busca entregar a niños, niñas y personas jóvenes, el conocimiento,

las competencias y los valores que les permitan asumir responsabilidad sobre su vida sexual y social (57)

Según la especialista en el tema de familia, Patricia Arés (2007), el lenguaje de la intimidad se aprende dentro de la familia. Cuando los hijos disfrutan de una buena comunicación con los padres, resulta más fácil escuchar sus consejos, pedirles ayuda cuando la necesitan, exponer criterios y hacer preguntas. La función educativa se centra en la influencia que ejerce la familia en sus miembros. Esta contribuye, junto a la escuela y otras instituciones sociales, en el proceso de formación y desarrollo de la personalidad individual. (8)

Dentro del sistema educativo, los maestros y maestras continúan siendo fuentes confiables de conocimientos y habilidades. (58)

La sociedad se informa sobre temas científicos y de forma genérica a través de la televisión, sobre todo si no existe interés por un tema puntual. Pero el ciudadano que desea encontrar en un momento dado una determinada información científica acude mayoritariamente a internet. Los jóvenes, más familiarizados con los ordenadores, son el sector de la sociedad que más utiliza internet. El sexo y los temas relacionados con él (los métodos anticonceptivos, la planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual, el sida, etc.) son los aspectos de medicina y salud que más interés suscitan entre los jóvenes. (59)

Capítulo II

METODOLOGIA

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Diseño de la investigación

Estudio observacional analítico transversal

Propio de este diseño observacional en el cual no se manipula variables. Se describe las características y conocimientos de las complicaciones del aborto, en función de las características de las variables independientes e intervinientes. Es un estudio analítico, transversal, ya que se analiza la asociación entre el grado de instrucción de los padres, la funcionalidad familiar y las fuentes de información y el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto.

2.2 Población y muestra

Población

La población estuvo constituida por 857 estudiantes mujeres entre las facultades de Enfermería y Contabilidad de la UNHEVAL de Huánuco.

Delimitación espacial y temporal

El estudio se realizó en las facultades de Enfermería y Contabilidad de la UNHEVAL de Huánuco, de agosto y diciembre del 2016.

Población diana

La población diana estuvo conformada por las estudiantes mujeres de las facultades de Enfermería y Contabilidad de la UNHEVAL de Huánuco entre los meses de agosto y diciembre del 2016

Población accesible

La población accesible estuvo conformada por todas las estudiantes mujeres con asistencia regular a aulas universitarias del año académico 2016 de las facultades de Enfermería y Contabilidad de la UNHEVAL de Huánuco entre los meses de agosto y diciembre del 2016

Unidad de análisis

Cada estudiante mujer de las facultades de Enfermería y Contabilidad de la UNHEVAL de Huánuco entre los meses de agosto y diciembre del 2016

Criterios de inclusión y exclusión**Criterios de inclusión**

- Estudiantes mujeres matriculadas en sus respectivas Facultades de Enfermería y Contabilidad en el año académico 2016.
- Estudiantes mujeres desde el primer año hasta el quinto universitario.
- Estudiantes mujeres que tengan entre 17 y 24 años de edad.
- Estudiantes que acepten participar voluntariamente en el estudio

Criterios de exclusión

- Estudiantes que no deseen participar
- Estudiantes que no estén matriculados

Criterios de eliminación

Estudiantes que no hayan marcado los cuestionarios en su totalidad

Muestra

El tamaño de muestra ($n= 246$) se determinó aplicando la fórmula para población finita, teniendo como valor de referencia de $p=66\%$ según los estudios: Knowledge and attitude of schoolgirls about illegal abortions in Goma, Democratic Republic of Congo. e influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes.

Donde

n : Tamaño de la muestra

N : Tamaño de la población = 857 estudiantes

Z : Valor tabulado 1,96, de la distribución normal al 95% de confianza

p : Probabilidad de ocurrencia de la característica observada 66 %

q : Probabilidad de no ocurrencia de la característica observada 34 %

e : Error de muestreo permitido, 0,05

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{857 * 1,96^2 * 0.66 * 0.34}{0.05^2 * (857 - 1) + 1,96^2 * 0.66 * 0.34}$$

$$n = 246 \text{ estudiantes mujeres}$$

Se utilizó el muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional para cada año de estudio de primero a quinto, obteniendo 104 estudiantes mujeres de enfermería y 142 estudiantes mujeres de contabilidad.

2.3 OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la asociación entre el grado de instrucción de los padres, funcionalidad familiar y fuentes de información con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016

Objetivos específicos

1. Evaluar la asociación entre el grado de instrucción de los padres y el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016
2. Analizar la asociación entre funcionalidad familiar y el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016
3. Describir la asociación entre las fuentes de información y el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016

4. Describir los conocimientos de las estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016 acerca de las complicaciones del aborto

2.4 HIPOTESIS

Hipótesis general

El grado de instrucción de los padres, funcionalidad familiar y las fuentes de información están asociados con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016.

Hipótesis nula

El grado de instrucción de los padres, funcionalidad familiar y las fuentes de información no están asociados con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016.

Hipótesis específicas

Hi1: El grado de instrucción de los padres está asociado con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016

Ho1: El grado de instrucción de los padres no está asociado con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016

Hi2: La funcionalidad familiar está asociado con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016

Ho2: La funcionalidad familiar no está asociado con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016

Hi3: Las fuentes de información están asociados con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016

Ho3: Las fuentes de información están asociados con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán durante el periodo agosto – diciembre, Huánuco 2016

2.5 SISTEMA DE VARIABLES: DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA	INDICADOR	FUENTE
Nivel de conocimiento de las complicaciones del aborto	Se define como el nivel de comprensión que es percibido y aprendido por la mente humana en un determinado contexto sobre las características y complicaciones del aborto.	Nivel de conocimiento sobre el aborto	Se define como el nivel de comprensión que tienen las estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la UNHEVAL acerca de las características del aborto	Cualitativo	Ordinal	Alto Medio Bajo	Definición Tipos Tratamiento	Cuestionario
		Nivel de conocimiento de las complicaciones psicológicas del aborto.	Se define como el nivel de comprensión que tienen las estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la UNHEVAL acerca de las características y complicaciones psicológicas del aborto, que será medido a través de un cuestionario.	Cualitativo	Ordinal	Alto Medio Bajo	Complicaciones psicológicas	
		Nivel de conocimiento de las complicaciones físicas del aborto.	Se define como el nivel de comprensión que tienen las estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la UNHEVAL acerca de las características y complicaciones físicas del aborto, que será medido a través de un cuestionario.	cualitativo	Ordinal	Alto Medio Bajo	Complicaciones físicas inmediatas y tardías	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA	INDICADOR	FUENTE
Grado de instrucción de los padres	Se define como el nivel de estudio alcanzado por los progenitores.	Nivel de escolaridad	Se define como el nivel más alto de estudio alcanzando por los padres de las estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la UNHEVAL. Registrado a través del cuestionario.	Cualitativa	Ordinal	Sin estudios	Certificados de estudios	Cuestionario
						Educación primaria completa/ incompleta		
						Educación secundaria completa/ incompleta		
						Educación superior completa/ incompleta		
Funcionalidad familiar	Es el comportamiento familiar que facilita y promueve la adaptabilidad y cohesión de sus miembros ante una determinada situación.		La funcionalidad familiar de las estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la UNHEVAL son el resultado de la valoración de los procesos familiares que será medido a través del APGAR familiar.	Cualitativa	Ordinal	Familia funcional	Lazos familiares Capacidad de resolver problemas Capacidad de tomar decisiones Aceptación familiar	Cuestionario
						Disfunción leve		
						Disfunción moderada		
						Disfunción severa		

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA	INDICADOR	FUENTE
Fuentes de información	Se define como una persona, medio u objeto que permite satisfacer una demanda de información o conocimiento.	Personas Radio Televisión Internet Otros	Se define como los medios de donde se obtiene información acerca de las características y complicaciones del aborto por parte de las estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la UNHEVAL. Registrados en el cuestionario	Cualitativa	Nominal	Profesores Amigos Padres Otros Si No Si No Si No Si No	Medios de información	Cuestionario
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.		Estudiantes de las facultades de Enfermería y contabilidad de la UNHEVAL. De edades comprendidas entre 17 a 24 años registrada a través de la ficha de recolección de datos	Cuantitativa	De razón	17-24 años	Tiempo transcurrido en años cumplidos	Cuestionario
Religión	Conjunto de creencias acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales.		Conjunto de creencias religiosas de las estudiantes de las facultades de enfermería y contabilidad de la UNHEVAL.	cualitativa	Nominal	Católico Evangélico Testigo de jehová Adventista Mormona Sin religión		Cuestionario

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA	INDICADOR	FUENTE
Estado civil de las estudiantes	Condición de una persona en relación a la filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil.		Condición de una estudiante mujer de las facultades de enfermería y contabilidad de la UNHEVAL. En relación a su filiación o matrimonio.	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Viuda Conviviente		Cuestionario
Estado civil de los padres	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar.		Situación civil de los padres de las estudiantes mujeres de las facultades de enfermería y contabilidad de la UNHEVAL en el momento de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Soltero (a) Casados Separados Viudo(a) Convivientes	Soltero (a) Casados Separados Viudo(a) Convivientes	Cuestionario
Grado de estudio universitario	Periodo en el que estudia una asignatura o materia en un centro de enseñanza.		Año de estudios que cursan las estudiantes mujeres de las facultades de enfermería y contabilidad de la UNHEVAL en el momento de la encuesta.	Cualitativo	Ordinal	Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año Quinto año	Año de estudios	Cuestionario

2.6 TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Técnicas

Las facultades seleccionadas se encuentran en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán Huánuco, para los cuales se elaboró una solicitud, donde se explicaba el tema de estudio, en el cual se pretendía averiguar los conocimientos y factores asociados acerca de las complicaciones del aborto, las autoridades de dichas facultades nos dieron el permiso permitiéndonos ingresar a las aulas en horarios de clase, en cada salón se aplicó el cuestionario aproximadamente por 20 minutos, las jóvenes colaboraban y consultaban sobre algunas dudas que tenían sobre las preguntas del cuestionario. Solo para la realización de las encuestas a las estudiantes del quinto año de enfermería se contó con la colaboración de una estudiante de dicha facultad puesto q ellas se encontraban en el periodo de internado, los cuestionarios resueltos fueron enviados vía internet. Al finalizar se dio las gracias a las estudiantes, docentes y autoridades por su apoyo.

Instrumento

El presente estudio utilizó una encuesta que aborda en su primera parte datos generales como edad, año que cursa, estado civil, estado civil de los padres y religión. Además cuatro instrumentos de medición: 1. Conocimiento de las características y complicaciones del aborto; 2. Fuentes de información sobre las complicaciones del aborto; 3. Grado de instrucción de los padres; 4. Cuestionario APGAR familiar.

Cuestionario de Conocimiento de las características y complicaciones del aborto, fuentes de información sobre las complicaciones del aborto, Grado de instrucción de los padres

Fue elaborado por las investigadoras, consto de 11 items, de los cuales fueron 9 preguntas cerradas acerca de conocimientos sobre complicaciones del aborto, 1 pregunta mixta sobre las fuentes de información sobre las complicaciones del aborto y una pregunta de opciones múltiples para detallar el grado de instrucción de los padres.

El nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto fue categorizado mediante la Escala de Estaciones: Alto, Medio y Bajo, de acuerdo a la utilización de una constante de 0.75, la campana de Gauss, la media aritmética ($x=6.36$) y la desviación estándar ($s=1.19$) del puntaje total (9 puntos) según corresponda, con cuyos resultados se calculó los puntos de corte: $a = x - 0.75 (s)$ y $b = x + 0.75 (s)$.

Dando como resultado:

Alto: 7 a 9 puntos

Medio: 5 a 6 puntos

Bajo: 0 a 4 puntos

Cuestionario APGAR familiar

Las estudiantes que decidieron participar evaluaron el funcionamiento de sus respectivas familias a través del APGAR familiar, de rápido llenado y capaz de proporcionar datos sobre los siguientes parámetros:

- Adaptación: que es la capacidad de utilizar los recursos en función del bien común y la ayuda mutua, así como la utilización de los mismos para resolver problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado.
- Participación: entendido como la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, donde se comparten solidariamente los problemas y la toma de decisiones.
- Ganancia o crecimiento: se refiere a logros de la madurez emocional y física de la autorrealización de los miembros de la familia a través del apoyo mutuo.
- Afecto: relación del cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.
- Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio y dinero entre los integrantes de la familia.

Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3. Casi siempre •4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

Normal: 17-20 puntos

Disfunción leve: 16-13 puntos.

Disfunción moderada: 12-10 puntos

Disfunción severa: menor o igual a 9

Validez y confiabilidad del instrumento

Para determinar la validez del instrumento, primero fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos (4 ginecólogos, docentes en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán,) con resultados mayor a 0. 80. Se realizó los reajustes necesarios antes de la recolección de datos.

Para la confiabilidad se utilizó el Alfa de Cronbach, se trabajó en base a las 11 preguntas o ítems, dándonos un $\alpha = 0,82$, lo cual nos indica que hay una buena confiabilidad del instrumento.

Procesamiento y presentación de datos

Para el procesamiento, se elaboró el libro de códigos y se transfirió los datos a una base de Microsoft Excel 2013 considerando para ello todos los ítems del instrumento.

Para la presentación de resultados, se usa gráficos previamente diseñados en base a los objetivos.

Para la medición de grado de instrucción de los padres se determinó que:

Sin estudios	= estudios no superiores
Primaria incompleta y completa	
Secundaria incompleta y completa	
Superior incompleto y completo	= estudios superiores

Para la variable funcionalidad familiar

Disfunción leve	= familia disfuncional
Disfunción moderada	
Disfunción severa	

Normal = familia funcional

Para la variable nivel de conocimiento de las complicaciones del aborto

Alto: 7 a 9 puntos = adecuado

Medio: 5 a 6 puntos = inadecuado

Bajo: 0 a 4 puntos

Plan de análisis e interpretación de datos

La investigación hizo uso de la estadística descriptiva. Para el análisis inferencial de los datos extrapolación y asociación de resultados se utilizó chi -cuadrado dado que las escalas de medición son para datos categóricos.

Para determinar la asociación entre el grado de instrucción de los padre y nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto se determinó mediante el test de chi cuadrado con un valor de significancia estadística $p < 0,05$. Para determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto se determinó mediante el test de chi cuadrado con un valor de significancia estadística $p < 0,05$. De igual manera para determinar la asociación entre fuentes de información y el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto se determinó mediante el test de chi cuadrado con un valor de significancia estadística $p < 0,05$.

Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 15. Además, para la presentación de los hallazgos se realizó gráficas y tablas estadísticas, las cuales servirán de base para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

En la presente investigación se tendrá presente las siguientes consideraciones éticas, respetando el tratado de Helsinki y el informe de Belmont.

También los aspectos éticos serán considerados tras la aprobación y consentimiento del comité de Ética de la EAP Medicina Humana –UNHEVAL y por el comité de ética de las facultades de contabilidad y enfermería.

Sobre la protección de los datos de los pacientes.

El cuestionario fue anónimo, las respuestas solo fueron vistas por los investigadores. Las participantes y su intimidad fueron totalmente protegidas. Toda la información que las estudiantes proporcionaron se agregaron a una base de datos y fueron analizadas y manejadas con su codificación respectiva, respetando así en todo momento las normas de seguridad y protección de datos.

Sobre la participación voluntaria de los pacientes.

La participación en el estudio fue voluntaria. Las estudiantes fueron informadas sobre el objetivo y proceso del estudio, y se les solicitó firmar un consentimiento informado para la autorización respectiva. Las estudiantes contaron con completa libertad de decidir su participación en el estudio.

Sobre la autorización de la institución donde se realizó la investigación.

El presente estudio fue revisado por el Comité de Ética y de Investigación de las facultades de Enfermería y Contabilidad.

Capítulo III

RESULTADOS

Participaron del estudio 246 estudiantes mujeres de 17 a 24 años de las facultades de contabilidad y enfermería de la UNHEVAL. La media de la edad fue $21,25 \pm 1,8$ años, se contaba con 104 (42,7%) estudiantes de enfermería y 142 (57,7%) de contabilidad.

En cuanto a las características epidemiológicas de las estudiantes se encontró que la mayor proporción de estudiantes se encontraba en tercer año 55 (22,4%), la mayoría eran solteras 240 (97,6%). El 50% de los padres eran casados seguidos de los convivientes en 71 (28,9%). La religión que más predominó fue la católica con 182 (74%), 47 (19,1%) eran evangélicas y 11 (4,5%) de las estudiantes mencionaron que no pertenecían a ninguna religión.

El grado de instrucción de la madre de las participantes fue de 166 (67,5%) en estudios no superiores y 80 (32,5%) en estudios superiores. Dentro de los estudios no superiores se encontró que la mayoría presentó secundaria completa en 82 (33,3%). En estos resultados podemos observar que más de la mitad de las madres no tienen estudios superiores.

El grado de instrucción del padre de las estudiantes es de 127 (51,6%) en estudios no superiores y 119 (48,3%) en estudios superiores. Dentro de los niveles de grado de instrucción de los padres se aprecia que la mayor proporción es de estudios superiores completos en 98 (39,8%). Lo que nos permite saber que los padres cuentan con mayor grado de estudio a diferencia de la madre. Las características epidemiológicas se muestran en la tabla 1. (anexo n°1).

En cuanto a las características clínicas se encontró que las estudiantes identificaban como fuentes de información a los padres 135 (54,9%), internet 131(53,3%), profesores 130(52,8%), amigos 90(36,6%) y televisión 74(30,1%).

Las familias de las adolescentes presentaron disfuncionalidad familiar en 130 (52,8 %) y funcionalidad familiar en 116 (47,2%).

En la evaluación de conocimientos acerca de las complicaciones físicas del aborto se encontró que 233 (94,7%) estudiantes respondieron que la hemorragia, infecciones y esterilidad eran complicaciones físicas del aborto, así mismo 162(65,9%) estudiantes identificaron a la hemorragia como la complicación física inmediata más peligrosa. Y 182 (74%) estudiantes respondieron que la infertilidad era una complicación física a largo plazo del aborto.

En la evaluación de conocimientos acerca de las complicaciones psicológicas del aborto se encontró que las estudiantes identificaron a la depresión en 193(78,5%), la ansiedad 129(54,2%) y sentimiento de culpa 134(54,5%) como manifestaciones psicológicas del aborto.

En cuanto al nivel de conocimiento de las complicaciones del aborto la mayoría de las estudiantes tuvieron un conocimiento alto138 (56,1%), seguida de conocimiento medio 97(39,4%), y solo 11(4,5%) tuvieron un conocimiento bajo. En cuanto al deseo de información acerca de temas de salud sexual como el aborto y sus complicaciones la mayoría de estudiantes en un 97,2% reportaron que deseaban este tipo de temas dentro de su educación.

Las características clínicas se observan en la tabla 2. (Anexo n°1).

En el análisis inferencial para dar respuesta a la pregunta de si el grado de instrucción del padre y de la madre están asociados al nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto se han dicotomizado las variables grado de instrucción del padre y de la madre. Los valores

considerados han sido, por lo tanto, estudios superiores y estudios no superiores. Donde no se encontró asociación significativa con el grado de instrucción de la madre ni del padre ($\chi^2 = 0,73$ $P= 0,45$; $\chi^2 = 0,50$. $P= 0,47$). Así mismo tampoco se encontró asociación significativa con la funcionalidad familiar ($\chi^2 = 0,56$. $P= 0,45$).

En cuanto a la asociación de fuentes de información con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto los resultados fueron significativos solo para profesores y televisión ($\chi^2 = 6,72$ $P= 0,01$; $\chi^2 = 7,10$. $P= 0,008$). Finalmente también se encontró asociación significativa entre facultad y el nivel de conocimiento acerca del aborto, demostrando un nivel de conocimiento adecuado en estudiantes de enfermería ($\chi^2 = 16,58$ $P= 0,00$). El análisis bivariado se observa en la tabla 3(anexo n°1).

Capítulo IV

DISCUSION

La Universidad Nacional Hermilio Valdizán se encuentra ubicada en la Ciudad Universitaria de Cayhuayna en el distrito de Pillco Marca, Provincia de Huánuco, departamento de Huánuco. Creada el 21 de enero de 1964, consta en la actualidad de 14 facultades que albergan 21 escuelas académico-profesionales, siendo la facultad de Enfermería y Ciencias contables y Financieras, donde se realizó este estudio. La población en estudio fueron las estudiantes mujeres de 17 a 24 años, de primero a quinto año de las respectivas facultades.

Este estudio mostro que el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto fue alto entre las estudiantes encontrándose en un 56%. Que coincide con algunos estudios, como, Cadmus y Owoaje, que concluyeron que la mayoría de estudiantes encuestados tenían un buen conocimiento sobre el aborto y sus complicaciones (16), así mismo en el estudio de Paluku et al. que demostró que las alumnas tenían un conocimiento razonable de abortos ilegales, Sin embargo, a pesar de su conocimiento sobre el aborto y las consecuencias para la salud, se descubrió que la disposición para considerar el aborto aumentaba (15). Sin embargo, se presentan otros estudios que difieren con los resultados, Correia et al. en su investigación de conocimiento de las complicaciones del aborto provocado, concluyo que las adolescentes desconocen en un 65 % las complicaciones del aborto, lo que demuestra la necesidad de mayores aclaraciones preventivas y educativas, principalmente en las escuelas (18). Así mismo Jarahi et al en su estudio mostro que el conocimiento acerca del aborto en las mujeres de Irán era inadecuado. También en un estudio colombiano acerca de conocimientos de sexualidad concluye que las estudiantes presentan un bajo nivel de conocimiento. (4)

Nuestros resultados respecto al grado de instrucción de los padres resulto no estar asociado con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto que coinciden con otros estudios como el de Martínez de Ibarreta en donde no existen diferencias significativas entre los hijos con padres o madres con estudios universitarios y padres o madres con estudios no universitarios(60); Un estudio realizado en Nigeria por Cadmus y owoaje revelo que en el conocimiento del aborto el factor que influía era el grado de instrucción del individuo estudiado y no la de los padres puesto que el aumento de su instrucción incita a la lectura de todo tipo y a la búsqueda de otros intereses. (16). Sin embargo no todos los estudios están a favor, Thomas G et al encontró que el estado educativo del padre era el principal determinante del conocimiento del aborto, considerando que puede deberse al hecho de que los padres que tienen un mayor nivel educativo dejan que sus hijos conozcan una lección adicional e importante además del programa académico. (61)

En cuanto a la asociación de funcionalidad familiar y el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto se demostró que no hay asociación ($p=0,56$). Sin embargo, se concluye que esta población presento mayor disfuncionalidad familiar. Que coincide con el estudio de Rafael Chávez donde la disfuncionalidad familiar estuvo presente en su mayoría representando el 81,4% de adolescentes. (62)

Según Muyibi et al. Demostró que había asociación del funcionamiento familiar y las características sociodemográficas respecto a conductas sexuales de riesgo, encontrando también que la mayoría (84,5%) de los sujetos estudiados eran de una familia funcional, y solo el 15,5% de los sujetos eran de una familia disfuncional (63). Así mismo en la investigación que

se realizó en Colombia el antecedente de abortos se veía influenciado por la funcionalidad familiar ($p=0,007$), así en quienes reportaron no haber tenido abortos se encontró una buena función familiar en el 30,1% de los casos, por otro lado entre quienes manifestaron antecedente de aborto inducido, sólo el 7,1% tuvieron buena funcionalidad familiar (64).

Se identificó que las estudiantes consideraban fuentes de información confiable acerca del tema en cuestión a sus padres, al servicio de internet, profesores, amigos y televisión. Dentro de las fuentes de información y el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto se mostró asociación de significación estadística en profesores ($p= 0,01$) y la televisión ($p=0,008$)

Que coincide con los siguientes estudios. Según Bautista en su estudio sobre conocimientos, actitudes y opiniones de las y los universitarios oaxaqueños respecto a su sexualidad y la importancia de la educación sexual en el nivel de educación superior, reporta que el 45,1% refiere que la información confiable la recibieron de los medios escritos, y el 25,5% considera la televisión (65). Así mismo según Torriente et al. las fuentes de mayor información sobre educación sexual fue la televisión, maestros y padres. (66)

Otros estudios difieren con los resultados, así como el estudio realizado en Ghana por Nimo que sustenta que las fuentes de información no determinan el conocimiento de complicaciones del aborto ya que solo un 25% de la población estudiada reportaba haber escuchado o leído en televisión, radio, periódico, revista, etc; lo que determinaba su conocimiento era la experiencia propia y la de otros (67). Así mismo según Paluku et al sostuvo que las mayores fuentes de información fueron la radio (66,2%, 217), amigos o compañeros de trabajo (1,7%, 104), padres (1,5%, 5), y la iglesia (0,5%, 2), siendo su fuente común la radio y amigos. (15).

También en el estudio realizado en el Centro de Investigación sobre Familias y Relaciones de La Universidad de Edimburgo, los padres y compañeros fueron citados como fuentes de información confiables (68)

En cuanto a la religión resultó no estar asociado con el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto ($p=0,56$). La religión católica representó el porcentaje mayor de 74% (182) seguido de las evangélicas en 19,1%. Así como también se demostró en el estudio de Cardona que encontró proporciones más altas de católicas que presentaban bajo nivel de conocimiento sobre sexualidad, atribuyendo que la religión desempeña un papel importante en la connotación de la sexualidad y su ejercicio (69). Así también el estudio de Mitchell concluyó que los conocimientos y actitudes acerca del aborto no eran impulsados por la edad, la religión ni la clase, sino más bien una interacción compleja que incluye tanto los espacios sociales y de género (70).

El nivel de estudio de las estudiantes resultó no estar asociado con el nivel de conocimientos sobre las complicaciones del aborto ($p=0,33$). Que difiere del estudio realizado por Cadmus en Ibadán, Nigeria que encuentra una relación significativa entre el año de estudio y el nivel de conocimiento acerca de las complicaciones del aborto ($p=0,03$) (16).

Aunque el hecho de poseer un amplio conocimiento en temas de salud no asegura la relación de conductas saludables, se considera que la educación sanitaria es un pilar del autocuidado de la salud (71). El hallazgo del presente estudio encuentra asociación significativa entre la facultad y el nivel de conocimiento acerca de las complicaciones del aborto,

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Se encontró relación estadística significativa entre fuentes de información y nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto. Siendo los profesores y la televisión quienes brindaron información confiable y relevante acerca del aborto. La mayoría de las estudiantes identifican como fuentes de información confiable a sus padres, internet, seguido de profesores.
2. No se encontró relación estadística entre el grado de instrucción de los padres y el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto. De acuerdo a estudios previos el núcleo familiar aporta información positiva acerca de salud sexual. En nuestro estudio no se encontró asociación significativa.
3. En cuanto a la funcionalidad familiar en esta población se encontró mayor disfuncionalidad familiar. No se encontró asociación estadística significativa. De acuerdo a estudios previos la función educativa se centra en la influencia que ejerce la familia en sus miembros. Esto contribuye, junto a la escuela y otras instituciones sociales, en el proceso de formación y desarrollo de la personalidad individual. (51)
4. En nuestro estudio el nivel de conocimiento acerca de las complicaciones del aborto fue alto, pese a no contar con un sistema educativo que incluya salud sexual
5. Un porcentaje alto de la población en estudio solicitó cursos de educación sexual y reproductiva dentro del esquema educativo de la universidad.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Dar a conocer la magnitud del problema social acerca del aborto y sus consecuencias. Dada la escasez de datos estadísticos referentes a la problemática en nuestra localidad, se recomienda la realización de estudios de mayor magnitud que contribuyan a visualizar mejor los factores asociados al problema y definir estrategias de intervención.

Sería muy beneficioso para las estudiantes y el público en general conocer sobre el aborto y sus complicaciones, enfatizando en la promoción del control de natalidad, métodos de anticoncepción y demás temas de salud sexual y reproductiva.

El hecho de que se encuentre mayor disfuncionalidad familiar entre las estudiantes indica que debe reforzarse el rol educativo y afectivo entre padres y estudiantes, lo que posibilitara una mejor comunicación entre ellos.

Asi mismo mejorar la información brindada en sitios de internet ya que en los últimos tiempos ha tenido una progresión ascendente, que se demuestra en nuestro estudio representando la segunda fuente de información confiable.

LIMITACIONES

Las limitaciones para la elaboración del presente estudio fueron las siguientes

- En la bibliografía actual no se encuentran trabajos nacionales que describan el nivel de conocimiento de mujeres jóvenes sobre las complicaciones del aborto.
- Sesgo informativo porque la investigación se realizó en base a un cuestionario y los resultados estaban sujetos a la sinceridad de las estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Aborto espontaneo. Protocolo actualizado en julio del 2010
2. Távara L. El aborto como problema de salud pública en el Perú.47 (4): 250-254.
3. Enríquez B, Bermúdez R, Puentes E, Jiménez M. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(2)145-159.
4. Jarahi L , Reza M, Mahmoudi R. Knowledge about abortion law among young women in Iran. Health. 2014; 6(5): 374-377
5. Taipe A, Merino N. Hospitalizaciones y aborto clandestino en peru:¿Qué dicen los numeros?. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016; 33(4):829-830.
6. Doblado-Donis N, De la Rosa-Batista I, Junco A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010;36(3)409-421
7. Americans United for Life, Public Health Reports. Abortion Complication Reporting. Model Legislation & Policy Guide For the 2013 Legislative Year. 93: 194-97.
8. Barbón Pérez O. Fuentes de información sobre educación sexual en adolescentes estudiantes de enfermería. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2011; 49(2):238-246
9. Romero de Castilla G, Lora M y Cañete R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. Atención Primaria. 2001; 27(1): 42-55
10. Faúndes A, Shaw D. El Acceso Universal a la Salud Reproductiva: Oportunidades para Prevenir el Aborto Inseguro y Atender a las Brechas Críticas– La Iniciativa FIGO para

la Prevención del Aborto Inseguro. *International Journal of Gynecology and obstetrics*. 2010. Vol.110. supl 1.

11. Naciones Unidas. *La situación demográfica en el mundo, 2014*. Nueva York 2014
12. Mora-Cancino A, Hernández-Valencia M. Aborto en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83:294-301.
13. Ministerio de salud Perú. *Documento Técnico Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes Ubicándolos y Ubicándonos*. Perú 2009.
14. Ministerio de salud-lima. *Documento Técnico: Situación de Salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú*. 2017
15. Paluku L, Mabuza L, Maduna P, Ndimande J. Knowledge and attitude of schoolgirls about illegal abortions in Goma, Democratic Republic of Congo. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2011; 2(1): 1-5.
16. Cadmus E, Owoaje E. Knowledge about complications and practice of abortion among female undergraduates in the university of Ibadán, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*. 2011; 9(1): 19-23.
17. Rengifo H, Córdoba A, Serrano M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev. salud pública*. 2012 14 (4): 558-569.
18. Correia DS, Monteiro VGN, Cavalcante JC, Maia EMC. Adolescentes estudantes: conhecimentos das complicações do aborto provocado. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3):465-71.

19. Palomino M. Qué saben sobre el aborto inducido y que actitudes se evidencian en los adolescentes I.E. Micaela Bastidas [tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2009.
20. Parodi-Carro A. Educación sexual y perfil en adolescentes del nivel secundario distrito de san juan de Lurigancho-lima. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Universidad Ricardo Palma. 2014
21. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham G. Williams ginecología segunda edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES 2012
22. Pérez E, Godoy D, Quiroz D, et al. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar-Venezuela. Rev Biomed 2016. 27:3-9.
23. Camacho M. Tratamiento del aborto espontaneo (médico vs. legrado): experiencia en un año en el hospital virgen de la victoria [Tesis para obtener el título de doctor] Universidad de Malaga. 2010.
24. Zarabia-Munayco Z. Factores asociados al aborto espontaneo.[Tesis para optar título de segunda especialidad en Atención Obstétrica de la Emergencia y Cuidados Críticos] Universidad Privada de Ica. 2016
25. Calderon J, Alzamora L. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. Rev Peru Med Exp Salud Publica.2006; 23(4): 247-52
26. Revista oficial de la sociedad española de fertilidad. Técnicas para la práctica del aborto provocado. 2006.

27. Guillaume A y Lerner S. "El aborto en América Latina y El Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005" de la colección "Les Numériques de CEPED". París – México 2008.
28. Prada E, Remez L, Kestler E, Sáenz de Tejada S, Singh S, Bankole A. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006.
29. Rondon M. Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) Lima – 2009
30. Aznar J. Aborto y salud mental de la mujer. *Acta Bioethica* 2014; 20 (2): 189-195.
31. Ministerio de salud de Chile. Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas 2011.
32. Pavia MC. Consecuencias Psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo.
33. Colegio de Psicólogos de Chile A.G. Salud mental y aborto terapéutico por riesgo vital de la mujer, inviabilidad fetal y violación. Noviembre 2015.
34. Hernandez C, Maorenzic M. Consecuencias psicológicas del aborto: mitos y realidades. Grupo de información en reproducción elegida (GIRE) marzo 2010.
35. Uta L. Psychiatric aspects of pregnancy termination. *UPTODATE* Sep 18, 2015
36. Asociación norteamericana de obstetras y ginecólogos pro VIDA. El aborto inducido y el suicidio materno [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.aaplog.org/es/complications-of-induced-abortion/induced-abortion-and-maternal-mortality/induced-abortion-and-maternal-suicide>. Acceso el 03 de junio del 2016

37. American College of Pediatricians. Induced Abortion: Risks That May Impact Adolescents, Young Adults, and Their Children. Febrero 2015.
38. Ribeiro da Fonseca S, Barbosa Merighi M, Pinto de Jesus M, Moura de Oliveira D. Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre. Rev. Latino-Am. Enfermagem 21(4):[08 pantallas] jul.-ago. 2013.
39. Fernandez-Canton S, Gutiérrez-Trujillo G, Víguri-Urbe R. La mortalidad materna y el aborto en México. Bol Med Hosp Infant Mex 2012; 69(1):77-80
40. Maradiegue E. el aborto como causa materna. Simposio. Rev Per Ginecol Obstet. 2006; 52(3):89-99.
41. Organización mundial de la salud. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud- 2 ed. OMS 2012.
42. Escobar J, Complicaciones médicas del aborto. Congreso mujer y realidad del aborto. Casares. marzo 2007.
43. Sandoval C .Aborto clandestino: factores asociados, impacto en la salud pública y análisis de la situación legal (tesis para optar el grado de Doctor). Lima Perú 2005
44. Luna F. Infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo. Revista de Bioética y Derecho, núm. 28, mayo 2013: 33-47
45. Universidad de San Carlos De Guatemala. Introducción a la Epistemología y Conceptos básicos en investigación. 2016
46. Pérez-Porto J. Definición de conocimiento [Sitio en internet] disponible en [:http://definicion.de/conocimiento/](http://definicion.de/conocimiento/) .acceso veinticinco de julio del 2016

47. Gonzales J. Los niveles de conocimiento El Aleph de la innovación curricular. *Innovación Educativa*, 2014; 14(65) : 134-41.
48. Instituto Vasco de estadística. Nivel de instrucción. [Sitio en internet] disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html veintiséis de julio del 2016.
49. Instituto nacional de estadística e informática. Definiciones y conceptos censales básicos. Censo nacional 2007.
50. Scielo. Influencia de los Padres en la Educación Sexual de los Adolescentes. [Sitio en internet] disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s1316-49102008000100010&script=sci_arttext veintiséis de julio del 2016
51. Sobrino L. Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *AV. PSICOL.* 16(1) 2008.
52. Gonzales F, Gimeno A, Melendez J,. La percepción de la funcionalidad familiar: confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología.* 2012; 5(1): 34-39.
53. Moreno J, Chauta C. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá, - Colombia. 2011.
54. Graza Y. Relación entre funcionalidad familiar y nivel de violencia escolar en los adolescentes de la Institución Educativa Francisco Bolognesi Cervantes nº2053 Independencia 2012. [tesis para optar título profesional de licenciada en enfermería] Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013.

55. Romero de Castilla G, Lora Cerezo y Cañete Estrada R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Atención Primaria*. 2001; 27(1): 42-55
56. Alvarez de la Cruz C. Comunicación y sexualidad. *Enfermería global*. 2010
57. González E, Molina T,. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *rev chil obstet ginecol*. 2015; 80(1): 24 – 32
58. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Junio 2010.
59. Junco E, Martin C, Garcia A, Pastor F. Salud sexual y reproductiva a través de internet. Análisis de una web dirigida a jóvenes y adolescentes. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51(8):445-52.
60. Martinez de Ibarreta C, Rúa Vieites A, Redondo Palomo R, Fabra Florit M , Nuñez Partido A, Martín Rodrigo M. Influencia del Nivel Educativo de los Padres en el Rendimiento Académico de los Estudiantes de ADE. Un Enfoque de Género. *ResearchGate*. 2010
61. Thomas g, Gedif T, Abesbu M, Geleta B. Assessment of Knowledge, Attitude and Practices Regarding Medication Abortion among Regular Undergraduate Female Students in College of Social Sciences Addis Ababa University, Ethiopia. *Adv Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2016; 5(1): 1-11.
62. Rafael Chávez M. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.

- [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano] Lima. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2016
63. Muyibi AS, Ajayi I-OO, Irabor AE, Ladipo MMA. Relationship between adolescents' family function with socio-demographic characteristics and behaviour risk factors in a primary care facility. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2010; 2(1): 1-7.
 64. Arias C, Carmona I, Et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de medicina*. 2013; 13(2): 142-59
 65. Bautista Hernández L. Conocimientos, actitudes y opiniones de las y los universitarios oaxaqueños respecto a su sexualidad y la importancia de la educación sexual en el nivel de educación superior. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2008; 2(1): 71-84.
 66. Torriente N, Diago D, Rizo A, Menendez L. Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2010;9(4): 576-87
 67. Appiah N. Abortions in Ghana: experiences of university students. *Health Science Journal*. 2014;8 (4): 531-40
 68. Harden J, Purcell C and Rowa N. Young people's views and knowledge about abortion. Centre for Research on Families and Relationships. 2015.
 69. Cardona Duque I, Ariza-Gerena A, Gaona-Restrepo C, Medina-Pérez O. Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. *Rev. Arch Med Camagüey* 2015; 19(6): 559-76

70. Mitchell E, Heumann S, Araujo A, Adesse A, Tucker C. Brazilian adolescents' knowledge and beliefs about abortion methods: a school-based internet inquiry. *BCM Women's Health*. 2014. 1-10
71. Flor B, et al. Nivel de conocimientos sobre sexualidad en estudiantes de carreras de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana. *Universalus* 2013; 9(17): 12-18.

ANEXOS

ANEXO N°1 TABLAS

Tabla 1. Características Epidemiológicas de las estudiantes de las Facultades de Enfermería Y Contabilidad UNHEVAL HUANUCO 2016

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Edad(años) (X ± DS)		21,25 ± 1,8
Facultad		
Enfermeria	104	42,3
Contabilidad	142	57,7
Año que cursa		
Primero	44	17,9
Segundo	49	19,9
Tercero	55	22,4
Cuarto	53	21,5
Quinto	45	18,3
Estado civil del estudiante		
Conviviente	6	2,4
Soltera	240	97,6
Estado civil de los padres		
Separados	30	12,2
Casados	123	50,0
Convivientes	71	28,9
Viudo(a)	4	1,6
Soltero(a)	18	7,3
Religion		
Catolica	182	74,0
Evangelica	47	19,1
Adventista	1	0,4
Mormon	3	1,2
Testigo de jehová	2	0,8

Sin religión	11	4,5
Grado de instrucción de la madre		
Sin estudios	3	1,2
Primaria incompleta	25	10,2
Primaria completa	10	4,1
Secundaria incompleta	46	18,7
Secundaria completa	82	33,3
Superior incompleto	6	2,4
Superior completo	74	30,1
Grado de instrucción del padre		
Primaria incompleta	15	6,1
Primaria completa	11	4,5
Secundaria incompleta	26	10,6
Secundaria completa	75	30,5
Superior incompleto	21	8,5
Superior completo	98	39,8
Grado de instrucción de la madre recategorizado		
Estudios no superiores	166	67,5
Estudios superiores	80	32,5
Grado de instrucción del padre recategorizado		
Estudios no superiores	127	51,6
Estudios superiores	119	48,3

Fuente: instrumento aplicado a estudiantes de las facultades de contabilidad y enfermería de la universidad nacional Hermilio Valdizán, Huánuco 2016

Tabla 2. Características clínicas de las estudiantes de las Facultades de Enfermería Y Contabilidad UNHEVAL HUANUCO 2016

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Fuentes de información		
Profesores		
No	116	47,2
Si	130	52,8
Amigos		
No	156	63,4
Si	90	36,6
Padres		
No	111	45,1
Si	135	54,9
Radio		
No	213	86,6
Si	33	13,4
Televisión		
No	172	69,9
Si	74	30,1
Internet		
No	115	46,7
Si	131	53,3
Periodico		
No	245	99,6
Si	1	0,4
Experiencia propia		
No	245	99,6
Si	1	0,4
Revistas		
No	245	99,6
Si	1	0,4

Lectura de libros		
No	244	99,2
Si	2	0,8
Lectura de reflexión		
No	245	99,6
Si	1	0,4
Iglesia		
No	245	99,6
Si	1	0,4
Charlas obstetricas		
No	245	99,6
Si	1	0,4
Hermana		
No	244	99,2
Si	2	0,8
Psicólogo		
No	243	98,8
Si	3	1,2
Escala APGAR familiar		
Disfunción severa	20	8,1
Disfunción moderada	27	11,0
Disfunción Leve	83	33,7
Normal	116	47,2
Escala APGAR familiar recategorizado		
Familia disfuncional	130	52,8
Familia funcional	116	47,2
Nivel de conocimiento		
Bajo	11	4,5
Medio	97	39,4
Alto	138	56,1

Conocimiento de complicaciones del aborto

Complicaciones físicas del aborto		
Obsesión por los bebés e infecciones	2	0,8
Hemorragias, infecciones, esterilidad	233	94,7
Cáncer de vejiga	8	3,3
Posteriores abortos espontáneos y pesadillas	3	1,2
Complicación física inmediata más peligrosa		
Esterilidad	50	20,3
Infecciones	32	13
Hemorragias	162	65,9
Fiebre	2	0,8
Complicación física a largo plazo		
Desgarros cervicales	37	15
Hemorragias	24	9,8
Infertilidad	182	74
Embarazos gemelares	3	1,2
Complicaciones psicológicas del aborto		
Depresión		
No	53	21,5
Si	193	78,5
Ansiedad		
No	117	47,6
Si	129	52,4
Sentimiento de culpa		
No	112	45,5
Si	134	54,5
Deseo de información en la universidad		
No	7	2,8
Si	239	97,2

Fuente: instrumento aplicado a estudiantes de las facultades de contabilidad y enfermería de la universidad nacional Hermilio Valdizán, Huánuco 2016

Tabla 3. Análisis bivariado de factores asociados al nivel de conocimiento de las estudiantes de las Facultades de Enfermería Y Contabilidad UNHEVAL HUANUCO 2016

Característica	Nivel de conocimiento				X ²	P	RP	IC 95%	
	Inadecuado	%	Adecuado	%				Inf	Sup
Grado de instrucción de la madre									
Estudios no superiores	76	45,8	90	54,2	0,73	0,392	1,07	0,90	1,28
Estudios superiores	32	40	48	60					
Grado de instrucción del padre									
Estudios no superiores	53	41,7	74	58,3	0,50	0,479	0,91	0,71	1,17
Estudios superiores	55	46,2	64	53,8					
Escala APGAR familiar									
Familia disfuncional	60	46,2	70	53,8	0,56	0,451	1,09	0,86	1,38
Familia funcional	48	41,4	68	58,6					
Fuentes de información									
Profesores									
No	61	52,6	55	47,4	6,72	0,010	1,41	1,08	1,84
Si	47	36,2	83	63,8					
Amigos									
No	64	41	92	59	1,43	0,231	0,88	0,73	1,08
Si	44	48,9	46	51,1					
Padres									
No	54	48,6	57	51,4	1,85	0,174	1,21	0,92	1,59
Si	54	40	81	60					
Radio									
No	96	45,1	117	54,9	0,89	0,348	1,04	0,95	1,15
Si	12	36,4	21	63,6					
Televisión									
No	66	38,4	106	61,6	7,10	0,008	0,79	0,66	0,94
Si	42	56,8	32	56,8					
Internet									
No	45	39,1	70	60,9	1,99	0,158	0,82	0,62	1,08
Si	63	48,1	68	51,9					

Periodico										
No	108	44,1	137	55,9	0,78	0,375	1,00	0,99	1,02	
Si	0	0	1	100						
Experiencia propia										
No	108	44,1	137	55,9	0,78	0,375	1,00	0,99	1,02	
Si	0	0	1	100						
Revistas										
No	108	44,1	137	55,9	0,78	0,375	1,00	0,99	1,02	
Si	0	0	1	100						
Lectura de libros										
No	108	44,3	136	55,7	1,57	0,209	1,01	0,99	1,03	
Si	0	0	2	100						
Lectura de reflexión										
No	108	44,1	137	55,9	0,78	0,375	1,00	0,99	1,02	
Si	0	0	1	100						
Iglesia										
No	107	43,7	138	56,3	1,28	0,257	0,98	0,95	1,02	
Si	1	100	0	0						
Charlas obstétricas										
No	107	43,7	138	56,3	1,28	0,257	0,98	0,95	1,02	
Si	1	100	0	0						
Hermana										
No	108	44,3	136	55,7	1,57	0,209	1,01	0,99	1,03	
Si	0	0	2	100						
Psicólogo										
No	106	43,6	137	56,4	0,63	0,424	0,98	0,95	1,02	
Si	2	66,7	1	33,3						
Facultad										
Enfermería	30	28,8	74	71,2	16,58	0,00	0,51	0,36	0,72	
Contabilidad	78	54,9	64	45,1						

Edad						
(X ± DS)	21,27 + 1,71		21,22 + 1,86		7444,50*	0,989
Religion						
Catolica	85	46,7	97	53,3	3,91	0,561
Evangélica	18	38,3	29	61,7		
Adventista	0	0	1	100		
Mormon	1	33,3	2	66,7		
Testigo de jehova	0	0	2	100		
Sin religión	4	36,4	7	63,6		
Estado civil						
Conviviente	3	50	3	50	0,09	0,761
Soltera	105	43,8	135	56,3		
Estado civil de los padres						
Separados	15	50	15	50	4,28	0,369
Casados	59	48	64	52		
Conviviente	24	33,8	47	66,2		
Viudo(a)	2	50	2	50		
Soltero(a)	8	44,4	10	55,6		
Año que cursa						
Primero	14	31,8	30	68,2	4,61	0,330
Segundo	23	46,9	26	53,1		
Tercero	23	41,8	32	58,2		
Cuarto	28	52,8	25	55,6		
Quinto	20	44,4	25	55,6		

*: U de Mann-Whitney

Fuente: instrumento aplicado a estudiantes de las facultades de contabilidad y enfermería de la universidad nacional Hermilio Valdizán, Huánuco 2016

ANEXO N°2

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA RELIZACION DE ENCUESTA EN LA
FACULTAD DE ENFERMERIA**

Huánuco, 02 de agosto del 2016

Dra:

EMIT VILLAR CARBAJAL

Directora de Departamento Académico de ENFERMERIA

ASUNTO:

**ENCUESTA SOBRE NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE
COMPLICACIONES DEL ABORTO EN
ESTUDIANTES DE PRIMER A
QUINTO AÑO.**

De mi mayor consideración:

Por el presente, saludo y me dirijo a su distinguida persona para hacer de su conocimiento que estamos realizando un proyecto de tesis colectiva titulado, GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FUENTES DE INFORMACIÓN INFLUYEN SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN ESTUDIANTES MUJERES DE LAS FACULTADES DE CONTABILIDAD Y ENFERMERÍA DE LA UNHEVAL DURANTE EL PERIODO AGOSTO–DICIEMBRE. HUÁNUCO 2015, para optar el título de Médico Cirujano, por lo que requiero realizar una encuesta a estudiantes del primero al quinto año en los meses de setiembre y octubre del presente en horas de clase.

Es por ello que solicito a usted su autorización para poder realizar el estudio en la FACULTAD DE ENFERMERIA así como también el brindarme las facilidades para poder realizarlo. Adjuntamos el instrumento de investigación.

Además recalco mi compromiso de brindar los resultados de la investigación a la facultad como también la no difusión en medios de comunicación de dichos resultados, de no ser cumplido proceder conforme a ley.

Agradezco su colaboración a favor de mi formación profesional.

Atentamente,

Lady Espinoza Campos
DNI

Estudiante de pregrado - UNHEVAL

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA RELIZACION DE ENCUESTA EN LA FACULTAD DE ENFERMERIA

Huánuco, 02 de agosto del 2016

Dr.

CAYTO MIRAVAL TARAZONA

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES Y FINANCIERAS

ASUNTO:

ENCUESTA SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES DEL ABORTO EN ESTUDIANTES DE PRIMER A QUINTO AÑO.

De mi mayor consideración:

Por el presente, saludo y me dirijo a su distinguida persona para hacer de su conocimiento que estamos realizando un proyecto de tesis colectiva titulado, GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FUENTES DE INFORMACIÓN INFLUYEN SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN ESTUDIANTES MUJERES DE LAS FACULTADES DE CONTABILIDAD Y ENFERMERÍA DE LA UNHEVAL DURANTE EL PERIODO AGOSTO–DICIEMBRE. HUÁNUCO 2015, para optar el título de Médico Cirujano, por lo que requiero realizar una encuesta a estudiantes del primero al quinto año en los meses de setiembre y octubre del presente en horas de clase.

Es por ello que solicito a usted su autorización para poder realizar el estudio en la FACULTAD DE CONTABILIDAD así como también el brindarme las facilidades para poder realizarlo. Adjuntamos el instrumento de investigación.

Además recalco mi compromiso de brindar los resultados de la investigación a la facultad como también la no difusión en medios de comunicación de dichos resultados, de no ser cumplido proceder conforme a ley.

Agradezco su colaboración a favor de mi formación profesional.

Atentamente,

Angela Julia Bonilla crispin

Dni 46186990

Estudiante de pregrado - UNHEVAL

ANEXO N°3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN ESTUDIANTES MUJERES DE LAS FACULTADES DE CONTABILIDAD Y ENFERMERÍA DE LA UNHEVAL DURANTE EL PERIODO AGOSTO–DICIEMBRE. HUÁNUCO 2016”

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a las participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

INVESTIGADORES

La presente investigación es conducida por las señoritas Bonilla Crispin, Angela Julia y Espinoza Campos, Lady Elizabeth; estudiantes del sexto año de la E.A.P de Medicina Humana, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

PARTICIPACIÓN

En el estudio participaran las estudiantes de las Facultades de Contabilidad y Enfermería de la UNHEVAL

OBJETIVOS

La meta de este estudio es determinar la asociación del grado de instrucción de los padres, funcionalidad familiar y fuentes de información sobre el nivel de conocimiento de las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Enfermería y Contabilidad de la UNHEVAL de Huánuco entre los meses de agosto y diciembre del 2016.

RIESGOS Y BENEFICIOS

La investigación no implicará ningún riesgo físico potencial, ya que no se utilizará procedimiento invasivo alguno; sólo se obtendrá información.

Se garantiza la confidencialidad de la información en todo momento, las respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se le identificará individualmente, manteniendo el carácter anónimo.

Además, al inicio del estudio se informará a todo participante, sobre los beneficios, para este caso, no se contará con beneficio económico ni incentivo alguno durante el estudio.

ACUERDOS

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario donde se consignarán algunas preguntas acerca de datos personales, año que cursa, estado civil, estado civil de sus padres, para el cuál se le dará un tiempo de 20 a 30 min.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas y sus respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificara jamás en forma alguna.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

ASENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN:

Se dará de forma verbal, donde el investigador responsable, se presenta y explica el objetivo del estudio, procedimiento del mismo, los beneficios, la confidencialidad y, así pide la participación voluntaria del alumnado.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Cuestionario sobre:

Grado de instrucción de los padres, funcionalidad familiar y fuentes de información influyen sobre el nivel de conocimiento acerca de las complicaciones del aborto en estudiantes mujeres de las facultades de Contabilidad y Enfermería de la UNHEVAL durante el periodo agosto–diciembre. Huánuco 2015.

Instrucciones:

1. Llenar los espacios en blanco con letra clara y Marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar o de sentir o encierre en un círculo la alternativa de la respuesta que considere adecuada.
2. Responda a las afirmaciones de forma individual.
3. No escriba su nombre en el cuestionario.
4. Agradecemos tu valiosa colaboración, te pido que respondas con sinceridad. Esto es muy importante.

PREGUNTAS

I. INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad: _____
2. Año que cursa: _____
3. Estado civil: _____
4. Estado civil de tus padres: _____
5. Religión: _____

II. CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS Y COMPLICACIONES DEL ABORTO

6. Marque la respuesta correcta. ¿Cómo definirías el aborto?
 - a) Es la interrupción del embarazo espontáneamente.
 - b) Es la interrupción del embarazo antes de que el producto de la concepción (embrión o feto) sea viable y pueda sobrevivir en el ambiente externo.
 - c) Es la interrupción del embarazo por enfermedad materna y del feto.
 - d) Es la Interrupción del embarazo por la muerte del feto o embrión en cualquier momento de la vida intrauterino.
7. Marque la respuesta correcta ¿Cuáles son los tipos de aborto?
 - a) Espontaneo y accidental
 - b) Espontaneo y provocado
 - c) Terapéutico y accidental
8. ¿Crees que un aborto puede originar complicaciones en tu salud?
 - a) Si
 - b) No
9. ¿Cuáles considera usted que son las complicaciones psicológicas que ocasiona el aborto?

a) Depresión	<input type="checkbox"/>
b) Ansiedad	<input type="checkbox"/>
c) Síndrome bipolar	<input type="checkbox"/>

- d) Sentimiento de culpa
- e) Sufrimiento
- f) Psicosis

10. Marque la respuesta correcta ¿Cuáles son las complicaciones físicas del aborto?
- a) Obsesión por los bebés e infecciones
- b) Hemorragias, infecciones, esterilidad
- c) Cáncer de vejiga
- d) Posteriores abortos espontáneos y pesadillas
11. Marque la respuesta correcta ¿Cuál es la complicación física inmediata más peligrosa del aborto?
- a) Esterilidad
- b) Infecciones
- c) Hemorragias
- d) Fiebre
12. Marque la respuesta correcta ¿Cuál es una complicación física a largo plazo del aborto?
- a) Desgarros cervicales
- b) Hemorragias
- c) Infertilidad
- d) Embarazos gemelares
13. ¿Cuál es el método quirúrgico para realizar el aborto?
- a) La extracción del feto por la aplicación de inyecciones en la vena.
- b) La extracción del feto por la ingesta de hierbas.
- c) La extracción del feto por el uso de instrumentos (legra o cureta)
- d) La extracción del feto por la ingesta de pastillas.
14. ¿Estarías de acuerdo a que se diera más información acerca del aborto y sus riesgos en la universidad?
- a) Si
- b) No

III. FUENTE DE INFORMACION SOBRE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO

15. La mayor parte de los conocimientos o información que tienes sobre las complicaciones del aborto las ha adquirido de:
- a) Profesores
- b) Amigos
- c) Padres
- d) Radio
- e) Televisión
- f) Internet
- g) Otros:

IV. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES

16. ¿Cuál es el grado de instrucción de tus padres?

MADRE

Primaria Secundaria Superior Sin
estudios

Especifique

Primero grado Primer año Completa

Segundo grado Segundo año Incompleta

Tercer grado Tercer año

Cuarto grado Cuarto año

Quinto grado Quinto año

Sexto grado

PADRE

Primaria Secundaria Superior Sin
estudios

Especifique

Primer grado Primer año Completa

Segundo grado Segundo año Incompleta

Tercer grado Tercer año

Cuarto grado Cuarto año

Quinto grado Quinto año

Sexto grado

V. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

17. En relación con la situación funcional de tu familia, marca con un aspa los recuadros en blanco según corresponda (ESCALA DE APGAR FAMILIAR).

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como en mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en mi familia: tiempo para estar juntos, los espacios en la casa, el dinero					
¿Usted tiene un amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)					

NOTA: La escala del APGAR familiar fue validado en Chile, y evalúa el grado de funcionalidad familiar (Familia funcional: 17-20, Familia con disfuncionalidad leve: 16-13, Familia con disfuncionalidad moderada: 12-10 y Familia con disfuncionalidad severa: menor o igual a 9).