

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES RELACIONADOS CON EL ABORTO EN
ADOLESCENTES, HOSPITAL DE APOYO HUANTA,
AYACUCHO, SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2019.”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

PRESENTADO POR:

**Bach. AYALA SANCHEZ, Tania Roxana
Bach. PORRAS VITOR, Erlinda**

ASESOR: Mg. ALARCÓN VILA, Pavel

**AYACUCHO – PERÚ
2020**

INDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO.....	4
INTRODUCCION	5
CAPITULO I.....	8
1. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2 OBJETIVOS	11
1.2.1. Objetivo General	11
1.2.2. Objetivos Específicos.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	12
CAPITULO II	13
2. MARCO TEORICO.....	13
2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO	13
2.2 BASE TEORICO – CIENTÍFICA.....	25
2.3 HIPÓTESIS	34
2.4 DEFINICIÓN DE TERMINOS OPERATIVOS.....	35
2.5 VARIABLES DE ESTUDIO.....	37
CAPITULO III.....	39
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	39
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION	39
3.3 POBLACIÓN.....	39
3.4 MUESTRA	39
3.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	40
3.6 PROCEDIMIENTO.....	40
CAPITULO IV.....	42
4. RESULTADOS.....	42
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	59

DEDICATORIA

A Dios por ser el pilar
fundamental que ha guiado
nuestras vidas

A nuestras madres y padres por ser
ejemplo y demostrarnos que los
objetivos se logran con mucha
perseverancia, paciencia y mucho
amor, quienes fueron nuestra
inspiración para abrazar esta carrera.

A nuestros hermanos y hermanas por sus
alientos, motivaciones y estar siempre allí
en los buenos y malos momentos, sin
importar la distancia.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios porque ha estado con nosotros en cada paso que damos, cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar, a nuestras madres y padres, quienes a lo largo de nuestra vida han velado por nuestro bienestar y educación siendo nuestro apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se nos presentaba sin dudar ni un solo momento en nosotras. a nuestros hermanas y hermanos y demás familiares que nos motivaron a seguir adelante en nuestra carrera universitaria para dar lo mejor de nosotras.

A la UNSCH, Escuela Profesional De Obstetricia, a nuestros docentes por brindarnos una excelente calidad educativa en nuestra formación profesional con valores éticos y científicos plasmados en su misión y visión institucional.

A nuestros jurados por el apoyo que nos han brindado para culminar con la realización de nuestra tesis

A nuestro asesor Mg. ALARCON VILA, Pavel por brindarnos su apoyo incondicional durante realización de la tesis.

Al Hospital De Apoyo Huanta, servicio de obstetricia, al personal que trabaja, por permitirnos desarrollar la presente investigación con la finalidad de contribuir con nuestro trabajo.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez. Asimismo, es definido como la pérdida de un feto hasta las 22 semanas de embarazo o con un peso hasta 500 g. Durante el año 2008 se produjeron a nivel mundial 43,8 millones de abortos, obteniéndose una tasa de 28/1 000 mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años). El 49,3% de estos abortos fueron inseguros, pero en los países en desarrollo este porcentaje aumentó hasta 56%. La alta frecuencia de esta complicación del embarazo merece implementar medidas urgentes de salud pública que incluya el respeto a los derechos humanos¹.

La adolescencia en la actualidad se considera como una etapa del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales. Constituye una fase de transición de la niñez a la edad adulta, existe una progresión biológica desde la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios a la madurez sexual.²

El inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su

desarrollo psicológico y social, pues esta se comienza sin una adecuada orientación y sin conocimiento pleno de las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección. ^{2,3}

El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad y no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías.³

Teniendo en cuenta consideraciones mencionadas, entramos importante realizar el presente trabajo de investigación que por objetivo determinar los factores relacionados con el aborto en adolescentes atendidas en el Hospital De Apoyo Huanta.

Encontrándose como principales los siguientes resultados: la frecuencia del aborto en adolescentes atendidas en el Hospital De Apoyo Huanta durante el periodo setiembre a noviembre del 2019: el 80,3% el aborto fue inducido y en el 19,7% fue espontáneo, entre los factores demográficos se identificaron el mayor porcentaje entre las edades de 17 – 19 años (52,5%), grado de instrucción secundaria (45,9%), el estado civil soltera (59%) y procedentes de la zona urbana (41%). En los factores socio económicos se identificó que el mayor porcentaje (50.8%) de las adolescentes tenían condición económica regular.

A la prueba estadística se determinó que existe una relación directa entre el aborto inducido y grado de instrucción, estado civil y procedencia ($p < 0.05$); mientras que no se halló relación directa entre el aborto la edad y la condición socio económica de las adolescentes ($p > 0,05$). Se determinó que las causas del aborto en adolescentes están relacionadas con: temor

a sus padres (32,7%), fue obligada (22,4%), no deseaba su embarazo (18,4%), por no truncar su futuro (14,2%) y son estudiantes (12,2); fueron las principales causas que obligaron a las adolescentes gestantes a provocarse el aborto.

CAPITULO I

1. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto es un problema de salud pública que causa controversias en los aspectos médicos, sociales y culturales, que repercute en la salud física y psíquica de la mujer y que por situaciones políticas y religiosas lo han llevado a criterios polarizados, sin encontrar una solución racional. La OMS revela que cada minuto en el mundo tiene lugar 632 coitos fecundantes, 315 embarazos no planeados, 158 embarazos no deseados. Anualmente ocurren 50 millones de abortos inducidos; más de la mitad en países en vías de desarrollo y generalmente son realizados en condiciones precarias.^{1, 4}

El aborto es un problema de los países en vías de desarrollo y de desarrollados; pero, el aborto en la adolescencia es un problema de mayor significación.⁵

Para la OMS, una tercera parte de las mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto tienen menos de 20 años. Es más frecuente en

solteras, la mayoría no utiliza métodos anticonceptivos, una buena proporción es por embarazo no deseado y, en cuanto a episodios anteriores, se ha hallado hasta 1,5 abortos por hijo.^{1,6}

En el Perú, aun cuando el aborto es considerado un delito, su abordaje no solo es penal, también hay preocupación de la salud pública al señalar obligaciones tanto para la prevención como para la protección de las mujeres que han abortado. Al igual que la mayoría de países de la región, el aborto solo se permite en determinadas circunstancias, siendo la más extendida por razones de salud, denominada también “causal salud”, cuya definición proviene de los acuerdos generados por un conjunto de organizaciones vinculadas con los derechos reproductivos.^{7,8}

En el caso del Perú, esta causal se fundamenta en la protección de la salud de la mujer y está tipificado en el Código Penal, el cual señala: No es punible el aborto, practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.^{7,9}

En el Hospital de Apoyo de Huanta, Ayacucho, se atienden a un grupo significativo de adolescentes procedentes principalmente de estratos demográficos y socio-económicos deficientes, que acuden con problemas de aborto incompleto, pudiendo ser espontáneo o inducido, desconociéndose los factores relacionados con el aborto en adolescentes; por ello se realizó el presente trabajo de investigación con la finalidad de identificar los factores que están relacionados con el aborto de este grupo poblacional

Debido a esta problemática, se planteó la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores relacionados con el aborto en adolescentes, Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta, Ayacucho? Setiembre-noviembre del 2019?

1.2 OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo General

Determinar los factores relacionados con el aborto en adolescentes. Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de adolescentes con aborto, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta.
- Identificar los factores demográficos de las adolescentes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta, según edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia.
- Identificar los factores socio-económicos como: condición económica, antecedentes de aborto de adolescentes, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia data desde tiempos ancestrales, pero después de la década del 70 se ha experimentado en este indicador un indiscriminado incremento y en estos momentos presenta cifras que preocupan.^{10, 11}

A través de la historia, el aborto inducido ha resultado materia de controversia por sus implicaciones éticas, morales, sociales y religiosas, ha sido prohibido o limitado en diversas sociedades y permitido en otras, aunque los abortos continúan siendo comunes

incluso donde la presión social o la ley se oponen a ellos.^{12, 13}

Se estima que en el mundo se realizan entre 42 y 46 millones de abortos anuales (entre el 20 y el 22 % de los 210 millones de embarazos que se producen en el mundo al año. De esos abortos practicados anualmente, al menos 19 millones se consideran abortos inseguros. En Perú, 1 de cada 4 abortos tiene lugar en mujeres menores de veinte años, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que ocurren entre las adolescentes.^{5, 14,15}

Por ello es muy importante conocer los factores relacionados con la decisión del aborto de las adolescentes de nuestro medio, justificándose la realización del presente proyecto. En tal sentido consideramos de importancia realizar el proyecto en mención, el mismo que permitió conocer los factores demográficos como la edad, el grado de instrucción, estado civil, procedencia; los cuales están relacionados con el aborto en adolescentes. Como también los factores socio-económicas que no están relacionadas con el aborto en adolescentes.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Doblado y Cols. (2010), en Matanzas (Cuba), en el trabajo “Aborto en la adolescencia un problema de salud”, **Objetivo**, Correlacionar y evaluar las características biológicas, psicológicas y sociodemográficas de las adolescentes que se interrumpen el embarazo. **Metodología**. Se realizó un estudio sobre el comportamiento del aborto inducido. El universo de trabajo estuvo integrado por 128 adolescentes que acudieron al servicio de aborto de dicho hospital. Para complementar este objetivo se aplicó una encuesta. Se estudiaron variables como: edad, edad de la primera relación sexual, cantidad de compañeros sexuales, uso de anticoncepción en la primera relación sexual, escolaridad, convivencia con los padres, antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia, vías por donde adquieren conocimientos sobre

sexualidad, actitud ante el embarazo y quién decidió el aborto. **Resultados.** El grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años, 40,6% de las adolescentes tuvo la primera relación sexual a los 15 años, 49,2% ya había tenido 3 o más parejas, el 39,6% tenía abortos, 76,5% no se protegió en su primera relación sexual, el 56,2% continuaba sin protección, el 27,3% vivía con ambos progenitores y en un gran porcentaje la gestación adolescente se había repetido en algún miembro de la familia. **Conclusión.** El inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia, los hogares monoparentales, y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto tuvieron mayor representación estadística en el estudio.¹⁶

Koch y Cols. (2012), en Colombia, “Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos” reportan que en el Instituto Guttmacher se realizan 400,400 abortos clandestinos. Por las implicaciones que este informe pudiera tener en distintas áreas de interés, se revisó en detalle el método de estimación. **Método,** La metodología utilizada por el Instituto Guttmacher fue la siguiente: primero los autores estimaron las pérdidas espontáneas y los abortos a partir de la opinión de 289 sujetos en un número igual de instituciones de salud colombianas mediante la encuesta de opinión denominada “Encuestas IPS”. Posteriormente, a los números obtenidos con la encuesta se les

aplicó un factor multiplicador expansivo (x3, x4, x5, etc.) que también emergió de la opinión subjetiva de otros 102 entrevistados seleccionados por conveniencia. No hay datos objetivos basados en hechos vitales reales; toda la estimación se basa en números imaginarios subyacentes de opiniones. Aún como encuesta de opinión, la técnica de muestreo tuvo graves sesgos de selección en el levantamiento de la información. **Resultados.** Con la utilización de métodos epidemiológicos de estimación válidos, objetivos y reproducibles, escogiendo los casos paradigmáticos de Chile y España como tasas estándar aplicadas a estadísticas vitales colombianas, se observó que la metodología del Instituto Guttmacher sobrestima en más de nueve veces las complicaciones hospitalarias por aborto inducido y en más de 18 veces el número total de abortos. En otros países de Latinoamérica, como Argentina, Brasil, Chile, México, Perú, Guatemala y República Dominicana, la metodología del Instituto Guttmacher también sobrestimó largamente la cifra de abortos. **Conclusión.** Estos resultados llaman a la cautela con este tipo de informes que alarman a la opinión pública.¹⁷

Gómez y Montoya (2014), en Antioquia (Colombia), **Objetivo.** Establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del área urbana en el municipio de Briceño. Estudio Cross sectional. **Método.** Las adolescentes que respondieron las encuestas fueron 193. **Resultados.** Los factores

asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente Fueron: la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, el hecho de haber sido violada y los ingresos económicos familiares. **Conclusiones.** El estudio encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes.¹⁸

Montoya y Cols. (2015), en México, “Aborto inducido en México: qué piensan y hacen los ginecoobstetras” **Objetivo.** Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de aborto entre los ginecólogos y obstetras. **Método.** Encuesta aplicada a médicos Gineco-Obstetras que laboran en diferentes hospitales de México. **Resultados.** De los 1.085 encuestados, el 77% identificó correctamente que el aborto es legal de acuerdo signos constitucionales de cada Estado; 17.5% dijo que nunca es legal y el 5,7% piensa que siempre es legal. El 67% comentan que las instituciones públicas deben tener la infraestructura y personal médico capacitado para la práctica de aborto legal. El 72% dijo que asistiría a la mujer que se sometió a un aborto ilegal. El 28% restante

mostró actitudes negativas, de informar a la pareja o los padres (18%), regañar a las mujeres (2%) o sin denunciarla a las autoridades (8%). En el 39%, sintieron que la profesión médica que practican abortos discrimina. **Conclusión.** Es necesario aumentar y mejorar el conocimiento técnico y jurídico sobre el aborto, especialmente entre ginecoobstetras, son que la responsabilidad de cumplir sobre prescrita por la ley, de conformidad con las recomendaciones internacionales y el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres.¹⁹

Castro A, y Castro C. (2016), en Colombia, “Análisis de los registros de promoción y prevención del hospital La Candelaria para identificar los factores que incidieron en el aumento de casos de abortos en adolescentes del municipio El Banco, Magdalena”

Objetivo. Identificar mediante el análisis de los registros de promoción y prevención del hospital La Candelaria, los factores que incidieron en el incremento de casos de abortos en las adolescentes.

Método. Mediante un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, para lo cual se revisaron los registros de cada de las pacientes con problemas de aborto que fueron atendidas en este centro de salud de segundo nivel ubicado en esta población.

Resultados. Los resultados muestran que las mayores frecuencias del promedio de edad de las adolescentes que abortaron se ubicaron en el subgrupo entre 14 y 16 años, con estado civil soltero, sin

ninguna ocupación laboral, con escolaridad primaria terminada, procedente de familias monoparentales, destacándose las primigesta. **Conclusión.** La mayoría no practica ningún método anticonceptivo, por tener poca información sobre sexualidad y por ser sus amigos la mayor fuente de este tipo de información; siendo mayo el mes donde se dieron más casos de aborto.²⁰

Hernández y Cols. (2017), en El Salvador, “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de la UCSF Ciudad Delgado y UCSFE Puerto de la Libertad” **Objetivo.** Determinar los factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes. **Método.** Estudio, de tipo descriptivo con corte transversal y con variables cuantitativas, que consistió en una población adolescente femenina, tomando como muestra el número total de población adolescentes embarazadas, obteniendo la información del instrumento mediante la encuesta y exponiendo los datos en tablas de contingencia para su posterior análisis. **Resultados.** La adolescencia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo humano comprendido entre los 10 y 19 años, período marcado por cambios interrelacionados del cuerpo, la mente, el espíritu y vida social; que implican un desarrollo biopsicosocial. **Conclusión.** La mayoría de adolescentes embarazadas se encuentran en la etapa media, siendo estudiantes y su inicio de relaciones sexuales ha sido en esta edad,

culturalmente en nuestra sociedad la maternidad adolescente es aceptada y que estos aspectos socio-culturales del entorno, contribuyen a una mayor incidencia de embarazos.¹¹

Jácome, Michael (2018), en Guayaquil (Ecuador), “Factores socioculturales en embarazadas adolescentes y sus complicaciones obstétricas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel” **Objetivo.** Determinar los problemas socioculturales que atraviesan las adolescentes y sus causas que le llevan a este estado de gravidez, **Método.** Se evaluó en esta revisión los factores de riesgos psico- sociales en adolescente embarazadas que conllevan a problemas obstétricos. Con un universo de todas las pacientes, adolescentes embarazadas en esta unidad, y una muestra determinada por la fórmula universal aproximadamente de 100 pacientes. El estudio es de tipo descriptivo, con diseño no experimental, longitudinal, prospectivo. **Resultados.** Los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 16 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 14- 15 años fue de 32%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 13 años con el 4%. **Conclusión.** Dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje presenta por el nivel económico bajo en un 90%, violencia intrafamiliar en un 79% y teniendo un 66% aquellas que son amas de casa. Lo que permitirán evaluar y analizar, un plan o protocolo para conocer detalladamente las causas socioculturales que influyen

en el embarazo adolescente y sus complicaciones obstétricas futuras.²²

Palomino E. (2015), en Piura (Perú), “Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el hospital distrital Jerusalén de la Esperanza”. **Objetivo.** Determinar si la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza. **Método.** Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 120 adolescentes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin gestación. **Resultados.** La frecuencia de disfunción familiar en las adolescentes con y sin gestación fue de 32% y 17% respectivamente. El odds ratio de disfunción familiar en relación a adolescente gestante fue de 2.31 ($p < 0,05$) el cual fue significativo. **Conclusión.** La disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza. No existen diferencias significativas en relación a edad y procedencia entre las adolescentes de ambos grupos de estudio.²³

Chávez Ricardo (2015), en San Martín (Perú), “Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba

– San Martín” **Objetivo.** Determinar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba – San Martín; **Metodología.** La población la constituyó 138 abortos en adolescentes; la muestra fueron 102 abortos en adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; se recolectó la información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica y el informe operatorio del legrado uterino. **Resultados.** Las adolescentes con aborto presentan entre los 17 a 19 años de edad (68.6%), solteras (88.2%), proceden de la zona urbano-marginal (42.2%) y zona urbana (37.3%), con nivel de instrucción secundaria (67.6%). El 23.5% han tenido antecedente de aborto, el 73.5% son primigesta, el 61.8% tienen entre las 10 a 20 semanas y el 27.5% entre las 5 a 9 semanas de gestación. La principal sintomatología de los casos de aborto son sangrado (100%) y dolor en la región de hipogastrio (95.1%), al examen el 45.1% de los casos presentaron el orificio externo abierto y en el 54.9% no hay registro. El 68.6% fueron catalogados como espontaneo, el 25.6% como aborto inducido y el 5.9% como aborto séptico. Los abortos espontáneos se presentaron en adolescentes de 17 a 19 años de edad (81.4%), solteras (85.7%), proceden de la zona urbanomarginal (40.0%) y urbana (38.6%), secundaria (77.1%), con antecedente de aborto (14.3%), primigesta (76.8%), entre 10 a 20 semanas de gestación (68.6%). Los abortos inducidos fueron en adolescentes de 14 a 16

años de edad (61.5%), solteras (96.2%), proceden de la zona urbano-marginal (46.2%) y urbana (38.5%); secundaria (50%), con antecedente de aborto (46.2%), primigestas (65.4%), entre 10 a 20 semanas de gestación (50.0%). Los abortos sépticos tuvo igual frecuencia entre las adolescentes de 14 a 16 años y 17 a 19 años de edad (50.0%), solteras (83.3%), proceden de la zona urbano-marginal (50.0%), secundaria (33.3%), primigestas (50%); entre 5 a 9 semanas de gestación (66.7%). **Conclusión.** Es preocupante la magnitud del aborto inducido en la población de mujeres adolescentes, siendo necesario la consejería frecuente.²⁴

Calderón y Alzamora De Los Godos (Perú: 2006), “influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescente”, objetivos: determinar la influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescente. Materiales y métodos: estudio de casos y controles; los casos fueron 58 adolescente con aborto provocado que acudieron al hospital regional docente de Trujillo, por hemorragia, y el grupo control fueron 58 adolescente pareadas según edad de la paciente, edad gestacional y nivel socioeconómica, que continuaron con el embarazo y acudieron al control prenatal en el mismo hospital, resultados: reportaron en el grupo casos (adolescentes con aborto provocado)79.3% manifestaron que no tuvieron comunicación con sus padres y en el grupo control 37.9%no mantuvieron comunicación

con sus padres. Referente a la violencia en el hogar como el 22.4% y 27.6% de controles manifestaron haberla padecido. Conclusión la comunicación y el nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante la noticia del embarazo están fuertemente relacionados con el aborto provocado, en la adolescente de Trujillo.²⁵

Palomino Meza Yesenia Y Pregúntegui Tutela Nélica: Ayacucho (Perú 2015), “factores asociados a aborto incompleto provocado en adolescentes atendidas en el hospital regional de Ayacucho. **objetivo:** conocer los factores asociados a aborto incompleto provocado en adolescentes atendidas en el hospital regional de Ayacucho, en el servicio de gineco- obstetricia de diciembre del 2014^a junio del 2015. **conclusión:** la frecuencia de aborto incompleto provocado atendidos el hospital regional de Ayacucho entre los meses de diciembre 2014 a junio 2015, fue de 32.60%. los factores asociados a aborto incompleto provocado adolescentes son el embarazo no deseado(OR:6.222), presión familiar(OR:5.519), baja autoestima(OR:3.182), presión social(OR:4.133) y la nuliparida(OR:9.007). el aborto incompleto provocado se presenta en adolescentes de 17 a 19 años(80.7%), de procedencia urbana (67.3%), y de grado de instrucción secundaria (47.3%) y superior(45.3%)²⁶

Orihuela Haydeé: Ayacucho (Perú-2018), “características de las adolescentes y complicaciones del aborto en el Hospital

Regional de Ayacucho del 2010-2016” **objetivo:** el presente estudio realizado en el hospital regional de Ayacucho entre los años 2010 y 2018 tuvo como objetivo determinar la relación entre las características de las adolescentes y las complicaciones del aborto.

Metodología: se desarrolló según el tipo de diseño metodológico: descriptivo, observacional, de corte transversal y retrospectiva, la población y muestra estuvieron conformadas por el total de adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el hospital regional de Ayacucho durante los años 2010 al 2016, el instrumento para la recolección de datos fue el paquete informático SIP 2000, las variables extraídas del sistema fueron sistematizadas en una hoja de cálculo Excel y procesadas con el uso del paquete estadístico SPSS versión 22.

Resultados: el mayor porcentaje del total de abortos estudiados corresponden al aborto incompleto, las complicaciones más frecuentes fueron anemia, infección del tracto urinario y aborto séptico. El perfil socio demográfico de la adolescente es: adolescente de 17 a 19 años de edad, el grado de instrucción secundaria, el estado civil soltera, la ocupación estudiante, la procedencia urbana. Dentro de los antecedentes obstétricos hubo un porcentaje importante de adolescentes con gestaciones y abortos previos; dentro de los adolescentes con gestaciones previas, la mayoría tuvieron un periodo intergenésico inadecuado.

Conclusiones: con el nivel de confianza del 95% se encontró relación de dependencia entre la edad, grado de

instrucción, ocupación y la paridad con la presencia de complicaciones en aborto en adolescentes.²⁷

2.2 BASE TEORICO – CIENTÍFICA

2.2.1 LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como adolescencia “periodo de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años de edad. En cada una de las etapas se presentan cambios fisiológicos, anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta, no solo de manera individual si no de forma grupal para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptados socialmente.^{1,28}

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante, es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida en los aspectos hereditarios, de su estructura y experiencias en la etapa infantil y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en las que se desenvuelve la adolescente.²⁸

La inestabilidad emocional, el desconocimiento y temor conlleva a que experimenten nuevas vivencias, siendo muy susceptible para tomar una conducta adecuada para su edad^{2,15.}

Adolescencia temprana (10 a 13 años). Periodo peri puberal, grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente pierde interés por los padres, mayor preocupación por su apariencia física.²⁸

Adolescencia media (14 a 16 años), adolescencia propiamente dicha completo desarrollo somático, periodo de mayor conflicto de padres, edad promedio de inicio de experiencias y actividad sexual.²⁸

Adolescencia tardía (17 a 19 años), casi no se presenta cambios físicos, acepta su imagen corporal adquiere una perspectiva más adulta.²⁸

2.2.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

El embarazo en la adolescencia, es la gestación que ocurre entre los 10 y 19 años de edad. Por la edad y las condiciones psicológicas es considerado de alto riesgo, especialmente en los primeros años de edad ginecológica. A su vez el embarazo implica una serie de complicaciones biomédicas, socioculturales y psicológicas con un elevado costo personal, familiar y social. ^{3,28}

2.2.3 ABORTO

La palabra aborto deriva del término latín “abortus”; donde “ab” significa privación y “ortus” nacimiento, entonces se deduce que el aborto es la privación de nacimiento. ²⁹

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20-22 semanas. Como en el aborto retenido no ha ocurrido la expulsión, se podría definir mejor al aborto como la interrupción de un embarazo menor de 20-22 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos. 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. ^{1,29,30}

2.2.3.1 Clasificación del aborto

Según su origen:

Aborto provocado o inducido: según la definición de la organización mundial de la salud (OMS) interrupción del embarazo de manera premeditada, generalmente realizada por médicos encaminada a la eliminación del feto se clasifica de la siguiente manera.³⁰

- Aborto terapéutico: es el aborto que se practica cuando existe enfermedad, riesgo para la madre y/o malformaciones congénitas graves.

- Aborto ilegal o criminal: es la interrupción prematura del embarazo en forma dolosa.
- Aborto eugenésico: es el aborto autorizado en los casos de malformaciones o violación, siempre que exista diagnóstico médico.

Aborto espontaneo: denominado también “aborto natural” es la pérdida de un embrión o feto por causa no provocada intencionalmente.³⁰

Según Las Consecuencias:

Aborto no complicado: es el aborto completo

Aborto complicado: es cuando la infección se encuentra o a pasado los límites de la cavidad uterina, asumiendo caracteres de gravedad clínico relacionado con las diferentes vías de propagación.²⁹

Según Su Evolución:

Amenaza de aborto: se caracteriza por dolor hipogástrico tipo cólico, acompañada de metrorragia escasa. No hay modificaciones del cérvix.³⁰

Aborto inminente: presencia de dolor tipo cólico y/o sangrado acompañado de modificaciones cervicales.²⁹

Aborto inevitable: se caracteriza por ciertas condiciones obstétricas (infección ovular complicada, metrorragia incorregible, la dilatación del cuello uterino acompañada de contracciones uterinas no controladas terapéuticamente) que

condicionan la irreversibilidad del proceso o la necesidad de completar o terminar expulsión del feto y anexos ovulares.²⁹

Aborto diferido-: es la muerte del embrión o producto de la concepción que no es seguido de su expulsión²⁹

Según Su Terminación:

Aborto completo: es cuando expulsa la totalidad del producto de concepción y sus anexos.³⁰

Aborto incompleto: es la expulsión incompleta del feto y sus anexos. Es decir, no a expulsado todos los elementos del huevo y ha quedado retenidos los restos ovulares, restos que pueden estar adheridos a la pared del útero o libres en la cavidad.³⁰

Según Su Condición Jurídica:

Legal: el aborto es prohibido, sin excepciones.

La madre.

Condicional: el aborto se permite por varias razones

Legal: por solicitud de la madre.

Según Su Frecuencia:

Habitual: es cuando ocurren tres o más abortos consecutivos espontáneos con o sin embarazos previos exitosos.

Recurrente: cuando ocurre dos abortos consecutivos espontáneos con o sin embarazos previos exitosos.

Según La Edad Gestacional:

Ovular: se produce en las dos primeras semanas de gestación.

Embrionario: se produce entre la tercera y octava semana de gestación.

Fetal: desde la novena hasta antes de las 22 semanas.

Según Hallazgos Ecográficos:

Huevo anembrionado: consiste en la ausencia de un embrión con saco gestacional de 20/30mm de diámetro, su causa más importante es la alteración de cromosomas (80%).²⁹

Según SCHWARCZ RICARDO, “el aborto es toda interrupción espontaneo o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior de 500gr”²⁹

SEGÚN MONGRUT ANDRES: en sentido amplio se da la denominación a la interrupción del embarazo antes de la vigésima octava semana de embarazo. ³⁰

ASPECTO LEGAL

EL ABORTO Y LA LEY PERUANA:

Según los artículos de la ley peruana existen 5 artículos que hablan sobre el aborto.⁹

En el artículo 114 comenta que causa su auto-aborto o permite que otra persona lo practique será privada de libertad no pasando los 2 años, prestando servicio a la comunidad de 52 a 104 días de labor.

En el artículo 115 informa que el que causa el aborto, así sea con el

consentimiento de la gestante será privada de su libertad con una pena de entre 1 a 4 años.⁹

Y si llega a matar la mujer por una fuerte complicación a la hora del proceso su pena será aumentada entre 2 a 5 años.

En el artículo 116, menciona que la persona que realiza un aborto en contra, en favor a la mujer tendrá una privación de la libertad 3 a 5 años. Si en este caso la mujer llegase a morir por complicaciones severas, negligencia médica o de un tercer, tendrá una pena entre 5 a 10 años.⁹

En el artículo 117 se cita que tanto el médico como el farmacéutico, obstetra o cualquier otro profesional sanitario que abusa de medicamento o su manera de causar el aborto será inhabilitado y reprimido de libertad. Incapacidad para ejercer su profesión tanto así como sus títulos o logros obtenidos. ⁹

En el artículo 118 el que con violencia, ocasiona un aborto, sin haber tenido el propósito de causarlo, siendo notorio o constándole el embarazo, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de 2 años, con prestación de servicio comunitario de 52 a 104 jornadas.⁹

2.2.3.2 Causas de aborto:

La interrupción voluntaria del embarazo se plantea fundamentalmente en dos situaciones; el embarazo no deseado y el embarazo que puede originar graves trastornos a la mujer o al futuro hijo. En el caso de las jóvenes una de las grandes razones por las que toman la idea de abortar es:

- El hecho de haber defraudado a su familia y que estos no las apoyarán al momento de tener al bebé.

- La falta de apoyo de la pareja que generalmente decide no hacerse responsable del embarazo y en ocasiones este factor es crítico, en el sentido que en el momento que no son apoyadas por su pareja ellas tienden a cumplir los deseos de ellos cuando deciden que ellas deben abortar porque “es lo mejor” o les dicen que aún no están preparados para ser padres, además que tienen una vida por delante.
- Otra razón es que dejarían de estudiar en caso de que no haya apoyo familiar.
- El número de hijos: muchos hijos o muy seguidos.
- Falta de método anticonceptivo; no todas las mujeres pueden regular su fecundidad.
- Falla de los métodos anticonceptivos, no son 100% seguros.
- Problemas económicos.
- Falta de pareja estable.
- Porque el embarazo es producto de infidelidad.
- Violación, etc.^{31,32,33}

2.2.3.3 Métodos de aborto:

Los métodos más comunes son:

1. **Succión:** la aspiración manual endouterina mediante succionadores al vacío (AMEU); la aspiración por vacuom es el método preferido de evacuación uterina en el aborto incompleto y en el aborto inducido temprano.
2. **Dilatación y legrado:** Es semejante al método de succión por ser un proceso invasivo utilizando la cureta cortante y la legra extrayendo los restos o el producto de la concepción. Las

complicaciones a las que puede llevar la succión tanto como el legrado son: infección, trauma del cérvix, peritonitis, laceración del útero, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad.^{29, 32}

2.3 HIPÓTESIS

Los factores demográficos como: grado de instrucción, estado civil, la procedencia, están relacionadas con el aborto en adolescentes; tal es así que el factor edad y dependencia económica no se relaciona con los abortos en adolescentes, atendidas el Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho.

2.4 DEFINICIÓN DE TERMINOS OPERATIVOS

1. **FACTORES:** Son aquellos elementos que se relacionan con las variables del aborto en adolescentes, para obtener determinados resultados.
2. **FACTORES DEMOGRAFICOS:** es información general sobre grupos de personas. Dependiendo de la finalidad, los datos pueden incluir atributos como la edad, grado de instrucción, estado civil y procedencia, así como características sociales.
3. **FACTORES SOCIO-ECONOMICOS:** el conjunto de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales por las que se califica a un individuo o un colectivo dentro de una jerarquía social.
4. **PREVALENCIA:** proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado.
5. **EDAD:** Es el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la entrevista realizada, representándose en año cronológico.
6. **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Es el nivel de estudios conseguidos por una persona a lo largo de su vida.
7. **ESTADO CIVIL:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal.
8. **PROCEDENCIA** Se refiere al lugar donde una persona nace o vive, sea sola o con su familia. Para el presente estudio se

considerará la zona donde vive, tal como urbana, urbano – marginal y rural.

9. **CONDICION ECONOMICA:** la estabilidad **económica** se refiere a toda situación caracterizada por la ausencia de grandes variaciones en el nivel de producción, renta y empleo.
10. **ANTECEDENTES DE ABORTO EN ADOLESCENTES:** número de embarazos que terminaron en aborto durante la adolescencia.
11. **ADOLESCENTE:** Término que se atribuye a una persona que está entrando a la vida adulta, hay adolescencia temprana, media y tardía, cuyo rango incluye desde los 10 años hasta los 19 años.
12. **ABORTO:** interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación con un peso inferior de 500gr

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO

2.5.1 Variable Independiente

➤ Factores demográficos:

Edad

Grado de instrucción

Estado civil

Procedencia

➤ Factores Socioeconómicos:

Condición económica

Antecedentes de aborto

2.5.2 Variable dependiente

➤ Aborto:

Espontáneo

Inducido

2.5.3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA
variables dependientes				
aborto	interrupcion del embarazo	espontaneo	historia clinica	nominal
		inducido		
variables independientes				
factores demograficos	Edad	10 a 13	DNI	intervalo
		14 a 16		
		17 a19		
	grado de instruccion	primaria	1° a 6° grado	ordinal
		secundaria	1° a 5° grado	
		superior	1 a 5 años	
	estado civil	soltera	historia clinica	nominal
		conviviente		
		casada		
	Procedencia	urbana	casco urbano	nominal
marginal		zona marginal		
rural		zona rural		
factores socio-economicos	condicion economica	baja	500 a 1000	intervalo
		regular	1000 a 1500	
		buena	1500 a mas	
	antecedentes de aborto	si	historia clinica	nominal
		no		

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa, Aplicada.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

Descriptivo, transversal.

3.3 POBLACIÓN

Estuvo representada por todas las adolescentes embarazadas con aborto que acudieron al Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta, Ayacucho. Setiembre a noviembre del 2019.

3.4 MUESTRA

Constituida por 61 adolescentes con aborto durante el mismo periodo establecido

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes embarazadas con aborto en el periodo en estudio

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes embarazadas que no han tenido aborto.

3.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se utilizaron las técnicas e instrumentos para determinar la prevalencia del aborto inducido e identificar los factores demográficos y socioeconómicos de las adolescentes, que incluyó lo siguiente:

Técnicas:

- Entrevista estructurada
- Estudio de historias clínicas de adolescentes con aborto que fueron atendidas en el hospital (Observación).

Instrumentos:

- Fichas de encuestas
- Historias clínicas

3.6 PROCEDIMIENTO

A través del Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, se solicitó permiso al Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta, una vez obtenido el permiso, se realizó la recolección de la información, previo consentimiento informado (anexo 1), para determinar los casos de aborto en adolescentes que fueron atendidas en el Hospital en mención en el periodo comprendido en el estudio.

La fuente de datos fue la adolescente y la historia clínica de las que tuvieron aborto, de quienes se extrajeron las referencias para determinar los factores demográficos y socioeconómicos (anexo 2).

Procesamiento estadístico de los datos

Con los datos obtenidos, luego de ser tabulados, se construyeron tablas estadísticas de frecuencia porcentual, en la que se relacionaron las variables de estudio. Para determinar la asociación entre las variables se empleó el Chi Cuadrado.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

TABLA N° 1

PREVALENCIA DE ABORTOS EN ADOLESCENTES, HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2019

Tipo de aborto	-	Frecuencia	
		N°	%
Espontáneo		12	19,7
Inducido		49	80,3
TOTAL		61	100,0

En la tabla N° 1, se aprecia que 61 (100%) adolescentes que acudieron al hospital de apoyo Huanta, con aborto incompleto. correspondiendo 49 (80,3%) a aborto inducido y 12(19,7%) A espontánea.

Chávez, R. (2015), quien, en San Martín, concluye que 102 abortos en adolescentes, aunque no menciona su consecuencia, el 68.6% fueron catalogados como espontaneo, el 25.6% como aborto inducido y el 5.9% como aborto séptico.²⁴

Castro A. y Castro C. (2016), en Colombia, refiere que entre el 10% y el 50% de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo necesita atención médica por las complicaciones que éste ocasiona, mencionando como complicaciones más comunes al aborto incompleto, infección (sepsis), hemorragia y lesiones de los órganos internos, tales como perforación o desgarro uterino, síndrome de Asherrman, depresión, algunos de ellos presentados por las adolescentes del presente trabajo; mientras que entre los problemas de salud a largo plazo se encuentran: dolor crónico, enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad.²⁰

Nuestros hallazgos no coinciden con los de Chávez, R. donde la mayoría de adolescentes tienen abortos espontáneos, pero según nuestro estudio podemos

afirmar que el tipo de los abortos inducidos en adolescente es 80.3% mayor que la prevalencia de abortos espontaneo (19,7%) en adolescentes,
Es necesario implementar ambientes para el adolescente, con la finalidad de dar orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.

TABLA N° 2

CAUSAS DE ABORTO INDUCIDO EN ADOLESCENTES, HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2019

Causas personales del aborto inducido en adolescentes	Frecuencia	
	N°	%
Temor a sus padres	16	32,7
No deseaba su embarazo	09	18,4
Fue obligada	11	22,4
Truncar su futuro	07	14,2
Son estudiante	06	12,2
TOTAL	49	100,0

En la tabla N° 2, se aprecia que del 100%(49) casos de aborto inducido, el 32,7% (16) de adolescentes fue por temor a sus padres; el 22,4% (11) señala que fue obligada; el 18,4% (9) refiere que no deseaba su embarazada; el 14,2% (7) por no truncar su futuro; y el 12,2% (6) son estudiante.

Resultados que evidencian diferentes causas que dan las adolescentes para justificar la práctica abortiva, haciéndolas generalmente con una persona empírica, lo que permite afirmar que la consecuencia del aborto inducido se puede presentar indistintamente sea por causa de la intervención de un empírico o de auto practicarse el aborto que no es correcto y, sobre todo, es ilegal.

En tal sentido, Koch y Cols. (2012), en Colombia, señalan que siendo el aborto ilegal y penado por la ley, este se realiza en forma clandestina, generalmente por personal no especializado y en condiciones que no guardan las mínimas exigencias de asepsia, poniendo en riesgo la vida y la salud reproductiva de la mujer que se somete a este tipo de práctica abortiva¹⁷

Palomino E. (2005), en Piura (Perú), al referirse al uso del misoprostol, este generalmente conlleva a complicaciones, tal como ruptura del útero, sepsis, hemorragias, paro cardíaco, vómito y aspiración de este, embolia cerebral, y fallo renal agudo. Por lo que el médico debe evitar estas consecuencias atendíéndolas. Ahora, el informar a los familiares también es necesario para su conocimiento y que se integren a este problema adolescente.²³

TABLA N° 3

FACTORES DEMOGRAFICOS: EDAD COMO FACTOR RELACIONADO AL ABORTO EN ADOLESCENTES, HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2019

Edad (años)	Tipo de aborto				TOTAL	
	Espontáneo		Inducido		N°	%
	N°	%	N°	%		
14 – 16	04	6,6	17	27,9	21	34,4
17 – 19	08	13,1	32	52,5	40	65,6
TOTAL	12	19,7	49	80,3	61	100,0

$\chi^2 = 0,007$ $p > 0,05$ NS
 NS = No significativo

En la tabla N° 3, se aprecia que del 100% (61) adolescentes. El 65,6%(40) son de las edades de 17 – 19 años de edad, las cuales 52.5%(32) son abortos inducidos; el 34,4%(21) son de las edades de 14 a 16, las cuales 27,9%(17) son abortos inducidos.

De los resultados que nos permiten afirmar q a pesar que las adolescentes de 17- 19 años de edad tuvieron mayor caso de abortos, al ser analizados con el estadístico del Chi Cuadrado demuestran que no existe diferencia significativa ($p > 0,05$); lo que permite afirmar que el aborto no está relacionado con la edad de las adolescentes, debido a que los promedios son similares en ambos grupos de las edades.

Juárez y Cols. (2013), En México, quienes determinaron que el grupo de adolescentes de 14 a 20 años fueron los que en mayor porcentaje se sometieron al aborto inducido representado por un 31.5%.³³

Urgelles y Cols. (2012), en Cuba, reporta que tuvieron 113 casos de aborto provocado y 227 de aborto espontáneo, el 16.8% refiere tener 14 años o menos, el 39.5% 15 y 16 años y el 43.7% de 17 a 19 años.³⁵

La OMS, (2014); estima que por lo menos un tercio de todas las mujeres que buscan atención hospitalaria a causa de las complicaciones de aborto tienen menos de 20 años, tal es así que en Zaire de 2465 mujeres hospitalizadas por complicaciones de abortos la proporción de los abortos inducidos era mayor entre las mujeres menores de 20 años. Entre pacientes de 18 años o menos, el 58% había sido tratado por complicaciones de aborto inducido y entre los 18 a 19, dicha cifra fue 41%; en Camerún el 32% de las hospitalizaciones de urgencia en un hospital local es debido a complicaciones de aborto, casi el 39% de las pacientes tenía entre 11 y 19 años de edad. En tanto que en Bolivia entre los casos de pacientes hospitalizadas por complicaciones de aborto inducido cerca de 39% de las mujeres menores de 18 años, entre las mujeres de 18 a 19 años de edad dicha cifra fue del 30%.¹

Según nuestros estudios, el rango de la edad de los adolescentes con aborto son más frecuentes entre los 17- 19 años 65.5%, de las cuales 13.1% son abortos espontáneos, el 52.5 son abortos inducidos este estudio es coherente con Urgelles y Cols. Por lo que es necesario la importancia de educación sexual en adolescentes.

TABLA N° 4

FACTORES DEMOGRAFICOS: GRADO DE INSTRUCCIÓN COMO FACTOR RELACIONADO AL ABORTO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2019

Grado de instrucción	Tipo de aborto				TOTAL	
	Espontáneo		Inducido		N°	%
	N°	%	N°	%		
Primaria	02	3,3	08	13,1	10	16,4
Secundaria	05	8,2	28	45,9	33	54,1
Superior	05	8,2	13	21,3	18	29,5
TOTAL	12	19,7	49	80,3	61	100,0

$$\chi^2 = 7,605$$

* = Significativo

$$p < 0,05$$

*

En la tabla N° 4, se aprecia que del 100% (61), el 54,1%(33) de adolescentes son de grado de instrucción secundaria, de las cuales 45,9%(28) son abortos inducidos; el 29,5%(18) son de grado de instrucción superior, de las cuales el 21,3%(13) son abortos inducidos; y el 16,4%(10) son de grado de instrucción primaria, de las cuales 13,1%(08) son abortos inducidos.

De los resultados se afirma que la mayor proporción de adolescentes, con abortos son con grado de instrucción secundaria, que al ser analizado con el estadístico Chi Cuadrado, demuestra q hay diferencia significativa ($p < 0,05$) en las variables. Lo que nos permite afirmar que el grado de instrucción en un factor relacionado con el aborto en adolescentes.

Ferrando (2010), quien en Lima, al referirse a la escolaridad, reporta que el 60% de mujeres tiene estudios superiores, 31.3% secundaria, el 2.7% analfabetas; mientras que en el presente trabajo se determinó mayor frecuencia de mujeres con estudios de secundaria. ⁷

El nivel de instrucción tiene una relación directamente proporcional con el acceso a la información y orientación acerca de la planificación familiar y la salud reproductiva, en tal sentido, las adolescentes que tienen estudios del nivel superior y que quieren abortar, acuden con mayor frecuencia a profesionales para cortar su embarazo; pero, a pesar de ello, aún un grupo significativo de ellas sufren de complicaciones. En tanto que la mayor frecuencia de abortos fue en mujeres que tuvieron estudios de secundaria y superior, quienes generalmente acuden a personas empíricas o al uso tradicional de abortivos.

En nuestro hallazgo se puede observar que los adolescentes con grado de instrucción secundaria con el grado de instrucción superior están relacionados con el mayor porcentaje de abortos en adolescentes, Este estudio es coherente con Ferrando D (2010), por la cual se debe brindar una consejería adecuada de la importancia de la salud reproductiva y consecuencias de un aborto en adolescentes.

TABLA N° 5

FACTORES DEMOGRAFICOS: ESTADO CIVIL COMO FACTOR RELACIONADO CON EL ABORTO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2019

Estado civil	Tipo de aborto				TOTAL	
	Espontáneo		Inducido		N°	%
	N°	%	N°	%		
Soltera	04	6,6	36	59,0	40	65,6
Conviviente	03	4,9	12	19,7	15	24,6
Casada	05	8,2	01	1,3	06	9,8
TOTAL	12	19,7	49	80,3	61	100,0

$\chi^2 = 17,757$ $p < 0,05$ **

** = Altamente significativo

En la tabla N° 05, se aprecia que del 100% (61) adolescentes, el 65,6% (40), son del estado civil soltera, de las cuales, el 59% (36) tuvo aborto inducido; el 24,6% (15), son de estado civil convivientes, las cuales el 19,7%(12) tuvo aborto inducido; y el 9,8%(06) son de estado civil casada de las cuales 8,2%(05) tuvo aborto espontaneo.

Resultados que permiten afirmar que la mayor proporción de adolescentes con aborto estuvo integrado por el estado civil solteras (59%), que al ser analizados por el Chi Cuadrado, demuestran que hay diferencia altamente significativa entre las variables de estudio ($p < 0.05$), es decir, que el aborto en adolescentes está influenciada por el estado civil.

Castro A. Y Castro C. (2016), en Colombia, en el análisis de los registros de promoción y prevención del hospital La Candelaria, los factores que incidieron en el incremento de casos de abortos en las adolescentes, reportó que de 73

mujeres que se sometieron al aborto inducido, el 31,5% eran solteras y el 17,5% eran casadas.²⁰

Según nuestro estudio, se observa que la misma condición de ser soltera, hace que las adolescentes no planeen quedar embarazadas, a menudo cuando sucede sienten miedo y decepción ya que generalmente no cuentan con el apoyo de sus parejas por ser jóvenes y no estar aptos para enfrentar responsabilidades de ser padres. En este sentido, estas adolescentes se encuentran con más probabilidad de tener un embarazo no deseado y, por consiguiente, recurren con mayor frecuencia al aborto inducido, cuyos resultados generalmente no fueron favorables para las adolescentes por ser un aborto incompleto o que tuvo algunas complicaciones. Pero, en cambio una adolescente conviviente o casada, muchas veces lo hace por imposición de su pareja o influenciada por otras causas.

TABLA N° 6

FACTORES DEMOGRAFICOS: PROCEDENCIA COMO FACTOR RELACIONADO AL ABORTO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2019

Zona de procedencia	Tipo de aborto				TOTAL	
	Espontáneo		Inducido		N°	%
	N°	%	N°	%		
Urbana	02	3,3	25	41,0	27	44,3
Marginal	06	9,8	23	37,7	29	47,5
Rural	04	6,6	01	1,6	05	8,2
TOTAL	12	19,7	49	80,3	61	100,0

$\chi^2 = 14,104$

$p < 0,05$

**

** = Altamente significativo

En la Tabla N° 6, se aprecia que del 100%(61) adolescentes, el 47,5% (29) provienen de zonas marginales, de las cuales el 37,7% (23) tuvieron aborto inducido; el 44,3% (27) vienen de la zona urbana, de las cuales 41% (25) tuvieron aborto inducido; y el 8,2%(05) provienen de la zona rural de las cuales 6,6%(04) tuvieron abortos espontáneos.

De los resultados se afirma que la mayor proporción de adolescentes proviene de la zona marginal, datos que al ser analizados con el estadístico del Chi cuadrado, demuestran que hay diferencia altamente significativa entre las variables ($p < 0,05$). Demostrando así que la procedencia es un factor relacionado con el embarazo en adolescentes.

En las zonas marginales y rurales de la ciudad de Huanta, no existe las condiciones indispensables para tener un nivel de vida y salud adecuados, debido a que se encuentran familias con ingresos económicos deficientes, por lo que las adolescentes generalmente no cuentan con la orientación de la educación sexual,

primordialmente en aquellas del medio rural, quienes realizan actividades forzadas propias del campo, por lo que en su mayor parte sufren de aborto espontáneo, tal como se determinó en el presente estudio.

Al respecto, Navarro y Figueroa (2014), reportaron que hay diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en relación con la procedencia rural de las mujeres adolescentes con aborto, influenciada por falta de educación y por ser zona inaccesible.³⁵

TABLA N° 7

FACTORES SOCIO-ECONOMICA: CONDICIÓN ECONÓMICA COMO FACTOR RELACIONADO AL ABORTO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2019

Condición económica	Tipo de aborto				TOTAL	
	Espontáneo		Inducido		N°	%
	N°	%	N°	%		
Buena	01	1,6	06	9,8	07	11,5
Regular	07	11,5	24	39,3	31	50,8
Deficiente	04	6,6	19	31,1	23	37,7
TOTAL	12	19,7	49	80,3	61	100,0

$\chi^2 = 0,370$

$p > 0,05$

NS

NS = No significativo

En la tabla N° 07, se aprecia que del 100% (61) adolescente, el 50,8(31) es condición económica regular, de las cuales un 39,3% (24) tuvieron aborto inducido; el 37,7% (23) son de condición económico deficiente, de la cual 31.1%(19) tuvieron aborto inducido; y el 11,5(07) son de condición económica buena, de la cual 9,8(06) tuvieron aborto inducido.

Resultados que permiten afirmar que a pesar de que las adolescentes procedentes de familias con condición económica deficiente tuvieron los mayores casos de aborto provocado, no se determinó diferencia significativa cuando fueron analizados con el estadístico Chi Cuadrado ($p > 0,05$), es decir, que el dar término al embarazo mediante el aborto inducido, no está influenciado por el factor económico, debido a que los promedios son similares en todos los grupos económicos,

Gómez y Montoya (2014), en Antioquia (Colombia), refieren que el desconocimiento de la sexualidad, recibe la influencia de varios factores

epidemiológicos como son la edad precoz, nivel socio – económico pobre, solteras y bajo nivel de educación.¹⁸

Chávez R. (2015) en la Región San Martín, señala que algunos factores socioeconómicos como los bajos ingresos y la falta de educación tienen relación con el incremento del riesgo de tener un embarazo no deseado y aborto, debido al desconocimiento o conocimiento superficial de planificación familiar.²⁴

Según nuestro estudio nos indica que la condición económica no está relacionada con los abortos en adolescentes, resultados que no coincide con Chávez (2015).

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos y considerando los objetivos planteados llegamos a las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia del aborto en adolescentes atendidas en el Hospital De Apoyo Huanta entre los meses de setiembre a noviembre del 2019, de un total de 61 adolescentes con aborto, el 80,3% el aborto fue inducido; en tanto que en el 19,7% fue espontáneo.
2. Los factores demográficos; nivel de instrucción, estado civil y procedencia están relacionados directamente con el aborto de las adolescentes es así con secundaria ($p < 0.05$).
3. Los factores como la edad y la condición económica, no están relacionadas directamente con los abortos de las adolescentes ($p > 0,05$)
4. Las principales causas que refieren las adolescentes el motivo por el que se sometieron al aborto inducido fueron: el temor a sus padres (32,7%), fue obligada (22,4%), no deseaba su embarazo (18,4%), por no truncar su futuro (14,2%), y son estudiantes (12.2%).

RECOMENDACIONES

A los docentes y estudiantes de Obstetricia poder desarrollar programas de orientación familiar con una adecuada educación sexual.

Se debe implementar en el consultorio del adolescente en el Hospital De Apoyo Huanta, acciones extramurales dirigidas a los colegios de la ciudad, así como las organizaciones juveniles, mejorando las intervenciones educativas, estrategias más adecuadas. para que logren mejorar los comportamientos sexuales del adolescente.

A los establecimientos de salud brindar asesoramiento y apoyo a las adolescentes del sistema de salud, para que éstas cuenten con toda la información, para la toma de decisiones responsables.

Socializar los resultados del presente trabajo de investigación, para de esa manera incentivar a continuar realizando más investigaciones que involucren mayor población de adolescentes y tomar medidas adecuadas para contribuir en la salud sexual y reproductiva en esta etapa de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2014; (94):155.
2. Hernández Cabrera J, Pérez Rodríguez O. Temas sobre sexualidad que interesan a un grupo de adolescentes en el área de salud Iguará. *Rev Cubana de Enfermería*. 2005;21(2):1-1.
3. González Pavón J. Determinantes de Aborto en adolescentes, Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. [Tesis para optar al título de Maestro en Salud Pública]. Managua: Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón; 2005.
4. Távara L. El Aborto como problema de Salud Pública en el Perú. *Rev. de Ginecología y Obstetricia*. 2001; 04.(47)
5. Coll A. Embarazo en la adolescencia ¿cuál es el problema? [Publicación periódica en línea] 2 de febrero 2010. <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf#page=415>.
6. Aparicio J, Ayal J, Ascarruz A, Casquero J. Características del aborto en las adolescentes, Hospital 2 de Mayo. *Rev Perú Gineco-Obstet*. 2009, 42(3).
7. Ferrando D. El Aborto clandestino en el Perú hechos y cifras. centro de la mujer peruana Flora Tristán; Pathfinder International. 2002:33
8. Infante C, Cobos Y. Aborto inducido en cifras: análisis de la difusión de las estadísticas en la prensa. [tesis para optar el título de maestro

en salud pública]. Centro de investigaciones en salud pública. México. 2008

9. *Código penal decreto legislativo*: Decimo segunda edición: Ministerio de justicia y derechos humanos; 2016.N°635.capitulo II aborto.
10. Poma C. Embarazo adolescente en la IE San Miguel, Moya, Huancavelica. [Tesis Trabajo Social]. Huancayo; Univ. Nac. Centro del Perú. 2013.
11. Hernández A, Morán T, Flores C. Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de la UCSF Ciudad Delgado y UCSFE Puerto de la Libertad. [Tesis para optar doctorado en medicina].Universidad de el salvador, facultad de medicina. El Salvador. 2017.
12. Lora S. Cuidado ético a la adolescente en situación de aborto. [Tesis Maestría]. Chiclayo; Univ. Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
13. Sánchez, E. Aborto inducido, causas para su práctica en mujeres en edad fértil. Hospital Regional de Ayacucho. [Tesis Obstetricia]. Ayacucho; UNSCH; 1996.
14. Menéndez A. Estrategia de trabajo para el aborto en la adolescencia. [Trabajo para opción del título de Máster en Atención integral a la Mujer]. Matanzas: Hospital Gineco obstétrico Docente Julio R. Alfonso Medina; 2008.

15. Chávez, A. Motivos que inducen a someterse a abortos ilegales en mujeres en Edad Fértil. Hospital de Ayacucho. [Tesis Obstetricia]. Ayacucho; UNSCH.1996.
16. Doblado, Cols. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev. Cubana Obstetr. Ginecolog. 2010, 36(3).
17. Koch, Cols, et al. Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos, Rev. Gineco Obst. Méx. 2012; 80(5): 360 – 72.
18. Gómez C, Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, Rev. Salud pública. 2014; 16 (3): 394-406
19. Montoya J., Cols. Aborto inducido en México: qué piensan y hacen los gineco-obstetras, Rev. Gineco Obstet Méx. 2015; 83(1): 23 -31.
20. Castro A, Castro C. Análisis de los registros de promoción y prevención del hospital La Candelaria para identificar los factores que incidieron en el aumento de casos de abortos en adolescentes del municipio El Banco, Magdalena. [Tesis Gerencia en Servicios de Salud]. Colombia. Univ. Coop. 2016.
21. Jácome M. Factores socioculturales en embarazadas adolescentes y sus complicaciones obstétricas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el período 2017 -2018. [Tesis Obstetricia]. Ecuador; Univ. de Guayaquil. 2018.
22. Palomino E. Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el hospital distrital Jerusalén de la

- Esperanza. [Tesis de Medicina]. Trujillo; Univ. Priv. Antenor Orrego; 2015.
23. Chávez R. Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba – San Martín. [Tesis Medicina]. Iquitos; Univ Nac Amazonía Peruana. 2015
 24. Calderón, Alzamora. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto en adolescentes. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública; 2006 23(4).
 25. Palomino Y, Pregúntegui T. Factores asociados a aborto incompleto provocado en adolescentes atendidas en el hospital regional de Ayacucho. [Tesis obstetricia]. Ayacucho. UNSCH; 2015
 26. Orihuela H. características de las adolescentes y complicaciones del aborto en el hospital regional de Ayacucho, 2010 – 2016. [tesis de segunda especialidad]. Lima; Universidad san Martín de porras. 2018.
 27. Issler J. embarazó en la adolescencia, revista de post grado de la catedra V la medicina. 2001; N° 107.
 28. Schwarcz R. El aborto y su clasificación 6^{ta} edición argentina: 2005
 29. Mongrut A. tratado de obstetricia (normal y patológico) 4^{ta} edición. España; 2000.
 30. Carreón J, Hernández J, Morales M, et al. Intenciones de sexo consensual y aborto inducido en estudiantes de una universidad

- pública de México. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. 2013, 13(1): 25 – 40.
31. Morea, L. El aborto provocado: consecuencias. Persona y bioética Rev. Universidad de la Sabana Cundinamarca Colombia.2005 vol. 9(1).
 32. Juárez F, Singh S, Maddow I, Wulf D. Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias. Guttmacher Institute; Mexico. 2013
 33. García M, Cruz V. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. Rev. Cubana Obst.- Gineco. 2015; 41(1).
 34. Urgelles S, Reyes E, Figueroa M, Batán Y. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012, 38(4).
 35. Llanos F. Factores frecuentes que ocasionan el aborto de gestantes adolescentes en el Centro Materno Infantil César López Silva. Villa El Salvador. [Tesis Obstetricia]. Lima. Univ. Privada Sergio Bernal. 2015.
 36. Salazar F. La realidad del Aborto en el Perú. Rev. El Comercio. Perú 2016.
 37. Sánchez S, Mere J, Pacora P, et al. Opiniones, percepciones y prácticas de médicos gineco - obstetras respecto a informar de las pacientes con aborto inducido a la policía, Lima, Perú. Rev. Peruana Gineco - Obstet. 2015; 61(3).

A N E X O

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: Factores relacionados con el aborto en adolescentes embarazadas.
Hospital de Apoyo Huanta, Ayacucho-Setiembre-noviembre del 2019

OBJETIVO: Identificar los factores relacionados con el aborto en las adolescentes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta, Ayacucho, en el periodo de setiembre a noviembre del 2019

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES: Todas las adolescentes que acudan al Hospital de Apoyo de Huanta, Ayacucho

RIESGOS: El presente proyecto de investigación no conlleva a ningún riesgo para la participante.

BENEFICIOS: Determinar los factores relacionados con el aborto en este grupo poblacional

CONFIDENCIALIDAD: Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean expuestos.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: La participación es estrictamente voluntaria.

DERECHO DE RETIRARSE DEL ESTUDIO: La participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. Las investigadoras me han explicado el estudio y han contestado mis dudas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio que están realizando las bachilleres

.....

FIRMA



ANEXO N° 2

FICHA DE ENCUESTA

DATOS GENERALES.

I. TIPO DE ABORTO:

Inducido () Espontáneo ()

II. FACTORES DEMOGRAFICAS.

1. Edad años

2. Grado de instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior ()

3. Estado civil:

Soltera () Conviviente () Casada ()

4. Procedencia:

Urbana () Urbano-Marginal () Rural ()

III. FACTORES SOCIO-ECONOMICOS.

1. Condición económica:

500-1000 soles () 1000–2000 soles () 1500 a más soles ()

2. Antecedentes de aborto:

Si () No ()

IV. OBSERVACIONES

1. Uso de anticonceptivos: Si () No ()

2. Causas que provocaron el aborto inducido:

.....

.....

3. OTROS:

.....

.....

RESUMEN

Introducción. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que, anualmente en el mundo ocurren 50 millones de abortos inducidos, de los cuales, más del 50% se presenta en países en desarrollo como Perú, Bolivia, Ecuador, Chile y Venezuela. Aproximadamente la mitad de estos abortos representan un serio peligro para la salud reproductiva de la adolescente. **Objetivo.** Determinar los factores relacionados con el aborto en adolescentes. Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta, Ayacucho. Setiembre-Noviembre del 2019.

Metodología. Trabajo de investigación aplicada considerando como tamaño de muestra a 61 adolescentes atendidas por aborto incompleto, a quienes se les realizó una entrevista personal con la finalidad de obtener datos relacionados con el aborto, los mismos que fueron tratados mediante el Chi Cuadrado. **Resultados.** Muestran que la mayor frecuencia es de 80,3% aborto fue inducido; en tanto que en el 19,7% aborto espontáneo; entre los factores demográficos se identificaron a adolescentes que tienen estudios de secundaria (54.1%), el estado civil soltera (64.6%) y las mujeres procedentes de la zona marginal (47.5%) mayormente tuvieron aborto ($p < 0.05$); mientras que no se halló relación directa entre el aborto y el factor socio-económico de las adolescentes con aborto ($p > 0,05$); la edad de los adolescentes no tiene relación directa con el aborto en adolescentes ($p > 0,05$). Se determinó que las causas del aborto en adolescentes están relacionada con el temor a que se enteren sus padres (32,7%), la imposición de la pareja (22,4%), no quería seguir con el embarazo (18,4%) y el temor a truncar sus estudios (14,2%)

PALABRAS CLAVE: Adolescente, aborto provocado, factor de riesgo

SUMMARY

INTRODUCTION. The World Health Organization (WHO) reports that 50 million induced abortions occur annually in the world, of which more than 50% occur in developing countries such as Peru, Bolivia, Ecuador, Chile and Venezuela. About half of these abortions pose a serious danger to the adolescent's reproductive health. **Objective.** Determine the factors related to abortion in adolescents. **Obstetrics Service of the Huanta Support Hospital, Ayacucho. September-November 2019.** **METHODOLOGY.** Applied research work considering as sample size 61 adolescents treated for incomplete abortion, who underwent a personal interview in order to obtain data related to abortion, which were treated using the Chi Square. **Results.** They show that the highest frequency is 80.3% abortion was induced; while in 19.7% spontaneous abortion; Among the demographic factors, adolescents with secondary school studies (54.1%), unmarried marital status (64.6%) and women from the marginal zone (47.5%) were identified as having had an abortion ($p < 0.05$); while no direct relationship was found between abortion and the socio-economic factor of adolescent girls with abortion ($p > 0.05$); the age of adolescents has no direct relationship with abortion in adolescents ($p > 0.05$). It was determined that the causes of abortion in adolescents are related to the fear that their parents will find out (32.7%), the imposition of the couple (22.4%), did not want to continue with the pregnancy (18.4%) and the fear of truncating their studies (14.2%) were the main causes

KEY WORDS: Adolescent, induced abortion, risk factor

ABSTRACT

Introduction. The World Health Organization (WHO) reports that 50 million induced abortions occur annually in the world, of which more than 50% occur in developing countries such as Peru, Bolivia, Ecuador, Chile and Venezuela. Approximately half of these abortions represent a serious danger to the adolescent's reproductive health. **Objective.** Determine the factors related to abortion in adolescents. Obstetrics Service of the Support Hospital of Huanta, Ayacucho. September-November 2019. **Methodology.** Applied research work considering as a sample size 61 adolescents treated for incomplete abortion, who had a personal interview with the purpose of obtaining data related to abortion, which were treated by Chi Square. **Results** In 80.3% abortion was induced; while in 19.7% it was spontaneous; the fear that their parents find out (32.7%), the imposition of the couple (22.4%), did not want to continue with the pregnancy (18.4%) and the fear of truncating their studies (14.2 %) were the main causes that forced pregnant adolescents to cause abortion; socio-economic factors were identified at ages 17 - 19 (52.5%), and those with secondary school studies (45.9%), single marital status (59%) and women from the urban area (41%) mostly had induced abortion ($p < 0.05$); while no direct relationship was found between abortion and the economic factor of adolescents with induced abortion ($p > 0.05$). **Conclusions** Clandestine abortion in adolescents is increasing alarmingly, putting their integral health at risk, behaving as a public health problem.

KEY WORDS: Adolescent, induced abortion, risk factor