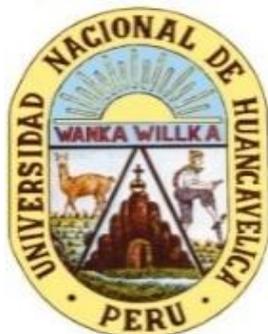


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**  
(CREADA POR LEY Nº 252625)



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

**TESIS**

---

---

**“COMUNICACION FAMILIAR Y ABORTO EN**  
**ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL**  
**HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA**  
**VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A**  
**OCTUBRE DEL 2016”**

---

---

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE**  
**OBSTETRA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**  
Salud Pública

**PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:**

ALMANZA AYALA, Rosario  
CCENCHO CENCIA, Ethel Tatiana

**Huancavelica, Perú**  
**2016**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**  
(CREADA POR LEY Nº 252625)



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

**TESIS**

---

**“COMUNICACION FAMILIAR Y ABORTO EN  
ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL  
HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA  
VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A  
OCTUBRE DEL 2016”**

---

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
OBSTETRA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Salud Pública

**PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:**

ALMANZA AYALA, Rosario  
CCENCHO CENCIA, Ethel Tatiana

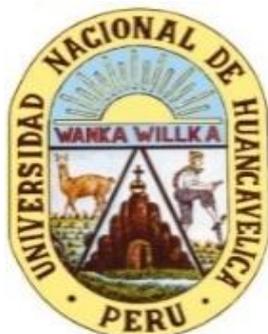
**ASESOR**

Mg. LEONARDO LEYVA YATACO

**Huancavelica, Perú**  
**2016**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(CREADA POR LEY Nº 252625)



## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA TESIS

---

**“COMUNICACION FAMILIAR Y ABORTO EN  
ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL  
HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA  
VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A  
OCTUBRE DEL 2016”**

---

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
OBSTETRA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Salud Pública

**APROBADO POR:**

**PRESIDENTE:** Mg. LINA YUBANA CÁRDENAS PINEDA

**SECRETARIO:** Mg. ROSSIBEL J. MUÑOZ DE LA TORRE

**VOCAL:** Mg. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

**Huancavelica, Perú**

**2016**

*A los seres que más amo; mis padres el Sr. Martin y la Sra. Isabel, mis hermanos Luis, Ofelia, Williams, Milagros, Pamela mi cuñada Vilma y mi hija impulso de mi vida Genesis Kaory , quienes me brindaron fuerza, amor, apoyo incondicional día a día y ser el motor y motivo para seguir adelante en mi formación como profesional.*

*Rosario*

*A mi familia, mis padres Sra. Emilia y Juan ,mis hermanos Richard, Marisol, Kennedy, Liliana ,Juan y Karen , quienes están a mi lado apoyándome incondicionalmente, con su amor, paciencia y comprensión y quienes son un pilar fundamental en mi formación como profesional, por brindarme la confianza, consejos, oportunidades y recursos para poder lograrlo.*

*Ethel*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios quien en todo momento guía nuestros pasos y nos ayuda a superar las pruebas que encontramos en nuestro camino.

A nuestros padres, por su contribución para el desarrollo de esta tesis: Martin Alberto Almanza Galvez y Isabel Rufina Ayala huamani, Juan Ccencho Condori y Emilia Cencia Gonzales, y hermanos por ayuda moral y económica en el desarrollo de la tesis.

A nuestro asesor Mg. Leonardo Leyva Yataco y docente Mg Tula Susana Guerra Olivares por brindarnos su apoyo incondicional, orientándonos y fortaleciendo los conocimientos adquiridos durante nuestra formación académica en la Universidad, y sobre todo en la realización de la tesis.

Al Director del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, Julio Cesar Álvarez León, al Jefe de la Oficina de Apoyo a la docencia e Investigación Maritza Jorge Chahuayo y al Jefe de la Oficina de Estadística e Informática Fredy Kique Arquíñiva Lazo, por brindarnos facilidades para recabar información.

A la Mg. Lina Yubana Cárdenas Pineda, Mg. Rossibel Muñoz de la Torre y Mg. Jenny Mendoza Vilcahuaman, por ser las personas quienes nos orientaron en la elaboración y ejecución de nuestra tesis.

A todos ellos ¡Muchas gracias!

## ÍNDICE

	Pág.
PORTADA.....	I
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
INDICE.....	VI
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCION.....	11
CAPÍTULO I .....	14
EL PROBLEMA.....	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2.1 PROBLEMA GENERAL .....	16
1.3 OBJETIVOS:.....	16
1.3.1 OBJETIVO GENERAL:.....	16
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	16
1.4 JUSTIFICACIÓN:.....	17
CAPÍTULO II .....	18
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....	18
2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO .....	18
2.2. MARCO TEÓRICO .....	42
2.2 Comunicación Familiar .....	44
2.2.2 Aborto En Adolescentes.....	51
2.2.3 Comunicación Familiar Y Aborto En Adolescentes.....	66
2.3. Identificación De Variables De Estudio .....	70
2.4.1 Definición Conceptual.....	70
2.4.2 Definición Operacional .....	71
2.5. Operacionalización De Variables .....	72

<b>CAPITULO III</b> .....	75
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	75
<b>3.1. Ámbito De Estudio</b> .....	75
<b>3.2. Tipo Y Nivel De Investigación</b> .....	76
<b>3.2.1 Tipo De Investigación</b> .....	76
<b>3.2.2 Nivel De Investigación</b> .....	76
<b>3.3. Método Y Diseño De Investigación</b> .....	76
<b>3.3.1 Método De Investigación</b> .....	76
<b>3.3.2 Diseño De Investigación</b> .....	77
<b>3.4. Población, Muestra Y Muestreo</b> .....	77
<b>3.4.1. Población</b> .....	77
<b>3.4.2. Muestra</b> .....	78
<b>3.5. Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos</b> .....	78
<b>3.6. Procedimiento De Recolección De Datos</b> .....	78
<b>3.7. Técnicas De Procedimiento Y Análisis De Datos</b> .....	79
<b>3.7.1. Estadística Descriptiva</b> .....	79
<b>3.7.2. Programa Estadístico</b> .....	79
<b>CAPITULO VI</b> .....	80
<b>RESULTADOS</b> .....	80
<b>4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b> .....	80
<b>4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	87
<b>CONCLUSIONES</b> .....	911
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	92
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	.93

### **Anexos**

- Artículo Científico
- Matriz de Consistencia
- Operacionalizacion de variables
- Instrumentos de Recolección de Datos
- Documentarios sustentatorios
- Registro fotográfico
- Registro digital

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01. Características sociodemográficas de las adolescentes que se atienden en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016	81
TABLA N° 02. características sociodemográficas de los padres de las adolescentes que se atienden en el hospital regional Zacarías correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre 2016	82
TABLA N°03. Características Sociodemográficas de los padres de las adolescentes que se atienden en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre 2016	83
TABLA N° 04. Tipo de Comunicación Familiar Abierta con los padres y las adolescentes que se atienden en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016	84
TABLA N° 05. Tipo de Comunicación Familiar Ofensiva con los padres y las adolescentes que se atienden en el Hospital regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016	85
TABLA N° 06. Tipo de Comunicación Familiar Evitativa con los padres y las adolescentes que se atienden en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016	86

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar el tipo de comunicación familiar en las adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica.

**Método.** La investigación fue descriptiva, observacional y retrospectivo. De nivel descriptivo. Utilizo el diseño descriptivo. La población fue 30 historias clínicas de adolescentes que abortaron. El estudio fue censal.

**Resultados.** Las Características sociodemográficas de las adolescentes: presentaron aborto a las edades de 18 – 19 años con el 36.7%, siendo su ocupación principal estudiantes con un 83.3%, en el estado civil son solteras con un 93.3%, en el grado de instrucción se observa que concluyeron sus estudios secundarios un 36.7%, la mayoría de los adolescentes viven con ambos padres un 63.3%. En cuantos a los factores sociodemográficos de los padres de los adolescentes: el grado de instrucción de la madre alcanzado es secundaria completa un 60%, el grado de instrucción del papá alcanzado es nivel secundario un 56.7%, los estados civiles de los padres son separados un 40%.

En cuanto al tipo de comunicación abierta: La comunicación abierta no se da un 73.3% con la madre y un 90.0% con el padre. En cuanto al tipo de comunicación ofensiva: el 100.0% de las adolescentes refieren tener una comunicación ofensiva tanto con el padre como la madre. En cuanto al tipo de comunicación evitativa: La comunicación evitativa se da en mayores porcentajes con la madre en un 93.3% y con el padre es de 90.0%

**Conclusiones.** La comunicación abierta no se da entre las adolescentes y sus padres. La comunicación ofensiva está presente entre los adolescentes y sus padres. La comunicación evitativa está presente en mayor porcentaje con la madre que con el padre.

**Palabras claves:** comunicación familiar, aborto en adolescentes, comunicación abierta, comunicación ofensiva y comunicación evitativa

## ABSTRACT

**Objective.** Determine the type of family communication in adolescents who have had abortions at the Regional Hospital Zacarias Correa Valdivia of Huancavelica.

**Method.** The investigation was descriptive, observational and retrospective. Simple descriptive level. Used the descriptive design. The population was 30 medical history of adolescents who have an abortions. The study was census.

**Results.** The socio-demographic characteristics of the adolescents: presented abortion at ages 18 - 19 years with 36.7%, being his main occupation students with a 83.3%, in the marital status are single with a 93.3%, in the education level as has been seen complete high school a 36.7%, the most of adolescents living with both parents a 63.3%. In how many to the socio-demographic factors of parents of adolescents: the education level of the mother reached is complete high school a 60%, the education level of the father reached is complete high school a 56.7%, the marital status of parents are separated by a 40%.

According to the type of open communication: open communication is not a 73.3% with the mother and a 90.0% with the father. According of the type of offensive communication: the 100.0% of the adolescents refer to have an offensive communication with both the father and the mother. According of the type of evocative communication: evocative communication; occurs in higher percentages with the mother in a 93.3% and with the father is 90.0%

**Conclusions.** Open communication there is not between adolescents and their parents. The offending communication is present between adolescents and their parents. The Evocative communication is present in higher percentage with the mother who with the Father.

Keywords: Family communication, abortion in adolescents, open communication, offensive communication and evocative communication.

## INTRODUCCIÓN

El aborto es la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas contando desde el primer día de la última menstruación con un peso menor de 500 gramos (1)

Es así que se tiene como objetivo general determinar el tipo de comunicación familiar en las adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica Enero a Octubre del 2016.

Y como objetivos específicos, identificar el tipo de comunicación en adolescentes que se atienden por aborto en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica Enero a Octubre del 2016, caracterizar a las adolescentes que se atienden por aborto en el hospital regional Zacarías correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016 y analizar el tipo de comunicación familiar de las adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Enero a Octubre del 2016.

Esta investigación se realiza debido a que no se han encontrado investigaciones sobre la comunicación familiar y el aborto en adolescentes en la población huancavelicana, ya que probablemente no se considera la comunicación familiar como un factor de importancia que contribuye al aborto en adolescentes.

Además, la importancia de esta investigación radica en que sus resultados permitirán proponer medidas de prevención del aborto en adolescentes mediante charlas y talleres en los diferentes colegios, escuela de padres y clases de tutoría.

Esta investigación se realiza tomando una muestra de 30 historias clínicas de adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016.

La variable de estudio es: comunicación familiar que es el instrumento de los padres e hijos que utilizan para renegociar sus roles, construyendo el medio por el cual su relación puede desarrollarse y cambiar hacia una mayor mutualidad y reciprocidad.

Como la información del presente estudio fue extraída de las historias clínicas de manera retrospectiva y los datos que se sacarían eran esenciales y fáciles de obtener pues permitió recopilar información necesaria.

Este trabajo se basa en la teoría cognitiva de Piaget que menciona A medida que las adolescentes tienden a pensar de forma más abstracta, están más capacitados para tomar decisiones que puedan contribuir a conductas saludables. Para desarrollar habilidades cognitivas y de razonamiento sólidas, las adolescentes necesitan práctica y experiencia para manejar sus nuevas experiencias y situaciones, donde los adultos deben promover estas prácticas sobre todo los padres de familia a través de la comunicación. y la teoría de la comunicación familiar una mala relación familiar implica una inadecuada comunicación familiar, así, en el principio de regulación, afirma que no puede existir comunicación que no obedezca a un cierto número mínimo de reglas, normas, convenciones, donde estas reglas son las que precisamente permiten el equilibrio del sistema de comunicación

El tipo de investigación fue de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo. para identificar el aborto en adolescentes la técnica fue el análisis documentario y el instrumento la guía de análisis

documentario para la comunicación familiar la técnica fue la encuesta y el instrumento la escala de comunicación familiar de Barnes y olson, el diseño de investigación fue descriptivo simple.

Es así que se organiza el presente informe en cuatro capítulos: En el capítulo I se aborda; el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, y justificación. En el capítulo II se aborda; los antecedentes de estudio, marco teórico, e identificación de variables. En el capítulo III se aborda; ámbito de estudio, tipo de investigación, nivel de investigación, método de investigación, diseño de investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos. En el capítulo IV se aborda; la presentación de resultados y discusión.

A partir de ello se obtienen las conclusiones y se plantean las recomendaciones.

Se presenta esta tesis con el fin de que sea un aporte al campo del conocimiento en la carrera profesional de Obstetricia.

Las Investigadoras

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Aborto es la Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr (1)

Se estima que 56 millones de abortos inducidos ocurrieron cada año en todo el mundo, la tasa anual más alta del aborto en 2010-2014 estaba en el Caribe, se estima en 65 por cada 1.000 mujeres en edad fértil, seguido de América del Sur, por 47 de cada 1.000, Las tasas más bajas se encontraban en América del Norte, a los 17 años, y Europa occidental y septentrional -tanto a los 18 años, en todas las regiones, Europa del Este experimentó la mayor caída en la tasa de aborto, de 88 a 42 en 2010-2014, La tasa global de aborto en África fue de 34 por cada 1.000 mujeres en 2010-2014, en el caso de América Latina, las tasas de aborto subregionales van desde 33 en América Central a 47 en América del Sur en 2010-2014, Las tasas de aborto en Asia van de 36 por cada 1.000 mujeres en 2010-2014 (2) de los cuales el 45 %

son familias disfuncionales donde dificulta la manera racional entre los miembros de las familias causando dificultades en las esferas biopsicosocial de las adolescentes, donde la comunicación es poca o inexistente provocando también comunicaciones conflictivas(6), la comunicación familiar no se da como antes ya que con el avance de la tecnología y diferentes medios de comunicación aumentan el interés fundamental al usar Internet que es el entretenimiento principal y en este ámbito, las páginas sobre espectáculos, música y pornografía son las más visitadas (3)

En el Perú, la tasa de abortos varía según a los departamentos encontrándose que departamentos con mayor número de casos registrados de abortos en mujeres adolescentes son: Amazonas 51% seguido por Lambayeque 41%, Madre de Dios 25%, San Martín y Loreto 24%, Pasco 21% y Ucayali 20%(8)., la comunicación y el nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante el embarazo están fuertemente relacionados con el aborto provocado, en las adolescentes (4)

En la región Huancavelica se reportó el total de abortos registrados en adolescentes en relación al total de casos por departamento de un 12.05% en la región (4). La falta de información, el miedo y las dificultades para tener acceso a los servicios de salud que experimentan las adolescentes embarazadas, las hace más vulnerables y las coloca en una situación de alto riesgo para practicar el aborto, es así como a la inequidad socioeconómica se agrega la inequidad de género. (5)

No se han encontrado investigaciones sobre la comunicación familiar y el aborto en adolescentes en la población de Huancavelicana, ya que posiblemente no se considera el tipo de comunicación familiar como un factor de importancia que contribuye al aborto en adolescentes.

Motivo por el cual se desea investigar si la comunicación familiar se relaciona con el aborto en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 PROBLEMA GENERAL**

¿Cómo es la comunicación familiar en las adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica Enero a octubre del 2016?

## **1.3 OBJETIVOS:**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el tipo de comunicación familiar en adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica Enero a Octubre del 2016

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

-Identificar el tipo de comunicación en adolescentes que se atienden por aborto en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016

-Caracterizar a las adolescentes que se atienden por aborto en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016

- Analizar el tipo de comunicación familiar de las adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN:**

Esta investigación se realizó porque actualmente el aborto en adolescentes sigue presente en la población y se ha observado en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia considerando a la comunicación familiar como uno de sus factores.

En la actualidad los jóvenes se enfrentan a un mundo globalizado en el que el tipo de vida que llevan los envuelve en el estrés y la falta de comunicación con las personas y lo más importante con la familia, lo que ocasiona que los adolescentes no tengan diálogo con los padres acerca de un tema o situación problemática(10). Por ello se busca describir el tipo de comunicación familiar en la población, los resultados y sugerencias que se encontraran se harán llegar a las autoridades de los centros de salud existentes en Huancavelica quienes podrán destinar las medidas de prevención del aborto en adolescentes mediante charlas y talleres, y a los diferentes colegios quienes podrán reforzar estos temas en la escuela de padres, clases de tutoría mediante las charlas y talleres de este modo el personal y la población podrá actuar ante situaciones que atenten contra la vida del feto y de la madre.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

Granda (6) en la Tesis Titulada “ Comunicación entre padres e hijos y su influencia en las conductas de riesgo en adolescentes en adolescentes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional Domingo Celi del Canton Catacocha periodo 2014-2015, con el objetivo : analizar la influencia entre la comunicación padres e hijos y las conductas de riesgo de los estudiantes adolescentes, mediante el tipo de investigación descriptivo sobre una muestra de 124 estudiantes , obteniéndose los siguientes resultados : según el cuestionario aplicado se obtuvo, el 69,10% poseen comunicación abierta con la madre, el 43,64% comunicación ofensiva con el padre y el 50,91% comunicación evitativa con la madre. En lo concerniente a la encuesta sobre conductas de riesgo, el 85,48% consumen alcohol, iniciando el consumo en la edades de 11-13 años, el motivo por el cual consumen, es la influencia de los amigos con el 48,39%, otra conducta de riesgo descubierta; es el inicio de relaciones sexuales con el 66,94% determinado que es el consumo de alcohol, el que los

lleva a iniciar una temprana vida sexual. Se concluye que el tipo de comunicación predominante es la comunicación abierta y evitativa, principalmente con la madre, en cambio con el padre se da la comunicación ofensiva, aunque no mayoritariamente; las conductas de riesgo en las cuales los adolescentes están vinculados, son el consumo de alcohol y el inicio de relaciones sexuales en edades tempranas, teniendo como motivo principal la influencia de los amigos: bajo esta perspectiva el tipo de comunicación familiar como desencadenante para que los adolescentes se involucren en conductas de riesgo.

Arcos (7) en la Tesis Titulada “Relación entre disfunción familiar y la búsqueda de aborto en mujeres con embarazo no deseado que asisten a consulta al centro integral de medicina familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato, en el periodo enero 2012 – marzo 2013” con el objetivo determinar la relación que existe entre disfunción familiar y la búsqueda de aborto en mujeres con embarazo no deseado, que asisten a consulta al centro integral de medicina familiar “Cimbado la ciudad de Ambato, en el periodo enero 2012 – marzo 2013, mediante el tipo de investigación correlacional sobre una muestra 86 mujeres con embarazo no deseado obteniéndose los siguientes resultados: La causa principal para la búsqueda de aborto: no tiene la edad adecuada con el 10,4%, limita sus planes futuros con el 17,4% es producto de una mala experiencia con el 3,4% es producto de una relación informal con el 12,7%, disfunción familiar con el 15,1%, problemas económicos con el 9,3%, falta de información sexual con el 6,9%, falta de apoyo por parte de la pareja con el 20,9% y en otro especifique cual se dieron respuestas como “no deseo tener hijos” “tengo otros hijos a quienes cuidar sola” y “no soy una buena madre” que equivalen al 3,4%.

La hipótesis fue verificada por medio de la fórmula de FISHER, se aplicó sobre la base de datos que tiene relación con la variable dependiente y la variable independiente. Para poder verificar la hipótesis se estratifica las respuestas, según el orden de importancia que le dieron concluyéndose en que se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula que es la presencia de disfunción familiar no es la razón más importante para la búsqueda de aborto en la mujeres con embarazo no deseado que acudieron a la consulta.

Velastegui (8) en la Tesis Titulada “ La disfunción familiar y su influencia en el aborto inducido en las adolescentes de 14 a 19 años que acuden al servicio de la maternidad en el Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo marzo 2012- agosto 2012” , con el objetivo de determinar la influencia de la disfunción familiar en el aborto inducido de las adolescentes en estudio, mediante el tipo de investigación descriptivo, explicativo y exploratorio, sobre una muestra de 80 adolescentes entre 14 y 19 años que acuden al servicio de maternidad y que estuvieron atravesando un aborto , obteniéndose los siguientes resultados que el 45 % son familias disfuncionales, el 30% a familias moderadamente disfuncionales, el 15% a familias severamente disfuncionales, mientras que el 10% son familias funcionales. donde dificulta la manera relacional entre los miembros de las familias causando dificultades en las esferas biopsicosocial de las adolescentes, donde la comunicación es poca o inexistente provocando también conflictivas influyendo en un aborto inducido, En la encuesta realizada el 69% de adolescentes manifiesta que el conocimiento sobre el aborto inducido es bajo, mientras que el conocimiento sobre el aborto inducido a nivel medio es de un 19%, y el 12% tiene un conocimiento alto sobre el aborto inducido lo que provoca el sometimiento a estos procedimientos

abortivo, En esta interrogante dicen presentar problemas de comunicación casi siempre 26% y siempre en un 41%, el 23% pertenece al 23% que muestran problemas de comunicación a veces, mientras que el 10% dice que nunca existe problemas de comunicación, De la encuesta realizada las adolescentes manifiestan en un 44% que su idea es de huir con la pareja, en un 33% abandonar la casa, en un 8% tienen la idea de morir mientras que el 15% desea casarse, En esta interrogante el 57% refiere que se practicó el proceso abortivo por presión de la pareja, el 24% dice haberlo hecho por temor a problemas en casa, el 10% por temor a ser juzgada y el 9% por temor a ser madre, En esta interrogante manifiestan que el motivo de su hospitalización fue por complicaciones en el aborto en un 47% mientras que en un 29% fue por pérdida natural del feto y en un 24% por causas distintas, De la encuesta el 39% dice conocer el tipo de aborto por succión, mientras que el aborto por dilatación y curetaje conocen en un 22%, el 16% manifiesta conocer el tipo de aborto por envenenamiento salino, el 4% conoce por aborto espontaneo, el 19% conoce el aborto mediante prostaglandinas, En esta interrogante el 29% dice haberse practicado el proceso abortivo de los 3 a 4 meses de gestación, el 47% de 2 a 3 meses de gestación, el 18 % dice que se practicó el aborto de 5 a 6 meses de gestación y el 6% más de 6 meses, En esta interrogante el 41% de las adolescentes manifiesta tener alteraciones psicológicas (culpa), el 28% dice tener conflictos familiares, el 21% abandono de la pareja y el 10% dice haber abandonado los estudios, En esta interrogante el 46% de adolescentes entrevistadas dice creer que los abortos se llevan a cabo por falta de apoyo de los padres y de sus parejas, el 24% por problemas en casa, el 10% por falta de información, el 15% por temor al futuro y por otros factores un 5% , concluyendo que el análisis de funcionalidad y disfuncionalidad familiar, podemos

deducir que la menor población sometida a investigación percibe a sus familias como severamente disfuncional; mientras que en la mayoría de los casos perciben a sus familias severamente disfuncionales; en el aspecto funcional de la familia una parte de las adolescentes consideran a sus familias como moderadamente funcional y la minoría considera que las familias son funcionales.

En cuanto a la variable aborto, llama la atención el conocimiento bajo de lo que significa el aborto ya que la mayoría de la población manifestó tener este grado de conocimiento, señalando entre los tipos a los más frecuentes como la succión y el curetaje, pero durante el proceso investigativo se notó que no distinguen las características de cada uno de estos procesos terapéuticos. Entre las intervenciones abortivas realizadas por las pacientes definen haberse practicado el curetaje, y la succión; cifra que consolida el criterio anterior.

Pesar de la aparente funcionalidad de la menor parte de la población investigada llegó a la práctica del aborto inducido, sin duda alguna esta interrogante tiene algunas aristas o factores etiopatogénicos, entre los fundamentales tenemos: la ausencia de armonía o equilibrio en la relación familiar, la ausencia de manifestaciones de cariño en el mismo porcentaje, la ausencia de solidaridad entre los miembros, la dificultad en la comunicación con parámetros alarmantes, esto determina que en las pacientes no exista muestras de afecto con relación a su familia en un elevadísimo porcentaje; sin duda alguna estos factores de una manera directa e indirecta inciden en la percepción de las pacientes en cuanto a su familia y como estas se miran dentro de la funcionalidad, generando obviamente sentimientos de soledad, abandono, vacío existencial, estados anímicos que buscan suplirlo en la relación de pareja.

Tustón (9) en la tesis titulada “ La comunicación familiar y la asertividad de los adolescentes de noveno y décimo año de educación básica del instituto tecnológico agropecuario Benjamín Araujo del Cantón Patate” con el objetivo de establecer la relación que existe entre la comunicación y la asertividad de los adolescentes de noveno y décimo año de educación básica del Instituto Tecnológico Agropecuario Benjamín Araujo del Cantón Patate, con el tipo de investigación correlacional sobre una muestra de 95 estudiantes, obteniendo los siguientes resultados Existe un mayor porcentaje de hombres que de mujeres en 9no y 10mo, del Colegio Benjamín Araujo, pues el 60% de los estudiantes son varones, mientras el 40% son mujeres el 36,7% de la población posee 14 años de edad, el 33,5 de la población posee 13 años, el 15,6% pertenece a 15 años, existe una igualdad de porcentaje entre estudiantes con edades de 12 y 16 años con un 5,5%, mientras que el 2,1% de la muestra seleccionada posee 17 años, y finalmente el 1,1% pertenece a estudiantes de 18 años., el 71,6% de los estudiantes pertenecientes al colegio Benjamín Araujo poseen un nivel socioeconómico medio, el 18,9% tienen un nivel bajo y un 9,5% goza con nivel alto, La mayor parte de la muestra seleccionada pertenece a Decimo Año de Educación Básica ocupando un 66,3% mientras que el 33,7% sobrante pertenece a Noveno Año de Educación Básica, el 73,7% de los estudiantes de la muestra seleccionada pertenecen al sector rural, mientras que el 26,3% pertenece a los estudiantes del sector urbano, el 42.2% de los adolescentes mantiene una comunicación evitativa con sus padres, el 38.9% manejan una comunicación abierta y el 18.9% maneja una comunicación ofensiva, se observa que el 21.1% de los adolescentes maneja un nivel asertivo para relacionarse con los demás, 23, 2% se relacionan de manera bastante asertiva, finalmente el 55.7% manejan un nivel poco asertivo llegando a las

siguientes conclusiones: En el estudio realizado se establece que la comunicación familiar si se relacionan con la asertividad de los adolescentes de noveno y décimo año de educación básica, hipótesis que se puede comprobar en base a los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba del Chi-cuadrado donde se obtiene un margen de error de 0,032. Porcentualmente hablando el 38.9% de los estudiantes mantiene una comunicación abierta con sus padres, y el 21.1% maneja un nivel asertivo lo que también les permite desarrollarse aceptablemente en el medio social en el que se desenvuelven.

Se considera que la comunicación es el pilar fundamental para que el ser humano interactúe como ser individual y como ser social, en base a la comunicación verbal y no verbal se satisfacen las necesidades propias y las necesidades de los demás, donde se saciara más aquel individuo que sea capaz de pertenecer de manera adecuada a determinados grupos, familiares y sociales. El estilo de comunicación más utilizado por los estudiantes de la mencionada Institución es la comunicación evitativa, la misma que impide que los estudiantes expresen con facilidad sus pensamientos y sentimientos.

El 21.1% de los adolescentes que forman parte de esta institución manejan un nivel adecuado, es decir asertivo en su diaria interacción social, consideremos además que más del 50% de los adolescentes manejan niveles inadecuados de asertividad lo que dificulta en su cotidiano vivir, generando una serie de conflictos para sí mismo y para los demás.

Con las estadísticas efectuadas y analizadas se propone la intervención psicológica para la ejecución de un programa de psicoducción enfocado en la comunicación familiar con la finalidad de

proporcionar las estrategias para mejorar el estilo de comunicación que manejan los adolescentes con sus padres y a la vez ayudar mejorar su nivel de asertividad

Oviedo (10) en la tesis titulada “ Disfunción Familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes atendidas en el servicio de ARO I, del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Aeguello (león-Nicaragua) en el periodo comprendido agosto 2007- agosto 2008, su objetivo fue determinar el grado de disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes que acuden al servicio de alto riesgo obstétrico (AROI) del hospital escuela Oscar Danilo Rosales de león Nicaragua en el periodo comprendido agosto 2007-2008. Mediante el tipo de investigación con una muestra 330 adolescentes (120 casos y 220 controles) encontrándose los siguientes resultados las variables sociodemográficas analizadas con significancia estadística de riesgo de aborto en adolescentes , sobresalen la disfunción familiar , la procedencia urbana y el antecedente familiar de licor valor de ( $p=0.000$ ) , el parámetro básico de la función familiar más afectado , sobresalen en primer lugar la participación , con una diferencia entre casos y controles de 68% , el segundo parámetro de la función familiar más afectado, resulto ser ganancia o crecimiento , con una diferencia de 53.5% , con mayor afectación de los casos. Se concluye que la disfunción familiar es un factor de riesgo de aborto en adolescentes, comprobándose nuestra hipótesis, se identificó que el riesgo se agrava si está asociado a procedencia urbana, y el antecedente familiar de licor.

Bull, Della y Periche (11) en la tesis titulada “*Factores comunicativos desencadenantes del aborto en la adolescencia*”, su objetivo fue identificar los principales factores comunicativos que conllevaron a un grupo de adolescentes a practicar el aborto en la policlínica “César Fonet Frutos” del Municipio Banes, Provincia

Holguín en el periodo comprendido de Enero –Julio del 2011, mediante el tipo de investigación descriptivo, sobre una muestra de 78 adolescentes a las que se realizó la regulación menstrual durante el periodo de estudio, seleccionamos una muestra aleatoria constituida por 45 pacientes obteniéndose los siguientes resultados Se observa la distribución de adolescentes por grupos de edades, el grupo más afectado resulto de 14 – 16 años con 32 pacientes para (71.1%). El embarazo está ocurriendo en edades más tempranas que en etapas pasadas en todos los países incluyendo el nuestro, reconociéndose el peligro y las consecuencias que repercuten en la esfera psicológica, psíquica, económica y la social de las adolescentes. Evidentes son los riesgos y las complicaciones del embarazo en edades tempranas de la vida, como la prematuridad, anemia, urosepsis, enfermedad hipertensiva gestacional, aumentan la morbilidad y mortalidad perinatal La OMS considera razonable un 10 % de partos en pacientes adolescentes. En nuestro país este indicador se encuentra entre 16 y 17 % por lo que resulta alarmante el porcentaje de embarazos en adolescentes al igual que en nuestro Municipio. Coincidiendo con otros autores como Sarmiento Rocié R. en un estudio realizado a 353 adolescente embarazadas sobre el peligro del embarazo en esta etapa de la vida concuerda con resultados similares a nuestro trabajo. Los riesgos maternos - fetales del embarazo a edades tempranas parecen deberse más bien a las condiciones socioculturales y de cuidados médicos que se les brinden, que a las condiciones fisiológicas de esta edad. El nivel cultural resultó ser preuniversitario en 33 pacientes para un (73.3%).El nivel cultural preuniversitario se identificó en nuestro trabajo como el prevaleciente, estando en relación con las

características de nuestra población , conocemos que hoy en día el mayor número de nuestras adolescentes están vinculadas a los estudios pero ello no ha determinado que nuestras féminas adquieran un elevado conocimiento sobre la importancia de evitar el embarazo en la adolescencia ,siendo importante intensificar la labor educativa con esta población si conocemos que no solo el aborto pudiera traer a menor a mayor plazo alteraciones a nivel del cuello uterino que pudieran desencadenar en una lesión de bajo o alto grado posteriormente . Coincidiendo nuestra investigación con otros autores como Meneses C y Sarmiento. Al analizar el estado civil se identifican como soltera 33 pacientes para un (73.3%). Se plantea que a medida que aumenta la edad se incrementa el número de pacientes, pero el por ciento de solteras predomina sobre las casadas y acompañadas. Datos del Dr. Klein Huellas en su estudio de 222 pacientes adolescentes en Gran Bretaña reporto un aumento espectacular de embarazos sin casamientos. Estudios de varios años acerca de las particularidades específicas del adolescente llevaron al Dr. Núñez Consuegra a reportar un índice de madres solteras cifras similares encontradas en publicaciones medicas de la IPPF. Coincidiendo nuestro trabajo con estos investigadores. El incremento del embarazo y parto en edades tempranas es un problema a nivel mundial, las estadísticas del instituto Guttmacher demuestran que las incidencias de las relaciones sexuales en adolescentes solteras se incrementaron en dos tercios durante la década del 80. Se comprobó que pertenecían a familias disfuncionales 28 adolescentes para el (62.2 %). Al analizar la funcionabilidad de las familias nos pudimos percatar de que el mayor número de nuestras adolescentes se desarrollan

en el seno de familias disfuncionales, conocemos que es importante el ambiente familiar y que junto con la educación que se adquiere en los centros escolares juegan un papel decisivo en la formación de nuestros adolescentes, en la encuesta aplicada se pudo confirmar la disfuncionalidad de estas familias, siendo importante la labor con las mismas a través del médico y la enfermera de la familia.

Estudios realizados por otros autores en diversos países europeos ha dado buen resultado la educación basada en la confianza y en el desarrollo de aptitudes naturales entre la sexualidad de hembras y varones y los mismos han experimentado la desnudez como algo natural y evidente tanto de la familia como en el círculo infantil. Luego de evaluar el grado de comunicación entre padres e hijos se pudo comprobar que 26 adolescente tenían una comunicación regular con sus padres para el (57.8%). El grado de comunicación se evaluó de regular en el mayor número de adolescentes quienes a través de la encuesta realizada nos expresaron las dificultades comunicativas que tenía con sus padres, lo que conllevó a la realización del aborto en muchos casos asistiendo a nuestra institución con terceras personas, es importante trabajar con estas familias y no solo realizar la labor educativa encaminada a preparar a los adolescentes para enfrentar la sexualidad, sino también explicarle a los padres la importancia de una buena comunicación, donde nuestros jóvenes sientan toda la confianza necesaria para expresarnos sus sentimientos y poder intervenir de forma certera. La educación para la salud debe estar encaminada a los nuevos retos que van apareciendo en el camino de nuestros adolescentes, escucharlos, prestarle toda la atención en cuanto a sus dudas y orientarlos de forma correcta, no con regaños ni amenaza de esta forma lograremos mejorar la comunicación y

orientaremos a nuestros adolescentes en cuanto al tema de la educación sexual. Los padres deben preparar a sus hijos para el encuentro con el otro sexo mediante el ejemplo, el diálogo y una buena educación general y específica en lo particular. Deben proponerse resueltamente analizar con ellos todos los aspectos de la vida familiar que interesen a sus derechos incluido lo referido a la sexualidad y a la reproducción. La mayoría de los padres no están ellos mismos bien informados y su educación arrastra rezagos de la vieja sociedad que deben superar. Tampoco es raro en su actitud hacia la relación familiar y el sexo que predomine la respuesta irracional e incluso contradicciones con la sociedad en que viven al no existir diálogo entre los progenitores y adolescentes. Estos últimos buscarán informantes menos idóneos, menos maduros y quizás menos interesados, coincidiendo con otros autores. se concluyó demostrando que el mayor porcentaje de los abortos realizados se registró dentro de los grupos etarios, entre 14 a 16 años, de nivel cultural preuniversitario y estado civil solteras, perteneciendo el mayor número de las mismas a familias disfuncionales, evaluándose de regular el proceso de la comunicación entre hijos y padres.

Chunga (12) en la tesis titulada “Nivel de satisfacción familiar y de comunicación entre padre e hija” con el objetivo de determinar los niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos universitarios, mediante el tipo de investigación descriptivo con una muestra no probabilística solo se encuesta a los estudiantes que desearon participar 1300 estudiantes de ambos sexos. Encontrándose los siguientes resultados Datos socio familiares

El 82.5% de la muestra sus edades oscilan entre los 15 años y 22 años, de los cuales se distribuyen en el primer intervalo con un 8% y en el intervalo de 19 a 22 años con un 74.5%, siendo este dato el

más significativo de todos los intervalos. La edad nos permite considerar el nivel de respuesta en cuanto a compromiso y ajuste familiar y social. El 51.8% de la muestra pertenece al género masculino y que el 48.2% pertenece al género femenino. En tal sentido, la muestra es bastante proporcional en función del género habiendo una ligera diferencia de 3.6% a favor del género masculino. Esto nos permite precisar criterios de igualdad o diferencias en la dinámica interaccional familiar en nuestra sociedad calificada como machista.

En relación al estado civil el 95.8% de la muestra son solteros. Considerando el estado civil importante en términos de satisfacción. Con respecto a la edad del padre, se encuentra que el 40.6% de los padres de la muestra estudiada tienen una edad entre los 47 - 50 años; El 22.8% de los padres de la muestra tienen una edad que oscila entre los 43 - 46 años; Un 23.1% de los padres tiene una edad entre los 39 - 42 años; un 12% de la muestra respondió en blanco respecto a la edad del padre. Y tan solo el 1.5 % de los padres tienen una edad entre los 35 - 38 años. Siendo relevante la edad por darnos el criterio de AD Adulto; y por sus funciones el criterio de adulto maduro, en cuanto a la capacidad de responder adecuadamente en los diversos sistemas en los cuales interactuamos. Con respecto a la edad de la madre, podemos observar, que el 35.8% de las madres de la muestra estudiada su edad está entre los 43 - 46 años de edad; que el 29.2% de las madres de la muestra estudiada sus edades están entre los 39 - 44 años; El 21.55% de las madres sus edades oscilan entre los 47 - 50 años; un 10.6% de la muestra no reportó la edad de la madre. Y tan solo el 2.9% de la muestra reportó que la edad de sus madres están entre los 35 - 38 años. Consideramos Son frecuente la edad en

relación con madurez y compromiso en el sistema tanto familiar, social, laboral; por criterios ya preestablecidos.

La distribución de la muestra según el estado civil de los padres. El 72.5% de la muestra refiere que sus padres son casados; el 17% de la muestra refiere que sus padres están separados; el 8.2% refiere que sus padres están divorciados; Tan solo el 1.4% son convivientes y que el 0.9% responde en blanco. Aquí, encontramos la relevancia del matrimonio como “seguridad e integración familiar”, según el Código Civil, las normas sociales y expectativas tanto de los sistemas familiares como de sistemas sociales, especialmente los más convencionales. Respecto al número de hermanos, podemos indicar que el 23% de la muestra refiere tener 2 hermanos. El 20% refiere tener 3 hermanos; el 17.8% refiere tener 4 hermanos; el 15.1% refiere tener 5 hermanos; el 13% refieren tener un hermano; el 5.7% refiere que tienen 6 hermanos; el 3.8% menciona que tienen 7 hermanos; el 1.3% dicen tener 9 hermanos y que el 0.4% refieren tener 8 hermanos.

Esto en cuanto a posibilidades de satisfacciones de la familia; que encontramos ampliamente en diversos tratados de planificación familiar. En relación al nivel de instrucción del padre, el 1.6% no tienen instrucción; el 6.5% tienen primaria incompleta; el 19.6% poseen primaria completa; el 9% tiene secundaria incompleta; el 26.5% tiene secundaria completa; un 9.2% posee estudios técnicos; el 5.1% tiene estudios superiores incompletos; el 18.2% tiene, estudios superiores completos y tan solo el 4.4% posee estudios de post grado.

Importante los niveles instruccionales en relación con los de interacción, ajuste y satisfacción, en los que socialmente se espera que a mayor instrucción le corresponde mayor responsabilidad,

ajuste y realización del sistema. El nivel de instrucción de la madre, el 6% no tiene instrucción; el 13.4% tiene primaria incompleta; el 11.8% tiene primaria completa; el 15% tiene secundaria incompleta; el 31.55 posee secundaria completa. El 11.2% tiene estudios técnicos; el 3% tiene superior incompleto y el 6.8% tiene estudios superiores completo.

Tan solo el 1.5% posee estudios de post grado. Precisando que el nivel instruccional y el de funcionalidad no necesariamente se incluyen. Respecto a la ocupación paterna, donde el 50.6% de los padres son obreros; el 8.5% de los padres son empleados; el 2.8% de los padres son técnicos independientes; 15.8% de los padres son profesionales; el 18.8% de los padres son negociantes el 0.7% están desocupados y finalmente, el 2.8% de los padres son jubilados.

Es relevante ya que el índice de ocupación tiene que ver con el de realización, destreza comunicacional, de adaptación al sistema y salud en general. En relación a la ocupación materna, el 72.8% de las madres se desempeñan como amas de casa; el 9.4% de las madres son obreras; el 0.7% de las madres son empleadas; 7.2% de las madres son profesionales; el 10.0% de las madres son negociantes. Importante la consideración del nivel ocupacional de la mujer tanto dentro del sistema familiar como fuera de él. Establecimiento de niveles diagnósticos Satisfacción Familiar. Se establece que el 52.1 % de la muestra estudiada está por debajo del promedio en la percepción de la satisfacción familiar y que el 47.9% está por encima del promedio en la percepción de la satisfacción familiar.

En forma específica, el 15% de la muestra es percibida con un nivel de percepción de la satisfacción familiar inferior y que el 37.1% es

percibido con un nivel promedio inferior. El 26.6% es percibido con un nivel promedio superior en la percepción de la satisfacción familiar. Que el 20.6% es percibido con un nivel de satisfacción familiar superior y tan solo el 0.7% es percibido con un nivel muy superior.

También se establece que el 49.8 % de la muestra estudiada está por debajo del promedio en la percepción del clima familiar y que el 51.2% está por encima del promedio en la percepción del clima familiar. En forma específica, el 22% de la muestra es percibida con un nivel promedio superior en la percepción del clima familiar inferior y que el 27.8% es percibido con un nivel promedio inferior en la percepción del clima familiar. El 35.2% es percibido con un nivel promedio superior en la percepción del clima familiar. Que el 12.8% es percibido con un nivel en la percepción del clima familiar superior y tan solo el 2.2% es percibido con un nivel muy superior en la percepción del clima familiar. Además se establece que el 43.1 % de la muestra estudiada está por debajo del promedio en la percepción de la adaptabilidad familiar y que el 52.9% está por encima del promedio en la percepción de la adaptabilidad familiar. En forma específica, el 11.9% de la muestra es percibida con un nivel en la percepción de la adaptabilidad familiar inferior y que el 31.2% es percibido con un nivel promedio inferior en la percepción de la adaptabilidad familiar. El 34.5% es percibido con un nivel promedio superior en la percepción de la adaptabilidad familiar. Que el 21.7% es percibido con un nivel en la percepción de la adaptabilidad familiar superior y tan solo el 0.7% es percibido con un nivel muy superior en la percepción de la adaptabilidad familiar. Comunicación. Se reporta que el 36.8 % de la muestra estudiada está por debajo del promedio en la percepción de la comunicación hacia el padre y que el 63.2% está por encima del promedio en la

percepción de la comunicación hacia el padre. En forma específica, el 2.8% es percibido dentro del nivel deficiente en la percepción de la comunicación hacia el padre, el 13.8% de la muestra es percibida con un nivel en la percepción de la comunicación hacia el padre inferior y que el 20.1% es percibido con un nivel promedio inferior en la percepción de la comunicación hacia el padre. El 52.2% es percibido con un nivel promedio superior en la percepción de la comunicación hacia el padre. Que el 10.8% es percibido con un nivel en la percepción de la comunicación hacia el padre superior y tan solo el 0.3% es percibido con un nivel muy superior en la percepción de la comunicación hacia el padre.

En cuanto a la Madre se establece que el 49.7 % de la muestra estudiada está por debajo del promedio en la percepción de la comunicación hacia la madre y que el 50.3% está por encima del promedio en la percepción de la comunicación hacia la madre. En forma específica, el 2.7% es percibido dentro del nivel deficiente en la percepción de la comunicación hacia la madre, el 9.6% de la muestra es percibida con un nivel en la percepción de la comunicación hacia la madre inferior y que el 40.1% es percibido con un nivel promedio inferior en la percepción de la comunicación hacia la madre. El 35.8% es percibido en un nivel promedio superior en la percepción de la comunicación hacia la madre. Que el 11.5% en la percepción de la comunicación hacia la madre con un nivel superior y tan solo el 2.9% es percibido con un nivel muy superior en la percepción de la comunicación hacia la madre. Conclusiones Respecto a identificar y describir las características socio familiares de la muestra estudiada se concluye que el 51,8% son del género masculino y el 48,2% son del género femenino; que el 74,5% de la muestra sus edades oscilan entre los 19 - 22 años; que el 95,8% de la muestra son solteros; Con relación a los datos familiares se

encuentra que el rango de número de hermanos es de 09, sin embargo el 60,8% de la muestra tienen entre dos a 4 hermanos; respecto al grado instruccional de los padres, hay un mayor porcentaje en la realización paterna que en la materna. Un mayor porcentaje en la edad de madres son más jóvenes que los padres; el 72,5% de los padres son casados y finalmente el 72,8% de las madres su ocupación es ser ama de casa mientras que el 50,6% de los padres son obreros.

Respecto a establecer los niveles diagnósticos de satisfacción familiar se concluye que el 52,1 % de la muestra estudiada está por debajo del promedio y que el 47,9% está por encima del promedio. En forma específica, el 15% de la muestra es percibida con un nivel de percepción de la satisfacción familiar inferior y que el 37,1% es percibido con un nivel promedio inferior. El 26,6% es percibido con un nivel promedio superior. El 20,6% es percibido con un nivel de satisfacción familiar superior y tan solo el 0,7% es percibido con un nivel muy superior, Con relación a los niveles diagnósticos de comunicación entre padres e hijos, se concluye en relación a la comunicación hacia el padre, el 36.8 % de la muestra estudiada está por debajo del promedio en la percepción de la comunicación hacia el padre; (el 2.8% es percibido dentro del nivel deficiente en la percepción de la comunicación hacia el padre, el 13.8% de la muestra es percibida con un nivel inferior en la percepción de la comunicación hacia el padre, y el 20.1% es percibido con un nivel promedio inferior en la percepción de la comunicación hacia el padre), el 63,2% está por encima del promedio en la percepción de la comunicación hacia el padre (el 52.2% es percibido con un nivel promedio superior en la percepción de la comunicación hacia el padre. El 10,8% es percibido con un nivel superior en la percepción de la comunicación hacia el padre, y tan solo el 0.3% es percibido

con un nivel muy superior en la percepción de la comunicación hacia el padre).

En la comunicación hacia la madre el 49,7 % de la muestra estudiada está por debajo del promedio en la percepción de la comunicación hacia la madre (el 2,7% es percibido dentro del nivel deficiente en la percepción de la comunicación hacia la madre, el 9,6% de la muestra es percibida con un nivel en la percepción de la comunicación hacia la madre inferior y que el 40.1% es percibido con un nivel promedio inferior en la percepción de la comunicación hacia la madre) y el 50.3% está por encima del promedio en la percepción de la comunicación hacia la madre, (el 35.8% es percibido con un nivel promedio superior en la percepción de la comunicación hacia la madre. El 11,5% en la percepción de la comunicación hacia la madre con un nivel superior y tan solo el 2.9% es percibido con un nivel muy superior en la percepción de la comunicación hacia la madre). Al establecerse las correlaciones entre las variables estudiadas se concluye que la satisfacción familiar y la comunicación paterna es altamente significativa mientras que con la comunicación materna hay una correlación baja; cuando se correlaciona comunicación paterna con la comunicación materna se encuentra que la correlación es baja entre ambas escalas. Al establecer comparaciones entre las variables estudiadas en función del género se concluye que existe diferencias de medias entre los sexos respecto a los puntajes obtenidos en las escalas y sub escalas aplicadas, con excepción de las sub escalas de comunicación materna.

Alzamora (13) en la tesis titulada “influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes”, con el objetivo de determinar la influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes mediante el tipo de

investigación: correlacional sobre una muestra de casos 58 adolescentes con aborto provocado y el control 58 adolescentes pareadas según edad, edad gestacional y nivel socioeconómico que acudieron a su control prenatal, encontrándose los siguientes resultados. La población estudiada estuvo conformada por adolescentes de 15 a 19 años que pertenecen al estrato socioeconómico C y D, 70% de ambos grupos realizaron o están cursando la educación secundaria. No hubo diferencias entre el estado civil de los padres, 67% eran casados y 24% convivientes en el grupo caso, mientras que 51% era casado y 34% conviviente en el grupo control ( $p < 0,05$ ).

No se encontró relación entre la presencia de violencia familiar entre los padres OR: 1,07 (IC95: 0,69-1,74), ni de el antecedente de aborto provocado en otro miembro de la familia OR: 1,14 (IC95: 0,74-1,76) con el aborto provocado adolescente (Tabla 1). La relación de confianza con los padres influye en la probabilidad de continuar con el embarazo, ya que las adolescentes que continuaron con el embarazo confían más en sus padres ( $p < ,001$ ); y hay 4,5 veces más posibilidades de abortar en aquellas adolescentes que no confían en sus padres (IC95: 1,77-12,3); es por ello que sólo 20% de los que abortaron le comunicaron por decisión propia a sus padres sobre su embarazo, a diferencia de 62% de las que continuaron con la gestación ( $p < 0,001$ ) (Tabla 2). En la tabla 3, se muestra la reacción que tuvieron los padres respecto a la noticia del embarazo (independientemente de cómo se hayan enterado), donde vemos que los casos de aborto tienen mayor riesgo (OR 14,1; IC95: 3,9-50,9) de una reacción negativa (violencia, retirarla de los estudios o hacerla trabajar) de los padres ( $p < 0,001$ ); en cambio en las adolescentes que continuaron su embarazo hubo 81% de reacciones positivas en los padres puesto que 26% manifestaron su

apoyo inmediato y 55% aceptaron la situación ( $p < 0,001$ ). Al analizar a todas las adolescentes (casos y controles) que confesaron a sus padres sobre el embarazo, se evidencia que hubo 26% de apoyo de los padres sin diferencias por grupo ( $p > 0,05$ ); sin embargo, no hubo reacciones de aceptación en los casos de aborto y tuvieron un alto porcentaje de reacciones negativas (12/32) a diferencia de los controles (9/55). En cuanto al conocimiento del embarazo por otros miembros de la familia que habitan en la misma casa, (hermanos, tíos, abuelos entre otros) tenemos que entre los familiares de 59% de las adolescentes que abortaron, ninguno se enteró del embarazo, a diferencia del 5% hallado en los controles ( $p < 0,001$ ). Es más frecuente (OR: 23,9; IC95: 12,4-208,7) la presentación de molestias y discusiones ante la noticia del embarazo en el hogar de las adolescentes que abortaron con relación a aquellas que continuaron con el embarazo (Tabla 3). En conclusión, los factores familiares que influyen en el aborto provocado son la falta de confianza hacia los padres, que se traduce en que la adolescente no cuenta su condición de embarazo a los padres, así como una reacción negativa de parte de los padres y de los demás miembros de la familia ante la noticia del embarazo. Se recomienda que el problema del aborto provocado en adolescentes se trabaje con un enfoque integral, especialmente considerando a los padres, mejorando la comunicación y confianza con sus hijos, facilitando la información sobre aspectos de sexualidad y planificación familiar con la finalidad de evitar de forma oportuna y adecuada el aborto inducido. Determino que la comunicación y el nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante el embarazo están fuertemente relacionados con el aborto provocado, en las adolescentes de Trujillo

Comettant (14) en la tesis titulada factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, instituto nacional materno perinatal, enero 2015- marzo 2016, con el objetivo de determinar los factores personales, familiares y relacionadas a la pareja que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, instituto nacional materno perinatal. Enero 2015- marzo2016, mediante el tipo de investigación correlacional, sobre una muestra en el grupo de casos estuvo comprendido por 75 adolescentes que manifestaron haber tenido un aborto inducido y que manifestaron haber tenido un aborto inducido y que se atendieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período comprendido entre enero 2015 y marzo 2016 y el grupo de controles por 75 gestantes adolescentes sin antecedente de aborto del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período comprendido entre enero 2015 y marzo 2016, temiendo los siguientes resultados Los factores personales que intervienen en la decisión de abortar son: el bajo grado de instrucción tiene un riesgo significativo con un OR de 2.688 (IC 95% 1.385-5.217), la ocupación tiene un riesgo significativo con un OR de 2.984 (IC 95% 1.535-5.798), el embarazo planificado tiene una protección significativa con un OR de 0.059 (IC 95% 0.008-0.461), el número de parejas sexuales tiene una protección significativa con un OR de 0.343 (IC 95% 0.154-0.764), el uso de métodos anticonceptivos tiene una protección significativa con un OR de 0.325 (IC 95% 0.172-0.651). Los factores familiares que intervienen en la decisión de abortar son: el estado civil de la madre tiene un riesgo significativo con un OR de 2.538 (IC 95% 1.281-5.028), el grado de instrucción de la madre tiene un riesgo significativo con un OR de 3.558 (IC 95% 1.821-6.958), el estado civil del padre tiene un riesgo significativo con un OR de 2.818 (IC 95% 1.359-5.841), la violencia familiar tiene un riesgo significativo con un OR de 7.250 (IC 95% 2.790-18.839), el ingreso familiar tiene

un riesgo significativo con un OR de 2.705 (IC 95% 1.018-7.186), los hábitos nocivos familiares tienen un riesgo significativo con un OR de 3.567 (IC 95% 1.818-6.999), el tipo de familia es un factor protector con OR de 0.244 (IC 95% 0.111-0.536) y el apoyo familiar tiene una protección significativa con un OR de 0.061 (IC 95% 0.025-0.152). Los factores relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar son: la ocupación de la pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 4.125 (IC 95% 1.101-15.446), el ingreso de la pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 4.585 (IC 95% 2.258-9.308), los hábitos nocivos de la pareja tienen un riesgo significativo con un OR de 5.254 (IC 95% 2.512-10.986), la duración de la relación antes del inicio de las relaciones sexuales con la pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 6.468 (IC 95% 2.481-16.865), el tener una relación actual con su pareja tiene una protección significativa con un OR de 0.107 (IC 95% 0.051-0.225) y el apoyo a la pareja tiene una protección significativa con un OR de 0.213 (IC 95% 0.106-0.429). Se concluye que el principal factor personal de riesgo fue el no tener ocupación y el principal factor personal protector fue el embarazo planificado. El principal factor familiar de riesgo fue la violencia familiar y el principal factor familiar protector fue el apoyo familiar. El principal factor de riesgo relacionado a la pareja fue la duración de la relación menor a 6 meses antes del inicio de las relaciones sexuales y el principal factor protector relacionado a la pareja fue el tener una relación estable con la pareja. se determinó que el principal factor personal de riesgo fue el no tener ocupación y el principal factor personal protector fue el embarazo planificado, el principal factor familiar de riesgo fue la violencia familiar y el principal factor familiar protector fue el apoyo familiar, el principal factor de riesgo relacionado a la pareja fue la duración menor a 6 meses antes del inicio de las relaciones

sexuales y el principal factor protector relacionado a la pareja fue el tener una relación estable con la pareja

Salomón (15) en la tesis titulada “Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado- instituto especializado materno, perinatal-2004”, con el objetivo de determinar la asociación de ciertos factores en la decisión del aborto en pacientes con antecedente de aborto provocado, mediante el tipo de investigación Estudio Retrospectivo, transversal, correlacional realizado en el Instituto Especializado Materno Perinatal (Mayo - Julio del 2004). Estudiamos los factores familia, pareja, económico, personal y reproductivo en la decisión del aborto provocado en mujeres con este antecedente. Se aplicó entrevistas probabilística por conveniencia a 117 mujeres (95% de confianza y error  $\pm 5$ ). Se analizó vía SPSS y Epi Info, el análisis fue a través del Chi cuadrado (significativo  $p < 0.05$ ) y OR IC95%. correlacional sobre una muestra de 117 mujeres, El 81.2% presentaron un sólo factor, 17.1% dos factores, y 1.7% tres factores. El 36.8% fue determinado por el factor pareja, 35% por el factor familia, 23% por el factor personal, 11.1% por el factor económico y por el 10.3% el factor reproductivo. En la decisión del aborto provocado, el factor económico es 25 veces más probable con tres factores. El factor familia es 8 veces más probable y el factor pareja es 6 veces más probable con dos factores, todos estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ). Los factores reproductivos y personales no fueron significativos se concluye que los factores personales de riesgo que intervienen en la decisión de abortar son el bajo grado de instrucción y el no tener ocupación y los factores personales de protección que intervienen en la decisión de abortar son el embarazo planificado, el tener menos de 2 parejas sexuales y el uso de métodos anticonceptivos. Los factores familiares de riesgo que

intervienen en la decisión de abortar son el estado civil de la madre y padre, el bajo grado de instrucción de la madre, la violencia familiar, el ingreso familiar menor al sueldo mínimo y los hábitos nocivos familiares y los factores familiares de protección que intervienen en la decisión de abortar son el tener una familia funcional y el tener el apoyo familiar. Los factores de riesgo relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar son la ausencia de ocupación de la pareja, los bajos ingresos, los hábitos nocivos y la duración de la relación menor a 6 meses antes del inicio de las relaciones sexuales y los factores protectores relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar son el tener una relación estable y el brindarle el apoyo a la pareja. Se concluye que en orden descendente, la pareja, la familia, el futuro personal, el económico y el reproductivo están determinando la decisión de un aborto provocado, en la mayoría de ellos solo se requiere la presencia de uno (81.2%) y dos factores (17.1%). se determinó que el factor pareja representa un 36.8% en la decisión de abortar seguido del factor familia representando un 35 % en la decisión de abortar.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

Esta TEORIA COGNITIVA JEAN PIGET: que consiste en habilidades cognitivas que evolucionan con el tiempo, y no aparecen en un momento predeterminado.

Los cambios cognitivos que se dan durante la pubertad hacen que las jóvenes puedan pasar del pensamiento concreto a pensamientos y conductas más abstractas. Durante esta etapa de pensamiento concreto, las adolescentes se preocupan de sí mismos y manifiestan una conducta egocéntrica. Los adolescentes tienden a

creer que son siempre el centro de atención, y tienen una “audiencia imaginaria”.

Los adolescentes tienden a soñar despiertos o a fantasear, y establecen metas no realistas sobre su futuro. El interés en sí mismos y la conducta introspectiva son comunes, y los adolescentes tienden a pasar más tiempo solo. Con frecuencia las adolescentes creen que sus problemas son únicos y que no tienen solución, por lo tanto, nadie puede comprenderlos. Durante este periodo, las adolescentes experimentan roles y fantasías con el fin de desarrollar su identidad, la cual incluye su propio concepto sobre sexualidad, identidad de género y orientación sexual.

A medida que las adolescentes tienden a pensar de forma más abstracta, están más capacitados para tomar decisiones que puedan contribuir a conductas saludables. Para desarrollar habilidades cognitivas y de razonamiento sólidas, las adolescentes necesitan práctica y experiencia para manejar sus nuevas experiencias y situaciones, donde los adultos deben promover estas prácticas sobre todo los padres de familia a través de la comunicación. (16)

LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN FORMULADA POR MARC Y PICCARD Una mala relación familiar implica una inadecuada comunicación familiar, así, en el principio de regulación, afirma que no puede existir comunicación que no obedezca a un cierto número mínimo de reglas, normas, convenciones, donde estas reglas son las que precisamente permiten el equilibrio del sistema de comunicación. (17)

Estas reglas son establecidas por los padres y son mejor aceptadas si se establecen en consenso con los hijos, sobre todo con adolescentes.

De no ser aceptadas las reglas se produce una incomunicación entre padres e hijos, lo que afecta la conducta personal y social del adolescente, originando una mayor probabilidad de consecuencias.

Esta teoría se desarrolla con los siguientes constructos:

## **2.2 COMUNICACIÓN FAMILIAR**

### **2.2.1 Definición:**

La comunicación familiar son las interacciones que establecen los miembros de una familia y que, gracias a ello, se establece el proceso de socialización o culturización que les permite desarrollar habilidades sociales que son fundamentales para el proceso de reinserción en la sociedad a la cual pertenece.

Esta comunicación va a depender de su contexto familiar, de su estructura y dinámica interna. El nivel de comunicación familiar va a depender del tipo de apertura y flexibilidad que tengan los adultos en su relación con sus hijos. (18)

Uno de los roles de los padres está referido a la comunicación que establecen entre ellos y sus hijos. Los estudios indican que el 60% de nuestras horas de vigilia, estamos hablando, leyendo, escribiendo o realizando actividades donde la comunicación juega un papel importante. (18)

La comunicación influye en la forma como nos sentimos como actuamos, así Una comunicación negativa o “mala”, hará que surjan actitudes negativas o agresivas y de desconfianza; por el contrario, si existe una “buena” comunicación, nos sentiremos

comprendidos y aceptados por los demás; pero no hay que olvidar que existe otra posibilidad, cuando no nos podemos comunicar, cuando nuestras ideas y sentimientos no son recibidos, en ese caso nos sentiremos deprimidos, agresivos e incluso incapaces. Todo esto es porque la comunicación influye en nuestro bienestar general. (18)

### **2.2.1.1 Tipos de comunicación familiar**

Encontramos los siguientes tipos de comunicación familiar

#### **2.2.2.1 Comunicación verbal:**

La comunicación efectuada mediante las palabras, ya sean escritas o habladas, se llama comunicación verbal.

#### **2.2.2.2 Comunicación no verbal:**

La comunicación que se efectúa con los gestos, el tono de voz, la postura etc. Es la comunicación que se llama no verbal o analógica

A la comunicación no verbal se le presta mucha atención y es una de las que más impacta, pues proporciona una información más fiel de lo que se quiere transmitir. (19)

### **2.2.3 Tipos de Familia**

Denomina a los tipos de familia:

#### **2.2.3.1 Familia Nuclear:**

Es el grupo formado por la madre, el padre y los hijos no adultos, que constituye una unidad diferenciada del resto de la comunidad. Entre los miembros de la familia nuclear, también denominada elemental, simple o básica, deben darse unas relaciones regulares. Unidad principal de las sociedades más avanzadas, puede formar parte de estructuras familiares más

complejas como la familia extensa, aunque a medida que ha evolucionado la división del trabajo, ésta ha ido transformándose en nuclear.

#### **2.2.3.2 Familia Extendida:**

En todo el mundo, sobre todo en las zonas rurales, las familias son un poco más grandes y forman un “clan”. Al casarse, los hijos se quedan en casa, de modo que al cabo de los años la familia está formada por abuelos, padres, madres, primos, sobrinos, nietos y hasta bisnietos. Llega un momento en que algunos miembros tienen que irse y formar una “gran familia” en otro lugar. Los matrimonios suelen estar determinados en cierto modo por la familia, y se entiende a veces como “alianzas”.

#### **2.2.3.3 Familia Compleja:**

Incluye parientes consanguíneos y allegados no consanguíneos.

#### **2.2.3.4 Familia Monoparental:**

Unidad familiar en la que sólo hay un progenitor, el padre o la madre. Desde el punto de vista antropológico los sistemas de parentesco de las sociedades preindustriales son complejos: pueden ser matrilineales (basados en la madre o en la línea femenina de herencia) o patrilineales, dando lugar a un parentesco múltiple con agrupaciones familiares extensas. Se denomina familia monoparental a un núcleo familiar de padres con hijos dependientes en donde uno de los progenitores no vive con ellos. Las dos formas más tradicionales de este tipo de familia son aquellas en las que los hijos son ilegítimos o huérfanos.

#### **2.2.3.5 Familia Monoparental Extendida:**

Un progenitor, hijos y otros parientes consanguíneos.

#### **2.2.3.6 Familia Monoparental Compleja:**

Hay un progenitor, hijos y personas allegadas no consanguíneas.

#### **2.2.3.7 Familia Unipersonal:**

Es una familia formada por un solo componente.

#### **2.2.3.8 Familia Homoparentales:**

Hijos que viven con una pareja homosexual.

#### **2.2.3.9 familia ensamblada:**

Compuesta por agregados de dos o más familias.

#### **2.2.3.10 Familia De Hecho:**

Pareja sin enlace legal. (20)

#### **2.2.1.2 Elementos de la comunicación familiar**

Menciona que para una comunicación más efectiva y satisfactoria en la familia implica

- El respeto hacia todos los integrantes de la familia.
- Tomar en cuenta lo que se dice y se escucha, considerando el momento en que se da la comunicación.
- Tener firmeza en la transmisión del mensaje.
- Considerar el papel que juegan los demás (padre, madre, hijo, etc.) y la forma de aproximación.
- No repetir mensajes insistentemente.
- Saber que decir.
- Saber escuchar.
- Reconocer a los otros mediante una actitud positiva.
- Congruencia en los mensajes verbales y no verbales (21)

### **2.2.1.3 Dimensiones de la comunicación familiar**

#### **a) Comunicación abierta**

La comunicación abierta es la capacidad de defender activamente nuestros derechos sin violar los de los demás.

Este nivel de comunicación permite a que tanto los padres como sus hijos no se inhiban a la hora de manifestar sus opiniones con respecto a cualquier tema a tratarse, transfiriendo información de manera mutua e igualitaria, donde las dos partes receptan y proporcionan información sin causar daño a ninguna de las partes.

Las ideas se defienden, las opiniones se razonan y las normas se argumentan, sin apelar al sometimiento ni provocar rechazo. Las opiniones tanto de los padres como de los hijos son consideradas como importantes y legítimas, con escuchadas y tomadas en cuenta. (9)

Cuando en una familia existe una comunicación abierta, en donde los padres se comunican positiva y efectivamente favorece el desarrollo cognitivo, emocional y social de los hijos adolescentes (22)

#### **b) Comunicación ofensiva**

Dentro de este nivel de comunicación los miembros tienen deficiencia en el aprendizaje de negociación de conflictos y en adecuados métodos de comunicación, tanto los padres como los hijos

poseen tendencia a no aceptar las críticas, a no tolerar las situaciones de crisis, es decir poseen baja tolerancia al conflicto por ende evitan enfrentamientos.

Generalmente en esta comunicación los miembros principalmente los padres tienden a evadir las responsabilidades utilizando los dobles mensajes con la finalidad de no dar respuesta a lo que les están preguntando. Las excusas son comunes dentro de esta comunicación las mismas que dificultan la comunicación en la familia. (9)

### **c) Comunicación evitativa**

Esta comunicación es dominante, impositiva, donde los padres intentan imponer sus criterios a los hijos sin tener en consideración la opinión de éstos. Existe un abuso de autoridad y dominio sobre los suyos generando confrontación entre padres e hijos.

Generalmente este tipo de comunicación se mantienen cuando el padre dominante sobrevalora y atiende en exclusiva únicamente sus propias opiniones, deseos y sentimientos, pero a la vez, desoye rechaza desprecia o resta importancia a los de los hijos.

La balanza queda desequilibrada a su favor. Su discurso suele estar plagado de advertencias, amenazas, obligaciones. Es decir, se trata de una serie de mandatos y distados que hay que cumplir a cabalidad sin posibilidad de negociación. (9)

#### **2.2.1.4 Reglas para una buena comunicación familiar**

Es importante construir las relaciones padres/hijos en positivo. Tomar conciencia sobre el valor socializador de la familia. La familia es el primer grupo social en el que el niño se mueve, sus primeras pautas de relación social se adquieren aquí bajo una gran presión afectiva esto va a formar parte del nivel más profundo de la consciencia del individuo. El niño llegará a ser como los otros le ven.

Valorar adecuadamente el peso del aprendizaje vicario. El niño aprende también por imitación, no se debe caer en el engaño de que “por una vez no importa” o creer que lo que se está haciendo mal (por ejemplo: mentir) como tiene una causa justificada para el adulto, va a ser entendido de esa manera por el niño. Es, por tanto, importante, compartir efectivamente las normas y los valores. En la medida en que es efectivo y real el punto.

El ambiente, el clima emocional en la familia, está muy relacionado con la formación de los sujetos La expresión y comprensión adecuada de sentimientos es muy importante por lo que se ha de procurar un clima de seguridad en el que el niño se sienta cómodo al expresarse. Es bueno crear un ambiente en el que todos los miembros de la familia puedan demostrar sus sentimientos afectivos, no hay que descuidar la proximidad, los abrazos, las expresiones de cariño.

Los sentimientos positivos de autopercepción se construyen desde las relaciones respetuosas entre los

individuos. Los padres no pueden exigir respeto si antes no han respetado a los jóvenes. Todo el grupo debe respetarse de forma recíproca (23).

#### **2.2.1.5 Consecuencias de una inadecuada comunicación familiar**

La falta de comunicación destruye la autoestima en los adolescentes provocándolos a buscar aceptación en ambientes inapropiados para ellos.

La inadecuada comunicación familiar propicia el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, sin protección, conllevando a un embarazo no planificado. Los adolescentes que no tienen cercanía con sus padres son los más propensos a las adicciones como al uso inmoderado de alcohol, abuso de las drogas.

Se crean sentimientos de culpabilidad.

Interacción de forma negativa y violenta.

Sufrimiento o dolor, provocando deterioro moral, psicológico e incluso de la salud física de los integrantes de la familia

Desintegración y rompimiento de las relaciones familiares (24)

### **2.2.2 ABORTO EN ADOLESCENTES**

#### **2.2.2.1 ADOLESCENCIA**

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia con los cambios puberales y se caracterizan por profundas transformaciones biológicas psicológicas sociales y muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. (25)

Define a la adolescencia como el “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de los cuidados de salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un caso especial. (26)

## **ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

### **a) ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

Se puede dividir en tres etapas

**Adolescencia Temprana** (10 a 13 años): biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

**Adolescencia Media o habitual** (14 a 16 años): es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su conocimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres,

compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten vulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

**Adolescencia Tardía** (17 a 19 años): casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; en adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”.

(26)

### 2.2.2.2 ABORTO

El Aborto es la Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr (1)

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 la que determina, en la mayoría de los casos.

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. (27)

#### A) Clasificación

Según la intencionalidad

**-Aborto inducido**, provocado o voluntario: es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Puede ocurrir en el contexto de la legalidad o ilegalidad.

**-Aborto espontáneo** o involuntario: en el cual no interviene la acción humana de forma intencionada.

#### **Según su evolución puede ser**

– Amenaza de aborto: se caracteriza por metrorragia escasa acompañada o no de dolor en hipogastrio tipo cólico

**-Aborto inminente o inevitable:** caracterizado por la irreversibilidad del proceso).

**-Aborto retenido o diferido:** en el que persiste el producto de la concepción tras la interrupción del embarazo. Una situación a tener en cuenta dentro de este, es la gestación anembrionada, que consiste en la ausencia de embrión dentro del saco gestacional. Su causa más importante es la alteración cromosómica.

**-Aborto habitual o recurrente:** pérdida de tres o más embarazos espontáneamente de forma consecutiva o cinco o más no consecutivos.

#### **Según su terminación**

-Aborto completo: el producto de la concepción es expulsado en su totalidad.

-Aborto incompleto: el producto de la concepción no es expulsado en su totalidad, quedan restos abortivos dentro de la cavidad uterina.

### **Según su edad gestacional**

– Aborto bioquímico o preclínico: es la interrupción de la gestación después de nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional (cuatro-cinco semanas de gestación).

– Aborto clínico: ocurre posterior a la gestación del saco gestacional, se divide en embrionario (de la seis a la ocho semanas gestacionales) o fetal (de la diez a la veintidós semanas gestacionales).

### **Según las consecuencias**

– Aborto no complicado.

– Aborto complicado: Infección (aborto séptico), hemorragia (28)

## **B) Etiología**

El 50% de los abortos espontáneos tienen causa conocida. Dentro de éstas pueden ser de dos tipos:

- Ovular: anomalías genéticas.
- Maternas: anatómicas.
  - Endocrinas.
  - Infecciosas.
  - Inmunológicas.
  - Ambientales y iatrogénicas.

## **C) Formas clínicas**

### **Amenaza de aborto**

Define la situación clínica de una metrorragia antes de la semana 20 de amenorrea con tamaño acorde

a la edad gestacional. El cuello uterino está cerrado y en general cursa sin dolor ni otros síntomas, salvo leves molestias abdominales de tipo menstrual o lumbalgias inespecíficas. Generalmente existe evidencia ecográfica de gestación intrauterina con desarrollo acorde a la edad gestacional.

### **Aborto inevitable:**

Se distinguen dos formas clínicas: aborto completo e incompleto. La primera define la expulsión de todo el material, con disminución del dolor y la metrorragia, cierre del cuello y contracción del útero. En el aborto incompleto no se ha expulsado todo el material y puede persistir la hemorragia con dolor abdominal intenso y cervix permeable.

### **Aborto diferido**

Es la gestación interrumpida sin expulsión del material retenido. En el examen el cervix está cerrado, pueden aparecer discretas metrorragias y el útero suele ser de menor tamaño del que correspondería por la amenorrea.

El diagnóstico se basa en la confirmación ecográfica de la ausencia

De actividad cardiaca en embriones con longitud cráneo- caudal mayor o igual a 5 mm Gestación anembrionada: El huevo huero se diagnostica ante la presencia de un saco ovular vacío de 17 mm o más sin eco embrionario en su interior o saco ovular mayor o igual a 13 mm sin vesícula vitelina,

independientemente de la clínica y la fecha de amenorrea. En la actualidad se considera como un embarazo en el que se ha producido la resorción completa del embrión más que como una gestación en la que éste no ha existido.

### **Aborto séptico**

El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anejos que se presenta tras un aborto. La infección tras aborto es un proceso ascendente y puede estar causado por una cervico vaginitis preexistente, por retención de restos abortivos que se sobre infectan y en el caso de aborto provocado, por una perforación del útero y/o otras estructuras, o por mala técnica aséptica... Es una infección polimicrobiana en relación con la flora vaginal endógena, y suele aislarse *E. coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Proteus vulgaris*, estreptococos hemolíticos como estafilococos y anaerobios. El *Clostridium perfringens* puede ocasionar un cuadro de sepsis postaborto, liberando una potente alfa-toxina tras 24-48 horas de incubación, es extremadamente grave, produciéndose hemólisis severa, trastorno de coagulación con shock o hipotensión refractaria, CID, acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda (Síndrome de Mondor).

Es un cuadro clínico definido por la aparición de fiebre, escalofrío y dolor abdominal después de un aborto. En la exploración destaca la presencia de hemorragias, leucorrea de aspecto purulento y

aumento del tamaño uterino, que muestra una consistencia blanda con dolor a la movilización cervical, pudiendo palpase una masa anexial dolorosa. (28)

#### **D) Diagnóstico diferencial**

Embarazo ectópico.

- Hemorragia uterina disfuncional con periodo de amenorrea previo.
- Enfermedad del trofoblasto (mola hidatiforme).
- Lesiones del canal vaginal.
- Patología cuello uterino y vagina (cáncer, pólipos, cervicitis). (1)

#### **E) Factores de riesgo asociados**

- Edad materna: menor de 15 años o mayor de 35 años.
- Multiparidad.
- Antecedente de aborto previo.
- Patología uterina que compromete su cavidad.
- Embarazo no deseado.
- Enfermedades crónicas (infecciosas, endocrinas).
- Malas condiciones socio-económicas (desnutrición).
- Violencia familiar.
- Intoxicaciones ambientales. (1)

## **a) Tratamiento**

### **Evacuación quirúrgica**

#### **- El legrado simple**

Es el procedimiento más sencillo de evacuación uterina. Con la paciente anestesiada y posición ginecológica, se aplica una valva vaginal y se pinza el cuello uterino, traccionando para evitar la perforación. A continuación se mide la cavidad uterina usando un histerómetro. Posteriormente, si el cuello está cerrado, se procede a su dilatación con tallos de Hegar, ésto podría evitarse si se realiza preparación cervical previa. Si por el contrario está dilatado, se introducirá directamente la cucharilla o legra, eligiendo la de mayor tamaño que quepa por el orificio cervical. Introducida hasta el fondo uterino y mediante movimiento de retorno hacia el cuello se exploran las cuatro paredes, procediendo hasta evacuar la cavidad uterina.

#### **- El legrado por aspiración**

Se practica utilizando la cánula de mayor diámetro posible, que se coloca entre el orificio cervical interno y la parte inferior del cuerpo uterino. Se pone en marcha la aspiración y, mediante movimiento de rotación, se procede a la evacuación del contenido. Cuando la cavidad aparece vacía y se aspira sangre roja espumosa se recomienda realizar una exploración con cureta para comprobar la vacuidad uterina total. Puede efectuarse hasta la semana doce-trece. (28)

## **b) Indicaciones**

### **- Amenaza de aborto**

En caso de confirmarse la viabilidad ovular no es preciso realizar tratamiento. Si la ecografía no demuestra la existencia de embrión o hay una discordancia con el tiempo de amenorrea se recomienda repetirla pasadas 2 semanas.

### **- Aborto inevitable o en curso**

El tratamiento expectante es una alternativa en el aborto en curso en fases iniciales, no complicado y ha demostrado una eficacia similar al tratamiento médico y quirúrgico. Permite una confirmación evolutiva del diagnóstico y probablemente sea la conducta más razonable en el aborto inevitable con feto vivo y sin complicaciones maternas. Si se trata de un aborto completo se recomienda la comprobación ecográfica de la vacuidad uterina, no aconsejándose en tal caso la práctica de legrado por el peligro de ocasionar un síndrome de Asherman, pudiendo emplearse como alternativa fármacos ergotónicos.

### **- Aborto diferido**

La sobreinfección de los restos ovulares retenidos puede ocasionar trastornos de la coagulación, existiendo un periodo de 4-5 semanas de latencia. El tratamiento expectante puede suponer un periodo de espera demasiado largo. En la evacuación quirúrgica puede ser aconsejable por el estado del cervix un tratamiento inicialmente médico como preparación previa al legrado.

### **- Aborto séptico**

En este caso se hace necesario el ingreso hospitalario de la paciente, monitorización, analítica completa, cultivos,

radiografías de tórax, ecografía ginecológica y tratamiento antibiótico intravenoso. La triple pauta a seguir consiste en:

- Penicilina G Sódica (4-8 millones UI cada 4-6 horas) o ampicilina (2 g cada 4-6 horas) más
- Gentamicina (1,5 mg/kg cada 8 horas) más
- Clindamicina (600 mg cada 6 horas o 900 mg cada 8 horas) o metronidazol (1 gr. cada 8-12 horas).

En los casos menos graves puede utilizarse únicamente cefoxitina (2 gr. cada 8 horas), asociando doxiciclina (100 mg cada 12 horas) si se sospecha infección por clamidias.

El tratamiento ha de individualizarse; en aquellas mujeres con temperatura inferior a 39 °C, útero pequeño, infección localizada y sin signos de shock, puede no ser necesario el tratamiento quirúrgico. Si fuera necesario dicho tratamiento quirúrgico, se procederá al legrado uterino cuando se logre la estabilización hemodinámica y siempre que el estado clínico de la paciente nos lo permita, cuando se prevea que se han conseguido los niveles séricos adecuados de antibióticos. En ocasiones puede ser necesaria la práctica de una histerectomía, sobre todo en caso de peritonitis o shock séptico rebeldes a tratamiento, útero de tamaño mayor de 16 semanas, perforación uterina, hemorragias incontrolables, aborto inducido por agentes químicos e infección por *Clostridium perfringens* (28)

### **c) Manejo de complicaciones:**

#### **SHOCK HIPOVOLEMICO:**

- Actuar con rapidez y de acuerdo con la severidad del cuadro
- Retirar prótesis u otros objetos de la boca

- Mantener oxigenación adecuada la oxigenoterapia debe ser administrada cuando existe una hipoxemia arterial PO<sub>2</sub> menor 60 mmHg administrar 6-8 Lt/min por mascarilla o cánula nasal.
- Canalizar vía intravenosa C INa 9% 1-2 litros hasta recuperar funciones vitales
- Solución de lactato ringer (4 amp en 1000cc de dextrosa al 5% en agua destilada) pasar a a chorro los 15-20 min sin necesidad de monitorizar hemodinamicamente
- Utilización de expansores plasmáticos (hemacel) pasar a chorro los primeros 15-20 min luego a 40-60 gotas por minuto.
- Transfusión de sangre fresca
- Control de administración de fluidos
- Medición de diuresis mayor de 25ml /hora sonda Foley
- Mantener la perfomance cardiaca utilizando tratamiento onotropico o vasopresor. (29)

## **SEPSIS Y SHOCK SEPTICO**

El manejo de las complicaciones del aborto:

El aborto séptico es un aborto infectado con diseminación de microorganismos y sus productos en la circulación sistémica materna.

### **ESQUEMA 1**

- Fluido terapia
- Administración de antibióticos
- Esquema 1: penicilina G sódica 4.000.000 unidades E.V. o ampicilina 1 gr E.V. c/ 6 horas cloranfenicol 1 gr E.V. c/ 8 horas
- Gentamicina 8mg IM c/ 8 horas

## **ESQUEMA 2**

- Cefalosporina de III generación 1 GR E.V C/ 12 Horas
  - Clindamicina 600 mg IM C/ 8 Horas
  - Mantener oxigenación adecuada
  - Eliminación del foco séptico
  - Evacuación uterina Mediante LU. AMEU o histerectomía
- Total (29)

## **PERFORACION UTERINA**

No es raro que se produzcan desgarros quirúrgicos del cuerpo del útero mientras se emplea sondas o al llevar a cabo una dilatación o un legrado Este accidente puede producirse no solo cuando la intervención se lleva a cabo en casos de aborto incompleto o cuando el útero se encuentra reblandecido que apenas ofrece resistencia al útero sino también en útero menopaúsicos en los que el grosor de útero disminuye considerablemente. (29)

### **Legrado Uterino**

#### **Definición:**

Consiste en la dilatación del orificio cervical y cure taje del tejido endometrial este procedimiento se realiza para obtener tejido para examen microscópico o para detener un sangrado uterino

La placenta retenida luego de un parto también puede extraérsela. Mediante dilatación y curetaje.

## **TÉCNICAS DEL LEGRADO UTERINO**

- Evacuación de la vejiga
- Pre medicación administrar sulfato de atropina 0.5 mgr por via IM 15 min antes de la intervención
- Buen examen pélvico
- Colocación de una valva o especulo
- Analgesia más sedación
- Si el cuello está abierto se procede a la intervención
- Si el cuello está cerrado se hace la dilatación progresiva con los dilatadores. (29)

### **Aspiración Manual Endouterina**

#### **Definición:**

Jeringas karman de válvula sencilla con cánulas karman flexibles de 4.5y6mm de diámetro para abortos menores de 10 semanas

Jeringas karman de válvulas doble con cánulas karman de 6 a 12 mm para abortos de 10- 12 semanas.

#### **PROCEDIMIENTOS**

- Elegir la cánula usar de modo que la adaptación de esta al orificio cervical interno sea la adecuada realizar histerometria con la misma cánula que ya se encuentra graduada tal fin.
- retirar la cánula elegida y adaptarla a la jeringa que corresponde, cerrar las válvulas y hacer el vacío fraccionado el embolo.
- Reintroducir la cánula a la jeringa hasta el tope previamente establecido.

- Una vez perdido el vacío se desconecta la jeringa sin retirar la cánula de la cavidad.
- vaciar el contenido de la jeringa y repetir el procedimiento hasta que se considere limpiada la cavidad. (29)

### **2.2.2.3 Comunicación familiar y aborto en adolescentes**

Uno de los aspectos más importantes a considerar es la crisis propia de la edad, donde el adolescente se siente desafiado por la serie de cambios que está viviendo y a la vez no sabe cómo afrontarlos, tanto los adolescentes como los padres enfrentan estos cambios, en ocasiones los padres suelen olvidar que también les tocó vivir esa etapa y comienzan a cuestionarse o en la gran mayoría a desesperarse ante la realidad de su hijo.

La formación cognitiva en un adolescente es de suma importancia ayuda a su desarrollo de competencias que permite potencializar la capacidad para transformar y emplear información de forma activa. Tanto la influencia del medio social como la del sistema familiar son entes esenciales para la formación de una percepción adecuada del yo, necesitará de un camino lleno de comprensión, comunicación, educación y afecto para saber seleccionar adecuadamente factores determinantes en su formación intrapersonal e interpersonal y a la vez reafirmen su auto concepto y eleven su autoestima, lo cual ayudará a que tenga un valor único como persona y busque un lugar en la sociedad. (9)

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. Al inicio sexual en edades tempranas se relacionan diferentes factores favorecedores, dentro de ellos se citan: la ignorancia sobre la reproducción humana que tienen los adolescentes, la mala comunicación con los padres, el desconocimiento de los padres sobre sexualidad, vivir con uno solo de los progenitores, ser hija o hijo de padres adolescentes, la influencia de los grupos de amigos, televisión, periódicos y revistas. Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra planificar un embarazo, y la decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida Futura. (30)

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, en Cuba no está penalizado, 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.

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. Si bien la mortalidad e infecciones se han reducido con el uso de los métodos farmacológicos; los sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático en su vida adulta, son un problema trascendente para tener en cuenta; no obstante, es importante señalar que la continuación de un embarazo no deseado y la experiencia de ser madre contra su voluntad, también suele tener consecuencias emocionales graves.

El aborto, en cualquier momento de la vida de una mujer, es una situación que conlleva a estrés y tensión psicológica. Este hecho ocurre en cualquier nivel o estrato social, por lo que es necesario concientizar sobre la adecuada educación sexual y evitar así embarazos no deseados y orientar sobre el riesgo preconcepcional.

Las principales razones por las que una adolescente optan por el aborto, es que tener un hijo dificultaría su educación o su trabajo, además de no sentirse preparadas para ser madres en ese momento, no querer ser madre soltera o tener Problemas de pareja, 11-13 ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja.<sup>13</sup> 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. (30)

La influencia del entorno social durante la adolescencia es fundamental en el desarrollo de estilos de vida y conductas

determinadas, más aún si se tienen en cuenta que actualmente los adolescentes crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones coitales que son muy comunes y aceptados, influyendo todo esto en las percepciones que pueda tener.

Así, la información contradictoria, la intensa exposición a los mensajes estereotipados de los medios de comunicación, el debilitamiento del entorno familiar, la insuficiente y/o distorsionada información, la ausencia de valores orientadores, y el ejercicio no responsable de su sexualidad, conduce a la adopción de estilos de vida y conductas de riesgo como el inicio de relaciones coitales a temprana edad sin medir. Las consecuencias del aborto también pueden ser psicológicas, por lo general son tardías y están referidas a sentimientos de culpabilidad, impulsos suicidas, sensación de pérdida, insatisfacción, sentimiento de luto, pesar y remordimiento, retraimiento, pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones, baja autoestima, preocupación por la muerte, hostilidad, conducta autodestructiva, ira, rabia, desesperación, desvalimiento, etc. señalar que también el aborto tiene consecuencias sociales tales como consumo de drogas, tabaco y alcohol.

Otras, adolescentes optan por abandonar la escuela y muchas veces realizar trabajos que no están acordes a su edad. A esto puede agregarse el abandono de la pareja, amigos, vecinos o familiares, especialmente si el aborto ha sido inducido. En casos extremos puede ser rechazada, aún, por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte

muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, emocional y afectivo, precisamente en el momento en que más los necesita, pues son juzgadas de haber atentado contra la vida de un ser indefenso. Lo que puede hacer que ella tome decisiones como la de escaparse de casa o intentar suicidarse. (31)

Por otro lado, es importante la familia por ser la red social, que determina, en la mayoría de los casos, el resultado del embarazo en las adolescentes. En su mayoría las investigaciones realizadas concluyen diciendo que es la falta de confianza hacia los padres lo que hace a la adolescente que no cuente su condición de embarazo por el temor a encontrar una reacción negativa tanto de los padres como de los demás miembros de la familia, y cuando esto sucede la adolescente busca por sí sola la solución, sometiéndose al aborto sin conocer las repercusiones que trae consigo hacerlo. (31)

### **2.3. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO**

Las variables a estudiar en esta investigación serán:

**2.3.1 VARIABLE DE ESTUDIO:** comunicación familiar de adolescentes que abortaron

### **2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

#### **2.4.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

##### **Comunicación familiar y aborto en adolescentes**

Son las interacciones que establecen los miembros de una familia y que, gracias a ello, se establece el proceso de socialización o culturización que les permite desarrollar habilidades sociales que son fundamentales para el proceso

de interactuar en la sociedad a la cual pertenece.

#### **2.4.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL**

**Comunicación familiar y aborto en adolescentes:**

Aplicación de escala de comunicación familiar de Barnes y Olson a adolescentes que abortaron atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica.

## 2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Índices
COMUNICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES QUE ABORTARON	Son las interacciones que establecen los miembros de una familia y que, gracias a ello, se establece el proceso de socialización o culturización que les permite desarrollar habilidades sociales que son fundamentales para el proceso de interactuar en la sociedad a la cual pertenece.	Aplicación de escala de comunicación familiar de Barnes y Olson a adolescentes que abortaron atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica.	Comunicación Abierta con el padre y madre	Escucha efectiva	Pg 3. Me presta atención cuando le hablo.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 14. Intenta comprender mi punto de vista (mi forma de ver las cosas).	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Expresión de sentimientos	Pg 9. Le demuestro con facilidad mi afecto.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Expresión de necesidades y deseos	Pg 13. Cuando le hago preguntas, me responde con sinceridad.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 17. Puedo expresarle mis verdaderos pensamientos	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Confianza	Pg 1. Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incómodo/a.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 2. Me creo lo que me dice.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)

					Pg 8. Si tuviese problemas podría contárselos.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 16. Pienso que es fácil hablarle de los problemas.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Empatía	Pg 6. Puede saber cómo me siento sin preguntármelo	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 7. Nos llevamos bien.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
			Comunicación Ofensiva con el padre y madre	Crítica	Pg 18. Cuando hablamos me pongo de mal humor.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Humillación	Pg 5. Me dice cosas que me hacen daño.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 12. Le digo cosas que le hacen daño.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 19. Intenta ofenderme cuando se enoja conmigo.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)

			Comunicación Evitativa con el padre y madre	Desconfianza	Pg 4. No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 11. Tengo mucho cuidado con lo que digo.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 15. Hay temas de los que prefiero no hablarle.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Negación de sentimientos	Pg 20. No creo que pueda decirle cómo me siento realmente en determinadas situaciones	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 10. Cuando estoy enojado, no le hablo.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)

### **CAPITULO III**

#### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO**

El proyecto de investigación se realizó en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, fundada el 27 de julio de 1964.

El Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia (HRH) se ubica en el departamento de Huancavelica, provincia de Huancavelica, distrito de Huancavelica, en el barrio de Yananaco.

Actualmente el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia es un hospital del nivel tipo II - 2 y en nivel de referencia cumple las Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales (FONE).

La vía de acceso es terrestre, con Autos y combis que son vehículos públicos de las líneas 1, 2, 5, 6, 7, 9. El tiempo promedio en llegar al Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica es de 15 minutos con un pasaje de s/ 0.80.

Además el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica es un centro de referencia cercano para los diferentes

establecimientos de salud que pertenecen a la jurisdicción de Huancavelica.

### **3.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación será de tipo descriptivo es univariado porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra, observacional: No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador y retrospectivo: Los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (32)

#### **3.2.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Nivel descriptivo simple describe fenómenos sociales o clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada. Su finalidad es describir y/o estimar parámetros. Se describen frecuencias y/o promedios y se estiman parámetros con intervalos de confianza. (33)

### **3.3. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

Para el estudio se empleó el método inductivo ya que se refiere al movimiento del pensamiento que va de los hechos particulares a afirmaciones de carácter general. El investigador científico observa y experimenta, sin ideas previas sobre los resultados, formula proposiciones o enunciados exclusivamente sobre los hechos que observa. Por consiguiente: estos enunciados son particulares (solo se refiere a la situación observada) y verdaderos (están basados en la experiencia de primera mano , no en fuente indirectas)

Esto implica pasar de los resultados obtenidos de observaciones o experimentos (que se refieren siempre a un número limitado de casos) al planteamiento de hipótesis, leyes y teorías que abarcan no solamente los casos de los que se partió, sino a otros de la misma clase; es decir generaliza los resultados (pero esta generalización no es mecánica, se apoya en las formulaciones teóricas existentes en la ciencia respectiva) y al hacer esto hay una superación, un salto en el conocimiento al no quedarnos en los hechos particulares sino que buscamos su comprensión más profunda en síntesis racionales (hipótesis, leyes, teorías) (34)

### **3.3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación tuvo como diseño el estudio descriptivo

#### **M-O**

##### ***Dónde:***

**M:** adolescentes que abortaron.

**O:** comunicación familiar

### **3.4. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO**

#### **3.4.1. POBLACIÓN**

La población estuvo conformada por todas las adolescentes que abortaron en los meses de enero a octubre del 2016 que hacen un total de 30.

### **3.4.2. MUESTRA**

En el presente estudio de investigación la muestra fue de tipo censal con un total de 30 adolescentes.

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para valorar la comunicación familiar se empleara la técnica de la encuesta y el instrumento será la escala de comunicación familiar de Barnes y Olson este instrumento se divide en dos escalas, una referida a la comunicación con la madre y otra referida a la comunicación con el padre. Ambas se componen de 20 ítems. la escala ha presentado una estructura factorial de tres dimensiones (para el padre y la madre separadamente), comunicación abierta, comunicación ofensiva y comunicación evitativa.

La Validez: La comunicación abierta entre padres y adolescentes presenta correlaciones positivas con las distintas dimensiones de la autoestima y el apoyo familiar y del amigo, y correlaciones negativas con estrés percibido y sintomatología depresiva en el hijo/a. Al contrario, los problemas de comunicación familiar correlacionan positivamente con la conducta delictiva y negativamente con las dimensiones de la autoestima y el apoyo familiar y del amigo.

Para el aborto en adolescentes la técnica será el análisis documental y el instrumento la guía de análisis documental.

### **3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

**Primero:** Se realizó el trámite administrativo a la Facultad de Ciencias de la Salud, solicitando a la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia el trámite necesario al Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, para la recolección de información y ejecución del proyecto de investigación.

**Segundo:** Con la debida autorización de la Unidad de Docencia e Investigación se acudió a la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica para la recolección de información y la respectiva ejecución del proyecto de investigación.

**Tercero:** Una vez obtenida la relación de adolescente atendida por aborto en el servicio de obstetricia, se procedió a la revisión de historias clínicas y la aplicación de la ficha de recopilación documentaria en las pacientes con diagnóstico aborto atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica en el 2016

**Cuarto:** Para la comunicación familiar se aplicó la escala de comunicación familiar de Barnes y Olson mediante visitas domiciliarias.

**Quinto:** Para el aborto se tuvo en cuenta los diagnósticos registrados en las historias clínicas.

**Sexto:** Se codificó y tabuló los datos obtenidos en hojas de cálculo en el programa Microsoft Office Excel 2013, SPSS 24.0.

### **3.7. TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se empleó el análisis con pruebas no paramétricas

#### **3.7.1. Estadística Descriptiva**

Para los resultados de la investigación se procesaran cuadros estadísticos, distribución de frecuencia simple, acumulada y porcentual.

#### **3.7.2. Programa Estadístico**

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2013 .y Software SPSS 24.0.

## **CAPITULO VI**

### **RESULTADOS**

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación de los instrumentos de escala de Barnes y Olson de comunicación familiar y ficha de análisis de aborto en adolescente que se atienden en el Hospital Regional de Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica de enero a octubre del 2016.

Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2013; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos.

#### **4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

Resultados de los tipos de comunicación familiar en las adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica Enero a octubre del 2016.

**TABLA N° 01**

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS  
ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL  
ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A  
OCTUBRE DEL 2016**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Descripción</b>	<b>fi</b>	<b>f%</b>
<b>Edad (años)</b>	15	3	10.0
	16	3	10.0
	17	2	6.7
	18	11	36.7
	19	11	36.7
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>Ocupación</b>	Estudiante	25	83.3
	Ama de casa	5	16.7
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>Estado civil</b>	Soltera	28	93.3
	Conviviente	2	6.7
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>Grado de instrucción</b>	Secundaria incompleta	10	33.3
	Secundaria completa	11	36.7
	Universitaria incompleta	8	26.7
	No universitaria incompleta	1	3.3
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>Vive con</b>	Mamá	9	30.0
	Mamá y Papá	19	63.3
	Pareja	2	6.7
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Instrumento aplicado.

En la tabla 01 Las adolescentes que presentaron aborto corresponden a las edades de 15 - 16 años con el 10%, 17 años con 6.7% y 18 – 19 años con el 36.7% , siendo su ocupación principal estudiantes con un 83.3% y amas de casa un 16.7%, en el estado civil más de la mitad de las adolescentes son solteras con un 93.3% y convivientes un 6.7%, en el grado de instrucción se observa que concluyeron sus estudios secundarios un 36.7%, continúan estudiando la secundaria un 33.3% , e iniciando el nivel superior universitaria un 26.7% y no universitaria un 3.3%, la mayoría de los adolescentes viven con ambos padrea un 63.3%, mientras solo con mamá un 30.3%% y con la pareja un 6.7%.

**TABLA N° 02**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PADRES DE LAS ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A OCTUBRE 2016**

<b>Características sociodemográficas de los padres</b>	Descripción	Frecuencia	Porcentaje
<b>Grado de instrucción de la mamá</b>	Primaria completa	3	10.0
	Secundaria incompleta	5	16.7
	Secundaria completa	18	60.0
	Universitaria completa	2	6.7
	No universitaria completa	2	6.7
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>Grado de instrucción del papá</b>	Primaria completa	1	3.3
	Secundaria incompleta	4	13.3
	Secundaria completa	17	56.7
	Universitaria completa	7	23.3
	No universitaria completa	1	3.3
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>Estado civil de los padres</b>	Casados	8	26.7
	Convivientes	10	33.3
	Separados	12	40.0
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Instrumento aplicado.

En la tabla N° 02 el grado de instrucción de la madre alcanzado es secundaria completa un 60%, secundaria incompleta un 16.7%, primaria completa un 10%, universitaria completa y no universitaria completa un 6.7%, el grado de instrucción del papá alcanzado es nivel secundario un 56.7%, universitaria completa un 23.3%, secundaria incompleta 13.3%, primaria completa y no universitaria completa en un 3.3%, el estado civil de los padres son casados un 26.7%, convivientes 33.3% y separados un 40.0%.

**TABLA N° 03**

**CARACTERÍSTICAS DEL ABORTO EN LAS ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCVELICA ENERO A OCTUBRE DEL 2016**

<b>Características del aborto en adolescentes</b>			
	Descripción	Fi	f%
<b>Edad que ocurrió el aborto</b>	15	3	10.0
	16	3	10.0
	17	2	6.7
	18	11	36.7
	19	11	36.7
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>Edad gestacional que termino el aborto</b>	4	1	3.3
	5	1	3.3
	6	1	3.3
	7	2	6.7
	8	2	6.7
	9	2	6.7
	10	9	30.0
	12	4	13.3
	14	2	6.7
	16	1	3.3
	17	3	10.0
	18	1	3.3
	21	1	3.3
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>Tipo de aborto</b>	Completo	1	3.3
	Incompleto	26	86.7
	Séptico	3	10.0
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100.0</b>
<b>Procedimiento que termino el aborto</b>	Aspiración Manual	6	20.0
	EndoUterina (AMEU)		
	Legrado Uterino (LU)	24	80.0
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

En la tabla 03 La edad más frecuente en que se dieron los abortos fueron entre 18 y19 años (36.7%) y en menor frecuencia a los 17 años (6.7%), la edad gestacional más frecuente que termino el embarazo fue a las 10 semanas (30.0%), seguido de las 12 semanas(13.3%) , 17 semanas (10%), 7- 9 y 14 semanas (6.7%) en menor frecuencia 4-6, 16 y 18, 21 semanas (3.3%), el tipo de aborto más frecuente fue el aborto incompleto (86.7%), seguido del aborto séptico (10.0%)y el aborto completo (3.3%) y el procedimiento más común realizado es el legrado uterino con un 80.0% y menos realizado el Aspiración manual endouterina con un 20.0%.

**TABLA N° 04**

**TIPO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR ABIERTA CON LOS PADRES Y  
LAS ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL  
REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCVELICA  
ENERO A OCTUBRE DEL 2016**

<b>Comunicación abierta</b>	<b>Comunicación con padres</b>			
	<b>Padre</b>		<b>Madre</b>	
	<b>fi</b>	<b>f%</b>	<b>fi</b>	<b>f%</b>
Si	3	10.0%	8	26.7%
No	27	90.0%	22	73.3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Instrumento aplicado.

En la tabla 04 La comunicación abierta con la madre es bajo en un 26.7% y 10% con el padre mientras que no se da la comunicación abierta un 73.3% con la madre y un 90% con el padre.

**TABLA N° 05**

**TIPO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR OFENSIVA CON LOS PADRES Y LAS ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A OCTUBRE DEL 2016**

Comunicación ofensiva	Comunicación con padres			
	Padre		Madre	
	fi	f%	fi	f%
Si	30	100.0%	30	100.0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Instrumento aplicado.

En la tabla 05 el 100.0% de las adolescentes refieren tener una comunicación ofensiva tanto con el padre como la madre.

**TABLA N° 06**

**TIPO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EVITATIVA CON LOS PADRES Y LAS ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A OCTUBRE DEL 2016**

Comunicación evitativa	Comunicación con padres			
	Padre		Madre	
	fi	f%	fi	f%
Si	27	90.0%	28	93.3%
No	3	10.0%	2	6.7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Instrumento aplicado.

En la tabla 06 La comunicación evitativa se da en mayores porcentajes con la madre en un 93.3% y con el padre es de 90% mientras que no se da la comunicación evitativa con la madre un 6.7% y con el padre un 10%.

## 4.2 DISCUSIÓN

Al analizar las características sociodemográficas de las adolescentes que se atiende el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia el grupo etario que presenta mayor aborto es de 18-19 años(36.7%), no concordando con Bull y colaboradores (11) donde encontró que la edades más frecuentes donde hay aborto es de 14-16 años ,Rodríguez (26) refiere que de los 14 a 16 años es la adolescencia propiamente dicha donde para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, esta diferencia probablemente se deba por ser diferente el contexto sociocultural, el estudio se realizó en Huancavelica donde generalmente inician su vida sexual en la adolescencia media y tardía por lo que los abortos se darán en estas edades y el lugar donde viven es zona urbana aun teniendo la disponibilidad de usar métodos anticonceptivos no lo hacen y no se informan.

Respecto a la ocupación y grado de instrucción los resultados reportan que la mayoría de las adolescentes son estudiantes (83.3%) y tienen secundaria completa (36.7%), no concuerda con Comenttant (14) encontró que el grado de instrucción es secundaria completa (42.7%) y no tienen ocupación (50.7%) , Prado (35) refiere que el no tener ocupación o ser estudiante son factores asociados para que se elija el aborto esto se debería a que no cuentan con los factores económicos suficientes para criar a un hijo e influiría en su futuro personal ya que la mayoría son estudiantes y tienen aspiraciones de continuar con sus estudios, probablemente no concuerden por el contexto sociocultural donde viven las adolescentes agregar grado de instrucción y las diferentes culturas a la que pertenecen.

En relación a las características sociodemográficas de los padres de las adolescentes se encontró que los resultados encontrados muestran que la mayoría de las adolescentes viven con mamá y

papá (63.3%), el estado civil de los padres son separados (40.0%) y el grado de instrucción de los padres es secundaria completa (60.0% y 56.7%) resultado similar a lo encontrado por Comenttant (14) , que refiere los adolescentes que abortaron viven solo con uno de los padres, los cuales son separados o convivientes , su grado de instrucción es secundaria completa a los cuales considera como factores familiares para que ocurra los abortos en adolescentes que concuerda con Salomón (15) que refiere que la familia, pareja , economía, futuro personal y reproductivo son factores condicionantes al aborto en las adolescentes, probablemente se concuerda porque influyen en la relación que llevan con sus padres , el grado de instrucción de los padres es importante para la comprensión y comunicación entre ellos, el ser separados los padres no llevan una buena comunicación con las hijas lo que conlleva aun embarazo no planificado y al aborto.

Al analizar las características del aborto se encontró que el tiempo de embarazo en que se produjo el aborto fue con mayor frecuencia a las 10 semanas(30.0%) de gestación, el tipo de aborto más común fue el incompleto(86.7%) y el procedimiento realizado más frecuente es el legrado uterino (80.0%) diferente a lo encontrado por Velastegui (8) que refiere que la edad gestacional más frecuente de aborto es de 14- 16 semanas, tipo de aborto es incompleto (40.0%), procedimiento más común es el aborto por succión (39%).Cocalla (29) y colaboradores refiere que La aspiración manual endo uterina es el procedimiento más común en abortos menores de 10 semanas ,el legrado uterino es un procedimiento más complejo y con más posibilidades de complicaciones dependiendo del tipo de aborto y la edad gestacional del embarazo probablemente no se concuerda por el diferente contexto social y cultural en que viven y la complejidad de sus hospitales.

Al analizar los tipos de comunicación familiar se encuentra que no se da la comunicación abierta tanto en la madre (73.3.0%) y el padre (90.0%) concordando en menor porcentaje con Tustón (9) que refiere que no hay comunicación familiar en un 62% tanto con el padre y la madre No concordando con Granda que refiere que los adolescentes tienen una comunicación abierta con el madre (69.10%) y el padre(24.54%), Al respecto Llanova (22) menciona que cuando en una familia existe comunicación abierta en donde los padres se comunican positiva y efectivamente favorece el desarrollo cognitivo, emocional y social del adolescentes. Probablemente al haber comunicación abierta en la familia los adolescentes tendrían todas esas actitudes para afrontar o prevenir esa situación del aborto.

Al analizar el tipo de comunicación ofensiva los datos reportaron que el 100% de los adolescentes refieren tener una comunicación ofensiva con sus padres esto concuerda en algo con Granda (6) que encontró en menor porcentaje que la comunicación ofensiva está presente con la madre(38.18%) y con el padre (43.64%),no concordando con Tustón (9) que refiere no haber comunicación ofensiva en un 82% tanto con el padre como la madre , refiere que por lo general que este tipo de comunicación se da en familias disfuncionales donde reinan los gritos, insultos, golpes, por la impotencia que tienen ante el dominio de su familia, En el caso de los hijos, el temor es tan grande que con el tiempo se convierten en personas tímidas, nerviosas e inseguras siendo personas fáciles de ser maltratadas y humilladas, probablemente este factor tenga que ver mucho con el aborto en adolescentes o el embarazo en adolescentes lo cual merece una investigación más profunda para determinar si es un factor de riesgo con técnicas de asociación o relación.

En cuanto a la comunicación evitativa se encontró que la comunicación con la madre es 93.3% y con el padre 90.0%

concordando en menor porcentaje con Granda, (6) que refiere que los adolescentes tienen comunicación evitativa con la madre (50.91%) que con el padre (32.73%). No concuerda con tustón (9) que refiere que solo un 18% de esta comunicación está presente en padre y en la madre, refiere que estas personas son extremadamente calladas, no pueden expresar con facilidad sus ideas, pensamientos y emociones que a la larga se convierten en una bomba de tiempo. Violentan sus derechos, no reacciona ante la adversidad de su vida, no hablan y están de acuerdo con lo que les pueden decir, es prácticamente un sumiso, en esta comunicación los miembros principalmente los padres tienden a evadir las responsabilidades utilizando los dobles mensajes con la finalidad de no dar respuesta a lo que les están preguntando. Probablemente este factor tenga que ver mucho con el aborto en adolescentes o el embarazo en adolescentes lo cual debe realizarse una investigación más profunda.

## CONCLUSIONES

- 1- El tipo de comunicación familiar en las adolescentes que abortaron en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia fue de tipo abierta con el padre en un 10 % y la madre en un 26.7%, ofensiva 100% con ambos padres y evitativa con la madre 90 %y con la madre 93.3%
- 2- Las adolescentes que abortaron atendidas en el hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica pertenecen al grupo etario de 18 a 19 años en un 36.7%, siendo estudiantes en un 83.3% y alcanzando el grado de instrucción de secundaria completa en un 36.7% e incompleta en un 33.3% y viven con ambos padres 63.3%.
- 3- Se encuentra entre las adolescentes que abortaron que no hay comunicación abierta en 9 de cada 10 adolescentes influyendo en la toma de decisiones, habilidades sociales y autoestima afectando su desarrollo cognitivo, emocional y social.
- 4- La comunicación ofensiva está presente en 10 de cada 10 adolescentes que abortaron por lo general esta comunicación se basa en que al no vivir con ambos padres se da una mala comunicación familiar.
- 5- La comunicación evitativa está presente en 9 de cada 10 adolescentes que abortaron ocasionando que la adolescente no hable, esté de acuerdo con lo que le dicen y los padres evaden sus responsabilidades.

## RECOMENDACIONES

Al centro diferenciado y centros de salud que refuercen los conocimientos sobre comunicación familiar y aborto en adolescentes

A los centros de salud y servicios diferenciados trabajar más con adolescentes de 18 a 19 años por ser este grupo etario de mayor porcentaje de abortos.

A los centros educativos, escuela de padres y servicios diferenciados promover la comunicación abierta entre las adolescentes y sus padres.

A los centros educativos, escuela de padre y servicios diferenciados detectar la comunicación ofensiva en las familias para realizar talleres y charlas promoviendo una adecuada comunicación familiar reforzando temas como una adecuada comunicación familiar, educación sexual, embarazo y aborto en adolescentes

A los centros educativos, escuela de padres y servicios diferenciados detectar la comunicación evitativa en las familias promoviendo una adecuada comunicación familiar mediante talleres, charlas y reforzando temas sobre comunicación familiar, educación sexual, los riesgos que conlleva un embarazo a una edad temprana y el aborto.

## BIBLIOGRAFIA

1. MINSA. unfpa. [Online]. lima; 2007 [cited 2016 agosto 20. Available from: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicaiconesperú7MINSA-Guiaas-Atencion-Emergencias-Obstetricas.pdf>.
2. institute g. www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-awww-es.pdf. [Online].; 2014.
3. Edison V. la disfuncion familiar y su influencia en el aborto inducido en las adolescente de 14 a19 años ue acuden ala servicio de maternidad en el hospital provincial de la tacunga en el periodo agosto 2012. titulo de psicologo clinico. ambato: univesidad tecnic de ambato, ciencias de la salud; 2012.
4. MINSA. analisis de situacion de salud de las y los adolescentes. LIMA;; 2009.
5. Cruz M. Embarazo en adolescentes y comunicacion familiar. mexico: Universidad de guadalajara, PSICOLOGIA; 2011.
6. Maria G. COMUNICACION ENTRE PADRES E HIJOS INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAR DEL RIESO DEL SEGUNDO TERCER EN LA UNIDAD EDUCATIVA FISCO MISIONAL DOMINGO SELI DEL CANTON CATACocha PERIODO 2014- 2015. TESISI PARA LA OBTENCION DE LICENCIADO DE CIENCIAS EDUCACION. ECUADAOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LOJA, EDUCACION ARTE Y LA COMUNICACION; 2015.
7. Arcos MdIA. relacion entre disfuncion familair y la busqueda de aborto en mujeres con embarazo no deseado que asisten a consulta al centro integral de madicina familiar CIMFA. investigacion. ambato: universidad tecnica de ambato, medicina; 2013.
8. Velastegui E. La disfuncion familiar y su influencia en el aborto inducido en las adolescentes de 14 a 19 años que acuden al servicio de maternidad en el Hospital Provincial General de Lacutunga en el periodo marzo 2012- agosto2012. titulo en psicologo clinico. Ambato: Universidad Tecnica de Ambato, departamento de psicologia; 2012.
9. Tustón M. La comunicacion familiar y la asertividad de los adolescentes de noveno y decimo año de educación básica del Instituto Tecnologico Agropecuario Benjamin Araujo del Canton Patate. tesis titulo profesional. Ambato: Universidad Tecnica de Ambato, psicologia; 2016.
10. Oviedo J. Disfuncion familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes atendidas en el servicio de ARO I del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (Leon Nicaragua) en el periodo comprendido agosto 2007- agosto

2008. tesis para titulo. León: Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, gineco y obstetricia; 2010.

11. Bull , Della , Periche. Factores desencadenantes del aborto en la adolescencia. tesis para titulo profesional. Holguin: ciencias sociales, ciencias sociales; 2011.
12. Chunga L. Niveles de satisfaccion familiar y de comunicacion familiar entre padres e hijos. titulo profesional. Lima: Universidad Femenina del Sagrado Corazón, psicologia; 2008.
13. Alzamora de los Godos L, Jully C. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. Perú Med Exp. salud pública. 2006 abril; III(23).
14. Comenttant M. Factores que intervienen en la decision de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015- marzo 2016. tesis para titulo profesional. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Medicina; 2016.
15. Salomón L. Factores que determinan la decision de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado - Instituto Especializado Materno Perinatal-2004. tesis para titulo profesional. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Medicina humana; 2004.
16. Rafael A. Bieno. [Online].; 2009 [cited 2016 setiembre 18. Available from: [http://paidopsiquiatria.cat/files/teorias\\_desarrollo\\_cognitivo.pdf](http://paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo.pdf).
17. Marc E, Picard D. La interaccion social. Primera ed. Marc E, Picard D, editors. Barcelona: Paidos; 2008.
18. chunga LS. Niveles de satisfaccion familiar y de comunicacion entre padre e hijos. Key Words. 2008 Enero a Diciembre;(1-15).
19. MEZA SAH. ESTILOS DE COMUNICACION QUE UTILIZAN LOS PADRES DE HIJOS ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS QUE ASITIERON AUN JUZGADO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DEL AREA METROPOLITANA. TESIS. GUATEMALA: UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR, GUATEMALA; 2014.
20. CELSO I. ASPECTO PSICOLOGICOS DE LA FAMILIA. AMBIENTE FAMILIAR Y ENFERMEDAD. TIPOS DE ESTRUCTURA FAMILIAR. ; 2013.
21. ECURED. CONOCIMIENTO CON TODOS Y PARA TODOS. ECURED. 2016 OCTUBRE;(161773).
22. Llanova L. Manual de psicologo de familia. Primera ed. Llanova L, editor. Madrid: Piramide; 2012.

23. comesaña jmc. bases para contruir una comunicacion positiva en la familia. revista de investigacion en educacion. 2011; 9(91-98).
24. TROYO MTG. ESTILOS DE COMUNICACION FAMILIAR Y SU RELACION CON LAS CONDUCTAS VIOLENTAS DE ESTUDIANTES DEL COLEGIO DE SAINT BENEDICT. TESIS. ESCUELA DE CIENCIAS DE LA EDUCACION; 2013.
25. HIGUEROS SA. ESTILOS DE COMUNICACION QUE UTILIZAN LOS PADRES DE HIJOS ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS QUE ASISTEN A UN JUZGADO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DEL AREA METROPOLITANA-. TESIS DE GRADO. GUATEMALA: UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR, GUATEMALA; 2014.
26. RODRIGUEZ R. FACTORES DE RIESGO Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EMBRAZO EN ADOLESCENTES GESTANTE PUESTO DE SALUD I-2 MUSUSA PUNCHANA, 2014. PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA. IQUITOS-PERU: PUESTO DE SALUD I-2 MUSUSA PUNCHANA, IQUITOS; 2014.
27. NORMA ISaura DOBLEDO DONIS IDLRBAJM. ABORTO EN ADOLESCENTES UN PROBLEMA DE SALUD. REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 2010; 36(409-421).
28. SEGO. FUNDAMENTOS DE OBSTETRICIA BAJO ARENAS MML, editor. MADRID; 2007.
29. COACALL A, COTACALLAPA E. perlas de obstetricia y ginecologia; 2001.
30. Dblado N, De la rosa I. Aborto en adolescentes un problema de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010 MARZO; III(36).
31. Azañedo R. Relacion entre factores sociovulturales y percepcion sobre el aborto de la adolescente de la institucion educativa maria negron ugarte. tesis para obtener el titulo profesional. peru: Universidad privada antenor orrego, Trujillo; 2014.
32. Supo J. Bioestadistico. [Online]. Lima; 2012 [cited 2016 setiembre 16. Available from: [www.seminarios.com](http://www.seminarios.com).
33. Supo J. Bioestadistico. [Online].; 2012 [cited 2016 setiembre 18. Available from: <http://www.seminarios.com>.
34. Pimienta J. Metodologia de la investigacion. quinta ed. Pimienta J, editor. Mexico: Pearson; 2012.
35. Prado LIS. factores que determinan la decision de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado- instituto especializado materno perinatal -2004. tesis para optar licenciada en obtetricia. lima: universidad mayor de san marcos, lima; 2005.

# ANEXOS

**ANEXO “A”: ARTÍCULO CIENTÍFICO**  
**“COMUNICACION FAMILIAR Y ABORTO EN ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCVELICA ENERO A OCTUBRE DEL 2016”**

Rosario Almanza Ayala<sup>1</sup> y Ethel Cencho Cencia<sup>2</sup>

1. Bachiller en Obstetricia
2. Bachiller en obstetricia

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el tipo de comunicación en las adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016

**Método:** Esta investigación fue de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo. Se realizó la revisión de 30 historias de adolescentes que abortaron el estudio fue censal. La técnica fue para valorar la comunicación familiar la técnica es la encuesta y el instrumento es la escala de comunicación familiar de Barnes y Olson para el aborto en adolescentes la técnica será el análisis documental ya el instrumento la ficha de análisis documental.

**Resultados:** En cuanto al tipo de comunicación abierta: La comunicación abierta no se da un 73.3% con la madre y un 90.0% con el padre. En cuanto al tipo de comunicación ofensiva: el 100.0% de las adolescentes refieren tener una comunicación ofensiva tanto con el padre como la madre. En cuanto al tipo de comunicación evitativa: La comunicación evitativa se da en mayores porcentajes con la madre en un 93.3% y con el padre es de 90.0%

El tipo de comunicación familiar en las adolescentes que abortaron en el hospital regional Zacarías correa Valdivia fue de tipo abierta con el padre en un 10 % y la madre en un 26.7%, ofensiva 100% con ambos padres y evitativa con la padre 90 %y con la madre 93.3%

Las adolescentes que abortaron atendidas en el hospital Zacarías correa Valdivia de Huancavelica pertenecen al grupo etario de 18 a 19 años en un 36.7%, siendo estudiantes en un 83.3% y alcanzando el grado de instrucción de secundaria completa en un 36.7% e incompleta en un 33.3% y viven con ambos padres 63.3%.

Se encuentra entre las adolescentes que

abortaron que no hay comunicación abierta en 9 de cada 10 adolescentes influyendo en la toma de decisiones, habilidades sociales y autoestima afectando su desarrollo cognitivo, emocional y social.

La comunicación ofensiva está presente en 10 de cada 10 adolescentes que abortaron por lo general esta comunicación se base que al no vivir con ambos padres se da una mala comunicación familiar.

La comunicación evitativa está presente en 9 de cada 10 adolescentes que abortaron ocasionando que la adolescente no hable, esté de acuerdo con lo que le dicen y los padres evaden sus responsabilidades.

**Palabras claves:** comunicación familiar, aborto en adolescentes, comunicación abierta, comunicación ofensiva y comunicación evitativa

### Abstract

**Objective.** Determine the type of family communication in adolescents who have had abortions at the Regional Hospital Zacarias Correa Valdivia of Huancavelica.

**Method.** The investigation was descriptive, observational and retrospective. Simple descriptive level. Used the descriptive design. The population was 30 medical history of adolescents who have an abortions. The study was census.

**Results.** The socio-demographic characteristics of the adolescents: presented abortion at ages 18 - 19 years with 36.7%, being his main occupation students with a 83.3%, in the marital status are single with a 93.3%, in the education level as has been seen complete high school a 36.7%, the most of adolescents living with both parents a 63.3%. In how many to the socio-demographic factors of parents of adolescents: the education level of the mother reached is complete high school a 60%, the education level of the father reached is complete high school a 56.7%, the marital status of parents are separated by a 40%.

According to the type of open communication: open communication is not a 73.3% with the mother and a 90.0% with the father. According of the type of offensive communication: the 100.0% of the adolescents refer to have an offensive communication with both the father and the mother. According of the type of evocative communication: evocative communication; occurs in higher percentages with the mother in a 93.3% and with the father is 90.0%

Conclusions. Open communication there is not between adolescents and their parents. The offending communication is present between adolescents and their parents. The Evocative communication is present in higher percentage with the mother who with the Father.

Keywords: Family communication, abortion in adolescents, open communication, offensive communication and evocative communication.

## Introducción:

El aborto es la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas contando desde el primer día de la última menstruación con un peso menor de 500 gramos(30).

Es así que se tiene como objetivo general determinar el tipo de comunicación familiar en las adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica Enero a Octubre del 2016.

Y como objetivos específicos, identificar y caracterizar a las adolescentes que se atienden en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia Enero a Octubre del 2016, identificar la comunicación abierta en las adolescentes que se atienden que se atienden en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Enero a Octubre del 2016, identificar la comunicación ofensiva en las adolescentes que se atienden en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Enero a Octubre del 2016 e identificar la comunicación evasiva en las adolescentes que se atienden en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Enero a Octubre del 2016.

Esta investigación se realiza debido a que no se han encontrado investigaciones sobre la comunicación familiar y el aborto en

adolescentes en la población huancavelicana, ya que probablemente no se considera la comunicación familiar como un factor de importancia que contribuye al aborto en adolescentes.

Además, la importancia de esta investigación radica en que sus resultados permitirán proponer medidas de prevención del aborto en adolescentes mediante charlas y talleres en los diferentes colegios, escuela de padres y clases de tutoría.

Esta investigación se realiza tomando una muestra de 30 historias clínicas de adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016.

La variable de estudio es: comunicación familiar que es el instrumento de los padres e hijos que utilizan para renegociar sus roles, construyendo el medio por el cual su relación puede desarrollarse y cambiar hacia una mayor mutualidad y reciprocidad.

Como la información del presente estudio fue extraída de las historias clínicas de manera retrospectiva y los datos que se sacarían eran esenciales y fáciles de obtener pues permitió recopilar información necesaria.

Este trabajo se basa en la teoría cognitiva de Piaget que menciona a medida que las adolescentes tienden a pensar de forma más abstracta, están más capacitados para tomar decisiones que puedan contribuir a conductas saludables. Para desarrollar habilidades cognitivas y de razonamiento sólidas, las adolescentes necesitan práctica y experiencia para manejar sus nuevas experiencias y situaciones, donde los adultos deben promover estas prácticas sobre todo los padres de familia a través de la comunicación. (2) y la teoría de la comunicación familiar una mala relación familiar implica una inadecuada comunicación familiar, así, en el principio de regulación, afirma que no puede existir comunicación que no obedezca a un cierto número mínimo de reglas, normas, convenciones, donde estas reglas son las que precisamente permiten el equilibrio del sistema de comunicación(3).

El tipo de investigación fue de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo. La técnica es la observación, el instrumento guía de análisis documental para la comunicación familiar la técnica es la

encuesta y el instrumento es el cuestionario el diseño descriptivo simple.

Es así que se organiza el presente informe en cuatro capítulos: En el capítulo I se aborda; el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, y justificación. En el capítulo II se aborda; los antecedentes de estudio, marco teórico, e identificación de variables. En el capítulo III se aborda; ámbito de estudio, tipo de investigación, nivel de investigación, método de investigación, diseño de investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos. En el capítulo IV se aborda; la presentación de resultados y discusión.

### Resultados:

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación de los instrumentos de escala de Barnes y Olson de comunicación familiar y ficha de análisis de aborto en adolescente que se atienden en el Hospital Regional de Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica de enero a octubre del 2016.

Tabla N°01

Comunicación abierta	Comunicación con padres			
	Padre		Madre	
	fi	f%	fi	f%
Si	3	10.0%	8	26.7%
No	27	90.0%	22	73.3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>

La comunicación abierta con la madre es bajo en un 26.7% y 10.0% con el padre mientras que no se da la comunicación abierta un 73.3% con la madre y un 90.0% con el padre

Tabla N°2

Comunicación ofensiva	Comunicación con padres			
	Padre		Madre	
	fi	f%	fi	f%
Si	30	100.0%	30	100.0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>

El 100.0% de las adolescentes refieren tener una comunicación ofensiva tanto con el padre como la madre

Tabla N°03

Comunicación evitativa	Comunicación con padres			
	Padre		Madre	
	fi	f%	fi	f%
Si	27	90.0%	28	93.3%
No	3	10.0%	2	6.7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>

La comunicación evitativa se da en mayores porcentajes con la madre en un 93.3% y con el padre es de 90.0% mientras que no se da la comunicación evitativa con la madre un 6.7% y con el padre un 10.0%.

### DISCUSIÓN

Al analizar los tipos de comunicación familiar se encuentra que no se da la comunicación abierta tanto en la madre (73.30%) y el padre (90.0%) concordando en menor porcentaje con Jara que refiere que no hay comunicación familiar en un 62% tanto con el padre y la madre No concordando con Granda que refiere que los adolescentes tienen una comunicación abierta con el madre (69.10%) y el padre(24.54%), Al respecto Llanova menciona que cuando en una familia existe comunicación abierta en donde los padres se comunican positiva y efectivamente favorece el desarrollo cognitivo, emocional y social del adolescentes, probablemente se deba a que son diferentes contextos socioculturales y una de las causa más frecuentes se deba a la desintegración familiar.

los datos reportaron que el 100.0% de los adolescentes refieren tener una comunicación ofensiva con sus padres esto concuerda en algo con Granda que encontró en menor porcentaje que la comunicación ofensiva está presente con la madre(38.18%) y el padre (43.64%),no concordando con Jara que refiere no haber comunicación ofensiva en un 82% tanto con el padre como la madre , Sarango refiere que por lo general que este tipo de comunicación se da en familias disfuncionales donde reinan los gritos, insultos, golpes, por la impotencia que tienen ante el dominio de su familia, En el caso de los hijos, el temor es tan grande que con el tiempo se convierten en personas tímidas, nerviosas e inseguras siendo

personas fáciles de ser maltratadas y humilladas, probablemente no se concuerde por ser diferentes contextos socioculturales además en el estudio se encontró que un 40% de las familias son disfuncionales siendo un factor importante para que se de este tipo de comunicación.

En cuanto a la comunicación evitativa se encontró que es más frecuente este tipo de comunicación con la madre (93.3%) que el padre (90.0%) concordando en menor porcentaje con Granda que refiere que los adolescentes tienen comunicación evitativa con la madre (50.91%) que con el padre (32.73%). No concuerda con Jarra que refiere que solo un 18% de esta comunicación está presente en padre y en la madre, Sarango refiere que estas personas son extremadamente calladas, no pueden expresar con facilidad sus ideas, pensamientos y emociones que a la larga se convierten en una bomba de tiempo. Violentan sus derechos, no reacciona ante la adversidad de su vida, no hablan y están de acuerdo con lo que les pueden decir, es prácticamente un sumiso, en esta comunicación los miembros principalmente los padres tienden a evadir las responsabilidades utilizando los dobles mensajes con la finalidad de no dar respuesta a lo que les están preguntando. Probablemente esto no concuerda ya que son diferentes contextos socioculturales además en el trabajo se encontró que la mayoría vive solo con la madre por esto se debe un alto porcentaje de comunicación evitativa con la madre además de que ella trabaja y no dedica el tiempo que debería a su hija evadiendo ciertas responsabilidades.

## CONCLUSIÓN

La comunicación abierta no se da entre las adolescentes y sus padres influyendo en la toma de decisiones, habilidades sociales y autoestima de los adolescentes afectando su desarrollo cognitivo, emocional y social.

La comunicación ofensiva está presente entre los adolescentes y sus padres por lo general esta comunicación se da en las familias disfuncionales ya que al no vivir con ambos padres se da una mala comunicación familiar.

La comunicación evitativa está presente en mayor porcentaje con la madre que con el padre ya que viven con la madre

ocasionando que la adolescente no hable, esté de acuerdo con lo que le dicen sus padres y estos evaden sus responsabilidades.

## BIBLIOGRAFIA

1. MINSA. unfpa. [Online]. lima; 2007 [cited 2016 agosto 20. Available from: [http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicaconespe\\_rú7Minsa-Guiaas-Atencion-Emergencias-Obstetricas.pdf](http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicaconespe_rú7Minsa-Guiaas-Atencion-Emergencias-Obstetricas.pdf).
2. institute g. [www.gutmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-awww-es.pdf](http://www.gutmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-awww-es.pdf). [Online].; 2014.
3. Edison V. la disfuncion familiar y su influencia en el aborto induido en las adolescente de 14 a19 años ue acuden ala servicio de maternidad en el hospital provincial de la tacunga en el periodo agosto 2012. titulo de psicologo clinico. ambato: univesidad tecnic de ambato, ciencias de la salud; 2012.
4. MINSA. analisis de situacion de salud de las y los adolescentes. LIMA;; 2009.
5. Cruz M. Embarazo en adolescentes y comunicacion familiar. mexico: Universidad de guadalajara, PSICOLOGIA; 2011.
6. María G. COMUNICACION ENTRE PADRES E HIJOS INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAR DEL RIESO DEL SEGUNDO TERCER EN LA UNIDAD EDUCATIVA FISCO MISIONAL DOMINGO SELI DEL CANTON CATACOCCHA PERIODO 2014- 2015. TESISI PARA LA OBTENCION DE LICENCIADO DE CIENCIAS EDUCACION. ECUAADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LOJA, EDUCACION ARTE Y LA COMUNICACION; 2015.
7. Arcos MdlA. relacion entre disfuncion familiar y la busqueda de aborto en mujeres con embarazo no deseado que asisten a consulta al centro integral de madicina familiar CIMFA. investigacion. ambato: universidad tecnica de ambato, medicina; 2013.
8. Velastegui E. La disfuncion familiar y su influencia en el aborto inducido en las adolescentes de 14 a 19 años que acuden al servicio de maternidad en el Hospital Provincial General de Lacutunga en el periodo marzo 2012- agosto2012. titulo en psicologo clinico. Ambato: Universidad Tecnica de Ambato, departamento de psicologia; 2012.
9. Tustón M. La comunicacion familiar y la asertividad de los adolescentes de noveno y decimo año de educación básica del Instituto Tecnologico Agropecuario Benjamin Araujo del Canton Patate. tesis titulo profesional. Ambato: Universidad Tecnica de Ambato, psicologia; 2016.
10. Oviedo J. Disfuncion familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes atendidas en el servicio de ARO I del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (Leon Nicaragua) en el periodo comprendido agosto 2007- agosto 2008. tesis para titulo. León: Universidad Nacional Autonoma de

- Nicaragua, gineco y obstetricia; 2010.
- 11 Bull , Della , Periche. Factores desencadenantes del aborto en la adolescencia. tesis para titulo profesional. Holguin: ciencias sociales, ciencias sociales; 2011.
  - 12 Chunga L. Niveles de satisfaccion familiar y de comunicacion familiar entre padres e hijos. titulo profesional. Lima: Universidad Femenina del Sagrado Corazón, psicologia; 2008.
  - 13 Alzamora de los Godos L, July C. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. Perú Med Exp. salud pública. 2006 abril; III(23).
  - 14 Comentant M. Factores que intervienen en la decision de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015- marzo 2016. tesis para titulo profesional. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Medicina; 2016.
  - 15 Salomón L. Factores que determinan la decision de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado - Instituto Especializado Materno Perinatal-2004. tesis para titulo profesional. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Medicina humana; 2004.
  - 1 Rafael A. Bieno. [Online].; 2009 [cited 2016 setiembre 18. Available from: [http://paidopsiquiatria.cat/files/teorias\\_desarrollo\\_cognitivo.pdf](http://paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo.pdf).
  - 6.
  - 17 Marc E, Picard D. La interaccion social. Primera ed. Marc E, Picard D, editors. Barcelona: Paidos; 2008.
  - 18 chunga LS. Niveles de satisfaccion familiar y de comunicacion entre padre e hijos. Key Words. 2008 Enero a Diciembre;(1-15).
  - 19 MEZA SAH. ESTILOS DE COMUNICACION QUE UTILIZAN LOS PADRES DE HIJOS ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS QUE ASITIERON AUN JUZGADO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DEL AREA METROPOLITANA. TESIS. GUATEMALA: UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR, GUATEMALA; 2014.
  - 20 CELSO I. ASPECTO PSICOLOGICOS DE LA FAMILIA. AMBIENTE FAMILIAR Y ENFERMEDAD.TIPOS DE ESTRUCTURA FAMILIAR. ; 2013.
  - 21 ECURED. CONOCIMIENTO CON TODOS Y PARA TODOS. ECURED. 2016 OCTUBRE;(161773).
  - 22 Llanova L. Manual de psicologo de familia. Primera ed. Llanova L, editor. Madrid: Piramide; 2012.
  - 23 comesaña jmc. bases para contruir una comunicacion positiva en la familia. revista de investigacion en educacion. 2011; 9(91-98).
  - 24 TROYO MTG. ESTILOS DE COMUNICACION FAMILIAR Y SU RELACION CON LAS CONDUCTAS VIOLENTAS DE ESTUDIANTES DEL COLEGIO DE SAINT BENEDICT. TESIS. ESCUELA DE CIENCIAS DE LA EDUCACION; 2013.
  - 25 HIGUEROS SA. ESTILOS DE COMUNICACION QUE UTILIZAN LOS PADRES DE HIJOS ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS QUE ASISTEN A UN JUZGADO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DEL AREA METROPOLITANA-. TESIS DE GRADO. GUATEMALA: UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR, GUATEMALA; 2014.
  - 26 RODRIGUEZ R. FACTORES DE RIESGO Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EMBRAZO EN ADOLESCENTES GESTANTE PUESTO DE SALUD 1-2 MUSUSA PUNCHANA, 2014. PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA. IQUITOS-PERU: PUESTO DE SALUD 1-2 MUSUSA PUNCHANA, IQUITOS; 2014.
  - 27 NORMA ISAURA DOBLEDO DONIS IDLRBAJM. ABORTO EN ADOLESCENTES UN PROBLEMA DE SALUD. REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 2010; 36(409-421).
  - 28 SEGO. FUNDAMENTOS DE OBSTETRICIA BAJO ARENAS MML, editor. MADRID; 2007.
  - 29 COACALL A, COTACALLAPA E. perlas de obstetricia y ginecologia; 2001.
  0. Dblado N, De la rosa I. Aborto en adolescentes un problema de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010 MARZO; III(36).
  - 31 Azañedo R. Relacion entre factores sociovulturales y percepcion sobre el aborto de la adolescente de la institucion educativa maria negron ugarte. tesis para obtener el titulo profesional. peru: Universidad pricada anterior orrego, Trujillo; 2014.
  - 32 Supo J. Bioestadistico. [Online]. Lima; 2012 [cited 2016 setiembre 16. Available from: [www.seminarios.com](http://www.seminarios.com).
  - 33 Supo J. Bioestadistico. [Online].; 2012 [cited 2016 setiembre 18. Available from: <http://www.seminarios.com>.
  - 34 Pimienta J. Metodologia de la investigacion. quinta ed. Pimienta J, editor. Mexico: Pearson; 2012.
  - 35 Prado LIS. factores que determinan la decision de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado- instituto especializado materno perinatal - 2004. tesis para optar licenciada en obtetricia. lima: universidad mayor de san marcos, lima; 2005.



**MATRIZ DE CONSISTENCIA**  
**“COMUNICACIÓN FAMILIAR Y ABORTO, EN ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCVELICA ENERO A OCTUBRE DEL 2016”**

**INVESTIGADORAS: ALMANZA AYALA, ROSARIO**

**CCENCHO CENCIA ETHEL TATIANA**

<b>FORMULACION DEL PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES DE ESTUDIO</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METODOLOGIA</b>
¿Cómo es la comunicación familiar en las adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica Enero a octubre del 2016?	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar el tipo de comunicación familiar en adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica Enero a Octubre del 2016</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>-Identificar el tipo de comunicación en adolescentes que se atienden por aborto en</p>	comunicación familiar en adolescentes que abortaron	<p>Comunicación Abierta con el padre y madre</p> <p>Comunicación Ofensiva con el padre y madre</p> <p>Comunicación Evitativa con</p>	<p>Escucha efectiva</p> <p>Expresión de sentimientos</p> <p>Expresión de necesidades y deseos</p> <p>Confianza</p> <p>Empatía</p> <p>Crítica</p> <p>Humillación</p> <p>Desconfianza</p> <p>Negación de sentimientos</p>	<p><b>Tipificación de la Investigación:</b> descriptivo, observacional y retrospectivo</p> <p><b>Nivel de investigación:</b> descriptivo simple</p> <p><b>Método de investigación:</b> inductivo</p> <p><b>Diseño de investigación</b></p> <p>La presente investigación tuvo como diseño el estudio descriptivo</p> <p style="text-align: center;"><b>M-O</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Dónde:</b></p> <p><b>M:</b> adolescentes que abortaron.  <b>O:</b> comunicación familiar</p> <p><b>Población:</b> La población estuvo conformada por todas las adolescentes</p>

	<p>el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016</p> <p>-Caracterizar a las adolescentes que se atienden por aborto en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016</p> <p>- Analizar el tipo de comunicación familiar de las adolescentes que abortaron en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016</p>		<p>el padre y madre</p>		<p>que abortaron en los meses de enero a octubre del 2016 que hacen un total de 30.</p> <p><b>Muestra:</b> En el presente estudio de investigación la muestra fue de tipo censal.</p> <p><b>técnica de recolección de datos</b></p> <p>Para valorar la variable comunicación familiar se empleara la técnica de la encuesta y el instrumento se tomara el cuestionario comunicación familiar de barnes y olson</p> <p>Para la variable aborto en adolescentes la técnica será el análisis documentario y el instrumento la guía de análisis documentario.</p> <p><b>Técnica de procesamiento y análisis de datos:</b></p> <p>estadística descriptiva:</p> <p>cuadros estadísticos: de doble entrada o de contingencia, distribución de frecuencia simple, porcentual y acumulada</p> <p><b>Tipo de gráficos:</b> barras simples, acumuladas y de dispersión, media mediana y moda, desviación estándar, varianza, coeficiente de varianza y rango.</p>
--	---	--	-------------------------	--	--

					<p><b>Inferencia estadística:</b></p> <p>Programas estadísticos:</p> <p>Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2013 .y Software SPSS 24.0.</p>
--	--	--	--	--	--

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Índices
COMUNICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES QUE ABORTARON	Son las interacciones que establecen los miembros de una familia y que, gracias a ello, se establece el proceso de socialización o culturización que les permite desarrollar habilidades sociales que son fundamentales para el proceso de interactuar en la sociedad a la cual pertenece.	Aplicación de escala de comunicación familiar de Barnes y Olson a adolescentes que abortaron atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica.	Comunicación Abierta con el padre y madre	Escucha efectiva	Pg 3. Me presta atención cuando le hablo.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 14. Intenta comprender mi punto de vista (mi forma de ver las cosas).	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Expresión de sentimientos	Pg 9. Le demuestro con facilidad mi afecto.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Expresión de necesidades y deseos	Pg 13. Cuando le hago preguntas, me responde con sinceridad.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 17. Puedo expresarle mis verdaderos pensamientos	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Confianza	Pg 1. Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incómodo/a.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 2. Me creo lo que me dice.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)

					Pg 8. Si tuviese problemas podría contárselos.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 16. Pienso que es fácil hablarle de los problemas.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Empatía	Pg 6. Puede saber cómo me siento sin preguntármelo	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 7. Nos llevamos bien.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
			Comunicación Ofensiva con el padre y madre	Crítica	Pg 18. Cuando hablamos me pongo de mal humor.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Humillación	Pg 5. Me dice cosas que me hacen daño.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 12. Le digo cosas que le hacen daño.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 19. Intenta ofenderme cuando se enoja conmigo.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Desconfianza	Pg 4. No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)

			Comunicación Evitativa con el padre y madre		Pg 11. Tengo mucho cuidado con lo que digo.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 15. Hay temas de los que prefiero no hablarle.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
				Negación de sentimientos	Pg 20. No creo que pueda decirle cómo me siento realmente en determinadas situaciones	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)
					Pg 10. Cuando estoy enojado, no le hablo.	Nunca(1), Pocas veces(2), Algunas veces(3), Muchas veces(4), Siempre(5)

**DOCUMENTOS  
SUSTENTATORIOS DE LA  
EJECUCION DEL PROYECTO**

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los once días del mes de enero a las 16:00 horas del año 2017 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Bachiller:

Almanza Ayala Rosario y Ccencho Cencia Ethel Tatiana

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Lina Yubana Cárdenas Pineda  
 Secretario : Mg. Rosibel Juana Muñoz De la Torre  
 Vocal : Mg. Jenny Mendoza Vilcahuamán.

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

"Comunicación Familiar y Aborto en Adolescentes que se atienden en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica enero a octubre del 2016"

Presentado por el (la) Bachiller:  
Almanza Ayala Rosario y Ccencho Cencia Ethel Tatiana

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 387-2016-CPES-VEAC-UUNI concluyendo a las 17:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por Mayoría

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 11 de enero de 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 PRESIDENTE  
Obsta. Lina Yubana Cárdenas Pineda

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 OBSTETRICIA  
Mg. Rosibel Juana Muñoz de la Torre

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 DECANATO  
Coordinación  
 VºBº COORDINACIÓN

VOCAL  
Mg. Jenny Mendoza Vilcahuamán

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 SECRETARIA DOCENTE  
SECRETARIA DOC.



"AÑO INTERNACIONAL DEL TURISMO SOSTENIBLE PARA EL DESARROLLO"



003

**EL QUE SUSCRIBE, DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAVELICA A TRAVÉS DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN:**

**HACE CONSTAR:**

Que las señoritas **CCENCHO CENCIA, Ethel Tatiana** y **ALMANZA AYALA, Rosario**, han realizado la ejecución del Plan de Tesis titulado: **"COMUNICACIÓN FAMILIAR Y ABORTO EN ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAVELICA, ENERO A OCTUBRE DEL 2016"**, a partir del 24 de Noviembre al 02 de Diciembre del 2016, cumpliendo satisfactoriamente lo establecido en su protocolo de investigación, a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica.



Se expide la presente constancia a petición del interesado, para los fines que estime por conveniente.

Huancavelica, 17 de Enero del 2017.

Atentamente;

  
  
**C. JULIO CESAR ALVAREZ LEÓN**  
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL  
"ZACARIAS-CORREA VALDIVIA DE HVCA"



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
(CREADA POR LEY N° 25265)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 221-2016-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica 15 de agosto del 2016.

VISTOS:

El Oficio N° 396-2016-EPO-FCS-VRAC/UNH, con hoja de trámite N° 900 (10.08.2016), mediante el cual la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia solicita emisión de resolución de designación de Asesor y coasesor para el Proyecto de Tesis, titulado: "COMUNICACIÓN FAMILIAR Y ABORTO, EN ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A JUNIO 2016", presentado por las estudiantes: ALMANZA AYALA, Rosario y CCENCHO CENCIA, Ethel Tatiana, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al Artículo 34° del Estatuto de la UNH, las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, de fecha 16 de Julio del año 2008, se crea la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, de conformidad al Artículo 14°, del Reglamento Especifico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, aprobado con Resolución N° 002-2009-FCS-VRAC-UNH (21.08.2009) y ratificado en Consejo Universitario con Resolución N° 0836-2009-R-UNH (14.10.2009) y Artículo 17° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado con Resolución N° 500-2005-R-UNH (30.09.2005), el interesado puede optar por única vez el Título Profesional por una de las modalidades, entre ellas la presentación y sustentación de un trabajo de investigación científica (tesis).

Que, en concordancia al Artículo 22° del Reglamento Especifico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia y al Artículo 24° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el Proyecto de Investigación será presentado por duplicado a la Dirección de la E. P. de Obstetricia, solicitando designación del Docente Asesor. El Director de la Escuela designará al docente asesor en un plazo no menos de cinco días hábiles, y comunicará al Coordinador para que este emita la resolución de designación de Asesor.

Que, con Oficio N° 394-2016-EPO-FCS-VRAC/UNH, con hoja de trámite N° 904 (10.08.2016), la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia solicita emisión de Resolución de Asesor y coasesor, adjuntando un ejemplar del Proyecto de Tesis "COMUNICACIÓN FAMILIAR Y ABORTO, EN ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A JUNIO 2016", presentado por las estudiantes: ALMANZA AYALA, Rosario y CCENCHO CENCIA, Ethel Tatiana; siendo designada como docente asesor, el Mg. Leonardo LEYVA YATACO y coasesor Obsta. Liliana ENRIQUEZ NATEROS.

Que, de conformidad con lo establecido por el Estatuto Interno de la Universidad, es potestad de la autoridad competente, emitir el acto administrativo correspondiente;





UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
 (CREADA POR LEY N° 25265)  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 221-2016-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica 15 de agosto del 2016.

SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.** - DESIGNAR, al Mg. Leonardo LEYVA YATACO como docente asesor y Obsta. Liliana ENRIQUEZ NATEROS coasesor del Proyecto de Tesis "COMUNICACIÓN FAMILIAR Y ABORTO, EN ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A JUNIO 2016", presentado por las estudiantes: ALMANZA AYALA, Rosario y CCENCHO CENCIA, Ethel Tatiana.

**ARTÍCULO SEGUNDO.**- REMÍTASE, la presente Resolución a la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, interesadas y docente asesor, para su conocimiento y fines correspondientes.

Regístrase, Comuníquese y Archívese



Mg. LEONARDO LEYVA YATACO  
 Facultad de Ciencias de la Salud  
 Decano (e)



Mg. Gabriela ORDÓÑEZ CCORA  
 Facultad de Ciencias de la Salud  
 Secretaria Docente (e)

Cc.

- FCS
- EPO
- Asesor
- Interesados
- Archivo
- LLY/goc



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
(CREADA POR LEY N° 25265)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 285-2016-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica 18 de octubre del 2016.

VISTOS:

El Oficio N° 519-2016-EPO-FCS-VRAC/UNH, de fecha 18 de octubre del 2016, remitido por la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia, con hoja de trámite 1177, de Decanatura (18.10.2016), sobre designación de Jurados de proyectos de tesis, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al Artículo 34° del Estatuto de la UNH, las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, de fecha 16 de Julio del año 2008, se crea la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, de conformidad al Artículo 16° del Reglamento Especifico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, aprobado con Resolución N° 215-2010-FCS-VRAC-UNH y ratificado en Consejo Universitario con Resolución N° 260-2011-R-UNH de fecha 04 de abril del 2011; y el Artículo 17° del Reglamento de Grados y Títulos vigente, de la Universidad Nacional de Huancavelica, el interesado puede optar por única vez el Título Profesional por una de las modalidades, entre ellas la presentación y sustentación de un trabajo de investigación científica (tesis).



Que, en concordancia a los Artículos 30°, 31° y 32° del Reglamento Especifico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia y a los Artículos 25° y 31° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el proyecto de investigación, aprobado por el Asesor, será presentado en triplicado por el o los interesados a la Dirección de la Escuela, con una solicitud de designación del Jurado Calificador del Proyecto. El Director de Escuela designa a tres docentes ordinarios afines con el tema de investigación, como Jurado Calificador, siendo presidido por el docente de mayor categoría y/o mayor antigüedad; debiendo remitir esta designación a la Coordinadora de la Facultad, para que emita la Resolución correspondiente. Así mismo, el jurado designado, después de revisar el trabajo de investigación emitirá el informe respectivo de aprobación o desaprobación, adjuntando el acta correspondiente en un plazo no mayor de 10 días hábiles, el trabajo de investigación aprobado será remitido a la coordinación de Facultad para que éste emita la Resolución de aprobación e inscripción, previa ratificación de Consejo de Facultad, caso contrario será devuelto para su corrección. Una vez aprobado el graduando procederá a desarrollar el trabajo de investigación con la orientación del docente Asesor.



Que, con Oficio N° 519-2016-EPO-FCS-VRAC/UNH, de fecha 18 de octubre del 2016, la Directora de la E.P. de Obstetricia remite propuesta de terna de Jurados para revisión y aprobación de Proyectos de investigación.

Que, de conformidad con lo establecido por el Estatuto Interno de la Universidad, es potestad de la autoridad competente, emitir el acto administrativo;



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
(CREADA POR LEY N° 25265)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 387-2016-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 29 de diciembre de 2016.

**VISTOS:**

El Oficio N° 611-2016-EPO-FCS-VRAC/UNH, de fecha 29 de diciembre del 2016, con hoja de trámite 1413, sobre designación de Jurados, para revisión del informe de investigación Titulado "COMUNICACIÓN FAMILIAR Y ABORTO EN ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A OCTUBRE DEL 2016", presentado por las estudiantes: ALMANZA AYALA, Rosario y CCENCHO CENCIA, Ethel Tatiana y;

**CONSIDERANDO:**

Que, de conformidad al Artículo 34° del Estatuto de la UNH, las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, de fecha 16 de Julio del año 2008, se crea la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, de conformidad al Artículo 16° del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, aprobado con Resolución N° 215-2010-FCS-VRAC-UNH y ratificado en Consejo Universitario con Resolución N° 260-2011-R-UNH de fecha 04 de abril del 2011; y el Artículo 17° del Reglamento de Grados y Títulos vigente, de la Universidad Nacional de Huancavelica, el interesado puede optar por única vez el Título Profesional por una de las modalidades, entre ellas la presentación y sustentación de un trabajo de investigación científica (tesis).

Que, en concordancia a los Artículos 39°, 40° y 42° del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia y a los Artículos 37°, 38° y 39° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el jurado calificador designado por la Escuela Académico Profesional de Obstetricia estará integrado por docentes ordinarios de la especialidad o afin con el tema de investigación, el cual será presidido por el docente de mayor categoría y/o antigüedad. La Escuela comunicará a la Coordinación de la Facultad, para que ésta emita la Resolución correspondiente. El jurado designado que de preferencia deberá ser el mismo que aprobó el Proyecto, después de revisar el trabajo de investigación dictaminará en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles, disponiendo su pase a sustentación o devolución para su complementación y/o corrección, con el informe y acta respectiva a Dirección de Escuela. Si el graduado es declarado Apto para sustentación (por unanimidad o mayoría), solicitará al Coordinador de la Facultad, que fije lugar, fecha y hora para la sustentación.

Que con Oficio N° 611-2016-EPO-FCS-VRAC/UNH, de fecha 29 de diciembre del 2016, con hoja de trámite 1413, sobre designación de Jurados, para revisión del informe de investigación Titulado "COMUNICACIÓN FAMILIAR Y ABORTO EN ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A OCTUBRE DEL 2016", presentado por las estudiantes: ALMANZA AYALA, Rosario y CCENCHO CENCIA, Ethel Tatiana; donde propone a **PRESIDENTE:** Mg. Lina Yubana CARDENAS PINEDA, **SECRETARIO:** Mg. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE, **VOCAL:** Mg. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN y **ACCESITARIO:** Mg. Gabriela ORDOÑEZ CCORA.

Que, de conformidad con lo establecido por el Estatuto Interno de la Universidad, es potestad de la autoridad competente, emitir el acto administrativo;





UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
(CREADA POR LEY N° 25265)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 350-2016-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 13 de diciembre de 2016.

VISTOS:

El Oficio N° 526-2016-EPO-FCS-VRAC/UNH, de fecha 19 de octubre del 2016, con hoja de trámite N° 1187 del 19 de octubre del 2016, sobre emisión de resolución de aprobación e inscripción del Proyecto de Tesis "COMUNICACIÓN FAMILIAR Y ABORTO EN ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A OCTUBRE DEL 2016", presentado por las estudiantes: ALMANZA AYALA, Rosario y CCENCHO CENCIA, Ethel Tatiana; que pone a consideración de Consejo de Facultad, el Decano (e) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica; el Libro de Actas en fojas 229, donde el Consejo de Facultad acuerda aprobar e inscribir el proyecto, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al Artículo 34° del Estatuto de la UNH, las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, de fecha 16 de Julio del año 2008, se crea la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, de conformidad al Artículo 14°, del Reglamento Especifico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, aprobado con Resolución N° 002-2009-FCS-VRAC-UNH (21.08.2009) y ratificado en Consejo Universitario con Resolución N° 0836-2009-R-UNH (14.10.2009) y Artículo 17° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado con Resolución N° 500-2005-R-UNH (30.09.2005), el interesado puede optar por única vez el Título Profesional por una de las modalidades, entre ellas la presentación y sustentación de un trabajo de investigación científica (tesis).

Que, en concordancia al Artículo 22° del Reglamento Especifico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia y al Artículo 24° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el Proyecto de Investigación será presentado por duplicado a la Dirección de la E.A.P. de Obstetricia, solicitando designación del Docente Asesor. El Director de la Escuela designará al docente asesor en un plazo no menos de cinco días hábiles, y comunicará al Coordinador para que este emita la resolución de designación de Asesor.

Que, de conformidad al Artículo 14°, del Reglamento Especifico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, aprobado con Resolución N° 002-2009-FCS-VRAC-UNH (21.08.2009) y ratificado en Consejo Universitario con Resolución N° 0836-2009-R-UNH (14.10.2009) y Artículo 17° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado con Resolución N° 500-2005-R-UNH (30.09.2005), el interesado puede optar por única vez el Título Profesional por una de las modalidades, entre ellas la presentación y sustentación de un trabajo de investigación científica (tesis).

Que, según el Artículo 26° del Reglamento Especifico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, concordante al Artículo 27° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el Proyecto de Investigación aprobado por el asesor, será remitido a la Dirección de Escuela y ésta remitirá a Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud, para la emisión de Resolución de aprobación e inscripción del proyecto. Posterior a ello el graduando recién procederá a ejecutar el trabajo de investigación con la orientación del docente asesor. El asesor es responsable del cumplimiento, ejecución y evaluación.

Que, con Resolución N° 221-2016-CFCS-VRAC-UNH (15.08.2016) se DESIGNA al Mg. Leonardo LEYVA YATACO como docente asesor y Obsta. Liliana ENRIQUEZ NATEROS coasesor del Proyecto de Tesis: "COMUNICACIÓN FAMILIAR Y ABORTO, EN ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAMELICA ENERO A JUNIO 2016", presentado por las estudiantes: ALMANZA AYALA, Rosario y CCENCHO CENCIA, Ethel Tatiana.



## Evidencias fotográficas

**Foto 01 y 02:** Realizando la revisión de las historias clínicas de las adolescentes que abortaron.





**Foto 03 y 04:** Aplicando la ficha de recopilación documentaria de las historias clínicas de las adolescentes que abortaron.





**Foto 05 y 06:** Devolviendo las historias clínicas en su respectivo lugar.





**Foto 07 y 08:** aplicando el instrumento de Barnes y Olson la escala de comunicación familiar con los padres en las adolescentes que abortar





**Foto 09 y 10:** Aplicando el instrumento de Barnes y Olson la escala de comunicación familiar con los padres en las adolescentes que abortaron.



