

23
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**ACCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
EN LA PREVENCION DEL ABORTO INDUCIDO EN LA
POBLACION DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, D. F.**

T E S I S
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :**
MARGARITA MARTINEZ PEREZ



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ASESORA
LIC. ADDY GUTIERREZ RAYGOSA
Addy Gutierrez Raygosa
COORDINADOR DE SERVICIO
SOCIAL Y DEFENSA DE LOS DERECHOS
DE LOS ALUMNOS

MEXICO, D. F.

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A MI MADRE: Por el más grande amor y respeto por su ejemplo de trabajo y gran capacidad para vencer los obstáculos, por el estímulo permanente en la superación de sus hijos y por el gran cariño que nos brinda.

A MI HERMANO H.GERARDO: Quién me demostró la importancia de alcanzar las metas en que uno cree, en los momentos en que desfallecía.

A MA. DE LOURDES (R.I.P.) : A quién le hubiera gustado ver culminada esta meta.

A JULIA Y ROBERTO: Por su comprensión, confianza y tolerancia, porque gran parte de lo que soy, es gracias a su estímulo, apoyo y por el espíritu de lucha que han forjado en mí.

A MIS HERMANOS: Por la ayuda y comprensión que supieron darme en todos los momentos de mi carrera.

GRACIAS

RECONOCIMIENTO

Lic. Addy Gutiérrez Raigosa

Porque gracias a sus conocimientos y asesoría tuve la oportunidad de realizar este trabajo que representa un estímulo más en mi vida.

A todas las maestras de la SPAPS

Y a todos los docentes que contribuyeron a lo largo de mi formación académica.

Por la Orientación, Estímulo y Apoyo en la elaboración de la presente tesis.

GRACIAS

PROLOGO

El aborto es un problema social porque puede afectar a la sociedad en sus costumbres, moral salud física y en su bienestar. Es un problema de Salud Pública por su elevado índice de morbi-mortalidad.

Y para contribuir es necesario considerar el objetivo del programa de Planificación Familiar que se refiere a suministrar información, elementos y servicios a hombres y mujeres, que les permita controlar voluntariamente su fecundidad.

El ejercicio de la práctica profesional de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, hoy en día implica una reconceptuación de la misma para encontrar e identificar con claridad las funciones que le competen en los diversos campos de Salud Pública, uno de estos es el de la salud maternoinfantil en el primer nivel de atención a la salud, donde se ubica la problemática que se presenta en esta investigación.

Es así como a través de este trabajo se pretende hacer una propuesta sobre la participación de la Lic. en Enfermería y Obstetricia, en la prevención del aborto inducido en el primer nivel de atención a la salud puesto que es quien asume el liderazgo en salud dado que su preparación profesional y conciencia de la realidad social, la hace capaz de visualizar la epidemiología de la reproducción humana en una dimensión integral logrando conjuntar y explicar los factores fisiopatológicos, económicos, políticos, sociales y culturales de la población que influye en

este riesgo para la salud reproductiva.

La formación teórica de la Lic. en Enfermería y Obstetricia así como las experiencias clínicas durante su aprendizaje, le han proporcionado la capacidad y criterio para entender los límites de su quehacer profesional y orientar a la pareja para propiciar una reproducción responsable.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	3
1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA	4
1.2 OBJETIVOS	5
1.2.1 General	5
1.2.2 Especificos	5
1.3 HIPOTESIS, VARIABLES E INDICADORES	6
2. MARCO TEORICO	8
2.1 EL EMBARAZO EN SUS FASES INICIALES	8
2.1.1 Percepción del embarazo por la Mujer, la pareja y familia en general.	16
2.1.2 Riesgos durante las fases iniciales del embarazo: Fisiopatológicas, Psicológicas, Económicas y Sociales que pueden deter- minar el aborto.	21
2.2 INTERRUPCION DEL EMBARAZO: ABORTO EXPONTANEO E INDUCIDO	26
2.2.1 Implicaciones Etico-legales del Aborto Inducido	29
2.2.2 Procedimientos utilizados para la Inducción del Aborto	32
2.3 ASPECTOS SOCIOHISTORICOS Y SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO	35

2.4 FACTORES DE RIESGO PARA EL ABORTO INDUCIDO	43
2.5 REPERCUSIONES MENTALES Y SOCIOECONOMICAS EN EL ABORTO INDUCIDO, EN LA SALUD REPRODUCTIVA	47
2.6 REPERCUSIONES EN EL ABORTO INDUCIDO Y LA MORBILIDAD MATERNA	49
2.7 CONTRACEPCION, ORIENTACION DE LA SEXUALIDAD COMO RECURSO PARA DISMINUIR EL ABORTO INDUCIDO	52
2.7.1 Los Recursos para Contracepción: métodos transitorios y definitivos	55
2.7.2 Pareja y Sexualidad	59
3. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION	63
3.1 METODOLOGIA GENERAL DE LA INVESTIGACION	63
3.2 RECOLECCION DE DATOS Y PROCESAMIENTO ESTADISTICO	65
3.3 ANALISIS DE RESULTADOS	77
3.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
4. PROPUESTA DE UNA GUIA DE INTERVENCIONES GENERALES DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION DEL ABORTO INDUCIDO	82
5. ANEXOS	
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación permitirá un acercamiento a los factores que influyen para que la mujer interrumpa su embarazo en etapas tempranas así como en sus posibles repercusiones en la Salud Reproductiva.

Estos aspectos se captarán y analizarán en las mujeres de la población de San Luis Tlaxiátemalco, correspondientes a la Delegación de Xochimilco, que acuden a la consulta de enfermería de la sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud (SPAPS).

El trabajo se ha estructurado en cuatro capítulos:

El primer capítulo de la investigación incluye la descripción de la situación problema, se justifica la investigación, se identifica el problema, se ubica el tema de estudio y se determinan objetivos, hipótesis, variables e indicadores.

El segundo capítulo se describe el marco teórico, presentando aspectos básicos de los factores que intervienen en las prácticas del aborto, diferentes procedimientos para efectuarlo, así como las posibles consecuencias que pudieran manifestarse en la Salud de la mujer.

En el tercer capítulo se presenta el esquema de la investigación que incluye la metodología, recopilación y el procesamien-

to estadístico de datos para la comprobación de hipótesis, el análisis e interpretación de resultados y las conclusiones.

El cuarto capítulo comprende una propuesta de intervenciones de Enfermería para contribuir a la disminución del problema que implica el aborto inducido del enfoque de riesgo.

Con la realización de este trabajo se pretende proponer acciones de Enfermería para la problemática presentada y otorgar beneficios a la mujer en edad reproductiva de la población de San Luis Tlaxiátemalco; también servirá para que los futuros licenciados en Enfermería y Obstetricia que realizan acciones comunitarias en esta población cuenten con un documento orientador en cuanto a un factor determinante de la Salud Reproductiva.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

En la Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud, perteneciente a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicada en San Luis Tlaxiátemalco, Delegación Xochimilco en el Distrito Federal, durante la consultoría de enfermería, con frecuencia se presentan mujeres embarazadas con rechazo al producto por no haber sido planeado, solicitando orientación y apoyo para impedir el progreso del producto y a pesar de que se les trate de convencer de lo contrario, se observa en ellas tal decisión para abortar que posiblemente busquen la forma de lograrlo, con las consecuencias que implica una práctica clandestina que engrosa las tasas de morbi-mortalidad materna.

Con lo anterior expuesto se piensa que estas mujeres, además de desarrollar alguna alteración gineco-obstétrica, contribuyan al fomento del aborto clandestino.

La problemática presentada tiene relación con la falta de orientación en cuanto a la utilización de los métodos anticonceptivos o al mal uso de los mismos, así como la falta de orientación de la sexualidad desde la pre-adolescencia.

Aunado a lo anterior las experiencias muestran que no existen programas específicos que se interesen seriamente por brindar orientación a las mujeres en edad reproductiva, lo que conduce al uso incorrecto de los métodos anticonceptivos y al ejercicio de una sexualidad irresponsable, cometiendo errores que las llevan

al embarazo no deseado.

¿Porqué, en pleno siglo XX, con la supuesta promoción de la Planificación Familiar y el uso de métodos de contracepción, continúan observándose en forma cotidiana casos de aborto inducido por la misma mujer embarazada, por personal profesional o por alguna partera empírica?

1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

CUALES SON LOS FACTORES QUE INFLUYEN PARA LA INDUCCION DEL ABORTO EN CIERTAS MUJERES DE LA POBLACION DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO?

La realización de la presente investigación se justifica en primer lugar porque permitirá contar con la información veráz en relación con la problemática presentada del aborto inducido en las mujeres en edad fértil de la población de San Luis Tlaxialtemalco; así mismo con la información obtenida será posible tomar decisiones que permitan disminuir la incidencia del aborto inducido y por lo tanto evitar complicaciones gineco-obtétricas en la mujer.

La presente investigación se ubica dentro de las siguientes disciplinas:

ENFERMERIA. En virtud de que es una investigación que trata de disminuir de alguna forma la morbi-mortalidad materno

fetal, enfocando su atención al aborto inducido de las mujeres de esta comunidad con intervenciones de enfermería para evitarlo.

- SEXOLOGIA** Porque es una de las disciplinas que estudia lo referente a la sexualidad de los individuos desde el punto de vista biológico, considerando al hombre como ser biopsicosocial que piensa y convive con otros seres humanos.
- GINECOBSTERIA** Porque es la materia que orienta sobre los problemas que se presentan en la mujer, en general y especialmente, durante su etapa reproductiva.
- PSICOLOGIA** Porque es la Ciencia que se dedica al estudio de la mente y sus procesos en relación con la conducta humana.
- SOCIOLOGIA** Porque da las pautas para el conocimiento de las relaciones familiares conforme a sus patrones culturales en el proceso histórico de la sociedad.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 General

- Identificar los factores que influyen en la producción del aborto inducido en las mujeres embarazadas de San Luis Tlaxiátemalco, Deleg. Xochimilco, D.F.

1.2.2 Específicos

- Diseñar y aplicar un cuestionario a mujeres en edad reproductiva.

- Identificar las formas que emplean las mujeres para la inducción del aborto.
- Conocer el grado de información que tienen las mujeres en edad reproductiva sobre sexualidad y contracepción.
- Preparar un programa de acciones de enfermería para la prevención del aborto inducido.

1.3 HIPOTESIS, VARIABLES E INDICADORES

HIPOTESIS

- Existe una relación directa entre el aborto inducido y la falta de información sobre métodos contraceptivos.
- El aborto inducido se produce por factores socioeconómicos y psicológicos.

VARIABLES E INDICADORES

	Indicadores
<p>- Variable Independiente</p> <p>Aborto Inducido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No. de abortos - Edad en que se induce el aborto - Procedimiento para inducir el aborto - Complicaciones del aborto inducido
<p>-Variable Dependiente</p> <p>Métodos contraceptivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Transitorios: pastillas, óvulos, jaleas, condón e inyecciones - Definitivos: salpingoclasia, deferentoclasia

- Variable Dependiente

- Mujer soltera y embarazo

- Embarazo en los extremos de la edad reproductiva

Factores: Sociales

- Falta de aprobación de la familia al nuevo embarazo

Económicos

- Pobreza extrema

Psicológicos

- Participación económica de la mujer

- Temor al embarazo

- Temor a la crianza del hijo

- Temor al abandono de la pareja

- Interrupción a proyectos de vida

2. MARCO TEORICO

2.1 EL EMBARAZO EN SUS FASES INICIALES

El embarazo es una función inherente al ser femenino y por ello, puede considerarse como un privilegio genérico, siempre y cuando su realización sea efectuada con plena conciencia de su trascendencia y por ende, sea una función planeada y deseada, y no sólo el resultado de la casualidad o del apego a una moralidad rígida y en ocasiones, obsoleta.

Así esta función es producto de la repetición de formas de ser y reaccionar ante situaciones de relación madre-hijo que por lo general, van a matizar casi todas las relaciones de la mujer con su entorno social. Se puede afirmar que dicho estereotipo es una herencia cultural que tiene su origen en la primera relación objetal del sujeto, es decir en la relación madre-hija.

La madre es la primera y la más importante figura durante los primeros meses de la vida de todo ser humano es la fuente de confianza y de amor para el individuo. Fromm menciona que la experiencia del ser amado por la madre es pasiva (en contraposición con la del padre). El amor de la madre es incondicional; en resumen me ama porque soy. Sin embargo no sólo es necesario merecerlo; también es imposible conseguirlo, producirlo, controlarlo por lo que el mismo autor afirma que si este amor materno existe, es una bendición, pero si no, es una catástrofe. (1)

La maternidad trae para las mujeres sentimientos contrastantes por un lado las atenciones de que son objeto por el esposo y

(1) Adams, Paúl, Los derechos de los niños pp 108

familiares las hacen sentirse importantes y por otro lado el temor a lo desconocido, a veces percepción del embarazo como enfermedad, incertidumbre sobre el futuro hijo en cuanto a su integridad y salud.

Uno de los primeros pasos más fáciles en la tarea de adaptarse al embarazo y el futuro bebé consiste en empezar a actuar el papel central. En las primeras etapas cuando el embarazo no es más que un hecho y falta mucho tiempo para convertirse en una experiencia práctica. Toda acción que eleve la conciencia y aumenta la percepción del futuro bebé ayudaran a hacerlo más real. A medida que el bebé se vuelva más real, la maternidad se torna más real y la mujer se prepara más para sus innumerables cambios subsecuentes.

El embarazo es un lapso de cambios físicos y psicológicos, apesar que las primeras son manifestaciones específicas del embarazo, se han descrito las relaciones emocionales de la mujer como ambivalencia incertidumbre, introversión, narcismo, pasividad, dependencia y miedo/angustia. Los sentimientos comentados predominan en diferentes periodos del embarazo. También existen desde luego sentimientos más felices y positivos.

Anatomía y fisiología del embarazo

Se hará una breve descripción de los aspectos anatomofisiológicos de la mujer que sufre cambios considerables durante la etapa de la gestación a partir de la fecundación.

El aparato reproductor tiene, en ambos sexos, la función de producir las células de la reproducción o gametos, en el masculi-

no los espermatozoides y en el femenino los óvulos. Sin embargo, el aparato genital femenino tiene otra función de gran importancia que es el de propiciar la cita de ambos gametos y la de albergar y nutrir el producto de esta función.

En el momento de la ovulación el ovario libera al óvulo siendo éste captado por la trompa mediante una serie de contracciones que en ella se producen y el establecimiento de una corriente de líquidos, llegando el óvulo a la ampolla tubárica, donde tendrá lugar la fecundación. Los espermatozoides son depositados en la vagina durante el coito son depositados en el fondo del saco vaginal posterior en cantidad entre 80 y 110 millones, donde pueden permanecer vivos de uno a dos días, penetran al útero u ascienden por la cavidad uterina y pasan por la trompa hasta alcanzar un tercio medio, lugar donde se efectúan la unión con el óvulo. Para que ésto ocurra, debe haber un pH vaginal adecuado, moco cervical filante, movimiento flagelar del espermatozoide, quimiotactismo positivo y hialorudinasas en la cabeza espermática. Para que el óvulo sea captado por la trompa también deberán ocurrir varios factores; quimiotactismo positivo, peristaltismo tubario, corriente de líquido folicular adherencia del óvulo por secreción tubaria, movimiento ciliar, surcos de endosalpinx.

Uno de los espermatozoides hace contacto con la zona pelúcida de la membrana ovular donde se forma el cono de atracción, dejando fuera el flagelo, cada uno con 22 cromosomas que transmiten los caracteres somáticos y sexuales. Este hecho se inicia alrededor del sexto día después de la fecundación, y el doceavo día el huevo está completamente implantado, midiendo alrededor de

1mm de diámetro.

Una vez efectuada la fecundación el huevo inicia el recorrido a través de la trompa, gracias a los siguientes factores; surco de la mucosa tubaria, movimientos ciliares del epitelio tubario, adherencia por secreción de células calciformes, movimientos peristálticos de la trompa y quimiotácticos positivos.

Durante la migración del huevo sufre varias divisiones celulares formando la mórula y ya casi al llegar a la cavidad uterina se inicia una segunda etapa de desarrollo en la que un grupo de células se margina formando el trofoblasto, situándose el resto de las células en forma excéntrica, dando lugar a la blástula o blastocito.

El huevo finalmente se implanta en la decidua basal y es cubierta por una capa de decidua uterina. El trofoblasto ejerce acción citolítica al ponerse en contacto con la decidua uterina donde forma lagos sanguíneos de los cuales se nutre por un mecanismo llamado pinocitosis.

A partir de la decidua basal se desarrolla la placenta, órgano de nutrición para el huevo, al respecto de la decidua que cubre el huevo o sea la cápsula o refleja, se adosan las membranas ovulares.

El trofoblasto continua creciendo y emite las vellosidades coriales, haciéndose mayores a nivel de la decidua basal, las que se denominan vellosidades garfio y sirven de sostén al huevo.

Las células centrales del blastocito se agrupan y desarrollan por capas, lo que da lugar al disco embrionario.

El trofoblasto produce gonadotropinas coriónicas, estrógenos

y progesterona.

A partir del disco embrionario aparecen dos capas, el endodermo y el ectodermo, unidos por el mesodermo. El mesodermo a su vez se va separando en dos capas, una en contacto con el ectodermo llamado somatopleura y otra en contacto con el endodermo llamado esplacnopleura. La cavidad que queda se denomina celoma.

El endodermo da lugar al cordón umbilical, por donde se va a nutrir el embrión y el nódulo embrionario al crecer forma un repliegue del ectodermo y esplacnopleura, la cual va a dar lugar a la cavidad amniótica que se llena de líquido hasta cubrir por completo el embrión.

Después de la tercer semana, a partir del mesodermo, se forma una banda longitudinal, bilateral de tejido compacto que va segmentándose y da lugar a los somitas, que cambian posteriormente su naturaleza histológica para constituirse en el mesénquima, que da lugar a los diferentes órganos en edades diferentes del desarrollo embrionario.

A medida que crece el embrión, sus partes se diferencian mejor; a las cinco semanas ha desaparecido, época en que se notan las extremidades y en el polo cefálico ya se observan los ojos y oídos. El peso y la longitud corporal aumentan progresivamente, llegando al final a 2500 o 3000 gramos y 50 centímetros respectivamente, lo que se ve influido por varios factores como son la herencia, la alimentación materna, edad materna, edad gestacional, ovulación del embarazo, sexo del producto, gemelaridad, enfermedades de la madre y/o del producto y otros más.

La placenta en forma de disco mide aproximadamente 209 cm de

diámetro por 3 cm de espesor se encuentra formado por varios segmentos llamados cotiledones por su cara materna y por su cara fetal lisa, la cubre el amnios con arterias y venas que convergen con el cordón umbilical.

La placenta cubre del 25 al 30 % de la cavidad uterina en su interior se realizan los intercambios sanguíneos necesarios para la nutrición del producto, que envía a éste órgano su sangre de CO₂ y de sustancias de su catabolismo y reciben sangre oxigenada, aún cuando la sangre fetal y la materna no se mezclen, la madre y el feto tienen su sangre con características particulares.

La placenta además de participar en el intercambio gaseoso y nutricional, tiene otras funciones como son; la producción de hormonas, gonadotropinas, estrógenos y progesterona, también sirve de barrera entre la madre y el feto y colabora en la excreción de producto del catabolismo fetal.

Cuando se administran medicamentos a la madre, estos pueden pasar al producto por vía trasplacentaria, lo que es motivo de preocupación, al igual que los agentes causales de algunos padecimientos maternos, ya que pueden ocasionar lesiones orgánicas y malformaciones en el feto. (2)

El cordón umbilical es un órgano gris que va del abdomen del feto a la placenta, donde se inserta en forma central o marginal y su función principal es establecer la circulación sanguínea, mide en promedio 50 cm. Esta formado por dos arterias y

(2) Mondragón, C. Héctor. Obstetricia Básica, pp. 33-108

una sustancia gelatinosa.

Entre el producto y el útero se encuentra una cavidad llena de líquido amniótico que la circunda precisamente la membrana amniótica por su cara interna formando la bolsa de las aguas. El líquido amniótico tiene como función; Proteger al feto de traumatismos externos y de defectos compresivos, ya que desempeñan el papel de amortiguador hidráulico, de acuerdo con la ley de Pascal. Permitir la libertad de movimientos del feto en el interior de la cavidad uterina. Facilitar el acomodo definitivo de la presentación al final del embarazo. Permite el desarrollo armónico del feto. Actuar como prensa hidráulica sobre el segmento inferior del útero, ayudando a dilatar el canal cervical.

Mientras que en el producto están ocurriendo todos estos fenómenos en la madre están ocurriendo otros a nivel de todo su organismo, que se manifiesta tanto en forma objetiva como subjetiva.

El embarazo afecta al organismo materno en su totalidad, pero de manera especial a órganos genitales y mamas ya que estos sufren cambios que modifican su anatomía y fisiología .

Cambios en el útero durante la gestación permite que ocurra un incremento muy grande en su tamaño y capacidad de 20 a 30 ml en su cavidad y 60 gr de peso, pasa a tener al final del embarazo una longitud de 35 cm y un peso de 800 a 1200 gr, y es capaz de contener 8 litros en su interior, es decir, aumenta más de 500 veces la capacidad original.

El crecimiento tan notable del útero obedece a los factores; Hipertrofia, estiramiento de las fibras miométriales, hiperpla-

sia, aumento del tejido conectivo de tipo mesenquimatoso, hipertrofia de vasos sanguíneos y linfáticos e hipertrofia de fibras nerviosas del útero (ganglio cervical de Franfenhauser).

Cambios en el cérvix;

- Reblandecimientos y cianosis.
- Hiperplasia e hipertrofia de las glándulas cervicales.
- Alteraciones de la mucosa cervical que dan lugar a la producción del tapón mucoso.
- Fibras cervicales, con lo cual se forma el segmento uterino.

Cambios en ovarios

- Supresión del desarrollo folicular y por tanto de la ovulación.
- Crecimiento del cuerpo amarillo.
- Aparición de una reacción desidual importante con la superficie ovárica.
- Aumento del calibre de los vasos ováricos.

Cambios en las trompas de falopio presentan hipertrofia moderada aumento de vascularización, disminución de la motilidad tubaria.

Cambios en la vagina, aumento de vascularización, con coloración violácea, secreción abundante (leucorrea blanquecina) con pH de 3 a 6, aumento del espesor de la mucosa relajamiento de tejido conectivo, hipertrofia de fibras musculares lisas.

Mientras en las mamas ocurren, aumento de sensibilidad, incremento de tamaño, presencia de nódulos palpables por hipertrofia alveolar, congestión de venas superficiales (red venosa de ha-

ller); aparición de areola secundaria, mayor excitabilidad del pezón, aparición de tubérculos de Montgomery, en ocasiones presencia de un líquido llamado calostro.

En la pared abdominal hay presencia de estrias originadas por la ruptura de las fibras elásticas de la capa reticular de la piel.

Cambios metabólicos;

Metabolismo basal, después de cuatro meses es aumentado.

Metabolismo proteico, retención nitrogenada, hipoproteinemia por hemodilución, aumento de las glucoproteínas sanguíneas.

Metabolismo graso hay aumento de las grasas.

Metabolismo de los carbohidratos, glucosuria o lactosuria, glucemia, ácido láctico y glucógeno, acetonuria en aumento.

Metabolismo del agua, hidrofilia gravídica, factor renal retención del cloruro de sodio, hipoproteinemia menor presión oncótica, hipo o avitaminosis B1 factor hormona, estrógeno, hormona antidiurética, aldosterona y desoxicorticosterona.

Metabolismo de los minerales, hipocalcemia, hiperyodemia, hipofosfatemia.

El metabolismo hormonal mayor requerimiento de las hormonas hipofisarias metabólicas.(3)

2.1.1 PERCEPCION DEL EMBARAZO POR LA MUJER, LA PAREJA Y LA FAMILIA EN GENERAL

(3) Mondragón, C. Héctor. Ginecología Básica Ilustrada. pp 44-464

El embarazo es la manifestación más directa de la sexualidad en la mujer y se acompaña de sentimientos que van desde el orgullo y el éxtasis, hasta la repulsión y el rechazo. Los sentimientos acerca de la sexualidad y la feminidad guardan relación estrecha con las actitudes de la propia mujer.

Una vez que el embarazo a ocurrido sea deseado o sin planearlo, va desde su reconocimiento hasta el hecho de asumir la función materna. La percepción del embarazo por parte de la mujer puede tener lugar en cualquier momento mismo de la concepción, mientras que en otras se trata de una realidad que no pueden aceptar. Es normal que la mujer sienta desaliento o resignación cuando se confirme el embarazo y las razones para ello van desde las socioeconómicas hasta las psicológicas. La enorme responsabilidad que presenta la maternidad es mucho más real para la embarazada que para la que sueña con el día en que esté.

Por otra parte las sensaciones de bienestar y de una mayor conciencia del propio organismo suelen formar parte del embarazo, ya que la mujer, quizá sienta júbilo por su cuerpo y por lo que éste último es capaz de hacer, y perciba los cambios como hermosos.

Las amenazas a la imagen que la mujer tiene de sí misma y de su organismo, como un ser sexual, también suelen presentarse durante el embarazo. La manifestación evidente de la sexualidad que es parte del embarazo puede ser algo muy bello, terrible, abrumador para la mujer, que quizá carezca de la disposición o la capacidad necesaria para hacer frente al nuevo estado de su

sexualidad o de su existencia como mujer. Una investigación reciente confirmó los efectos significativos del embarazo en la imagen física; es frecuente que se perciba la deformación corporal, particularmente en las últimas etapas del embarazo, si bien tal sensación suele desaparecer al término de las primeras seis semanas del puerperio

Las mujeres que trabajan se topan con la necesidad de encontrar una forma de cambiar trabajo y procreación en cuyo caso quizá ambos cónyuges analicen conjuntamente la nueva situación. Sin embargo el embarazo suele representar una crisis abrumadora para las madres solteras, particularmente para las que se ven en la necesidad de luchar por la subsistencia diaria, ya que la obligación de cualquier otro ser humano, suele poner a prueba su capacidad de luchar, estando ya abrumados por la situación actual. Por otra parte es sensible a las actitudes que tienen al embarazo las personas que la rodean, y es importante para ella que aquéllas con las que guarda relación estrecha, acepten a su futuro hijo. El periodo del embarazo debe incluir el inicio del vínculo emocional entre madre e hijo.

La mujer debe saber que es mucho más que una máquina de hacer hijos, que su justificación como ser humano no se encuentra sólo en su papel de madre (papel cuya nobleza y dignidad no negamos, pero del cual pretendemos insistir en que no es el único). Debe saber que tiene derecho a elegir, ante todo, entre dos alternativas; tener hijos o no tenerlos; y si elige la primera existe pleno derecho a determinar cuantos hijos va a tener, y en que momento. La maternidad no debe ser resultado de una volun-

tad independiente a la suya. Si debe ser, en cambio una responsabilidad muy seria que cuando se asume, se lleva a cabo con plenitud y con alegría, como producto de una decisión conciente y libre. Al tener un control real de su fecundidad, la mujer adquiere la posibilidad de criar hijos en vez de dejarlos crecer; de amarlos en vez de fabricarlos.

Hablar hoy de paternidad y maternidad responsable parece una cantinela pasada de moda. Sin embargo, se observa cada vez con más claridad que la soledad y la incomunicación son realidades que envuelven al hombre en un proceso cada vez más acelerado. Y es preciso detenerse a reflexionar.

Hoy se ha olvidado algo muy elemental; que el hombre y la mujer encuentran su equilibrio dentro del ámbito familiar; en ese círculo formado por padres, ya que sus errores son aceptados con cariño y sus virtudes con orgullo.

En este ámbito familiar, si está inspirado por el amor y la comprensión, se puede lograr la utopía moderna de la felicidad.

A lo largo de toda la sociedad, hasta la más primitiva, la familia ha sido núcleo de todo organismo social, el medio en que se ha ido formando el hombre. (4)

En algunos pueblos y en las ciudades pequeñas la familia resulta más enriquecedora porque se mantiene los lazos de relación con los diversos parientes. El niño aprende de los abuelos, los tíos y primos. La convivencia entre los diferentes parientes es más fácil. Esas sociedades no han sido afectadas por las

(4) Sánchez, Azcona J. *Familia y Sociedad*. pp. 48-56

prisas, la contaminación, la agresividad o la incomunicación, que son las lacras que padecen hoy las grandes urbes.

Se podría decir metafóricamente que la familia ha sido el eje del mundo.

No cabe la menor duda de que actualmente tenemos mucha información a nuestro alcance acerca de los temas más diversos. La procreación y venida al mundo de un nuevo ser ya no es ningún misterio o tabú; es una realidad que hoy cualquier pareja tiene.

Existen algunos elementos extrafamiliares causantes de angustia, de tipo situacional y de desarrollo, que hay que tomar en consideración. El embarazo y la paternidad son ejemplos de elementos de agobio o presión excesiva. La muerte, el divorcio, las catástrofes naturales y la pérdida de trabajo son ejemplo de factores situacionales de presión. Tales factores extrafamiliares, como serían comunicación inadecuada y desorganización personal para alternar las relaciones de papeles dentro de la familia, al producir grados diversos de dificultad en la transición de papeles.

El grado de dificultad generado guarda relación con la organización precisa y adecuada de los papeles de la familia y la suficiencia de sus recursos, y que tan flexibles pueden ser para definir positivamente el malestar producido por el estresor.

La forma en que está organizada la familia, esto es su estructura de papeles depende de valores, metas y capacidad de sus miembros para dar significado a hechos (definición de la situación). Con base en dichas metas y definiciones, se asignan papeles a los miembros y cada uno de ellos debe seguir algunas

conductas diferenciación y asignación de papeles. La fuerza nace de los recursos familiares que pueden ser de índole material o interpersonales (integración, cohesividad, y buena comunicación). Los papeles bien estructurados y la reserva de recursos familiares sirve para amortiguar el impacto de varios factores angustiantes en la familia y facilitan la transición de papeles.

2.1.2. RIESGOS DURANTE LAS FASES INICIALES DEL EMBARAZO FISIOPATOLOGICAS, PSICOLOGICAS, ECONOMICAS Y SOCIALES QUE PUEDEN DETERMINAR EL ABORTO.

El embarazo representa para muchas mujeres, un fenómeno relativamente normal y saludable. La mayor parte de los embarazos sólo se acompaña de molestias menores y no de trastornos de carácter patológico, sin embargo pueden presentarse algunos eventos que se constituyen en riesgos que pueden determinar con la interrupción del embarazo.

- La hiperemesis es común durante el embarazo, pero en ocasiones asume proporciones que ponen en peligro la vida; puede ser manifestación de una respuesta autoinmunitaria natural contra la invasión de un "cuerpo extraño" (el feto) o puede deberse a sentimientos conflictivos y falta de satisfacción con la propia gestación.

- Las hemorragias durante el embarazo se constituyen en otro riesgo, una de cuatro mujeres presentan hemorragia en algún momento del embarazo.

- Las disfunciones hormonales pueden ser, sin incluir las anomalías embrionarias, suelen depender de deficiencias de las hormo-

nas que sostienen el embarazo. en particular la progesterona y de factores que interfieren en la implantación y el desarrollo placentario normal. (5)

- La afirmación de los psiquiatras en el sentido de que el aborto repetido es reflejo del rechazo del embarazo, no ha sido corroborado por datos de rechazo fisiológico.

- La Mola Hidatiforme, consiste en la proliferación quística de las vellosidades coriónicas da por resultado ésta degeneración del huevo, que suele ocurrir antes de la duodécima semana de la gestación y conlleva a la degeneración de las vellosidades, lo que interrumpe el crecimiento embrionario y da lugar al aborto de la mola.

- El embarazo extrauterino consite en la implantación del cigoto fuera de la cavidad uterina, por factores diversos. Se conoce como embarazo ectópico y puede ser resultado de enfermedad inflamatoria de los órganos pélvicos deformación de las trompas por tumores, defectos congénitos en la estructura de los órganos genitales o cicatrices resultantes de intervenciones quirúrgicas previas.

- Infección. Durante el embarazo suelen dar origen a morbilidad o mortalidad materna y fetal y siempre guardan relación con la presencia de anomalías fetales.

- La anemia extrema con un nivel de hemoglobina muy por debajo de 11g/100ml y un número de eritrocitos bajo compromete la marcha del embarazo ya que el huevo tiene sus propias necesidades que

(5) Navak Edmundo. Compenio de Ginecología. pp. 138-188

cubre tomándolas de la madre y al no encontrarlas puede morir en sus fases tempranas y concluir con un aborto.

- Las embarazadas están expuestas, por supuesto a sufrir cualquiera de los trastornos que atacan al resto de la población, enfermedades que existen desde antes del embarazo que comprometen su estado de salud en general como las hematológicas, los procesos malignos y otras como los traumatismos en el vientre o caídas en general pueden también contribuir a la interrupción del embarazo. Lo importante es considerar a la embarazada no sólo como un ser reproductivo, sino también como una persona susceptible de sufrir las innumerables enfermedades que afectan por igual a todos los humanos. (6)

Sin lugar a duda, los factores psicológicos, sociales y económicos, forman una situación alrededor del embarazo que al mismo tiempo que lo encierran lo hacen interactuar con dichos factores, agrediendo mutuamente o completándose para hacer un todo armónico que da lugar a un producto sano y a una familia feliz. Pero no basta mencionar lo anterior que sonaría a demagogia, habría que examinar aunque sea brevemente esa interacción que afecta el embarazo en su contexto psicológico, social y económico.

Todos los embarazos, probablemente, sin excepción se acompañan de problemas emocionales, originan intensos resentimientos, temor o cólera. La ambivalencia es muy frecuente y toma la forma de aceptación externa que se pone en conflicto con el rechazo

(6) Watson, Hawks. Enfermería y Ginecología Obstétrica, pp 225-250

interno y por supuesto sentimientos de culpa, que se manifiestan por cambios emocionales, depresión mental pasajera, crisis de llanto injustificado, irritabilidad mental y agotamiento mental y físico.

El embarazo es un estado que entraña maduración y regresión, es una etapa crítica que conduce a la madre a confrontar todas las responsabilidades y obligaciones concomitantes; existen temores ocultos, la mayor parte quizá estén basados en miedos profundamente arraigados desde la niñez, así como el temor a lo desconocido. (7)

En el régimen actual en el que vivimos de una gran desigualdad socioeconómica, la que favorece a muy pocas familias y perjudica a la gran mayoría, lleva a una gran carestía debida a una disminución progresiva del valor real del dinero y trae perturbaciones a nivel colectivo provenientes de la organicización económica-social, dependiendo del uso y del valor que se le da al dinero, que finalmente debería servir para transformarse en placer, felicidad y satisfacción, lo cual no se consigue debido a la gran multiplicidad de factores que se reúnen en los grupos humanos y que merman el raquítico presupuesto familiar tal es el caso del embarazo no planeado en cualquier tipo de familia, ya sea en sus inicios en cuanto a que no ha consolidado aún su situación emocional y económica, o en las que ya hay varios hijos o en la joven e insolvente madre soltera.

La paternidad implica un ajuste completo tanto a nivel

(7) Benjamin B. Walman. Ginecología Obstétrica, pp 147

individual como familiar. El grado de desequilibrio depende del componente emocional, social y económico de la pareja en cuanto a si se enfrenta a la pobreza, si son estudiantes, si son casados o no, en una sociedad donde se tiene como norma el matrimonio para permitir la procreación, donde con frecuencia la pareja en crisis con un periodo de choque y negación profunda respecto al embarazo, sobre todo durante las primeras semanas a pesar de que para la mujer debería implicar el triunfo de su propia identidad, ya que en el hecho de ser mujer va implícito el hecho de ser madre, y para el varón debería ser la consolidación de su capacidad de integrar una familia en la que su figura de padre y jefe de familia se acrecentará con la espera de sus hijos.

La mujer tanto consciente como inconscientemente recibe otros paralelismos con otras metas que surgen ante una serie de expectativas que debe jerarquizar, lo que modifica su propia autoestima y la del hombre hacia ella en cuanto a su capacidad para la reproducción.

A raíz del incremento de la población, la fertilidad de la mujer ha tomado otros matices, lo que se traduce en cambios que no se refieren sólo a la satisfacción biológica y que justifica a la mujer como exploradora de otros caminos para consolidar su papel en la sociedad, lo cual hace que la postura de la mujer en relación a su maternidad se transforme para el mundo pero principalmente para ella misma; más no se puede ser radical ante una cultura de siglos donde además de la formación que recibe desde pequeña están otras motivaciones por ejemplo adquirir estatus, madurar, perpetuarse y tener efecto y sentimiento al haber creado

un ser cuyas consecuencias la prolongan a la inmortalidad. En la cultura mexicana los hijos aún significan la esperanza de solvencia económica en la época de la vejez, así como espera cuidado y atención de ellos.

La situación económica, base para la división de las clases sociales, que puede ir desde el obrero no calificado hasta el ejecutivo profesional, determinan el ingreso diario, uno de los factores determinantes para la aceptación del embarazo ya que el ingreso puede ser bajo si la madre es soltera abandonada, viuda o el esposo está enfermo, aunada a otras variables que modifican la situación económica como son el tamaño de la familia la habilidad para presupuestar, y otros. (8)

2.2 INTERRUPTCION DEL EMBARAZO: ABORTO ESPONTANEO E INDUCIDO

El aborto es para la mujer una experiencia traumática, aún en el mejor de los casos, por lo que se considera que es profundamente injusto que a este trauma se añada otro, provocado por las pésimas condiciones en que se suele practicar en nuestro medio.

El aborto existe desde tiempo inmemorial, en todas las sociedades se ha practicado por múltiples razones, pero puede decirse que en la actualidad, sus funciones básicas son; a nivel familiar, como recurso extremo para controlar la natalidad y a nivel social, como un medio de procurar el equilibrio de la población.

(8) Beisher, Norman. Planificación Familiar. pp 70

En la actualidad la situación es diferente, se han dado cambios sensibles tanto en la moral social como en los factores económicos, demográficos y sociales que contribuían a determinar las posiciones restrictivas. En las últimas décadas, se ha iniciado una corriente internacional que tiende a la despenalización del aborto, para ajustar las leyes a la realidad actual, situación en la que se trabajó arduamente en la última reunión de mujeres en Beijing (1995).

El aborto es uno de los problemas más comunes antiguos en el mundo y para el estudio se hace necesario conceptualizarlo, así como su etiología y clasificación. Se da el nombre de aborto, del latín ab, privativo, ortus, nacimiento, a la interrupción del embarazo antes de los 180 días de gestación. (9)

Se considera también aborto a la terminación del embarazo antes de la viabilidad del feto, generalmente entre la 23 y 24 semanas y con un peso de 600 grs.

El aborto puede suceder tempranamente, antes de la 16 semanas aproximadamente el 35% de los abortos ocurren antes de la semanas mencionadas; las tres cuartas partes se presentan antes de la 6a. semana de gestación, la frecuencia relativa del aborto es mayor al principio de la edad adulta, precisamente antes de la menopausia.(10)

Pese a los progresos realizados en el campo de la incompati-

(9) Calestroni, J. Carlos. Ginecología, pp 184-207

(10) Benson, Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia, pp 184

bilidad sanguínea en las dosificaciones hormonales, disencronias, condiciones sanitarias, regímenes alimentarios y otros estudios, todavía no se pueden determinar las causas de ciertos abortos espontáneos; sin embargo se sabe que algunos abortos espontáneos, se producen como consecuencia de traumatismos involuntarios o de algún proceso patológico, ya sea de la madre o también del huevo; así como por causas genéticas. El aborto espontáneo se constituye en una de las formas de la naturaleza para desembarazarse de embriones imperfectos, lo que se ha comprobado con el estudio microscópico cuidadoso del material expulsado que en dichos casos señala, que la causa más común del aborto espontáneo es un defecto del producto de la concepción, que puede manifestarse por sí mismo en la forma de embrión, o trofoblasto anormales, o ambas alteraciones.

Aborto inducido o ilegal, es la interrupción intencionada del embarazo fuera de una institución autorizada, tarea en la cual intervienen personas que a menudo no pertenecen al gremio médico, independientemente de la justificación de la indicación.

Los establecimientos para la atención de abortos son cuestionables e ilegales en nuestro país y a menudo no se brinda vigilancia posterior o sea que funcionan en la clandestinidad, motivo por el cual no se puede precisar los abortos ilegales.

Los intentos para abortar suelen depender de la ingestión de fármacos como quinina o aceite de recino que en dosis corrientes no son nocivas pero si se ingieren en grandes cantidades puede producir aborto y hacer que peligre gravemente la salud y la vida de la mujer. Otra práctica común es la introducción de una sonda

uretral dentro del útero, con instalación de sustancias tóxicas o sin ellas.

Las mujeres expuestas a dichas maniobras están en situaciones muy críticas, al grado de que pueden morir a pesar de los esfuerzos por evitarlo, debido a hemorragias e infecciones severas. (11)

2.2.1 IMPLICACIONES ETICO LEGALES DE ABORTO INDUCIDO

En el juicio de Washington, D.C., USA, se declaró el 1 de noviembre de 1969 que la libertad y el derecho de la mujer a regir su vida privada se extiende a las cuestiones familiares, matrimoniales y sexuales y hasta podría incluir el derecho a poder terminar un embarazo que no desea; algunos estados reconocieron la sabiduría de estos fallos y reformaron sus disposiciones legales para liberar a la mujeres de concepciones no deseadas. (12)

En México el aborto es un delito, la legislación que lo rige se encuentra inscrito en el código penal del Distrito Federal y de territorios Federales, expedido durante el gobierno de Pascual Ortiz Rubio en 1931, y en los códigos estatales expedidos subsecuentemente, en dicha legislación de 1931 que es la que aún rige se registra lo siguiente:

- Artículo 329. Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

(11) Sharon J. Reeder. Enfermería Materno Infantil. pp 899

(12) Acosta. Mariclaire. El Aborto en México. pp 25-29

- Artículo 330. Al que hiciere abortar a una mujer, se le aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare siempre que lo haga con consentimiento de ella. Cuando faltare el consentimiento será de tres a seis años y si mediare violencia física o moral se impondrá al delincuente de seis a ocho años de prisión.

- Artículo 331. Ahora bien cuando se trate de una vida humana y de su reglamentación jurídica están en juego no sólo los que llamados derechos humanos si no toda nuestra concepción de la vida (vida en general más que vida humana en particular).

- Artículo 332. Se impondrá de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta que otro la haga abortar.

- Artículo 333. No es punible el aborto cuasado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación.

-Artículo 334. No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, o yendo este al dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora. (13)

La legislación mexicana con respecto al aborto equipara la existencia de la mujer con la del cigoto microscópico, al considerar el aborto como un delito contra la vida.

Sin embargo, cabría preguntarse si el óvulo fertilizado o el embrión son realmente seres humanos, o son en potencia, y si es

(13) Carrancá, Rivas. Código Penal. pp. 113

licito igualar sus derechos con los de la mujer.

De lo anterior se desprende que la legislación vigente es inoperante y obsoleta, inadecuada a las necesidades reales de la población y no abarca todos los aspectos en que un embarazo no deseado pueda causar graves perjuicios tanto a la madre como al resto de la familia. Como consecuencia, se ocasionan graves problemas sociales y de salud pública.

La clandestinidad de los abortos obliga a muchas mujeres a recurrir a gente inexperta en sitios insalubres, o a provocarse ellas mismas los abortos. Esto ha agravado la incidencia de mortalidad materna y de complicaciones secundarias postabortivas. Por otra parte, la atención de abortos sépticos en los servicios hospitalarios públicos del país tiene graves complicaciones económicas.

Otro aspecto de las implicaciones económicas del aborto es que su costo representa en la mayoría de los casos, un problema para la economía familiar. La clandestinidad ha hecho del aborto un negocio lucrativo.

El aborto seguirá siendo necesario en los tiempos por venir. No cabe duda que, por más que una mujer haya abortado antes, haya tenido un hijo que no quería o haya recibido un buen asesoramiento sobre control de natalidad, no está de manera absoluta a salvo de un embarazo involuntario. Por otra parte la religión juega un papel muy importante que declara como pecado interrumpir deliberadamente la vida de un ser no nacido. (14)

(14) Barbosa Agustín. El Aborto. pp 22-39

En relación con el aspecto legal se enfrenta al problema del aborto como una delicada situación que pone en juego las decisiones de la conciencia, que obliga a actuar a veces rigidamente por razones científicas y legales, aún cuando la persecución del embarazo ponga en peligro la vida o la salud de la madre y de la familia sin que exista otra alternativa.

2.2.2 PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA LA INDUCCION DEL ABORTO

Los avances científicos y tecnológicos han logrado disminuir los factores que provocan la muerte temprana y podrían ser que ésto hubiera favorecido indirectamente una mayor incidencia del aborto provocado, ante la disminución del temor a morir.

Entre los métodos más usuales para abortar destacan los legrados o raspados, 24.6% la introducción intrauterina de cuerpos extraños principalmente sondas 22.8%; de ingestión de infusiones de diversas hierbas con reputación abortiva 14.4% las inyecciones de solución salina, jabonosas o avinagradas 13.9%; los medicamentos orales 8.6%; los ejercicios bruscos, golpes y trabajo pesado 2.9%. Estos métodos con excepción de un legrado bien hecho, suelen ser muy peligrosos más aún si se recuerda que generalmente los aplican manos inexpertas y en condiciones anti-higiénicas. En México se aplica poco el método de succión que es el menos dañino y más rápido cuando se realiza en las primeras 8 semanas de gestación. (15)

El aborto puede ser inducido por múltiples procedimientos,

(15) Heubart, Shuiman. Técnicas de Aborto pp 64-105

algunos avalados por las experiencias médicas, otros debido a la imaginación popular o a la superchería. Sobre estos últimos se tiene la experiencia por las innumerables pacientes que consultan por las complicaciones que ocasionan dichos métodos así como otras referencias que niegan la clandestinidad de la maniobra. En cambio se ha acumulado una amplia experiencia de conocimientos en los países cuya legislación permisiva ha incorporado al aborto a los procedimientos quirúrgicos efectuados en hospitales bajo estricto control médico.

No es fácil lograr una clasificación inobjetable de las técnicas empleadas con fines abortivos todas tienen como objetivo lograr el aborto del huevo.

A continuación referimos los procedimientos:

- La evacuación quirúrgica del útero grávido constituye el procedimiento más rápido y expedito ya que en el breve lapso se elimina de la cavidad uterina la totalidad del huevo y sus membranas. El hecho de que simultáneamente ocurra la muerte y eliminación del producto excluye la posibilidad de complicaciones derivadas de la permanencia en el útero de tejidos desvitalizados y acelera la recuperación. El raspado uterino evacuador continua siendo el procedimiento médico clásico para efectuar el aborto en el embarazo del primer trimestre. Existe una buena dilatación cervical adecuada anestesia y experiencia suficiente como para lograr la total evacuación uterina sin traumatizar las paredes del útero.
- La succión del huevo y sus membranas mediante la aplicación en la cavidad uterina de una bomba de vacío es uno de los procedimientos de más reciente aparición y difusión. La técnica consiste

en introducir por el conducto cervical una cánula y acoplar a ella una bomba de succión, efectuando luego repetidos pasajes por la cavidad uterina hasta lograr el desprendimiento y extracción de todo el contenido.

- La estimulación de las contracciones uterinas, en donde la estimulación del miometrio es una de las condiciones esenciales para la interrupción del embarazo por lo que es necesario provocar la contractilidad del músculo uterino y con esto el desprendimiento y la expulsión del huevo. Diversas sustancias se han empleado con tal fin, algunas por su acción directa sobre la fibra muscular y otras indirectamente a través del sistema nervioso.

- El traumatismo mecánico del huevo. Mediante el uso de instrumentos: histerómetro, sonda rígida y otros, con el subsiguiente estímulo de las contracciones uterinas y expulsar el huevo. La facilidad de la maniobra explica su amplia difusión así como las características de la misma dan cuenta de la frecuente responsabilidad de las complicaciones infecciosas y hemorrágicas que luego son asistidas en los servicios hospitalarios.

- Agresión química. La introducción en el útero de soluciones, sustancias tóxicas cáusticas o simplemente hipertónicas pueden provocar, el aborto y su utilización es bastante antigua, mediante la introducción de una sonda en la cavidad uterina a través del cuello con instilación de dichas soluciones, ha sido utilizada con éxito por diversos autores para provocar abortos hasta del segundo trimestre, ya que una vez formada la cavidad amniótica la

posibilidad de extraer líquido y reemplazarlo por soluciones permite provocar la muerte del feto y su alimentación.

Boero (1935) ideó la inyección de 3 ml. de formol al 40% para inducir el aborto en los casos de muerte fetal y después de él otros utilizaron el procedimiento para provocar el aborto. Aburel propugno la inyección intra-amniótica de 10 ml. de cloruro de sodio al 20.33% y autores posteriores reemplazaron la inyección clorurada por dextrosa al 50%, Tanto una como otra pueden inyectarse por vía abdominal o vaginal directamente con una aguja o mediante un cateter de polietileno para evitar escurrimiento del líquido fuera del útero, con cualquier de dichos procedimientos la muerte del feto ocurre poco después de 4 horas más tarde (hasta 3 días como máximo) se produce el aborto espontáneo. (17)

2.3. ASPECTOS SOCIOHISTORICOS Y SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

San Luis Tlaxialtemalco fue fundada en 1603 y quiere decir en Nahuatl, lugar donde está el incensario del juego de pelota del Dios Tlaloc. Su industria fue la fabricación de petates, los cuales llevaban para su venta a pueblos circunvecinos. Cultivaban la tierra en el cerro, sembrando maíz, frijol, haba, chile, maguey, tomate y olivo. A medida que el tiempo pasaba los cultivos iban aumentando, incluyendo hortalizas y la floricultura que es la que hoy en día predomina. También había cría de ganado sin

(17) Idem. p 105

faltar las aves de corral.

La alimentación era a base de los productos que cultivaban, así como pescado blanco, ranas almejas y patos silvestres. Todo esto había en abundancia en la parte más alta del cerro y la gente podía remediar sus necesidades vendiendo estos productos; acostumbraban tener pozos en las casas de donde se obtenía agua saludable. Para el alumbrado utilizaban astillas de ocote y después, velas de parafina. En 1936 se obtuvo el alumbrado público.

Los primeros habitantes no tuvieron una educación amplia únicamente se concretaban a hablar y escribir el idioma español así como los números básicos, las personas que estudiaban sólo llegaban al tercero o cuarto grado y eran maestros de los demás, la enseñanza se realizaba en las casas particulares. En 1939 contaban con un edificio escolar.

La población que enfermaba acudía al médico particular o al centro de salud en Xochimilco, pero la mayor parte de las enfermedades las curaban con hierbas y remedios caseros. Se acostumbraba el Temazcalli, que era el baño indígena usado por las señoras que daban a luz. Las personas en general acudían a los brujos y curanderos pues no había médicos ni enfermeras.

San Luis Tlaxiátemalco en la época actual se ubica en la delegación de Xochimilco que se encuentra constituida por una superficie de 119.23 Km². San Luis Tlaxiátemalco comunidad de 2.5 Km² cuenta con grandes canales que hoy en día recibe aguas negras de la ciudad de México, recicladas, que nutren múltiples canales, los que irrigan las chinampas considerándose la contami-

nación de las aguas como uno de los problemas graves; su clima es templado lluvioso con invierno frío.

De acuerdo con el estudio preliminar proporcionado, la población total es de 8 078 habitantes. La población es considerada suburbana y rural ya que tiene características urbanas pero aún predominan rasgos rurales propios del lugar. La fauna que caracteriza al pueblo es doméstica y es utilizada para consumo o venta. Respecto a la flora, se divide en ornato y de consumo ya que existe una gran variedad de flores. Recordamos que la población se dedica de manera muy importante a la floricultura, por lo que las plantas son comercializadas.

Cuenta con dos jardines de niños, una primaria, una secundaria técnica, biblioteca y una casa de la cultura donde se imparten diversas actividades, con el fin de dar mayor cobertura a la población juvenil, hay dos deportivos, un bosque o zona ecológica que incluye un foro abierto y un salón para 300 personas.

Se celebran fiestas patronales el 19 de agosto día de San Luis Obispo durante una semana con bandas de música, mariachis, feria, bailes y callejoneadas.

Con respecto a asociaciones civiles se encuentran un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), un patronato deportivo y otro de las fiestas patronales así como una cooperativa de floricultores.

Otro recurso importante es la planta de aguas residuales donde se da tratamiento a nivel terciario la cual requiere que lleven a cabo un proceso de nitrificación y filtración a través de la arena y antracita. Esta planta no produce desechos tóxicos pues son tratados en sus propias instalaciones, cuenta con un

sistema acuífero con agua renovada para reducir la sobre explotación de los mantos acuíferos.

De acuerdo al diagnóstico de salud se observa que en esta comunidad las enfermedades transmisibles más frecuentes son infecciones agudas de vías respiratorias, cabe mencionar que la edad en que se registran más casos es entre 35 a 44 años.

Otros padecimientos comunes son las infecciones intestinales que se presentan con mayor frecuencia en la edad de 1 a 4 años. En cuanto a enfermedades no transmisibles más frecuentes sobre salen dermatitis y dermatosis. Entre otros padecimientos considerables se encuentran los trastornos del periodo de menstruación y otras hemorragias anormales así como infecciones cervicovaginales con mayor frecuencia en mujeres de 15 a 24 años. Los accidentes más comunes son las laceraciones y heridas en el grupo de edades de 5 a 14 años, cabe mencionar que dicho grupo también sobre sale en accidentes como son traumatismos, esguinces, desgarres fracturas y quemaduras.

Es importante que de acuerdo al departamento de estadística del centro comunitario T1 de SS constituido por los módulos que funcionan sólo por la mañana, y ofrecen servicios de medicina general; cuentan con un médico, una enfermera técnica y una trabajadora social. Se llevan a cabo programas intramuros y campañas de vacunación.

Existen servicios del sector privado: dos consultorios médicos que ofrecen consulta general, un consultorio dental, una farmacia, también existen dos personas que se dedican a la atención de problemas de los huesos.

En este lugar se ubica la Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (SPAPS-ENEO) Creada para dar coherencia a las prácticas comunitarias que establecen los diferentes planes y programas de estudio de la Lic. en Enfermería y Obstetricia y en un futuro de los estudios de posgrado. Las acciones que se realizan por Docentes, Pasantes y Estudiantes obedecen a objetivos académicos de investigación y de servicio estableciendo así la necesaria vinculación de la Universidad con la comunidad, una de sus funciones sustantivas cuyo impacto deberá hacerse notorio en el cambio de hábitos y actitudes a la salud integral de la colectividad.

En cuanto a la salud reproductiva puede decirse que es precisamente igual que en otras comunidades similares, que, a través de la educación familiar, la sociedad proyecta el modelo femenino como un modelo hipertrofiado en algunos valores, como la bondad, cuyo punto máximo es traducido a través de la actitud maternal así como la verdad, equiparable con la máxima virtud de fidelidad, en donde nuevamente se piensa en la mujer, como ser para otro y la belleza, como cualidad reivindicadora de la inteligencia. A través de este modelo también se nulifican algunos derechos y libertades, el derecho al ejercicio de la sexualidad y la libertad de elección de pareja y elección de sistema de valores condicionando y justificando la existencia de la mujer con el único y primordial objetivo de la reproducción de la especie.

Para que este modelo sea vigente día a día confluyen elementos ideológicos que impregnan de sentimientos de culpa a aquellas

que de alguna manera hubieran pretendido modificar el esquema. La culpa es la estrategia que ahoga a miles de mujeres y que, a manera de borrarla o repararla hace que se mantengan actitudes falsas, encubridoras de sentimientos y de destrucción.

De igual manera, se ha elaborado un modelo masculino, donde se han eliminado diques y se han buscado mecanismos facilitadores de una mal entendida libertad, como formas de mantener la sujeción femenina a la clase hegemónica masculina. En contraposición, la mujer siempre está impregnada de desconfianza y requiere someterse a juicios más exhaustivos que corroboran la incapacidad primero, o bien, certifiquen su capacidad después cuyo reflejo se percibe en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco, donde sus habitantes un tanto campiranos y un tanto citidinos, conservan un remanente muy marcado de "machismo" que se hace presente através de esquemas aprendidos desde el núcleo familiar y realimentados constantemente en todos los ámbitos citidianos, formados principalmente por la mujer, cuya dependencia social, económica y psicológica del varón la convierte en un objeto pasivo y tolerante de las expresiones de la sexualidad de su pareja. (18)

Sin embargo el cambio se va dando en un proceso lento ya que dicha dependencia de la mujer ha ido disminuyendo debido al parecer a que en la mayoría de los países, la mujer ha tenido que integrarse al trabajo remunerado, lo que ha influido en la conducta reproductiva de la pareja, limitando el número de los hijos por diferentes medios, ya que los múltiples papeles que asume,

(18) Gutiérrez A Addy. Diagnóstico de Salud Reproductiva SPARS

lejos de obtener los ambiciosos estándares de salud, sólo le permiten su propia subsistencia y la de sus hijos, en intento desesperado de superar el deterioro de la vida generado por la baja de precios a nivel internacional, de los productos agrícolas además de otros múltiples factores, como son el creciente desempleo masculino así como la baja remuneración del trabajo femenino, esto último debido a que los sistemas burocráticos responsables de las políticas económicas y sociales que en nuestro país tercermundista, han definido a la mujer como: administradora de los recursos del hogar, cuidadora de los hijos y otros menesteres que la estigmatizan y limitan su acceso al trabajo de otra índole que le permitan mayor percepción económica.

Lo anterior expresado conduce a la mujer a la asunción de múltiples roles que la obligan y la inducen a limitar la prole o aún suprimirla ya que el varón debido a su formación familiar, también como resultado de la incorporación de la mujer al proceso productivo; los patrones sexuales se han transformado y se han hecho más "flexibles" en cuanto a las manifestaciones de la sexualidad femenina, lo que el varón ve con muy buenos ojos, siempre y cuando no se trate de su pareja.

Considerando que la salud reproductiva es la resultante de una serie de factores de índole económica, social, psicológica y biológica que conduce a la procreación de hijos en las mejores condiciones que aseguren su desarrollo armónico en todas las áreas del ser humano, que son múltiples las variables que habrían que estudiar y que en esta ocasión no se pretende agotar sino sólo retomar algunas de ellas para conducir a la reflexión de

este aspecto tan importante en el que toma especial relevancia la mujer.

Las características que se manifiestan en la conducta reproductiva de la mujer también se ven determinadas por otros factores culturales como son la unión de la pareja a edad temprana hecho que se asienta más en las áreas urbanas donde cada vez es más frecuente el embarazo en las adolescentes como resultado de la sola curiosa experimentación motiva de la "sexovisión" que satura los tiempos libres de la población sobre todo adolescentes y jóvenes.

Así mismo se observa además de la sumisión de la mujer a la voluntad del varón quien las mantiene sólo como instrumento de procreación, el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, esto sobre todo en las comunidades aisladas.

Aún en comunidades semiurbanas como la de San Luis Tlaxiátemalco las cuestiones atávicas no permiten que la mujer asuma su papel protagónico como elemento productivo y creador de una nueva cultura de la familia, si no su paso vacilante y la represión social y física que ejerce su pareja y la familia en general la refleja en los patrones reproductivos, al observarse todavía familias numerosas y extensas.

En un porcentaje considerable de parejas tiene gran influencia la suegra. Es también de considerarse el hecho de que sólo el 10% de las mujeres realicen trabajos remunerado ya que la gran mayoría tienen una absoluta dependencia económica de su pareja. Se observa también que hay una participación mayor de la mujer en aspectos de la vida reproductiva.

Los resultados observados en esta investigación son un incentivo para la proyección de intervenciones específicas para la salud reproductiva dentro del programa de salud familiar de la SPAPS de manera que se propicie una mayor y más equilibrada participación de la pareja pero fomentando el liderazgo de la mujer, que por sus características biológicas, psicológicas y culturales, es depositaria de la gran responsabilidad de la formación de los hijos en las primeras etapas de su vida, época muy propicia para la estructuración de esquemas de conducta que en la vida adulta podrán conducir a un mejor ejercicio de las actividades reproductivas y por supuesto se reflejará en una disminución de los riesgos que trae consigo el embarazo que termina en aborto. (19)

2.4 FACTORES DE RIESGO PARA EL ABORTO INDUCIDO

Las principales razones que conducen a la mujer para decidirse al aborto son entre otras: número excesivo de hijos, mala situación económica, desavenencia conyugal, ocultación social, problemas profilácticos y terapéuticos. Los abortos permitidos por la ley dan apenas el 3.5% de los inducidos, lo cual arroja un abrumador 96.5% de abortos ilegales.

Las características generales de la mujer que aborta, y sus

(19) Idem. Gutiérrez

razones para ello, nos muestra la diferencia de lo que suele pensarse, no es la mujer de "mala reputación" la que acostumbra a recurrir al aborto, si no la madre de familia cuya situación económica y social le impide mantener y educar a un nuevo hijo.

(20)

Actualmente en nuestro país tenemos conocimiento de un gran número de abortos ilegales, que día a día se realizan, sabemos que se trata de embarazos no deseados. Podemos inferir que las principales causas por las que la mujer mexicana acude a esta práctica son:

- La discriminación de que puede ser objeto la mujer embarazada en su trabajo y las consecuencias que ésta puede tener en el sostenimiento de su familia.
- El temor a llegar a ser madre soltera al tener un hijo fuera del matrimonio.
- La incapacidad física y económica para mantener una boca más en el seno de la crecida familia.
- El deseo de espaciar más el nacimiento de sus hijos.
- Temor al embarazo complicado de consecuencias fatales.
- El miedo a traer un hijo enfermo al existir antecedentes que indican esa posibilidad.
- El rechazo a un hijo que va ha venir a estropear el equilibrio.

(20) Acosta. Op. Cit. pp 18

actual de la familia.

- Sentimientos de odio hacia el padre.
- Violación.

En términos generales los valores que prevalecen en una sociedad influyen fuertemente en las actitudes respecto al aborto y la posibilidad de practicarlo. La permisibilidad o factores; culturales, economía y ecología. Por ejemplo, el predominio de una religión en un país es un elemento que modifica y rige las leyes y prácticas del aborto y también el sistema económico o sociopolítico y sus tendencias poblaciones, nivel de tecnología y estándares de vida.

Las mujeres, desde hace mucho tiempo, han buscado el aborto como una solución del embarazo no deseado, independientemente de la aprobación o condena por parte de su medio cultural. Es difícil obtener estadísticas precisas sobre la práctica. Algunas mujeres buscan abortar por diversas razones incluidas las de tipo médico o de salud, económico, estado marginal, estabilidad de la familia, las circunstancias de concepción, metas personales, edad y otros factores sociales y psicológicos. (21)

Al discutir el tema del aborto el punto clave es, en primer lugar, porque ocurrió el embarazo. A parte de los casos atípicos de violación o de fracaso de los métodos anticonceptivos, las razones del embarazo accidental en mujeres que conocen las consecuencias de las relaciones sexuales y que disponen de medios de control natal varían notablemente.

(21) Sharon. Op. Cit. pp 274

Hay también casos en los que la motivación subsecuente de la concepción está relacionada con el conocimiento de que al final será el aborto. Para algunas mujeres embarazadas puede ser la expresión de impulsos autodestructivos. En este caso, el aborto inevitable es una forma de castigo; esto es frecuentemente lo que ocurre con las mujeres que se someten a abortos repetidos.

Para algunas solteras, la necesidad del aborto pudiera ser inconcientemente una prueba de la buena disposición del compañero para proporcionar apoyo emocional y económico para el aborto, si no es en el matrimonio.

En otras circunstancias, el aborto puede ser la expresión simbólica de sentimientos por una relación que decae y disponerlo subconcientemente para acelerar el fin de esa relación. El embarazo accidental y el aborto o ambos pudieran ser también una expresión de resentimiento o de hostilidad hacia el "macho", incluso, en algunos casos, la motivación subconsciente pudiera ser el deseo de exteriorizar el sentimiento profundo de la mujer de que los hombres la han utilizado o han abusado de ella.

Algunos de los factores emocionales podrían estar relacionados con la reciente destrucción de la imagen tradicional de la mujer y con los conflictos de las más jóvenes en especial al tratar de armonizar su yo personal y biológico. (22)

Una solución a este problema sería la legalización del aborto y dar a la mujer la libertad para decidir si continua con su embarazo o en caso contrario suspenderlo aplicando algún

(22) Fragosa Lizalde David. Lecciones de Obstetricia. pp 150

procedimiento no riesgoso durante el primer trimestre del embarazo.

Esto podría tener un impacto definitivo en la tasa de natalidad de nuestro país para combatir la explosión demográfica que padecemos; entonces nuestro razonamiento puede claramente inclinarse a encontrar, una medida lógica conveniente y natural, la aceptación de la interrupción del embarazo cada vez que la libertad absoluta, no estar en condiciones de traer una nueva vida al mundo.

La pregunta sería. Si se concede a la mujer el derecho de decidir sobre la vida de su hijo mientras está en su vientre puede negársele el mismo derecho con respecto que está fuera de su seno?

2.5 REPERCUSSIONES MENTALES Y SOCIOECONOMICAS EN EL ABORTO INDUCIDO, EN LA SALUD REPRODUCTIVA

Se dice que el aborto es un fenómeno social. En cuanto a las repercusiones que se podrían llamar sociales, se encuentran las consecuencias que el país y su desarrollo sufren al verse lesionada la economía.

En la revista "Mundo Médico" Ricardo Guarieb Ibarrolo. El aborto como prohibición legal, desde el nacimiento de hijos no deseados que nacen en desventajas y carecen de la atención y el cariño necesario. Según él, el aborto aún no ha sido legalizado en México porque "los argumentos que hasta ahora se han esgrimido en contra de la legalización, ignoran esta necesidad social que

es mucho más importante que la satisfacción de las buenas conciencias mexicanas. El mismo autor incluye tal vez un tanto "idealista" si no es que demagógicamente que la legalización del aborto en México traería consigo beneficios de carácter social, económico para la sociedad y en especial para las mujeres mexicanas, pues ésta medida les permitirá tener un mayor control sobre su cuerpo, aún más amplio para decidir cuándo pueden y cuándo desean tener un hijo y libertad para participar en mayor grado en las actividades económicas y sociales del país.

De ser ésta última su decisión y si frente a ello deciden abortar, entonces será más fácil el enfrentarse tanto a una sociedad rechazante, como a su propia alternativa y a las consecuencias posteriores que tal determinación puede acarrearle con el fin de poder asumirlas lo mejor posible, congruente con su propia conciencia de sí y de sus deseos. Fundamentalmente que la ambivalencia de dar vida y muerte disminuiría y con ello habría menos conflictos.

En la clase media y alta es más frecuente el caso de madres solteras que temen exponerse a la sanción social. En las clases de escasos recursos los móviles son de carácter económico ligados a la estrategia de supervivencia. Otros factores vinculados a los valores culturales inciden en las diferentes actitudes sociales.

En las zonas rurales todavía la vida de un vástago está consagrada como una bendición y dado que potencialmente representa una unidad productiva en la economía familiar, la transgresión de la mujer que aborta acarrea una sanción social y mayor culpa-

bilidad que las mujeres que abortan en áreas urbanas. En la ciudad hay mayor información, tolerancia, atención y servicios, así sean clandestinos; así mismo. la mujer tiene mayor posibilidad de ocultar su identidad o de eludir las obligaciones que derivan de la maternidad, con el objeto de evitar que un nuevo hijo se convierta en un riesgo del marco de la economía doméstica.

En abortos voluntarios en los que llegan a presentarse efectos psicológicos adversos como psicosis, neurosis, depresión, intentos de suicidio, estos parecen haber sido provocados más por el conjunto de circunstancias familiares y sociales contrarias al aborto, que el mismo aborto.

Las respuestas emocionales que con más frecuencia se observan en las mujeres después del aborto inducido voluntario, no son sólo positivos o negativos, ya que ambos suelen presentarse a menudo simultáneamente en cada persona. Profunda depresión, dificultad en obediencia de reglamentaciones y de control de impulsos, dificultades sociales, ansiedad, miedos irracionales y otros.

El ser forzado a tener un hijo no deseado es una situación productora de condiciones insanas en los niños, lo cual incrementa el peligro de un desarrollo posterior de adultos depresivos, neuróticos, criminales o psicóticos. Por estas razones se justifica a los que están en favor del aborto diciendo que debería ser eliminado, la perspectiva razonable del puro goce vital. Se trata evidentemente de una desición moral, pero que de no llevarse al cabo, en la mujer resultaría un daño mayor para ella y para los

que la rodean.

El máximo valor que casi todas las sociedades dan a las mujeres, es la de la madre, y funcionan sistemas completos de reforzamiento para la mujer, cuando inconscientemente no se desea la culminación del embarazo. La mujer en algún nivel tal vez desea la preñez como un símbolo de potencia y vitalidad, o relación con fuerzas primarias internas. El embarazo puede ser totalmente accidental y suele utilizarse para modificar las relaciones con personas importantes en la vida de la mujer como sus progenitores o su pareja.

2.6 REPERCUSSIONES DEL ABORTO INDUCIDO EN LA MORBILIDAD MATERNA

La inducción del aborto puede tener repercusiones inmediatas las cuales han sido ya tratadas.

Hay sin embargo, otras repercusiones derivadas del aborto, cuya aparición no es inmediata, pero que tienen una evidente incidencia en la vida futura de la mujer. Reciben el nombre de tardías o latentes, ya que la mayoría se relaciona con la función reproductora y por tanto no se ponen de manifiesto hasta el momento en que dicha función es requerida.

La cuantificación de dichas complicaciones es difícil, lo que permite que en dichas estadísticas se carguen en uno u otro sentido por el contrario, si cuantificación es difícil de determinar, no así su conocimiento.

El seguimiento a largo plazo, o sea hasta 5 años, mostró una incidencia muy baja de complicaciones tardías referidas a su

fertilidad posterior. La frecuencia de aparición de esterilidad era de 1.6% y no siempre se podría hacer responsable de forma definitiva al aborto anterior. (23)

Las secuelas tardías de los inducidos están representadas en la tabla 1.

Repercusiones psíquicas. Las repercusiones psíquicas derivadas del aborto inducido deben ser tomadas en consideración aunque son difíciles de apreciar y valorar con exactitud.

No obstante, en estudios de opinión realizados recientemente, los médicos interrogados sobre las repercusiones que ha tenido la legislación del aborto encuentran que ha supuesto para las pacientes más factores positivos que negativos.

Los antecedentes que pueden considerarse predisponentes de la gravedad de las alteraciones postaborto son principalmente la edad y los problemas familiares y psicológicos.

Se puede, pues tratar de hacer una profilaxis previa, detectando aquellas mujeres que, dadas las características de su entorno social o de su personalidad, puedan ser susceptibles de presentar alteraciones psicopatológicas en el postaborto. (24)

Dichas manifestaciones pueden ser:

- Reacciones frente al aborto de mujeres imaginativas, que han asumido el embrión desde su concepción como un ser viviente, representando su imagen y su figura, la que hace que el aborto lo vivan intensamente.

(23) Dexeus Trrias De Bes. Anticoncepción pp. 150

(24) Idem. pp. 151

- Cuando a pesar de los deseos profundos de maternidad, la mujer decide racionalmente abortar, por ejemplo por razones económicas. Esta ambivalencia provoca complicaciones de carácter psicológico.

- Aquellos casos en los que la mujer tiene la sensación de "matar" al feto, siendo estas reacciones bastante más frecuentes en mujeres católicas que en las protestantes.

Las reacciones psíquicas son tanto más importantes en cuanto que las mujeres que abortan hayan sido inducidas por su compañero o su familia, siendo el sentimiento de culpabilidad más grande. Esta culpabilidad se da frecuentemente en los jóvenes adolescentes en las que la interrupción del embarazo es decidida por una persona distinta de la propia interesada.

En conclusión un aborto inducido es evidente que puede tener repercusiones psicológicas pero así mismo también pueden ser mayores de un embarazo no deseado.

2.7 CONTRACEPCION, ORIENTACION DE LA SEXUALIDAD COMO RECURSO PARA DISMINUIR EL ABORTO

En este capítulo se analizará lo referente a la planificación familiar tanto a nivel nacional como internacional anteponiendo que el movimiento del control natal se ha mostrado siempre muy respetuoso, en nuestro país.

El derecho de una mujer a decidir si desea o no tener un hijo es totalmente reivindicado. El principal mecanismo para lograr este derecho es el conocimiento y el acceso a métodos anticonceptivos sin embargo ya que dicho conocimiento y acceso no son universales que en los encuentros sexuales no son siempre planeados y que los mejores anticonceptivos pueden fallar, siem-

pre habrá embarazos no deseados en este caso el acceso a un aborto higiénico, técnicamente correcto y socialmente aceptado en un ambiente de apoyo psicológico es un derecho que las mujeres reclaman y que es reconocido por la gran mayoría de la población mundial.

La interrupción de un embarazo, como quiera que sea es simplemente el resultado de algún tipo de falla: ya sea de información y acceso a la regulación de la fertilidad, de una educación o de ineffectividad en un método anticonceptivo.

Las constantes altas de natalidad y la notable disminución de las tasas de mortalidad han dado como resultado que en la mayoría de los países de tercer nivel exista un decidido freno de la reproducción incontrolada.

Las actividades de planificación familiar no conducen automáticamente a mejorar el bienestar de mujeres y niños, pero los servicios de alta calidad y bien administrados sí producen ese efecto. La efectividad de la planificación familiar en la mejoría del bienestar individual depende de la forma en que el programa se diseña y se implemente.

Los programas de planificación familiar convencionales usualmente no llegan a todos los grupos de mujeres, porque las condiciones sociales a un mayor riesgo son más frecuentes entre mujeres de bajos ingresos y menor educación, quienes frecuentemente tienen menos iniciativa para solicitar la anticoncepción y tiene difícil acceso a los servicios.

El factor más importante asociado al riesgo de un aborto inducido es una historia previa de uno o varios abortos induci-

dos. Por supuesto la presión que ocasionan tanto la pobreza como la rápida explosión demográfica es intensa a nivel individual, y familiar. Las familias que viven sin alimentación, educación empleos o cuidado de la salud adecuados tendrán muy poca seguridad en el futuro. Por tanto la pregunta importante es como saldrán del círculo vicioso la gran mayoría de las familias.

El control de la fertilidad permite que el hombre y la mujer tengan un hijo voluntariamente, en el momento y la circunstancia elegida y según sus posibilidades económicas y creencias religiosas. Surge el concepto de paternidad responsable y en la planificación familiar tanto el hombre como la mujer participan de esta decisión. En un estudio realizado se encontró que de 380 embarazos producido, la mitad de ellos no fueron planeados y la mayoría no deseados. Estas cifras dan idea de la magnitud del problema.

Todas las actitudes de planificación familiar deben basarse en los derechos humanos, no se puede forzar a la gente a usar anticonceptivos sino que se debe dirigir, educar y convencer de que es para su propio beneficio y para el beneficio de su familia. Desde luego, el mejoramiento del bienestar de las familias repercutirá en el de la comunidad y del país en su totalidad.

Todas las parejas e individuos tienen el derecho básico de decidir libremente y con sentido de responsabilidad, el número y espaciamiento de sus hijos y de tener la información, la educación y los medios para hacerlo; responsabilidad de las parejas y los individuos en el ejercicio de su derecho tomar en cuenta las necesidades de sus hijos y futuros, y responsabilidades hacia la comunidad.

La planificación familiar respetando los derechos individuales trata de mejorar la salud materno-infantil; corregir el desequilibrio poblacional entre el campo y la ciudad; evitar el aumento desmesurado de población dependiente y romper el círculo vicioso de que se tiene muchos hijos porque es pobre, y se es pobre porque se tienen muchos hijos. Es particularmente importante para la salud de las mujeres y sus hijos y en el bienestar de toda la familia, lo que es apoyado por los objetivos principales del Plan Nacional de Planificación Familiar y son los siguientes:

- 1.- Promover y presentar servicios de planificación familiar para propiciar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil para dar lugar a una regulación de la fecundidad y así una reducción de la natalidad en todo el país.
- 2.- Disminuir la incidencia del aborto al incrementar la práctica de la planificación familiar.
- 3.- Desarrollar programas de educación en planificación familiar para el sector de salud, así como de información y orientación formal e informal, que llegue a toda la población.
- 4.- Crear la infraestructura administrativa y de servicios que permitan la continuidad y ampliación de los programas de planificación familiar, en todo el ámbito nacional.
- 5.- Organización de los servicios aplicativos para educar sistemas de información, supervisión y evaluación a nivel estatal y nacional .(25)

(25) Naghi, Colbs. Administración de Programas de P.F. pp113-146

2.7.1 RECURSOS PARA CONTRACEPCION: METODOS TRANSITORIOS Y DEFINITIVOS

La anticoncepción natural, en la que no se utiliza ningún elemento externo, asume diferentes formas:

- Coito interrumpido natural, método más antiguo que se conoce, y lo pone en práctica el varón para el control de la natalidad consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación.

- Lactancia materna, es muy extendida la creencia de que mientras dura la lactancia no tiene lugar la ovulación y la mujer no puede quedar embarazada. Pero aunque esto pueda ser cierto, resulta imposible predecir cuándo esta ovulación se va a restablecer por lo cual, confiar en la lactancia como único método de control de natalidad, es arriesgado.

- Lavados vaginales, este método se basa en el concepto de que la acidez vaginal es un medio hostil para la supervivencia de los espermatozoides, y por tanto la irrigación vaginal inmediata al acto sexual de sustancias que aumentan ese grado de acidez podría destruirlos. Su eficacia está condicionada, al puro azar, y no debe aceptarse como medio científico de control de natalidad.

- Continencia periódica, este método se basa en la abstinencia sexual durante el período de fertilidad del ciclo menstrual, según las consideraciones de Ogino y de Knaus, científicos que descubrieron que el período de fecundidad esté comprendido entre los 19 y 21 días antes de la regla siguiente y que el período de fertilidad se inicia 3 días antes de la ovulación y termina uno

2.7.1 RECURSOS PARA CONTRACEPCION: METODOS TRANSITORIOS Y DEFINITIVOS

La anticoncepción natural, en la que no se utiliza ningún elemento externo, asume diferentes formas:

- Coito interrumpido natural, método más antiguo que se conoce, y lo pone en práctica el varón para el control de la natalidad consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación.

- Lactancia materna, es muy extendida la creencia de que mientras dura la lactancia no tiene lugar la ovulación y la mujer no puede quedar embarazada. Pero aunque esto pueda ser cierto, resulta imposible predecir cuándo esta ovulación se va a restablecer por lo cual, confiar en la lactancia como único método de control de natalidad, es arriesgado.

- Lavados vaginales, este método se basa en el concepto de que la acidez vaginal es un medio hostil para la supervivencia de los espermatozoides, y por tanto la irrigación vaginal inmediata al acto sexual de sustancias que aumentan ese grado de acidez podría destruirlos. Su eficacia está condicionada, al puro azar, y no debe aceptarse como medio científico de control de natalidad.

- Continencia periódica, este método se basa en la abstinencia sexual durante el período de fertilidad del ciclo menstrual, según las consideraciones de Ogino y de Knaus, científicos que descubrieron que el período de fecundidad esté comprendido entre los 19 y 21 días antes de la regla siguiente y que el período de fertilidad se inicia 3 días antes de la ovulación y termina uno

después, osea comprende cinco dias por ciclo menstrual, lo que permite tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo los dias no fertiles lo cual sólo funciona en mujeres muy exactas en su ciclo.

- Temperatura basal, se basa este método en la oscilación que experimenta la temperatura basal del cuerpo a lo largo del ciclo menstrual y su relación para detectar la ovulación. Después de la ovulación la temperatura mantiene por encima de los 37° C y hasta que se inicia la siguiente menstruación.

Los métodos de barrera, tal como indica el nombre impiden el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina, y éste impedimento puede ser mecánico o químico y pueden ser los siguientes:

- Diafragma vaginal, es un dispositivo de latex que al ocluir el cuello uterino, impide que el espermatozoide traspase el cuello uterino; para que el método resulte más efectivo se utiliza con una crema espermicida.

- Esponjas vaginales, consiste en un cuerpo de forma cilíndrica de polivinil con estructura de esponja. Se coloca en el fondo del saco vaginal a modo de tapón del cuello del útero que evita el paso de los espermatozoides hacia el interior del útero.

- Preservativo, es una forma de goma fina de latex que recubre el pene y recoge el semen en el momento de la eyaculación, impidiendo así que alcance el cuello uterino. En la utilización del preservativo es muy importante que la colocación se efectúe estando el pene en erección y que la retirada de éste de la vagina se realice antes de la detumescencia; se no es así existe

el riesgo de que haya un escape de semen en la vagina.

- Espermicidas locales, son sustancias químicas que se presentan en forma de óvulos, cremas, nebulizadores y colocadas en la vagina, actúan mediante un doble mecanismo por una parte bloquean la entrada de los espermatozoides en el cuello de la matriz y por otra parte destruyen los espermatozoides. La aplicación del espermicida debe hacerse unos 10 min. antes de la penetración.

Los métodos intrauterinos. Dispositivos intrauterinos (DIU) se han modificado y perfeccionado: Zipper en 1967, introdujo los DUI que liberan cobre; Scommengna presenta los dispositivos liberadores de sustancias hormonales y más recientemente, se han comercializado dispositivos conteniendo cobre y plata, con lo cual el efecto liberador de iones se mantiene por más tiempo.

El DIU es un adminículo que se coloca dentro del útero para evitar el embarazo. Son solicitados por parejas que buscan un método altamente seguro y por mujeres que no desean la pildora, su efectividad es elevada.(26)

Los anticonceptivos hormonales, en los que interviene un estrógeno (etinilestradiol, mestranol), pueden ser de varios tipos: orales como las minipildoras con progestágeno solo; combinados, estrógenos más progestágeno; y trifásicos, estrógeno más progestágenos con tres combinaciones que semejan los niveles hormonales fisiológicos y se toman diariamente o la pildora única postcoito. También pueden ser inyectables, mensuales (estrogenos más progestágenos), los hay trimestrales y ultimamente existe un

(26) Hubbard, Charles. Como Orientar en la P.F. pp 135-141

hormonal que se instala como parche hormonal y dura cinco años.

El método quirúrgico femenino que induce a la esterilidad definitiva, consiste en ligar y cortar las trompas de falopio en la mujer a las cuales se puede llegar quirúrgicamente através de la pared abdominal anterior o por el fondo del saco posterior de la vagina, en cuyo caso se pueden ver las trompas con un laparoscopia o culdoscopia y una vez visualizada se pueden ocluir, ligar o seccionar. El objeto de la operación es impedir el encuentro de los espermatozoides con el óvulo.

El método quirúrgico masculino llamado vasectomía, es una operación muy sencilla, consiste en cortar los conductos deferentes que salen del testículo y por los cuales los espermatozoides impiden así que lleguen al pene y salgan. La vasectomía puede ser uno de los métodos más simples, baratos y seguros y satisfactorios que ofrecen mayor seguridad; sólo en raros casos puede producirse una falla debido a que los conductos se recanalisen de nuevo.

2.7.2 PAREJA Y SEXUALIDAD

La sexualidad es un factor primordial en la transmisión o continuidad de la vida y no solamente como elemento de la transmisión si no que además determina en cierta forma la vida misma del individuo ya que sólo el hecho de pertenecer a uno de los sexos, condiciona fundamentalmente la actividad y el comportamiento del individuo en su colectividad.

La razón del ser de la sexualidad es la reproducción y la continuidad del desarrollo de la especie. La sexualidad humana es racional, es decir es una actividad libre voluntaria y responsa-

ble, que además de ser consciente es modificable. La sexualidad se manifiesta como atracción entre el hombre y la mujer que los induce a unirse sexualmente en forma libre y voluntaria que puede ser consciente y racional y puede ser estimulada frenada o modificada en cualquier otra forma. La sexualidad no sólo es genital, si no que es social, emocional o espiritual.

Según los individuos la sexualidad puede ser un medio de reproducción, utilitarismo, manipulación, agresión, manifestación de poder, medio de sacrificio, o expresión de amor. Para la gente mentalmente la sexualidad es el medio para manifestar el sentimiento amoroso y la expresión de la función más importante del ser humano, que es la comunicación, y que en su expresión sexual es la más completa o sea la forma perfecta de conocer y satisfacerse mutuamente.

El impulso sexual o libido se origina en el cerebro y puede ocurrir sin la presencia de algún estímulo del cuerpo. No obstante el estado emocional, experiencias previas medio ambiente y muchas influencias externas pueden afectar la libido. Todas las personas tienen un estímulo sexual, el grado de respuesta a éste impulso básico depende de diversos factores, que se dividen en dos grupos separados pero interrelacionados:

- Biológico, si el cerebro contiene centros que favorecen o estimulan el impulso sexual, a este respecto, el impulso sexual se regula igual que otros impulsos biológicos, como la sed y el apetito. El centro localizado en el cerebro estimula o deprime el reflejo físico en la porción sacra de la médula espinal y los impulsos se transmiten a la porción sacra de la médula espinal

cuando las zonas erógenas son estimuladas, a continuación, los impulsos que regresan estimulan a los vasos sanguíneos de la región genital, lo que produce la ingurgitación.

- Psicológico, es un reflejo de la necesidad o motivación de participar en una actividad sexual en un momento dado. La necesidad psicológica de ésta actividad es un asunto complejo, donde en conjunto, el estado emocional, el medio ambiente y las experiencias juegan un papel importante, y los problemas interpersonales que causan problemas sexuales.

El sexo en una relación requiere de cierto grado de comunicación abierta sobre los sentimientos y deseos de la pareja, la estimulación sexual en el adulto necesita más simbiosis entre el cerebro y el cuerpo. Aunque la definición de la respuesta sexual en cuanto a fases que descubrieron Master y Johnson, dicen que hay variaciones individuales dentro de las fases y que cada persona responde según sus necesidades fisiológicas y psicológicas así pues las tensiones de la vida modifican los aspectos de la relación sexual.

El sexo sólo es una parte de la comunicación total de una relación, la expresión sexual significa mucho más que el coito, de hecho en algunos momentos de la vida el coito no es deseable y se obtiene satisfacción sexual por estimulación mutua.

En la madurez, la expresión sexual incluye conductas de amor entre los individuos, sin embargo con la abundancia de solteros y solteras maduras y el número cada vez mayor de adultos que participan en actividades extramaritales la actividad sexual no puede definirse dentro del contexto de una relación estable. El sexo

como recreación también forma parte de la conducta del adulto, pero ésta actividad puede provocar sentimientos de culpa. El discutir la actividad sexual con adultos debe tenerse en mente que muchos de ellos tienen algún conflicto en relación con la necesidad humana básica de cariño y afecto y manifestaciones culturales de toda la vida. Las decisiones sobre el sexo son, con frecuencia tan difíciles para los adultos como para los adolescentes. (27)

Los problemas de la educación sexual, son manejados en nuestro medio con un alto nivel de reduccionismo, puesto que en realidad se considera que se "educa" sexualmente al individuo cuando solamente se le proporciona cierta información. Esto se puede explicar y entender como consecuencia de represión sexual que opera en la formación de la personalidad del individuo y en la misma represión social con respecto a lo sexual; no debe sin embargo perderse de vista la imprecisión y distorsiones con las que se utiliza el término sexualidad, distorsiones que han llevado a interpretar las nociones explicativas.

Así la palabra sexo habitualmente es reducida a los órganos genitales humanos y la genitalidad de los mismos, esto es cuando se hable de sexo se piensa en el coito y orgasmo concomitante, sin considerar la sexualidad manifiesta en el individuo integral biopsicosocial.

En éste sentido no se puede decir que hay una educación sexual en tanto que por un lado la misma noción de sexualidad es

(27) Howard Jones. Tratado de Ginecología, pp 172

distorsionada y minimizada, y por otro lado la noción de educación es restringida a proporcionar información, teórica por supuesto sin "la práctica correspondiente".

Así la educación sexual no es solamente un problema escolar, si no fundamentalmente social y es en la familia, donde también se debe intentar dar solución a éste problema.

Sin embargo es necesario pensar como la educación tanto familiar, escolar y social del individuo recurre a la estimulación de situaciones violentas, por tanto se intenta educar al individuo através de fomentar en él el desarrollo del instinto de muerte. por ejemplo, los castigos escolares.

Ciertamente que estas reflexiones nos llevan a replantar no solamente el problema de lo sexual, si no de la misma educación en general.

3. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

3.1 METODOLOGIA GENERAL DE LA INVESTIGACION

Para elaborar el marco teórico se revisaron algunos documentos. lo cual permitió tener un marco amplio sobre inicios del problema y sus repercusiones en los riesgos y daños a la salud de la mujer en edad reproductiva.

Fuente de datos.

Estudios realizados sobre el tema, de varios autores tanto de México como de otros países.

Documentos y revistas de Salud Pública de México sobre los problemas de Planificación Familiar y Aborto.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Código Penal.

Revistas medicas especializadas en sexualidad humana, embarazo y Aborto.

Investigación varias sobre Aborto, Planificación Familiar y Sexualidad Humana.

Investigaciones realizadas en la SPAPS.

Tamaño y tipo de la muestra.

Se escogieron a mujeres en edad reproductiva que tuvieron abortos y que asisten a la SPAPS, siendo mujeres de clase media y baja.

La encuesta se realizó del 9 de Enero al 28 de Abril de 1995, mediante entrevistas en la SPAPS y en comunidad donde se aplicaron un total de 60 cuestionarios (anexo 1) a mujeres que habían

tenido abortos.

Recopilación y análisis de los datos.

Para la codificación se realizó el sistema de tabulación manual con tarjetas simples con lo que se elaboran tablas con los datos tabulados; se hizo el análisis estadístico y con los resultados se elaboraron cuadros y gráficas de concentración.

La encuesta.

Para la recopilación de datos se utilizó un cuestionario para explorar los datos generales de la mujer que ha abortado, las características de su familia en cuanto a tipo, número de integrantes, escolaridad, actividad principal y tipo de relaciones de cada miembro con el resto de la familia, total de ingresos.

3.2 RECOLECCION DE DATOS Y PROCESAMIENTO ESTADISTICO

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS ENTREVISTADAS 1995

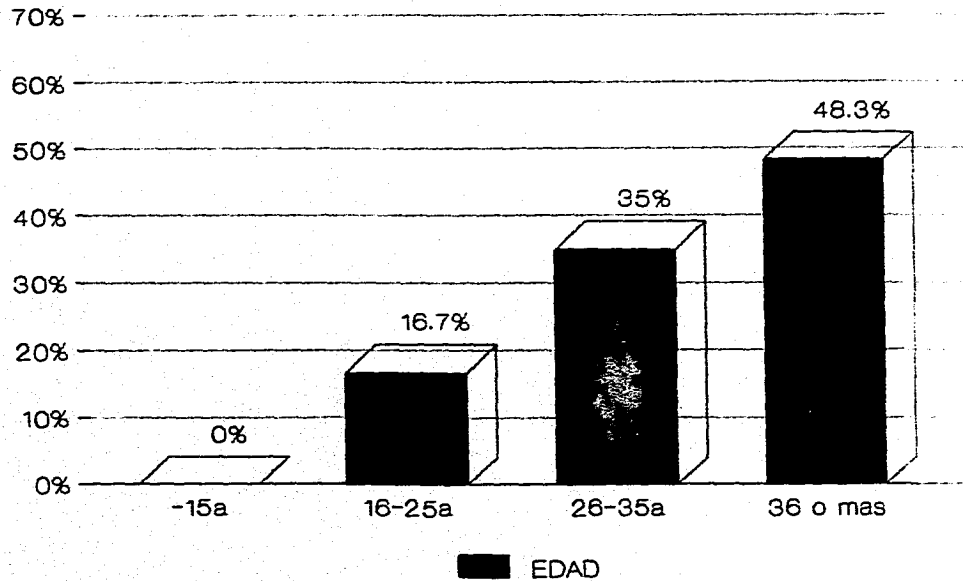
OPCIONES	F.	%
- 15 a	0	0
16 - 25 a	10	16.7
26 - 35 a	21	35.0
36 - mas	29	48.3
TOTAL	60	100.0

FUENTE: ACCIONES DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DEL ABORTO INDUCIDO EN LA POBLACION DE SAN LUIS TLACIALTECALCO EN MEXICO, D.F.

DESCRIPCION: ES UNA POBLACION JOVEN, SIENDO EL 16.7% MUJERES DE 16 A 35 AÑOS Y UNICAMENTE EL 48.3 % DE 36 AÑOS O MAS.

GRAFICA No. 1

EDAD DE LAS ENTREVISTADAS 1995



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No. 2

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS 1995

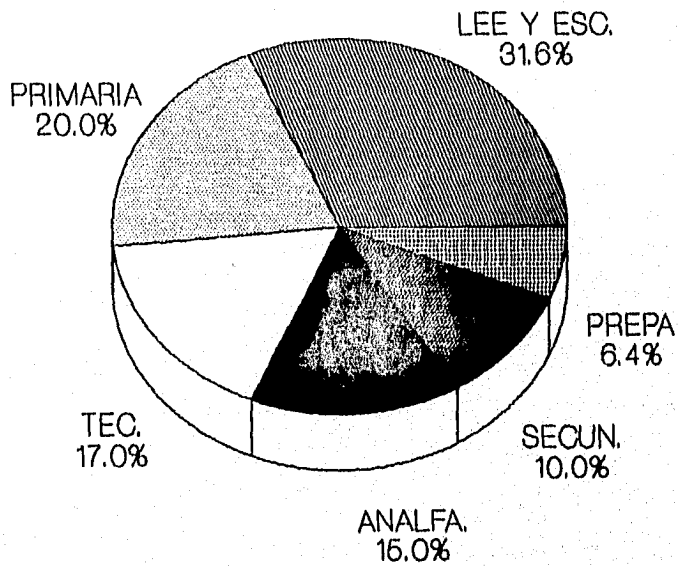
OPCIONES	F.	%
ANALFABETA	9	15,0
LEE Y ESCRIBE	19	31,6
PRIMARIA	12	20,0
SECUNDARIA	6	10,0
PREPARATORIA	4	6,4
TECNICA	10	17,0
TOTAL	60	100,0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: DE LAS MUJERES QUE ABORTARON SE OBTUVO QUE EL 31,6 % SABE LEER Y ESCRIBIR. 20 % TIENEN ESTUDIOS DE PRIMARIA, 10 % ESTUDIOS DE SECUNDARIA, 6,4 % ESTUDIOS DE PREPARATORIA, 17 % ESTUDIOS TECNICOS Y 15 % ES ANALFABETA.

GRAFICA No. 2

ESCOLARIDAD DE LAS ENTREVISTADAS 1996



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 2

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL DE LAS ENTREVISTADAS 1995

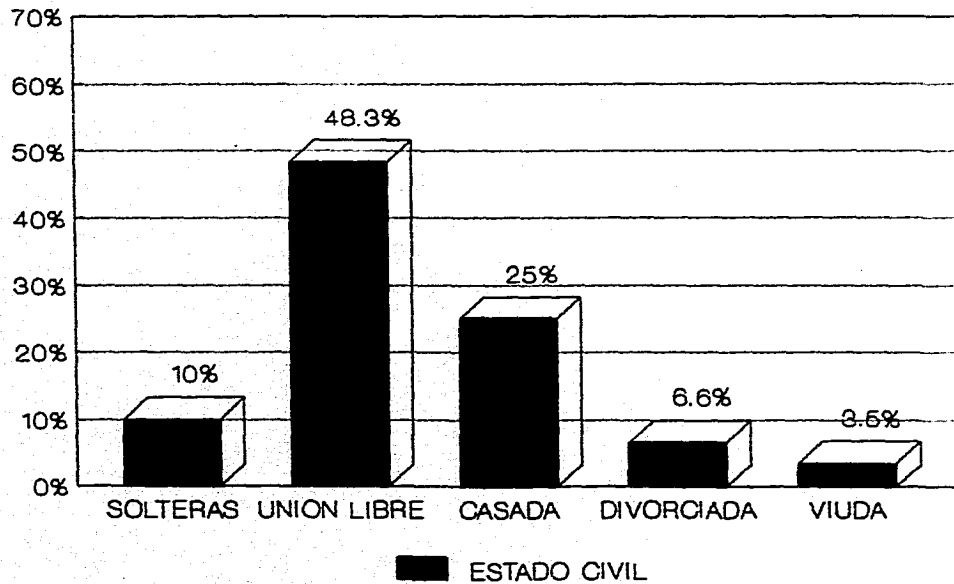
OPCIONES	F.	%
SOLTERAS	10	16.6
UNION LIBRE	29	48.3
CASADA	15	25.0
DIVORCIADA	4	6.6
VIUDA	2	3.5
TOTAL	60	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: CON BASE A LOS DATOS OBTENIDOS SE OBSERVA QUE PREDOMINAN LOS ABORTOS EN UNION LIBRE QUE REPRESENTAN EL 48.3 %; EN SEGUNDO LUGAR TENEMOS A LAS CASADAS CON 25 % Y EN TERCER LUGAR SE ENCUENTRAN LAS SOLTERAS CON 16,6 %.

GRAFICA No.3

ESTADO CIVIL DE LAS ENTREVISTADAS 1995



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.3

CUADRO No. 4

NUMERO DE HIJOS DE LAS ENTREVISTADAS 1995

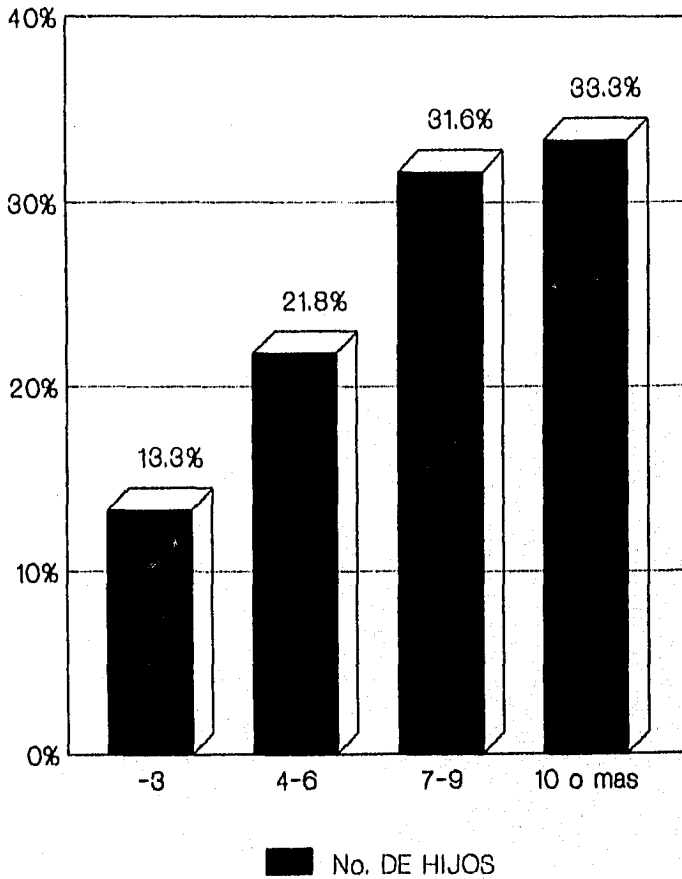
OPCIONES	N.	%
- 3	8	13.3
4 - 6	13	21.6
7 - 9	19	31.6
10 o MAS	20	33.3
TOTAL	60	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 13.3 % DE LA POBLACION ENCUESTADA HA TENIDO DE 1 A 3 ENBARAZOS Y UNICAMENTE EL 21.6 % HAN TENIDO DE 4 A 6 HIJOS. LA MAYOR PARTE DE LA POBLACION TIENE MAS DE 10 HIJOS YA QUE REPRESENTA EL 33.3 % DE LA POBLACION ENCUESTADA.

GRAFICA No. 4

No. DE HIJOS DE LAS ENTREVISTADAS 1996



FUENTE: MISMA CUADRO No. 4

CUADRO No. 5

ABORTO INDUCIDO Y NO INDUCIDO DE LAS ENTREVISTADAS 1995

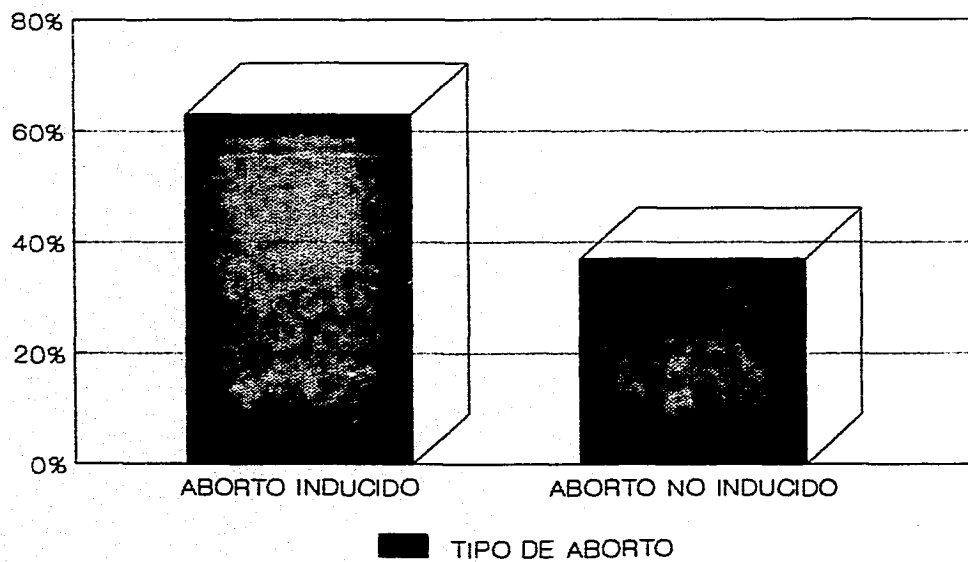
OPCIONES	F.	%
ABORTO INDUCIDO	38	63
ABORTO NO INDUCIDO	22	37
TOTAL	60	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: DE LA POBLACION ENCUESTADA UN 63 % HA TENIDO ABORTOS INDUCIDOS Y EL 37 % NO INDUCIDOS. LAS PRICIPALES CAUSAS DEL ABORTO SON LOS HIJOS NO DESEADOS Y RECURREN AL ABORTO CUANDO FALLA EL METODO ANTICONCEPTIVO O COMO CONTROL NATAL.

GRAFICA No. 5

ABORTO INDUCIDO Y NO INDUCIDO DE LAS ENTREVISTADAS 1995



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 5

CUADRO No. 6

EDAD EN QUE SE INDIJO EL (LOS) ABORTO (S)

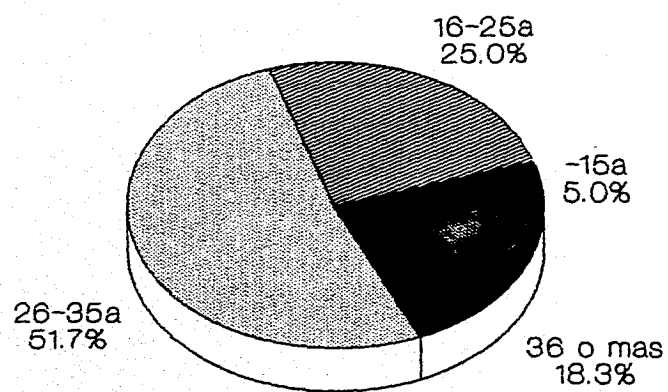
OPCIONES	F.	%
- 15 a	3	5.0
16 - 25 a	15	25.0
26 - 35 a	31	51.7
36 o mas	11	18.3
TOTAL	60	100.0

FUENTE: MISHA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: SE OBSERVA QUE LA MAYORIA DE LA POBLACION ES JOVEN SIENDO EL 25 % CON EDAD DE 16 A 25 AÑOS, UNICAMENTE EL 5 % ES MENOR DE 15 AÑOS.

GRAFICA No. 6

EDAD EN QUE SE INDUJO LOS ABORTOS 1995



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 6

CUADRO No. 7

PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA LA INDUCCION DEL ABORTO
DE LAS ENTREVISTADAS 1995

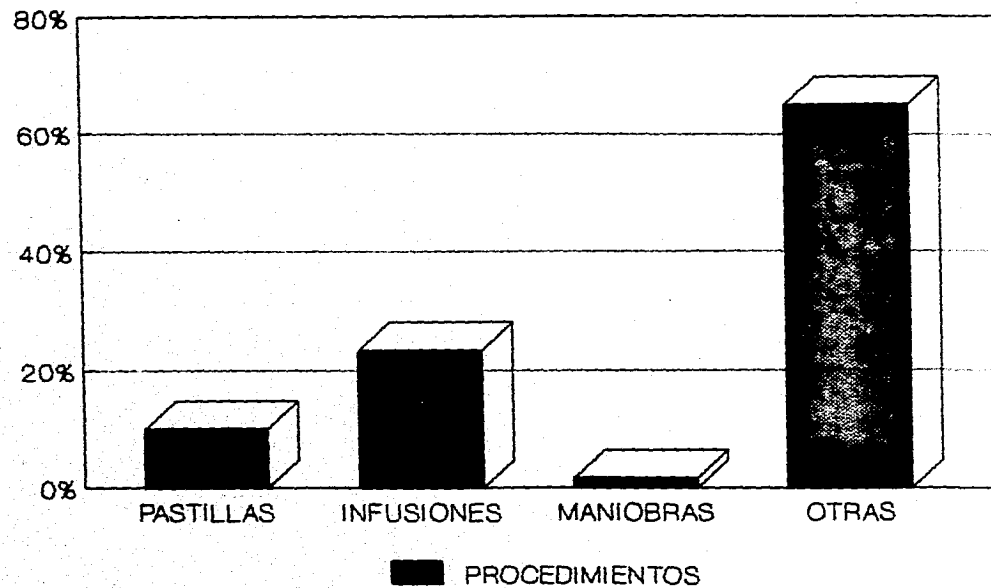
OPCIONES	F.	%
INGESTION DE PASTILLAS	6	10.0
INGESTION DE INFUSIONES	14	23.3
MANIOBRAS DIRECTAS EN EL UTERO	1	1.7
OTRAS	39	65.0
TOTAL	60	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EN EL RUBRO DE OTRAS ENCONTRAMOS UN 65 % DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS QUE UTILIZAN DICHO PROCEDIMIENTO PARA LA INDUCCION DEL ABORTO; SIGUIENDOLE UN 23.3 % QUE UTILIZAN LA INGESTION DE INFUSIONES Y SOLO EL 1.7 % EFECTUAN MANIOBRAS DIRECTAS EN EL UTERO.

GRAFICA No. 7

PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA LA
INDUCCION DEL ABORTO 1995



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 7

CUADRO No. 8

COMPLICACIONES POSTERIORES AL ABORTO DE LAS ENTREVISTADAS 1995

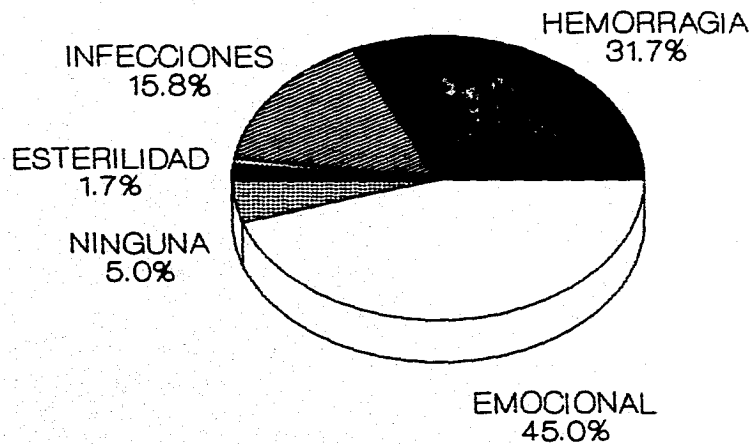
OPCIONES	F.	%
HEMORRAGIA	38	31.7
INFECCIONES	19	15.8
HISTERECTOMIA	1	0.8
ESTERILIDAD	2	1.7
NINGUNA	6	5.0
ENDOCIONALES	54	45.0
OTRAS	8	6.8
TOTAL	120	100.0

FUENTE: NISHA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: DE LOS DATOS OBTENIDOS PREDONINAN LOS SIGUIENTES: 45 % ENOCIONALES, 31.7 % HEMORRAGIAS, 15.8 % INFECCIONES Y EL RESTO OTROS.

GRAFICA No. 8

COMPLICACIONES POSTERIORES AL ABORTO
DE LAS ENTREVISTADAS 1995



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 8

CUADRO No. 9

CAUSAS DE LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO DE LAS ENTREVISTADAS 1995

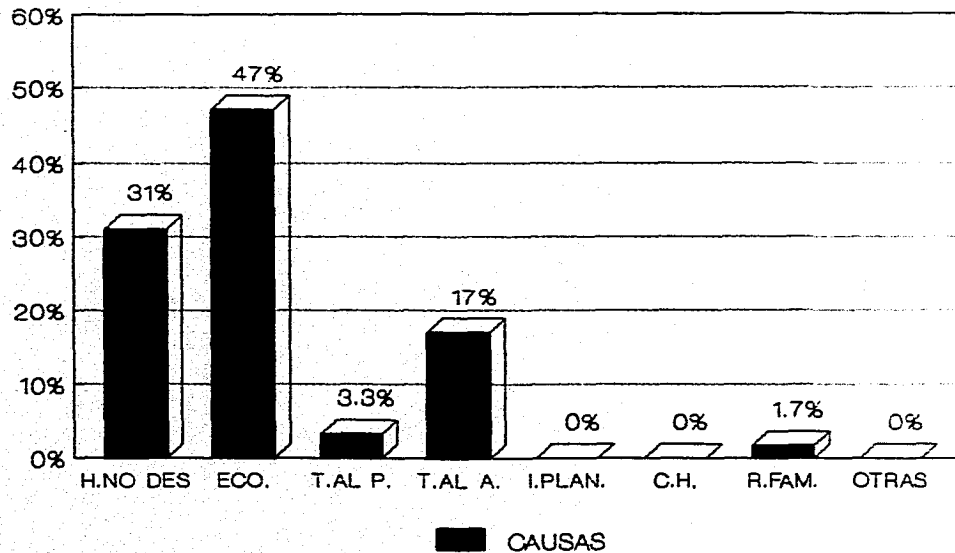
OPCIONES	F.	%
HIJOS NO DESEADOS	19	31.0
FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	28	47.0
TENOR AL PARTO	2	3.3
TENOR AL ABANDONO DE LA PAREJA	10	17.0
NO DESEA INTERRUMPIR SUS PLANES	0	0.0
NO PODER CUIDAR A SUS HIJOS	0	0.0
TENOR AL RECHAZO FAMILIAR	1	1.7
OIRAS	0	0.0
TOTAL	60	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LOS ABORTOS SON POR FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS Y HIJOS NO DESEADOS, REPRESENTADOS CON UN 47 % Y 31 % RESPECTIVAMENTE. POR LO QUE RECURREN AL ABORTO CUANDO LES FALLA EL METODO ANTICONCEPTIVO.

GRAFICA No.9

CAUSAS DE LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO
DE LAS ENTREVISTADAS 1995



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.9

CUADRO No. 10

CONOCE LOS METODOS PARA EVITAR EL EMBARAZO
1995

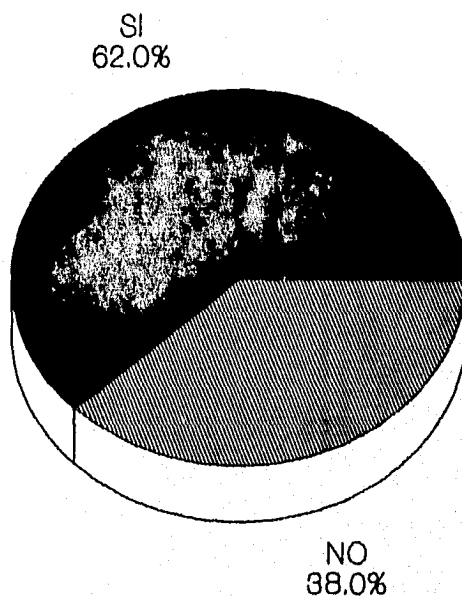
OPCIONES	F.	%
SI	37	62
NO	23	38
TOTAL	60	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EXISTE UN GRAN CONOCIMIENTO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN UN
EXPRESADO CON UN 62% DE LA POBLACION EN ESTUDIO;
ESTO NOS DEMUESTRA QUE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR
ESTAN CUMPLIENDO CON ALGUNOS DE SUS OBJETIVOS.

GRAFICA No.10

CONOCE LOS METODOS PARA EVITAR EL EMBARAZO



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 10

CUADRO No. 11

MÉTODOS QUE CONOCEN LAS ENTREVISTADAS PARA EVITAR EL EMBARAZO 1995

OPCIONES	F.	%
PASTILLAS	34	25
OVULOS	11	8
JALEAS	11	8
INYECCIONES	25	18
CONDON	18	13
DIU	16	12
SALPINGOCLASIA	15	11
DEFERENTOCCLASIA	7	5
TOTAL	117	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: LOS MÉTODOS DE CONTROL NATAL MÁS UTILIZADOS SON LAS PASTILLAS E INYECCIONES CON UN 25 % Y 18 % RESPECTIVAMENTE; PROBABLEMENTE POR SU MAYOR MARGEN DE SEGURIDAD. DURANTE LAS DE ENTREVISTAS SE PUDO OBSERVAR QUE EXISTE UN GRAN PORCENTAJE MUJERES QUE NO UTILIZAN NINGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO.

CUADRO No. 11

MÉTODOS QUE CONOCEN LAS ENTREVISTADAS PARA EVITAR EL EMBARAZO 1995

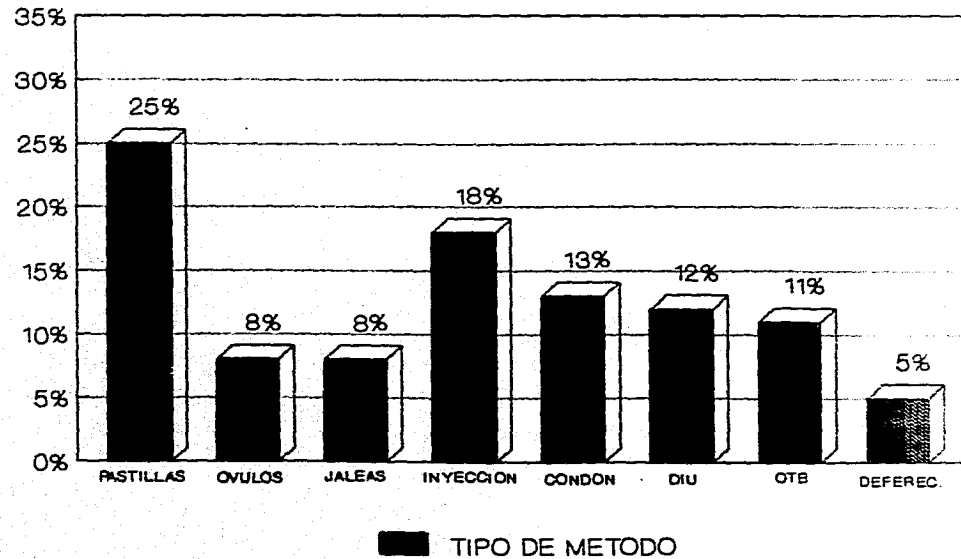
OPCIONES	F.	%
PASTILLAS	34	25
OVULOS	11	8
JALEAS	11	8
INYECCIONES	25	18
CONDON	10	13
DIU	16	12
SALPINGOCLASIA	15	11
DEFERENDOCCLASIA	7	5
TOTAL	117	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: LOS METODOS DE CONTROL NATAL MAS UTILIZADOS SON LAS PASTILLAS E INYECCIONES CON UN 25 % Y 18 % RESPECTIVAMENTE; PROBABLEMENTE POR SU MAYOR MARGEN DE SEGURIDAD. DURANTE LAS DE ENTREVISTAS SE PUDO OBSERVAR QUE EXISTE UN GRAN PORCENTAJE MUJERES QUE NO UTILIZAN NINGUN METODO ANTICONCEPTIVO.

GRAFICA No.11

METODOS QUE CONOCEN LAS ENTREVISTADAS
PARA EVITAR EL EMBARAZO 1995



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 11

3.3. ANALISIS DE RESULTADOS

- La mayoría de las mujeres de la clase media baja y baja integrantes de esta muestra, iniciaron vida sexual activa a edades tempranas (15 a 25 años) lo que incrementa las probabilidades de riesgo reproductivo.

- El nivel de escolaridad de éste grupo de mujeres es bajo, el 20% apenas si tiene la primaria completa, situación que las limita a comprender plenamente los objetivos y las acciones de los programas de planificación familiar y ello las puede conducir a tomar decisiones equivocadas en cuanto a su función reproductiva.

- En el grupo de mujeres estudiadas se encontró que un 48.3% reportan no tener legalizado su matrimonio y están en condiciones de unión libre o madre soltera. Este dato hace manifiesto que en este grupo de población es importante legalizar la unión de la pareja para darle mayor estabilidad económica y social.

- El número de hijos que predominan en las familias encuestadas es de 10 a más en un 33.3%, lo cual se debe a que la mayoría de las mujeres inician vida sexual activa temprana.

- De la población encuestada que han tenido abortos un 63% han sido inducidos y un 37% espontáneos aparentemente, ya que mujeres de bajos recursos negaron la práctica de abortos provocados, las personas que han tenido abortos provocados pertenecen a la clase social media baja y tienen como grado mínimo de estudio la prima-

ria completa y como grado máximo de profesional. esto nos indica que el aborto no siempre se práctica por ignorancia.

- Un 5% de la población en estudio ha tenido abortos a pesar de ser una población joven con un reducido número de embarazos, esto implica que se debe conscientizar a la población de la necesidad de una intensa campaña de planificación familiar.

- Los procedimientos más utilizados para provocar el aborto fueron con un 65% los que aparecen en el rubro de otros, entre los cuales se encuentran las sondas y agujas principalmente, los cuales son métodos agresivos para la salud y la vida de la madre. La ingestión de sustancias tóxicas ocupa también un lugar considerable con un 23.3%, entre estas sustancias se encuentran la ingestión de cerveza con orégano o flor de nochebuena con piloncillo negro.

- De las mujeres entrevistadas la mayoría presentó infecciones como complicación del aborto, por su forma clandestina inexperta y séptica en que se realizan. También presentaron repercusiones psicológicas manifestándose principalmente por depresión. Esto nos demuestra que todo lo que acontece en nuestro cuerpo se acompaña de efectos y emociones intensas que provocan cambios en las relaciones con nosotros mismos y con los demás.

- La principal causa de los abortos inducidos son los hijos no deseados en un 31%. Se encontró que las mujeres casadas son las

que más recurren con mayor frecuencia a este tipo de abortos, cuando les falla el método anticonceptivo o como control natal.

- En la población estudiada se detectó que existe un gran conocimiento de la Planificación Familiar en un 62%, esto nos demuestra que es una población sensibilizada en cuanto a los programas de Planificación Familiar, y que a pesar de ello la mayoría no lleva control (madres solteras, primigestas y multigestas que no están de acuerdo con este programa). Esto nos indica que por su bajo nivel sociocultural no comprenden plenamente los objetivos de este programa.

- Los métodos de control natal más utilizados son el DIU y las pastillas en un 12% y 25% respectivamente por su mayor aceptación y margen de seguridad, lo que puede ayudar a que haya un menor porcentaje de abortos provocados, en tanto se generaliza su utilización.

3.4. RESULTADO DE LA INVESTIGACION

Con relación con los datos obtenidos, en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco, se concluye que es semejante a las características generales que se presentan en el país, dado que se observa población en edad reproductiva y económica activa.

El aborto es una antigua práctica que se encuentra generalizada en diversos sectores de la sociedad, y no puede considerarse como un hecho aislado, sino como uno más de los problemas derivados de la estructura socio-cultural, económica y política de nuestro país; que debido a su penalización, se realiza en condiciones que ponen en peligro la salud y la vida de muchas mujeres.

En este estudio se llegó a las conclusiones siguientes:

Con relación a la primera hipótesis, esta se desaprueba, porque el 62%, o sea la mayoría de la población encuestada si tiene información sobre métodos contraceptivos, pero probablemente no los utiliza, motivo por el cual se podría promover otra investigación para conocer dicha situación.

La segunda hipótesis si se comprueba, ya que en los abortos inducidos estuvieron presentes los factores socio-económicos y psicológicos.

Conforme a los resultados obtenidos en la investigación realizada en San Luis Tlaxiátemalco, se consideraron las siguientes propuestas:

- Elaborar un programa de Salud Reproductiva en coordinación con los Servicios Educativos y de Salud Pública de que disponga la comunidad y operar dichos programas y los que realicen organismos privados para que se lleven al cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales con que cuenta la SPAPS para beneficio de la población de San Luis Tlaxiátemalco.

- Si consideramos que el número de integrantes por familia es de cinco elementos y su ingreso familiar cae primordialmente en el rubro de uno de los salarios mínimos, el cual se haya destinado en mayor proporción a la alimentación, resulta importante realizar programas encaminados a la orientación nutricional considerando los recursos alimenticios propios del área, lo que favorecerá la salud de la población en general y por ende de la mujer en edad reproductiva.

- Las mujeres con buena salud menores de 38 años, pero con paridad satisfecha lo que es frecuente en estas comunidades, deben recibir valoración individualizada, si emplean hormonas ya sean orales o inyectables, se les ha de procurar brindar la mejor opción, en caso de ser mayores de 35 al igual, realizar las recomendaciones sobre los posibles efectos adversos, y recomendar métodos definitivos.

- Otro aspecto en el que puede y debe influir la Licenciada en Enfermería, es el de efectuar las actividades para que no se originen y propaguen las creencias sobre las reacciones adversas de los hormonales, además de intensificar la vigilancia de la usuarias.

- Elaboración de programas de orientación sobre el tema incluyendo actividades que promuevan la búsqueda de soluciones y se les brinde apoyo didáctico con diapositivas, modelos anatómicos y otros, para aclarar las dudas.

- Programar reuniones periódicas en las que participen pasantes y estudiantes, exponiendo casos clínicos con relación al tema, donde se den soluciones para dichos casos.

Todo lo anterior debe tener como respaldo una oportuna y suficiente dotación de anticonceptivos sin la cual ninguna acción tendría impacto del programa de Salud Reproductiva.

4. PROPUESTA DE UNA GUIA DE INTERVENCIONES GENERALES DE ENFERMERIA CON BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION

Este trabajo permite ampliar la línea de investigación en la salud reproductiva de la SPAPS, para determinar con mayor profundidad los principales factores de riesgo que intervienen en ella, y así establecer las acciones que se deberán realizar para incidir efectivamente en la problemática de esta comunidad de San Luis Tlaxialtemalco con el objeto ambicioso de establecer un

modelo de atención de enfermería en salud reproductiva, basándose en referentes teóricos, metodológicos y prácticos.

A continuación se presentan en forma esquemática los factores de riesgo para la salud reproductiva y las necesarias intervenciones de Enfermería y otros profesionales o grupos de apoyo.

INTERVENCIONES GENERALES DE ENFERMERIA EN LA SALUD REPRODUCTIVA SEGUN RIESGOS PARA EL ABORTO INDUCIDO

FACTORES DE RIESGO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
- Embarazo no planeado	Concientizar a las parejas o a la mujer sobre la necesidad de utilizar métodos anticonceptivos para planificar adecuadamente la familia.
- Embarazo en los extremos de la edad reproductiva	Educación sobre los riesgos físicos, emocionales y sociales que implica el embarazo después de los 35 años.
- Deficiente información sobre Métodos Anticonceptivos	Orientación sobre el uso de métodos contraceptivos acordes a las características de la pareja o mujer.
- Falta de educación de la sexualidad	Educación para concientizar sobre el peligro que corre la

- Mujer soltera embarazada

vida de la mujer en la práctica del aborto inducido.

Educación sobre la aceptación social de la madre soltera para que tenga los mismos derechos y oportunidades que cualquier otra embarazada ya que el ser soltera no es un obstáculo para ser madre.

- Falta de aceptación a la maternidad

Concientizar sobre la importancia de ser madre y lo que significa un hijo y los daños que se le causan cuando no es deseado.

- Temor al embarazo

Control prenatal para su preparación psicológica sobre el embarazo, parto, puerperio y el neonato.

- Temor a la crianza del hijo

Orientación sobre; el crecimiento y desarrollo del hijo por medio de la vigilancia periódica higienico-dietética. Establecimientos para el cuidado del niño, participación de la pareja y familia en el cuidado del niño.

- Falta de aprobación de

Entrevistas familiares para

- | | |
|---|--|
| la familia al nuevo
embarazo | hacer labor de convencimiento
sobre el apoyo a las decisio-
nes de la mujer y la forma de
colaborar. |
| - Temor al abandono de la
pareja | Convencer a la mujer de que
no es necesario tener una
pareja para orientar y educar
a un hijo y que la madre
puede llevar un hogar al
éxito. |
| - Disfunción de la relación
de la pareja | .Orientación a la pareja por
medio de pláticas, sobre las
consecuencias de dichas dis-
funciones con relación a un
nuevo embarazo. |
| - Falta de aceptación para
incrementar el número de
hijos | Orientación sobre complica-
ciones del embarazo inducido
así como la utilización de
métodos contraceptivos para
el futuro. |
| - Promiscuidad | Orientación sobre complica-
ciones del aborto inducido
así como la utilización de
métodos contraceptivos para
el futuro y sobre el peligro
para la persona y el producto
de dicha conducta con rela- |

- | | |
|---|--|
| | ción a las infecciones de transmisión sexual. |
| - Enfermedades infecciosas agudas y crónicas | Referirla al médico para que valore el caso y realice el aborto según dicha valoración |
| - Toxiadicciones | Referir a la consultoria de apoyo psicológico así como motivación y orientación sobre los centros de rehabilitación. |
| - Insolvencia Económica | Orientarla para la administración equilibrada de sus recursos o sobre actividades que incrementen sus ingresos o a personas, grupos o familias que la puedan apoyar. |
| -- Interrupción de proyectos de vida | Orientación sobre un posible cambio de actividad según capacidades identificadas. |
| - Restricciones de las empresas a la mujer embarazada | Convencimiento a los empresarios de que la mujer embarazada puede desempeñar de igual manera su trabajo, hasta cierta edad gestacional y en caso necesario puede cambiar de actividad. |
| - Enfermedad Crónico- | Advertirle de los peligros |

Degenerativas	del aborto para su salud y hasta para su vida y más aún la importancia psicológica de esta decisión cuyas consecuencias pueden ser funestas.
- Antecedentes de malformaciones congénitas y problemas genéticos en general	Referir al médico o genetista para su valoración y realización del aborto en caso necesario.

Las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia ante tal problema en su calidad de consultoras y consejeras deben hacer comprender a la mujer los inconvenientes del aborto; sobre todo deben advertirle los peligros para su salud y hasta para su vida y más aún la importancia psicológica de esta decisión, cuyas consecuencias pueden ser funestas.

Es cierto que en casos compatibles de acuerdo con una adecuada evaluación de la situación, se puede y debe ayudar a una pareja a resolver la aceptación del hijo disolviendo sus dudas y ansiedades. Pero no debe hacerlo jamás a priori, sin escuchar primero, sin sondearlos detenidamente no sólo para conocer la situación real, sino para evaluar en la medida de sus posibilidades la mayor o menor fuerza del impulso abortivo. Si apesar de razones valedoras de la pareja o la mujer, se sienten empujados al aborto se debe respetar su decisión, considerando que el impulso destructivo del nuevo ser puede ser bajo otras formas, más graves o seguramente se desplazará hacia el futuro hijo, que será así víctima inocente de las buenas intenciones ingenuas o moralistas

de algún profesional o "consultor espiritual."

Considero que la despenalización del aborto servirá para que la mujer o pareja decida libremente si el producto de la concepción deberá cursar hasta el final y evitar tal vez seres estigmatizados desde su concepción para cursar una vida de rechazo y sufrimientos innecesarios.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACOSTA, Mariclaire y Colbs. El Aborto en México.
Edit. Fondo de Cultura Económica. 1ra. ed. México,
1976. pp. 24-29
- ADAMS, Paul. Los Derechos de los Niños.
Edit. Extemporáneos, s.a. 2a. ed. México 1979.
pp. 104-181
- BALSEIRO, Almairo Lasty. Investigación en Enfermería
Edit. Acuario
- BARBOSA Agustín y Colbs. El Aborto.
Instituto de Investigaciones Biométricas.
U.N.A.M. 1ra. ed. México, 1980. pp. 39-54
- BARRY, G. Wren. Manual de Obstetricia y Ginecología.
Edit. Interamericana. 3er ed. México D.F. 1991.
pp. 376
- BENSON, Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia
Edit. el Madero. 8a ed. México. pp. 405-421
- CALANDRA, Dante. Aborto.
Edit. Panamericana. 1a. ed. México, 1978.
pp. 91-122
- CALANTRONI, J. Carlos. Ginecología.
Edit. Panamericana. 2a ed.
pp.185-207
- CASAVILLA, Florencio. Manual de Obstetricia.
Edit. Ateneo. 1a. ed. pp. 246-300
- TRIAS, Bes. Anticoncepción.
Edit. Salvat. 2a. ed. México 1989. pp. 135-157
- CARRANCA y Rivas. Código Penal
Edit. Porrúa. México, 1980. pp. 169
- FRAGOSA, Lizalde D. Lecciones de Obstetricia.
Edit. Imprenta Fernando Ayala. 3a. ed.
México, 1969. pp. 139-143
- GRIDER. Adolescencia.
Edit. Limusa. 10a. ed. México, 1992. pp.15-203
- GUTIERREZ, Saenz. Método Científico.
Edit. Estingle. 3a. ed. México, 1987.
pp. 193-203
- GUTIERREZ, Raigosa Addy. Diagnóstico de Salud Reproductiva
SPAPS-ENEO. México. D.F. 1995

- HALL, Robert. El Aborto en el Mundo Cambiante.
Edit. Contemporaneos. 1a. ed. México, 1980.
pp. 205-329
- HOEL, Paul. Estadística Elemental.
Edit. Continental. 3a. ed. México, 1982.
pp. 21-38
- HUBBARD, Charles. Como Orientar en Planificación Familiar.
Edit. Pax-Mex. 2a. ed. México 1986.
pp. 135-141
- JACK, Levin. Fundamentos de Estadística en la Inv. Social.
Edit. Harla. 2a ed. 1979. pp. 15-38
- JUNCEDA, Jims. Diagnóstico de Obstetricia y Ginecología.
2a. ed. Barcelona España, 1980. pp. 60-68
- MANISOFF, Miriam. Enseñanza de la Planificación Familiar.
Edit. Interamericana. 1a ed. México, 1976.
pp. 24-36
- MENDEZ, R. Ignacio. El Protocolo de Investigación.
Edit. Trillas. 1a ed. México. 1984.
pp. 33-62
- NAGHI Y Colbs. Administración de Programas de Planificación Familiar. Edit. Limusa. 1a. ed. México, 1984.
pp. 113-146
- MONDRAGON, C. Héctor. Obstetricia Básica.
Edit. Trillas. 2a ed. México. pp. 33-108
- MONDRAGON, C. Héctor. Ginecología Básica Ilustrada.
Edit. Trillas. 2a ed. México. pp 444-464
- HEUBARDT y Scumant. Técnica de Aborto.
Edit. Panamericana. 3a. ed. México 1976.
pp. 64-105
- L' GAMIZ, Matuk A. Bioestadística.
Edit. Fco. Méndez Cervantes. 1a. ed. México.
pp. 101-136
- NAVAK, Edmundo. Compendio de Ginecología.
Edit. Interamericana. 1a. ed. México, 1978.
pp. 136-188
- PAIDOS, Educador. La Adolescencia Normal.
Edit. Paidos Mexicana. 19a. ed. México 1993.
pp. 127-141

- PEEL, John. Técnicas de Control de la Natalidad.
Edit. Diana. 1a. ed. México 1972.
pp. 182-226
- PLEF, Denise. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Edit. Interamericana. 2a. ed. 1985
pp. 103-120
- SANCHEZ, Azcona J. Familia y Sociedad.
Edit. Joaquín Martíz. 2a. ed. México 1976.
pp. 48-56
- SHARON J. Reeder, Leonide L. Martín. Enfermería Materno Infantil. Edit. Panamericana. 2a. ed. 1988
pp. 899
- ROJAS, Soriano R. El Proceso de la Investigación Científica.
Edit. Trillas. 3a. ed. México, 1986.
pp. 78-88
- SKINNER, Robin. Relaciones Familiares.
Edit. Pax-Mex. 1a. ed. México, 1989.
pp. 15-90
- WATSON, Hawks. Enfermería Ginecología y Obstetricia.
Edit. Harla. 1a. ed. México, 1983.
pp. 213-255

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SEDE DE PRACTICAS DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

CEDULA DE ENTREVISTA

ACCIONES DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DEL ABORTO INDUCIDO EN
LA POBLACION DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, MEXICO D.F.

I. MARQUE CON UNA X UNA SOLA RESPUESTA

1. EDAD

- 15 años _____
16 - 20 años _____
26 - 35 años _____
36 o más _____

2. ESCOLARIDAD

Analfabeta _____
Lee y Escribe _____
Estudios de Primaria _____
Estudios de Secundaria _____
Estudios de Preparatoria _____
Estudios de Licenciatura _____
o mayor _____

3. ESTADO CIVIL

Soltera _____
Unión Libre _____
Casada _____
Divorciada _____
Viuda _____

4. GESTA _____
PARA _____

5. ABORTOS

Inducidos _____
No inducidos _____

6. EDAD EN QUE SE INDUJO EL (LOS) ABORTO (S)

- 15 años _____
16 a 25 años _____
26 a 36 años _____
36 o más _____

II. PONGA LA CIFRA CORRECTA

Procedimientos utilizados para la inducción de abortos,
número de veces y efectos.

PROCEDIMIENTO

No. DE VECES

EFECTOS