



Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR

**“PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES QUE  
ACUDEN A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL  
HOSPITAL GENERAL TICOMÁN DEL D.F.”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTADO POR:  
**DRA. FRANCISCA EGUREN HERNÁNDEZ**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

DIRECTORA DE TESIS:  
**DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS**

REGISTRO:  
2080101114

-2015-



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

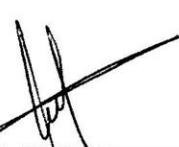
**“PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES QUE  
ACUDEN A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL  
HOSPITAL GENERAL TICOMÁN DEL D.F.”**

PRESENTA

**DRA. FRANCISCA EGUREN HERNÁNDEZ**

AUTORIZACION

**DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS**



---

**DIRECTORA DE TESIS  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
CENTRO DE SALUD “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”  
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

## AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por el apoyo incondicional, porque mi primera escuela de Familia fue en el hogar y porque sin ellos hay vacío y con ellos plenitud. A mis tíos por recibirme en su casa y atenderme como una de sus hijas y tolerar mis horarios extraños.

A mis maestros de postgrado, adscritos y compañeros de rotación y personal de la sede del "Castro Villagrana", a todos y cada uno de ustedes, porque me han mostrado que en la vida no solo profesional, sino en todos los aspectos siempre hay algo más por aprender y superarse, porqué el estancarse en un solo lugar no es retroceso pero sí olvido. Gracias Dra. Dickinson, Dra. Flores, Dr. Bravo, Dra. Madrigal, Dr. José Luis Rodríguez, Enf. Silvia, por sus consejos y enseñanzas.

Lili Castellanos, gracias por tus regaños, jalones de orejas pero sobre todo por tu cariño y consejos, más que compañera de trabajo una gran amiga y muestra de que cuando se quiere hacer algo no importan los obstáculos, siempre hay q luchar.

Al Hospital Ticomán, su coordinación de enseñanza y departamento de Ginecología, porque sin su apoyo y facilidades no habría podido sacar adelante este trabajo.

A la Dra. Consuelo González Salinas por todas sus enseñanzas, pero en especial y fuera de lo académico por el apoyo brindado en situaciones difíciles, por demostrarme que siempre hay alguien con quien contar, por no ser ajena al dolor de otros y siempre tener disposición de ayudar. De corazón muchas gracias.

Dr. Apolinar Membrillo Luna, gracias, porque en la enseñanza y aprendizaje de la Medicina Familiar para mi existe un antes y un después de usted. Porque el conformismo y la mediocridad no caben en el Médico Familiar, pero si el deseo de aprender y sobresalir en el medio a pesar de cualquier obstáculo, ya que lo que cuenta es el conocimiento y la razón.

A mis hermanos de Especialidad, Cristina, Raúl, Nancy y Elena, porque sin ustedes y su apoyo todo habría sido más difícil, porque demostramos que la unión hace la fuerza, pero sobre todo por brindarme más que su compañía en el trabajo, su amistad. Siempre hermanos y familia.

A todos ustedes..... GRACIAS!!!!!!

## DEDICATORIAS

A mi familia, mis padres, hermanos y mis sobrinos que amo.  
A todos aquellos que contribuyeron a darme ánimos cuando creía que todo era  
oscuro y no me dejaron renunciar.  
A mis ángeles en el cielo, que no dejo de extrañar todos los días.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>1 MARCO TEÓRICO</b> .....	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Planteamiento del problema.....	36
1.3 Justificación.....	37
1.4 Hipótesis.....	39
1.5 Objetivos.....	39
1.5.1 General.....	39
1.5.2 Específicos.....	39
<b>2 MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	40
2.1 Tipo de estudio.....	40
2.2 Diseño de investigación.....	40
2.3 Población, lugar y tiempo.....	40
2.4 Muestra.....	41
2.4.1 Tipo de muestra.....	41
2.4.2 Tamaño de muestra.....	41
2.5 Criterios de selección.....	41
2.5.1 Criterios de inclusión.....	41
2.5.2 Criterios de no inclusión.....	41
2.5.3 Criterios de eliminación.....	41
2.6 Variables.....	42
2.6.1 Definición conceptual.....	42
2.6.2 Definición operacional.....	43
2.7 Instrumento(s) de recolección de datos.....	45
2.8 Método de recolección de datos.....	45
2.9 Maniobras para controlar sesgos.....	46
2.9.1 Prueba Piloto.....	46
2.10 Procedimiento estadístico.....	46
2.10.1 Diseño y construcción de base de datos.....	46
2.10.2 Análisis estadístico.....	47
2.11 Cronograma.....	47
2.12 Recursos humanos, materiales, físicos y financieros.....	48
2.13 Consideraciones éticas.....	48
<b>3 RESULTADOS</b> .....	51
<b>4 DISCUSIÓN</b> .....	60
<b>5 CONCLUSIONES</b> .....	62
<b>6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	64
<b>7 ANEXOS</b>	

## RESUMEN

**Introducción:** Las mujeres con frecuencia se enfrentan a la presencia de un embarazo no planeado o no deseado, en México se estima que un 55% de los embarazos se presentan en esta situación. El contexto sociocultural, legal, familiar, económico y de salud entre otros de estas mujeres influye en su habilidad para evitar estos embarazos y por tanto afecta la respuesta que den en caso de presentarse uno. A partir de la despenalización del aborto en México y otros países los riesgos de complicaciones a la salud de las pacientes han disminuido por realizarse de una manera segura, sin embargo han aparecido otras consecuencias a nivel personal y familiar en quienes realizan una interrupción voluntaria del embarazo. Es por esto que estas pacientes se vuelven motivo de problemática familiar que puede afectar a la funcionalidad y la salud familiar.

**Objetivo:** Evaluar la percepción de la funcionalidad familiar en mujeres que acuden voluntariamente a la clínica de Interrupción legal del embarazo (ILE).

**Material y métodos:** Se realizó una investigación cuantitativa observacional descriptiva, de corte transversal de las usuarias que acudieron a la clínica de ILE de un Hospital General de la Ciudad de México en junio de 2014 a través de un instrumento FF-SIL de auto aplicación y del expediente clínico.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 58 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. El grupo de edad de 18-24 años fue el que tuvo una mayor frecuencia en la demanda de atención. El perfil sociodemográfico obtenido fue similar al reportado en informes nacionales del programa. Se encontró que la mayoría de las mujeres perciben a sus familias como moderadamente funcionales, solo el 15.5% de la muestra percibe disfuncionalidad familiar. El método de planificación familiar post- ILE de mayor aceptación fue el implante subdérmico.

**Conclusiones.** Los objetivos planteados para este trabajo se alcanzaron en lo general como en lo específico. La percepción de la funcionalidad familiar en estas pacientes si bien es adecuada en el momento de la realización del ILE no excluye el que se presenten efectos secundarios potencialmente generadores de problemáticas familiares posteriores y que estén asociados a la interrupción del embarazo de manera tardía, afectando así, a la salud familiar y su funcionalidad.

**PALABRAS CLAVE:** Interrupción voluntaria del embarazo, funcionalidad familiar.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Women often face the presence of an unplanned or unwanted pregnancy, in Mexico it is estimated that 55% of pregnancies occur in this situation. The sociocultural, legal, family, economic and health of these women and others context influences their ability to prevent these pregnancies and therefore affects the response to den in case of one. Since decriminalization of abortion in Mexico and other countries, the risks of health complications of patients have decreased by done safely, however other consequences have appeared personal and family level who perform a voluntary termination of pregnancy. That is why these patients become a reason of familiar problems that may affect the functionality and family health.

**Objective:** To evaluate the perception of family functioning in women attending the clinic voluntarily legal termination of pregnancy (LTP).

**Material and methods:** A descriptive observational quantitative research was carried out, cross section of users who came to the clinic of a General Hospital LTP in Mexico City in June 2014 through a self-SIL FF instrument was performed application and the clinical record.

**Results:** A sample of 58 patients who met the inclusion criteria was obtained. The age group 18-24 years was the one with a higher frequency in the demand for care. The sociodemographic profile obtained was similar to that reported in national reports of the program. We found that most women perceive their families as moderately functional, only 15.5% of the sample perceived family dysfunction. The family planning method LTP post was the most widely accepted subdermal implant.

**Conclusions:** The objectives for this work were achieved in general and in specific. Perceived family functioning in these patients if it is accurate at the time of the completion of LTP does not exclude the potential side effects generators family problems arise later and are associated with abortion so late, thus affecting family health and functionality.

**Key words:** voluntary termination of pregnancy, familiar functionality.

# **1. MARCO TEÓRICO**

## **1.1 Antecedentes**

### **Introducción**

Las mujeres con frecuencia se enfrentan a la presencia de un embarazo no planeado o no deseado, el contexto cultural, legal, económico y de salud en el que se encuentran estas mujeres influye en su habilidad para evitar estos embarazos y por tanto afecta la respuesta que dan en caso de presentarse uno. México no es la excepción, una de estas respuestas, ante dicha crisis, ha sido a lo largo de la historia la interrupción voluntaria del embarazo, la cual se ha sido considerado un problema de salud pública importante debido a los daños a la salud y las consecuencias socioculturales específicas que implica, ya que por lo general se realiza de manera clandestina. A partir de la despenalización en México y otros países los riesgos de complicaciones a la salud de las pacientes han disminuido, sin embargo han aparecido otras consecuencias a nivel personal y familiar de quienes realizan una interrupción del embarazo, es por esto que el tema se ha vuelto centro de muchas investigaciones como la que a continuación se presenta.

### **Interrupción Voluntaria Del Embarazo**

#### **Antecedentes históricos**

La práctica de interrupción del embarazo o aborto inducido ha sido a lo largo de la historia un tema de debate entre muchos contenidos y puntos de vista, salud, religión, valores, moral, política y de derechos a la vida y a la salud reproductiva de la mujer principalmente.

#### **Edad Antigua**

El estudio de los puntos a favor y en contra de este tópico existe desde los antiguos estudiosos de la medicina, por ejemplo en Grecia, apoyaban el aborto para regular el tamaño de la población y mantener estables las condiciones sociales y económicas. Platón recomendaba el aborto a las mujeres embarazadas mayores de 40 años (o si su compañero era mayor de 50 años) y además veía la terminación del embarazo no deseado como un medio para perfeccionar el propio cuerpo, por otra parte Hipócrates en su juramento a los

médicos menciona que se prohibía dar a las mujeres bebidas fatales para el niño en el vientre.

Según el derecho romano, al *nasciturus* (el no nacido) no se lo consideraba persona, por lo que en la Antigua Roma el aborto estaba permitido; aunque, sí se le reconocían derechos. Por ejemplo, si la mujer embarazada estaba condenada a muerte, la ejecución se posponía hasta el nacimiento. También si el padre del nonato era senador al momento de la concepción, este nacía con los privilegios de hijo de senador.

No existen registros oficiales de cifras exactas de abortos realizadas en este tiempo en Roma, sin embargo, existen registros de declaraciones o frases de emperadores como Ovidio que hacen pensar que era una práctica muy común en ese entonces, él decía que ahora corrompe su vientre la que quiere verse hermosa, y es rara, en esta época, la que quiere ser madre (*Nunc uterum vitiat quae vult Formosa videri, Raraque, in hoc aevo, est quae velit ese parens*)<sup>1,2</sup>.

#### Edad Media

En esta época el derecho canónico distinguía, corpus formatum y corpus informatum. El primero es aquel en condiciones de recibir el alma convirtiéndose en feto animado, el segundo el que no había llegado a ese estado. Hubo división, pero en general se sostuvo que el aborto tenía lugar a los 40 días después de la concepción en los varones y a 80 en las mujeres.

En América por su parte en la cultura Azteca es de las que más castigaban a la interrupción inducida del embarazo, ya que de sospecharse tal acto se castigaba a la abortista con pena de muerte<sup>1,2,12</sup>.

#### Edad Moderna:

Antes de la invención del condón en el siglo XVIII no existían métodos anticonceptivos seguros, por lo que se recurría al infanticidio y al aborto como medios "pacíficos" para limitar la población, es por esto que en varios países del mundo se crearon leyes que convertían el aborto en ilegal, sin embargo con la introducción de programas dirigidos al control de la natalidad de manera específica estas prácticas legales se restringieron.

### Edad contemporánea:

Como parte de la evolución de los derechos sexuales y reproductivos se ha tomado en cuenta el tema de la interrupción del embarazo de una forma no solo segura, sino legal; por lo que el acceso a este se fundamenta en los derechos a la vida, la salud (incluida la salud reproductiva), la vida privada, la no discriminación y la autonomía.

La práctica del aborto clandestino e inseguro se ha visto como un problema de Salud Pública importante ya que se atenta contra la vida de la mujer, su salud y su integridad, además de que por ser una práctica por lo general penalizada, sus consecuencias en muchos casos solo pueden ser estimadas debido al sub registro que puede existir.

Por tal motivo algunas organizaciones internacionales como la OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y otros mecanismos internacionales y regionales en materia de derechos humanos han expresado reiteradamente su preocupación por las consecuencias que tienen los abortos ilegales o realizadas en condiciones de riesgo, en el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y han recomendado a los estados, liberalizar las regulaciones de aborto, así como garantizar el acceso a éste en los supuestos establecidos en la ley, sin embargo esto no ha sido fácil y a lo largo de la historia la aplicación de este derecho ha sufrido varios cambios<sup>1,2,3,15</sup>.

Las acciones de regularización de los procedimientos en cuanto a la interrupción del embarazo bajo condiciones seguras se dieron más notoria y formalmente en el siglo XX.

Las primeras regulaciones se dieron en 1916, en Suiza donde se elaboró un documento conocido como “el Anteproyecto Federal Suizo”, en el que se señalaba en su artículo 112 “El aborto realizado por un médico con el consentimiento de la embarazada, no es punible”. Posteriormente en 1920 en la Unión Soviética se legalizó el aborto en su “Decreto sobre la protección de la salud femenina”<sup>1</sup>.

Islandia por su parte fue el primer país occidental en legalizar el la interrupción del embarazo, en 1935. Posteriormente se unieron Rusia y Cataluña. Desde finales de la Segunda Guerra Mundial, en casi todos los países industrializados la normativa acerca este tema comenzó a ser liberalizada y desde la década de los 50, la mayoría de los países ex socialistas de Europa central y del Este

consideraron al aborto como un acto legal cuando se practicaba en el primer semestre del embarazo y a solicitud de la mujer embarazada<sup>2</sup>.

En 1973 ya existían 44 países en los cuales el aborto era legal, de los cuales 19 sólo lo permitían por razones médicas, 6 incluían además razones morales y 19 más incluían otros tipos de razones. Los países de la Europa mediterránea (Italia, Portugal, España) e Irlanda de más honda influencia católica no tenían liberalizado ningún supuesto.

Sólo unos pocos países, como los escandinavos, despenalizaron el aborto antes que Gran Bretaña, en 1967. Poco después muchos otros países hicieron lo mismo, incluyendo Canadá (1969), Estados Unidos (para 1973 en la mayoría de los estados), Francia (1975), Nueva Zelanda (1977), Italia (1978) y los Países Bajos (1980). En 1975, la Corte Suprema Alemana abolió todas las leyes estatales que legalizaban el aborto, sosteniendo que contradecían los derechos humanos<sup>2,12</sup>.

### Siglo XXI

Actualmente todos los países desarrollados del mundo permiten el aborto en determinadas circunstancias, siguiendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud. Por lo tanto y actualmente se ha visto una tendencia mundial hacia la liberalización de las leyes sobre la interrupción del embarazo, esto se ha observado durante las últimas dos décadas<sup>2,7</sup>.

Aún en la actualidad quedan algunos pocos que penan el aborto de modo total y sin admitir excepción alguna, aun cuando esté en peligro la vida de la madre; éstos son Andorra, Chile, Filipinas, El Salvador, Somalia y el Vaticano<sup>2,12</sup>.

La mayoría de los países del mundo permiten la interrupción legal del embarazo en ciertos casos. Actualmente, el 62% de la población mundial vive en 55 países donde el aborto inducido de manera legal y segura está permitido, ya sea sin restricciones en cuanto a su causa, o por razones socioeconómicas” En los lugares donde la legislación permite realizar un aborto, según indicaciones amplias, la incidencia y las complicaciones de este, en forma insegura, en general son menores que en los lugares donde el aborto legal está más restringido; mientras que el 25% vive en 54 países que lo prohíben completamente o lo permiten sólo para salvar la vida de la mujer<sup>2,3</sup>.

Algunos de los cambios más notables han ocurrido en América Latina, donde la evolución es evidente a nivel popular y gubernamental en muchos países. Estas regiones de América en particular, cuenta con un activismo a favor del aborto y, muchos grupos feministas que se han movilizadado en torno a la cuestión, pero la religión y las costumbres han hecho mucho tabú del aborto, lo que confunde muchas veces la toma de decisiones. A pesar de esto un gran número de cambios de han producido en políticas gubernamentales ya sea hacia una mayor restricción o bien hacia facilitar el acceso al aborto legal, lo que sugiere la posibilidad de una nueva reforma. Como tal la interrupción del embarazo de manera electiva está prohibida en la mayoría de los países de América Latina. Sólo Cuba, Guyana Francesa, Guyana, Puerto Rico, y algunos territorios del Caribe permiten el aborto por razones generales, así como en la ciudad de México. Aunque algunos países permiten el aborto, en casos de violación o peligro para la vida de la madre, Chile, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua no hacen excepciones<sup>6, 7, 8, 16</sup>.

El aborto también es fundamentalmente ilegal bajo cualquier condición en Honduras, aunque el Código de Ética Médica permite el aborto en algunas pero no en todas las circunstancias en virtud del cual la vida de una mujer está en peligro. En El Salvador y Nicaragua se enjuician a cientos de mujeres por practicar el aborto de manera ilegal<sup>2, 7</sup>.

Argentina también hace una excepción en el caso de violación de las mujeres o bien considerado mentalmente incompetentes<sup>7</sup>. En Colombia, la Sentencia C-355 del 2006 despenalizó el aborto bajo tres situaciones específicas: cuando la gestación constituye peligro para la vida o la salud de la mujer, ante malformaciones del feto y cuando el embarazo es producto de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento<sup>10, 16</sup>.

Actualmente el Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer, que vigila el cumplimiento de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, por sus siglas en inglés, establece en su Recomendación General 24 sobre la Mujer y la Salud que la negación de servicios de salud que solo las mujeres necesitan es discriminación.

Tanto este Comité como el de Derechos económicos, sociales y culturales y el de Derechos Humanos, ambos de Naciones Unidas, han señalado que la prohibición total del aborto viola los derechos humanos de las mujeres, y que este debería estar permitido y ser accesible al menos en los casos de

embarazos producto de una violación sexual, de malformaciones incompatibles con la vida, y cuando la vida y la salud de la mujer estén en riesgo. Estos mecanismos de derechos humanos también han expresado preocupación por la criminalización de las mujeres que son orilladas a recurrir a abortos clandestinos, así como por el riesgo a su salud y su vida que representan un aborto inseguro.<sup>3,15</sup>

## **Definición**

La interrupción del embarazo también conocida como aborto se refiere al término de la gestación en torno a las 22 semanas o cuando el feto tenga un peso menor a 500 gramos, es decir antes de la viabilidad extrauterina<sup>1,3</sup>. El concepto de aborto puede clasificarse de varias maneras, de acuerdo al ámbito en el que se requiera abordar, siendo los tipos más conocidos los siguientes:

- Aborto espontáneo: se refiere a la pérdida natural de la gestación, es decir, sin que haya habido intervención externa que provoque la pérdida del producto. También conocida como involuntario.
- Aborto inducido: también conocido como voluntario, se refiere a aquel que resulta de las maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo.
- Aborto Inseguro: aquel que tiene como objetivo interrumpir el embarazo no planeado y que es realizado sin la capacitación necesaria, en un entorno que no se ajusta a los estándares médicos mínimos, o ambas.
- Aborto Seguro: Aquel que se realiza en lugares acondicionados para este fin y por personal capacitado con los mínimos estándares médicos necesarios.
- Aborto ilegal, es aquel denominado también clandestino y que está prohibido por el derecho y se le sanciona como delito.
- Aborto legal, es aquel que se realiza bajo vigilancia médica conforme a las prescripciones de la ética profesional y no prohibida por el derecho<sup>1, 3,11</sup>.

## **Panorama epidemiológico.**

Cada año, se estima a nivel mundial que quedan embarazadas 208 millones de mujeres; entre ellas, el 59 % (o 123 millones) tiene un embarazo planificado (o deseado) que culmina con un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina. El 41 % restante (u 85 millones) de los embarazos no es deseado.

En México se estima que un 55% del total de los embarazo no son planeados, esto significa que cada año ocurren alrededor de 1.9 millones de embarazos no planeados. De estos se estima que un 19% resulta en un nacimiento no planeado, el 30% termina en un aborto inducido y el 6% corresponde a un aborto espontáneo<sup>3,43</sup>.

La Asamblea Mundial de la Salud identificó desde 1967, al aborto inseguro como un problema importante de salud pública en muchos países. Un consenso cada vez mayor acerca de que el aborto inseguro debe prevenirse mediante la educación sexual, la planificación familiar, los servicios para un aborto sin riesgos en la medida que lo permita la ley y la atención posterior al aborto en todos los casos. También hay un consenso respecto de que siempre debe ofrecerse atención posterior al aborto y de que es fundamental ampliar el acceso a un método anticonceptivo moderno para prevenir los embarazos no deseados y los abortos inseguros<sup>5</sup>.

Anteriormente se estimaba (2008) que casi todos los abortos inseguros tienen lugar en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna son altas y el acceso a un aborto sin riesgos es limitado. Se estimó que la cantidad absoluta de abortos inseguros era de aproximadamente 20 millones en 2003 y de 22 millones en 2008. La proporción de todos los abortos que son inseguros aumento de 44% en 1995 y 47% en 2003 al 49% en 2008. Las estimaciones más recientes publicadas por la OMS indican que en 2008, aproximadamente se realizaron 4,2 millones de abortos en América Latina y el Caribe, casi las tres cuartas partes de ellos en el sur de América<sup>3,7</sup>.

De acuerdo a la definición de la OMS de aborto y por las complicaciones que se pueden dar durante la práctica de un aborto inseguro, se considera a este como parte de los riesgos que pueden ocasionar daño a la salud materna o incluso su muerte. Mejorar la salud materna es uno de los ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio declarados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Por

lo tanto, se han implementado políticas dirigidas a la promoción de la salud durante el embarazo y el periodo postnatal para el 2015. Es por esto que los estados miembros de la ONU han mostrado especial atención a los programas dirigidos a preservar la salud materna, especialmente los países en desarrollo<sup>5, 6,11</sup>.

Las complicaciones del aborto inseguro incluyen la hemorragia, la septicemia, la peritonitis y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales. Alrededor del 20 % al 30 % de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20 % y el 40 % de estas acaban en una infección del tracto genital superior. Como parte de los riesgos ya ubicados, se puede decir que, el aborto inseguro, es una causa prevenible de mortalidad y morbilidad maternas<sup>3, 11</sup>.

Es difícil medir las muertes y las discapacidades relacionadas con el aborto inseguro. Debido a que estas muertes o complicaciones se producen tras un procedimiento clandestino o ilegal, el estigma y el miedo al castigo impiden que el incidente se notifique en forma confiable. Una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica<sup>4</sup>.

La notificación de muertes maternas causadas por abortos es deficiente, por lo tanto es difícil obtener datos confiables sobre las muertes provocadas en estos procedimientos. El importante subregistro y, sobre todo, el mal registro de la causa se deben, entre otros factores, a la penalización y estigmatización de la interrupción voluntaria del embarazo, como se mencionó antes. Según opiniones especializadas, muchas de las muertes atribuidas a las hemorragias son provocadas realmente por complicaciones de abortos que se practican en condiciones de riesgo<sup>4, 11</sup>.

De acuerdo con estimaciones de la OMS el 13 % de la mortalidad materna global es debida a abortos y esta es de 24% en la región de América Latina. En México de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para el 2009, 74 de 1207 mujeres murieron por esta causa, siendo así el 6% de las muertes maternas durante ese año. Es importante señalar que las cifras de incidencia de abortos (incluidas todas las causas) medidas a través de los egresos hospitalarios registrados por las instituciones del Sistema Nacional de Salud superaron los cien mil casos anuales durante el periodo 2004-2009; tan solo para este último año se observaron cerca de 125 mil casos de los cuales 84% son abortos “no especificados”<sup>4,13</sup>.

El estudio de estadísticas reales en torno al aborto es difícil en países donde está restringido, por lo que investigadores emplean varios métodos epidemiológicos para obtener estimaciones en torno a cifras empíricamente plausibles. Es evidente que la disminución de la mortalidad relacionada con aborto es siempre un factor relevante que influye positivamente en la salud materna de un país, sin embargo, también es importante analizar cuidadosamente las metodologías empleadas para estimar las cifras de aborto y mortalidad relacionada con aborto en aquellos países donde el aborto está restringido o prohibido, como en la mayoría de los países Latinoamericanos, con el fin de proporcionar datos fiables para intervenciones de salud pública basadas en la evidencia <sup>5</sup>.

No debe dejarse de lado que la muerte materna es uno de los factores que mayormente afecta la salud biopsicosocial de los hijos huérfanos sobrevivientes. De ahí la importancia del desarrollo de programas específicos dirigidos a los problemas de salud y de riesgo de muerte de estas mujeres, es por esto que de acuerdo a las cifras descritas anteriormente y a muchos estudios sobre las estimaciones de la muerte materna y la razón de muerte materna, algunos investigadores y políticos postulan que la restricción legal del aborto es uno de los principales determinantes de la mortalidad materna en los países en desarrollo, principalmente los basados en pruebas indirectas donde supuestamente se relaciona al aborto con la alta proporción de muertes maternas, o bien debido a estimaciones indirectas del número de muertes maternas y abortos clandestinos o inseguros. Sin embargo la validez de este supuesto depende de si la situación legal del aborto está asociado causalmente con la prevalencia del aborto ilegal, la seguridad del procedimiento abortivo, y la morbi-mortalidad maternas que se exhiben en general<sup>5, 6</sup>.

Por lo tanto, no hay evidencia directa de probar esta hipótesis causal en países en desarrollo actualmente ya que existen otros aspectos que influyen también indirectamente a la reducción de muertes maternas como los son el nivel educativo, el acceso a los servicios de salud, la fertilidad y el comportamiento reproductivo, etc.<sup>6, 8</sup>.

## **Legislación de la interrupción del embarazo en México**

La evolución de aplicación de derecho respecto a este tema en México es de las más notorias ya que en corto tiempo ha mostrado grandes cambios en la legislación. Los derechos con los que cuenta la mujer para el acceso a un aborto legal y seguro, anteriormente descritos, se encuentran tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en los tratados internacionales en materia de derechos humanos. Al igual que a nivel internacional, la legalidad del aborto ha pasado por múltiples cuestionamientos, procesos legales y consideraciones para lograr la regulación de este procedimiento que ahora se tiene. El derecho a decidir sobre el propio cuerpo es una de las demandas básicas y más antiguas del movimiento feminista<sup>14, 16</sup>.

En 1936, se realizó la Convención de Unificación del Código Penal para subsanar las diferencias entre los ordenamientos de las entidades federativas y la capital, donde existía desde 1931 un Código Penal avanzado. En aquella oportunidad, Ofelia Domínguez Navarro presentó una ponencia titulada “Aborto por causas sociales y económicas”, su propuesta consistía en que el estado controlara y regulara la práctica del aborto dentro de los tres primeros meses del embarazo con el argumento de que “la legalización del aborto tiene la significación de lucha contra el mismo” Posterior a este movimiento le siguieron otros tantos de predominio feminista, o asociaciones civiles, en donde se argumentaron el derecho de la mujer a la maternidad voluntaria, a decidir sobre su propio cuerpo, pero sobre todo a decidir bajo circunstancias especiales como lo son el riesgo de mortalidad materna, malformaciones del feto y violación.<sup>14,15</sup>

No fue sino hasta los años 90’s cuando el tema del aborto tuvo más auge en el país dándose múltiples debates entre la Iglesia, el gobierno federal y los estatales sobre la conveniencia o no de la despenalización del aborto. Fue entonces cuando en el año 2000 se convocó a una sesión extraordinaria de la Asamblea Legislativa para reformar el Código Penal en materia de aborto. Esta reforma, conocida como la Ley Robles, incluyó tres ampliaciones: de peligro de muerte se pasó a grave riesgo a la salud de la mujer; se autorizó el aborto por malformaciones del producto; y se planteó la invalidez de un embarazo por una inseminación artificial no consentida<sup>14, 15,16</sup>.

Además, se estableció en el Código de Procedimientos Penales del DF que el Ministerio Público sería el encargado de autorizar el aborto cuando este fuera legal. El 18 de agosto de este mismo año fue aprobada esta reforma. Otro año significativo fue en el 2004, cuando en otra reforma se excluye la responsabilidad penal en el delito de aborto<sup>15</sup>.

Alrededor del tema de la despenalización del aborto se realizaron múltiples estudios en donde se trataba de demostrar los beneficios de la aprobación de reformas, entre éstos incluso los de costo-beneficio, es decir que, se proyectaba que a partir de la despenalización los gastos por atención de complicaciones de abortos clandestinos e inseguros serían menores que los que se generen en la atención legal y seguro.

En el 2006 se proponen iniciativas nuevamente en materia de aborto, en donde se intenta despenalizar al aborto en todos los casos, siendo autorizada el 15 de marzo de 2007, dicho dictamen de aprobación plantea la despenalización del aborto en los siguientes términos:

1. Formular la definición jurídica penal del aborto: “Aborto es la interrupción del embarazo después de la décimo segunda semana de gestación”. Por lo tanto, “el aborto únicamente puede penalizarse a partir de la semana 13 de gestación, siendo lícitos los abortos consentidos o procurados dentro de las primeras 12 semanas de gestación descrita en el artículo 144 del Código Penal del DF (cpdf)”.
2. Definir el embarazo, para efectos del Código Penal, como “la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio”. Con esto, se refrenda la legalidad de los métodos anticonceptivos poscoitales, como la anticoncepción de emergencia (artículo 144 cpdf).
3. Reducir las sanciones para las mujeres que se practiquen un aborto (artículo 145 cpdf).
4. Proteger a las mujeres que fueran obligadas a abortar. Se estableció la figura del “aborto forzado”, que se define como “la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada” (artículo 146 cpdf).
5. Reformar la Ley de Salud del DF (Isdf) para ofrecer servicios de asesoramiento y contención (pre y postaborto) y brindar información objetiva a las mujeres que soliciten la interrupción legal del embarazo (artículo 16bis 8 Isdf).

A pesar de los grandes logros con estas reformas, en el Distrito Federal, no lo han sido con éxito o con la misma influencia en el resto de la república. En México el aborto es un tema de regulación local, es decir que cada entidad federativa establece cuando el aborto es un delito o no. Qué procedimientos debe de seguir una mujer para solicitar la interrupción legal del embarazo y como debe prestarse el servicio en las instituciones de salud, esto se sustenta en el Artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el aborto es delito de competencia local, excepto en los casos en que se aplique excepcionalmente el Código Penal Federal. La normativa que regula el aborto debe estar armonizada con los estándares de protección más alta de derechos humanos. Esta norma aplica en algunos de los casos establecidos en el artículo 2° del Código Penal Federal y 50 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación<sup>3, 9, 14, 15,19</sup>.

La regulación del delito de aborto varía de entidad a entidad como se ha mencionado antes, esto genera una situación de discriminación jurídica, en la que las mujeres tienen más o menos derecho a interrumpir un embarazo dependiendo del lugar de su residencia. Al hacer una revisión de los códigos penales se encuentra que en cuanto a las causas legales se registra lo siguiente: aborto imprudencial en 30 entidades, peligro de muerte en 25 entidades, malformaciones de producto en 14 entidades, daños a la salud de la mujer graves en 13 entidades, inseminación forzada en 11 entidades, causas económicas en una entidad y voluntad de la mujer en las primeras 12 semanas de gestación en una entidad (DF).

Ya sea que el aborto se dé con mayores restricciones legales o que esté disponible a requerimiento, la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma. Sin embargo, las restricciones legales, además de otras barreras, conllevan a que muchas mujeres se induzcan el aborto o se hagan un aborto con profesionales no especializados<sup>1, 15</sup>.

### **Programa de Interrupción Legal del Embarazo en el Distrito Federal**

A partir del 2007 con la aprobación de la reforma en materia de aborto en el Distrito Federal se creó el programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y con éste el Manual de Procedimientos para la Interrupción Legal del Embarazo en las Unidades Médicas. Con el propósito de garantizar el cumplimiento de la

normatividad en materia de interrupción legal del embarazo, entre las que se encuentran el Código Penal para el Distrito Federal y los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud para la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal. El documento está dirigido a las autoridades, personal médico y paramédico adscrito a las unidades del primero y segundo nivel de atención de esta Secretaría<sup>14, 15</sup>.

Los lineamientos de este programa son de observancia obligatoria para las autoridades, personal médico, gineco-obstetra, cirujano general, paramédico y administrativo adscrito a unidades médicas del primero y segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que previa consulta con la autoridad, participe o realice procedimientos para la interrupción legal del embarazo.

Las unidades médicas en donde se realizan procedimientos médicos o quirúrgicos para la interrupción legal del embarazo, son los siguientes:

- Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”
- Hospital General Dr. Enrique Cabrera
- Hospital General Balbuena
- Hospital General Dr. Gregorio Salas
- Hospital General Iztapalapa
- Hospital General Milpa Alta
- Hospital General Ticomán
- Hospital Materno Pediátrico Xochimilco
- Hospital Materno Infantil Cuajimalpa
- Hospital Materno Infantil Cuauhtépec
- Hospital Materno Infantil Inguarán
- Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras
- Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo
- Hospital Materno Infantil Tláhuac
- Hospital Materno Infantil Topilejo

La práctica de procedimientos para la interrupción legal del embarazo solo podrá realizarse, a solicitud de la mujer embarazada y cuando se reúna alguna de las siguientes condiciones:

- La mujer con embarazo de hasta 12 semanas de gestación, que decida de manera voluntaria la interrupción de su embarazo, argumentado condiciones desfavorables de tipo social, económico o familiar; como puede ser la precariedad económica, estar cursando estudios en escuelas de nivel medio, medio superior, superior o postgrados o la disolución de lazos de afectividad familiar, entre otras.
- La mujer con embarazo mayor de 12 semanas de gestación que presente el original de la autorización de interrupción del embarazo por delito de violación o inseminación artificial no consentida, emitida por el Agente del Ministerio Público del Sistema de Auxilio a Víctimas.
- La mujer con embarazo mayor de 12 semanas de gestación que presente por lo menos un dictamen emitido por un médico especialista, que avale que la continuidad de su embarazo representa grave riesgo para su salud física o psíquica. Si el estado de salud de la embarazada y el tiempo permite el dictamen de otro médico especialista, se solicitará este segundo dictamen.
- La mujer con embarazo mayor de doce semanas de gestación que presente dos dictámenes emitidos por médicos especialistas que avalen que el producto de la gestación presenta anomalías genéticas o congénitas graves que puedan dar como resultado graves daños físicos o mentales, que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo.
- La mujer que se presente en la unidad médica hospitalaria con un embarazo ya interrumpido, como resultado de alguna conducta culposa o no intencional. Entendiéndose por conducta culposa, la omisión a un deber de cuidado que se debía o podía observar según las circunstancias y condiciones personales. Por ejemplo: las caídas, los accidentes en vehículos, la realización de esfuerzos físicos extraordinarios, entre otros.

En cuanto a los lineamientos básicos con los que debe de cumplir las clínicas de ILE encontramos lo siguiente:

1. El médico gineco-obstetra o el cirujano general que realice procedimientos para la interrupción legal del embarazo, acreditará su especialidad mediante documento emitido por una institución que avale el cumplimiento del programa académico.
2. Las autoridades y el personal médico y paramédico que participen en la práctica de procedimientos para la interrupción legal del embarazo, proporcionarán un trato digno, y respetarán la integridad física y los

derechos de la derechohabiente o usuaria, así como la confidencialidad del caso.

3. Los médicos adscritos al primer nivel de atención y a los hospitales de segundo nivel que no tengan capacidad técnica para llevar a cabo la interrupción legal del embarazo referirán a las derechohabientes o usuarias de manera adecuada, responsable y oportuna, utilizando los mecanismos del sistema de referencia y contra referencia a los hospitales donde se practique el procedimiento de interrupción legal del embarazo.
4. El personal médico proporcionará a la embarazada consejería, mediante información objetiva, suficiente, oportuna y comprensible sobre los procedimientos de interrupción del embarazo, sus riesgos, consecuencias y alternativas, con el propósito de que tome de manera libre y responsable la decisión de interrumpir su embarazo, mediante consentimiento informado, para lo cual deberá requisitar de manera adecuada el formato “Consentimiento Informado de la Usuaria para la Interrupción Legal del Embarazo” (ECHA-16.1.1). Dicha información no debe tener como objetivo inducir o retrasar la decisión de la mujer embarazada.

Cuando la mujer embarazada sea menor de edad, el médico tratante, además deberá recabar en el citado formato, la firma o huella digital de consentimiento del padre, madre, quien ejerza la patria potestad, tutor o responsable legal de la derechohabiente o usuaria.

5. El personal médico y paramédico que participe o realice procedimientos de interrupción legal del embarazo, proporcionará información del caso, solamente a la interesada, a la (s) persona (s) que ella autorice, o a la autoridad del hospital, quedando estrictamente prohibido informar a cualquier otra persona.
6. El médico encargado de realizar el procedimiento para la interrupción legal del embarazo, deberá integrar al expediente clínico, el original del o los dictámenes que avalen la interrupción legal del embarazo o la Autorización del Agente del Ministerio Público por violación o inseminación artificial no consentida, así como la hoja de Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica y de Consentimiento Informado de la Usuaria para la Interrupción Legal del Embarazo.
7. En caso de que las condiciones de gravedad de la paciente embarazada ameriten, que como medida terapéutica se realice, urgentemente, la interrupción del embarazo, bastará con el consentimiento informado de la derechohabiente o usuaria, del familiar más cercano en vínculo que la

acompañe, de quien ejerza la patria potestad o en su caso, por su tutor o representante legal.

8. El personal médico que emita dictámenes por anomalías genéticas o congénitas del producto, podrá fundamentarlo en estudios específicos, entre los que se encuentran los estudios con técnicas de ecosonografía, bioquímicas, citogenéticas y analíticas.
9. Los médicos adscritos a unidades del primer nivel de atención, referirán de manera adecuada, responsable y oportuna, a una unidad hospitalaria de la red, en donde se practiquen procedimientos de interrupción legal del embarazo, a la mujer con embarazo de hasta doce semanas que solicite la interrupción de su embarazo y haya requisitado el formato “Consentimiento Informado de la Usuaría para la Interrupción Legal del Embarazo” (ECHA-16.1.1), así como aquella con gestación mayor de doce semanas en la que exista probabilidad de realizar procedimientos de interrupción legal del embarazo por las excluyentes de responsabilidad establecidas en el artículo 148 del Código Penal para el Distrito Federal.

Cuando el embarazo sea mayor de doce semanas y por causa supuesta de violación o inseminación artificial no consentida, inicialmente se referirá a la derechohabiente o usuaria a la Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos Sexuales, más cercana <sup>15, 29</sup>.

## PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

1. **Para la detección y referencia en el primer nivel de atención, de la mujer con indicación de interrupción legal del embarazo:** todo procedimiento técnico o administrativo que se realice para la interrupción legal del embarazo, deberá partir de la solicitud que realice la derechohabiente o usuaria. Cuando el personal médico de unidades del primer nivel de atención, durante el control prenatal sospeche la existencia de factores de riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada o la posibilidad de que el producto de la gestación presente anomalías genéticas o congénitas graves que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, que puedan poner en riesgo la vida del mismo; referirá con prontitud, eficacia y eficiencia con la “Hoja de Referencia y Contrarreferencia”, a la embarazada a un hospital general o materno infantil de la red donde se realicen procedimientos de ILE, con el

propósito de que sea valorada por un médico especialista, se le efectúen procedimientos de confirmación diagnóstica y en su caso de interrupción legal del embarazo. La autoridad de la unidad médica del primer nivel de atención, supervisará que se realicen con oportunidad los trámites administrativos de referencia de la derechohabiente o usuaria embarazada a una unidad del segundo nivel de atención. Asimismo, solicitará a la autoridad de la unidad hospitalaria la contrarreferencia correspondiente.

2. **Para la atención en el primer nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida:** Cuando se presente a solicitar atención médica una mujer que refiera haber sido víctima de violación o de inseminación artificial no consentida, el médico tratante interrogará sobre el tiempo transcurrido desde que ocurrió el ilícito, y si éste es inferior a setenta y dos horas, le proporcionará información sobre la anticoncepción de emergencia con hormonales orales y prescribirá el tratamiento. A toda derechohabiente o usuaria que refiera estar embarazada a consecuencia del delito de violación o de inseminación artificial no consentida y solicite la interrupción legal del embarazo, el médico tratante según criterio clínico, le solicitará se realice de urgencia la prueba inmunológica de embarazo y posteriormente con el resultado, y la hoja de Referencia y Contrarreferencia, se le enviará a la Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos Sexuales, para denunciar el hecho y en todo caso solicitar la autorización correspondiente. En este sentido informará a la trabajadora social de la unidad para que agilice la referencia con la instancia de procuración de justicia correspondiente. El criterio clínico para realizar la prueba inmunológica de embarazo, será tomando en consideración el tiempo necesario para que la prueba resulte positiva. Cuando la derechohabiente o usuaria no reúna este requisito, se le indicará que asista en el tiempo pertinente para que se le realice este examen de laboratorio. La embarazada que acuda a la unidad médica del primer nivel de atención con autorización de interrupción del embarazo por delito de violación o inseminación artificial no consentida emitida por el Agente del Ministerio Público, será atendida por el médico de consulta externa, quien la referirá con su “Hoja de Referencia y Contrarreferencia” a una unidad médica hospitalaria de esta Secretaría en donde se realicen procedimientos de interrupción legal del embarazo, con el apoyo del personal de trabajo social del área correspondiente. Asimismo, proporcionará una copia de la “Hoja de Referencia y Contrarreferencia” al

Director de la unidad médica, la cual posteriormente será integrada al expediente clínico, de la derechohabiente o usuaria que requiera la interrupción legal del embarazo.

3. **Cuando su continuidad represente grave riesgo para la salud de la embarazada:** Cuando se atiende a una usuaria embarazada que presente alguna disfunción o enfermedad que represente grave riesgo para su salud y exista la probabilidad de interrupción de su embarazo como medida terapéutica, el médico tratante informará por escrito del caso a la autoridad de la unidad médica. Este deberá resolver el caso, en un máximo de 5 días naturales contados a partir de la fecha de la primera consulta, proporcionando el dictamen médico y realizando los trámites administrativos necesarios para realizar el procedimiento según lo establezca el o los dictámenes en cuestión. Para realizar el procedimiento de interrupción legal del embarazo, se solicitará a la embarazada, el dictamen emitido por un médico de la institución o particular, con especialidad acreditada y acorde con la falla orgánica, psicológica o psiquiátrica, motivo de la causal de interrupción del embarazo (gineco-obstetra, cardiólogo, endocrinólogo, nefrólogo, oncólogo, psiquiatra, etc.); y acompañado de un segundo dictamen emitido por otro médico especialista, en el mismo sentido, siempre y cuando el estado de salud de la derechohabiente o usuaria lo permita. Para otorgar atención médica a una derechohabiente o usuaria embarazada que presente algún trastorno psicológico o psiquiátrico, el médico tratante deberá exigir la presencia del familiar o responsable en todo momento.
4. **En caso de presunción de que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas:** se deberá solicitar a la derechohabiente o usuaria embarazada, los dictámenes emitidos por dos médicos especialistas de la institución o particulares que tengan acreditación vigente. El médico tratante podrá ser quien emita uno de los dictámenes. Para confirmar la existencia de alguna anomalía genética y/o congénita en el producto de la concepción, se podrán realizar, a criterio del médico tratante, exámenes de laboratorio o gabinete que utilicen algunas de las siguientes técnicas: Técnicas de ecografía o similares para el diagnóstico de las malformaciones fetales; técnicas bioquímicas para el diagnóstico de enfermedades metabólicas; técnicas de citogenética para el diagnóstico de alteraciones cromosómicas; técnicas analíticas para el diagnóstico de malformaciones de origen infeccioso.

5. **En caso de urgencia por riesgo inminente para la vida de la embarazada, incluyendo la conducta culposa:** Cuando la continuidad del embarazo, implique una urgencia por grave riesgo para la vida de la derechohabiente o usuaria, se obviará el dictamen, para realizar la interrupción del embarazo, previa valoración de la paciente de por al menos dos especialistas, uno de los cuales puede ser de la especialidad de gineco-obstetricia y el otro de la especialidad acorde con la falla orgánica que determine la urgencia. En caso de que las condiciones de gravedad de la paciente embarazada ameriten, que como medida terapéutica se realice, urgentemente, la interrupción del embarazo, bastará con el consentimiento informado de la derechohabiente o usuaria, del familiar más cercano en vínculo que la acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal. Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad de la paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo anterior, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico. El personal médico de la unidad hospitalaria, atenderá a la mujer que se presente con un embarazo ya interrumpido, como resultado de alguna conducta culposa o no intencional. Entendiéndose por conducta culposa, la omisión a un deber de cuidado que se debía o podía observar según las circunstancias y condiciones personales. Por ejemplo: las caídas, los accidentes en vehículos, la realización de esfuerzos físicos extraordinarios, entre otros.
6. **Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo:** El médico que atienda a una mujer que solicite la interrupción de su embarazo de hasta doce semanas de gestación, manifestado por ella y corroborado clínicamente y por laboratorio, referirá con oportunidad, eficacia y eficiencia a la embarazada a algún centro de atención en donde se efectúen procedimientos de confirmación diagnóstica y en su caso de interrupción legal del embarazo, con el propósito de que sea valorada por un médico especialista. El personal de la unidad médica que reciba a una mujer embarazada que solicite la interrupción de su embarazo de hasta doce semanas de gestación, manifestado por la derechohabiente o usuaria, sin mayor investigación, deberá canalizarla al Servicio de Admisión y Archivo Clínico o al Módulo de Atención Ciudadana. El profesional médico gineco-obstetra o cirujano general,

realizará la evaluación de la edad gestacional de la mujer embarazada, mediante diagnóstico clínico y solicitará los siguientes estudios: Solicitud e interpretación cualitativa de hormona gonadotropina coriónica y solicitud e interpretación de ultrasonido diagnóstico para precisar edad gestacional. En caso de embarazo de hasta 12 semanas de gestación y con el consentimiento informado de la paciente para la interrupción legal del embarazo, el médico gineco-obstetra o cirujano general solicitará los siguientes estudios: grupo sanguíneo y Rh, biometría hemática completa, glucemia y pruebas de coagulación. La interrupción del embarazo en mujeres con hasta 12 semanas de gestación, se realizará mediante técnicas a base de medicamentos, aspiración manual o eléctrica endouterina, o dilatación y curetaje, estos procedimientos deben de realizarse en un máximo 48 horas de que la paciente solicite la atención. Se recomienda preferentemente utilizar el misoprostol, en embarazadas de hasta 9 semanas de gestación o 63 días, por fecha de última menstruación o corroborado por ultrasonido. Únicamente los médicos gineco-obstetras y los cirujanos generales que realizan la interrupción legal del embarazo, podrán abstenerse de practicar dicho procedimiento, argumentando razones de conciencia, salvo en los casos en que se ponga en riesgo inminente la vida de la mujer embarazada. El personal médico, de enfermería y paramédico que asistan al médico gineco obstetra o al cirujano general en la interrupción legal del embarazo, bajo ninguna circunstancia podrán argumentar objeción de conciencia. Quienes argumenten objeción de conciencia para la interrupción legal del embarazo, tendrá que establecer por escrito y de manera confidencial, los motivos y fundamentos de tal situación, que será valorada por el Comité de Bioética de la unidad hospitalaria. El personal médico que realice procedimientos de interrupción legal del embarazo, tendrá certidumbre, cobertura legal y apoyo administrativo en el ejercicio de su profesión respecto de la realización de este procedimiento, por parte de esta Secretaría de Salud. Se atenderá a la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, independientemente de su nacionalidad o lugar de residencia, y aún cuando disponga de otro servicio de salud público o privado. Cuando la mujer embarazada sea menor de edad, el médico tratante, además deberá recabar en el formato "Consentimiento Informado para la Interrupción Legal del Embarazo", la firma o huella digital de consentimiento del padre, madre, quien ejerza la patria potestad, tutor o responsable legal de la derechohabiente o usuaria. El médico de la

unidad hospitalaria que realice el procedimiento de interrupción legal del embarazo a una derechohabiente o usuaria, deberá referirla o contrarreferirla, con la hoja de referencia y contrarreferencia, a la unidad médica del primer nivel de atención que le corresponde para que ahí se continúe con el control médico y consejería reproductiva. La enfermera de salud reproductiva, será la responsable de proporcionar la consejería sobre salud sexual y reproductiva, que garantice el uso de un método de planificación familiar por la derechohabiente o usuaria, atendida por Interrupción Legal del Embarazo<sup>29</sup>.

### **Métodos de Interrupción del Embarazo**

Existen 2 métodos de ILE utilizados en el Distrito federal, los cuales se pueden dividir en 2 grupos, el Farmacológico y el quirúrgico, los cuales se definen y realizan de la siguiente manera:

#### Farmacológico:

Consiste en la ingesta fármacos cuya finalidad sea la de lograr la interrupción del embarazo y los métodos más recomendados son los siguientes:

*Para embarazos con una edad gestacional menores de 9 semanas (63 días) como máximo.*

El método recomendado para el aborto médico es la mifepristona seguida de misoprostol 1 a 2 días más tarde. La mifepristona siempre debe administrarse por vía oral. La dosis recomendada es 200 mg. Se recomienda que la administración de misoprostol se realice 1 a 2 días (24 a 48 horas) después de la mifepristona. En el caso de la vía vaginal, bucal o sublingual, la dosis recomendada de misoprostol es 800 µg. En el caso de administración oral, la dosis recomendada de misoprostol es 400 µg.

En los casos de gestaciones con un máximo de 7 semanas (49 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal, sublingual u oral. Después de las 7 semanas de gestación, no debe emplearse la administración oral de misoprostol. En las gestaciones con un máximo de 9 semanas (63 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal o sublingual.

*Para embarazos con una edad gestacional de entre 9 y 12 semanas (63 a 84 días).*

El método recomendado para el aborto médico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal entre 36 y 48 horas más tarde. Las dosis posteriores de misoprostol deben ser de 400 µg como máximo, y se deben administrar por vía vaginal o sublingual, cada tres horas con un máximo de cuatro dosis adicionales, hasta que se expulse el producto de la concepción.

*Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (84 días)*

El método recomendado para el aborto médico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de dosis repetidas de misoprostol entre 36 y 48 horas más tarde. En el caso de gestaciones entre 12 y 24 semanas, la dosis inicial de misoprostol después de la administración oral de mifepristona puede ser de 800 µg por vía vaginal o 400 µg por vía oral. Las dosis posteriores de misoprostol deben ser de 400 µg, y se deben administrar por vía vaginal o sublingual, cada tres horas con un máximo de cuatro dosis adicionales.

En el caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones de posología específicas.

#### Método quirúrgico:

Consiste en la interrupción de la gestación en el quirófano mediante una técnica quirúrgica, dependiendo del periodo de gestación se pueden realizar cuatro diferentes procedimientos, que son:

1. La succión y la aspiración
2. Dilatación y evacuación
3. Uso de infusiones salinas
4. Histerotomía

Antes de un aborto quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino en el caso de todas las mujeres con un embarazo de 12 a 14 semanas de gestación.

Su empleo puede considerarse en las mujeres con un embarazo en cualquier edad gestacional. Se recomienda cualquiera de estos métodos de preparación del cuello uterino antes de un aborto quirúrgico durante el primer trimestre:

- 200 mg de mifepristona oral (de 24 a 48 horas antes); o
- 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual, de 2 a 3 horas antes del procedimiento; o
- 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, 3 horas antes del procedimiento; o
- Colocación de laminaria en el cuello uterino de 6 a 24 horas antes del procedimiento.<sup>1, 3, 29</sup>

### **Seguimiento del programa de Interrupción**

Dentro del seguimiento del programa de interrupción de embarazo existen diferentes organismos encargados de recabar información de importancia, tal es el caso del Grupo de Información en reproducción elegida (GIRE) quien en este año dio a conocer algunos aspectos socio demográficos que determinan cierto perfil de la usuaria del programa, dentro de lo más relevante se encuentra que la mayoría son residentes del Distrito Federal, con un rango de edad de entre 11 a 54 años.

En cuanto a nivel educativo se encuentra con máximo de nivel preparatoria en un 39.2% de los casos y con tan solo un 1.9% sin escolaridad. 52.2% de las usuarias se refieren solteras. Respecto a la religión a la que se pertenece 59.7% es católica estado civil la mayoría es soltera en un 52.2%. De acuerdo a la actividad laboral que practican las usuarias se encuentra que hasta en un 36.5% se dedican al hogar, siendo esta la actividad realizada con mayor frecuencia. Hasta en un 24.4% aún se encuentran estudiando y en un 5.4% el desempleo fue lo que refirieron las pacientes.

Otros aspectos no sociodemográficos sino más bien ginecológicos encontramos que como método médico de interrupción del embarazo el más usado ha sido el medicamento en 70.5%, en un 27% aspirado uterino y en un 2.5% se ha llegado a realizar legrado uterino instrumentado (LIU). Como método de planificación familiar de elección post-ILE se encuentra que el más usado es el DIU con hasta un 28.6% de usuarias y hasta un 14.7% de las usuarias no aceptaron ningún método. En cuanto a la reincidencia en más de una ocasión al programa de ILE se encuentra que en solo 2.2% de las usuarias refirieron que no era su primer procedimiento<sup>18, 19</sup>.

## Consecuencias De Interrupción Voluntaria Del Embarazo

Posterior a la interrupción del embarazo de manera voluntaria existen una probabilidad de que aparezcan varias consecuencias descritas en la bibliografía, estas pueden aparecer de manera inmediata o tardía, sin embargo muchos autores manifiestan que estas consecuencias están ligadas no solo de manera aislada al hecho de la interrupción del embarazo, sino también en el contexto en el que se dé como lo es el aspecto económico, cultural, de acceso a los servicios de salud, apoyo o rechazo familiar, etc. previos y posteriores al acto. Recientemente se ha descrito también la importancia de la toma de la decisión en base a una información adecuada sobre el proceso, ya que no todas las consecuencias que se tengan son negativas. A continuación se describen algunas de las consecuencias más comunes secundarias a la práctica del aborto voluntario<sup>1</sup>.

### 1. Trastornos Físicos:

- Inmediatas
  - o Dolor por contracción uterina
  - o Fiebre
  - o Nauseas por efecto de las prostaglandinas estimuladas por el medicamento que incluso puede causar vómito y hasta diarrea.
  - o Sangrado ligado a la expulsión del embrión
  - o Persistencia de placenta o restos de embrión en la cavidad uterina que incluso pueden ocasionar hemorragias o infecciones importantes.
  - o Perforación de útero en procedimiento quirúrgico
  - o Inflamación o infecciones de aparato reproductor femenino como endometritis, enfermedad inflamatoria pélvica, fiebre, hemorragia, lesiones del cérvix uterino y vaginales, etc.
- Tardías
  - o Descompensaciones endócrinas secundarias a la interrupción del embarazo como alteraciones del ciclo menstrual y alteraciones hormonales.
  - o Aumento de riesgo del aborto espontáneo o parto prematuro en próximos embarazos.

### 2. Psicosociales

En la mayoría de los casos, posterior a la interrupción del embarazo voluntario la mayoría de las mujeres sienten alivio y tranquilidad ante una crisis resulta, sin embargo se ha descrito en algunos casos, sobre todo

donde el contexto de la interrupción no es del todo favorable, en algunos casos se presentan de manera tardía la presencia de algunos trastornos como el denominado *Síndrome Post-Aborto*, el cual se considera un tipo de estrés post traumático que contiene una serie de síntomas específicos e importantes a tener en cuenta para poder llegar a entender y comprender las necesidades de la mujer y la familia afectada. Este síndrome deja múltiples secuelas que incluyen cuadros de depresión y ansiedad que van acompañados de sentimientos de culpabilidad, trastornos del sueño, pesadillas, trastornos de la conducta alimentaria y en las relaciones interpersonales o en el consumo de alcohol y/u otras drogas. La respuesta a un evento como lo es la interrupción del embarazo pues no solo es individual sino social y familiar en sus subsistemas, conyugal, parental o fraterno según sea el caso y esta puede ser proporcional a la significación que cada subsistema le dé a dicho embarazo<sup>21, 23, 44</sup>.

### **Factores que influyen en la búsqueda y toma de decisión de Interrupción voluntaria del embarazo.**

Detrás de cada decisión interrupción voluntaria de la gestación existe por lo general un embarazo no planeado o no deseado, independientemente del contexto personal o familiar en el que se dé. Dentro de los aspectos que más se estudian en los lugares donde el aborto ha sido despenalizado es el perfil de la usuaria de las clínicas de ILE, México no es la excepción a estos estudios, dentro del perfil estudiado se encuentran variables básicas como lo son edad, estado civil, escolaridad, paridad, ocupación, ingreso monetario, etc.

Sin embargo pocos son los estudios en los que se busca como tal identificar los factores que se asocian a la búsqueda del servicio de interrupción del embarazo. Es de tomarse en cuenta en estos estudios varios aspectos importantes, por ejemplo, en el modelo conductual de Andersen establece que el acceso a los servicios de salud se divide en dos etapas que son la búsqueda y la utilización de los servicios.

A su vez la búsqueda se consta de 3 variables en las que se engloban los factores o variables predisponentes (factores sociodemográficos asociados a las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad), las variables capacitantes (medios con los que dispone para la búsqueda) y las variables de

necesidad (condiciones de salud que las personas consideran que precisan atención médica).

Evidentemente uno de los factores que se asociarán a la búsqueda del servicio será el acceso que se tenga a este, porque como ya hemos mencionado anteriormente incluso en nuestro país este acceso va a depender del Estado de residencia y en caso de que se acuda a al DF, del acceso de viaje que se tenga a dicha entidad federativa<sup>20, 25, 27</sup>.

A nivel internacional se encuentran variaciones importantes entre los perfiles de las usuarias de ILE en cuanto a los factores predisponentes y a los capacitantes, ya que cuenta mucho si es un país de primer nivel o en desarrollo para tomar en cuenta el nivel de escolaridad y el ingreso socioeconómico, la estigmatización del aborto de acuerdo al contexto sociocultural donde se realice, entre otros.

Pocas son las diferencias en cuanto a las variables de necesidad que se encuentran en los diferentes estudios ya que las condiciones de salud por las que se busca el servicio incluyen sobre todo riesgo de mortalidad materna, malformaciones del producto, violación, incluso el estado de salud mental de la madre, etc. De igual forma los factores que obstaculizan para la búsqueda de este programa son similares a los que la favorecen, principalmente los socioeconómicos<sup>20, 25, 26, 27</sup>.

Uno de los estudios realizados y en el que indirectamente se aborda a la familia en torno a la interrupción voluntaria del embarazo es el de Becker en el 2011, este llama la atención ya que se describe a la familia en uno de sus puntos como obstáculo para la realización de la interrupción, ya que se describe que en algunos casos, como el del deseo de interrupción en mujeres casadas, los padres se oponen a que se realice el procedimiento, esto influye en la toma de decisiones, además se toma en cuenta aspectos sociodemográficos propios de la familia como el contar o no con una pareja, el número de hijos que ya se tiene previos al embarazo que se desea interrumpir, etc<sup>24</sup>.

De acuerdo a los resultados de este autor se puede concluir en este sentido que la respuesta familiar ante la posibilidad de una interrupción del embarazo pudiera estar ligada a la etapa de ciclo de vida por la que se esté pasando. La familia debido al tránsito por las diferentes etapas de su ciclo evolutivo, o de manera accidental, enfrenta situaciones de tensión conocidas como crisis

familiares, generadas por acontecimientos propios de la vida familiar, cualquier acontecimiento de este carácter puede ser un detonante para promover cambios en el modo de vida familiar y en la dinámica interna de su funcionamiento. Este hecho origina un impacto en el sistema familiar considerando como tal la huella o efecto que produce dicho acontecimiento en la familia con relación a los cambios y modificaciones que esta debe realizar ante el mismo y la impresión favorable o desfavorable que este le cause<sup>30,31</sup>.

### **La Familia Ante La Crisis**

La familia es capaz de cambiar y crecer de acuerdo a las demandas internas y las del medio social en que se desarrolla, desplegando nuevos modos de enfrentar estos acontecimientos y adaptarse a las nuevas situaciones con un saldo positivo para la salud familiar; aunque es también probable que en este proceso de transformaciones y modificaciones la familia sufra y se desestabilice de manera importante al desbordarse sus recursos de afrontamiento y percibir estos cambios como indeseables o negativos a los intereses y necesidades del sistema familiar y en tal caso afectar la salud del mismo.

Existen acontecimientos significativos de la vida familiar, los cuales son hechos de alta significación por los que atraviesa la familia debido a su paso por cada una de las etapas de su ciclo evolutivo, o también de manera accidental, los cuales son considerados como determinantes de la salud familiar, ya que al poner en juego sus recursos adaptativos exigen, por lo general, cambios y modificaciones al grupo familiar, a su estructura y funcionamiento interno, así como a sus relaciones con los otros sistemas sociales.

En cambio las crisis se definen como el proceso de cambios necesarios en el sistema ante la ocurrencia del acontecimiento, que generalmente significa contradicciones, separación de viejos modelos de interacción, asimilación de nuevas formas organizacionales, modificaciones estas que no se tienen que ver siempre como negativas pues pueden contribuir a la maduración, desarrollo y crecimiento de la familia como sistema, aunque también pueden afectar severamente su equilibrio y constituir entonces un riesgo o perjuicio para la salud familiar<sup>30,38</sup>.

Las crisis familiares entonces se clasifican principalmente en:

- *Crisis Normativa*: son situaciones que demandan cambios en el sistema, estas modificaciones contribuyen a la maduración, desarrollo y crecimiento del sistema familiar y que están relacionadas con el tránsito por las etapas del ciclo vital, el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, etc.
- *Crisis Paranormativa*: cambios o transformaciones que experimenta la familia en cualquiera de sus etapas de desarrollo, que no están relacionadas con los períodos del ciclo vital, sino con hechos situacionales o accidentales; por ejemplo, divorcio, aborto, separación, abandono, muerte. Estas crisis suelen tener un impacto más desfavorable en la familia y un costo mayor para la salud.

En el caso de la interrupción del embarazo, las familias, sobre todo las que se encuentran en etapa de expansión se enfrentan a un componente de ambas crisis, ya que si bien el embarazo forma parte de una crisis esperada por la edad reproductiva de las pacientes, el contexto en el que se dé dicho embarazo y el de realizar algo para interrumpirlo de manera voluntaria implica más a una crisis paranormativa<sup>45</sup>.

Las consecuencias y respuestas específicas psicológicas, sociales y físicas principalmente en la usuaria como se había comentado en los apartados anteriores tales como la depresión, el síndrome post aborto, las cuales si bien a corto plazo son mayormente representadas en la usuaria del programa, a no muy largo plazo tendrá consecuencia en el resto de la familia y estas podrán estar medidas de acuerdo al impacto que la interrupción legal del embarazo ocasione, de ahí que un evento de aborto legal o electivo si bien puede ser medido como parte de la respuesta ante la crisis de un embarazo no deseado, puede ser también un potencial generador de problemática familiar causando desajuste o incluso disfuncionalidad.

Sin embargo antes de hablar de familias funcionales o disfuncionales es importante entender el término de funcionalidad y diferenciarlo así mismo del cumplimiento de las funciones en una familia, para así entender el papel del Médico Familiar en el contexto de la interrupción legal del embarazo.

Esto es debido a que las familias funcionales promueven el desarrollo integral de sus miembros y logran el mantenimiento de estados de salud favorables en éstos. Por otra parte una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, podrá ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades entre sus miembros, o bien condicionar a una respuesta inadecuada ante una crisis como lo es la presencia de un embarazo no deseado y a su vez una interrupción electiva del embarazo ya sea por la vía legal o no.

Por tanto, se debe considerar a las usuarias del programa de interrupción del embarazo no como un problema, sino como portadoras de una problemática familiar que puede provocar una disfuncionalidad.

La familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Existen características que se consideran propias de una familia disfuncional entre las que se encuentran: la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. El sistema familiar debe permitir el desarrollo e identidad personal, así como la autonomía de cada uno de sus miembros. Deberá existir flexibilidad y complementariedad de roles en el cumplimiento de las funciones asignadas<sup>30, 31, 32, 38</sup>.

Así mismo en el seno del sistema familiar se tendrá que dar una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas, que dicho sistema sea capaz de adaptarse a los cambios a los cuales se enfrentará, y por último para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas.

Una familia funcional promueve un desarrollo favorable para la salud de todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita<sup>30, 31</sup>.

La familia disfuncional, por otra parte, representa la falta de cumplimiento en algunas de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, educación de la sexualidad y el estatus, y/o además por alteraciones en uno o varios de los subsistemas familiares en su conjunto.

En este aspecto las familias se encuentran sometidas a presiones internas originadas por la evolución de sus miembros y subsistemas, por el desarrollo individual y familiar y por la presión externa, la cual está originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la misma, así como, cuando una familia sufre una crisis normativa o paranormativa, por ejemplo un embarazo no deseado o riesgo de alteración de la salud de la embarazada y/o el producto de la gestación, una característica importante en la respuesta de la familia es la temporalidad del evento crítico, pudiendo ser transitoria o continua.

Algunos autores recomiendan como indicadores para medir el funcionamiento familiar los siguientes:

1. **Cumplimiento eficaz de sus funciones:** (socialización, cuidado, afecto, la educación de la sexualidad y el estatus o nivel social,).
2. **Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros:** Teniendo en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía-pertenencia.
3. **Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.** Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de roles que puede ser debido a sobrexigencias. Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol, es decir, que los miembros mejoren recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.
4. **Que en el sistema familiar se de una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas:** Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes.
5. **Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios:** La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. Esta representa un continuo cambio y equilibrio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, a fin de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. La capacidad de adaptación es uno de los

más importantes indicadores de funcionalidad familiar, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios<sup>32,34</sup>.

## **El Médico Familiar Ante Una Familia En Crisis**

En la atención primaria uno de los grandes retos es mantenerse al día en el conocimiento de cómo impactan los acontecimientos de la vida familiar la salud familiar, esto posibilita asumir estrategias de promoción encaminadas al logro de una mejor adaptación familiar y a la prevención de afectaciones a la salud, al promover estrategias de afrontamiento que posibiliten disminuir la vulnerabilidad ante los mismos y aumentar el bienestar familiar.

El Médico Familiar en específico tiene la responsabilidad y el compromiso de mantenerse al día en dichos conocimientos, no solo de cómo afecta algunos eventos estresantes en la familia como lo es la interrupción legal del embarazo, sino de todas aquellas acciones de promoción y prevención además de limitación del daño, es decir aplicar todos los niveles de prevención en todo momento. Existen para este medio distinto nivel de intervención, se han propuesto cinco niveles de intervención familiar basados en el grado de involucramiento familiar bajo la premisa de que ello posibilitaría una mejor comprensión del problema y por tanto, mayores posibilidades de resolverlo.

Es por esto que el médico familiar no solo debe tener cierto nivel de conocimientos, sino que además debe de contar con habilidades específicas para poder intervenir de manera oportuna y adecuada y así contribuir de manera específica en el mantenimiento de la funcionalidad familiar y por tanto incidir en la salud familiar adecuada.<sup>38,39</sup>

Existen herramientas con las que cuenta el Médico de Familia para la evaluación de la funcionalidad familiar, los cuales le son de utilidad para establecer un diagnóstico correcto y a partir de este las intervenciones necesarias.

Estos instrumentos permiten desarrollar en el profesional de la salud, especialmente en el médico familiar, una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia en su situación actual. Los resultados que arrojan los instrumentos de atención a la familia permitirán, tanto en su formulación inicial

como una vez construida, aportar elementos para desechar o reforzar las hipótesis al buscar la comprensión del entorno para encontrar el mejor modo de ayudar a la familia.<sup>34</sup>

De estos encontramos varios tipos como lo son:

- **Observacionales** proporcionan una visión externa de la funcionalidad familiar, y requieren de la participación de terapeutas para valorar los patrones de interacción familiar, y varían de acuerdo con el grado de participación del observador, es decir, del efecto de su presencia y su interacción con el grupo familiar.
- **De auto aplicación** proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados, por medio de los cuales podemos obtener información de cada uno de los integrantes de la familia, considerando desde la percepción sobre sí mismo, la de los demás miembros de la familia, los roles, las actitudes, hasta los valores familiares.

Los instrumentos de evaluación de la familia nos permiten identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas y cuál es el rol que pueden estar jugando en el proceso salud-enfermedad.

Existe una serie de Instrumentos de Atención Integral de la Familia, que ofrecen una visión gráfica de esta, los cuales facilita la comprensión de sus relaciones y ayudan al profesional de la salud y a la familia a tener un mayor panorama de la misma, desde el punto de vista histórico, así como del momento actual, en relación con el funcionamiento familiar.<sup>32</sup>

#### *Modelos utilizados para la evaluación familiar*

- El modelo de “esferas básicas”
- El modelo “circunflejo de sistemas maritales y familiares”
- McCubbin, Larsen y Olson (1981) desarrollaron el modelo de “ajuste y adaptabilidad familiar” basado en
- el marco conceptual de estrés familiar (F-COPES).
- Smilkstein en la Universidad de Washington (1978) creó una prueba para evaluar el funcionamiento de la familia, denominada APGAR familiar. Esta prueba hace referencia a cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, gradiente de desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

- El inventario de Evaluación Familiar de California (CIFA, 1989, 1992, 1996) se basa en las dimensiones de funcionamiento familiar: cohesión, límites y comportamientos intrafamiliares.
- La evaluación del funcionamiento familiar también se puede determinar mediante la Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS V 2.0), que está basada en los conceptos de capacidades, fortalezas, riesgos y problemas familiares.<sup>32</sup>

Pocos son los instrumentos que miden como tal la percepción de la funcionalidad familiar, o bien que su resultado sea específicamente la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, un ejemplo claro de estos instrumentos es el FF-SIL.

La prueba de Funcionalidad Familiar (FF-SIL), es un instrumento construido como tesis de maestría en Psicología de Salud en el Municipio La playa de la Habana, Cuba, del Policlínico Docente “26 de Julio”, y sirve para evaluar cuantitativamente la funcionalidad familiar; dicho instrumento mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Para su realización se consultaron a 25 expertos en la materia, se encuestaron a 294 familias de toda Cuba y a sus respectivos médicos de consultorio encontrándose una confiabilidad de 0.93 y consistencia interna de 0.88 con el Alfa de Cronbach. Ha sido utilizado en varios estudios en México donde ya ha sido previamente validado en su consistencia interna con el cálculo del Alfa de Cronbach de 0.874.

Dicho instrumento consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar. Estas son **cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol y permeabilidad**.

La puntuación se obtiene por la suma de los ítems de acuerdo a la escala cuali-cuantitativa propuesta. El procedimiento evaluativo es pertinente y aplicable al justificarse teóricamente y compararse satisfactoriamente con criterios externos.

Los autores del instrumento determinan como conceptos básicos para la determinación de la funcionalidad familiar los siguientes:

- **Funcionamiento familiar:** dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.
- **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Para que se pueda entender la aplicación del instrumento este se divide en 2 aspectos, de acuerdo a la metodología propuesta. *El Test* de funcionamiento familiar FF-SIL consiste en una serie de situaciones que puede ocurrir o no en la familia, las cuales se pueden integrar en un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

*No. de Situaciones Variables que mide*

- 1 y 8..... Cohesión
- 2 y 13..... Armonía
- 5 y 11..... Comunicación
- 7 y 12..... Permeabilidad
- 4 y 14..... Afectividad
- 3 y 9..... Roles
- 6 y 10..... Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, estas a su vez tiene una escala de puntos.

*Escala Cual-quantitativa*

- Casi nunca: 1 punto
- Pocas veces: 2 puntos
- A veces: 3 puntos
- Muchas veces: 4 puntos
- Casi siempre: 5 puntos

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

- Familias funcionales 57 a 70 puntos
- Familia moderadamente funcional 43 a 56 puntos
- Familia disfuncional 28 a 42 puntos
- Familia severamente disfuncional 14 a 27 puntos

Cabe mencionar que la evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el nivel primario, constituye un proceso importante para el diagnóstico y la planificación de las intervenciones promocionales y preventivas en favor de la salud, pero se torna compleja e inoperante dada la amplia gama de aspectos que afectan la salud familiar y el vacío conceptual y metodológico existente<sup>40, 41,42</sup>.

**(Anexo 1)**

## 1.2 Planteamiento del Problema

Por cada interrupción voluntaria de la gestación existe en la gran mayoría de los casos un embarazo no deseado, estos se presentan a pesar de la efectividad de programas de planificación familiar y regulación de métodos anticonceptivos.

A partir de la despenalización del aborto en México, específicamente en el Distrito Federal, los casos de interrupción voluntaria en clínicas especializadas en la materia han aumentado y por tanto la demanda de información de estos programas.

En la consulta actualmente no es raro encontrar pacientes que soliciten información acerca de las alternativas que existen ante un embarazo no deseado como el continuar con el embarazo, la interrupción o la adopción, incluso pacientes que acuden directamente a solicitar referencia a unidades de interrupción del embarazo debido a una toma de decisión ya previa a la consulta.

Una de las unidades hospitalarias que cuentan con Clínica de Interrupción Legal del embarazo es el Hospital General Ticomán del D.F., la cual cuenta con un consulta diaria promedio de 10 pacientes entre primera vez y subsecuente aproximadamente, en su mayoría de atención es en embarazos menores a 9.1 semanas de gestación.

Un embarazo no deseado representa una crisis y problemática no solo individual sino familiar, esta situación implicaría sospechar que la funcionalidad familiar de estas pacientes pudiera estar afectada debido a la crisis no solo del embarazo no deseado sino a la resolución del mismo.

Es de suma importancia el estudio y seguimiento de las consecuencias de la interrupción del embarazo voluntaria o electiva a nivel personal y su repercusión en la familia, sobre todo en el primer nivel de atención, en específico de Medicina Familiar, ya que por lo general se ven a las pacientes posterior a la realización del procedimiento de interrupción y la importancia de conocer la funcionalidad familiar ayuda para la adecuada intervención y medidas de seguimiento, prevención y promoción de la salud familiar.

Debido a esto nos surge la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la percepción de la funcionalidad familiar en mujeres que acuden a interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital General Ticomán del D.F.?**

### 1.3 Justificación

Cada año, se estima que quedan embarazadas 208 millones de mujeres; entre ellas, el 59 % tiene un embarazo planificado (o deseado) que culmina con un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina.

En México se estima que un 55% del total de los embarazos no son planeados, esto significa que cada año ocurren alrededor de 1.9 millones de embarazos no planeados.

De estos se estima que un 19% resulta en un nacimiento no planeado, el 30% termina en un aborto inducido y el 6% corresponde a un aborto espontáneo.

Como parte de las estrategias para la reafirmación de los derechos sexuales de la mujer y la disminución de las tasas de incidencia de las consecuencias en daños a la salud secundarias a la práctica del aborto se autorizó en 2007 la legalización de este acto en el Distrito Federal la interrupción del embarazo (ILE) hasta la semana 12 de gestación, adquiriendo la mujer el derecho a recibir esta atención por el solo hecho de solicitarla<sup>3, 14, 15,18, 43</sup>.

El acceso al aborto depende del lugar de residencia de la mujer y de su estatus socioeconómico, lo cual hace que el acceso al aborto en México sea un tema de justicia social y de discriminación de género. El grado de desarrollo, de información y las condiciones socioeconómicas de las mujeres son factores que inciden directamente en la prevalencia de embarazos no deseados y en el alza de las tasas de abortos inducidos.

Además de los aspectos socioeconómicos, la edad de las mujeres es otro factor que incide en esta situación, en varias entidades federativas se registraron tasas muy altas de abortos inducidos en adolescentes.

Actualmente en el DF se cuenta con 17 centros de asesoría y 13 clínicas de ILE, distribuidas en las diferentes delegaciones de la ciudad. Desde el inicio del programa en México en el 2007 y hasta marzo de 2014 se registraron 118,500 interrupciones legales realizadas, de los cuales 6632 fueron a adolescentes<sup>15,18</sup>.

Existen consecuencias al realizar una interrupción voluntaria del embarazo, dentro de las más frecuentes las de carácter físico, psicológico y las familiares,

estas son específicas a este fenómeno y están descritas en la literatura, tal es el caso del Síndrome post aborto y las alteraciones familiares de este<sup>1</sup>.

Como parte de las acciones del médico familiar están no solo de prevención de un embarazo no deseado sino también las que realice en torno de las posibles alternativas de respuesta a este cuando se presenta y al seguimiento de las pacientes y sus familias ante una interrupción voluntaria, y así intervenir de manera adecuada según se requiera en cada familia para ayudar a mantener una adecuada salud y funcionamiento familiar.

Por tal motivo es importante conocer cuál es la funcionalidad de las familias de estas pacientes y si esta se pudiera considerar como determinante para la realización de una interrupción voluntaria.

Para la realización de este estudio se contó con el apoyo de autoridades y personal del Hospital General de Ticomán quienes facilitaron el desarrollo de la investigación, ya que esta unidad cuenta con clínica de ILE y da atención regular a estas usuarias.

## **1.4 Hipótesis**

Las mujeres que acuden de manera voluntaria a solicitar interrupción legal del embarazo perciben a sus familias como disfuncionales.

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1 General**

Evaluar la percepción de la funcionalidad familiar en mujeres que acuden voluntariamente a la clínica de Interrupción legal del embarazo (ILE).

### **1.5.2 Específicos**

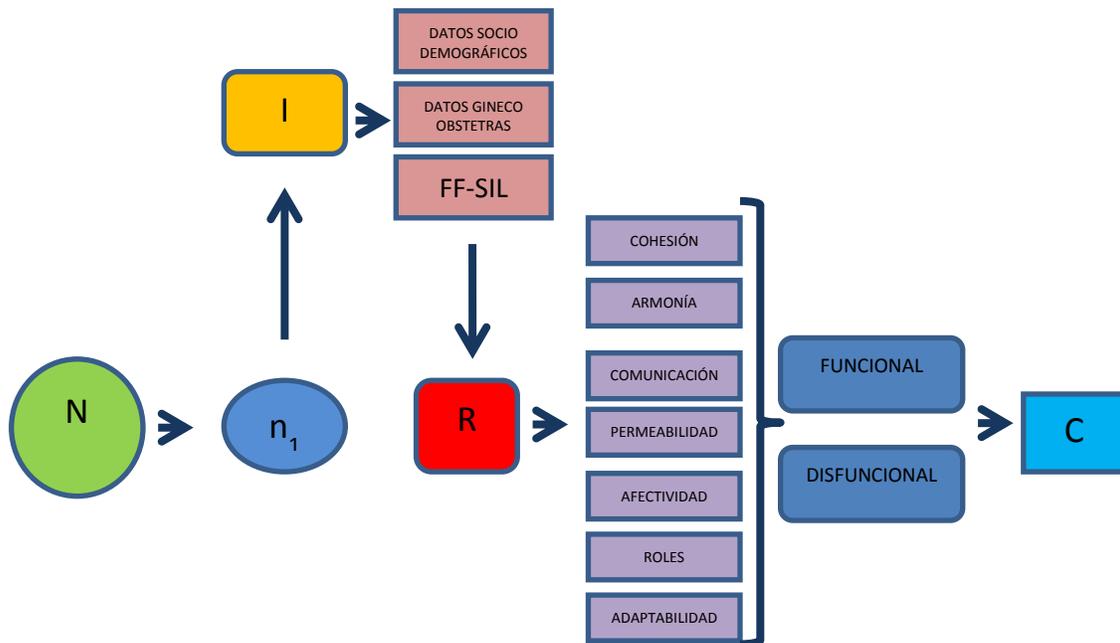
- Identificar variables sociodemográficas como: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, residencia y religión de las mujeres que acuden al programa.
- Describir la Cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad de la familia que perciben las pacientes.
- Identificar principal motivo que refieren las usuarias para realizar interrupción del embarazo.
- Identificar tipo de método de interrupción de embarazo indicado más frecuente.
- Identificar el método de planificación familiar sugerido posterior a realización de la interrupción.

## 2. MATERIAL Y METODOS

### 2.1 Tipo de Estudio

El tipo de investigación cuantitativa observacional descriptiva, de corte transversal.

### 2.2 Diseño de investigación



N: Población de referencia (1021)

n<sub>1</sub>: Pacientes que acudieron en mes de Junio de 2014 a clínica de ILE (58)

I: Instrumento (CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS)

R: Resultados

C: Conclusión

### 2.3 Población, lugar y tiempo.

Usuarías que acudieron a interrupción voluntaria del embarazo a la clínica de ILE de Hospital General Ticomán del D.F. durante mes de Junio de 2014.

## **2.4 Muestra**

### **2.4.1 Tipo de Muestra**

No probabilística, por conveniencia.

### **2.4.2 Tamaño de la muestra**

Se contó con un total de 65 mujeres

## **2.5. Criterios de selección**

### **2.5.1 Criterios de inclusión**

- Expedientes de mujeres que acudieron a interrupción voluntaria del embarazo.
- Mujeres que acudan a clínica de ILE con embarazo menor a 9 semanas de gestación a solicitar voluntariamente interrupción del embarazo, que recibieron tratamiento y que firmen consentimiento informado.

### **2.5.2 Criterios de no inclusión**

- Mujeres con embarazo mayor a 9.1 semanas de gestación
- Que presenten las siguientes condiciones: analfabetismo y trastornos mentales.
- Alérgicas a misoprostol o mifepristona

### **2.5.3 Criterios de eliminación**

- Que no firmen la carta de consentimiento
- Llenado incompleto y/o incorrecto del cuestionario
- Que no deseen seguir participando en el estudio de investigación.

## 2.6 Variables

### 2.6.1 Definición conceptual:

- **Edad:** Número de años que un ser ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.
- **Estado civil:** Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **Escolaridad:** Nivel educativo máximo alcanzado en el Sistema Educativo Nacional.
- **Ocupación:** Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo,
- **Residencia:** Lugar en donde se encuentra la vivienda o casa donde se reside.
- **Religión:** Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad que posee una persona o grupo determinado de personas.
- **Funcionalidad Familiar:** dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad..
- **Motivo de interrupción del embarazo:** Razón o circunstancia personal por la que la usuaria decide realizar ILE
- **Método de interrupción del embarazo:** Método el cual se emplean y cuya finalidad sea la de lograr la interrupción del embarazo.
- **Método de Planificación Familiar posterior a la interrupción del embarazo:** Métodos que evitan la concepción y que son elegidos posterior a una interrupción voluntaria del embarazo.
- **Número de gestas:** Cantidad de embarazos confirmados hasta la fecha actual cuyo término este identificado por parto, cesárea o aborto.
- **Interrupciones del embarazo realizados previamente:** Número de interrupciones realizadas previas a el procedimiento actual.

## 2.6.1 Definición operacional

VARIABLE	TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE	
<b>Edad</b>	Cuantitativa continua	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha de estudio.	Edad en años cumplidos (número de años)	Formato de recolección - Cedula de información sociodemográfica	
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa Nominal	Característica de una personas con individuos de otro sexo o de su mismo sexo ante la sociedad.	1. Soltero 2. Casado 3. Unión Libre 4. Divorcio 5. Viudez	Formato de recolección - Cédula de información sociodemográfica	
<b>Escolaridad</b>	Cualitativa Nominal	Nivel educativo máximo actual	1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir. 3. Preescolar 4. Primaria 5. Secundaria 6. Preparatoria 7. Carrera técnica 8. Licenciatura 9. Postgrado	Formato de recolección - Cédula de información sociodemográfica.	
<b>Ocupación</b>	Cualitativa Nominal	Conjunto de tareas que desempeña un individuo y que puede tener fines lucrativos.	1. Ninguna 2. Ama de casa 3. Estudiante 4. Empleada 5. Obrera 6. Comerciante	Formato de recolección - Cédula de información sociodemográfica	
<b>Residencia</b>	Cualitativa Nominal	Lugar donde actualmente se vive un individuo	1. Distrito Federal 2. Estado de México 3. Interior de la República Mexicana 4. Extranjero	Formato de recolección - Cédula de información sociodemográfica	
<b>Religión</b>	Cualitativa Nominal	Conjunto de creencias y prácticas personales entorno a un ser divino o espiritual	1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehová 4. Mormona 5. Otra 6. Ninguna	Formato de recolección - Cédula de información sociodemográfica	
<b>Funcionamiento Familiar</b>	Cualitativa Nominal	Conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se	SUMA DE SUS DIMENSIONES:		
			a. Cohesión	1 Adecuada (2-5 pts) 2 Inadecuada (6-10 pts)	Cuestionario FF-SIL Item 1 y 8
			b. Armonía	1 Adecuada (2-5 pts) 2 Inadecuada (6-10 pts)	Cuestionario FF-SIL Item 2 y 13
			c. Comunicación	1 Adecuada (2-5 pts)	Cuestionario FF-

		comporta		2 Inadecuada (6-10 ptos)	SIL Item 5 y 11
			d. Permeabilidad	1 Adecuada (2-5 ptos) 2 Inadecuada (6-10 ptos)	Cuestionario FF-SIL Item 7 y 12
			e. Afecto	1 Adecuada (2-5 ptos) 2 Inadecuada (6-10 ptos)	Cuestionario FF-SIL Item 4 y 14
			f. Roles	1 Adecuada (2-5 ptos) 2 Inadecuada (6-10 ptos)	Cuestionario FF-SIL Item 3 y 9
			g. Adaptabilidad	1 Adecuada (2-5 ptos) 2 Inadecuada (6-10 ptos)	Cuestionario FF-SIL Item 6 y 10
			<b>TOTAL</b> 1. Funcional (57 a 70 puntos) 2. Moderadamente funcional (43-56 puntos) 3. Disfuncional (28-42 puntos) 4. Severamente disfuncional.(14-27 puntos)		Cuestionario FF-SIL SUMA TOTAL DEL LOS ITEMS
<b>Motivo de interrupción voluntaria del embarazo</b>	Cualitativa Nominal	Razón por la que se decide una interrupción del embarazo	1. Pregunta abierta		Formato de recolección Cedula de información gineco obstétrica
<b>Método de interrupción del embarazo</b>	Cualitativa Nominal	Método el cual se emplean para lograr la interrupción del embarazo	1. Misoprostol 2. Misoprostol + Mifepristona 3. Succión y aspiración 4. Legrado instrumentado uterino		Formato de recolección Cedula de información gineco obstétrica
<b>Método de Planificación Familiar</b>	Cualitativa Nominal	Métodos que evitan la concepción.	1. Ninguno 2. Salpingoclasia 3. Vasectomía 4. Dispositivo intrauterino cobre 5. Dispositivo intrauterino medicado 6. Implante subdérmico 7. Hormonales orales 8. Hormonales Inyectables 9. Preservativo		Formato de recolección - Cédula de información gineco obstétrica
<b>Numero de gestas</b>	Cuantitativa Continua	Cantidad de embarazos que una mujer ha tenido	1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro o mas		Formato de recolección - Cédula de información gineco obstétrica.
<b>Interrupciones del embarazo realizados previamente</b>	Cuantitativa Continua	Cantidad de interrupciones de embarazos en clínica de ILE	1. Ninguno 2. Uno 3. Dos 4. Más de dos		Formato de recolección - Cédula de información gineco obstétrica.

## 2.7 Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una cedula la cual consta de 3 partes.

- *Primera Parte:* datos de identificación de las participantes, número de folio y número de expediente.
- *Segunda parte:* Cuestionario FF-SIL. Este instrumento se encuentra descrito en marco teórico. (ver anexo1)
- *Tercera parte:* cuenta con los siguientes datos:
  - Datos sociodemográficos
  - Antecedentes ginecoobstetricos
  - Método de interrupción indicado
  - Motivo de interrupción del embarazo
  - Método de planificación familiar post interrupción sugerido

## 2.8 Método de recolección de datos

El Hospital General Ticomán cuenta un consultorio para clínica de interrupción del embarazo o clínica de ILE, durante el mes de junio de 2014, en dicho lugar y con autorización del médico adscrito y de las autoridades correspondientes, durante el llenado del formato de historia clínica breve del programa se hizo un espacio para que el investigador principal entrevistara a las pacientes que acudían a solicitar atención y que cumplían con los criterios de inclusión, al inicio de la entrevista se informó a las pacientes en qué constaba su participación en el estudio y que finalidad tenía, una vez aclarado este punto se solicitó firma de la carta de consentimiento informado y posteriormente el cuestionario FF-SIL. (Ver anexo 2 y 3)

Una vez terminada la recolección de cuestionarios durante el mes, se solicitó permiso por escrito a las autoridades del hospital para revisión de expedientes correspondientes a las usuarias que aceptaron participar en el estudio y contestaron el FF-SIL, una vez autorizado, el investigador con apoyo de personal de archivo clínico revisó 10 expedientes clínicos por día para llenado de la cédula de información con los datos correspondientes. Esto se realizó en las instalaciones de archivo clínico del hospital en horario de 12:00 a 14:00 horas hasta completar la revisión de todos los expedientes de las participantes.

Estos expedientes se encuentran integrados por una carpeta individual, la cual se encuentra ubicada en un apartado específico del consultorio en los estantes del archivo.(ver anexo 4)

Una vez completado el llenado del instrumento de recolección de datos se procedió a realizar la base de datos.

## **2.9 Maniobras para controlar sesgos**

Como estrategia para evitar sesgos el investigador realizó todas las entrevistas, así como la supervisión del llenado del cuestionario FF-SIL en consultorio y de la revisión de los expedientes clínicos a en archivo. Para corroborar que los datos obtenidos en archivo clínico se tuvo cuidado en confirmar que que el número de expediente anotado en el cuestionario correspondiera al que se encontraba en la carpeta a revisar y así tener confiabilidad de la información.

Cabe mencionar que los datos obtenidos del cuestionario no pueden ser verificados ya que es un instrumento de autopercepción y su apreciación es subjetiva, por tal motivo se reconoce que existen posibilidades de sesgos en la información.

### **2.9.1 Prueba piloto**

Antes de iniciar las entrevistas con las pacientes a incluir en el estudio se realizó prueba piloto con la finalidad de medir tiempo y detectar posibles dudas durante el llenado del cuestionario FF-SIL. Esta prueba se realizó en pasillos del área de consulta externa del hospital a 5 pacientes que acudieron por cualquier razón. No se observaron dudas durante el llenado del cuestionario y este se realizó en un tiempo promedio de 6 minutos.

## **2.10 Procedimiento estadístico**

### **2.10.1 Diseño y construcción de la base**

Una vez obtenida la información se construyó una base de datos en programa Excel 2010, posteriormente se analizaron los datos mediante el programa estadístico Epi Info versión 3.5.4 2012 para Windows.

## 2.10.2 Análisis estadístico

Para variables cualitativas se utilizaron medidas de resumen, estas fueron frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central tales como rango y promedios.

Se usaron tablas y figuras para representar los resultados.

## 2.11 Cronograma: Cronograma de actividades de 2012 a 2014

Nombre del Proyecto:		PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES QUE ACUDEN A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL GENERAL TICOMAN DEL D.F.																																			
Plan de Titulación:		Oportuna																																			
Residente		Francisca Eguren Hernández																																			
Asesor:		Dra. Consuelo González Salinas																																			
sede:		Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"																																			
		2012												2013												2014											
Mes		M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
Actividad																																					
Conocimiento de la Especialidad y elección del tema de investigación	Titulo	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Referencias	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Marco Teórico	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Planteamiento del Problema	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Justificación	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Objetivos	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Hipótesis	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Material y Métodos	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
Diseño de la investigación	Población, Lugar y Tiempo	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Muestra	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Criterios de Selección	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Definición de variables	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Diseño Estadístico	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Recolección de datos	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
Etapa de Campo. Diseño de base de datos	Prueba Piloto	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Recolección de datos	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Procedimientos estadísticos	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Construcción de Base de Datos	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
Integración del informe final.	Análisis de Datos	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Resultados	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
	Discusión	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
Integración del informe final.	Conclusiones	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			

## **2.12 Recursos humanos, materiales, físicos y financieros.**

Recursos Humanos: Médico residente responsable de la investigación.

Recursos materiales:

- Hojas de papel bond, blancas, tamaño carta para el instrumento FF-SIL.
- Lapiceros color negro para el llenado del instrumento
- Computadora
- Impresora
- Fotocopias

Recursos físicos:

- Consultorio de clínica de Interrupción Legal del Embarazo.
- Instalaciones de archivo clínico del Hospital General Ticomán para la recolección y revisión de datos en expediente clínico

Recursos Financieros: Autofinanciado por el Médico Residente investigador.

## **2.13 Consideraciones éticas**

Para la realización de ésta investigación se toma en cuenta los siguientes puntos estipulados en la Declaración de Helsinki en párrafo B referente a los principios básicos de la realización de investigaciones:

**XIII.-** El proyecto y el método de todo procedimiento experimental, en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental, este debe enviarse para consideración, comentario consejo y cuando sea oportuno, aprobación a un comité de evaluación ética especialmente designado que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

**XX.-** Para tomar parte de un proyecto de investigación los individuos deben de ser participantes voluntarios e informados.

**XXI.-** Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad, debe tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos la confidencialidad

de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

**XXVII.-** Tanto los autores como los editores tienen la obligación ética al publicar resultados de su investigación, el investigador está obligado por mantener la exactitud de los datos y resultados<sup>36</sup>.

Se tomarán en cuenta también los apartados de la Ley General de Salud, además de las normativas de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México basados en el capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos:

**Art. 13.-** Toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

**Art. 14.-** La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases.

*V.- Contara con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones que este reglamento señala.*

*VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actué bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.*

*VII.- Se llevara a cabo cuando se tenga autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso de la secretaria.*

**Art. 16.-** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

**Art 17.-** Investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran cuestionarios entrevistas, revisión de expediente clínico y otros en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

**Art 18.-** El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato al advertir algún riesgo o daño a la salud de sujeto a quien se realice la investigación. Así mismo será suspendida de inmediato cuando así lo justifique.

**Art 20.-** Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

**Art 22.-** El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos.

I.- Será elaborado por el investigador principal indicando la información y de acuerdo a la norma técnica que emita la secretaria.

II.-Será revisado y en su caso aprobado por la comisión de ética de la institución de atención a la salud.

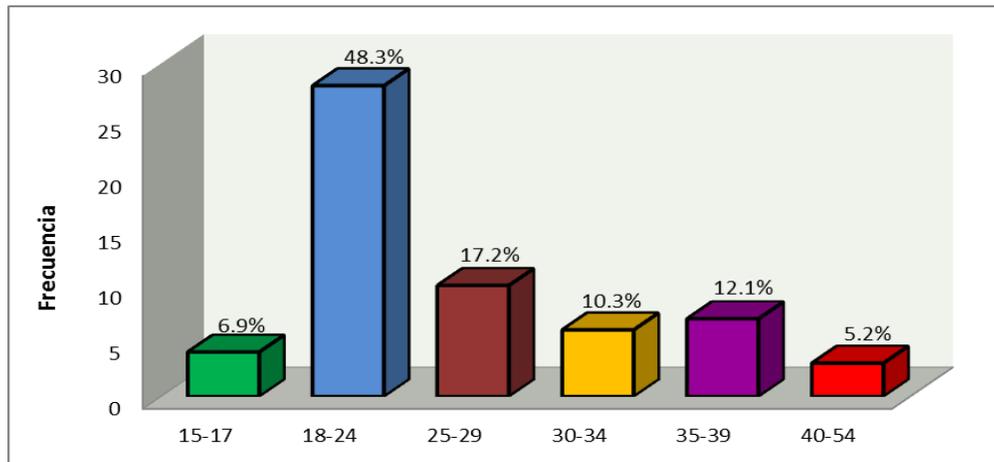
IV.- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal según sea su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmara otra persona que el designe.

**Art 23.-** en caso de investigación con riesgo mínimo la comisión de ética por razones justificadas podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado<sup>37</sup>.

### 3. RESULTADOS

Se entrevistaron a un total de 65 pacientes de estas se eliminaron del estudio a 7 pacientes por contar con criterios de eliminación como llenado del cuestionario incompleto y/o no se encontró el expediente al solicitarlo para su revisión, por lo que la muestra total fue de 58 mujeres, obteniendo los siguientes resultados de cuestionario FF-SIL aplicado y de la revisión de expedientes. Las participantes contaron con un intervalo de clase de entre 15 y 45 años y un promedio de 26.28 (ver tabla1). Para su análisis se agruparon por rangos de edad siendo el de 18-24 años el grupo que más usuarias tuvo (28 pacientes) representando un 48.3% de la muestra (figura 1)

**Figura 1. Distribución de usuarias de clínica de ILE del Hospital General de Ticomán por intervalos de edad en mes de junio de 2014.**

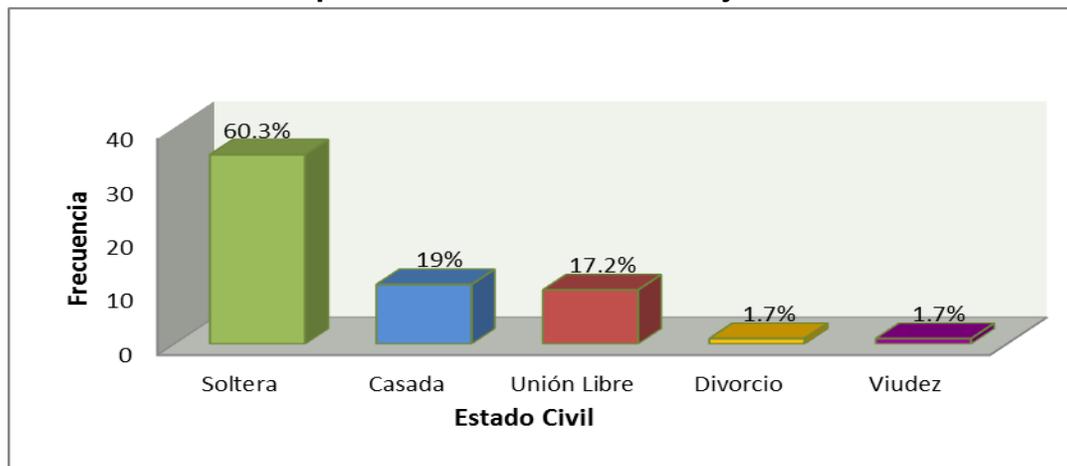


Fuente: Expediente clínico

#### Aspectos Sociodemográficos

Se obtuvieron por medio de expediente clínico los siguientes datos; nivel de escolaridad máximo alcanzado, ocupación, estado civil, residencia de origen y religión. Al analizar los datos se encontró que el estado civil en su mayoría las pacientes son solteras en un 60.3% y en segundo lugar 11 pacientes (19%) casadas, el resto se encontraron en unión libre, divorciadas o en viudez. Figura 2

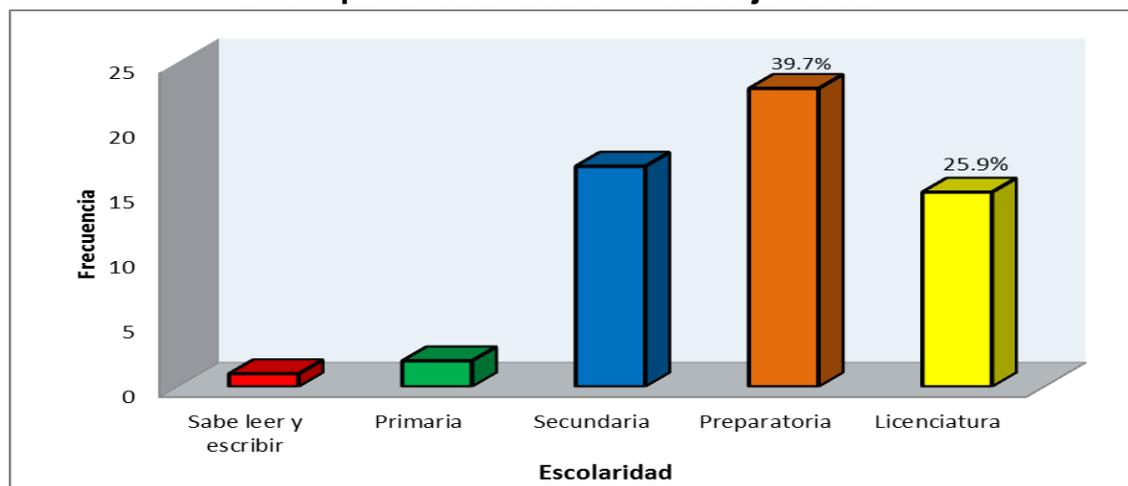
**Figura 2. Distribución de usuarias de clínica de ILE del Hospital General de Ticomán por estado civil en mes de junio de 2014.**



Fuente: Expediente clínico

Respecto del nivel escolar máximo alcanzado se observa que 23 pacientes (39.7%) alcanzan un nivel de preparatoria, mientras que en solo uno de los casos una paciente nunca había acudido a escuela, sin embargo sabía leer y escribir (1.7%). Figura 3.

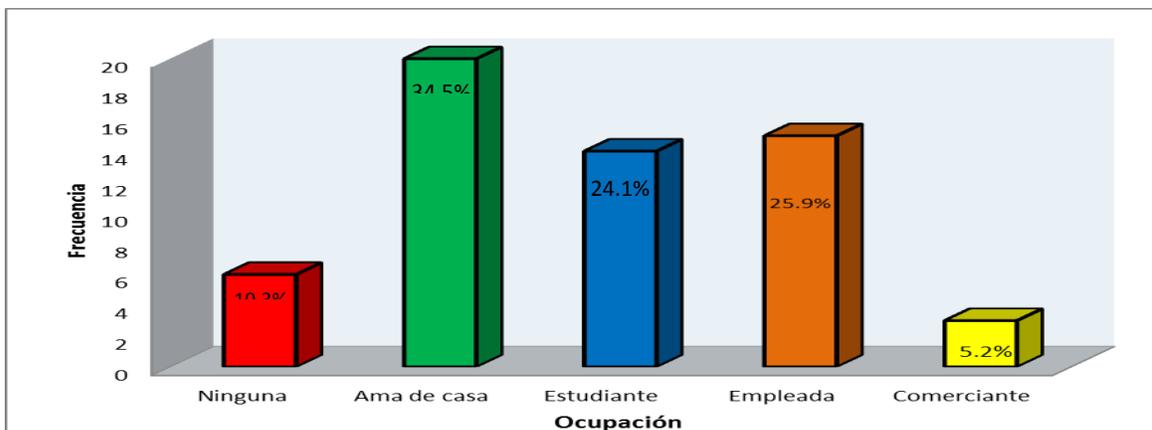
**Figura 3. Distribución de usuarias de clínica de ILE del Hospital General de Ticomán por escolaridad en mes de junio de 2014.**



Fuente: Expediente clínico

En cuanto a ocupación los resultados indican que un total de 20 pacientes (34.5%) se dedican al hogar, lo cual representa la actividad más mencionada en el expediente y solo en 6 de los casos (10.3%) se refirieron como desempleadas. (Figura 4)

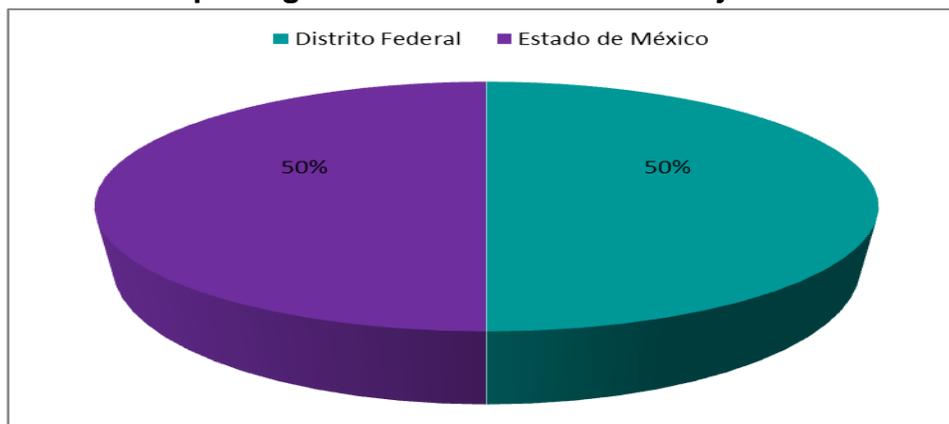
**Figura 4. Distribución de usuarias de clínica de ILE del Hospital General de Ticomán por ocupación en mes de junio de 2014.**



Fuente: Expediente clínico

El lugar de residencia comprobado por medio de identificación oficial y comprobante de domicilio en expediente clínico muestra que en igualdad de proporción las pacientes acuden del Distrito Federal y el Estado de México, no encontrando ningún caso del interior de la república. (Figura 5)

**Figura 2. Distribución de usuarias de clínica de ILE del Hospital General de Ticomán por lugar de residencia en mes de junio de 2014.**



Fuente: Expediente clínico

Por último se obtuvo información referente a la religión que profesan las usuarias de este programa de ILE encontrando que en su mayoría, las pacientes practican la religión católica (94.8%). Ver tabla 1.

**Tabla 1. Distribución de usuarias de clínica de ILE del Hospital General de Ticomán en el por religión en mes de junio de 2014.**

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	55	94.8%
Testigo de Jehová	1	1.7%
Ninguna	2	3.4%

Fuente: Expediente clínico

### Aspectos Gineco-obstetras

Los antecedentes referentes a ginecoobstetricia se recabaron tomando en cuenta el número de embarazos, incluyendo el del motivo de interrupción, encontrándose que en la mayoría de los casos era su primer embarazo, 26 pacientes (44.8%) se refirieron como primigestas, y en solo una paciente (1.7%) se encontró un antecedente de 8 gestas. Con un promedio de 2.2 embarazos. (Ver tabla 2)

**Tabla 1. Distribución de usuarias de clínica de ILE del Hospital General de Ticomán por número de gestaciones en mes de junio de 2014.**

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
1	26	44.8%
2	9	15.5%
3	14	24.1%
4	7	12.1%
6	1	1.7%
8	1	1.7%
<b>Total</b>	58	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Otro aspecto analizado fue el de número de interrupciones previas realizadas incluyendo la actual, encontrando que solo una paciente (1.7%) había realizado previamente una interrupción legal del embarazo y el resto correspondía a la primera vez. (98.3%). Tabla 3.

**Tabla 1. Distribución de usuarias de clínica de ILE del Hospital General de Ticomán por número de Interrupciones del embarazo previas en mes de junio de 2014.**

<b>Número de Interrupciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1</b>	57	98.3%
<b>2</b>	1	1.7%
<b>Total</b>	58	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Respecto a las atenciones que se brindan en clínica de ILE está la de ofertar un método anticonceptivo al confirmar la interrupción del embarazo por medio de un ultrasonido pélvico de control. Dentro de los más frecuentemente utilizados se encontró el implante subdérmico en el 53.4 % (31 pacientes) de los casos, como método temporal, en cuanto a métodos definitivos 4 pacientes (6.9%) entraron a protocolo para programación para salpingoclasia mientras que 1(1.7%) de las pacientes no aceptó método por ser la pareja quien decidió entrar a protocolo para realización de vasectomía. Solo 5 de las usuarias de ILE (8.6%) no se decidieron por ningún método de planificación familiar. Tabla 4

**Tabla 4. Frecuencia de uso de métodos de planificación familiar posterior a interrupción del embarazo usuarias de Clínica de ILE del Hospital General de Ticomán en junio de 2014**

<b>Número de Interrupciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguno	5	8.60%
Salpingoclasia	4	6.90%
Vasectomía	1	1.70%
DIU cobre	3	5.20%
DIU medicado	2	3.40%
Implante subdérmico	31	53.40%
Hormonales orales	1	1.70%
Preservativo	11	19.00%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico

### **Procedimiento de ILE**

En lo que corresponde al método final empleado para interrupción del embarazo se encontró que el más usado fue el de esquema mono farmacológico con Misoprostol en el 91.4% de los casos. Solo en un caso se requirió succión y aspiración como método definitivo de interrupción debido a que no fue eficaz la interrupción en un inicio con método farmacológico previo. Figura 6

**Figura 6. Frecuencia de uso de métodos de interrupción del embarazo en pacientes de Clínica de ILE de Hospital General de Ticomán en junio de 2014**

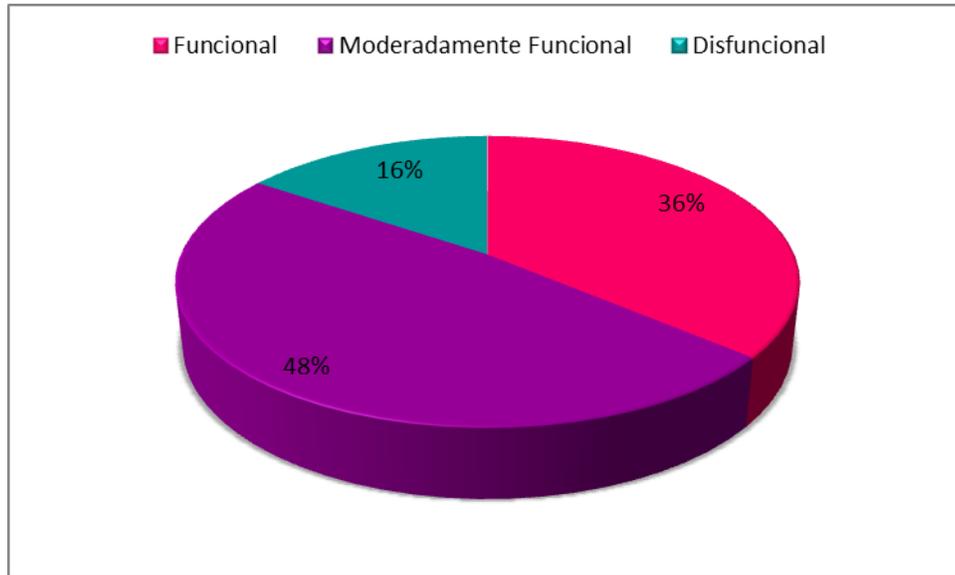


Fuente: Expediente clínico

### **Percepción de la funcionalidad y apoyo familiar.**

Del resultado del instrumento FF-SIL se obtuvo que en cuanto a la percepción del funcionalidad familiar, tomando en cuenta el total de la calificación, nos refiere que solo en 9 de los casos (15.5%) las pacientes perciben a su familia como disfuncional, en contraste con el otro extremo donde 49 de las pacientes perciben a sus familias como funcionales. De las familias referidas como funcionales encontramos a 21, (36.2%) en rango de funcionales y el resto, 48.3% como moderadamente funcional. No se encontraron casos con disfunción severa. (Véase figura 7)

**Figura 7. Percepción de la funcionalidad familiar de las usuarias de clínica de ILE de Hospital General de Ticomán en el D.F. en mes de junio de 2014**

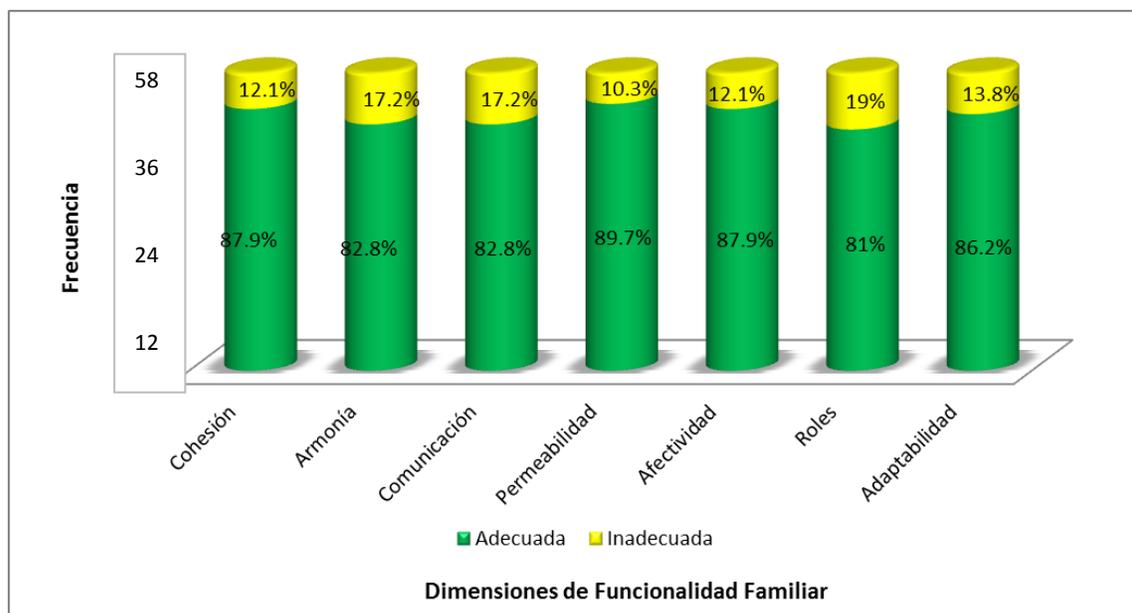


**Fuente: Cuestionario FF-SIL**

Las dimensiones que determinan la funcionalidad familiar de acuerdo al instrumento FF-SIL no son medibles de manera individual ya que no cuentan con una escala específica para determinar si son adecuadas o inadecuadas, sin embargo para fines de este trabajo se dio por entendido que los puntajes más bajos (1-5 puntos) implican una inadecuada forma de desarrollar una dimensión y los puntajes más altos (6-10 puntos) indican un desarrollo adecuado.

De esta forma se determina que en la mayoría de las familias se tiene la percepción de que todas las dimensiones cuentan con un desarrollo adecuado, sin embargo cabe mencionar que los casos de Armonía, comunicación y Roles cuentan con mayor número de casos con un inadecuada manera de llevar dichas dimensiones Ver figura 4

**Figura 4. Percepción de la funcionalidad familiar por dimensión de las pacientes de clínica de ILE de Hospital General de Ticomán en mes de junio de 2014.**



Fuente: Cuestionario FF-SIL

### Motivo de realización de Interrupción Legal del Embarazo

En este apartado se analiza el motivo que refiere la paciente en el área de Trabajo Social durante el trámite del procedimiento y en la consulta médica de primera vez es de destacar que el factor económico es el predominante para la toma de decisión en hasta el 63.8% de los casos y que en el menor de los casos el aspecto familiar está implicado en la decisión de realizar el procedimiento, presentándose en solo el 5.2% de los casos (ver tabla 4)

**Tabla 5. Distribución de las pacientes de clínica de ILE de Hospital General de Ticomán por motivo de interrupción voluntaria del embarazo en junio de 2014**

MOTIVO DE ILE	Frecuencia	Porcentaje
Economico	37	63.8%
Control de la Natalidad	2	3.4%
Relacionado con la edad	6	10.3%
Continuar con estudios y preparación profesional	7	12.1%
No poner en riesgo la salud propia y la del producto	3	5.2%
Situación difícil con pareja o familiar	3	5.2%
Total	58	100.0%

Fuente: Expediente clínico

#### 4. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se puede decir que el perfil de la usuaria que ha realizado interrupción legal del embarazo en la zona norte de la Ciudad de México es muy similar al descrito en las estadísticas del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) para marzo del 2014<sup>15</sup>, sin embargo hay diferencias en algunas variables como lo es, en primer lugar, el rango de edad ya que a diferencia de los resultados de este estudio el intervalo de edad en estas estadísticas es mucho más amplio ya que abarca de los 11 hasta los 54 años de edad, aun así coincide en que el grupo de edad de entre 18 a 24 años es el que más usuarias registra.

Otra variación encontrada fue en el lugar de residencia, ya que de acuerdo a GIRE hasta un 72.8% provienen del D.F. y el resto distribuidos entre el Estado de México y el resto de la república, mientras que en nuestro estudio la población es por igual entre los 2 primeros, sin encontrar usuarias de provincia. El resto de los parámetros valorados en este apartado sociodemográfico muestran similitud. En cuanto a los aspectos o perfil ginecológico también se encuentran similitudes importantes ya que en el número de gestas y la reincidencia en ILE las frecuencias son muy parecidas, sin embargo varía notablemente en la frecuencia de elección de método de planificación familiar, ya que en la actualidad, por lo menos en la clínica de Hospital Ticomán el método más usado es el implante subdérmico<sup>18</sup>. Claudia Díaz y colaboradores en su estudio de 2012 en el que se evalúa la satisfacción de las usuarias de las clínicas de ILE describe los factores sociodemográficos de las usuarias lo cual en su mayoría son similares a los arrojados en este estudio, sin embargo al igual de otras encuestas varía el lugar de origen o residencia actual, esto puede ser debido a la cercanía que existe entre el Distrito Federal y el Estado de México de la clínica donde se realiza la investigación. En cuanto a la diferencia que hay entre el método de planificación postILE varía de acuerdo a la disponibilidad de este al momento del proceso de la interrupción en las unidades donde se atiendan<sup>21</sup>.

Koch, en un análisis de las implicaciones en la salud de las mujeres del nivel educativo, concluyendo que a menor nivel más riesgos, en el caso de las usuarias de una interrupción voluntaria del embarazo en este estudio se encontró que el nivel educativo promedio es de nivel preparatoria es decir con 9 años de escolaridad mínima lo que en relación a dicho estudio disminuiría el riesgo de complicaciones a la salud relacionadas con la edad<sup>6</sup>.

En el año 2010 Figueroa Lara y colaboradores realizaron un estudio en México para determinar los factores asociados a la búsqueda del servicio de interrupción del embarazo, en este estudio se incluyeron a 74 usuarias y se determinó que los factores más comúnmente presentes fueron en relación a la ocupación, número de interrupciones y la escolaridad, sin embargo cabe mencionar que dentro de este estudio las similitudes en el perfil sociodemográfico son pocas con el de este estudio y el de las estadísticas nacionales actuales<sup>18,27</sup>.

Para complementar este punto de búsqueda de servicio en este estudio se agregó la variable de motivo personal por el cual se decidía realizar la interrupción del embarazo y la mayoría de las usuarias lo refería por motivos o capacidad económica limitada, lo cual varía con el estudio de Figueroa, ya que en su caso también se interrogo lo relacionado con el ingreso personal mensual y a pesar de que si lo refieren como escaso, no estaba dentro de las principales determinantes para el ILE<sup>27</sup>. No se evaluaron en el presente estudio presencia de complicaciones inmediatas a la realización de la interrupción del embarazo, sin embargo en la literatura revisada se encontró que el riesgo de presentar el denominado síndrome post aborto es mayor cuando la interrupción se da en condiciones desfavorables como una mala información del procedimiento o no tener un motivo claro del porque se realiza<sup>44</sup>, otro estudio que es el de Steinberg en 2011 refiere que hubo un incremento de alteraciones psicológicas posteriores a una interrupción del embarazo en mujeres que lo realizaron en el segundo trimestre del embarazo, aclarando que la mayoría de la población que estudió y realizó interrupción en esa edad del embarazo lo hizo hasta entonces por dificultades económicas y les preocupaba los costos del aborto, lo que es de notar en los resultados de este estudio ya que precisamente el factor económico es la principal causa encontrada para realizar una interrupción voluntaria del embarazo<sup>23</sup>.

En lo que corresponde a la percepción de la funcionalidad familiar, las usuarias no reportaron dificultad para contestar el instrumento de evaluación FF-SIL, en este perfil llama la atención que contrario a lo que se podría pensar por la estigmatización de la práctica de la interrupción del embarazo a lo largo de la historia, las pacientes perciben a sus familias en su gran mayoría como funcionales y solo unas cuantas las perciben como disfuncionales, pero ninguna la percibe como severamente disfuncionales de acuerdo a los resultados que reporta el instrumento.

Es importante remarcar que la funcionalidad familiar no es estática y va cambiando de acuerdo al tipo y momento de la crisis en la que se evalúa como se describió en el marco teórico, por lo que se podría decir que la disfuncionalidad no se encuentra como uno de los factores asociados de manera relevante en el momento de la interrupción del embarazo.

Es difícil evaluar los resultados del instrumento separando las dimensiones ya que precisamente una de las limitantes de este es que no se cuenta con una escala de evaluación específica por dimensión que nos indique si esta es adecuada o no, independientemente del resultado global de los ítems.

Este estudio cuenta con limitantes importantes, de las cuales principalmente se encuentra el tiempo de estudio de evaluación ya que un mes pudiera no ser suficiente para captar una población lo suficientemente representativa. Otra limitante importante es que en este estudio no se da seguimiento a las pacientes posterior a su alta de la clínica de ILE, la cual se da en el momento de que se confirma mediante ultrasonido la ausencia de restos fetales, por lo tanto no se determina la aparición de efectos secundarios adversos físicos, psicológicos o familiares a mediano o largo plazo, lo cual pudiera repercutir en el cambio de la percepción de la funcionalidad, ya que como se menciona anteriormente esta puede variar y no es estática.

## 5. CONCLUSIONES

El programa de Interrupción Legal del Embarazo en México, específicamente en el D.F. ha sido un programa modelo en la reafirmación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y en donde no discrimina situación socioeconómica, cultural, lugar de origen en el país, etc. siempre y cuando cumpla con los requerimientos mínimos indispensables que marca el programa. Debido a esto y a todas las implicaciones éticas que implica el aborto, la realización del programa debe de estar en constante vigilancia para tener una adecuada aplicación y seguimiento.

Se han realizado investigaciones dentro y fuera del país en donde el principal objetivo es el estudio de un perfil o factores que determinen la búsqueda de este servicio, en el caso de este estudio el factor familiar, no obstaculiza la búsqueda y realización, esto no quiere decir que por el contrario lo fomente, lo único que nos indica es que la respuesta ante la crisis de un embarazo no deseado de estas familias específicamente es la de la interrupción, así como lo puede ser la de continuar con el embarazo adaptándose a la presencia de un nuevo integrante de la familia, en otros casos en donde de igual forma la percepción de la funcionalidad familiar sea adecuada.

Se debe mencionar también que de acuerdo a los resultados encontrados en la presente investigación, se da respuesta a la pregunta planteada para este estudio, así mismo se puede decir que en relación a la hipótesis planteada la percepción de las mujeres que acuden a interrupción voluntaria del embarazo, es de funcionalidad familiar, y por tanto, los objetivos planteados para este trabajo se alcanzaron en lo general como en lo específico.

Por último concluye que la percepción de la funcionalidad familiar en estas pacientes si bien es adecuada en el momento de la realización de la interrupción del embarazo, no excluye de que se presenten efectos secundarios potencialmente generadores de problemáticas familiares posteriores y que estén asociados a este evento de manera tardía, afectando así a la salud familiar y su funcionalidad. Es por esto que se requiere de seguimiento posterior si bien no por el programa de ILE si por otras instancias como lo es el primer nivel de atención y en específico del médico familiar implementando medidas de seguimiento, promoción y prevención de la salud de la usuaria y su familia.

En base a las conclusiones de este estudio se realizan las siguientes propuestas:

- ✓ Dar continuidad a este estudio, en donde se abarque mayor tiempo de seguimiento de las pacientes para la evaluación de la aparición de secuelas o efectos secundarios adversos asociados a la interrupción voluntaria del embarazo que afecten la salud individual y familiar.
- ✓ Integrar a los lineamientos del programa de ILE el envío a primer nivel de atención de las pacientes de manera rutinaria para dar seguimiento y continuidad de los casos y así ofertar acciones de prevención y promoción a la salud así como identificar y prevenir secuelas asociadas a ILE.
- ✓ En cuanto al instrumento de percepción de funcionalidad familiar FF-SIL se pone realizar una revisión de las dimensiones que evalúa, ya que si bien es uno de los instrumentos más completos para la evaluación de la funcionalidad en general, sería de gran utilidad el poder evaluar de manera individual cada dimensión con una escala específica para cada una, que nos permita identificar cuales puntos son de mayor riesgo o protector de la familia y nos dé la oportunidad de establecer mejor el plan de tratamiento y el nivel de intervención que requieran las familias en crisis.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernal GB. El aborto. La bioética como principio de la vida [tesis de enfermería] Cantabria: Universidad de Cantabria. Departamento de enfermería; 2013.
2. Aborto.com [internet]. Algunas situaciones en el aborto. 2008. [Citado el 12 may 2014]. Disponible en: [http://www.abortos.com/algunas\\_aborto.htm](http://www.abortos.com/algunas_aborto.htm)
3. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Switzerland; 2012. 123p
4. Fernández CS, Gutierrez TG, Viguri UR. La mortalidad materna y el aborto en México. Bol Med Hosp Infant Mex 2012; 69(1): 77-80
5. Koch E, Aracena P, Gatica S, et al. Discrepancias fundamentales en las estimaciones de aborto y mortalidad relacionada con aborto: una re-evaluación de estudios recientes en México, con especial referencia a la Clasificación Internacional de Enfermedades. International Journal of women's health 2012; 4 (1): 613-623
6. Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. Plos one 2012; 7(5): 1-16. Epub 2012 may.
7. Kulczycki A. Abortion in Latin America: Changes in practice, growing conflict, and recent policy development. Studies in Family Planning 2011; 42(3):199-220
8. Levin C, Grossman D, Berdichevsky K, et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in México City before legislation. Reproductive Health Matters 2009; 17(33):120-132
9. Madrazo A. The evolution of México City's abortion laws: from public morality to women's autonomy. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2009; 106: 266-269
10. Laza VC, Castiblanco MR. Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto. Rev Cub Salud Pub 2013;39(5):939-949
11. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The world Bank and the United Nations Population Division. Switzerland; 2014. 56p
12. Guttmacher Institute [internet] New York: Facts on Induced Abortion Worldwide. Induced Abortion Worldwide. [update January 2012; cited 2014 Apr 23] Available from: [http://www.guttmacher.org/pubs/fb\\_IAW.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.pdf)
13. INEGI.2010. Página del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.Censos de población y vivienda 2010.
14. Lamas M. La despenalización del aborto en México. Rev Nueva Sociedad 2009; 220: 160-172
15. Grupo de Información en reproducción elegida [internet], México. Omisión e indiferencia derechos reproductivos en México. [disponible 2014; citado 30 abril 2014] Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/info.html>
16. Díaz OC, Cravioto VM, Villalobos A, et al. El programa de interrupción legal del embarazo en la ciudad de México: experiencias del personal de salud. Rev Panam Salud Publica 2012; 32(6): 399-404

17. Becker D, Diaz C, Olavarrieta C, et al. Clients' perceptions of the quality care in Mexico City's public-sector legal abortion program. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 2013; 37(4): 191-201
18. Grupo de Información en reproducción elegida [internet], México. Perfil de las usuarias que han realizado interrupción legal del embarazo en la ciudad de México abril de 2007-31 de marzo de 2014. [disponible 2014; citado 30 abril 2014] Disponible en: <https://www.gire.org.mx/nuestros-temas/aborto/cifras>
19. Becker D, Díaz OC, García S, et al. Women's reports on postabortion family-planning services provided by the public-sector legal abortion program in México city. *International journal of gynecology and obstetrics* 2013; 121(11):149-153
20. Dayananda I, Walker D, Atienzo E, et al. Abortion practice in Mexico: a survey of health care providers. *Journal contraception* 2012; 85: 304-310
21. Díaz OC, García S, Arangure A, et al. Women's experiences of and perspectives on abortion at public facilities in México City three years following decriminalization. *International journal of gynecology and obstetrics* 2012;118: 15-20
22. G. van Dijk M, Ahued OA, Contreras X, García S. Stories behind the statistics: a review of abortion-related deaths from 2005 to 2007 in México City. *International journal of gynecology and obstetrics* 2012; 118 (2): 87-91
23. Steinberg J. Later Abortions and Mental Health: Psychological experiences of women haven later abortios- a critical review of research. *Journal Whomen's health issues* 2011;21(3): 44-48
24. Becker D, Díaz OC, Juarez C, et al. Sociodemographic factors associated with obstacles to abortion care: findings from a survey of abortion patients in México city. *Journal women's health issues* 2011;21(3) :16-20
25. Norris A, Bessett D, Steinberg J, et al. Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes and consequences. *Journal women's health issues* 2011; 21(3):49-54
26. Casey Patricia R. Abortion among Young women and subsequent life outcomes. *Best practice and research clinical obstetrics an gynecology journal* 2010;24: 491-502
27. Figueroa LA, Aracena GB, Reyes MH, et al. Factores asociados con la búsqueda del servicio de interrupción legal del embarazo en la ciudad de México, 2010. *Rev salud publica de México* 2012 54(4): 401-409
28. Laufaurie M, Grossman D, Troncoso E, et al. Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: a qualitative study. 2005; 13(26):75-83
29. Secretaría de Salud del Distrito Federal. México. Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas. 2008. 180p
30. Membrillo Luna A, Fernández Ortega MA, Quiroz Pérez JR, Rodríguez López JL. Familia (Introducción al estudio de sus elementos). 1ª ed. México, Editores de Textos Mexicanos, 2008:
31. Lauro B.I. Modelo de salud del grupo familiar. *Rev. Cubana Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública.*2005; 31(4).

32. Membrillo Luna A, y Cols. "Medicina Familiar", capítulo 10, Instrumentos de Evaluación de la Funcionalidad Familiar, edit. Corporativo Intermédica. México, 2008; 10, 227-283. 1ª edición.
33. Palomar-Lever J. Funcionamiento familiar y calidad de vida. Tesis para obtener grado de doctor en psicología. UNAM, México 1998; 11-40.
34. Framo J. The integration of marital therapy with sessions with family or origin. Hand book of family therapy. Brunner Mazel. New York: 1981; 133-143.
35. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. 1999; 1 (2): 45-57.
36. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964.
37. Ley general de salud, Aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo 1, Última Reforma DOF 24-04-2013.
38. Herrera SP. Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia. [Tesis en opción al grado científico de Doctora en Ciencias de la Salud] Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2010.
39. Salazar CM, Jurado VA. Niveles de Intervención Familiar. Acta Med Per.2013; 30(1):37-41.
40. Rodríguez OA, Kanán CE, Bautista CJ, et al. No asociación entre percepción del funcionamiento familiar y modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(2):63-6
41. Ortega VT, De la Cesta FD, Días RC. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfermer 1999;15(3):164-168.
42. Louro BI. Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria.[Tesis en opción al grado de Doctora en Ciencias de la Salud]Habana, Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública. 2004.
43. Guttmacher Institute [internet] New York: Embarazo no planeado y aborto inducido en México [ update june 2013; cited 2014 jun 28] Available from: [www.guttmacher.org/org/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf](http://www.guttmacher.org/org/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf)
44. Carril E, López GA. Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización [resultado de investigación] Uruguay. Universidad de la Republica, Facultad de Psicología.2007
45. González BI. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(3):280-6

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1 FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

FOLIO: \_\_\_\_\_

Num. De Expediente: \_\_\_\_\_

TEST FF-SIL

**A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a la respuesta, según usted lo crea conveniente.**

Num Pregunta		Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

ANEXO 2

Formato de registro de personas que solicitan Interrupción Legal del Embarazo (Historia clínica breve)

	SECRETARÍA DE SALUD	<b>FORMATO DE REGISTRO PARA PERSONAS QUE SOLICITAN INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)</b>	FORMA TO ILE-01-07															
	Unidad Médica: (1) <input type="text"/>		Fecha: día ____ mes ____ año ____ (2)															
Nombre: (3) <input type="text"/>																		
<p style="text-align: center;">Apellido                      Apellido                      Nombre</p>																		
Estado Civil: (4) <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Unión Libre																		
Nivel Educativo: (5) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Primaria</td> <td>Secundaria</td> <td>Preparatoria</td> <td><input type="radio"/> Profesional</td> <td><input type="radio"/> Sin Estudios</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Completa</td> <td><input type="radio"/> Completa</td> <td><input type="radio"/> Completa</td> <td><input type="radio"/> Postgrado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Incompleta</td> <td><input type="radio"/> Incompleta</td> <td><input type="radio"/> Incompleta</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Primaria	Secundaria	Preparatoria	<input type="radio"/> Profesional	<input type="radio"/> Sin Estudios	<input type="radio"/> Completa	<input type="radio"/> Completa	<input type="radio"/> Completa	<input type="radio"/> Postgrado		<input type="radio"/> Incompleta	<input type="radio"/> Incompleta	<input type="radio"/> Incompleta		
Primaria	Secundaria	Preparatoria	<input type="radio"/> Profesional	<input type="radio"/> Sin Estudios														
<input type="radio"/> Completa	<input type="radio"/> Completa	<input type="radio"/> Completa	<input type="radio"/> Postgrado															
<input type="radio"/> Incompleta	<input type="radio"/> Incompleta	<input type="radio"/> Incompleta																
Ocupación: (6) <input type="radio"/> Empleada <input type="radio"/> Desempleada <input type="radio"/> Comerciante <input type="radio"/> Serv. personales <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Desocupada <input type="radio"/> Hogar																		
Religión: (7) <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Católica <input type="radio"/> Judía <input type="radio"/> Cristiana <input type="radio"/> Testigo Jehová <input type="radio"/> Evangelista <input type="radio"/> Otra _____																		
Domicilio (8) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Delegación o Municipio :</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Colonia o Localidad :</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>				Delegación o Municipio :	<input type="text"/>	Colonia o Localidad :	<input type="text"/>											
Delegación o Municipio :	<input type="text"/>																	
Colonia o Localidad :	<input type="text"/>																	
Fecha última menstruación: (9) Día ____ Mes ____ Año ____    Semanas de embarazo: (10) <input type="text"/> Núm. de Hijos vivos: (11) <input type="text"/>																		
Núm. de Embarazos previos: (12) <input type="text"/> Núm. de Abortos previos: (13) <input type="text"/> Núm. de Partos: (14) <input type="text"/> Núm. de Cesáreas: (15) <input type="text"/>																		
Recibió Consejería: (16) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    Cita a Consulta Externa (17) Día ____ Mes ____ Año ____																		
Actualmente utiliza algún método de protección anticonceptiva: (18) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="radio"/> Anticonceptivo Oral</td> <td><input type="radio"/> Inyectable</td> <td><input type="radio"/> Implante</td> <td><input type="radio"/> DIU</td> <td><input type="radio"/> Quirúrgico</td> <td><input type="radio"/> Preservativo</td> <td><input type="radio"/> Ninguno</td> <td><input type="radio"/> Otro</td> </tr> </table>				<input type="radio"/> Anticonceptivo Oral	<input type="radio"/> Inyectable	<input type="radio"/> Implante	<input type="radio"/> DIU	<input type="radio"/> Quirúrgico	<input type="radio"/> Preservativo	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Otro							
<input type="radio"/> Anticonceptivo Oral	<input type="radio"/> Inyectable	<input type="radio"/> Implante	<input type="radio"/> DIU	<input type="radio"/> Quirúrgico	<input type="radio"/> Preservativo	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Otro											
Responsable del llenado (19) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Nombre completo: <input type="text"/></td> <td>Firma: _____</td> </tr> </table>				Nombre completo: <input type="text"/>	Firma: _____													
Nombre completo: <input type="text"/>	Firma: _____																	

### ANEXO 3

#### Consentimiento de participación voluntaria

México DF a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014

Por este medio se le invita a participar en un estudio de investigación médica, el cual tiene como finalidad el describir la funcionalidad familiar en mujeres que acudieron a interrupción legal del embarazo en la zona norte de la Ciudad De México, la decisión de participar es totalmente voluntaria, no implica ningún riesgo para usted, no hará gasto alguno, no recibirá pago por su participación y no influirá en la calidad de la atención otorgada en este centro de atención. La información recabada en la investigación será mantenida con estricta confidencialidad y anonimato por el grupo de investigación.

Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta confianza para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

La participación para éste estudio se encuentra conformado por 2 secciones: En la primera se le solicitarán Datos de identidad personal y motivo particular de realización de Interrupción legal del embarazo y en la segunda sección se le pedirá que responda algunas preguntas orientadas a identificar los aspectos familiares que determinan su percepción de la funcionalidad familiar.

si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar la Carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser difundidos con fines educativos para validar y enriquecer la literatura en dicho tema. Convengo en participar de manera voluntaria, en pleno uso de mis facultades mentales y sin ningún tipo de presión en este estudio de investigación.

**Nombre Completo y Firma del participante**

---

**ANEXO 4**

**México, D.F, a 18 de mayo de 2014**

**Asunto:** Solicitud de autorización de revisión de expedientes en archivo clínico

Dr. Alfredo Altamirano Martínez  
**Director de Hospital General Ticomán**  
**Presente.-**

Atín Dr. Alberto Francisco Rubio Guerra  
**Jefe de Enseñanza e Investigación H.G. Ticomán**

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más atenta para solicitar autorización para realizar revisión de expedientes clínicos de pacientes usuarias de clínica de Interrupción Legal del Embarazo, como parte de la recolección de datos en estudio de investigación el cual lleva por título **PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES QUE ACUDEN A INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO EN LA ZONA NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO**, mismo que fue autorizado previamente por el Comité de Bioética de esta unidad Hospitalaria.

La revisión de los expedientes se realizará bajo las condiciones estipuladas por archivo clínico y respetando en todo momento la confidencialidad de datos de las pacientes.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier asunto de interés.

**ATENTAMENTE**

---

**R3MF Francisca Eguren Hernández**

Vo.Bo.  
Dr. Alberto Francisco Rubio Guerra  
**Jefe de Enseñanza e Investigación H.G. Ticomán**