



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

TÍTULO DEL TRABAJO

“ANTECEDENTES DE VIOLENCIA EN MUJERES QUE REALIZAN
INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO MEDICAMENTOSO EN EL
HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR: DRA MIRIAM BEATRIZ ZAVALA RAMÍREZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ÁNGELES

CIUDAD DE MÉXICO - FEBRERO 2020 -



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

TÍTULO DEL TRABAJO

“ANTECEDENTES DE VIOLENCIA EN MUJERES QUE REALIZAN
INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO MEDICAMENTOSO EN EL
HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR: DRA MIRIAM BEATRIZ ZAVALA RAMÍREZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ÁNGELES

- FEBRERO 2020 -

**"ANTECEDENTES DE VIOLENCIA EN MUJERES QUE REALIZAN
INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO MEDICAMENTOSO EN EL
HOSPITAL GENERAL "DR. ENRIQUE CABRERA"**

Autor: Dra. Miriam Beatriz Zavala Ramírez



Vo. Bo.

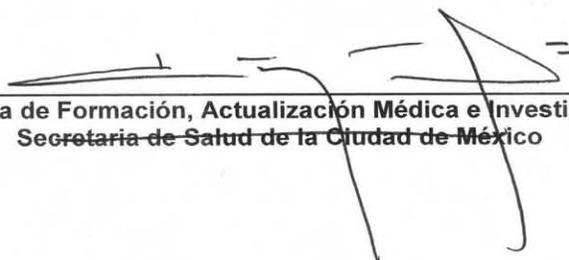
Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles



**Profesor Titular del Curso de
Especialización en Ginecología y Obstetricia.**

Vo. Bo.

Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano.



**Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México**

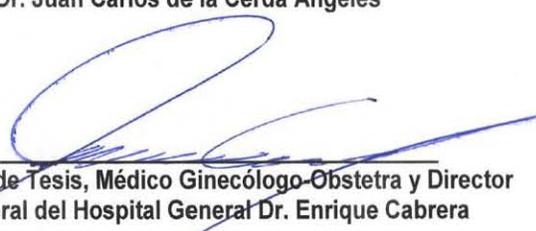


**"ANTECEDENTES DE VIOLENCIA EN MUJERES QUE REALIZAN
INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO MEDICAMENTOSO EN EL
HOSPITAL GENERAL "DR. ENRIQUE CABRERA"**

Autor: Dra. Miriam Beatriz Zavala Ramírez

Vo. Bo.

Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles



**Director de Tesis, Médico Ginecólogo-Obstetra y Director
General del Hospital General Dr. Enrique Cabrera**

DEDICATORIAS

A mi mamá por su apoyo incondicional, por ser mi ejemplo a seguir y enseñarme que todo lo que te propongas lo puedes lograr. Además de ser la persona que me ha acompañado en toda mi vida y ha velado por mí durante mi trayectoria escolar. Esta tesis es un logro más que hoy concluyo gracias a ti; mami te amo y admiro tanto.

A mi papá que siempre me apoyo y motivo a seguir adelante, que cuando más cansada me encontraba iba en mi auxilio y procuraba que me alimentara bien o aprovechara un minuto hasta horas para dormir. Que cuando más cansada me sentía iba por mí al hospital.

A mi tía Gis por enseñarme que siempre puedes ser la mejor, superarte y luchar por lo que quieres. Por cuidarme durante estos 4 años que viví con usted.

A las chicas del instituto Nacional de Psiquiatría, Luciana y Karla por brindarme su amistad y crear un gran equipo de trabajo.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION.....1

MATERIAL Y MÉTODOS.....29

RESULTADOS43

DISCUSIÓN63

CONCLUSIONES.....66

RECOMENDACIONES.....68

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....69

RESUMEN

Introducción: En América Latina región con tasas más elevadas de abortos inducidos, ocurriendo de 44 por cada mil mujeres en edad reproductiva. El antecedente de violencia podría relacionarse con un embarazo no deseado y así la búsqueda del aborto. Según la OMS 1 de cada 3 mujeres han experimentado violencia sexual o de pareja, 30% de las mujeres han experimentado alguna forma de violencia física/ sexual por su pareja.

Objetivo: Determinar la frecuencia y distribución de antecedentes de violencia de pareja en mujeres que realizan ILE medicamentoso.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en el que participaron 118 mujeres que se realizaron ILE medicamentoso en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera de febrero hasta abril 2019. Se recopilaron datos sociodemográficos y antecedentes de violencia de pareja; realizándose posterior análisis estadístico de prevalencias.

Resultados: El 53.4% de las mujeres habían experimentado alguna violencia de pareja; la violencia emocional es la más prevalente con el 36.4%, seguida por la violencia económica con 27.1% y violencia física/sexual con 20.3%.

Conclusiones: La violencia de pareja es prevalente en pacientes entre 20 a 24 años; prevalece la escolaridad preparatoria. Cuando las pacientes no tienen embarazos previos la frecuencia en la violencia global y sus tipos disminuye significativamente.

Palabras claves: ILE, violencia física, emocional, violencia económica y patrimonial.

INTRODUCCIÓN

La palabra “aborto” proviene del latín “abortare”, que deriva de “aborior”, que se utilizaba para referir lo contrario a “orior”, que significa nacer. Según el diccionario de la Real Academia Española (2001), abortar es “interrumpir, de forma natural o provocada, el desarrollo del feto durante el embarazo”. ¹

En medicina legal el aborto es toda acción violenta con intento y efecto real de interrupción del embarazo ocasionando muerte del feto en cualquier momento de la gestación. ¹

La OMS considera aborto como “interrupción de un embarazo antes de las 22 semanas, con un producto de la concepción con peso menor a 500 gramos”. En menos de 12 semanas, se considera “aborto precoz”, de 12 a 22 semanas, es “aborto tardío”, en las 22 a 28 semanas se denomina “parto inmaduro” y entre las 29 a 37 semanas “parto prematuro”. ¹

Aspectos históricos

En la historia de la humanidad, el aborto, estaba legalmente prohibido independientemente de la causa. De acuerdo con la OMS, de 193 países; en 189 permiten el aborto para salvar la vida de la mujer, cuatro lo prohíben: Chile, El Salvador, la Santa Sede y Malta. ¹ De los países que permiten el aborto 122 lo hacen para preservar la salud física de la mujer, 120 países para preservar su salud mental; 83 en caso de violación o incesto, en 76 países en caso de deterioro del feto, 63 por razones económicas y sociales, hasta por solicitud de la mujer antes de un número determinado de semanas. ²

En América Latina, destaca que en Argentina y Ecuador es legal si la vida de la mujer está en peligro y cuando el embarazo es producto de una violación a una mujer con discapacidad intelectual. En Brasil y Panamá en caso de malformaciones congénitas. Belice y Bolivia permiten interrumpir un embarazo para proteger la salud de la mujer. El aborto sin restricciones está legalizado en ocho países, Cuba y Puerto Rico entre ellos²

En otros países como China, la sola petición de la mujer es suficiente para la interrupción del embarazo, sin establecer límite de tiempo y en India se permite hasta las 20 semanas por razones sociales.^{2,3}

Epidemiología del aborto

Los abortos inducidos son consecuencia de embarazos no deseados, según tasas de embarazos no intencionales estimadas en las regiones desarrolladas y en desarrollo son de 45 y 65 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años, del año 2010 – 2014; actualmente son más altas en América Latina y el Caribe y África.³

De hecho, América Latina es la región con tasas más elevadas de abortos inducidos, ocurriendo un promedio de 44 por cada mil mujeres en edad reproductiva, cifra que se eleva hasta 65 por cada mil en países del Caribe (Sedgh et al., 2016), lo que llama la atención considerando que en muchos de estos países existen legislaciones altamente restrictivas, es decir, las mujeres buscan interrumpir un embarazo a pesar de que esté prohibido. No es sorprendente tampoco que esta región sea la que tiene la proporción más elevada de abortos inseguros (76.4%.) en el mundo (Ganatra et al., 2017).⁴

Interrupción Legal del embarazo

En México, la legislación sobre el aborto es diferente para cada entidad federativa. En los códigos penales de todo el país la violación es una causal legal de aborto y existen diferentes causales en los estados, siendo exclusivamente en la Ciudad de México donde desde 2007 el embarazo puede interrumpirse de manera legal. Esta legislación se apoya en el principio ético de la justicia social porque permite el acceso gratuito a los servicios, despenaliza el aborto durante las primeras 12 semanas del embarazo y protege la vida, la salud y los derechos de las mujeres.⁵

La implementación de servicios de ILE debe por ello valorarse como una de las más importantes en América Latina y el Caribe, considerando las legislaciones tan restrictivas sobre el aborto que existen en la región.⁵

Cabe señalar que posterior a una ILE, menos de 1% de las usuarias presentaron complicaciones y el 90% aceptó un método anticonceptivo post-ILE; sin embargo, las mujeres más pobres y las que residen fuera de la CDMX tienen mayor riesgo de llegar tarde a los servicios y también de no recibirlos.⁵

Complicaciones del aborto provocado quirúrgico

Las complicaciones de interrupción voluntaria de embarazo se dividen en: precoces que se presentan inmediatamente hasta 6 semanas posteriores, complicaciones a mediano y largo plazo.⁶

Complicaciones precoces:

Complicaciones mecánicas: Aquellas que ocurren como resultado directo de fallas técnicas tras procedimiento quirúrgico como la aspiración de restos ovulo-placentarios, afectando tejidos subyacentes.

-Desgarro cervical: complicación frecuente en aspiración instrumental que no supera 0.2% recientemente, está producida por la tracción del labio del cuello para corregir la flexión del útero al momento de dilatar, por ello cuando más fácil es la dilatación el riesgo es menor. La mayoría no requiere tratamiento, solo en casos excepcionales requieren sutura. ⁶

-Perforación uterina: Los riesgos existentes en una perforación son la lesión de órganos adyacentes, peritonitis aguda y lesión vascular (vasos uterinos, mesentéricos, epiploicos), hasta evisceración vaginal, sin embargo algunas perforaciones no provocan ninguna lesión y por tanto no requieren tratamiento particular. ⁶

-Fracaso de la interrupción voluntaria del embarazo: Cuando la causa del fracaso de IVE es la imposibilidad de dilatar el cuello, se puede repetir el procedimiento posterior a tratamiento médico. La OMS ha demostrado que la administración previa de misoprostol a una aspiración quirúrgica, disminuye el riesgo de aborto incompleto.

Complicaciones hemorrágicas:

-Hemorragia con pérdida de sangre de 250-500ml, la estimación de esta varía de 0-3 casos por 1000, puede producirse durante la aspiración o de forma secundaria. ⁶

-Lesión vascular: Debido a falso trayecto durante dilatación o por un desgarro cervicovaginal que se extienda a fondos de saco vaginales, la perforación lateral puede lesionar rama ascendente de la arteria uterina, el diagnóstico se realiza con signos de hipovolemia como: palidez, taquicardia, hipotensión, en dichos casos puede realizarse una laparoscopia para precisar localización. ⁶

- Evacuación incompleta: La presencia de restos puede impedir las contracciones fisiológicas, lo que puede producir una hemorragia. Es característica hematómetra con dolor pélvico progresivo, está indicada la reaspiración inmediata de la cavidad uterina.

-Atonía uterina: Suele resolverse con masaje bimanual del útero.⁶

-Embarazo cervical: Forma rara de embarazo ectópico que puede provocar complicaciones hemorrágicas si se realiza una aspiración.

Causas raras de hemorragia: Placenta acreta precoz, embarazo sobre cicatriz uterina, malformaciones arteriovenosas, que pueden ser de origen congénito o adquirido.⁶

Complicaciones infecciosas:

Según la OMS se estima en 1%. Entre los factores de riesgo se encuentran: Infección de transmisión sexual; en un 11% Chlamydia y 3% gonorrea, por lo que se ha demostrado que la administración profiláctica de antibiótico activo contra Chlamydia reduce la incidencia de infecciones ginecológicas posaborto. Estas complicaciones se producen 2-3 semanas posteriores a evento quirúrgico, está indicado toma de cultivos, según ACOG se puede prescribir biterapia a base de ceftriaxona (250mg IM) y doxiciclina (200mg/24hrs por 14 días) u ofloxacino (400mg cada 12 horas por 14 días) y metronidazol (500mg cada 12 horas por 14 días) ⁶

Fallecimiento: En países donde el aborto está legalizado es excepcional. La edad gestacional en el momento del aborto es el principal factor de riesgo; antes de las 15 semanas las complicaciones anestésicas son las más importantes. ⁷

Complicaciones a mediano plazo

- Sinequias uterinas: Adherencias a tejido uterino.
- Metaplasia osteoide del endometrio: Presencia de tejido óseo ectópico cuyo origen es fetal, que puede manifestarse por un cuadro de endometritis crónica, puede tratarse con resección de tejido de tejido metaplásico.⁶
- Pseudoaneurismas: Después de los procedimientos pueden provocarse rupturas de vasos que cicatrizan y crean comunicaciones entre ellos; el tratamiento es la embolización del eje vascular nutricional con productos reabsorbibles.⁶

Complicaciones a largo plazo

- Fertilidad: No se ha demostrado un aumento del riesgo de infertilidad en países donde el aborto está legalizado.
- Anomalías de la placentación: Se ha descrito incremento de riesgo de placenta previa con el número de abortos realizados, el riesgo aumenta con el número de raspados efectuados.⁶
- Parto prematuro: El riesgo de prematuridad aumenta con el número de abortos realizados.⁶

Violencia

La violencia del ser humano se encuentra en su ambiente, de forma que la Biología resulta insuficiente para explicar la violencia.

La violencia se refiere al daño ejercido sobre los seres humanos por parte de otros seres humanos, interacción entre agresividad natural y cultural, cuando se actúa contra equidad o justicia social. Se aplica a las acciones de personas y grupos con un carácter desmedidamente pasional, impetuoso o colérico, que se dejan llevar fácilmente por la ira.²⁴

La violencia no es “innata”, sino que se “aprende” a lo largo de nuestra vida, es por consiguiente, evitable y debe ser combatida en sus causas sociales (económicas, políticas y culturales). La agresividad ha sido confundida en muchas ocasiones con la violencia, cuando en realidad es solamente una predisposición moldeada en un sentido u otro por la cultura. Así, los niños que crecen entre abusos, humillaciones y crueldad tienden, con el tiempo, a adoptar conductas agresivas.²⁴

La familia es la institución más violenta de nuestra sociedad, expresándose como: autoritarismo, discriminación de la mujer, subordinación de los hijos.

Se ha progresado en la clasificación de violencia como:

- Violencia directa (verbal, psicológica y física)
- *Violencia estructural* (pobreza, represión, contaminación, alienación, etcétera.
- Violencia cultural.²⁴

Violencia de pareja

La violencia es un problema cuyo antecedente podría relacionarse con un embarazo no deseado y por lo tanto la búsqueda del aborto. Las mujeres son quienes padecen más la carga en salud de la violencia de pareja, que incluye no solamente a las parejas actuales, sino a exparejas, es por ello por lo que se le considera una manifestación de violencia contra las mujeres. La OMS la define como: ‘cualquier acto de violencia de género que resulte o pueda resultar en daño físico, sexual o mental o sufrimiento a las mujeres, incluyendo amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad; ya sea en público o en la vida privada. La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública y violación a derechos humanos. ¹¹

La violencia en la pareja se refiere a cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. Puede incluir agresiones físicas como abofetear, golpear, patear o pegar; sexuales por ejemplo relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual; maltrato emocional como insultos, denigración, humillación constante o intimidación (por ejemplo destrucción de objetos), amenazas de causar daño o de llevarse a los hijos; y/o comportamientos controladores y dominantes, por ejemplo aislar a una persona de sus familiares y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a recursos financieros, empleo, educación o atención médica. ⁸

Se considera violencia de pareja a un patrón de conducta intencionalmente coercitiva y violenta hacia una persona con la que existe convivencia, estos comportamientos para tener el control de un individuo que puede ser abuso físico, emocional, económico, patrimonial y sexual. ⁹

Violencia emocional: La acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos; por ejemplo, mediante intimidación, denigración y humillación constantes. ¹⁰

Violencia física: Acto de agresión que causa daño físico; por ejemplo, abofetear, golpear con los puños, patear. ¹⁰

Violencia económica/ patrimonial: Es el acto de control o negación de injerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone y somete a una persona; a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social. ¹⁰

La violencia sexual: Es un abuso basado en el género, según se establece en la Declaración para la Erradicación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; es frecuentemente perpetrada por un varón en el que la mujer confía y de quien espera protección; definido como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por su pareja.¹⁰

Epidemiología

Según análisis del 2013 realizados por la OMS, una de cada 3 mujeres han experimentado violencia sexual o de pareja, 30% de las mujeres que han estado en una relación han experimentado alguna forma de violencia física y/ sexual por su pareja íntima en su vida. Con una prevalencia de 23.2% en países en desarrollo. En general el 38% de asesinatos de mujeres son cometidos por su compañero íntimo.¹²

Según el informe de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, en México 66.1% de las mujeres mayores de 15 años han sufrido violencia a lo largo de su vida en un ámbito: ejercida por cualquier agresor y violencia de pareja 43.9%. La frecuencia de violencia sexual es 41.3%, emocional 49%, física 34% y económica o patrimonial 29%.¹²

De acuerdo con datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, de 2009 a 2016, se han recibido 111,413 denuncias por violación sexual en las procuradurías generales de justicia locales y la Procuraduría General de la República.²⁵

Los estados con mayor proporción de violencia son; Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Aguas Calientes, Querétaro. ¹² De las mujeres que sufrieron violencia 78.6% no solicitó apoyo, 8.8% solo solicitó apoyo, denunció 5.6%, solicitó apoyo y denunció 5,6%.¹²

Factores de riesgo:

Existen factores que operan en diferentes niveles, y pueden ubicarse tanto en los hombres como en las mujeres.

Entre los más importantes asociados con una mayor probabilidad de que un hombre cometa actos de violencia contra su pareja destacan:

- Juventud;¹³
- bajo nivel de instrucción;
- Haber sido testigo o víctima de violencia en la niñez;
- Consumo nocivo de alcohol o drogas;
- Trastornos de la personalidad;
- Aceptación de la violencia (por ejemplo, considerar aceptable que un hombre golpee a su pareja) ¹³; y
- Antecedentes de maltrato infligido a sus parejas anteriores.

Los factores sistemáticamente asociados con una mayor probabilidad de que una mujer sufra violencia a manos de su pareja incluyen algunos similares:

- Bajo nivel de instrucción;¹³
- Exposición a violencia entre sus padres;¹⁴
- Haber sido víctima de abuso sexual en la niñez;
- Aceptación de la violencia; y
- Exposición anterior a otras formas de maltrato.

Los factores asociados con el riesgo tanto de victimización de las mujeres como de agresión por el hombre incluyen:

Conflicto o insatisfacción en la relación;¹⁴

Dominio de los varones en la familia;¹⁴

Dificultades económicas;

Hombre con múltiples compañeras sexuales; y

Disparidad de logros educativos, es decir que la mujer tenga un nivel de instrucción más alto que el de su compañero íntimo.^{3,12}

Y finalmente se encuentran factores comunitarios y sociales como:

-Normas sociales de género no equitativas (especialmente las que asocian la virilidad con el dominio y la agresión);

-pobreza;¹⁵

-Baja posición social y económica de la mujer; ¹⁵

-Sanciones jurídicas débiles en casos de violencia de pareja dentro del matrimonio;

-Sanciones comunitarias débiles en caso de violencia de pareja;

-Amplia aceptación social de la violencia como una forma de resolver conflictos y

-Conflicto armado y altos niveles generales de violencia en la sociedad.-.¹⁶

La violencia tiene consecuencias graves en la salud sexual y reproductiva; puede conducir a embarazos no deseados, abortos inducidos con doble probabilidad, problemas ginecológicos e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. El análisis 2013 de la OMS encontró que las mujeres que

habían sufrido abusos sexuales tenían 1,5 veces más probabilidades de tener una infección de transmisión sexual y, en algunas regiones, VIH, en comparación con las que no habían experimentado violencia de pareja. ^{16, 17}

La relación violencia de pareja y aborto provocado

Entre las principales consecuencias de la violencia de pareja destacan las que afectan a la salud reproductiva. Datos de la OMS señalan que existe una prevalencia de 39.5% de violencia en mujeres que buscan un aborto.¹³ Varios estudios han destacado la asociación entre violencia de pareja y el embarazo involuntario debido a que las mujeres maltratadas pueden tener dificultades para tomar decisiones o una capacidad limitada para el uso de métodos anticonceptivos y la planificación familiar.

Se ha encontrado que la prevalencia de violencia física se asocia con el número de abortos. ¹² Algunos hombres usan amenazas y violencia física para presionar a sus parejas para quedar embarazadas. ¹⁹ Estudios cualitativos muestran reportes de abuso de mujeres maltratadas cuyos compañeros les impiden usar anticoncepción y, les obligó a tener relaciones sexuales sin protección, a veces para los propósitos de la concepción. ^{20, 21}

Las relaciones sexuales forzadas pueden conllevar no solamente a infecciones de transmisión sexual, sino también a embarazos no deseados y abortos ¹⁸

Implementación del Programa de Interrupción Legal del Embarazo en CDMX y cifras de procedimientos realizados

En la capital de México, en el año 2000, se firmó una iniciativa para legalizar el aborto en casos de malformación congénita o cuando el embarazo constituyera

un riesgo para la vida de la mujer, y en 2003 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó reformas al Código Penal permitiendo acceder a servicios de aborto legal. Después de la reforma, la SSDF implementó el primer programa público de prestación de servicios de aborto legal en México. Como consecuencia de esta reforma, 17 estados modificaron sus constituciones locales para proteger la vida desde la concepción. Con base en estos cambios, la Secretaría de Salud del gobierno del Distrito Federal (SSDF) aprobó y publicó los lineamientos para regular la prestación de servicios de aborto legal. En caso de menores de edad deben ir acompañadas por alguno de los padres o tutor legal y firmar consentimiento informado para recibir la atención.²²

Generalmente el primer contacto se realiza en el área de recepción, donde se explica el servicio y se registran datos personales y se programa una cita subsecuente. En la primera consulta, una enfermera o trabajadora social otorga una sesión de consejería sobre los dos métodos disponibles y las opciones anticonceptivas posaborto.²²

La edad gestacional se confirma mediante ultrasonido realizado en la primera cita; tras la fase de consejería la mujer elige el procedimiento. La secretaria de salud de la Ciudad de México ofrece el método quirúrgico a mujeres con edad gestacional de entre 9 y 12 semanas, y aborto con medicamentos a mujeres con hasta 64 días de gestación. El personal de trabajo social realiza el estudio socioeconómico para determinar el costo del procedimiento, en base al “tabulador de cobro de derechos por los servicios médicos”. Los lineamientos establecen que la consejería y la provisión de métodos anticonceptivos, estén a cargo del personal de enfermería excepto OTB y DIU.²²

Siete meses después de la despenalización del aborto en el DF, en un estudio cualitativo sobre conocimientos y actitudes de gineco-obstetra, enfermeras, trabajadoras sociales aportaron perspectivas diversas sobre la nueva ley.²²

La interrupción voluntaria del embarazo se podrá realizar como consecuencia de una violación sexual sin que la usuaria lo haya denunciado con la autoridad competente, hasta las 20.6 semanas de embarazo, únicamente con la solicitud de la mujer donde explica que es su deseo interrumpir su embarazo, manifestando bajo protesta de decir verdad que el mismo es producto de violación, cuando se encuentre en riesgo la vida de la mujer podrá realizarse en cualquier momento de la gestación, a juicio del médico que le asista o cuando el producto de la gestación presente alteraciones congénitas, siempre que, a juicio de dos médicos especialistas, exista razón suficiente para diagnosticar que puedan dar como resultado daños físicos o mentales.⁵

Estadísticas del hospital general Dr. Enrique Cabrera

De acuerdo al sistema de estadística se tiene reporte que en el año 2017; 1514 pacientes solicitaron información del servicio, de estas 786 realizaron solicitud del procedimiento; realizándose 666 ILE, de las cuales 550 recibieron tratamiento médico y a 116 pacientes se le realizó AMEU.

De los procedimientos realizados en el hospital General "Enrique Cabrera" 664 residen en la Ciudad de México, 1 paciente del Estado de México y 1 de otro Estado. El grupo de edad de las pacientes se encuentra entre 19 a 30 años.²³

Los motivos por los cuales las mujeres acuden a ILE son: embarazos que ponen en riesgo la vida de la paciente, sin apoyo de la pareja sentimental, malformaciones congénitas, sufren algún tipo de violencia, escasos recursos

económicos, no se siente preparada para un embarazo, no desean interrumpir trabajo, ya tienen el número de hijos que desean, paciente víctima de agresión sexual, por uso de drogas o medicamentos, por haberse expuesto a estudios radiográficos sin saber que estaban embarazadas, etc.²³

Consideraciones legales sobre prevención, atención y sanción de la violencia en México.

Desde el año 2013, con la entrada en vigor de la Ley General de Víctimas, se eliminaron del marco legal los requisitos para víctimas de delitos y de violaciones a los derechos humanos para acceder al aborto legal. En 2014 se reformó el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y, en 2016, se modificó la NOM 046-ssa2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres en conjunto con la Ley General de Víctimas, en todo el país, una mujer o niña mayor de 12 años que haya sufrido agresión sexual y resulte embarazada, tiene el derecho de acudir a cualquier centro de salud público para interrumpir un embarazo, sin necesidad de presentar una denuncia por violación, ni de autorización por parte de autoridad alguna.²⁵

La Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia establece bases para la coordinación entre la Federación, las entidades federativas y los municipios para efectos de la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres, con principios rectores que guíen la elaboración y ejecución de la política pública tanto federal como local en la materia. Tiene como objetivo garantizar una vida libre de violencia para las mujeres, promover su desarrollo integral y su plena participación en todos los ámbitos.²⁵

Se incurre en violencia institucional al negar, dilatar u obstaculizar el acceso de niñas y mujeres a una interrupción legal del embarazo, derecho claramente establecido en el marco jurídico y política pública del país.²⁵

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer define la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.²⁵

Ley general para la prevención social de la violencia y la delincuencia

Artículo 2. La prevención social de la violencia y la delincuencia es el conjunto de políticas públicas, para reducir factores de riesgo que generen violencia.

Artículo 4, fracción XI: Violencia. Uso de poder o fuerza física, ya sea amenaza o efectivo. Contra otra persona, grupo o comunidad; que puede causar lesiones, muerte, daños psicológicos o privaciones.²⁹

Artículo 19. I. Las autoridades deberán: Proporcionar información para afrontar los problemas, sin violentar la confidencialidad. II. Generar base de datos para administrar prevención de violencia. VIII. Impulsar la participación ciudadana en la prevención de violencia y delincuencia.²²

Artículo 24.- La participación ciudadana y comunitaria, organizada o no organizada, en materia de prevención social de la violencia y la delincuencia, es un derecho de las personas.²⁹

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Los artículos 4º y 123 Constitucionales establecen:

- El derecho y libertad a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, y
- El derecho a la protección durante el embarazo en las mujeres trabajadoras, impidiendo que realicen trabajos que signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación, obligando al patrón observar normas y medidas sobre higiene, seguridad y prevención de accidentes de trabajo con el objetivo de garantizar la vida y la salud del producto de la concepción.²⁶

Artículo 123 Apartado A.

V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha probable de parto y seis semanas posteriores al mismo, percibiendo su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido. En la lactancia tendrán dos descansos de media hora al día para alimentar a sus hijos.²⁶

XV. El patrón estará obligado a mantener la higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo y organizar este para garantizar la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas.²⁶

Apartado B.

XI. La seguridad social:

b) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; un mes de descanso antes de la fecha de parto y dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo.²⁶

Código Penal

Primera Reforma: El 27 de enero de 2004, se publicó la primera reforma en materia de aborto, que aumentó la prisión de 3 a 6 años para 5 a 8, la pena de prisión que se imponía a quien hiciere abortar a una mujer mediante violencia física o moral que se contemplaba de 6 a 8 años se amplió para pasar de 8 a 10 años.²⁷

Segunda Reforma: En la segunda reforma del 26 de abril de 2007, es la que da paso a la despenalización del aborto a través de la interrupción legal del embarazo antes de la décima segunda semana de gestación.²⁷

Los puntos relevantes son:

- Modifica la definición del tipo penal de aborto que es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación;
- Definición de embarazo;²⁷
- Penalización para la mujer que aborte o consienta que otro la haga abortar después de las 12 semanas de embarazo;

Consideraciones legales sobre aborto e interrupción legal del embarazo

Capítulo V aborto

ARTÍCULO 144. Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación. El embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.

ARTÍCULO 145. Será acreedor de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que practique su aborto,

después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.

Quien hiciere abortar a una mujer, con su consentimiento, se impondrá de uno a tres años de prisión.

Artículo 146. Aborto forzado es la interrupción del embarazo, sin el consentimiento de la mujer embarazada, se le impondrá de cinco a ocho años de prisión, con violencia física o moral de ocho a diez años de prisión.²⁷

Artículo 147. Si el aborto lo causara un médico, comadrón o partera, enfermero, además de las sanciones, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. ²⁷

Artículo 148. Se consideran como excluyentes de responsabilidad:

I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial a que se refiere el artículo 150 de este Código;

II. Cuando la mujer corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, con dictamen de otro médico.

III. Cuando a juicio de dos médicos especialistas el producto presenta alteraciones congénitas que ponen en riesgo la sobrevivencia del mismo, con el consentimiento de la mujer embarazada;²⁷

IV. En los casos de las fracciones I, II y III, los médicos tendrán la obligación de proporcionar información objetiva, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como alternativas existentes, que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre.²⁰

Ley Salud Ciudad de México

Primera Reforma

Con el objeto de armonizar ésta y llevar a cabo su exacto cumplimiento, facultando y mandatando a las instituciones públicas de salud para llevar a cabo la práctica en condiciones de calidad de la interrupción del embarazo:²⁸

Segunda reforma

Es prioritaria la atención de la salud sexual y reproductiva reafirmando el derecho a decidir de manera libre, sobre el número y espaciamiento de los hijos y del gobierno de la Ciudad de México otorgar servicios de consejería médica y social a la salud sexual y reproductiva.²¹

Capítulo XII.

Artículo 185.- La interrupción del embarazo es el procedimiento que se realiza hasta la décima segunda semana de gestación y hasta la vigésima semana de gestación, de conformidad con las excluyentes de responsabilidad penal establecidas por el artículo 148 del Código Penal y el artículo 131 bis del Código de Procedimientos Penales.²⁸

Artículo 186.- Las instituciones públicas de salud deberán proceder a la interrupción del embarazo en forma gratuita, cuando la mujer interesada así lo solicite, proporcionar servicios de orientación médica, trabajo social, métodos de planificación familiar, así como información de otras alternativas y sus posibles consecuencias en la salud.²⁸

Artículo 187. – La interrupción del embarazo realizada por médicos gineco-obstetras o cirujanos generales, debidamente capacitados, con capacidad de atención de los requisitos de los Lineamientos Generales de Organización y

Operación de los Servicios de Salud para la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal.²⁸

Artículo 188.- Para la práctica del procedimiento, será obligatorio se practiquen y presenten los dictámenes médicos de edad gestacional y de anomalías congénitas fundamentados por técnicas de ecosonografía o similares, técnicas citogenéticas y analíticas.²⁸

Artículo 189.- Los médicos que emitan dictámenes médicos, acreditarán su especialidad mediante documento emitido por una institución que avale el cumplimiento del programa académico, y deberán estar adscritos a alguna institución de salud.²⁸

Artículo 190.- Las unidades médicas serán las pertenecientes al sector público o privado que cumplan con los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana, “Para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria”, con personal médico gineco–obstetra capacitado y adiestrado para realizar el procedimiento.

Artículo 191.- La técnica utilizada podrá ser médica o quirúrgica, tomando en consideración las semanas de gestación del producto y criterio del médico gineco–obstetra, encargado de realizar el procedimiento.²⁸

Artículo 192.- La interrupción del embarazo hasta la décima segunda semana de gestación, se realizará cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- I. Que lo solicite por escrito la mujer
- II. Que se proporcione a la mujer solicitante consejería por personal médico de la unidad de forma libre y voluntaria otorgue su consentimiento
- III. Que al momento de la solicitud la mujer tenga hasta doce semanas de gestación.

Artículo 193.- Se realizará siempre y cuando las circunstancias siguientes:

I.- Cuando el embarazo sea consecuencia de violación o inseminación artificial no consentida.

II.- Cuando la continuidad de la gestación represente un grave riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada, con el juicio emitido por el médico especialista.²⁸

III.- Cuando exista razón suficiente que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas.

IV.- Cuando un embarazo ya se encuentre interrumpido, como resultado de una conducta culposa o no intencional de la mujer embarazada.

Artículo 194.- Para la práctica del procedimiento será obligatorio que se practique y presenten los dictámenes médicos de edad gestacional.

Artículo 195.- Los médicos que emitan dictámenes médicos, acreditarán su especialidad mediante documento emitido por una institución que avale el cumplimiento del programa académico, y deberán estar adscritos a alguna institución de salud del sector público, social o privado.²⁸

Artículo 196.- El personal médico responsable de realizar el procedimiento programado de interrupción del embarazo, integrará al expediente clínico de la mujer solicitante los documentos siguientes, según sea el caso:

I. Consentimiento informado para la interrupción del embarazo, debidamente requisitado.

II. Dictamen médico de edad gestacional en el supuesto de interrupción del embarazo hasta la décima segunda semana de gestación;

III. Dictámenes médicos de edad gestacional y de anomalías genéticas o congénitas en los casos de interrupción del embarazo de acuerdo a las excluyentes de responsabilidad penal;²⁸

IV. La autorización de interrupción del embarazo por violación o inseminación artificial no consentida emitida por el Agente del Ministerio Público competente.

Los documentos señalados en las fracciones I y IV deberán integrarse en original.

Artículo 197.- Los médicos adscritos a unidades del primer nivel de atención y los adscritos a hospitales que no estén en condiciones para realizar el procedimiento de interrupción del embarazo, referirán a la mujer de manera adecuada. ²⁸

Artículo 198.- El personal médico deberá proporcionar un trato digno, respetar la confidencialidad y dar seguridad a la paciente.

Artículo 199.- Los profesionales podrán abstenerse de participar en la práctica de interrupción del embarazo argumentando razones de conciencia, salvo en los casos en que se ponga en riesgo inminente la vida de la mujer embarazada.²⁸

El médico objetor referirá a la usuaria de manera inmediata, responsable y discreta con un médico no objetor, donde se realicen procedimientos de interrupción del embarazo, con la Hoja de Referencia y Contrarreferencia con: Resultado de Estudios de Laboratorio o Gabinete.

Artículo 200.- Las autoridades de la unidad hospitalaria, agilizarán los trámites administrativos para que la interrupción del embarazo se lleve a cabo lo más tempranamente posible, en un máximo de cuarenta y ocho horas excluyentes de responsabilidad penal, en un plazo no mayor a los diez días naturales a partir de la primera consulta en la unidad.

Artículo 201.- El expediente se integrará de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana.

Artículo 202.- Las autoridades de la unidad hospitalaria, están obligadas a realizar el registro de los procedimientos que se lleven a cabo en la Unidades Médicas autorizadas.²⁸

Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de ILE

El día 25 Abril del 2018 se realizó modificación de los lineamientos generales de ILE donde se menciona las normas de operación del programa. La interrupción del embarazo podrá ser legal, voluntaria y excluyente de responsabilidad de delito.

El capítulo II especifica que la interrupción legal del embarazo se realizara hasta la décimo segunda semana completa de gestación, (12.6 semanas).

En el capítulo III se define interrupción voluntaria del embarazo, aquella que se realizara hasta la vigésima semana completa (20.6 semanas), de la gestación como consecuencia de una violación.

Interrupción del embarazo como consecuencia de excluyente de responsabilidad penal del delito aborto se menciona en el capítulo IV, en caso de violación denunciada, ante autoridad, inseminación artificial no consentida, al encontrarse en riesgo la vida de la mujer, producto de la gestación con malformaciones congénitas.

Se debe cumplir con los requisitos de: Solicitud de la mujer embarazada para interrupción del embarazo, recibir consejería, dictamen médico de edad

gestacional, consentimiento informado para interrupción del embarazo y autorización de la autoridad competente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia de pareja se ha encontrado asociada en la literatura internacional con embarazos no deseados y abortos inducidos, debido a que los hombres maltratadores pueden impedir que la mujer utilice métodos anticonceptivos y obligarla a embarazarse. También las relaciones sexuales forzadas pueden llevar a embarazos no deseados y a tomar la decisión de interrumpirlos.

Desde el 2007 la Ciudad de México es única entidad del país en que se permite realizar un aborto por sola petición de la mujer hasta las 12.6 semanas y donde se han implementado servicios de Interrupción legal del embarazo (ILE), pero a la fecha no existen investigaciones que determinen la frecuencia y distribución de antecedentes de violencia en pacientes que se realizan dicho procedimiento. El presente proyecto, plantea abordar esta población para conocer la proporción de mujeres que acuden al servicio con antecedentes alguna vez en la vida de violencia de pareja y con violencia actual.

Por ello, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia y distribución de antecedentes de violencia de pareja en mujeres que realizan interrupción legal del embarazo medicamentoso?

JUSTIFICACIÓN

El ámbito de protección del derecho de las mujeres a la no discriminación comprende también la protección de las mujeres contra toda forma de violencia. Se incluyen actos que infligen daño o sufrimiento de índole física, mental o

sexual, las amenazas de esos actos, la coacción y otras formas de privación de la libertad. La atención integral a las víctimas de violencia sexual en México incluye el acceso a la ILE por violación representa un componente esencial para garantizar el derecho a una vida libre de violencia.¹⁸

La obstaculización del derecho a interrumpir de manera segura y legal el embarazo puede ocasionar que se recurra a un aborto en condiciones riesgosas, lo que coloca la vida de las mujeres en peligro: en México, entre 1990 y 2013, fallecieron 2,186 mujeres por causas obstétricas; en 2014 el aborto inseguro representó 9.2% del total de muertes maternas, y la cuarta causa de muerte materna. Impedirle la ILE a una niña o adolescente que ha quedado embarazada a consecuencia de una violación sexual, representa un riesgo aún mayor para su vida pues, de acuerdo con la OMS, las niñas embarazadas menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente 50% mayor.³¹

Según un estudio de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica en 10 países, utilizando múltiples análisis de regresión logística, se exploraron las asociaciones entre la violencia de pareja física y/o sexual y el aborto y el embarazo no deseado. Las mujeres con una historia de violencia de pareja tenían probabilidades perceptiblemente más altas de embarazo involuntario en 8 de 14 sitios y del aborto en 12 de 15 sitios. Las estimaciones agrupadas mostraron mayores probabilidades de embarazo involuntario.^{31,34}

En este estudio es importante identificar los antecedentes de violencia, ya que es un problema mundial, pero no tenemos suficientes datos sobre la incidencia y prevalencia de sus diferentes formas en poblaciones que podrían estar particularmente expuestas, como las mujeres que interrumpen legalmente un embarazo. Esto se debe a que con frecuencia existen diferencias conceptuales y operacionales que impiden la comparación entre los estudios sobre el tema. Asimismo, existen otros problemas que dan cuenta de las dificultades para captarla y documentarla. Con frecuencia la mujer no reporta estos delitos al sistema de salud o de justicia por vergüenza y miedo de la reacción de los funcionarios.³³

De ahí la relevancia de desarrollar una línea de investigación en torno a la interrupción legal del embarazo y el antecedente de violencia en las mujeres de esta ciudad; donde existe poca información del tema a pesar de que a partir de 2007 existe la posibilidad de decidir si continúan o no con un embarazo debido a los cambios en el código penal y en la Ley General de Salud de la CDMX que despenalizaron el aborto y otorgaron directrices para la implementación de los servicios de salud seguros y gratuitos en hospitales públicos de la CDMX.

Este trabajo es parte de una investigación más amplia titulada “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”, y evaluara exclusivamente los antecedentes de violencia de pareja reportados por mujeres que realizan interrupción legal del embarazo medicamentoso. Este protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital General Dr. Enrique Cabrera el 12 febrero de 2019.

Se aplicará un instrumento probado previamente (Ramos Lira et al., 1998; 2001; Ramos Lira y Saltijeral, 2008) en varios estudios de población mexicana y que está basado en encuestas nacionales ³³. El proyecto podría contribuir a generar evidencia del papel que juegan condiciones como la violencia en la evaluación sobre la planeación del embarazo y sobre la decisión de continuar o interrumpirlo. ³⁴. La estrategia de prevención debe prevenir los factores de riesgo y a la vez fortalecer programas como el SEPAVIGE para que puedan proporcionar una respuesta efectiva a los casos de violencia contra la mujer.

Hipótesis del trabajo

No aplica

Consecuencias verificables: No aplica

Objetivos.

2.5.1. General (finalidad por alcanzar con la investigación).

- Determinar la frecuencia y distribución de antecedentes de violencia de pareja en mujeres que realizan Interrupción Legal del Embarazo Medicamentoso en el Hospital General "Dr. Enrique Cabrera".

Específicos (segmentación de la finalidad en sus fracciones elementales).

- Identificar la frecuencia para cada tipo de violencia de pareja en pacientes con interrupción legal del embarazo medicamentoso.
- Describir las características sociodemográficas de mujeres con antecedentes de violencia de pareja.
- Describir los antecedentes gineco-obstétricos (número de hijos, número de ILE, número de abortos espontáneos) de las mujeres con antecedentes

de violencia de pareja que realizaron una interrupción legal del embarazo con medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Tipo de diseño y variables

Área de Investigación: Clínica- Descriptiva

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se eligió este tipo de diseño, porque se trataba de un estudio de factibilidad que permitiera conocer la disponibilidad, los horarios y las necesidades de la población.

-Tamaño de la muestra:

En este estudio participaron 118 mujeres que acudieron al Hospital General Dr. Enrique Cabrera en el servicio de Interrupción Legal del Embarazo. Se incluyó en el estudio a todas aquellas mujeres mayores de 14 años que realizaron la interrupción del embarazo con medicamentos, que acudieron a una visita de seguimiento entre la segunda semana de febrero y la cuarta semana de abril de 2019, y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Tipo de universo: Finito.

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes embarazadas que acudieron al servicio de Interrupción legal del embarazo entre 15 Febrero y 30 de Abril de 2019
- ✓ Que asistieron a cita de seguimiento en el servicio ILE
- ✓ Que acepten participar en el estudio
- ✓ Tratamiento con medicamento

Criterios de no inclusión

- ✓ Presentar alguna discapacidad física o mental que les impida contestar el cuestionario.

Criterios de interrupción

- ✓ Referencia y contrarreferencia a otra unidad medica
- ✓ Que la paciente no quiera seguir contestando
- ✓ Pacientes con más de 12 semanas de embarazo

Criterios de eliminación

- ✓ Cuestionario incompleto
- ✓ Pacientes con tratamiento quirúrgico
- ✓ Menores de 14 años

Diseño de la muestra: Muestreo no probabilístico

Tipo de muestreo

Cualitativo por conveniencia

Estrategias para la recolección de datos

Este trabajo es parte de una investigación más amplia titulada “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital General Dr. Enrique Cabrera el 14 febrero de 2019.

El equipo que participo en la recolección de datos cuenta con capacitación en la aplicación del cuestionario, incluyendo los conocimientos teóricos y prácticos necesarios, las herramientas técnicas de contención y atención en crisis para la respuesta inmediata ante posibles reacciones emocionales durante la entrevista,

y los debates bioéticos en torno a los conceptos por los que se indaga en la entrevista.

En el consultorio de Interrupción Legal del embarazo un equipo de entrevistadoras, incluyendo a quien esto escribe, invito a cada usuaria que acudió al servicio, se le comento los objetivos del estudio y previa firma de carta de consentimiento informado se le realizo una entrevista en la que se aplicó un cuestionario en el que se incluyen las variables de interés para este estudio.

Instrumentos

El cuestionario se aplicó en el tiempo de espera para el ultrasonido de seguimiento, o en su caso, en algún otro momento sugerido por el personal del servicio, de modo que no afecte de manera alguna al servicio ni a la participante. Se invitó de manera colectiva a todas las mujeres que asistieron a consulta de seguimiento de aborto con medicamentos, presentando los objetivos del estudio, los riesgos y beneficios abordando de manera general los temas que se abordan y aclarando que el proyecto requiere responder en ese momento un cuestionario de una duración aproximada de 50 minutos (línea base).

Los apartados que se aplicaron para esta tesis fueron los siguientes:

- ✓ Antecedentes sociodemográficos: Trabajo Social SEDESA
- ✓ Antecedentes gineco-obstétricos: Ad hoc
- ✓ *Relación de pareja: Ad hoc*
- ✓ *Violencia de pareja: Preguntas diseñadas ad hoc por Ramos y Saltijeral 2001 y 2008. Dicha instrumento de recolección de datos se ha probado en mujeres de población Mexicana, además se encuentra basada en la encuesta Nacional.*



Cuestionario de salud reproductiva y salud mental para mujeres: Línea Base (T0)

Folio (Expediente)	
Entrevistadora	
Fecha	
Fecha de la ILE	

Instrucciones Generales.

Buenos/as días/tardes. Mi nombre es (NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA). Como le mencioné en el Consentimiento Informado, este cuestionario se está aplicando como parte de un estudio sobre asuntos relacionados con la salud de las mujeres. También le comentaba que, su identidad permanecerá en el anonimato; nadie sabrá que usted ha respondido este cuestionario.

NO ES UN EXAMEN; por lo tanto, NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. Por favor, para cada sección responda honesta y sinceramente. Es muy importante que conteste todas las preguntas.

Le voy a leer algunas preguntas de diferentes temas que podrían estar relacionados con su experiencia durante la interrupción del embarazo y le pido que en cada pregunta me indique las respuestas que resulten más adecuadas a sus vivencias. En caso de que tenga dudas, por favor hágamelos saber.

SD. Sociodemográficas (Ad hoc)

Comenzaremos con algunas preguntas generales

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?	Años cumplidos _____	
2. ¿En dónde vive?	Alcaldía: _____	
3. ¿Cuál es el último grado escolar que cursó?	[0] Ninguno	
	[1] Primaria	
	[2] Secundaria	
	[3] Preparatoria o bachillerato	
	[4] Profesional	
	[5] Posgrado	
	[6] No responde	
4. ¿Cuál es su ocupación?	[0] Empleada	
	[1] Desempleada	
	[2] Comerciante	
	[3] Estudiante	
	[4] Hogar	
	[5] Otro: especificar _____	
	[6] No responde	
5. Nivel Socioeconómico	[0] 0	
	[1] I	
	[2] II	
	[3] III	
	[4] IV	

SR. Antecedentes gineco-obstétricos (Ad hoc)

Ahora le voy a realizar algunas preguntas sobre su salud reproductiva.

1. ¿Cuántos embarazos aparte de éste ha tenido? _____ **embarazos**
2. ¿Cuántos hijos tiene? _____
3. ¿Cuántas veces ha interrumpido voluntariamente un embarazo? *se refiere a las veces anteriores a la actual.*

RP. Relación de pareja (Ad hoc)

Ahora le voy a preguntar sobre su relación de pareja

1. Actualmente ¿tiene pareja? [0] No (Especificar: _____)
(Si no tiene pareja pasar a la pregunta 7)
[1] Sí
2. ¿Viven juntos? [0] No
[1] Sí

AV_VP. Violencia de Pareja (Ramos y Saltijeral 1999, 2001, 2008)

Las siguientes preguntas tratan sobre incidentes que pudieron haberle pasado con la pareja actual o la última pareja, por favor indíqueme si le ocurrieron

- ¿Alguna vez su pareja actual o última...*
1. ... le ha gritado o insultado? [0] N
o
[1] Sí
 2. ... le ha amenazado con hacerle daño físico, por ejemplo: ¿lastimarla o incluso matarla? [0] N
o
[1] Sí
 3. ... le ha maltratado físicamente (esto incluye cachetadas, patadas o puñetazos)? [0] N
o
[1] Sí
 4. ... ha tenido relaciones sexuales con usted por la fuerza, aunque usted no quería tenerlas? [0] N
o
[1] Sí
 5. ... se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes? [0] N
o
[1] Sí
 6. ... le ha reclamado cómo gasta el dinero? [0] N
o
[1] Sí
 7. ¿Le ha tenido miedo a su pareja? [0] N
o
[1] Sí

¡Muchas gracias!

Determinación de variables

VARIABLE/CONSTRUCTO (Índice-indicador/ categoría-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Sociodemográficas	Control	Características sociales, económicas o demográficas que permiten dividir a la población en grupos homogéneos para su estudio		Por variable
Edad	Control	Tiempo cronológico de vida cumplido desde el nacimiento al momento de la entrevista.	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Ocupación	Control	Actividad, trabajar o realizar alguna acción	Cualitativa nominal	Empleada Desempleada Comerciante Estudiante Hogar Otro
Escolaridad	Control	Grados completados en sistema escolar	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria o bachillerato Profesional

Nivel socioeconómico	Control	Según criterios utilizados por trabajo social	Cualitativa ordinal	0 I II III IV
Antecedentes gineco-obstétricos	Control	Información sobre el número de embarazos, el número de hijos, abortos previos que podrían modificar la experiencia actual del aborto o embarazo.		Por variable
Número de embarazos previos	Control	Número de periodos de gestación previos al actual	Cuantitativa discontinua	Número
Número de hijos	Control	Número de descendientes directos nacidos vivos	Cuantitativa discontinua	Número
Abortos inducidos	Control	Autoreporte del número de interrupciones inducidas del embarazo (legales o no).	Cuantitativa discontinua	Número

Abortos espontáneos	Control	Autoreporte de interrupciones espontáneas del embarazo ocurridas antes de la semana 22 de gestación.	Cualitativa discontinua	Número
Pareja actual	Control	Autoreporte de la existencia de una relación de pareja al momento de la entrevista.	Cualitativa nominal	No Si No, terminamos por el embarazo
Cohabitación	Control	Autoreporte sobre si vive en la misma casa de la pareja.	Cualitativa nominal	No Si
Antecedentes de violencia pareja	Control	Autoreporte de situaciones de agresión intencional de tipo emocional, física, sexual, patrimonial y económica, por parte de la última pareja o la pareja actual y la percepción de miedo.		Por variable
Violencia Emocional	Control	Autoreporte de insultos por parte de la última pareja o la pareja actual	Cualitativa nominal	No Si

Violencia física	Control	Autoreporte de jalones, cachetadas, patadas o puñetazos por parte de la última pareja o la pareja actual.	Cualitativa nominal	No Si
Violencia sexual	Control	Auto reporte de relaciones sexuales por la fuerza por parte de la última pareja o la pareja actual.	Cualitativa nominal	No Si
Violencia patrimonial	Control	Autoreporte de apropiación de bienes o dinero por parte de la última pareja o la pareja actual.	Cualitativa nominal	No Si
Violencia económica	Control	Autoreporte de reclamos sobre la manera de gastar dinero por parte de la última pareja o la pareja actual.	Cualitativa nominal	No Si

-Programa estadístico y bases de datos

Cada cuestionario fue archivado con un número de folio y capturado en una base con los programas Excel y SPSS Versión 21, programa con el cual se realizaron los análisis estadísticos pertinentes.

Técnicas de instrumentos de validación: No aplica

-Riesgo Ético

Este trabajo es parte de una investigación más amplia titulada "Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental". El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital General Dr. Enrique Cabrera el 14 febrero de 2019.

Riesgo del estudio:

El riesgo que implicó el estudio fue mayor que el mínimo pues se incluyeron mujeres menores de 18 años y la segunda es que el cuestionario contempló preguntas sobre antecedentes de violencia sexual que podrían activar algún tipo de conflicto o problema que requiriera contención, intervención en crisis o referencia a algún servicio de salud.

Medidas de bioseguridad para sujetos del estudio: Consentimiento informado.

Las mujeres interesadas en participar leyeron la carta de consentimiento informado y de manera individual la entrevistadora se asegurará de que la participante entienda los objetivos del estudio, los temas abordados en las entrevistas y que se resuelvan todas las dudas que pudieran surgir, así como recabar sus datos de contacto (teléfono celular). Cuando las dudas se resolvieron, se firmó el consentimiento informado y las participantes obtuvieron una copia y otro la investigadora.

Una vez firmado el consentimiento se le solicitó acercarse a un sitio silencioso y privado (biblioteca y aislado de trabajo social del hospital) y se realizó la entrevista de línea base utilizando el cuestionario. Al finalizarlo, si la entrevistada lo solicita, o si se detecta que presentó antecedentes de depresión en los últimos

12 meses o sintomatología actual se derivará al servicio de salud mental en el hospital, así como información sobre salud sexual y reproductiva si fuera necesario.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**SECRETARÍA
DE SALUD**

México D. F.,
a

Día	Mes	Año	

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio de "Interrupción Legal del Embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental" que se realiza en el Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" y cuyo objetivo consista en: Comparar el nivel de sintomatología depresiva y ansiosa a tres meses de haber interrumpido un embarazo en mujeres con vs sin antecedentes de depresión, considerando factores psicosociales relevantes.

Estoy consciente de los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados, que consisten en:

1. Aceptar participar en este estudio.
2. Responder tres entrevistas que no tienen costo alguno. Si acepto participar, seré entrevistada por alguna de las integrantes del equipo de investigación, quienes son psicólogas que están sensibilizadas y capacitadas en los temas mencionados.
3. Contestar en la primera entrevista preguntas sobre mis antecedentes personales y familiares de salud mental, experiencias de violencia que me pudieron haber pasado, por mis planes de embarazo, por mi autonomía reproductiva, por cómo enfrento las situaciones estresantes, qué pienso sobre la igualdad de hombres y mujeres, mis preocupaciones relacionadas con la ILE y por el apoyo que recibí de personas importantes, así como por mi estado de salud mental actual. En la segunda y tercera entrevista responder solamente preguntas acerca de mi estado de salud mental actual, mi autonomía reproductiva, sobre si acudí a consulta de salud mental y el tipo de método anticonceptivo que elegí después de la ILE.
4. Saber que puedo cambiar de opinión o decidir por cualquier motivo no colaborar en el estudio, asimismo, puedo retirarme en cualquier momento en que yo lo decida.
5. Proporcionar un teléfono donde se me pueda encontrar para confirmar mis citas a las entrevistas siguientes.

También sé:

6. Que esta investigación es de riesgo mínimo pues no implica realizar ningún procedimiento físico o psicológico invasivo en mi persona, sin embargo, ciertos temas podrían ser difíciles para mí, por lo que me ofrecen contención emocional o referencia si es necesario. Además, me han explicado que la entrevista será un espacio seguro donde puedo conversar abiertamente sobre ciertos aspectos de mis circunstancias de vida sin ser enjuiciado y con la seguridad de que lo que digo

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios:

5. Las preguntas y cosas que se me harán en la entrevista, permitirán conocer mis emociones negativas y positivas alrededor del embarazo y de la interrupción del mismo, lo que puede ser de utilidad para hacer planes dirigidos a mi bienestar, ya que se me hará una pequeña devolución de lo observado y en caso de que lo solicite, se me podrá referir u orientar a algún servicio.
6. Yo de manera indirecta estaré ayudando a las mujeres de la Ciudad de México, pues mi participación contribuirá a conocer de manera objetiva los factores que llevan a decidir embarazarse y a continuar el embarazo o a interrumpirlo. Asimismo, ayudaré a saber si existen diferencias en el bienestar y la salud mental de las mujeres, para hacer sugerencias de prevención y de atención. Con esta información se busca contribuir a implementar una atención oportuna a problemas de salud mental de las mujeres que solicitan una interrupción legal del embarazo en las Clínicas de Interrupción Legal del Embarazo de la CDMX.
7. beneficio que conlleva este estudio es mayor al posible riesgo, y es de beneficio principalmente comunitario pues puede impactar las vidas de las mujeres, y en particular las de las que acuden a los servicios que atienden la salud sexual y reproductiva, en la medida en que pueden detectarse y atenderse posibles problemas de salud mental.
8. Al finalizar la segunda entrevista recibiré un certificado de regalo de una tienda de autoservicio por \$150 pesos.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de esta investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio. Que cualquier decisión que tome no afectará de ningún modo a atención que está solicitando a la Clínica.

Aviso de privacidad
 El Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", con domicilio Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14081, México, Ciudad de México utilizará sus datos personales y de salud para realizar análisis estadísticos y reportarlos como resultados de investigación en tesis, publicaciones científicas y de divulgación, y en presentaciones en congresos, foros, seminarios y actividades docentes con el fin de divulgar a la sociedad este conocimiento.
 Su identidad nunca será revelada. No se utilizará el nombre de ninguna de las participantes, pues se le asignará un código numérico para su identificación, presentándose resultados de forma estadística. Solo el personal autorizado (investigadores y asistentes adscritos al proyecto) tendrá acceso a su cuestionario. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación y el análisis se hará de manera grupal de modo que sea imposible conocer las respuestas individuales.
 Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad a través de la página <https://www.gob.mx/privacidadintegral>

Cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podrá consultarlo con la Dra. Luciana Ramos Lira, Investigadora de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, "Ramón de la Fuente Muñiz" al 4160 5186 y/o con el Dr. Emilio Exaire Murad, Jefe de Enseñanza del Hospital General "Dr. Enrique Cabrera", quien comunicará el evento a la Dirección de Educación e Investigación de la SSDF, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al Cuerpo Colegiado competente para su resolución. Cuando el trastorno se identifique como efecto de la intervención, la instancia responsable deberá atender médicamente al paciente hasta la recuperación de su salud o la estabilización y control de las secuelas y si existen gastos adicionales, serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre:	Firma
(En caso necesario, datos del padre, tutor o representante legal)	
Domicilio:	Teléfono

Nombre y firma del testigo:	Firma
Domicilio:	Teléfono

Nombre y firma del testigo:	Firma
Domicilio:	Teléfono

Nombre y firma del investigador responsable:	Firma
Domicilio:	Teléfono

c. c. p. Paciente o familiar
 c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación)

*En caso de ser menor de edad, marque con una "x" la opción que prefiera:

- Estoy de acuerdo con que mi padre, madre o tutor (a) estén informados de mi participación y respuestas en el estudio.
- No estoy de acuerdo con que mi padre, madre o tutor(a) estén informados de mi participación y respuestas en el estudio.

-Análisis Estadístico

Los datos aquí presentados fueron analizados por separado por la autora de este trabajo.

Se realizó estadística descriptiva a los datos de todas las pacientes para conocer sus características, se calcularon frecuencia y proporciones para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión (medias y desviaciones estándar o medianas para las variables cuantitativas).

Recursos humanos

- ✓ Un médico residente de ginecología y obstetricia, previamente capacitada que realizará el levantamiento de datos, captura y análisis descriptivos, así como sistematización y análisis descriptivo de la información.
- ✓ Un equipo de entrevistadoras capacitadas previamente que también realizarán el levantamiento de datos para el proyecto más amplio.
- ✓ Un asesor principal del trabajo de campo.

Recursos Materiales

Una computadora para captura, sistematización y análisis de datos.

Insumos de papelería (cuestionarios, copias de consentimientos informados, etc.)

Recursos Físicos

Se realizó la recolección de datos en el área de Consulta Externa ILE del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”

Espacio asignado y salas de espera del servicio de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital General Enrique Cabrera

Financiamiento: Autofinanciamiento

Cronograma

Etapa del estudio/ Mes	AGOSTO-SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE-OCTUBRE	NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2018	ENERO-FEBRERO 2019	ENERO-MAYO 2019	MAYO 2019	JUNIO 2019
Selección del tema de investigación	X						
Revisión bibliográfica		X					
Elaboración del protocolo de investigación			X				
Aprobación y registro				X			
Trabajo de campo					X		
Recolección de datos y validación de resultados					x		
Descripción y análisis de resultados						X	
Elaboración de tesis						x	
Entrega de tesis							X

RESULTADOS

Se utilizó el paquete estadístico SPSS Windows versión 21. La muestra se conformó por 118 mujeres que llevaron a cabo un aborto voluntario con medicamento en el Hospital General "Dr. Enrique Cabrera", en el servicio de Interrupción Legal del Embarazo, y que fueron entrevistadas a las dos semanas a su cita de alta.

Características sociodemográficas de la muestra

Destaca que la mediana de edad fue de 20- 24 años, siendo la edad menor 15 años y la mayor 43. Casi la mitad contaba con estudios de preparatoria (47.7%), y una de cada tres tenían secundaria (28.8%) y licenciatura (21.2%), respectivamente. Un poco menos de la mitad de las mujeres eran empleadas (32.2%), 26.3 % se dedicaba al hogar, casi una cuarta parte de las participantes eran estudiantes (22.9%) y desempleadas el 4.2%. Según nivel socioeconómico codificado por SEDESA, más de la mitad se encontraba en el nivel I (53.4%), seguido por el nivel 0 (35.3%) y el nivel II (8.5%). El 81.4% tenía pareja y el 39.8% vivía con ella. (Ver Tabla 1).

Tabla I. Datos sociodemográficos de las mujeres que llevaron a cabo una interrupción Legal del embarazo Medicamentoso.

	Frecuencia N= 118	Porcentaje %
Edad		
15-19 años	23	19.5
20-24 años	43	36.4
25-29 años	25	21.2
30-43 años	27	22.9

Escolaridad		
Primaria	3	2.5
Secundaria	34	28.8
Preparatoria o bachillerato	56	47.7
Profesional	25	21.2
Ocupación		
Empleada	38	32.2
Desempleada	5	4.2
Comerciante	5	4.2
Estudiante	27	22.9
Hogar	31	26.3
Otro	12	10.2
Nivel socioeconómico		
0	42	35.6
I	63	53.4
II	10	8.5
Perdidos (9)	3	2.5
¿Actualmente tiene pareja?		
Si	96	81.4
No	22	18.6
¿Viven juntos?		
Si	47	39.8
No	48	40.7
8	22	18.6
9	1	0.8

FUENTE: Base de datos generada en el proyecto "Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental".

Antecedentes gineco-obstétricos

Como se observa en la Tabla II, un 36.4 % de las entrevistadas no habían tenido embarazos previamente; seguido de un 24.6% con 2 embarazos previos. De las 75 pacientes con embarazos previos, el 44% tenía un hijo, 29.3% 2 hijos, y 16% entre 3 y 5; asimismo, el 22.2% había interrumpido voluntariamente un embarazo en una ocasión, el 5.5% en 2 ocasiones y el 3.3% en 3. Solamente un 9% de estas mismas mujeres había tenido un aborto espontaneo. (Tabla II)

Tabla II. Antecedentes Gineco-Obstétricos de mujeres que llevaron a cabo una interrupción Legal del embarazo Medicamentoso

	Frecuencia N=118	Porcentaje %
¿Cuántos embarazos aparte de éste ha tenido?		
0	43	36.4
1	22	18.6
2	29	24.6
3	9	7.6
4	11	9.3
5	4	3.4
¿Cuántos hijos tiene?	N= 75	%
.00	8	10.66
1.00	33	44
2.00	22	29.33
3.00	10	13.33
4.00	1	1.33
5.00	1	1.33

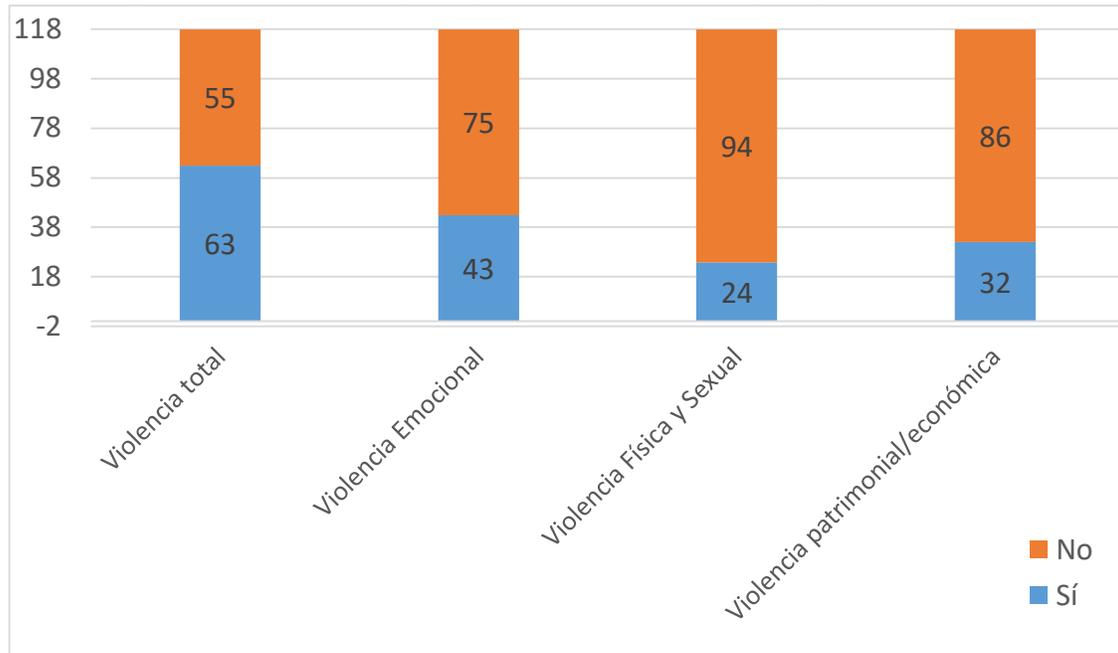
¿Cuántas veces ha interrumpido voluntariamente un embarazo?	N=90	%
.00	62	68.9
1.00	20	22.2
2.00	5	5.5
3.00	3	3.3
¿Cuántas veces ha tenido un aborto espontáneo?	N=100	
.00	91	91
1.00	9	9

FUENTE: Base de datos generada en el proyecto "Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental".

Violencia de pareja

En la figura 1 se observa que 63 mujeres entrevistadas habían experimentado algún tipo de violencia de pareja; la violencia emocional es la más frecuente (43 usuarias), seguida de la violencia patrimonial y económica (32 usuarias). Para este estudio se decidió agrupar la violencia física con la sexual porque la literatura suele manejarlos de esta manera por la gravedad que implican este tipo de hechos y para contar con casos suficientes para cumplir los objetivos, considerando que el número de casos de violencia sexual fueron muy bajos (6 usuarias); la agrupación de este tipo de violencias representa 24 usuarias.

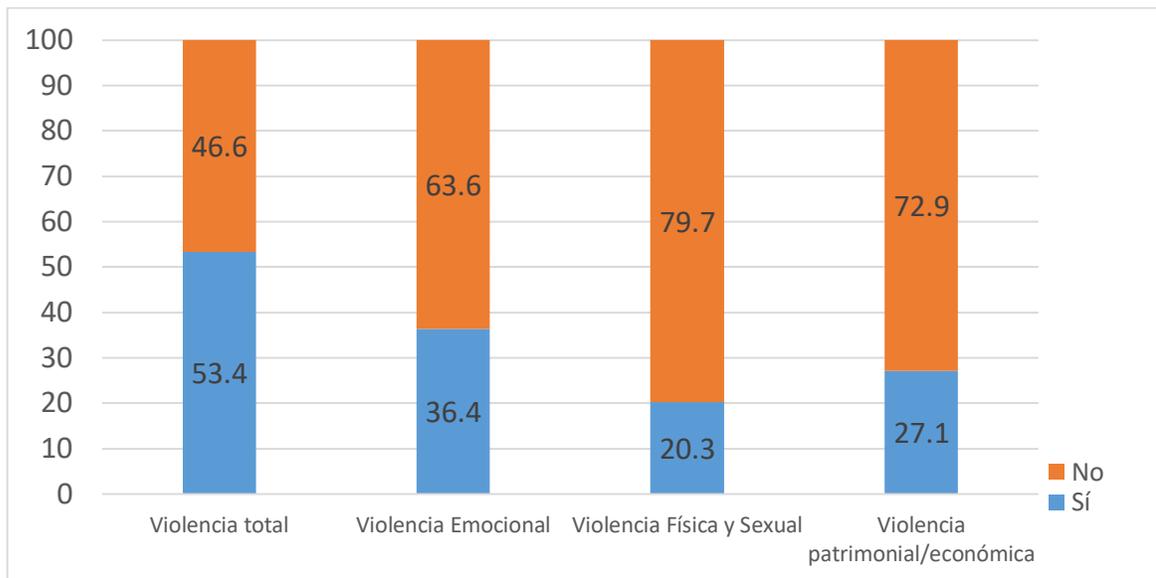
Figura 1. Frecuencia por tipos de violencia de pareja (n=118)



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

Al mirar estos números en porcentaje, destaca que poco más de la mitad de las mujeres entrevistada habían experimentado alguna violencia de pareja (53.4%); la violencia emocional es la más prevalente con el 36.4%, seguida por la violencia patrimonial/económica con 27.1% y en menor proporción por violencia física y sexual con el 20.3%. Es decir una tercera parte de las usuarias del servicio de ILE ha experimentado violencia emocional, poco más de una de cada cuatro ha experimentado violencia patrimonial/económica y una de cada 3, violencia física y sexual (Figura 2).

Figura 2. Porcentaje por tipos de violencia de pareja (n=118)



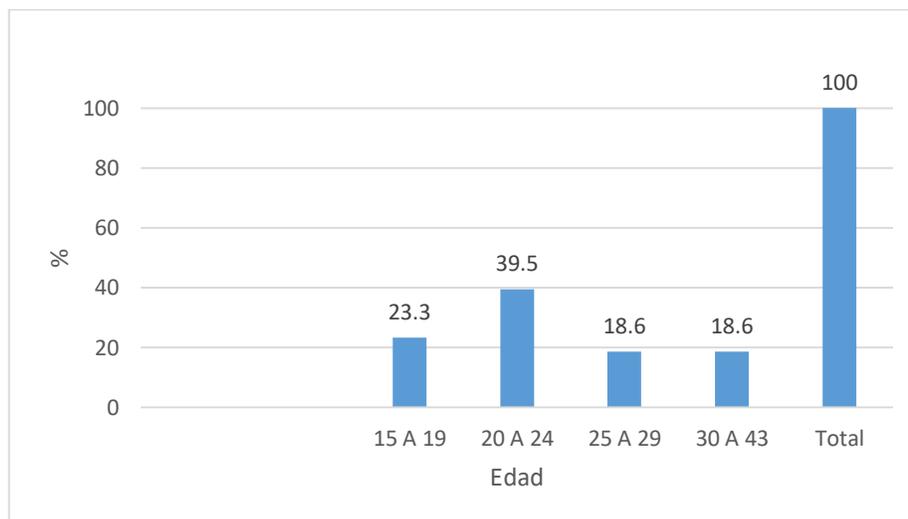
FUENTE: Base de datos generada en el proyecto "Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental".

Tipos de violencia por variables sociodemográficas

Edad

Para observar más claramente la distribución de los diversos tipos de violencia por edad, se decidió agruparla por quinquenios. En la Figura 3 destaca que entre los 20 y los 24 años es donde es más prevalente la violencia emocional (39.5%) en las usuarias, seguida del rango de 15 a 19 años con 23.3%.

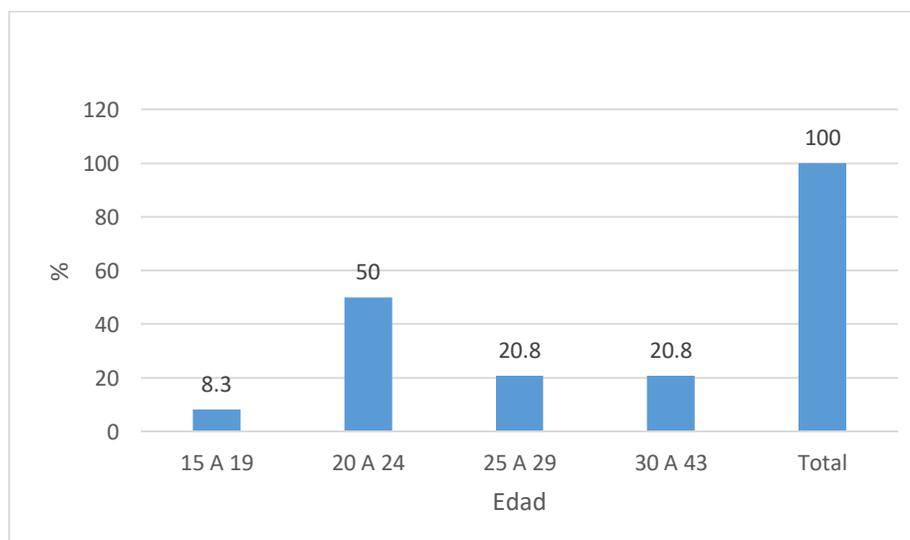
Figura 3. Distribución porcentual de violencia emocional por grupos de edad



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

En la figura 4 se observa que la violencia física y sexual se presenta en la mitad (50%) de las pacientes en edades de entre 20 a 24 años, seguida de los rangos de 25-29 años y 30-43 años con 20.8% en cada una, mostrando una proporción mucho menor entre los 15 a 19 años.

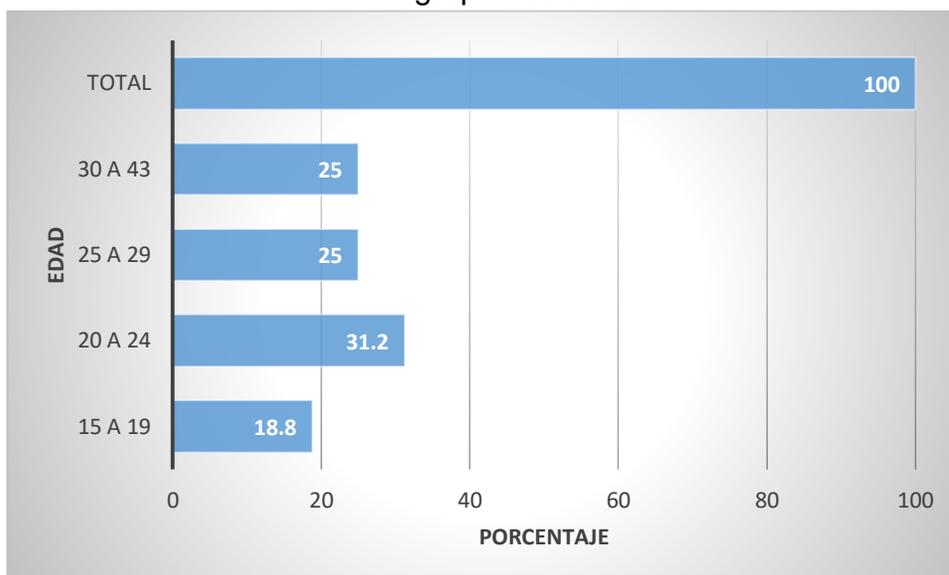
Figura 4. Distribución porcentual de violencia física/sexual por grupos de edad



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

La violencia económica/ patrimonial al igual que la violencia física y sexual es prevalente en el grupo de 20 a 24 años con 31.2%, en igualdad de porcentaje en las edades 25 a 29 años y 30 a 43 años (25%); el porcentaje menor es en adolescentes de 15 a 19 años (Figura 5).

Figura 5. Distribución porcentual de violencia Económica/patrimonial por grupos de edad.

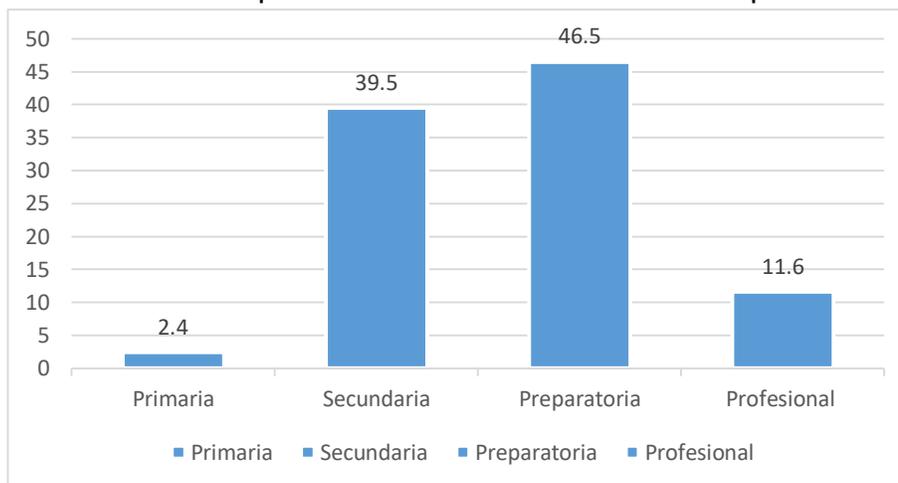


FUENTE: Base de datos generada en el proyecto "Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental".

Escolaridad

La violencia emocional se reporta en casi la mitad de las usuarias con estudios de preparatoria (46.5%), en 39.5% con secundaria, en 11.6% con estudios profesionales y solo en 2.4% hasta la primaria. (Figura 6).

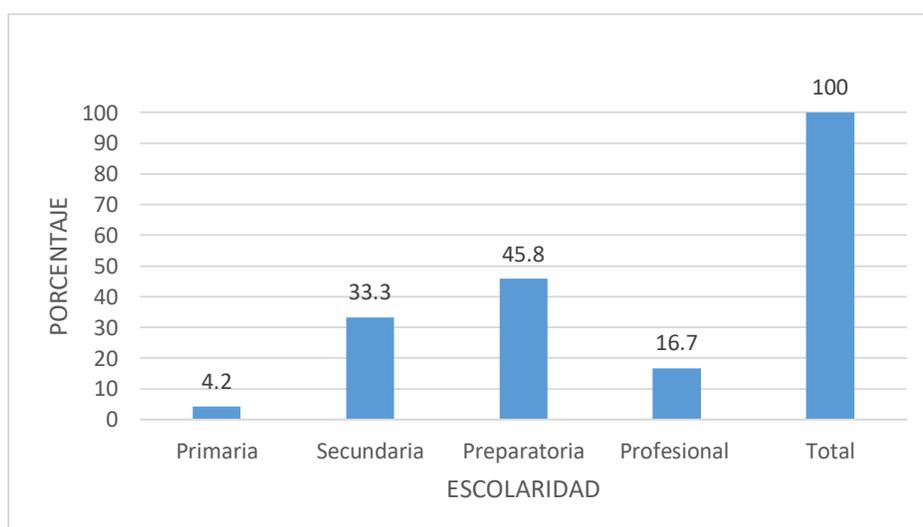
Figura 6. Distribución porcentual de violencia Emocional por escolaridad.



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

En cuanto a la violencia física y sexual, casi la mitad de las pacientes con preparatoria la reportaron (45.8%), seguidas por 33% con secundaria y únicamente en 16.7% de las que tenían estudios profesionales. (Figura 7).

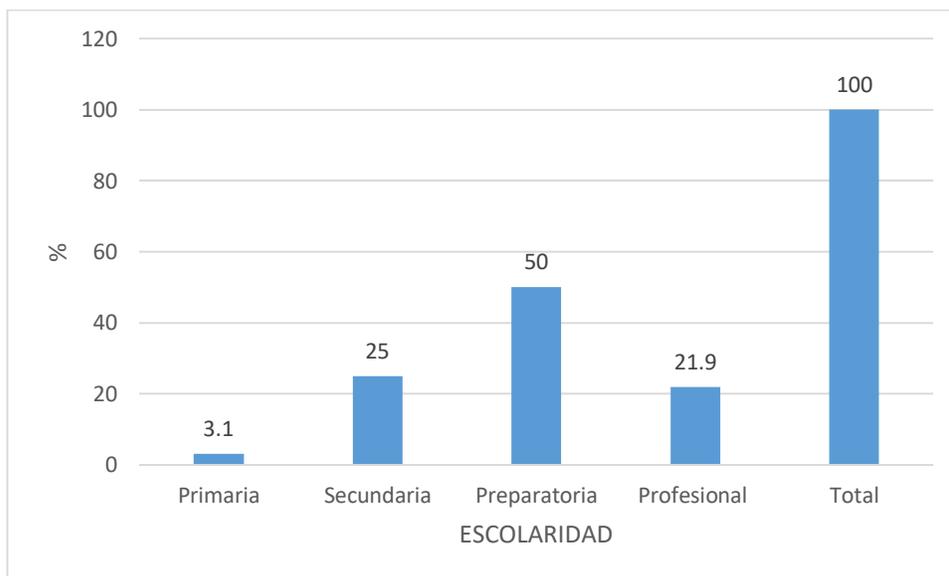
Figura 7: Distribución porcentual de violencia física/sexual por escolaridad



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

En la figura 8 se observa que la mitad de las usuarias con preparatoria reportaron violencia económica patrimonial, 25% de las que tenían secundaria, observándose mucho menos frecuencia a nivel profesional con 21.9%.

Figura 8: Distribución porcentual de violencia Económica/patrimonial por escolaridad

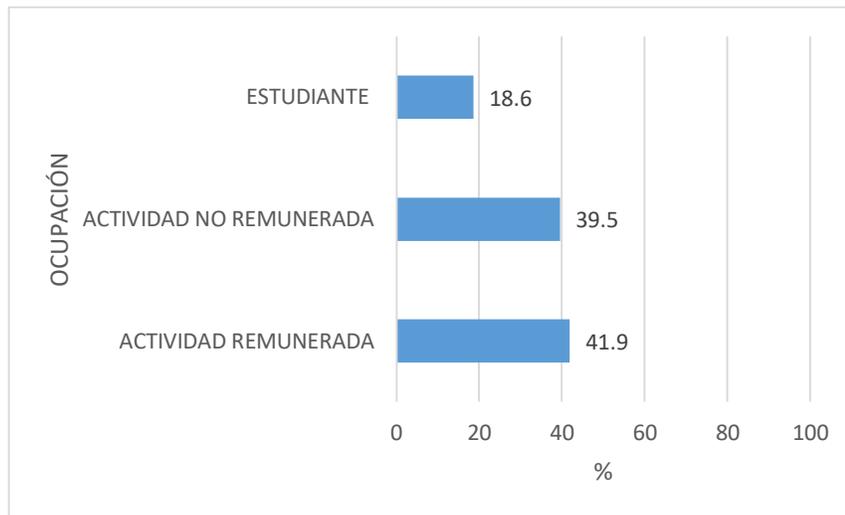


FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

Ocupación

Se decidió agrupar esta variable por: actividad remunerada, no remunerada y estudiante pues para la presente tesis es de utilidad conocer si contar con ingresos propios puede asociarse con la violencia de pareja. La distribución porcentual de violencia emocional en la figura 9 muestra que prácticamente 4 de cada 10 mujeres la han experimentado, sea que tengan una actividad remunerada (41.9%) o no remunerada (39.5%), mientras solamente sin 18.6% de las estudiantes la reportaron.

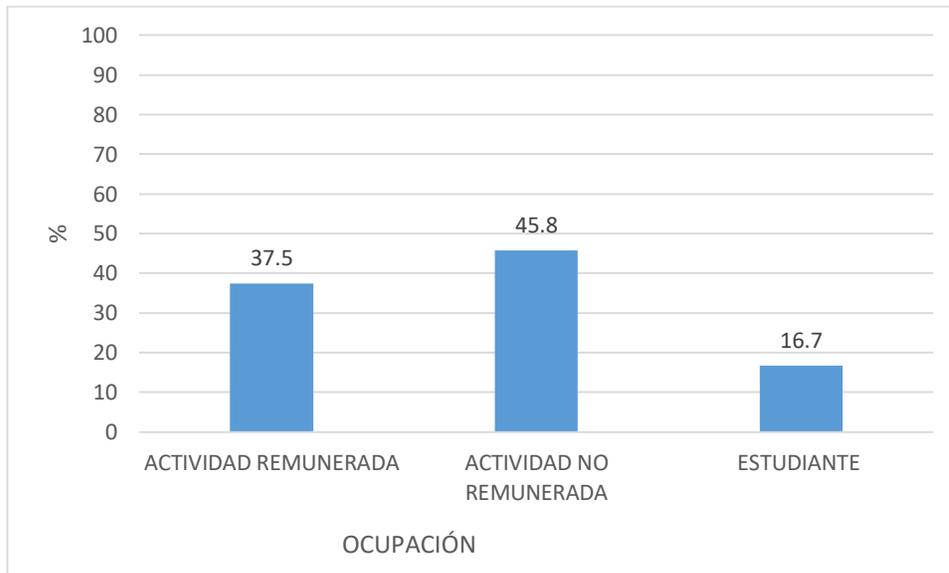
Figura 9. Distribución porcentual de Violencia Emocional agrupada por ocupación.



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

En la figura 10 se observa que las estudiantes reportan, de manera similar que en la figura anterior, mucho menos violencia; en este caso, 16.7% habían experimentado violencia física/sexual, mientras que las usuarias con actividad no remunerada lo habían vivido en 45.8%, seguida por la actividad remunerada con 37.5%.

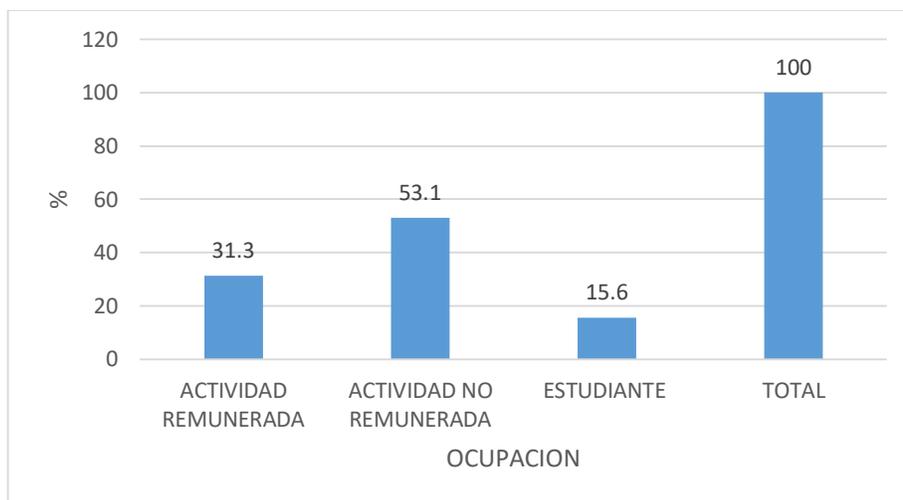
Figura 10. Distribución porcentual de Violencia Física/sexual agrupada por ocupación.



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto "Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental".

La distribución por ocupación de la violencia económica/ patrimonial muestra que es prevalente en pacientes con actividad no remunerada por encima de la mitad (53.1%), una de cada 3 mujeres con ingresos propios sufren violencia económica y en menor proporción las estudiantes con 15.6 (Figura 11).

Figura 11. Distribución porcentual de Violencia Económica/patrimonial agrupada por ocupación.

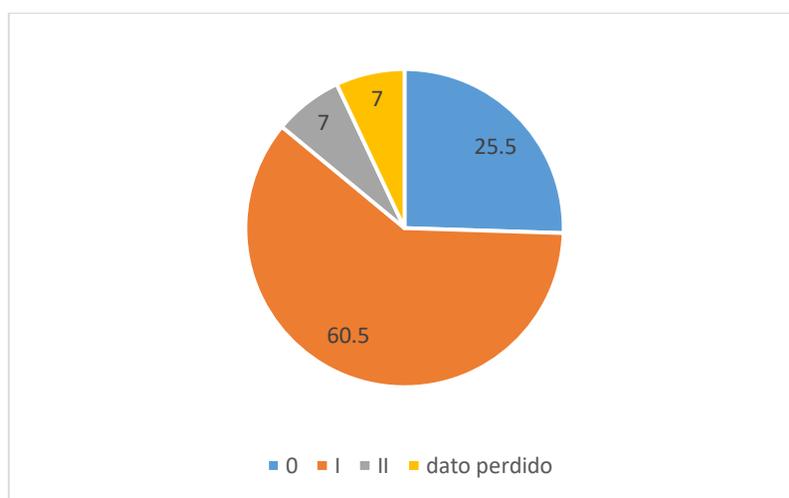


FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

Nivel socioeconómico

En la figura 12 se observa que, según la clasificación de SEDESA por nivel socioeconómico, tres de cada 5 usuarias del nivel I reportaron violencia emocional, 25.5% del nivel 0 y 7% del nivel II.

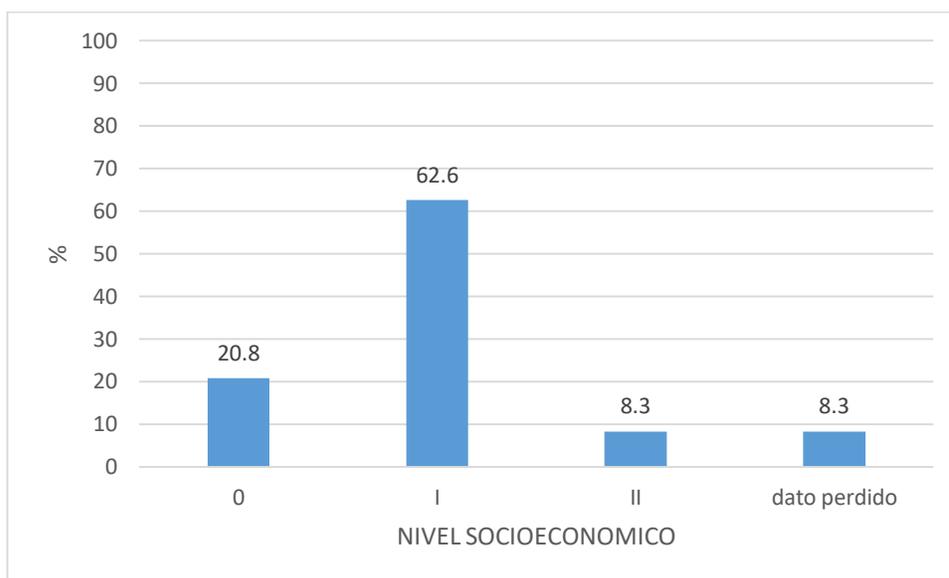
Figura 12. Distribución porcentual de Violencia Emocional por nivel socioeconómico.



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

En el caso de la violencia física/sexual, ésta es más frecuente el nivel I, ocurriendo en más de la mitad de las pacientes (62.6%), en 20.8% del nivel 0 y en 8.3% del nivel II (Figura 13).

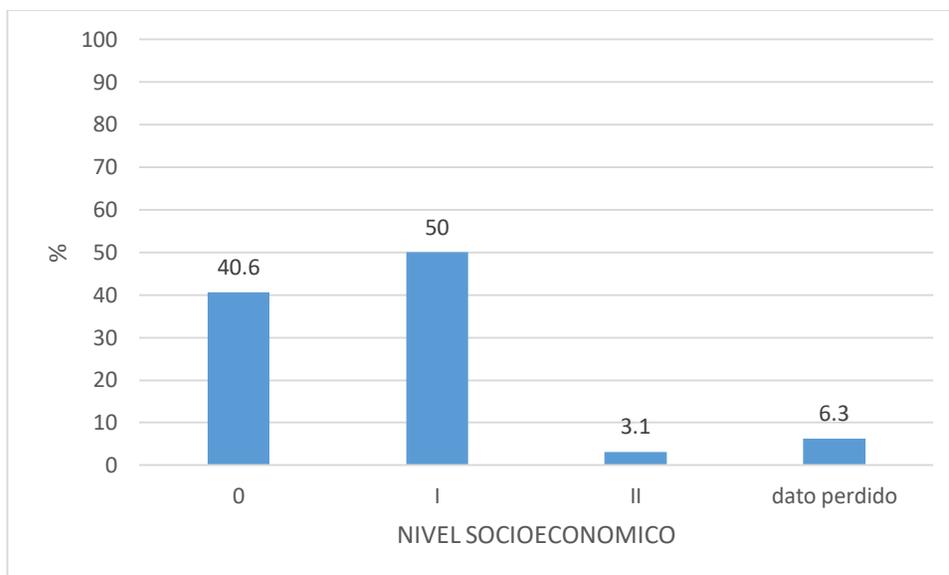
Figura 13. Distribución porcentual de Violencia Física/sexual por nivel socioeconómico.



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

La violencia económica y patrimonial se presenta en la mitad de las pacientes con nivel socioeconómico I, en dos de cada 5 del nivel 0 (40.6%) y en menor frecuencia, en 3.1% de las del nivel II. (Figura 14)

Figura 14. Distribución porcentual de Violencia Económica/patrimonial por nivel socioeconómico.



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

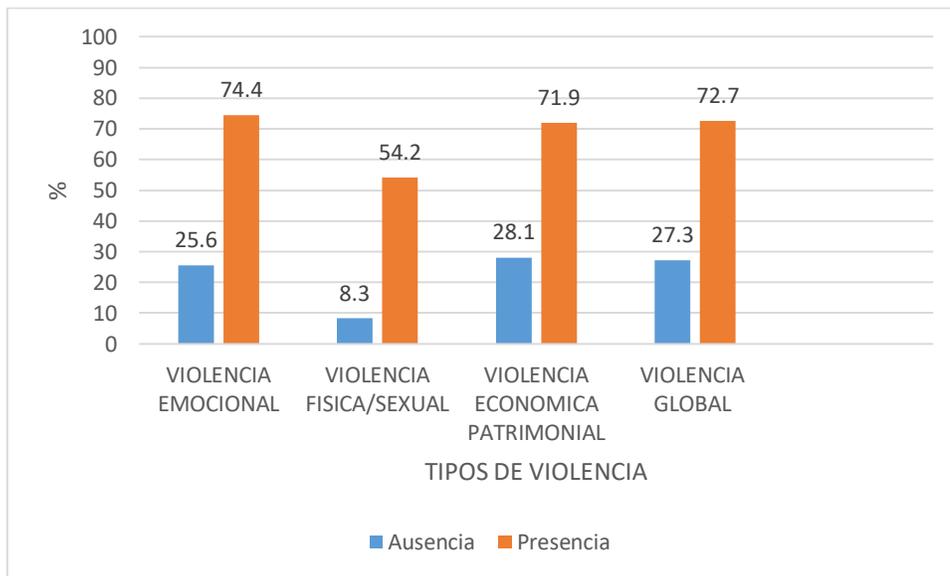
Con respecto a la violencia global por nivel socioeconómico más de la mitad de las pacientes que sufren algún tipo de violencia de pareja se encuentran en el nivel I con 56.4%, en 32.6% nivel 0 y 5.5% nivel II. (Figura 16).

Características de la pareja

Primero que nada, al analizar la distribución de los tipos de violencia por la presencia o ausencia de pareja actual, destaca que quienes la tienen presentan más violencia global (72.7%), siendo la violencia emocional la más prevalente, ya que cuando tienen pareja alcanza el 74.4%; sin embargo se observa que a pesar de la ausencia de pareja se presenta este tipo de violencia en un cuarto de las pacientes (25.6%). La violencia

económica/ patrimonial en presencia de pareja corresponde al 71.9%, no obstante a pesar de no tenerla este tipo de violencia se presenta en el 28.1%. Por último la violencia física y sexual está presente en más de la mitad de pacientes con pareja (54.2%) y 8.3% sin (Figura 15).

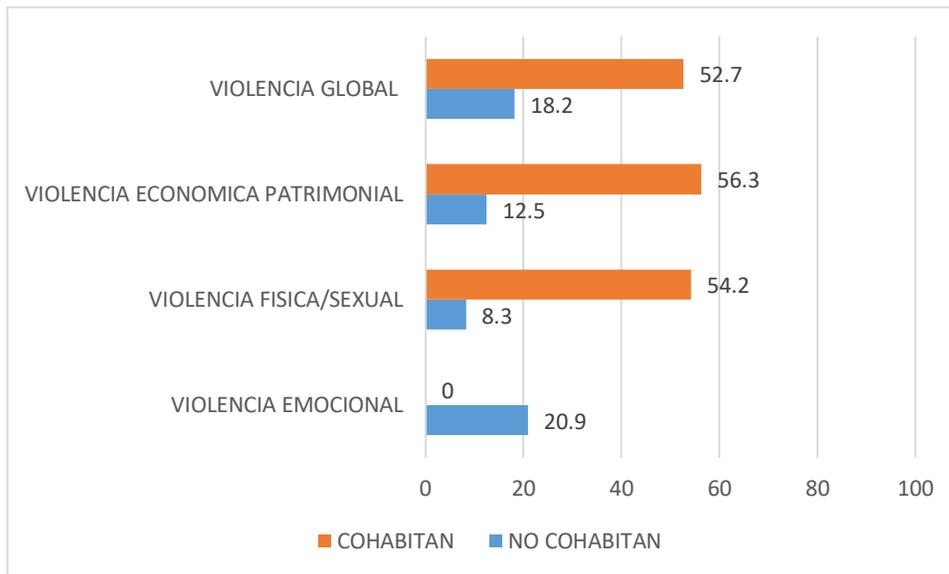
Figura 15. Distribución porcentual por tipos de violencia de pareja con presencia y ausencia de pareja.



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

De las pacientes que cohabitan con su pareja más de la mitad presentan algún tipo de violencia (52.7%), la más frecuente es la violencia económica/ patrimonial con 56.3% seguida de la violencia física/ sexual con 54.2%. La violencia emocional está presente en 20.9% de pacientes, solo cuando no cohabitan con su pareja (Figura 16).

Figura 16. Distribución porcentual por tipos de violencia que cohabitan y no cohabitan con su pareja.

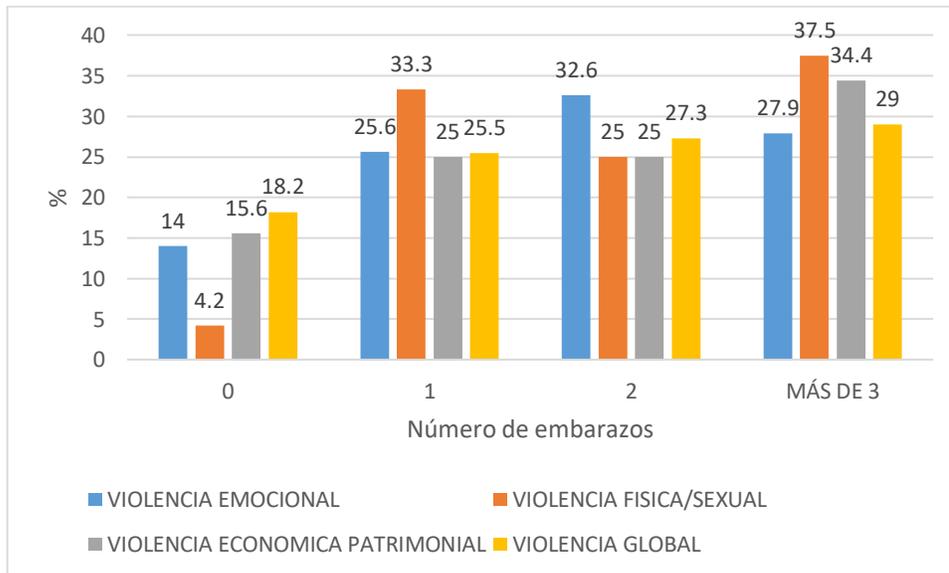


FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

Antecedentes gineco-Obstétricos.

Entre más número de embarazos se hayan tenido es más frecuente la violencia de pareja, excepto en la violencia física/sexual que se comporta de manera diferente. Mujeres con más de 3 embarazos reportaron violencia física/sexual en 37.5%, seguida de la violencia patrimonial con 34.4% y la emocional con 27.9%. En mujeres con antecedentes de 2 embarazos la violencia emocional es la más frecuente con 32.6%. Con un embarazo previo, la violencia global es de 25.5% y la violencia física/sexual es la más prevalente con 33.3%. Por último, cuando las pacientes no tienen embarazos previos la frecuencia en la violencia global y sus tipos disminuye significativamente, presentando 18.2% de la primera; la más frecuente es la económica/patrimonial con 15.6%, seguida de la violencia emocional 14% (Figura 17).

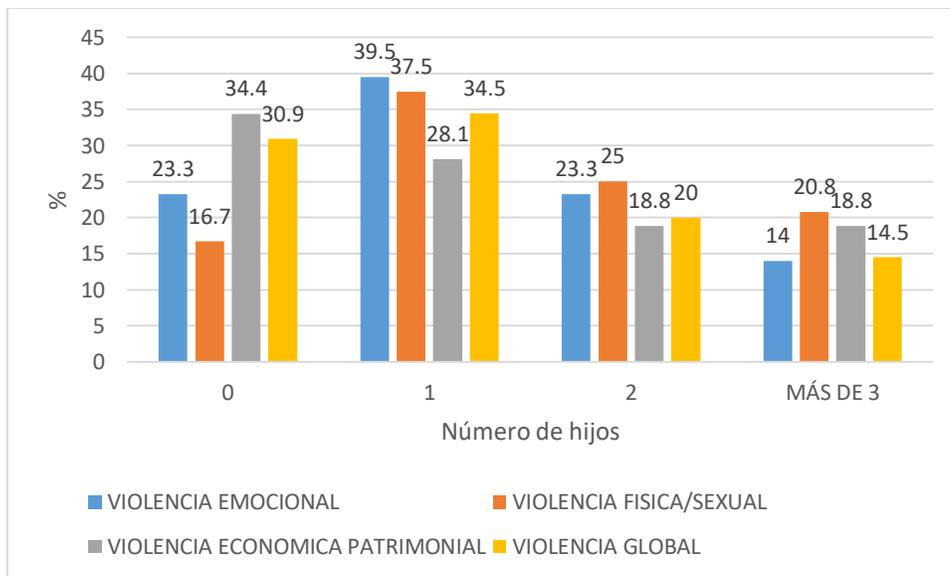
Figura 17. Distribución porcentual del número de embarazos por tipo de violencia de pareja.



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

De acuerdo al número de hijos, la distribución por tipo de violencia de pareja presenta un porcentaje mayor en mujeres con un hijo; de estas, la violencia global presenta 34.5%, donde la más frecuente es la violencia emocional con 39.5%, seguida de la violencia física sexual con 37.5%. En este caso a mayor número de hijos menor violencia; la violencia global disminuye hasta 14.5% en mujeres con más de 3 hijos, se presenta 20.8% de violencia física/ sexual en este grupo y menor porcentaje de violencia emocional con 14%. En las pacientes sin hijos la violencia económica/patrimonial es la más frecuente con 34.4% y la menos frecuente la violencia física/sexual con 16.7% (Figura 18).

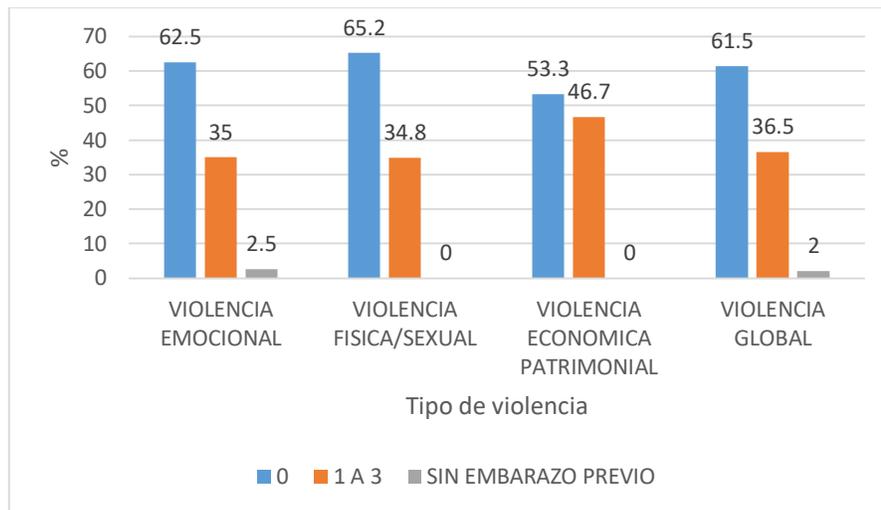
Figura 18. Distribución porcentual número de hijos por tipo de violencia de pareja.



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

En la figura 19 muestra la distribución de ILEs en relación al tipo de violencia de pareja, donde la violencia física y sexual es la más frecuente (65.2%) en usuarias que no tenían antecedentes de ILE, en contraste con un 34.8% en usuarias con entre 1 y 3 ILEs. La violencia patrimonial alcanza casi la mitad (46.7%) y la violencia emocional el 35% en las mujeres con entre 1 y 3 ILEs. En general se observa que las pacientes sin ILE previo presentan más violencia de pareja.

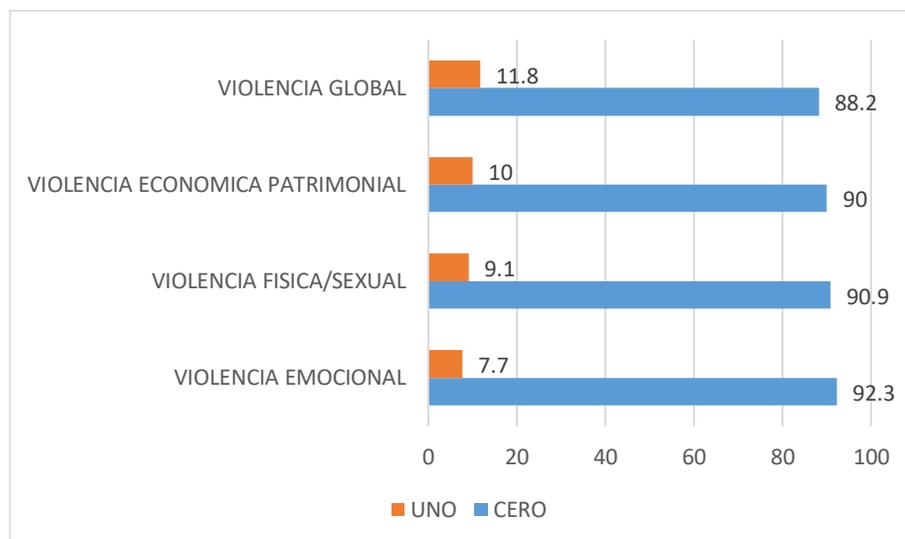
Figura 19. Distribución porcentual de ILES por tipo de violencia de pareja.



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

Un 11.8 de las mujeres con un aborto espontáneo reportaron violencia global hasta en un 11.8%; la violencia económica/patrimonial se observa en 10% de los casos, seguida de violencia física/sexual con 9.1% y finalmente violencia emocional con 7.7% (Figura 20).

Figura 20. Distribución porcentual abortos espontáneos por tipo de violencia de pareja.



FUENTE: Base de datos generada en el proyecto “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”.

DISCUSIÓN

En este estudio se valoraron las características sociodemográficas, la frecuencia y distribución de antecedentes de violencia de pareja, así como los antecedentes Gineco-obstétricos (número de hijos, número de ILE, número de abortos espontáneos) de las mujeres con antecedentes de violencia de pareja en mujeres que realizan Interrupción Legal del Embarazo Medicamentoso. Se realizó una serie de entrevistas estructuradas con base a instrumentos, previo consentimiento informado de mujeres que interrumpieron el embarazo con medicamento en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, de la Ciudad de México en el periodo del 15 de febrero hasta 30 de abril de 2019.

Se encuestaron a 118 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, observándose que la mediana de las pacientes fue de 20 a 24 años, con el 36.4% de las pacientes. De acuerdo a la literatura las mujeres víctimas de violencia física se encontraban en edades de 13 a 23 años.¹⁹

Por tipos de frecuencia se observa que 53.3% mujeres entrevistadas habían experimentado algún tipo de violencia de pareja; la violencia emocional es la más frecuente con 36.4%, que coincide con la literatura que reporta hasta un 50%, seguida de la violencia patrimonial y económica (27.1%). Lo anterior corresponde con la literatura de acuerdo con la ONU, cada 18 segundos una mujer es maltratada en el mundo, mientras que en el Estado de México 54 de cada 100 mujeres son víctimas de algún tipo de violencia infligida por su pareja. Uno de cada tres hogares han vivido episodios de violencia continuos en forma de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y sexual (INEGI). En nuestro estudio se observó que en menor proporción se presentó la violencia física y

sexual con el 20.3% a diferencia de la literatura que reporta este tipo de violencia hasta un 40%; representando casi el doble. ¹³

Para este estudio se decidió agrupar la violencia física con la sexual porque la literatura suele manejarlos de esta manera por la gravedad que implican este tipo de hechos, además que en investigaciones existentes indican que a menudo coexisten diferentes formas de violencia; la violencia física de pareja va acompañada a menudo de abuso sexual y generalmente de maltrato emocional.¹⁹

La violencia emocional agrupada por edad se presenta en 39.5% de pacientes entre 20 a 24 años, seguida del rango de 15 a 19 años con 23.3%; que es semejante a ENDIREH 2016 con el 29.4% de 15 a 24 años. La violencia física y sexual se presenta en la mitad (50%) de las pacientes en edades de entre 20 a 24 años, seguida de los rangos de 25-29 años y 30-43 años con 20.8% reflejando que a mayor edad es prevalente; difiere con la ENDIREH de 2011 donde se reporta que las agresiones sexuales por parte de la pareja en el último año fueron del 2.34%.¹⁰⁻¹²

Por escolaridad la violencia emocional se reporta en casi la mitad de las usuarias que cuentan con estudios de preparatoria (46.5%) y 39.5% con secundaria, 11.6% profesional. La violencia física y sexual en escolaridad preparatoria reportaron 45.8%, seguidas por 33% con secundaria. Además en la violencia económica/patrimonial se reportan cifras similares. La literatura nos reporta que a nivel nacional se dice que a menor escolaridad es más frecuente la violencia, lo que no cumple con lo reportado en este estudio.^{10,11,12, 19}

Se decidió agrupar esta variable por: actividad remunerada, no remunerada y estudiante pues para la presente tesis es de utilidad conocer si contar con ingresos propios puede asociarse con la violencia de pareja; se observa que el contar con actividad remunerada incrementa la violencia emocional con 41.9% de las pacientes, actividad no remunerada 39.5% y estudiantes 18.6%. En la violencia física y sexual, así como económica/patrimonial es mayor el porcentaje en actividad no remunerada con 45.8% y 53.1% respectivamente. A pesar de que no se cuenta con estadísticas nacionales oficiales respecto a esta asociación en pequeños estudios coincide con este trabajo. ^{8, 11, 15}

En la variable de nivel socioeconómico se coincide que de acuerdo a la clasificación establecida por SEDESA para cualquier tipo de violencia de pareja prevalece el nivel I.

Al analizar la distribución de los tipos de violencia por la presencia o ausencia de pareja actual, destaca que quienes la tienen presentan más violencia global (72.7%), siendo la violencia emocional la más prevalente, ya que cuando tienen pareja alcanza el 74.4%; sin embargo se observa que a pesar de la ausencia de pareja se presenta este tipo de violencia en un cuarto de las pacientes (25.6%). De acuerdo a lo reportado en la literatura 20% a 75% de mujeres notificaron que, en el transcurso de su vida habían sufrido algún tipo de violencia sin importar la presencia o ausencia de pareja en ese momento; sin embargo se relaciona mayor violencia en mujeres con pareja. ^{12,19}

Las pacientes que cohabitan con su pareja presentan algún tipo de violencia hasta un 52.7%, la más frecuente es la violencia económica/ patrimonial con 56.3% seguida de la violencia física/ sexual con 54.2%. No se cuenta con estudios previos que informe de esta variable en específico.

Mujeres con más de 3 embarazos reportaron violencia física/sexual en 37.5%, seguida de la violencia patrimonial con 34.4% y la emocional con 27.9%. Coincide con la literatura que entre mayor número de embarazos puede coexistir violencia de pareja.^{8,20,25,32.}

En esta tesis se observa que cuando no se tiene antecedente de ILEs están asociados en su mayoría a violencia física y sexual hasta en un 65.2%, en general las pacientes sin ILEs previos presentan más violencia de pareja; lo que coincide con lo reportado en estudios previos, ya que cuando las pacientes tienen una pareja violenta les impide acudir a un servicio de ILEs. Existe semejanza con las pacientes que tienen antecedentes de aborto espontáneos.^{15,32}

Para una lectura más precisa de estos resultados es necesario señalar que el estudio contó como limitación que no fue en toda la población sino en pacientes con tratamiento medicamentoso. Por otro lado los hallazgos no son generalizables a toda la población que interrumpe el embarazo en la Ciudad de México, pero se destaca que las características sociodemográficas de las participantes coinciden con las reportadas para el total de mujeres que han llevado a cabo una ILE desde que se puso en marcha el programa.

CONCLUSIONES

Del presente estudio se concluye que de las 118 pacientes encuestadas que asistieron al servicio de ILE en el Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" del periodo de 15 febrero al 30 abril del 2019, presentaron los factores de riesgo descritos en la literatura. La violencia emocional es la más frecuente con 36.4%.

Para este estudio se agrupó la violencia sexual con la violencia física ya que la muestra de pacientes era baja, además que en investigaciones existentes indican que a menudo coexiste la violencia física de pareja con el abuso sexual. La violencia física y sexual se presenta en la mitad de las pacientes en edades de entre 20 a 24 años lo que indica que a mayor edad es más prevalente la violencia física y sexual.

La escolaridad que prevalece en este estudio es la preparatoria, seguida de secundaria, dato que llama la atención debido a que no concuerda con las estadísticas internacionales y nacionales donde se menciona que a menor escolaridad mayor frecuencia de violencia.

Con lo que respecta a ocupación las pacientes encuestadas refieren más violencia emocional cuando realizan alguna actividad remunerada; en el caso de la violencia física y sexual así como la económica se asocia más a la actividad no remunerada. Para la población de estudio según lo establecido por SEDESA el nivel socioeconómico I es el que tiene relevancia estadística.

La distribución de los tipos de violencia por la presencia o ausencia de pareja actual, destaca que quienes la tienen presentan más violencia global; siendo la violencia emocional la más prevalente.

Cuando las pacientes no tienen embarazos previos la frecuencia en la violencia global y sus tipos disminuye significativamente.

RECOMENDACIONES

Implementar programas de salud para fomentar de manera oportuna educación sexual, planificación sexual y prevención de violencia de pareja en la población general.

Promover el seguimiento de casos de pacientes con violencia de pareja.

Derivar oportunamente a servicios de salud mental mujeres con violencia de pareja.

Integrar la atención a la violencia contra la mujer en los servicios de salud sexual y reproductiva.

Fortalecer el SEPAVIGE como se menciona en la NOM 046 ya que a pesar de funcionar en el hospital no es suficiente; debido a que no se da abasto con el número de personas que se cuenta para un seguimiento de las usuarias.

Fortalecer en todo el personal derivado de la alta frecuencia de violencia de pareja; buscar intencionadamente en otras mujeres que acuden a otra atención ginecológica y que todos trabajen bajo una perspectiva de equidad de género.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. RONDON. M. Resultados De La Investigación Sobre Las Consecuencias Emocionales Y Psicológicas Del Aborto Inducido. Centro De Promoción Y Defensa De Los Derechos Sexuales Y Reproductivos (PROMSEX), 2010: pp 3-52, [Www.Promsex.Org](http://www.Promsex.Org).
2. ISLAS DO. Evolución del aborto en México. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, nueva serie, año XLI. 2008; 123: 1313-1341.
3. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. Aborto en todo el mundo 2017, El progreso y acceso desigual: GUTTMACHER INSTITUTE; 2017.
4. Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., ... Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372–2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
5. Schiavon ER, González AD. Avances y retos de los servicios de Interrupción Legal del embarazo en la Ciudad de México. *Coyuntura demográfica*. 2017; (11): 1-7
6. P. Faucher, Complicaciones Del Aborto Provocado Quirúrgico Legal. *EMC-Ginecol-Obst*. Marzo 2011; 54(1): 1-11
7. Schiavon R, Troncoso E, Polo G. Análisis de la mortalidad materna y relacionada con el aborto en México en las últimas dos décadas (1990-2008). *Int J Obst Gynecol*; 2012 y Actualizaciones Posteriores.
8. Ely, G. E., & Murshid, N. S. La relación entre la violencia de pareja y el número de abortos en una muestra nacional de pacientes con aborto. *Violence & Victims*. 2018; 33(4): 585-603.

9. PALLITTO, C.C., GARCÍA-MORENO, C., JANSEN, H.A.F.M., HEISE, L., ELLSBERG, M., WATTS, C. y WHO MULTI-COUNTRY STUDY ON WOMEN'S HEALTH AND DOMESTIC VIOLENCE, 2013. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynecology and Obstetrics*; 120 (1): 3-9
10. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION. Situación de la Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de México, 2016.
11. Hall M, Chappell L, Parnell BL, Seed P, Bewley S. Asociaciones entre violencia de pareja íntima y terminación del embarazo: una revisión sistemática y metanálisis. *PLOS Medicine*. 2014 2014; 11 (1): 1-25.
12. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares(ENDDIREH): 2016.
13. OBERG M, STENSON K, SKALKIDOU A, HEIMER U. Prevalencia de la violencia de pareja entre las mujeres en busca de la terminación del embarazo en comparación con las mujeres buscando asesoramiento anticonceptivo. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2014; 93: 45–51
14. Motta S, Penn KL, Bewley S. La violencia doméstica en un aborto en el Reino Unido clínica: la sección transversal anónima Encuesta de prevalencia. *Fam Plann Reprod Health Care*. 2014; 0:1–6.
15. SARKAR NN. El impacto de la violencia de pareja en las mujeres reproductivas resultados de salud y embarazo. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, April 2010; 28(3): 266 – 271.
16. DRAUCKER, C.B. y MAZURCZYK, J., 2013. Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing Outlook* [en línea], vol. 61, no. 5, pp. 291-310. [Consulta: Octubre 2018]. ISSN 0029-6554. DOI 10.1016/j.outlook.2012.12.003. Disponible en: <https://indiana.pure.elsevier.com/en/publications/relationships-between-childhood-sexual-abuse-and-substance-use-an>.

17. STOCKMAN, J.K., LUCEA, M.B. y CAMPBELL, J.C., 2013. Forced sexual initiation, sexual intimate partner violence and HIV risk in women: a global review of the literature. *AIDS and behavior*, vol. 17, no. 3, pp. 832-847. ISSN 1573-3254. DOI 10.1007/s10461-012-0361-4.
18. Cervantes SP, Delgado Q E, Nuño DM, Sahagún CM, Hernández CJ, y Ramírez RJ. Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 54(3):286-91.
19. Organización panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. *Violencia infligida por la pareja*. Washington,DC; OPS. 2013: 1-12.
20. Silverman JG, Decker M, Heather L. M, Jhumka G, Miller E. Raj A. La perpetración masculina de violencia de pareja íntima y participación en abortos y conflicto relacionado al aborto. *American Journal of Public Health*. Agosto 2010; 100 (8): 1415-17.
21. STEINBERG, J.R. y TSCHANN, J.M., 2013. Childhood adversities and subsequent risk of one or multiple abortions. *Social science & medicine* [en línea], vol. 81, pp. 53-59. [Consulta: Oct 2018]. ISSN 0277-9536. DOI 10.1016/j.socscimed.2012.11.011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699177/>. 19/39
22. Díaz-Olavarrieta C, Cravioto VM, Villalobos A, Deeb-Sossa N, García L, García SG. 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.
23. Centro de estadística de Hospital General Dr. Enrique Cabrera. 2018.
24. JIMÉNEZ, F. Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *CONVERGENCIA. Revista de Ciencias Sociales*, 2012 (58): 13-52.
25. TAMÉS, R., SORIA, J. 2017. *Violencia sin interrupción*. México, D.F.: GIRE.

26. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. 2014. Artículo 4 y 123.
27. CODIGO PENAL. *Gaceta Oficial del Distrito Federal el 16 de junio de 2016. Art. 144- 148.*
28. *LEY GENERAL DE SALUD. DOF 01-06-2016*
29. *Nueva Ley DOF 24-01-2012. Ley general para la prevención social de la violencia y la delincuencia*
30. MAJOR, B., APPELBAUM, M., BECKMAN, L., DUTTON, M.A., RUSSO, N.F. y WEST, C., 2009. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist* [en línea], vol. 64, no. 9, pp. 863-890. [Consulta: Noviembre 2018]. ISSN 1935-990X, 0003-066X. DOI 10.1037/a0017497. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0017497>.
31. HERD, P., HIGGINS, J., SICINSKI, K. y MERKURIEVA, I., 2016. The Implications of Unintended Pregnancies for Mental Health in Later Life. *American Journal of Public Health* [en línea], vol. 106, no. 3, pp. 421-429. [Consulta: Octubre 2018]. ISSN 0090-0036. DOI 10.2105/AJPH.2015.302973. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4815713/>.
32. RAMOS-LIRA, L., SALTIJERAL-MÉNDEZ, M.T., ROMERO-MENDOZA, M., CABALLERO-GUTIÉRREZ, M.A. y MARTÍNEZ-VÉLEZ, N.A., 2001. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México* [en línea], vol. 43, pp. 182-191.
33. RAMOS LIRA, L., MÉNDEZ, S. y TERESA, M., 2008. ¿Violencia episódica o terrorismo íntimo? Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Salud mental* [en línea], vol. 31, no. 6, pp. 469-478. [Consulta: Octubre 2018]. ISSN 0185-3325. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252008000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
34. Grace, K. T., & Anderson, J. C. (2018). Reproductive coercion: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(4), 371-390.