



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**SECRETARIA DE SALUD**

**SUBSECRETARIA DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD**

**DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA**

**“INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO: CARACTERIZACIÓN DE LAS SOLICITANTES,  
2013”**

**TESIS**

**Que para obtener el Grado como Especialista Medico en Epidemiología**

**PRESENTA**

**DRA. ANITA IRENE BAHENA MENDEZ**

**DIRECTOR**

**DR. FERNANDO MENESES GONZALEZ**

**MEXICO D.F, JULIO 2013**



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.

**LIBERACION DE TESIS**

**TITULO: Interrupción Legal del Embarazo: caracterización de las solicitantes, 2013**

ALUMNA: Dra. Anita Irene Bahena Méndez

DIRECTOR: Dr. Fernando Meneses González

**LA TESIS PRESENTADA ES LIBERADA**

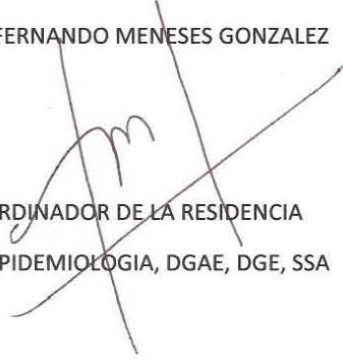
DR. CUITLÁHUAC RUIZ MATUS



DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE EPIDEMIOLOGÍA  
Y PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN EPIDEMIOLOGÍA

DR. FERNANDO MENESES GONZALEZ

COORDINADOR DE LA RESIDENCIA  
EN EPIDEMIOLOGIA, DGAE, DGE, SSA



DR. FERNANDO MENESES GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS



MEXICO, D.F, JULIO 2013

**TITULO:**

“Interrupción Legal del Embarazo: caracterización de las solicitantes, 2013”

**ALUMNA:**

- Anita Irene Bahena Méndez

**DIRECTOR:**

- Dr. Fernando Meneses González, Director de Investigación Operativa Epidemiológica. Dirección General Adjunta de Epidemiología.

**ASESORES:**

- Mta. Claudia Morales Gómez, Maestra en Epidemiología. Dirección General Adjunta de Epidemiología.
- Dra. María Dolores Ramírez Villalobos. Instituto Nacional de Salud Pública

## RESUMEN FINAL

**Introducción:** En Abril del 2007 se aprobó la despenalización del aborto en el Distrito Federal y se ofrece el servicio en unidades de salud. En México la tendencia anticonceptiva ha evolucionado poco; la Interrupción Legal del Embarazo continuará creciendo como problema de salud pública, por lo que la información relacionada con ILE fortalecerá la política de salud en favor de las mujeres.

**Objetivos:** Identificar las características propias que distinguen a las mujeres solicitantes del servicio de Interrupción Legal del Embarazo en el Distrito Federal, 2013.

**Metodología:** Se realizó una serie de casos prospectiva en un Centro de Salud del DF que realiza más interrupciones al año. Se aplicó un cuestionario a mujeres que solicitaron ILE y que aceptaron participar en el estudio durante abril y mayo 2013. Se calcularon frecuencias.

**Resultados:** Se reclutaron 319 casos, la tasa de respuesta fue del 100%. La edad osciló de 13-43 años, 7% menores de 18 años. El 27% era ama de casa y 12% desempleada. El 32% no contaba con Seguridad Social, 54% refirió ser soltera y el 41% vivía con su pareja, 36% no había tenido hijos. El 47% no utilizaba método de planificación familiar al momento de embarazarse. El 74% solicitó el servicio por primera vez; 23% segunda; 2% tercera y 1% más de tres veces. La principal causa para solicitar ILE fue “problemas económicos” (28%). El motivo principal por el cual acudían a ese Centro de Salud y no a otro, fue “por recomendación” con el 31%. El 70% se atendió con medicamento y el 10% prefirió “ingerirlo” en casa. El 30% se atendió con Aspiración Eléctrica Endouterina (AEEU). Sólo el 54% de las usuarias regresó a revisión a los quince días. Sólo 26 (8%) continuaban con restos en cavidad uterina y 3 (1%) presentaron infección vaginal, por lo cual el procedimiento a seguir con ellas fue el siguiente: a 14 usuarias (4%) se les proporcionó segunda dosis de medicamento y 12 (4%) pasaron a AEEU, a las que presentaron infección

se les otorgó tratamiento y fueron citadas hasta tres veces para revisión. El total de las usuarias se dio de ALTA sin ninguna complicación.

**Conclusiones:**

La legalización del aborto ha permitido disminuir la morbi-mortalidad de estas mujeres por un aborto realizado en condiciones inseguras. Pero, se debe recalcar a las mujeres que lo solicitan, que no es un método de planificación familiar, es un método que se ofrece para evitar un aborto inseguro y un embarazo no deseado; por otro lado se debe fortalecer la educación sexual y reproductiva con un énfasis en el uso y conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos y así evitar el uso repetido de ILE, por lo cual se debe considerar adecuar los artículos del Código Penal para evitar la reincidencia.

## AGRADECIMIENTOS

**A Dios:** Por permitirme vivir situaciones fáciles, difíciles y complicadas que me han permitido ser lo que soy, por ayudarme a discernir entre lo que quiero y necesito, pero sobre todo por ponerme siempre en el momento indicado; en esta vida no existen las casualidades y tú me lo has demostrado día a día.

**A mis papás:** Gracias por darme la vida, enseñarme que todo se gana con trabajo y esfuerzo, por parar en seco mis locas ideas cuando es necesario e impulsarme para seguir adelante. Por apoyarme sin limitaciones, ni cuestionamientos; tal vez no sea la hija perfecta y nunca logren comprenderlo, pero mi amor por ustedes a pesar de los malos momentos, se encuentra intacto. Gracias por hacerme obra y creación suya. Le pido a Dios me los cuide muchísimo y nos dé la oportunidad de compartir mil cosas más.

**A mis hermanos:** Gracias por decirme que soy su hermana favorita y aceptarme tal cual soy, por estar en todo momento para hacerme sonreír y lograr que mi vida sea más ligera. Los quiero hoy y siempre.

**A mis abuelitas:** Mil gracias por ser ejemplo de vida, compartir conmigo vivencias, aventuras, ocurrencias y enseñarme que sólo viviendo al máximo cada día, se logra tener una vida llena de plenitud. Pero sobre todo gracias a ti abuelita Anita, por ser mi mamá durante 23 años de mi vida, hacerme la persona que soy ahora y darme la dicha de compartir tu vida conmigo, sigues estando en mi corazón en cada uno de mis momentos.

**A mis amigos:** Dios me ha dado la dicha de tener innumerables amigos, gracias a cada uno de ustedes por llegar a mi vida en diferentes momentos, por vivir a mi lado nuevas aventuras y experiencias. Gracias por secar mis lágrimas cuando lo he necesitado, compartir mis sonrisas y locuras, por ayudarme a caminar cuando parecía que ya no existía un camino y hacerme ver que en la vida todos necesitamos de un corazón noble que nos apoye.

**A los colaboradores del proyecto:** Muchas gracias Dr. Fernando Meneses, Dra. Dolores Ramírez y Dra. Claudia Morales por el tiempo que se tomaron para ser partícipes de este

proyecto y apoyarme en todo momento. Gracias al apoyo y colaboración del personal del *Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán*; mi reconocimiento por realizar un excelente trabajo con un tema tan complicado.

Con el paso de los años he comprendido que hay personas que llegan a tu vida sólo para darte una felicidad momentánea, gracias a cada una de ellas por enseñarme a caminar de diferentes maneras.

**“Es justamente la posibilidad de realizar un sueño, lo que hace que la vida sea interesante”.**



## **INDICE**

<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>2. ANTECEDENTES</b>	<b>2</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>10</b>
<b>4. JUSTIFICACION</b>	<b>10</b>
<b>5. OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
• <b>GENERAL</b>	
• <b>ESPECIFICOS</b>	
<b>6. METODOLOGIA</b>	<b>11</b>
• <b>DISEÑO DEL ESTUDIO</b>	
• <b>MUESTRA</b>	
• <b>VARIABLES</b>	
• <b>OPERACIONALIZACION</b>	
<b>7. LOGISTICA</b>	<b>12</b>
<b>8. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	<b>13</b>
<b>9. RESULTADOS</b>	<b>14</b>
<b>10. DISCUSION</b>	<b>20</b>
<b>11. CONCLUSIONES</b>	<b>22</b>
<b>12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>23</b>
<b>13. ANEXOS</b>	<b>27</b>

## INTRODUCCIÓN

El aborto inseguro constituye un problema de salud pública sumamente grave, ya que se realiza en condiciones que atentan contra la vida, la salud y la integridad de la mujer. La penalización del aborto trae como consecuencia el aborto inseguro, que se realiza en condiciones de riesgo para la salud de las mujeres, cuya principal consecuencia es la muerte materna. La legalización del aborto no sólo reduce la tasa de mortalidad materna causada por el aborto inseguro, sino que también, disminuye el número de muertes de mujeres cuya vida se puso en riesgo por causa del embarazo, pero que no abortaron debido a su ilegalidad.<sup>1,2</sup> Es por ello que, en abril de 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la despenalización y comenzó a ofrecer el servicio en hospitales públicos e instituciones de salud.<sup>3</sup>

Mujeres de todo el mundo interrumpen sus embarazos por diversos motivos, la minoría de ellos son ligados a razones que se encuentran en la legislación de las entidades federativas (violación, riesgo para la vida o la salud, malformaciones del producto), esta minoría es cerca del 1%.<sup>2</sup> En la mayoría de los casos, las razones por las cuales recurren al aborto se deben a falla en el método anticonceptivo, problemas que afectan la calidad y proyecto de vida de las mujeres, lo que hace que un embarazo pueda volverse no deseado, lo que conlleva a la práctica de un aborto inseguro.<sup>2,4</sup>

En México no existen suficientes datos sobre las características de las mujeres que acuden a solicitar este tipo de procedimiento. Es un factor poco estudiado desde la perspectiva epidemiológica, por lo cual es necesario realizar este estudio para conocer dichas características y así poder reforzar las medidas de promoción de acuerdo a los resultados obtenidos.

## ANTECEDENTES

La palabra aborto proviene del latín *abortus*, que a su vez deriva del término *aborior*. Este concepto se utilizaba para referir lo contrario a *orior*, es decir, lo contrario a nacer.<sup>5</sup>

El aborto es definido por la Organización Mundial de la Salud como “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad (antes de las 22 semanas de edad gestacional, con peso fetal de 500 gramos y longitud cefalo nalgas de 25 cm)”.<sup>6</sup>

Existen varios tipos de aborto, entre ellos está el aborto espontáneo que considera la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas, es causado por alguna anomalía que presente el feto, útero o la placenta, el aborto inseguro según la definición de la Organización Mundial de la Salud es un procedimiento para terminar con un embarazo no planeado que se realiza una persona que carece de las habilidades adecuadas, o que ocurre en condiciones que no cumplen con los estándares médicos básicos, o cuando aplican ambas condiciones, ya sea de manera legal o ilegal<sup>7,8</sup>, éste, es materia de controversia por sus implicaciones éticas, morales, sociales y religiosas, ha sido prohibido o limitado en diversas sociedades y permitido en otras, aunque los abortos continúan siendo comunes incluso donde la presión social o la ley se oponen a ellos.<sup>9</sup>

La falta de condiciones adecuadas para la realización de un aborto incrementa dramáticamente las probabilidades de complicación. El riesgo de morir por un aborto en los países pobres o en desarrollo es de 1 muerte por cada 250 intervenciones vs el riesgo de morir por aborto en los países desarrollados es de 1 muerte por cada 3.700 intervenciones. En América Latina, el porcentaje de mujeres que experimentan complicaciones derivadas de abortos inducidos por ellas mismas o por personas no capacitadas va del 50 al 60% Por cada 100 mujeres que se practican el aborto en condiciones inadecuadas, entre 50 y 60 padecen complicaciones posteriores.<sup>10</sup>

Según la OMS, se estima que una tercera parte del total de mujeres que tienen un aborto ilegal desarrollan complicaciones que necesitan tratamiento, una quinta parte del total de mujeres que sufren complicaciones postaborto no reciben tratamiento alguno, lo cual las lleva a sufrir consecuencias a largo plazo o incluso la muerte. Algunas complicaciones incluyen infecciones, perforaciones uterinas, enfermedad inflamatoria pélvica, hemorragia, sepsis, peritonitis y lesiones en órganos internos.<sup>11,12</sup>

Aproximadamente el 20-30% de abortos inseguros da como resultado infecciones del tracto reproductivo y aproximadamente el 20-40% de estos resultados son infección del tracto genital superior e infertilidad. También puede aumentar el riesgo a largo plazo de un embarazo ectópico, parto prematuro y aborto espontáneo en embarazos posteriores.<sup>13</sup> A nivel mundial 1 de cada 10 embarazos termina en un aborto inseguro. Los cuáles se producen principalmente en los países en desarrollo. Cada año hay 210 millones de embarazos, de los cuáles 80 millones son no deseados. En el 2008 se produjeron 21.6 millones de abortos inseguros, causando 47,000 muertes maternas por infecciones o hemorragias graves. La tasa de aborto inseguro por cada 1000 mujeres de 15-44 años en los países en desarrollo es de 16 y en los países menos desarrollados es de 27. Una de cada 8 muertes maternas (13%) se deben a este tipo de aborto. La mortalidad (por 100 000 nacidos vivos) en los países en desarrollo fue de 40, siendo dos veces mayor en los países menos desarrollados. La tasa de letalidad fue de 220, aproximadamente 1 muerte materna por cada 500 abortos inseguros.<sup>14</sup>

En México, se estima que se llevan a cabo 874,747 abortos inducidos, lo cual indica que cada año, un gran número de mujeres mexicanas tienen embarazos no planeados. La tasa anual de abortos inducidos en México es de 33 abortos por cada 1,000 mujeres de 15-44 años; una cifra ligeramente superior al que se reporta en América Latina (31 por 1,000). En los 32 estados de México el aborto es legal cuando el embarazo es producto de una violación; en 29 se permite cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer; en 10 cuando el embarazo constituye un riesgo severo a la salud de la mujer; en 13 por casos de

malformaciones congénitas; en 29 cuando el aborto se produce de manera “imprudencial”; en 11 cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida y solo en el estado de Yucatán, por razones económicas.<sup>15, 16</sup>

La comunidad médica se vio inmersa en el debate debido a que ello afecta su quehacer diario, y fue así que la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) se pronunció en contra de la “criminalización de las mujeres que enfrentan la decisión de interrumpir un embarazo no planeado, no deseado, forzado o que atente contra su bienestar físico, mental o social” desde un marco de respeto a los derechos humanos.<sup>17</sup>

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la mortalidad materna por aborto es mucho mayor en las regiones y países con leyes restrictivas,<sup>17</sup>. La JHPIEGO (Organización Sanitaria Asociada con la Universidad Johns Hopkins de Baltimore) e IPAS (Organización Internacional no gubernamental, con sede en Chapel Hill, Carolina del Norte), realizaron un estudio bibliográfico para establecer la magnitud del problema en algunos países y entre las conclusiones a las que llegaron, se encuentran:

- ✓ Los procedimientos abortivos realizados por personas que carecen del adiestramiento necesario o en condiciones no sanitarias (aborto inseguro) constituyen un grave problema de salud pública, siendo responsables de alta morbilidad y mortalidad materna, afectando a mujeres de todas las edades, grupos étnicos, niveles de educación y estado civil.
- ✓ Un aborto inseguro puede ocasionar diversas consecuencias: físicas (esterilidad, hemorragias, infecciones, útero perforado, entre otras y la más grave la muerte); emocionales y psicológicas ocasionando un Síndrome post-aborto.; las cuales pueden evitarse usando tecnología más segura y efectiva que el curetaje para la evacuación del útero.

- ✓ El tratamiento de las complicaciones causadas por un aborto inseguro origina un gran gasto económico de recursos materiales y humanos, mismo que pueden ser más eficientes, utilizándolos en los servicios de medicina preventiva.
- ✓ Los motivos de aborto inseguro son: falla del método anticonceptivo, coacción o violencia sexual, ser joven y/o soltera, ser adolescente sin acceso a servicios de PF, entre otras.

Estas conclusiones se han utilizado en varias publicaciones y foros por algunas ONG, como argumentos en favor del aborto en la Ciudad de México.<sup>18</sup> Por ello el 26 de abril de 2007 fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el decreto de reformas a los artículos 144 a 147 del Código Penal del Distrito Federal, y de reformas y adiciones a la Ley de Salud para el Distrito Federal.<sup>19</sup> Este cambio contiene la legislación o autorización de la muerte del concebido no nacido, cuando así lo decide libremente la madre, durante las primeras doce semanas de gestación. Con esta reforma la “interrupción voluntaria del embarazo después de la décima segunda semana de gestación”, consentida por la madre no es un delito, sino una conducta permitida que la mujer puede libremente practicar o no practicar.

Se acepta que las mujeres que quieran practicarla puedan acudir a los hospitales públicos del gobierno del Distrito Federal para solicitar dicho servicio. Es por ello que esta reforma se complementa con la de la Ley de Salud para disponer que estos hospitales tienen el deber de practicar los abortos que les soliciten, gratuitamente, y en un plazo de cinco días.<sup>20,21</sup>

Las mujeres que solicitan el servicio de Interrupción Legal del Embarazo deben acudir a los Hospitales o Centros de Salud que se encuentren autorizados para realizar esta práctica, con una gestación menor a 12 semanas, la cual será determinada por ultrasonido en la

primera visita. Las menores de edad también pueden acudir a solicitar este servicio, acompañadas del padre o tutor, el cual debe firmar un consentimiento por escrito.

Actualmente ya se acepta que las mujeres de otros estados de la República Mexicana puedan solicitar este servicio, pagando una cuota moderada, de acuerdo al estudio socioeconómico que se les realice; estas mujeres también cuentan con la facilidad que algunas organizaciones no gubernamentales mexicanas les brindan (Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA), la cual tiene como objetivo dar apoyo financiero a mujeres que no cuentan con suficientes recursos para poder acceder a los servicios de aborto legal disponibles en el Distrito Federal, dar acompañamiento a las mujeres que reciben el apoyo financiero y que así lo soliciten, incrementar la conciencia sobre el derecho de las mujeres al aborto legal en nuestro país y fortalecer relaciones solidarias entre mujeres que creen y defienden el derecho de otras mujeres al aborto legal.<sup>22,23</sup>

A todas las mujeres solicitantes de este servicio se les proporciona información básica sobre el programa de Interrupción Legal del Embarazo y se registra su información personal en un expediente. Posteriormente una enfermera o trabajadora social les proporciona una sesión de consejería sobre opciones anticonceptivas recomendadas (15-40 min), la cual puede ser individual o de manera grupal, dependiendo de la cantidad de mujeres. Firman un consentimiento informado, se someten a un ultrasonido y estudios de laboratorio para confirmar la edad gestacional, estos resultados pueden ser entregados el mismo día o al siguiente día, dependiendo de la carga de trabajo de la unidad de salud. Si se confirma una edad gestacional de 9 semanas o menos, se ofrecen dos dosis de misoprostol, se instruye a la paciente en la manera de tomárselas y se cita una a dos semanas después para dar seguimiento y confirmar el éxito del aborto. Las mujeres con edad gestacional de más de nueve semanas se programan para aspiración manual endouterina y a las que excedan el límite de edad gestacional de 12 semanas, se asesoran para control y atención prenatal.<sup>24</sup>

El plazo permitido de doce semanas para la realización del aborto es razonable por las siguientes razones: es un plazo seguro para la salud, la integridad corporal y la vida de la madre; los métodos médico-quirúrgicos utilizados en estas primeras semanas están bien establecidos y estandarizados en la práctica médica; en el primer trimestre no existe un desarrollo del sistema nervioso que permita sensaciones dolorosas en el producto; es imposible la viabilidad del producto fuera del vientre materno y el producto solo puede ser clasificado medicamente como embrión después de la décima segunda semana de gestación.<sup>25</sup>

Otro objetivo de la despenalización del aborto en el Distrito Federal fue por la necesidad de disminuir la morbi-mortalidad producida por el aborto inseguro. En 2005, la mortalidad materna fue de 63.3 muertes por 100,000 nacidos vivos; en el Distrito Federal fue de 57.6, mayor a la de otros estados. Entre 1990 y 2005; en el D.F., el aborto fue la tercera causa de muerte materna, mientras que a nivel nacional constituyó la quinta causa de muerte,<sup>26</sup> aunque estas cifras pueden no ser exactas, ya que actualmente se desconoce el número de abortos realmente realizados, los registros de egresos hospitalarios se caracterizan por estar mal clasificados y ser incompletos debido a la penalización legal y social del aborto, tanto para la mujer como para el médico practicante. Debido a esta situación, muchas de las mujeres que buscan asistencia en los hospitales por complicaciones de un aborto inducido lo declaran como espontáneo y los médicos, por no contar con la declaración de la mujer o porque no existen evidencias de maniobras o no desean verse comprometidos, manifiestan que el aborto no tiene una causa específica o que es espontáneo.<sup>27</sup>

En el primer año de su legalización acudieron a Instituciones Médicas del Gobierno del Distrito Federal, 11 mil 500 mujeres para solicitar la interrupción de su embarazo, de las cuales 3 mil 724 desistieron (32%) y a 7 mil 776 mujeres se les realizó dicha interrupción.<sup>28</sup> El acceso al aborto seguro y legal puede salvar la vida y facilitar la igualdad de las mujeres. La decisión sobre el aborto en cada mujer, no tiene que ver solamente con sus cuerpos,



sino que, en términos más amplios, se encuentran relacionadas con sus derechos humanos inherentes a su condición de persona, dignidad y privacidad.<sup>29</sup>

Es indudable que si existe un aborto es porque el uso de métodos anticonceptivos o es nulo o ha fallado, siendo la razón principal, sobre todo en mujeres jóvenes. Algunas razones observadas en la población mexicana es la falta de cultura, de educación y pobreza.<sup>30,31</sup> También recurren al aborto por muchas razones diferentes, pero la preocupación acerca de ser una madre soltera, el número de hijos deseados, problemas con la pareja, interrupción de educación o empleo, riesgos para la salud materna o fetal, embarazos resultantes de violación o incesto<sup>32</sup> y sentirse demasiado joven o demasiado vieja para asumir la responsabilidad de criar a un niño se encuentran entre los motivos más comunes.

Sin embargo, los estudios también han demostrado que muchas mujeres que se someten a un aborto inducido, tienen una estable situación socio-económica y pueden optar por un aborto, ya que quieren posponer el parto hasta que se van estableciendo en el trabajo,<sup>33,34</sup> principalmente los adolescentes se enfrentan a barreras sociales, culturales, legales y a la planificación familiar, siendo objeto de matrimonios precoces o abuso sexual. En todo el mundo, un importante porcentaje de embarazos en adolescentes son no planeados,<sup>35</sup> por ello los programas de promoción a la salud deben fortalecerse para el propio desarrollo individual del adolescente.<sup>36</sup>

En los lugares donde se dispone de servicios de aborto seguro y legal, la decisión de la mujer de interrumpir el embarazo tiene un impacto principalmente positivo en su salud mental, definida como un estado de desempeño exitoso de las funciones mentales, que redundan en actividades productivas, relaciones plenas con otras personas, la capacidad para adaptarse a los cambios y de enfrentar adversidades. La Asociación Psicológica Americana ha encontrado que la capacidad de la mujer para tomar decisiones sobre su propia maternidad es necesaria para su salud, incluida su salud mental, así como para la

salud de su familia. El aborto puede influir positivamente en el bienestar de las mujeres, debido a la función importante del aborto en controlar la fertilidad y su relación con los recursos de adaptación.<sup>37</sup>

Actualmente la educación médica en México tiene deficiencias importantes en el terreno de la salud sexual y reproductiva, y ofrece a los estudiantes pocos elementos para el reconocimiento del aborto como un problema relevante de la práctica profesional de la medicina. La educación médica carece de opciones para la capacitación clínica de los futuros médicos en modelos para la atención integral del aborto, que incluyen el uso de tecnologías seguras y eficaces, y una gama de servicios para responder a las necesidades de las mujeres.<sup>38</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características de las mujeres solicitantes de Interrupción Legal del Embarazo, en una unidad de salud del Distrito Federal?

## **JUSTIFICACION**

En México no existen suficientes datos sobre las características de las mujeres solicitantes de Interrupción Legal del Embarazo. Es un factor poco estudiado desde la perspectiva epidemiológica. No se cuenta con datos específicos que nos indiquen, el por qué las mujeres mexicanas acuden a solicitar este servicio, por lo cual es necesario realizar este estudio, para conocer dichas características y así poder reforzar las medidas de promoción de acuerdo a los resultados obtenidos. Así mismo, dado que la tendencia anticonceptiva ha evolucionado poco, la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) continuará creciendo como problema de salud pública, por lo que la información relacionada con ILE fortalecerá la política de salud en favor de las mujeres.

## **OBJETIVOS:**

### **GENERAL**

- Identificar las características propias que distinguen a las mujeres solicitantes del servicio de Interrupción Legal del Embarazo en el Distrito Federal, 2013.

### **ESPECIFICOS**

- Establecer las características epidemiológicas de las mujeres que solicitan el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en una unidad de salud del Distrito Federal, 2013.
- Establecer factores asociados a la decisión de las mujeres que solicitan el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en una unidad de salud del Distrito Federal.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **Diseño del estudio**

Serie de casos prospectiva.

**Población de estudio:** Toda mujer que solicite el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en la unidad de salud seleccionada, que cumpla con el criterio de inclusión y acepte participar durante el período de tiempo del estudio.

**Definición de caso:** Mujer en edad fértil, que solicite el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en la unidad de salud seleccionada y que acepte participar en el estudio.

### **Criterio de inclusión:**

- Mujeres en edad fértil, que soliciten el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en la unidad de salud seleccionada y acepten participar en el estudio.

### **Criterio de exclusión:**

- Mujeres que soliciten el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en la unidad de salud seleccionada y no se les practique dicho servicio por tener más de 12 semanas de gestación.
- Mujeres que soliciten el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en la unidad de salud seleccionada y que no contesten con información relevante para el estudio.

**Período de estudio:** Abril-Mayo 2013 (4 semanas).

**Variables de estudio:** Ver anexo 1.

## LOGISTICA

El estudio se realizó en el Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán durante los meses de Abril y Mayo 2013 (4 semanas). Se seleccionó este Centro ya que de las trece unidades que ofrecen el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo, es la unidad de salud del Gobierno del Distrito Federal que realiza más interrupciones al año.

Para la selección de los casos nos incorporamos a la dinámica de atención de solicitantes de ILE en la unidad de salud. Esta dinámica consiste en:

Las usuarias solicitan ficha a partir de las 7:00 am, en el área de recepción proporcionan datos generales y posteriormente ingresan a toma de muestra de sangre y ultrasonido, con la finalidad de confirmar la edad gestacional, al finalizar este procedimiento las solicitantes pasan a la sala de espera, donde se les otorga consejería sobre métodos de planificación familiar. A las usuarias con más de doce semanas de gestación se les explica que no puede llevarse a cabo la Interrupción y se les otorga consejería.

Aproximadamente a las 9 am ingresan al consultorio con el ginecoobstetra responsable para apertura de expediente y realización de historia clínica. Las menores de edad acuden con el padre o tutor, quién firma el consentimiento informado para la realización del procedimiento. El ginecoobstetra valora de acuerdo a los resultados de laboratorio y ultrasonido a qué tipo de procedimiento es candidata la paciente, (<9 semanas uso de mifepristona 200 mg vía oral como dosis única y 800 mcg de misoprostol sublingual, 24 horas después de la ingesta de mifepristona, >9 semanas uso de Aspiración Eléctrica Endouterina).

A las pacientes con menos de 9 semanas de gestación, se les explica el procedimiento a seguir y se les entrega el medicamento, otorgándoles una cita a los quince días para revisión. En el caso de las candidatas a AEEU, se verifica si existe espacio para realizar el procedimiento, en caso contrario se citan a las 6:30 am del siguiente día. Si existe espacio, se le solicita a la usuaria que compre toallas sanitarias, un rollo de papel de baño y un jugo, posteriormente ingresa a la sala de espera del área quirúrgica, se le canaliza y otorga

nuevamente aconsejaría sobre métodos anticonceptivos, invitándola para que a su egreso decida qué tipo de método utilizará. En el caso de las usuarias que utilizan medicamento, se les realiza esta invitación a los 15 días que acuden a revisión.

Para la aplicación del cuestionario, las usuarias de medicamento fueron enviadas por el ginecoobstetra al terminar la consulta, se les explicó la finalidad del estudio y en caso de aceptar participar firmaron el consentimiento informado para posteriormente realizarlo. Para las usuarias que ingresaron a AEEU el cuestionario fue aplicado antes del procedimiento en la sala de espera del área quirúrgica, siguiendo la misma dinámica.

A los quince días de aplicado el cuestionario, se verificó en la libreta de enfermería si la paciente regresó a revisión y ultrasonido para verificar la ausencia de restos en cavidad uterina, algún tipo de complicación o evento adverso.

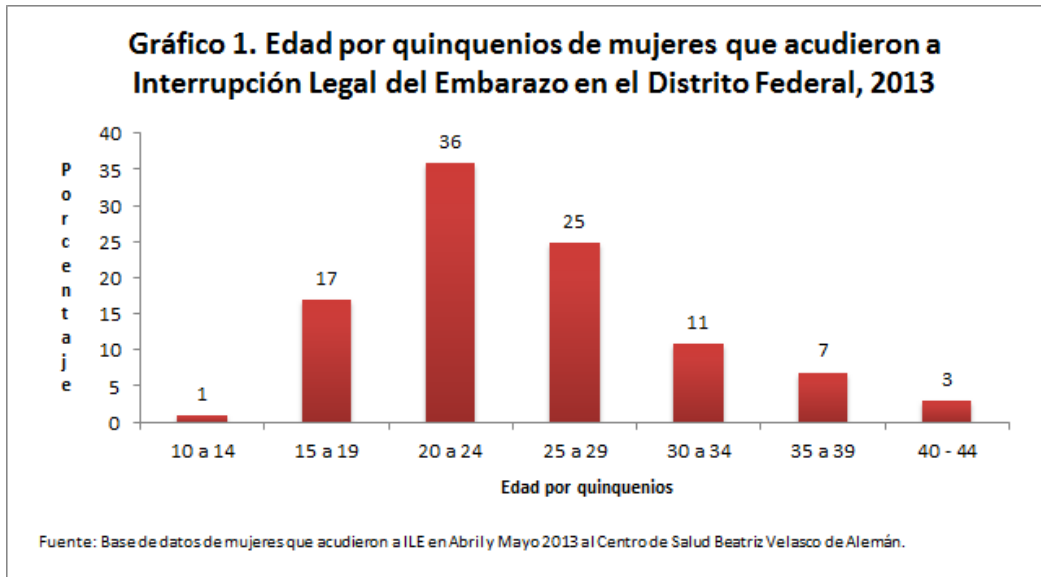
## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Esta investigación se realizó de acuerdo con el título quinto, artículos 96 y 100 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. De acuerdo con el capítulo I, título segundo, artículos 13 al 18, y al capítulo II, artículos 28, 29 y 30, de esta Ley esta investigación se considera de riesgo mínimo para los sujetos participantes.

Se obtuvo la autorización del comité de ética del Distrito Federal, de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza y del Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán para la realización del proyecto. Asimismo, se solicitó el consentimiento bajo información por escrito de cada participante del estudio.

## RESULTADOS

En el período de estudio se reclutaron 319 casos, obteniendo una tasa de respuesta del 100%. Las mujeres que acudieron a Interrupción Legal del Embarazo oscilaron en un rango de edad de 13 a 43 años (mediana de 25 años). El 7% (23) eran menores de 18 años. Gráfico 1



El 66% eran procedentes del Distrito Federal. Las pacientes foráneas procedían principalmente del Estado de México (26%), Puebla (3%) y Veracruz (2%). Cuadro 1

**Cuadro 1. Identificación geográfica de las mujeres que acuden a Interrupción Legal del Embarazo, 2013 (N=319)**

Variable	Frecuencia y porcentaje
<b>Entidad de nacimiento</b>	
Distrito Federal	204 (64%)
Estado de México	63 (20%)
Puebla	11 (3%)
Otros	41 (13%)
<b>Entidad de residencia</b>	
Distrito Federal	212 (66%)
Estado de México	83 (26%)
Puebla	5 (2%)
Otros	19 (6%)

Fuente: Base de datos de mujeres que acudieron a ILE en Abril y Mayo 2013 al Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán.

En la escolaridad resalta que el 38% cuenta con preparatoria completa y sólo el 23% tiene algún tipo de licenciatura. El 27% (87) es ama de casa, 18% (58) estudiante y 12% (39) se encuentra desempleada. En relación a la Seguridad Social se tiene que, el 32% (102) no cuenta con algún tipo de Servicio Médico, el mayor porcentaje de las entrevistadas (54%) refirió ser soltera, de acuerdo a estos resultados sólo el 41% (130) vivía con su pareja (mediana 4, mín-max 0,25 años). Cuadro 2

<b>Cuadro 2. Características sociodemográficas de las mujeres que acuden a Interrupción Legal del Embarazo, 2013 (N=319)</b>		
<b>Variable</b>		<b>Frecuencia y porcentaje</b>
Escolaridad	Preparatoria	122 (38%)
	Secundaria	100 (31%)
	Licenciatura	72 (23%)
Último año aprobado	3 años	193 (61%)
	2 años	63 (20%)
	4 años	32 (10%)
Ocupación	Ama de casa	87 (27%)
	Estudiante	58 (18%)
	Desempleada	39 (12%)
Ingreso mensual individual	Ninguno	185 (58%)
	Menos de \$2000	70 (22%)
	\$2000-\$4000	40 (13%)
Ingreso mensual familiar	\$2000-\$4000	143 (45%)
	Menos de \$2000	96 (30%)
	\$4000-\$8000	59 (19%)
Servicio médico	Ninguno	102 (32%)
	Seguro Popular	91 (29%)
	IMSS	72 (23%)
Religión	Católica	217 (68%)
	Ninguna	76 (24%)
	Cristiana	13 (4%)
Estado civil	Soltera	171 (54%)
	Unión Libre	98 (31%)
	Casada	43 (13%)
Vive con su pareja	No aplica	175 (55%)
	Si	130 (41%)
	No	14 (4%)
Tiempo con pareja	No aplica	189 (59%)
	2 años	27 (8%)
	1 año	19 (6%)

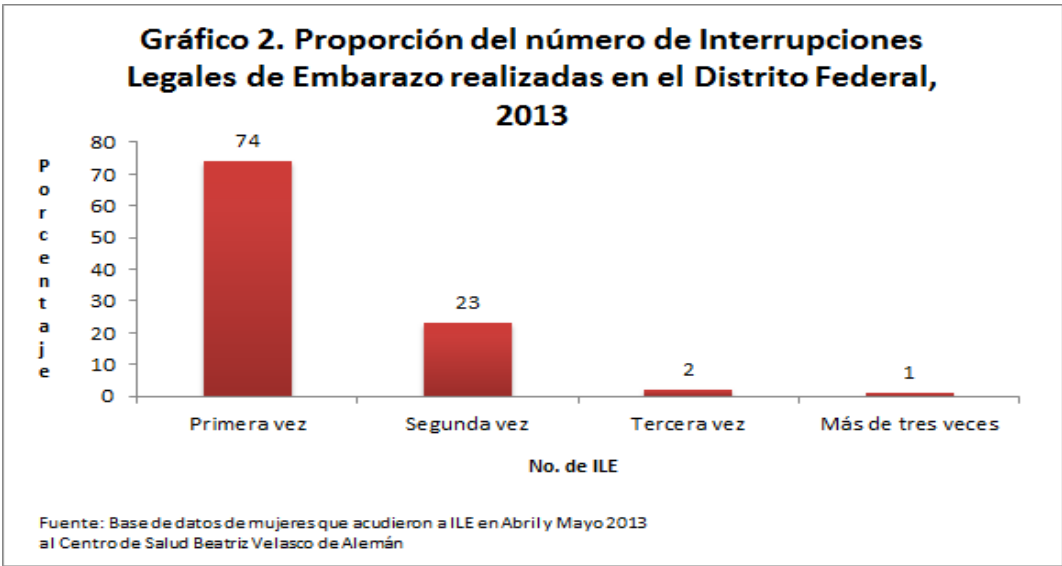
Fuente: Base de datos de mujeres que acudieron a ILE en Abril y Mayo 2013 al Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán.



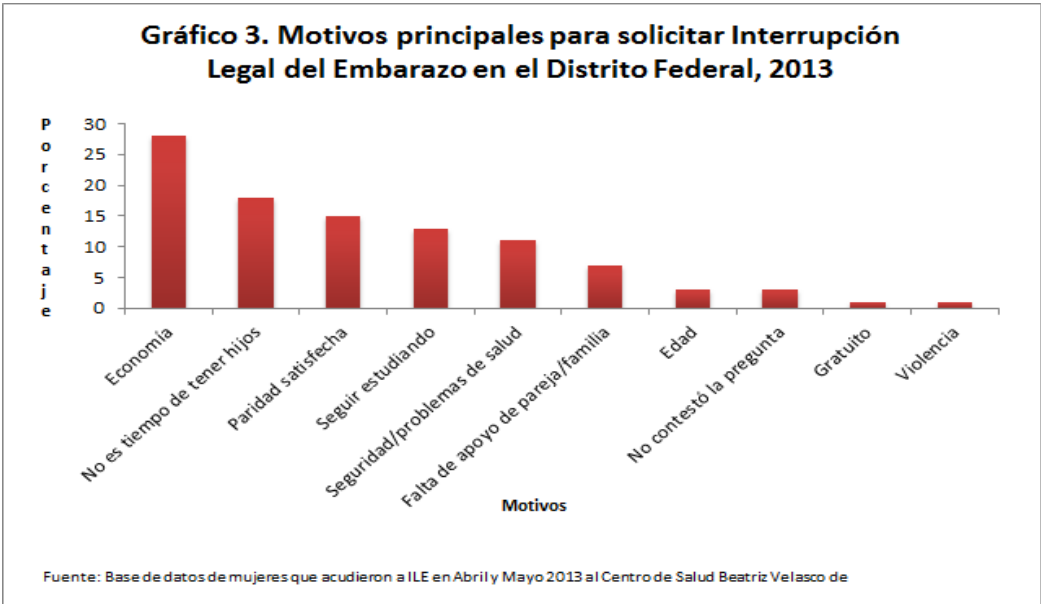
El 36% no había tenido hijos, el resto de las participantes declararon 1 o más hijos (min-max 1,5). La edad promedio de la primera relación sexual fue de 17 años (min-max 12,35), el número de parejas sexuales fue de 2 (min-max 1,20). El 31% refirió a los anticonceptivos orales, como su método de planificación más utilizado y el 43% mencionó haber utilizado más de un método de planificación alguna vez en su vida. Al momento de la concepción el 47% refirió no haber utilizado ningún tipo de anticonceptivo. Cuadro 3

<b>Cuadro 3. Características ginecoobstétricas de las mujeres que acuden a Interrupción Legal del Embarazo, 2013 (N=319)</b>		
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia y porcentaje</b>	
<b>Anticonceptivo utilizado</b>	Pastillas	98 (31%)
	Condón	77 (24%)
	DIU	53 (17%)
<b>Anticonceptivo al momento del</b>	Ninguno	151 (47%)
	Condón	75 (24%)
	Ritmo natural	28 (9%)
	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo - máximo</b>
<b>Número de hijos</b>	1	1,5
<b>Edad de primera relación sexual</b>	17	12,35
<b>Número de parejas sexuales</b>	2	1,20
Fuente: Base de datos de mujeres que acudieron a ILE en Abril y Mayo 2013 al Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán.		

El 74% (235) mencionó que era la primera vez que acudía a este servicio y sólo el 1% refirió haber ido más de tres veces. Gráfico 2



Se identificaron 10 causas principales para solicitar ILE. Las que predominaron fueron “problemas económicos” (28%), seguida de “no es tiempo de tener hijos/tengo otros planes” (18%), “paridad satisfecha/tengo otros hijos” (15%) y “seguir estudiando” (13%). (Gráfico 3). Se clasificaron también en seis causas los motivos por los cuales acudían a ese Centro de Salud y no a otro, siendo el más representativo, por recomendación con el 31%. (Cuadro 4)



De las 319 mujeres entrevistadas, 222 (70%) fueron atendidas con medicamento (mifepristona 200 mg vía oral como dosis única y 800 mcg de misoprostol sublingual, 24 horas después de la ingesta de mifepristona) y 97 (30%) con Aspiración Eléctrica Endouterina). De las pacientes tratadas con medicamento, el 60% (190) ingirió la primera dosis del tratamiento en el consultorio, para posteriormente continuar en casa, y el 10% (32) prefirió “ingerir” el medicamento en su casa. Sólo 171 (54%) usuarias regresaron a revisión a partir de los quince días como lo marca el protocolo; se desconoce la evolución del resto. De las 268 usuarias (84%) que se atendieron con medicamento o AEEU y que regresaron a revisión, ninguna presentó algún tipo de complicación, sólo 26 (8%) continuaban con restos en cavidad uterina y 3 (1%) presentaron infección vaginal, por lo cual el procedimiento a seguir con ellas fue el siguiente: a 14 usuarias (4%) se les proporcionó segunda dosis de medicamento y 12 (4%) pasaron a Aspiración Eléctrica Endouterina, a las que presentaron infección se les otorgó tratamiento y fueron citadas hasta tres veces para revisión. El total de las usuarias se dio de ALTA sin ninguna complicación. Cuadro 4

**Cuadro 4. Características de Interrupción Legal del Embarazo, 2013 (N=319)**

Variable	Frecuencia y porcentaje
<b>Número de ILE</b>	
Primera vez	235 (74%)
Segunda vez	75 (23%)
Tercera vez	7 (2%)
Más de tres veces	2 (1%)
<b>Motivo ILE</b>	
Economía	88 (28%)
No es tiempo de tener hijos/tengo otros planes	58 (18%)
Paridad	47 (15%)
Seguir estudiando	42 (13%)
<b>Motivo por el que acude al Centro de Salud</b>	
Por recomendación	100 (31%)
Por la atención y seguridad que	73 (23%)
Por cercanía	53 (17%)
Por referencia	33 (10%)
<b>Tipo de procedimiento</b>	
Ingesta de pastillas	222 (70%)
AEEU	97 (30%)
<b>Ingesta de pastillas</b>	
En consultorio y casa	190 (60%)
En casa	32 (10%)
No aplica	97 (30%)
<b>Regresó a revisión</b>	
Si	171 (54%)
No	51 (16%)
No aplica	97 (30%)
<b>Presentó complicación</b>	
No	268 (84%)
Se desconoce	51 (16%)
<b>Eventos adversos</b>	
Ninguno	239 (75%)
Restos en cavidad	26 (8%)
Infección	3 (1%)
<b>Procedimiento a seguir</b>	
ALTA	239 (76%)
Segunda dosis de medicamento	14 (4%)
AEEU	12 (4%)
Tres revisiones	2 (1%)

Fuente: Base de datos de mujeres que acudieron a ILE en Abril y Mayo 2013 al Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán.

## DISCUSION

De los resultados obtenidos en el presente estudio, se observó que el mayor grupo de edad que acudió a solicitar Interrupción Legal del Embarazo continúa siendo el de las mujeres de 20 a 24 años, tal como lo reporta Bernal y colaboradores<sup>33</sup>, contrario a lo reportado en Figueroa y colaboradores<sup>41</sup>, donde predominó el grupo de 15 a 19 años. Cabe resaltar que el 7% de las que acudieron a solicitar este servicio eran menores de edad, lo cual indica que los embarazos no deseados se están presentando a edades cada vez más tempranas y existe evidencia de que las adolescentes tienen poco conocimiento sobre salud sexual, reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos.<sup>40</sup>

En cuanto a las características sociodemográficas se observó que el mayor porcentaje de las mujeres que acudieron a este servicio cuentan con preparatoria completa, pero no usan métodos anticonceptivos de manera correcta, motivo por el cual se embarazan. La mayoría es ama de casa, estudiante o desempleada, lo que hace que no cuenten con un ingreso mensual individual, ni con algún tipo de seguridad social. Estas características concuerdan con los datos proporcionados por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) desde Abril 2007 a Mayo 2013.

En relación a los antecedentes ginecoobstétricos destaca que el 43% mencionó haber utilizado más de un anticonceptivo alguna vez en su vida, pero al momento de la concepción el 47% refirió no haber utilizado ningún tipo de anticonceptivo, lo cual nos hace pensar que debemos reforzar la educación sexual y reproductiva, así como el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, dado que en este estudio su uso fue de manera esporádica.

Respecto a las características de Interrupción Legal del Embarazo, se encontró que el 26% de las usuarias ya había acudido a realizarse este tipo de procedimiento, que aunque es un porcentaje menor, no deja de ser importante el hecho de que hasta el momento no se encuentra restringido el número de veces que puede acudir una persona, lo cual condiciona a que este servicio pueda ser interpretado por las usuarias como método de planificación familiar, pero también hace pensar que las mujeres no reciben una

orientación sobre el uso adecuado de métodos anticonceptivos, por otro lado tampoco sabemos las complicaciones a largo plazo que puede generar el someterse repetidas veces a este tipo de procedimiento.

Al igual que los resultados de este estudio, Bernal y colaboradores<sup>33</sup> mencionan a los problemas económicos y paridad satisfecha como causa principal para acudir a este servicio. Martínez-Cisneros<sup>41</sup> (2010) y datos del GIRE (2013) coinciden también con los resultados, al referir que el uso de medicamento (mifepristona y misoprostol) continúa siendo el método más efectivo para la interrupción del embarazo y sin complicaciones. Una de las características más interesantes que arroja este análisis y que no se menciona en otros artículos publicados es el hecho de que el 10% de las pacientes no ingirió la primera dosis del medicamento en el consultorio, sino que prefirió llevarlo a casa, por lo cual no se tiene la certeza de que el medicamento se haya utilizado, ya que se desconoce si estas pacientes se encuentran dentro del grupo de usuarias que regresó a revisión o no. Así mismo se desconoce también si las pacientes que no regresaron a revisión presentaron algún tipo de complicación o evolucionaron adecuadamente, ya que el Centro de Salud no las localiza para dar seguimiento.

## **CONCLUSIONES**

El programa de Interrupción Legal del Embarazo ofrece una atención médica de calidad y con valores éticos a todas aquellas mujeres que deciden interrumpir su embarazo de manera voluntaria antes de las 12 semanas de gestación.

La legalización del aborto ha permitido disminuir la morbi-mortalidad de estas mujeres por un aborto realizado en condiciones inseguras. Pero, se debe recalcar a las mujeres que lo solicitan, que no es un método de planificación familiar, es un método que se ofrece para evitar un aborto inseguro y un embarazo no deseado; por otro lado se debe fortalecer la educación sexual y reproductiva con un énfasis en el uso y conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos y así evitar el uso repetido de ILE, por lo cual se debe considerar adecuar los artículos del Código Penal para evitar la reincidencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Walker D, Campero L, Espinoza H, Hernández B, Anaya L, Reynoso S, Langer A. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reprod Health Matters*. 2004 Nov;12(24 Suppl):27-38.
- 2.- Schiavon R, Troncoso E, Polo G. Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012 Sep;118 Suppl 2:S78-86
- 3.- González de León-Aguirre D, Billings DL, Ramírez-Sánchez R. El aborto y la educación médica en México; *Salud Pública Méx*. 2008; 50:258-267.
- 4.- Schiavon R, Polo G, Troncoso E. Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto. I-pas México.
- 5.- Arámbula Reyes A, Bustos Cervantes C. Legislación internacional y derecho comparado sobre el aborto. *Servicio de Investigación y análisis*. 2007: 1-72
- 6.- Gross S, Aguilar R, Cajina J, Corriols M, Morales AF, Talavera I. Derogación del aborto terapéutico en Nicaragua: Impacto en Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2005;7-18. Disponible en:  
[new.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=121&Itemid=235](http://new.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=121&Itemid=235)
- 7.- Carbonell M. Aborto: implicaciones, riesgos y restricciones. *Humanidades y Ciencias Sociales*; 2008; 15-18.
- 8.- OMS, The Prevention and Management of Unsafe Abortion: Report of a Technical Working Group, Ginebra: OMS, 1992
- 9.- Doblado-Donisl NI; De la Rosa-Batistall I; Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud; *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2010; 36:409-421.
- 10.- Instituto Alan Guttmacher, Aborto Clandestino: una realidad latinoamericana, New York, 1994, pag. 17).
- 11.- Gentili M. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2003. Disponible en: [whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf) –



- 12.- Prada E, Singh S, Remez L, Villareal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Nueva York Guttmacher Institute, 2011; 4-36.
- 13.- Walsh J, Mollmann M. Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina. Derechos humanos y aborto. Human Rights Watch. 2005: 1-25
- 14.- Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH. Unsafe abortion: the preventable pandemic. The Lancet Sexual and Reproductive Health Series, October 2006; 368: 1908 – 1919.
- 15.- World Health Organization (WHO), Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, fifth ed., Geneva: WHO, 2011.
16. - Juarez F, Singh S, García SG, Díaz-Olavarrieta C. Estimates of induced abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006? International Family Planning Perspectives. 2008; 34: 158-168
- 17.- Pronunciamiento de la Academia Nacional de Medicina de México ante la salud reproductiva y los derechos de la mujer. 12 de abril de 2010, Revista Salud Mental Vol. 33, No. 2, pág. 207-208, marzo-abril 2010 cited 2012 29 de enero]; Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n2/v33n2a11.pdf>
- 18.- Sousa A, Lozano R, Gakidou E. Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico. Health Policy and Planning 2010;25:300–310.
- 19.- Gaceta oficial del Distrito Federal. Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal. [cited 2010 23 de febrero]; Available from: [http://www.gire.org.mx/publica2/GacetaGDF\\_AbortoLeySalud260407.pdf](http://www.gire.org.mx/publica2/GacetaGDF_AbortoLeySalud260407.pdf)
- 20.- Chervenak FA, McCullough LB. An ethically justified practical approach to offering, recommending, performing, and referring for induced abortion and feticide. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2009; 201:560.e 1-6.
- 21.- Gayón-Vera E. Evidencias científicas en torno a la legalización del aborto en la Ciudad de México. Ginecología Obstetricia México 2010;78(3):168-180

- 22.- Godardd JA. La reforma del código Penal del Distrito Federal que autoriza el aborto del menor de doce semanas. Biblioteca jurídica virtual del instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM. [www.juridicas.unam.mx](http://www.juridicas.unam.mx)
- 23.- Lamas M. La despenalización del aborto en México; Nueva Sociedad 2009; 220:154-172
- 24.- Mondragón y Kalb M, Ahued A, Morales J, Díaz C, Valencia J, Becker D, Garcia S. Patient Characteristics and Service Trends Following Abortion Legalization in Mexico City, 2007–10. *Studies in Family Planning* 2011; 42[3]: 159–166
- 25.- [http://www.redbalance.org/maria/inicio\\_maria.html](http://www.redbalance.org/maria/inicio_maria.html)
- 26.- Van Dijk M, Arellano LJ, Arangure AG, Toriz AA, Krumholz A, Yam EA. Women's Experiences with Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study. *Studies in Family Planning* 2011; 42[3]: 167–174
- 27.- Cadet Odimba J. Análisis de los fundamentos jurídicos de la reforma a la legislación penal en materia de aborto en el Distrito Federal. *Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad*. 2010; 17:73-104.
- 28.- Salas y Villagómez G; Incidencia del aborto en México; *Papeles de población*. Universidad Autónoma del Estado de México. Num 016: 83-100
- 29.- Mario S, Pantelides EA. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Notas de población* N° 87 C E PA L. 2005
- 30.- Fernández del Castillo Sánchez C. ¿Interrupción legal del embarazo o asesinato con autorización de la Ley? *Ginecología y Obstetricia de México* 2008;76(9):566-8
- 31.- Chan A, Keane RJ. Prevalence of Induced Abortion in a Reproductive Lifetime. *American Journal of Epidemiology* 2004; 159:475–480
- 32.- Padrón Arredondo G. Abortos en un hospital comunitario. Análisis de 5 años. Departamento de Cirugía General. Hospital Integral Playa del Carmen, Q. Roo.
- 33.- Figueroa-Lara A, Aracena-Genao B, Reyes-Morales H, Lamadrid-Figueroa H. Factores asociados con la búsqueda del servicio de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, 2010. *Salud Publica Mex* 2012;54:401-409.

- 34.- Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE. Unsafe abortion: the preventable pandemic. The Lancet Sexual and Reproductive Health Series, October 2006
- 35.- Kim-Chi B, Gammeltoft T, Thi Thu-Nam N, Rasch V. Induced abortion among HIV-positive women in Quang Ninh and Hai Phong, Vietnam. Tropical Medicine and International Health. 2010; Vol. 15:1172–1178
- 36.- Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, Tobiassen C, Ginzel A, Kempf L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. European Journal of Public Health, Vol. 18:144–149
- 37.- Adolescents Need Safe and Legal Abortion. Center for reproductive rights. [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org)
- 38.- Martín Alfonso L, Reyes Díaz Z. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(2):183-87
- 39.- Skuster P. Protegiendo la salud de las mujeres. Promoviendo el respeto a sus derechos reproductivos. 2008
- 40.- González de León-Aguirre D, Billings DL, Ramírez-Sánchez R. El aborto y la educación médica en México. Salud Publica Mex 2008;50:258-267
- 41.- Bernal ML, Hernández Y, Mercader MF, Guerrero AT, Ponce G. Caracterización de la población usuaria que ingresa al programa Interrupción Legal del Embarazo en un hospital del sector salud del DF. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, Vol 7, Año. 7, No. 1- 8, Enero-Marzo 2010.

## ANEXO 1

VARIABLE / CATEGORÍA (Índice-indicador / constructo-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
<b>FICHA DE IDENTIFICACION</b>				
Edad	Cont exto	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento, hasta el momento del estudio en años cumplidos.	Cuantitativa continua	Años
<b>IDENTIFICACION GEOGRAFICA</b>				
Entidad de nacimiento	Cont exto	Estado de la república donde nació la participante	Cualitativa nominal	Abierta
Entidad de residencia	Cont exto	Estado de la república donde vive actualmente la participante	Cualitativa nominal	Abierta
<b>CARACTERISTICAS LABORALES</b>				
Escolaridad	Cont exto	Grado de escolaridad que ha cursado la participante	Cualitativa ordinal	0= Ninguno 1= Primaria 2= Secundaria 3= Preparatoria 4= Licenciatura 5= Posgrado
Ocupación	Cont exto	Actividad a la que se dedica la participante	Cualitativa nominal	Abierta
Ingreso mensual individual	Cont exto	Cuanto gana mensualmente la entrevistada en pesos sin centavos	Cuantitativa discreta	1= Menos de \$2000 2= \$2000 - 4000 3= \$4000 - \$8000 4= mas de \$8000
Ingreso mensual familiar	Cont exto	Cuanto ingresan mensualmente todos los familiares donde habita la entrevistada en pesos sin centavos	Cuantitativa discreta	1= Menos de \$2000 2= \$2000 - 4000 3= \$4000 - \$8000 4= mas de \$8000

<b>SERVICIOS MEDICOS</b>				
Servicio médico	Contexto	A que tipo de servicio médico tiene derecho la entrevistada	Cualitativa nominal	1= Secretaría de Salud 2= IMSS 3= ISSSTE 4= Seguro Popular 5= Seguro Privado 6= Otro, Cual ? 7= Ninguno
<b>DATOS GENERALES</b>				
Religión	Contexto	Que religión profesa la entrevistada	Cualitativa nominal	1= Católica 2= Cristiana 3= Otra
Estado civil	Contexto	Cual es el estado civil de la entrevistada	Cualitativa nominal	1= Soltera 2= Casada 3= Unión libre 4= Divorciada 5= Viuda
Tiempo de convivencia con la pareja	Contexto	Cuanto tiempo de convivencia tiene con la pareja	Cuantitativa discreta	1= Menos de 1 año 2= 1-3 años 3= 3-5 años 4= Mas de 5 años
<b>CARACTERISTICAS PROPIAS</b>				
Número de hijos	Compleja	Cuantos hijos tiene la participante	Cuantitativa discreta	Numérica
Inicio de vida sexual activa	Compleja	A que edad inició su vida sexual activa la participante	Cuantitativa discreta	Años
Número de parejas sexuales	Compleja	Cuántas parejas sexuales ha tenido la participante	Cuantitativa discreta	Numérica
Método anticonceptivo	Compleja	Que tipo de método anticonceptivo ha utilizado la participante	Cualitativa nominal	1= Pastillas 2= Inyecciones mensuales 3= Inyecciones bimestrales 4= DIU 5= Implante 6= Ritmo natural 7= Otro 8= Ninguno

Método anticonceptivo	Compleja	Que tipo de método anticonceptivo utilizaba la participante al momento de la concepción	Cualitativa nominal	1= Pastillas 2= Inyecciones mensuales 3= Inyecciones bimestrales 4= DIU 5= Implante 6= Ritmo natural 7= Otro 8= Ninguno
Número de interrupciones legales anteriores	Compleja	Cuántas veces ha acudido la participante a solicitar el servicio de interrupción legal del embarazo	Cualitativa nominal	1= Primera vez 2= Una vez 3= Dos veces 4= Tres veces 5= Mas de tres veces
Motivo de aborto	Compleja	Motivo principal por el cual la participante acude a solicitar el servicio de interrupción legal del embarazo	Cualitativa nominal	Abierta
Motivo por el cual acude a esa unidad	Compleja	Motivo por el cual acude a ese centro de salud y no a otras clínicas u hospitales que también ofrecen el servicio de ILE	Cualitativa nominal	Abierta
Tipo de procedimiento	Compleja	Que tipo de procedimiento se le indicó a la paciente	Cualitativa nominal	1= AMEU 2= Pastillas 3= LUI
Sitio de aplicación del procedimiento	Compleja	En caso de que el procedimiento sea la ingesta de pastillas, verificar si las ingirió en el consultorio o las tomará en su casa	Cualitativa nominal	1= Consultorio 2= Casa
<b>SEGUIMIENTO DE PACIENTES</b>				
Seguimiento de protocolo	Compleja	Verificar si la participante regresó a los 10 días para revisión	Cualitativa nominal	1= Si 2= No
Complicaciones	Compleja	Verificar si la participante regresó antes del tiempo estimado por algún tipo de complicación	Cualitativa nominal	1= Si 2= No
Tipo de complicación	Compleja	Qué tipo de complicación tuvo la participante	Cualitativa nominal	Abierta

## ANEXO 2



### INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO: CARACTERIZACION DE LAS SOLICITANTES, 2013



Buenos días. La secretaría de Salud está realizando un estudio en el Distrito Federal, para identificar las características propias de las mujeres que acuden a solicitar el servicio de Interrupción Legal del Embarazo.

Si usted acepta participar le pediremos que responda algunas preguntas relacionadas con el hecho de solicitar este tipo de servicio. Si alguna pregunta le hace sentir incómoda, usted tiene el derecho de no contestar o de terminar la entrevista en cualquier momento, lo cual hace que su participación tenga un riesgo mínimo para usted.

La participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún beneficio directo por su participación, pero su información es muy importante para la Secretaría de Salud, ya que nos ayudará a conocer las causas por las cuales acuden a solicitar este tipo de servicio.

Es importante mencionarle que la privacidad de sus respuestas es muy importante para nosotros, por lo que la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial.

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. ¿Desea usted participar?

SI

No

#### 1. CONTROL DEL CUESTIONARIO

Num. De cuestionario: \_\_\_\_\_

#### 2. FICHA DE IDENTIFICACION

1. Nombre de la participante

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_

Apellido Materno \_\_\_\_\_

2. Edad en años cumplidos

\_\_\_\_\_

**3. IDENTIFICACION GEOGRAFICA**

3. En que estado de la República Mexicana nació usted?

Entidad \_\_\_\_\_

4. En que estado de la República vive usted actualmente?

Entidad \_\_\_\_\_

**4. CARACTERISTICAS LABORALES**

5. Podría decirme cual fue el último año o grado escolar que aprobó?

	GRADO	NIVEL
Ninguno _____	<input type="checkbox"/>	1
Primaria _____	<input type="checkbox"/>	2
Secundaria _____	<input type="checkbox"/>	3
Preparatoria _____	<input type="checkbox"/>	4
Licenciatura _____	<input type="checkbox"/>	5
Posgrado _____	<input type="checkbox"/>	6

6. En que trabaja usted actualmente?

\_\_\_\_\_

7. Cuanto gana usted ?

Menos de \$2000 _____	1
\$2000-\$4000 _____	2
\$4000-\$8000 _____	3
Mas de \$8000 _____	4

8. Cual es su ingreso mensual familiar?

Menos de \$2000 _____	1
\$2000-\$4000 _____	2
\$4000-\$8000 _____	3
Mas de \$8000 _____	4



**5. SERVICIOS MEDICOS**

9. A que servicio médico tiene derecho ?

**LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE HASTA DOS OPCIONES**

Secretaría de Salud _____	1
IMSS _____	2
ISSSTE _____	3
Seguro Popular _____	4
Seguro Privado _____	5
Otro, cual? _____	6
Ninguno _____	7

**6. DATOS GENERALES**

10. Me puede decir que religión practica?

Católica _____	1
Cristiana _____	2
Otra _____	3
Ninguna _____	4

11. Cual es su estado civil ?

Soltera _____	1	Pase a la pregunta 12 y 13
Casada _____	2	
Unión Libre _____	3	
Divorciada _____	4	
Viuda _____	5	

12. Su pareja actual vive con usted ?

Si _____	1	Pase a la pregunta 13
No _____	2	Pase a la pregunta 14

13. Hace cuanto tiempo que vive con su pareja

\_\_\_\_\_

**7. CARACTERISTICAS PROPIAS**

14. Me puede decir cuantos hijos tiene ?

\_\_\_\_\_

15. Me podría decir a que edad tuvo usted su primera relación sexual ?

\_\_\_\_\_

16. Cuantas parejas sexuales ha tenido ?

\_\_\_\_\_

17. Me puede decir que tipo de método anticonceptivo ha utilizado?

Pastillas _____	1
Inyecciones mensuales _____	2
Inyecciones bimestrales _____	3
Dispositivo intrauterino _____	4
Implante _____	5
Ritmo natural _____	6
Condón _____	7
Otro _____	8
Ninguno _____	9

18. Que tipo de método anticonceptivo estaba utilizando al momento de embarazarse?

Pastillas _____	1
Inyecciones mensuales _____	2
Inyecciones bimestrales _____	3
Dispositivo intrauterino _____	4
Implante _____	5
Ritmo natural _____	6
Condón _____	7
Otro _____	8
Ninguno _____	9

19. Me puede decir cuantas veces ha acudido a realizarse este tipo de procedimiento ?

Primera vez _____	1	
Segunda vez _____	2	
Tercera vez _____	3	
Más de tres veces _____	4	

20. Podría decirme el motivo principal por el cual usted decidió acudir a este tipo de atención ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. Por qué motivo decidió acudir a este Centro de Salud y no a otros hospitales o centros de salud donde también se otorga este tipo de atención ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Segunda parte del cuestionario

22. Puede decirme que tipo de procedimiento le indicó el médico que debe realizarse ?

Aspiración manual endouterina _____	1	Fin del cuestionario
Ingesta de pastillas _____	2	Pase a la pregunta 23
Legrado _____	3	

23. Las pastillas las ingeriré en el consultorio o le indicaron que las tomara en su casa ?

Las tomé en el consultorio _____	1	
Las tomaré en mi casa _____	2	
Tomé en consultorio y tomaré en casa _____	3	

### 8. SEGUIMIENTO DE PACIENTES

24. La paciente regresó a seguimiento de protocolo a los diez días ?

Si _____	1	
No _____	2	

25. La paciente regresó por alguna complicación antes de los diez días que establece el protocolo ?

Si _____	1	
No _____	2	

26. Que tipo de complicación tuvo la participante ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma

### ANEXO 3

#### CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO CARACTERIZACION DE LAS SOLICITANTES DE INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO

Abril-Mayo 2013

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y trabajo en la Secretaría de Salud, la cual está realizando un estudio en la Ciudad de México, para conocer las características de las mujeres que acuden a solicitar el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en una unidad de salud del Distrito Federal, que se encuentre autorizada para esta práctica. Es por ello que necesitamos de su ayuda.

El estudio es para describir a las mujeres que solicitan este tipo de servicio en una unidad de salud del Distrito Federal.

Tu participación consiste en contestar algunas preguntas relacionadas con tu decisión y la de tus padres sobre interrumpir legalmente tu embarazo.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papás hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres participar no tienes que hacerlo. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, nadie se enojará contigo o si no quieres responder alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos des y los resultados que obtengamos de ti son confidenciales. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, ni tu estado de salud, sólo lo sabremos los responsables de este proyecto.

¿Estás de acuerdo en participar?

Si aceptas participar en este proyecto, por favor pon un tache (X) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y si quieres escribe tu nombre en la línea de abajo. Si no quieres participar, no pongas ningún tache, ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Tu nombre: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del encuestador que obtiene el asentimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

ANEXO 4



SECRETARÍA DE SALUD  
Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial  
Dirección de Educación e Investigación  
Comisión de Ética Bioseguridad e Investigación

Oficio No. DEI / 0746 / 13  
ASUNTO: Aprobación de protocolo.

México, D.F. 09 de abril de 2013


**DRA. ANITA IRENE BAHENA MÉNDEZ.**  
**INVESTIGADOR RESPONSABLE.**  
**ESPECIALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA APLICADA.**  
**DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA / SSA.**  
**PRESENTE:**

Con relación al proyecto de investigación titulado; **"INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO: CARACTERIZACIÓN DE LAS SOLICITANTES, 2013."**, que remite para evaluación de procedencia, le comunico que la Subcomisión de Investigación y Bioética de la Secretaría de Salud del Distrito Federal lo considera como de riesgo mínimo y de información relevante. Así mismo, un vez que las observaciones sustantivas han sido técnicamente subsanadas, a dictaminado su **aprobación definitiva**, asignándole el número de registro **615 / 101 / 001 / 13**.

Por otra parte y con el propósito de brindar un mejor apoyo a sus actividades, debo señalarle que los apoyos que plantea en su proyecto los gestione directamente en la(s) Unidad(es) de Atención, ante el titular que corresponda, quién decidirá libremente la participación de su unidad, de la misma manera que el personal operativo que desee involucrarse, considerando como prioridad el servicio y la atención a los usuarios.

Finalmente debo recordarle el compromiso de informar semestralmente a esta Dirección, los avances de su proyecto.

ATENTAMENTE.

  
**DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMÍREZ**  
**PRESIDENTE.**

c.c.p- Dr. Francisco Osuna Sánchez.- Director Ejecutivo de los Servicios de Salud Pública del D.F.- Presente.  
Dra. Leticia Hernández Sánchez.- Director.- Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza.- Presente.  
Dr. Jorge Antonio Ortega Cadena.- Coordinador de Enseñanza y Capacitación.- Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza.- Presente.  
Dr. David Vázquez López.- Director.- Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán.- Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza.- Presente.  
Archivo.

ICO/FLR



Altadena No. 23 2da. piso, Col. Nápoles, C.P. 05610  
Del. Benito Juárez, Tel. 5132-1200 ext. 1360 y 1361

df.gob.mx  
salud.df.gob.mx