



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FUNCIÓN FAMILIAR Y ABORTO EN MUJERES EN ETAPA
REPRODUCTIVA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE
CHINCHEROS DE ABRIL-JUNIO- 2017**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
ETNA JURO LOAYZA**

ASESOR: Doc. Esp. SOSIMO TELLO HUARANCCA

ABANCAY, PERÚ - 2017

DEDICATORIA

Se dedica este trabajo a todos aquellos que me apoyaron moral y económicamente. A mi madre su apoyo incondicional, madre, amiga y hermana.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado. a la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional. A mis guíadores del curso taller de tesis al esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito. También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

RESUMEN

Objetivos: Determinar si existe asociación entre la disfunción familiar y el aborto provocado en mujeres en etapa reproductiva atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio 2017, **material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, transversal, de diseño no experimental transeccional correlacional, realizado en 92 mujeres en etapa reproductiva atendidas por algún tipo de aborto en el Hospital Chincheros de la Región Apurímac, (Perú). Se utilizaron como técnica la encuesta e instrumentos como el cuestionario estructurado sobre funcionalidad familiar (APGAR Familiar), así como una ficha de recolección de datos para la variable tipo de aborto, la cual fue cotejada en la historia clínica. Se aplicaron estadísticas descriptivas y para encontrar la relación se usó estadística inferencial a través del Chi cuadrado y la corrección de continuidad de Yates, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Las mujeres sujetas al estudio tuvieron una media de edad de 27,7 años, 48,9% tienen el estado civil conviviente, 68,5% un nivel de instrucción secundaria, un tercio son multíparas y 79% tienen el antecedente de uso de algún método anticonceptivo; un 38% proceden de familias con algún grado de disfuncionalidad (moderado y disfuncional), el 37% tuvieron aborto inducido; Se encontró relación significativa ($p = 0,030$) entre funcionalidad familiar y tipo de aborto; no se encontró asociación significativa ($p = 0,091$) entre familias disfuncionales y aborto provocado. **Conclusiones:** La mayoría proceden de familias funcionales, y tuvieron abortos espontáneos. La función familiar y el tipo de aborto están relacionados; mientras que la disfunción familiar no se asoció con el aborto inducido.

Palabras clave: Salud de la familia, aborto, aborto inducido, mujeres en etapa reproductiva.

ABSTRACT

Objectives: To determine if there is an association between family dysfunction and induced abortion in reproductive-stage women treated at the Chincheros Hospital in April-June 2017, **material and methods:** Observational, prospective, transverse study of non-experimental correlational 92 reproductive-stage women treated for some type of abortion at the Hospital Chincheros of the Apurímac Region, (Peru). We used as a technique the survey and instruments such as the structured questionnaire on family functionality (APGAR Familiar), as well as a data collection form for the variable type of abortion, which was checked in the clinical history. Descriptive statistics were applied and to find the relation was used inferential statesman through Chi square and Yates continuity correction, considering a value of $p < 0.05$. **RESULTS:** Women in the study had a mean age of 27.7 years, 48.9% had a cohabiting civil status, 68.5% had secondary education, one third were multiparous and 79% had a history of use contraceptive method; 38% come from families with some degree of dysfunctionality (moderate and dysfunctional), 37% had induced abortion; A significant relationship ($p = 0.030$) between family functionality and type of abortion was found; no significant association ($p = 0.091$) was found between dysfunctional families and induced abortion. **Conclusions:** The majority came from functional families, and had spontaneous abortions. Family function and type of abortion are related; while family dysfunction was not associated with induced abortion.

Key words: Family health, abortion, induced abortion, women in the reproductive stage.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE GRAFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I:.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	12
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.2.1 Delimitación temporal:	15
1.2.2 Delimitación geográfica:	15
1.2.3 Delimitación social:.....	15
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.3.1 Problema principal.....	16
1.3.2 Problemas secundarios	16
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.4.1 Objetivo general	16
1.5.2 Hipótesis específicas	17
1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
CAPÍTULO II:.....	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
2.2 BASES TEÓRICAS.....	26

2.2.1	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	26
2.2.2	ABORTO	31
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:.....	46
CAPÍTULO III.....		48
METODOLOGÍA		48
3.1	TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	48
3.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.3.1	POBLACIÓN.....	49
3.3.2	MUESTRA.....	50
3.4	Variables dimensiones e indicadores.....	52
3.5	Técnicas e instrumentos de la recolección de datos.....	53
3.5.1	TÉCNICAS	53
3.5.2	INSTRUMENTOS.....	53
3.5.3	Procedimientos.....	54
CAPITULO IV		55
RESULTADOS		55
4.1	Resultados	55
4.2	Discusión de los resultados	68
CONCLUSIONES		70
RECOMENDACIONES		71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		73
ANEXOS		78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Edad de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	56
Tabla 2.- Estado civil de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	57
Tabla 3.- Nivel de instrucción de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	58
Tabla 4.- Paridad de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	59
Tabla 5.- Antecedente de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	60
Tabla 6.- Grado de funcionalidad familiar de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	61
Tabla 7.- Tipo de Aborto de las mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	62
Tabla 8.- Tipo de Aborto según funcionalidad Familiar en mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	63
Tabla 9.- Tipo de Aborto según funcionalidad Familiar dicotomizada en mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	64

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1.- Promedio de edad y desviación estándar de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	56
Gráfico 2.- Estado civil de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	57
Gráfico 3.- Nivel de instrucción de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	58
Gráfico 4.- Paridad de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	59
Gráfico 5.- Antecedente de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	60
Gráfico 6.- Grado de funcionalidad familiar de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	61
Gráfico 7.- Tipo de Aborto de las mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	62
Gráfico 8.- Tipo de Aborto según funcionalidad Familiar en mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017	63
Gráfico 9.- Tipo de Aborto según funcionalidad Familiar dicotomizada en mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017.....	64

INTRODUCCIÓN

Desde el siglo pasado la Organización Mundial de la Salud lo considera al aborto como un importante problema de salud pública.

Este problema se ha venido incrementando con el transcurrir de los años debido a que cada vez es más precoz el despertar sexual en los adolescentes, quienes inician sus relaciones sexuales sin protección y como producto de ello muchas veces llegan a tener embarazos no deseados, por otra parte la población joven y adulta muy a pesar de tener al alcance servicios de planificación familiar, estas no hacen uso de los mismos lo que genera un riesgo potencial para embarazos no planeados.

Cuando ocurren embarazos no deseados la primera opción de las mujeres es someterse a abortos inducidos con el consiguiente riesgo para su salud, de ahí que la familia debe ser el soporte emocional en ese periodo. Se entiende a la familia como una estructura dinámica, pero a la vez existen factores endógenos como exógenos, que comprometen en algún grado su estabilidad generando consigo familias disfuncionales que ante situaciones de peligro a la salud de alguno de sus miembros no reaccionan positivamente, dejando en el abandono al enfermo. Por lo que es menester de los miembros de la célula de la sociedad mantener la unidad familiar para movilizar los recursos necesarios ante situaciones de urgencia o emergencia.

El funcionamiento familiar tiene un importante rol, no sólo en el proceso generador de la enfermedad, sino también en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. Se considera una familia funcional cuando

las tareas o roles asignados a cada uno de los miembros están claros y son aceptados por éstos.

Para evaluar el funcionamiento familiar se viene utilizando un instrumento denominado APGAR familiar el cual tiene utilidad en la identificación de familias de riesgo.

Ante una problemática como es el aborto que va creciendo con el transcurrir de los años el presente trabajo es importante ya que existen razones suficientes para indicar que la familia juega un rol importantísimo sea de carácter positivo o negativo, y esto se incrementa de forma negativa cuando existen familias disfuncionales, dejando en la orfandad a las mujeres que sufren este problema.

Por lo que el propósito central de esta investigación es identificar si existe asociación entre las familias disfuncionales con el aborto inducido, para lo cual se ha planteado la siguiente hipótesis: La disfunción familiar está asociada de forma significativa con el aborto provocado en mujeres en etapa reproductiva atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La disfunción familiar como problema de salud pública se ve reflejada cuando las fuerzas motrices (físicas, emocionales e intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación y dotación) al que se les atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, operan de manera negativa para determinar un mal funcionamiento familiar.

El problema actualmente existe en todo ámbito geográfico, así en países latinoamericanos como en México, en un estudio efectuado en familias atendidas en un centro de atención primaria, se constató que había un 52% de parejas funcionales, un 39% de parejas moderadamente disfuncionales y un 9% de parejas severamente disfuncionales.

Mientras que en el Perú, en un estudio realizado en 120 familias, se detectó que el 28% tenía una buena función familiar, un 37% una disfunción familiar

leve, un 16% una disfunción familiar moderada y un 19% una disfunción familiar severa

El problema es el mismo en toda la región andina, no se han encontrado reportes de disfunción familiar en nuestra región.

El funcionamiento familiar puede ser causa de estrés para sus miembros; por otro lado, la familia constituye el sistema de apoyo social más utilizado en situaciones estresantes, como la pérdida de un ser querido, el padecimiento de una enfermedad, entre otros. En cuanto al aspecto funcional del sistema, la familia cumple con determinadas funciones como grupo: la biosocial, la económica y la cultural-espiritual; estas son el resultado del funcionamiento de sus miembros¹. Además el incremento del número de familias disfuncionales, donde hay permanente conflicto, mala conducta y abusos, y esa situación está conduciendo a una sociedad deshumanizada, centrada en el individualismo, lo cual influye en la escasa o nula participación de apoyo cuando una mujer tiene embarazos no deseados y culminan en aborto.

Así mientras las cifras de los abortos espontáneos son conocidas y se sitúan entre el 10 y 18% de los embarazos⁴, los mismos que en general se asocian con defectos cromosómicos enfermedades maternas de tipo endocrinas, inmunológicas, infecciosas y malformaciones del aparato genital o disfunción placentaria En general se puede indicar que un tercio de todas las mujeres tienen un aborto espontaneo alguna vez en sus años reproductivos

Cada año, más de cuatro millones de mujeres en América Latina tienen un aborto inducido. Dado que la mayor parte de los abortos son ilegales, estos procedimientos se efectúan en condiciones clandestinas y muchas veces

peligrosas. Como resultado, la región enfrenta un serio problema de salud pública que amenaza las vidas de las mujeres, pone en peligro su salud reproductiva y pone una gran presión sobre los sistemas de salud y hospitales ya sobrecargados.

El aborto inducido es difícil de analizar debido a su práctica clandestina y el estigma que lo rodea. Se estima que el 44% de los embarazos no planeados en Colombia terminan en un aborto inducido

En Perú, 370,000 abortos clandestinos se producen anualmente en el país, lo que significa que hay 5 mujeres que abortan por cada 100 gestantes⁹. Mientras que en la región Apurímac no existen datos confiables que indiquen la magnitud de este problema.

Las consecuencias de un aborto inducido realizado fuera de la ley pueden ser inseguro. Se estima que una tercera parte del total de mujeres que tienen un aborto ilegal desarrollan complicaciones que necesitan tratamiento en una institución de salud. La tasa de complicaciones en las mujeres pobres del medio rural es la más alta de todos los subgrupos (53% vs. 24–44%). Desafortunadamente, una quinta parte del total de mujeres que sufren complicaciones postaborto no reciben tratamiento alguno; y esas mujeres no tratadas son especialmente propensas a sufrir consecuencias de largo plazo

El medio social o la red social de la persona (amigos, familia, compañeros de trabajo o estudio y comunidad en la cual está inserta) se torna un mecanismo inductor y/o reductor de estrés ante la pérdida del hijo; “el sistema social es entendido como poseedor de elementos estresantes y/o amortiguadores del estrés”⁴. El apoyo social disminuye o aumenta el estrés y el riesgo de padecer

trastornos psicológicos ya que hace referencia a los recursos que el ambiente le brinda a la persona enferma

Una buena funcionalidad familiar logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable entre ellos, satisfaciendo los parámetros básicos de adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos

En este proyecto, se trata de establecer si existe asociación significativa o no entre la función familiar y el aborto.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación temporal:

La presente investigación tomó como ámbito temporal los meses de abril a junio del 2017.

1.2.2 Delimitación geográfica:

El ámbito geográfico de la presente investigación es el Hospital de Chincheros. Establecimiento del II Nivel de Atención de Salud categorizado como II-1. Ubicado en la capital de la Provincia de Chincheros, Región Apurímac.

1.2.3 Delimitación social:

Las unidades de estudio para la presente investigación fueron las mujeres que presentaron un episodio de aborto.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema principal

¿Existirá asociación entre la disfunción familiar y el aborto provocado en mujeres en etapa reproductiva atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio 2017?

1.3.2 Problemas secundarios

¿Cómo es la función familiar en las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital chincheros de abril-junio, 2017?

¿Cómo es la distribución de la frecuencia de abortos en las mujeres a atendidas en el Hospital chincheros de abril-junio, 2017?

¿Existirá relación entre la función familiar y el aborto en mujeres en etapa reproductiva en el Hospital chincheros abril-junio, 2017?

¿Cómo son las características personales de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital chincheros de abril-junio, 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar si existe asociación entre la disfunción familiar y el aborto provocado en mujeres en etapa reproductiva atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio 2017.

1.4.2 Objetivos específicos

Identificar el grado de función familiar en las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital chincheros de abril-junio, 2017.

Caracterizar la distribución de la frecuencia de abortos en las mujeres atendidas en el Hospital chincheros de abril-junio, 2017.

Identificar si existe relación entre la función familiar y el aborto en mujeres en etapa reproductiva en el Hospital chincheros abril-junio, 2017.

Describir las características personales de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital chincheros de abril-junio, 2017.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

La disfunción familiar está asociada de forma significativa con el aborto provocado en mujeres en etapa reproductiva atendidas en el Hospital chincheros de abril-junio, 2017.

1.5.2 Hipótesis específicas

La función familiar está relacionada con el aborto en mujeres en etapa reproductiva atendidas en el Hospital chincheros abril-junio, 2017

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El modelo tradicional del abordaje y tratamiento del aborto en las mujeres de nuestras instituciones de salud está orientado al abordaje de la patología, sin tomar en cuenta el entorno y el daño psicológico que este evento genera.

Generalmente tratamos en nuestras unidades de salud el producto final en este caso el aborto (basados en normas nacionales), sin embargo hay múltiples factores maternos, fetales, ovulares, muy bien conocidos y

estudiados, pero no obstante nos falta dirigir estudios de investigación relacionado con los factores sociales, la familia y el entorno, entendiendo que el estudio de la familia como grupo social, constituye una necesidad para el profesional de la salud, por ser este el grupo que más influye en la formación de la personalidad. En la familia se adquieren las creencias, los temores y los criterios de riesgo que van a condicionar las actitudes de sus integrantes ante el proceso salud-enfermedad.

El presente estudio se justifica por ser pertinente en vista que el aborto es un problema de salud pública y me ha involucrado el interés de abordar esta línea de investigación para incrementar la línea de investigación; además que el problema en mención afecta la salud reproductiva, trayendo consigo sobrecostos al sistema de salud.

Por otro lado el aborto se constituye como un problema de salud pública relevante en nuestro país, ya que genera una situación de estrés a nivel de la familia y se constituye en un elevado riesgo para la salud física y psicológica de la mujer, el mismo que afecta a una gran cantidad de personas, no se tienen cifras reales del aborto inducido por el mismo hecho de ser ilegal en nuestro país.

Además se justifica ya que el Ministerio de Salud tiene compromisos nacionales e internacionales de mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Por lo que se abordara el problema desde un enfoque social y clínico.

El presente estudio es interesante, novedoso y bien diseñado, para la validez científica se tratara de evitar en lo posible sesgos por el hecho de que la

variable aborto en su categoría aborto inducido es una variable en la cual las pacientes no revelan con exactitud el desencadenamiento del episodio.

La viabilidad del presente estudio se justifica ya que existe disposición por parte de las entidades de salud de reducir el impacto que tiene el aborto sobre la salud individual y sobre el entorno familiar, además de que este estudio puede ser replicado en otros ámbitos geográficos y espaciales distintos, los mismos que incrementarían la evidencia suficiente sobre la relación de ambas variables.

El papel de la familia es considerado fundamental en la forma como es vivido el proceso de embarazo. Este aspecto cobra especial importancia cuando durante el desarrollo del embarazo se producen acontecimientos que ponen en riesgo la vida de la mujer tal como es el caso de abortos. La noción de apoyo familiar es un constructo considerado de difícil definición, sobre todo por su carácter multidimensional. No obstante, este envolvería la capacidad de adaptación de la familia a nuevos acontecimientos familiares, ofreciendo el apoyo considerado necesario, manteniendo una comunicación empática, intercambiando sentimientos y comentarios de soporte. De esta forma, las relaciones familiares adquieren especial importancia en el desarrollo de sentimientos de pertenencia a un determinado ambiente, así como en la movilización de recursos físicos y psicológicos para lidiar con los desafíos cuando se presentan eventos adversos a la salud.

La importancia clínica radica en que existen pocos estudios previos que relacionan como afecta la variable funcionamiento familiar sobre el tipo de aborto.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacionales:

Calderón Morales, Iliana de la Caridad y Col, en su trabajo “Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud.”, realizado el año 2014, con el objetivo de determinar la relación entre la disfunción familiar y la presentación del embarazo en ellas. Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, de las 58 gestantes menores de 20 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario “Josué País García” de Santiago de Cuba, de enero a diciembre del 2013, se aplicó el instrumento de evaluación Faces III. Obteniendo como resultados que: predominio del grupo etario de 15-18 años, de la vinculación a los diferentes niveles de enseñanza en correspondencia con la edad, así como de la disfuncionalidad familiar y el tipo de familia extensa; estos 2 últimos resultados constituyeron factores predisponentes en el desarrollo de conductas de riesgo, como el embarazo precoz.

Velasteguí Guerrón, Edison Leonardo¹³, en su trabajo “LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO INDUCIDO EN LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO MARZO 2012 – AGOSTO 2012”, realizado el año 2012, con el objetivo de Determinar la influencia de la disfunción familiar en el aborto inducido de las adolescentes en estudio. Material y Método: desarrolló desde el enfoque cualitativo y cuantitativo, aplicando el tipo bibliográfico – documental y de campo, con nivel de tipo descriptivo explicativo y exploratorio, se trabajó con 80 pacientes adolescentes que acuden al servicio de maternidad y que estuvieron atravesando un aborto. Con los cuadros diagnósticos se aplicó Terapia Racional Emotiva y por la población el abordaje también involucro a los padres con el fin de tener un manejo integral en cuanto a lo afectivo, cognitivo y conductual. Obteniendo como resultados que: Al realizar el análisis de funcionalidad y disfuncionalidad familiar, podemos deducir que la menor población sometida a investigación percibe a sus familias como severamente disfuncional; mientras que en la mayoría de los casos perciben a sus familias severamente disfuncionales; en el aspecto funcional de la familia una parte de las adolescentes consideran a sus familias como moderadamente funcional y la minoría considera que las familias son funcionales. En cuanto a la variable aborto, llama la atención el conocimiento bajo de lo que significa el aborto ya que la mayoría de la población manifestó tener este grado de conocimiento, señalando entre los tipos a los más frecuentes como la succión y el curetaje, pero durante el proceso investigativo se notó que no distinguen las características de cada uno de estos procesos terapéuticos. Entre las

intervenciones abortivas realizadas por las pacientes definen haberse practicado el curetaje, y la succión; cifra que consolida el criterio anterior.

Nacionales:

Emilia Gil Tafur y col¹⁴, en su trabajo “Aborto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García, 2016”, realizado el año 2017, con el objetivo de determinar la asociación entre el aborto y la funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” de la Ciudad de Iquitos, durante el I semestre del año 2016. Material y Método: El método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo correlacional. La población estuvo conformada por 547 mujeres hospitalizadas de enero a junio del 2016, con una muestra de 90 mujeres con diagnóstico de aborto y sin aborto. La técnica que se empleó fue la entrevista, y el instrumento utilizado fue el Test de la Percepción del funcionamiento familiar, constó de 14 ítems (validez 96% y confiabilidad 94%). Los datos fueron analizados mediante la prueba estadística inferencial, Chi-Cuadrado. Obteniendo como resultados que: de 90 (100%) mujeres de la muestra, 45(50%) corresponde a mujeres sin aborto de los cuales 15(16.17%) proceden de familias funcionales, y 45 (50%) fueron mujeres con aborto, de los cuales 40(44.44%) proceden de familias disfuncionales. Al aplicar la prueba Chi-Cuadrado se obtuvo resultados significativo: $X^2 = 6.4$ $Xt2 = 3.84$ resultado que permitió aprobar la Hipótesis: “El Aborto en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” se relaciona a la disfunción familiar”

Elizabeth Palomino Romero, en su trabajo “DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL DISTRITAL JERUSALÉN DE LA ESPERANZA EN EL PERÍODO ENERO-FEBRERO 2015”, realizado el año 2015, con el objetivo de Determinar si la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza. Material y Método: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 120 adolescentes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin gestación. Obteniendo como resultados que: La frecuencia de disfunción familiar en las adolescentes con y sin gestación fue de 32% y 17% respectivamente. El odds ratio de disfunción familiar en relación a adolescente gestante fue de 2.31 ($p < 0.05$) el cual fue significativo. Conclusiones: La disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza. No existen diferencias significativas en relación a edad y procedencia entre las adolescentes de ambos grupos de estudio.

KAREM LISBET VELEZ FIGUEROA¹⁶, en su trabajo “RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ACTITUD SEGÚN GÉNERO FRENTE AL ABORTO EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INDUSTRIAL N° 32, PUNO - 2013”, realizado el año 2013, con el objetivo de Determinar la relación directa entre la Funcionalidad Familiar y la actitud frente al aborto en adolescentes varones y mujeres de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 de la ciudad de Puno 2013. Material y Método: de tipo descriptivo comparativo y diseño correlacional para lo cual se contó con

una población de 141 estudiantes que viene a representar el 100% de los estudiantes de 4º y 5º año. Para la obtención de datos se utilizó la técnica de la encuesta a través de dos cuestionarios: la Prueba de la percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) formulada por Pérez de la Cuesta, Louro y Bayane (1994), y la encuesta para determinar la Actitud frente al Aborto propuesto por Lope (2005). Obteniendo como resultados que: que la permeabilidad es una dimensión que se encuentra en una categoría disfuncional con un 46.1% en caso de mujeres; en varones adolescentes la adaptabilidad es una dimensión en una categoría disfuncional con un porcentaje de: 46.2%. Al respecto de la actitud frente al aborto se tomó en cuenta tres aspectos: en desacuerdo, indiferente y de acuerdo con el aborto en dos dimensiones conductual y afectiva. En el aspecto conductual en mujeres adolescentes estuvieron de acuerdo con el aborto un 21% del número de encuestadas con el componente “acudiría donde un médico para abortar”; en caso de los varones estuvieron de acuerdo con el aborto un 36.9% con el componente “soy menor de edad por lo que si desearía que aborte”. En lo afectivo en caso de mujeres su actitud de acuerdo con el aborto con un 21.1% de las encuestadas se dio en el componente “no me importa la opinión de los demás” en comparación con los varones estos tuvieron resultados de acuerdo con el aborto en el componente “no me importa la opinión de los demás” con un 30.7% de los encuestados. Al realizar la prueba CHI cuadrada encontramos resultados con una $\chi^2=6.35339$ relación directa entre la funcionalidad familiar y la actitud conductual frente al aborto en adolescentes mujeres y respecto al componente afectivo se obtuvo como resultado de la prueba $\chi^2=6.8809$. Esto quiere decir que el funcionamiento en la familia tiene relación directa con la

actitud conductual y afectiva de la adolescente frente a un supuesto aborto. Conclusiones: En caso de la funcionalidad familiar y la actitud frente al aborto en adolescentes varones no tiene relación directa debido a los resultados de la prueba de CHI cuadrada donde resultados en el componente conductual $\chi^2=13.70058$ y en el componente afectivo $\chi^2=13.70058$ demuestran que el funcionamiento de la familia del adolescente varón no tiene relación directa a la actitud de acuerdo o en desacuerdo que él tome frente al aborto.

Jully Calderón, Luis Alzamora de los Godos¹⁷, en su trabajo "INFLUENCIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES SOBRE EL ABORTO PROVOCADO EN ADOLESCENTES", realizado el año 2006, con el objetivo de Determinar la influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. Material y Método: Estudio de casos y controles; los casos fueron 58 adolescentes con aborto provocado que acudieron al Hospital Regional Docente de Trujillo, por hemorragia, y el grupo control fueron 58 adolescentes pareadas según edad de la paciente, edad gestacional y nivel socioeconómico, que continuaron con el embarazo y acudieron al control prenatal en el mismo hospital. Obteniendo como resultados que: Sólo 20% de los casos comunicó a sus padres sobre el embarazo, a diferencia del 62% de los controles ($p<0,001$), la falta de confianza hacia los padres estuvo asociada con el aborto provocado (OR: 4,5; IC95: 1,7-12,3), no se encontró asociación con el antecedente familiar de aborto o con la violencia intrafamiliar. Las reacciones negativas (violencia, retirar a la afectada de los estudios o hacerla trabajar) de los padres ante la noticia del aborto fueron más frecuentes en el grupo con aborto (OR: 14,1; IC95: 3,9-50,9); así como la presentación de molestias y discusiones entre los miembros de las familias de los casos (OR:

23,9; IC95: 12,4-208,7). Conclusiones: La comunicación y el nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante la noticia del embarazo están fuertemente relacionados con el aborto provocado, en las adolescentes de Trujillo.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Tras la llegada del siglo XXI, la familia, considerada como célula estructural sobre la que se construye toda sociedad, está siendo visualizada con especial atención. Los cambios abruptos en las últimas décadas han influido en la transformación de la familia, desplegando esfuerzos por tratar de re-conceptualizarla y comprenderla. A pesar de las variantes dentro de la familia, ésta constituye un sistema que imprime a sus miembros rasgos que le dan una identidad familiar y personal, al transmitir valores y patrones de comportamiento, que los guían a través de metas congruentes hacia el propósito de la vida

2.2.1.1 Definición de funcionalidad familiar

Según Smilkstein²³, la percepción de la funcionalidad familiar es definida como la percepción del cuidado y apoyo que un individuo recibe de su propia familia. Entre las características más importantes del funcionamiento familiar, podemos mencionar el recibir apoyo, así como la comprensión y el ánimo que se halla entre sus miembros, lo que permite avanzar a través de los estadios normales de crecimiento y desarrollo^{22, 24} destaca que es común, que familias consideradas sanas o funcionales, presenten características tales como:

comunicación clara y directa, definición de roles, autonomía de los integrantes, habilidad para resolver problemas, cohesión y solidaridad entre sus miembros.

2.2.1.2 Perspectiva sistémica

Desde la perspectiva sistémica, el sistema familiar logra funcionalidad a través de la congruencia de cuatro procesos familiares y que son susceptibles de ser afectados: 1) coherencia, es un proceso mediante el cual las relaciones armónicas entre los miembros familiares, proveen de un sentido de unidad y pertenencia familiar, por medio de la internalización de respeto, amor, interés de uno por otros, compartir valores y creencias; 2) individuación, que hace referencia a la estructura de identidad personal, que se desarrolla mediante la comunicación con otros sistemas, a través del desempeño de roles y responsabilidades, favoreciendo los talentos, iniciativas y conocimientos que proveen de apertura al entendimiento; 3) el mantenimiento del sistema es un proceso que abarca la mayoría de las estrategias de la vida familiar y personal que proveen de un sentido de seguridad y autonomía; finalmente 4) el cambio del sistema, comprende la incorporación de nuevos conocimientos para asumir diferentes conductas frente a presiones internas personales, familiares y del ambiente.

Por su parte otros autores, describen tres factores inmersos dentro del funcionamiento del grupo familiar.

El primero de ellos vendría a ser, cohesión familiar, que es el grado en que los miembros de la familia están conectados o separados y se la define como un vínculo emocional del grupo familiar; en segundo lugar, se encuentra el factor denominado adaptación familiar, definido como la habilidad del grupo para el cambio, y por el último, la comunicación familiar, que hace referencia a procesos de interacción entre los miembros.

2.2.1.3 Criterios para la funcionalidad familiar

- Comunicación: Clara, directa, específica y congruente.
- Individualidad: Autonomía respetada e indiferencias toleradas.
- Toma de decisiones: Buscar la solución más apropiada para cada problema.
- Reacción a los eventos críticos: Flexible para adaptarse a las demandas exigentes.
- Principios Fundamentales del Funcionamiento Familiar según FRAMO
- Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hayan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.
- Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.

- Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
- Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
- Que lo más importante para cada esposo sea su pareja y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
- Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecido en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.
- Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
- Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.
- Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.
- Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas tales como miembros de la familia extensa y amigos.

2.2.1.4 APGAR familiar

El uso del apgar familiar o fapgar se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el

consultorio del médico de familia, “para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar”

El apgar familiar fue elaborado para medir la función familiar, sin embargo las preguntas están dirigidas para medir cualitativamente la satisfacción de un miembro de una familia en cuanto a cinco elementos que constituyen la función familiar, debido a que Smilkstein tenía el concepto de que la función familiar era el cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familia

La escala de calificación de apgar familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar. No obstante, en las dimensiones que integran los cinco conceptos que originaron el mismo número de reactivos en el test, no se identifica la posibilidad de medir con el apgar la disfunción familiar

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia

Definición de los cinco parámetros de la función familiar:

1. Adaptación: Capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada.

2. Participación: Distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones.
3. Ganancia o Crecimiento: Logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo.
4. Afecto: Relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.
- 5.-Recursos: Capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio y dinero entre los integrantes de la familia.

2.2.1.5 Utilidad del APGAR familiar

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas

2.2.2 ABORTO

La definición de aborto estuvo ligado al termino viabilidad que, referido al producto de la concepción, significa la capacidad de supervivencia de un feto fuera del vientre materno, esto ocasiona dificultades conceptuales y de registro, pues los dos parámetros de referencia, el

peso y la edad del embarazo, para considerar a un feto como viable, eran diferentes, dependiendo de las experiencias de cada autor.

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la 22 semana de gestación, o con embrión o feto menor de 500 gr, independientemente del carácter espontáneo o provocado del mismo.

Frecuencia

Es difícil precisar la incidencia del aborto, pero en general se estima que se produce entre el 15 y 20 % de todas las gestantes, con mas frecuencia entre los 25 a 30 años de edad, que por lo demás es la época de mayor fertilidad en la mujer.

2.2.2.1 Clasificación según la intencionalidad

2.2.2.1.1 Aborto Espontaneo

Se considera aborto espontáneo a la finalización de la gestación espontáneamente antes de que el feto haya alcanzado una edad gestacional que permita su viabilidad fuera del útero, lo cual corresponde habitualmente a un feto de menos de 500 gramos o 22 semanas de embarazo³⁰.

Se denomina aborto precoz al que ocurre antes de las 12 semanas de gestación y tardío al que lo hace posteriormente.

Aborto espontaneo (clínico): es la pérdida del embarazo luego de ser reconocida clínicamente. Constituye la complicación más frecuente de un embarazo es la práctica clínica cuando se producen

tres a más abortos consecutivos en una mujer se le denomina aborto recurrente o aborto habitual

a) Incidencia

El aborto espontáneo clínico se produce en un 10-20 % de los embarazos, disminuyendo su frecuencia conforme avanza la edad gestacional, de forma que el 85 % de los abortos espontáneos se producen durante las primeras doce semanas de gestación

b) Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo para presentar un aborto espontáneo precoz son la edad materna avanzada y la existencia de abortos previos.

c) Tipos de aborto espontáneo

Se pueden considerar diversos tipos de aborto espontáneo:

- Aborto retenido: el embrión o feto muertos son retenidos en el útero durante un tiempo prolongado sin que se produzca su expulsión espontánea. Se denomina aborto diferido cuando se observa un embrión mayor o igual a 5 mm sin latido cardíaco, y gestación anembrionada (huevo huero) cuando se observa un saco gestacional mayor de 20 mm sin embrión en su interior.
- Aborto en curso: la expulsión del contenido uterino es inminente.

- Aborto completo: la expulsión del contenido uterino es completa, diagnosticándose ecográficamente por una línea endometrial menor de 15 mm.
- Aborto incompleto: la expulsión del producto de la concepción es parcial, diagnosticándose ecográficamente por una línea endometrial mayor de 15 mm

d) Diagnóstico

Un aborto espontáneo puede diagnosticarse en una paciente asintomática en una ecografía de rutina durante el primer trimestre de gestación. En caso de presentarse síntomas, estos suelen ser sangrado vaginal y dolor abdominal habitualmente hipogástrico.

Ante una sospecha de aborto debe realizarse una exploración ginecológica con espéculo para valorar origen y cantidad del sangrado o la existencia de restos ovulares en cérvix o vagina, y un tacto bimanual para valorar la dilatación cervical y las características del dolor abdominal.

El diagnóstico de confirmación se realizará mediante ecografía, preferiblemente vaginal, para valorar las características del contenido intrauterino. Si se observa un embrión mayor de 5 mm sin actividad cardíaca o un saco gestacional mayor o igual a 20 mm sin embrión ni vesícula vitelina, puede establecerse el diagnóstico de aborto.

Si no puede establecerse un diagnóstico, deberá repetirse la ecografía tras 7 días, estableciendo el diagnóstico si no se observan cambios evolutivos respecto a ecografías previas.

La determinación de b-hCG puede complementar a la ecografía. Con niveles mayores de 1.500 mUI/ml se debe observar gestación intrauterina. Además, en una gestación viable, estos niveles deben duplicarse en 48 horas.

e) Tratamiento

Una vez diagnosticado un aborto en el primer trimestre, debe solicitarse análisis sanguíneo con hemograma, bioquímica, hemostasia, grupo y Rh. Si la paciente es Rh negativa deberán administrarse 300 mg de inmunoglobulina anti-D intramuscular antes de 72 horas.

Debe ofrecerse a la paciente la posibilidad de tratamiento médico o quirúrgico, informándole de las características de ambos y entregándole el correspondiente consentimiento informado.

Tratamiento farmacológico: con misoprostol permite evitar el ingreso hospitalario, siendo de elección si la mujer desea evitar la cirugía, es obesa o ante malformaciones, miomas o intervenciones cervicales que dificulten el tratamiento quirúrgico.

Sus principales efectos secundarios (poco frecuentes) son febrícula y alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea). Está contraindicado en mujeres con hemoglobina menor de 10 mg/dl, gestaciones con DIU, obstrucción del canal cervical,

gestaciones ectópicas, insuficiencia suprarrenal, asma grave, glaucoma, estenosis mitral, porfirias congénitas, corticoterapia de larga duración, alteraciones hemorrágicas, uso de anticoagulantes y dificultad para acceder a un centro médico de urgencias. Se han propuesto diversas dosis de misoprostol, preferiblemente vía vaginal: 800 µg/24 horas, dos dosis; 200 µg/4 horas, 1-2 días; 600 µg/6 horas, dos dosis; etcétera.

La paciente deberá ser valorada periódicamente clínica y ecográficamente hasta que el aborto se considere completo y se encuentre asintomática, cada 48-72 horas preferiblemente o de forma semanal. Ante el fracaso del tratamiento médico se le ofrecerá la posibilidad de repetir éste (hasta en tres ocasiones) o de realizar un tratamiento quirúrgico.

No es obligatorio realizar el estudio histológico de los restos abortivos, pero sí es conveniente para confirmar gestación y excluir embarazo ectópico o una posible enfermedad trofoblástica gestacional.

Etiología

Las causas generadoras de aborto pueden resumirse en:

-causas ovulares propiamente dichas aunque los progenitores sean aparentemente normales , es más de la mitad de los casos de abortos tempranos estos se producen por un desarrollo embriológico anormal debido a factores hereditarios o a defectos

cromosómicos adquiridos. Se cree por lo menos el 10% de las concepciones humanas tienen anomalías cromosómicas.

-causas maternas orgánicas.- entran en este grupo las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción. Se subdividen en enfermedades generales, como tuberculosis grave, toxoplasmosis, enfermedades de chagas, enfermedades locales, como habitualmente lo son las organopatías pélvicas de todo orden genitales o extra genitales que pueden provocar el aborto: por ejemplo infecciones genitales, tumores, displacias, desgarros cervicales con deficiente contención del huevo, alteraciones propias del utero (malformaciones, siniquies posraspado) .incompetencia del orificio del cuello, etcétera.

-causas funcionales.- constituyen del 10 al 15 % de los abortos espontáneos. Formas este grupo aquellas enfermedades en las que, por lo menos en un principio, solo hay alteraciones de la función de órganos o sistemas que pueden interferir en la normal evolución de la gestación. Lo constituyen los grandes trastornos metabólicos (diabetes) y fundamentalmente las endocrinopatías, ya sean extragonadales, como son los distiroidismos, o puramente gonadales, alteraciones funcionales del ovario, del troblovastoo de la placenta, que producen el aborto endogrino gonadal esto último estaría en duda, observando la falta de efectividad clínica de la administración de progesterona para la

prevención y el tratamiento del aborto, probablemente los niveles bajos de esta hormona sean la consecuencia y no la causa .

-causas inmunológicas.- los mecanismos inmunológicos asociados al aborto son de tipo autoinmune (síndrome de anticuerpos antifosfolipidos, anti cuerpos antinucleares débilmente positivos) y aloinmunes (incompatibilidad ABO), trombofilias.

-causas psicológicas.-se incluye en este grupo a todas aquellas pacientes infértiles, clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, en las que los traumas emocionales conscientes y subconscientes se asocian con el aborto.

-causas de origen toxico.- (intoxicaciones con plomo, mercurio, arsénico, fosforo, etc,) o carencial, es decir, deficiencias nutritivas totales o parciales (de proteínas, hidratos de carbono, grasas vitaminas, minerales, etc.).

-los traumatismos de todo orden, directos o indirectos.

-abuso de drogas licitas e ilícitas, tabaco alcohol, cafeína

2.2.2.1.2 Aborto Inducido, provocado o voluntario

Es aquel aborto resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Puede ocurrir en el contexto de la legalidad o ilegalidad.

Puede ser:

- Libre: bajo el derecho que tendría la mujer para interrumpir su embarazo por el sólo hecho de no ser deseado.
- Psicosocial
- Eugenésico: cuando se predice que nacerá un feto con defecto o enfermedad.
- Terapéutico: por razones de salud materna.
- Mixto: cuando en el embarazo múltiple se realiza una reducción selectiva embrionaria o fetal para que los restantes tengan mayor probabilidad de sobrevivir.
- Ético: Cuando el embarazo es fruto de una agresión sexual²⁹.

A pesar de que en la mayor parte de Canadá, Estados Unidos y Europa se ha legalizado o despenalizado la práctica del aborto durante el primer trimestre del embarazo, los países de Sudamérica permanecen reacios a permitirlo. En general, la mayor parte de las cartas fundamentales y leyes en estos países protegen la vida que está por nacer como derecho fundamental, mismo que colisiona directa e irreconciliablemente con el aborto provocado voluntariamente.

Complicaciones del aborto inducido clandestino

Las complicaciones del aborto inducido clandestino pueden ser inmediatas o tardías. Entre las complicaciones inmediatas, la infección es la más frecuente.

Complicaciones inmediatas

-infecciones localizadas. Endometritis y cervicitis, las que raramente se presentan en forma aislada. La metrorragia puede ser de signo semiológico mas detectado de una endometritis.

-infecciones propagadas. La vía de propagación puede ser canalicular a través de las trompas de Falopio, pudiendo producir salpingitis, ooforitis, pelviperitonitis, y peritonitis generalizada. La via conjuntivo linfática produce en general infecciones de la pared uterina o metritis de diferentes grados de extensión; también puede determinar parametritis, anexitis, pelviperitonitis y peritonitis.

-infecciones generalizadas. Esta complicación es la más temida y su origen puede ser cualquiera de los mecanismos. Su mortalidad es elevada y su pronostico depende de los medios y técnicas que se disponen para su tratamiento. La infección generalizada da origen a septicemia, piohemia y shock séptico, el cual alcanza una letalidad que varía una letalidad que varía entre el 11 y 47 % .

-hemorragia. La hemorragia habitualmente se produce por restos ovulares. Debe ser tratado como un cuadro de urgencia por el riesgo de anemia y shok hipovolemico. El tratamiento es el raspado uterino.

La hemorragia se puede acompañar de lesiones importantes del cuello o de ruptura del cuerpo uterino y es indispensable que el examinador tenga siempre presente este hecho en la exploración ginecológica, tanto para el tratamiento en el momento del raspado

uterino y su control clínico inmediato, como para indicar un tratamiento quirúrgico más radical en caso necesario.

Una anemia importante, con tendencia al shock y sin presencia de hemorragia externa abundante que explica la gravedad del cuadro, debe hacer sospechar una rotura o perforación uterina con hemoperitonea,

- lesiones de tejido y órganos pelvianos. Estas complicaciones pueden incluir lesiones superficiales desgarras o perforaciones de órganos y tejido de la cavidad pelviana, lo más frecuente en la perforación del cuerpo uterino y los desgarras del cuello uterino, las perforaciones del cuerpo se pueden complicar con lesiones o complicaciones de otros órganos vecinos como la vejiga, el intestino delgado y los tejidos pelvianos correspondientes a los parametrios o al territorio periuretral, este último sucede cuando se perfora el cuello o la pared baja del cuerpo uterino.

La extensión y gravedad de las lesiones o desgarras de los órganos y tejidos dependerán de las maniobras empleadas en las practicas del aborto, las manobras practicadas por inexpertos son las de mayor gravedad incluyendo la extracción de órganos y tejidos pelvianos a través de la perforación del cuerpo uterino, generalmente intestino que se confunde con el material embrionario, estas complicaciones son mas frecuentes en embarazos de 12 a 16 semanas.

-embolia. La embolia son complicaciones graves y causa de muerte súbita en el curso del tratamiento por complicaciones del aborto. Las embolias mas frecuentes son de origen séptico incluyendo las embolias pulmonares y las piohemias con localización de abscesos a distancia. Otras embolias de extrema gravedad son del líquido amniótico y las gaseosas que ocurren en embarazos mayores de 16 semanas. La alteración del mecanismo de la coagulación produce tromboembolias a distancia, tanto en las extremidades inferiores como en el pulmón. Las embolias por sustancias causticas y detergentes se producen en aquellos casos en los cuales el aborto es provocado con lavados jabonosos intra uterinos practica que desgraciadamente se mantiene todavía en algunos medios

a) Aborto inducido y apoyo familiar

La ausencia de debates sobre la especificidad de la interrupción del embarazo favorece una visión reduccionista sobre el significado de ese evento en el inicio de la trayectoria reproductiva, en la medida en que no es llevado en cuenta el hecho de que la decisión sobre la continuidad de un embarazo contiene la eventual posibilidad de convertirse en una carga y de la exposición a los riesgos de la opción por el aborto. De ese modo, la ocurrencia del abortamiento en la vida de las mujeres va más allá de lo que los datos estadísticos muestran, una vez que se trata de una situación impregnada por conflictos en el ámbito particular y social, ya que, conforme resultados de estudios sobre las experiencias de mujeres con el aborto

provocado, entre los principales motivos, que las llevan a optar por él, están la falta de apoyo del compañero y de la familia y las dificultades económicas.

Los recursos de apoyo social y el mundo de relaciones afectivas, juegan un papel relevante en el proceso de aborto. Se reconocen como factores protectores durante todo el proceso, el apoyo familiar y social con los que cuente la mujer.

Los itinerarios que realizan dependen de las condiciones económicas, la edad, el tipo de método utilizado y las rutas de acceso, así como de la disponibilidad de recursos, del apoyo familiar y social. Todos ellos son factores que favorecen u obstaculizan el acceso a un aborto seguro.

b) Aborto inducido en el contexto latinoamericano

La práctica del aborto inducido en América Latina está envuelta en un velo de secretividad, resultado directo de las severas limitaciones que impone la ley sobre el aborto en gran parte de la región. El aborto inducido es castigado por ley en casi todos los países, con excepción de Cuba, Puerto Rico y otros países del Caribe. En gran parte de la región, los médicos pueden legalmente terminar un embarazo sólo en los siguientes casos: cuando éste amenaza la vida de una mujer; cuando es el resultado de una violación o de incesto; o cuando se caracteriza por la deformidad del feto. Muy rara vez, sin embargo, se aducen estas opciones.

c) Frecuencia del aborto inducido

La preocupación por el alto nivel de abortos clandestinos en América Latina no es nada nuevo. Durante los últimos 20 ó 30 años, las personas responsables de formular políticas públicas y los profesionales de la salud han estado al tanto de que en la mayor parte de los países de la región, se han estado practicando abortos inseguros a una prevalencia que tiene serias consecuencias sobre la salud de la mujer y sobre los costos de los servicios nacionales de asistencia médica.

Las tasas estimadas de aborto son más altas en Perú y Chile (por lo menos una mujer de cada 20 entre los 15 y 49 años tiene un aborto inducido cada año), son intermedias en el Brasil, Colombia y la República Dominicana (por lo menos una mujer de cada 30) y son más bajas en México (aproximadamente una de cada

d) Complicaciones del aborto inducido

Mientras más seguro sea el procedimiento utilizado para practicar un aborto bajo cualquier condición, menos serán las mujeres que requerirán de hospitalización.

Desde luego, el número de mujeres hospitalizadas también dependerá de la disponibilidad de servicios hospitalarios. Las mujeres que viven en áreas rurales con toda probabilidad tendrán menos acceso a tratamiento en un hospital que las mujeres que viven en áreas urbanas, a pesar de que son

precisamente las que más estarán expuestas al uso de técnicas inseguras, a proveedores no capacitados y a condiciones antihigiénicas

e) Razones que mueve a las mujeres a tener un aborto inducido

La mayoría de los estudios sobre mujeres que han tenido que ser hospitalizadas por complicaciones relacionadas con el aborto concluyen que la razón principal por la cual las mujeres optan por no llevar a término su embarazo es porque no pueden tener o mantener un hijo debido a razones económicas, personales o familiares. Muchas de éstas no están casadas o están en relaciones inestables.

Si son solteras o muy jóvenes, con toda probabilidad decidirán que no pueden hacerse cargo de un hijo solas y sin apoyo económico

f) Condiciones sociales de las mujeres y factores relacionados con el aborto.

Si bien el aborto es una práctica a la que recurren mujeres de distintas condiciones sociales, económicas, culturales y etarias, algunos estudios exploraron los perfiles sociodemográficos de las mujeres que tomaron esta decisión y los factores asociados a ello. Aunque los resultados no son generalizables, ofrecen indicios que importa registrar para futuras investigaciones. Según estos, el estado conyugal de las mujeres y la edad no

son factores que determinen una mayor recurrencia al aborto³⁵. Las mujeres sin hijos lo utilizan en mayor medida que aquellas que son madres³⁶. Las mujeres que no tienen pareja conviviente o quienes no cuentan con apoyo familiar, tienen más probabilidades de acudir a un aborto si se les compara con quienes disponen de estas condiciones. La vulnerabilidad asociada a la violencia doméstica y sexual es un factor de riesgo de un embarazo no deseado y un aborto

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

Aborto:

Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.

Aborto espontaneo:

Es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente.

Aborto inducido:

Es la resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta.

APGAR Familiar:

Cuestionario, para evaluar la funcionalidad familiar, a través de la percepción que el individuo tenga sobre la Adaptabilidad, Participación, Ganancia, Afecto y Recursos, al interior de su familia.

Familia:

Miembros del hogar emparentados entre sí, determinado por sangre y matrimonio en el cual vive la mujer embarazada.

Familia disfuncional:

Son familias en la que existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros.

Familia funcional:

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica.

Funcionalidad familiar:

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y la crisis por las que atraviesa.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se enmarca en la siguiente tipología: de acuerdo a la orientación de la investigación es considerada como básica, estos estudios están orientados a lograr un nuevo conocimiento de manera sistemática metódica, con el único objetivo de ampliar el conocimiento de una determinada realidad³⁸, como es el caso del presente estudio.

Es observacional o no experimental, en este tipo el investigador no tuvo participación directa; debido a que los datos consignados durante la investigación reflejan la evolución natural del evento, así mismo éstos se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos

Investigación prospectiva de acuerdo a la planificación de toma de datos, debido a que los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control del sesgo de medición

Según el número de datos que se mide la variable de estudio es transversal, en este caso la variable de estudio se midió en una sola ocasión.

Según el número de variable de interés es analítico, en este tipo de estudios el análisis estadístico por lo menos es bivariado; ya que plantea y pone a prueba hipótesis, su nivel más básico establece la asociación o relación entre variables

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño del presente estudio es no experimental transeccional correlacional, en este se describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, en términos correlacionales.

Se esquematiza de la siguiente manera:

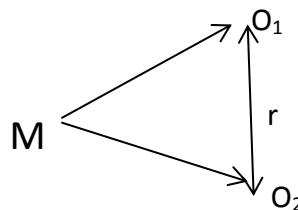
Dónde:

M = Muestra.

O₁ = Variable 1

O₂ = Variable 2.

r = Relación de las variables de estudio



3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 POBLACIÓN

Para efectos del tamaño de la población se tomó al total de mujeres con diagnóstico de certeza de aborto independientemente del tipo clínico, atendidas en el Hospital de Chincheros, en un trimestre previo al ámbito temporal de estudio, que fue de 120 mujeres.

3.3.2 MUESTRA

- a) Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó el algoritmo para población conocida

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	120
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Proporción de pacientes que no tienen abortos	p	0.50
Proporción de pacientes que si practican abortos Su valor es (1-p)	q	0.50
Precisión	d	0.05

Tamaño de la muestra	n	91.62
----------------------	---	--------------

La muestra estuvo representada por 92 mujeres.

Dónde:

Z: nivel de confiabilidad

p: éxito

q: fracaso

d: Precisión

- b) Para seleccionar las unidades de análisis que constituirían el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que los casos de aborto no son muy frecuentes y se requirió no perder la oportunidad cuando se presenta

esta patología, por lo que no habrá ninguna forma de seleccionar la muestra, se hizo deliberadamente hasta completar el tamaño requerido.

c) Criterios de inclusión:

- Pacientes a encuestar: Mujeres de 15 a 49 años de edad al momento que fueron diagnosticados con algún tipo de aborto sea espontaneo o inducido que acuden al hospital de Chincheros.

d) Criterios de exclusión:

- Paciente que no desee participar en el estudio.
- Paciente con trastornos mentales que no estén acompañados por sus familiares.
- En el caso de que una paciente no otorgue su consentimiento se encuestara al inmediato siguiente.

3.4 Variables dimensiones e indicadores

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADOR
Función familiar	Adaptación Participación Crecimiento Afecto Recursos	Test de Apgar familiar
VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADOR
Aborto según intencionalidad	Aborto espontáneo Aborto provocado	Diagnóstico médico reportado en la historia clínica referido a la Interrupción espontánea del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. Diagnostico medico reportado en la historia clínica referido a la Interrupción provocada del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos.
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR
Edad	Edad	Años
Estado civil	Unión conyugal	Estado de unión conyugal que mantiene con pareja
Escolaridad	Grado de instrucción	Ultimo grado de escolaridad alcanzada
Paridad	Paridad	Número de partos previos al aborto
Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos	Antecedente de uso de MAC moderno	Uso anterior a este embarazo de algún MAC

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 TÉCNICAS

La técnica utilizada fue la encuesta, esta busca conocer la reacción o la respuesta de un grupo de individuos que pueden corresponder a una muestra o a una población³⁹. Además se utilizó la técnica de la documentación para medir la variable de estudio tipo de aborto.

3.5.2 INSTRUMENTOS

En el presente estudio de investigación se utilizó como instrumento un cuestionario distribuidos en tres secciones; el primero que contempla preguntas referidas a las características generales de las pacientes (anexo 2); el segundo sobre la variable independiente “Percepción de la Función Familiar” a través del cuestionario APGAR Familiar, que fue heteroadministrado para evitar sesgos, el mismo que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Siendo los puntos de corte los siguientes:

- Familia funcional: 7 - 10 puntos
- Familia moderadamente funcional: 4 – 6 puntos
- Familia disfuncional: 0 – 3 puntos

(Anexo 2).

Y la tercera sección fue para medir la variable dependiente “Culminación del embarazo” en la cual a través de preguntas se indagará el tipo de aborto, el cual se confrontó con la historia clínica.

(Anexo 2).

La validez de contenido del cuestionario fue evaluada por juicio de expertos (anexo 3), Los cuales evaluaron la relevancia, coherencia, suficiencia y claridad de los ítems propuestos.

3.5.3 Procedimientos

Como primera fase se solicitó la autorización para la recolección de datos a la Dirección del Hospital de Chincheros. Para la identificación de los casos, se procedió a la identificación de pacientes atendidas por aborto durante los meses de abril a junio del 2017. Luego de la correspondiente identificación se procedió a verificar si cumplían los criterios de inclusión y exclusión, en aquellas que cumplieron se procedió a invitarlas a participar en la investigación. Seguidamente se informó a las participantes sobre el estudio. Donde se procedió a aplicar el instrumento después de recolectar la información, posteriormente se procedió a realizar una revisión de todos los instrumentos empleados.

Referente al procesamiento de los datos de las variables de estudio fueron sometidos a control de calidad para ser ingresados a una matriz de datos en el software estadístico SPSS, versión 24 para obtener resultados que fueron presentados utilizando tablas de distribución de frecuencias y de contingencia, así como los gráficos correspondientes sean barras, circulares y gráficos de barras agrupadas; para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica Chi cuadrado por tratarse de un estudio transversal y cuyas variables en estudio son aleatorias; además se tomó un nivel de significancia de 5%

CAPITULO IV

RESULTADOS

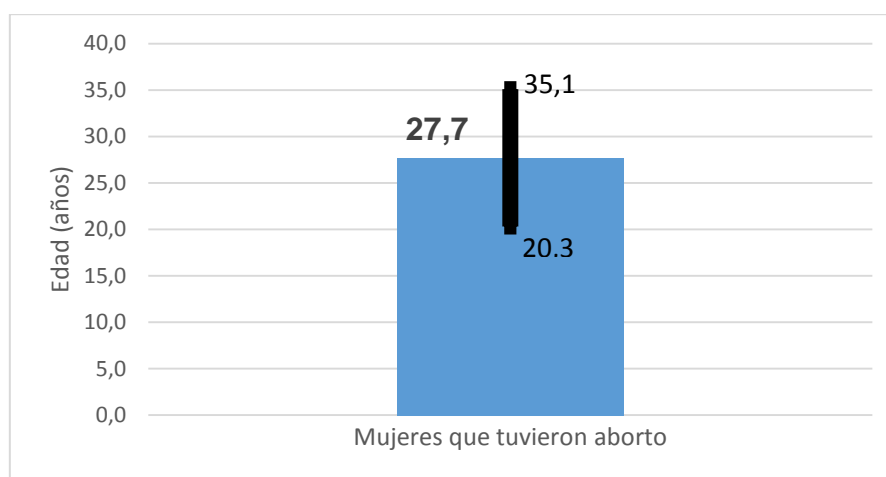
4.1 Resultados

a) Características personales

Tabla 1.- Edad de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

Estadísticos de edad	Valores
Media	27,77
Desviación estándar	7,386
Mínimo	15
Máximo	46

Gráfico 1.- Promedio de edad y desviación estándar de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

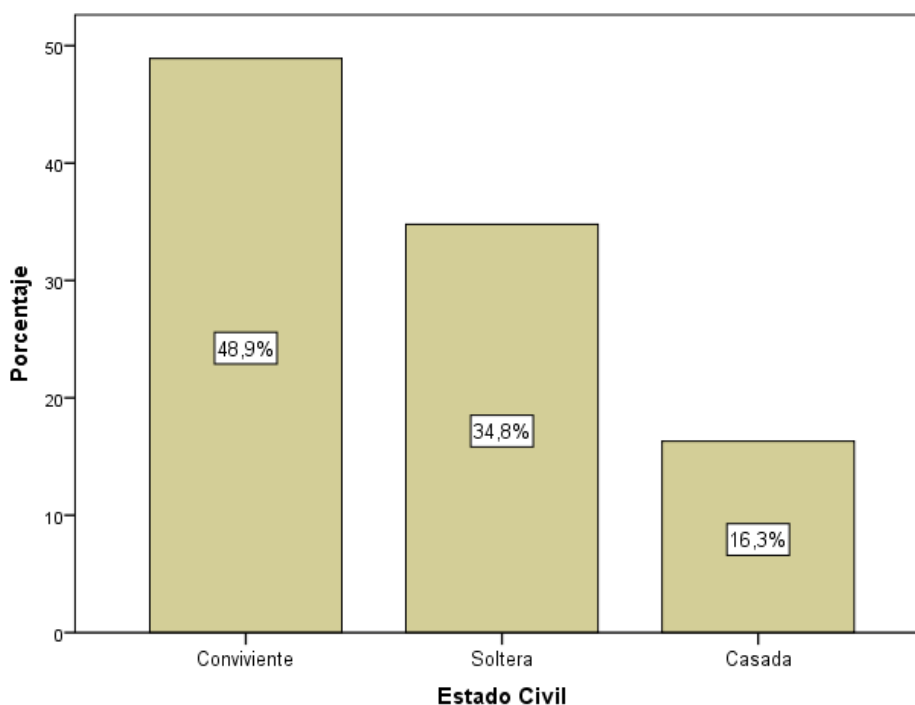


De la tabla Nro. 1, se tiene que la edad mínima de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros es de 15 años, en tanto que el promedio de edades es de 27,7 años, así mismo la mayor edad de las mujeres es de 46 años. Además las edades se dispersan en 7,38 años respecto de la edad promedio.

Tabla 2.- Estado civil de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

Estado civil	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Conviviente	45	48,9
Soltera	32	34,8
Casada	15	16,3
Total	92	100,0

Gráfico 2.- Estado civil de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

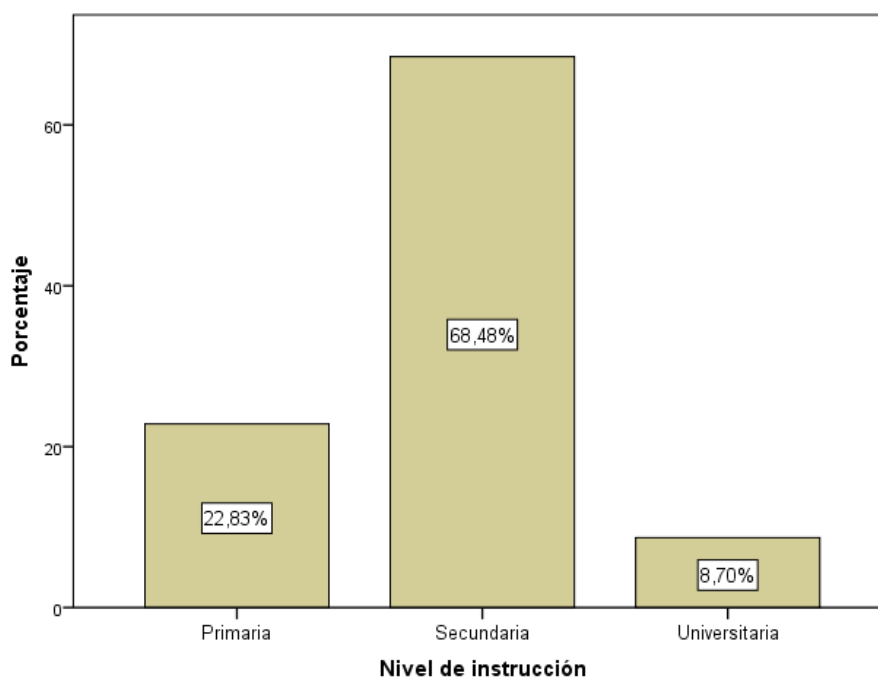


Referente al estado civil de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros, podemos observar que aproximadamente la mitad (48,9%) tienen el estado civil conviviente, mientras que un tercio son solteras. solo un 16% tienen un relación civil estable.

Tabla 3.- Nivel de instrucción de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

Nivel de instrucción	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Primaria	21	22,8
Secundaria	63	68,5
Universitaria	8	8,7
Total	92	100,0

Gráfico 3.- Nivel de instrucción de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

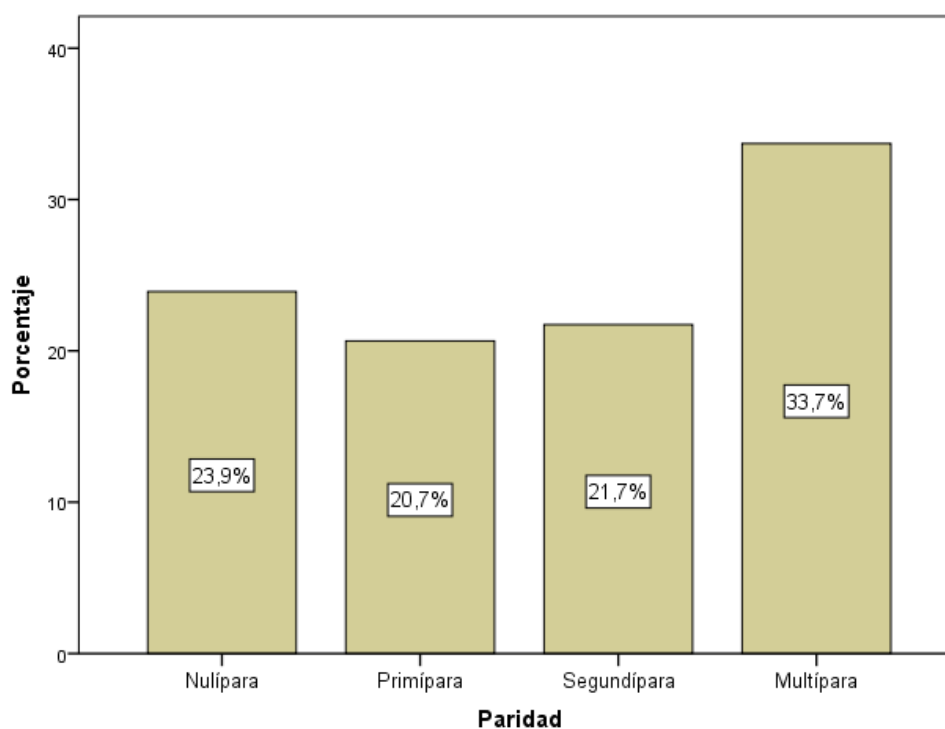


El 68,5% de las mujeres estudiadas tiene un nivel de instrucción secundaria, pero más de un quinto del total de mujeres poseen instrucción primaria.

Tabla 4.- Paridad de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

Paridad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Nulípara	22	23,9
Primípara	19	20,7
Secundípara	20	21,7
Múltipara	31	33,7
Total	92	100,0

Gráfico 4.- Paridad de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

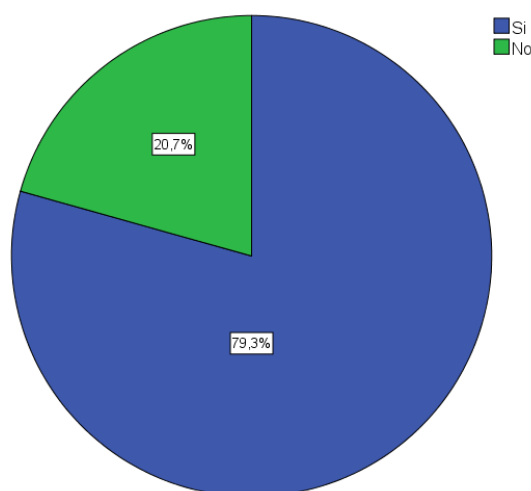


Referente a la paridad de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros observamos que la mayoría (33,7%) son múltiparas, seguido de las nulíparas con un 23,9%, casi en porcentaje similares se encuentran las primíparas y secundíparas.

Tabla 5.- Antecedente de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

Antecedente de uso de métodos anticonceptivos	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	73	79,3
No	19	20,7
Total	92	100,0

Gráfico 5.- Antecedente de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017



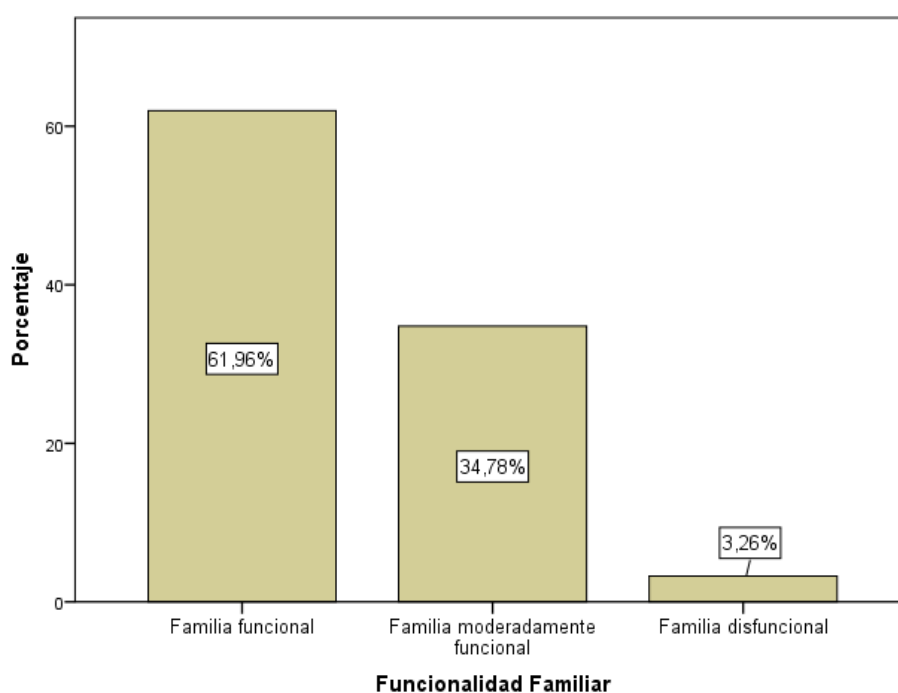
Cuatro quintos de las mujeres estudiadas tienen el antecedente de uso de métodos anticonceptivos, y solo un quinto no usaron algún método anticonceptivo.

b) Función familiar

Tabla 6.- Grado de funcionalidad familiar de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

Funcionalidad familiar	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Familia funcional	57	62,0
Familia moderadamente funcional	32	34,8
Familia disfuncional	3	3,3
Total	92	100,0

Gráfico 6.- Grado de funcionalidad familiar de las mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017



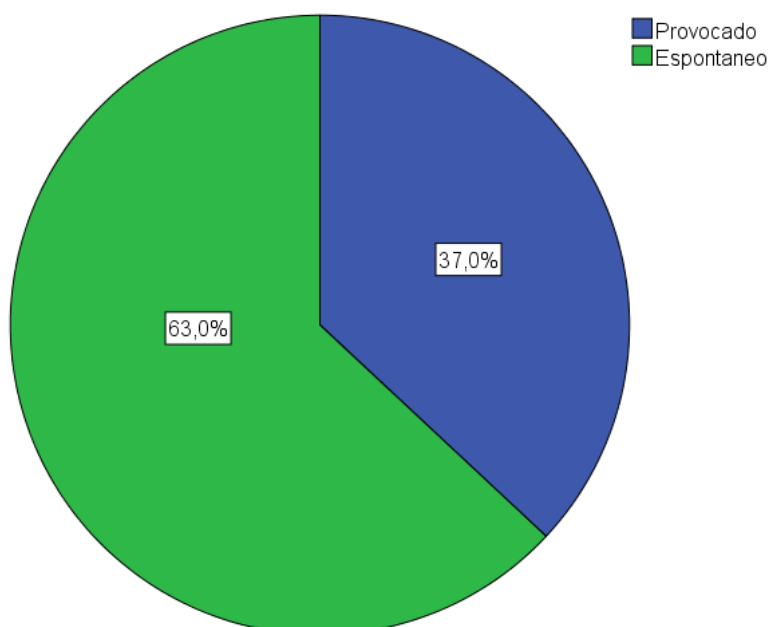
Del total de mujeres que tuvieron aborto atendidas en el Hospital Chincheros, referente a la variable funcionalidad familiar, se encontró que más de la mitad (62%) tienen una familia funcional, un tercio tienen familias moderadamente funcionales y solo un 3,3% familias disfuncionales.

c) Tipo de Aborto

Tabla 7.- Tipo de Aborto de las mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

Tipo de Aborto	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Provocado	34	37,0
Espontaneo	58	63,0
Total	92	100,0

Gráfico 7.- Tipo de Aborto de las mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017



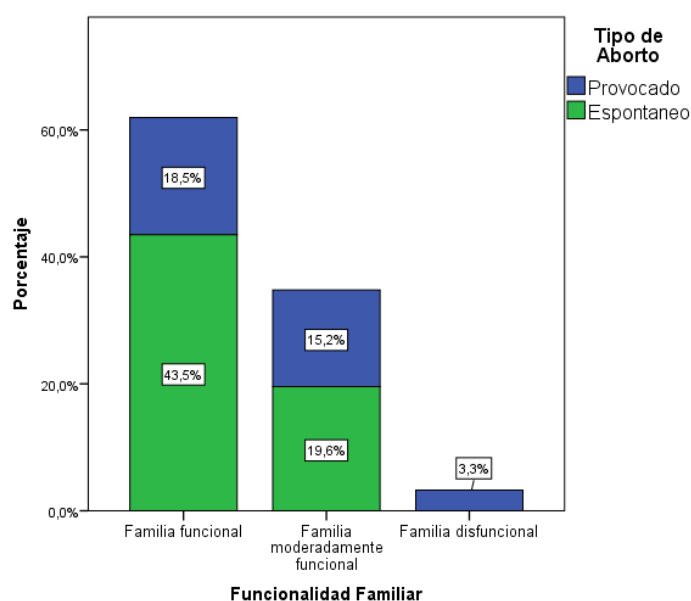
En el presente estudio el tipo de aborto más frecuente fue el espontaneo (63%), pero existe un alarmante porcentaje (37%) de abortos provocados.

D) Relación entre Función familiar y Tipo de Aborto

Tabla 8.- Tipo de Aborto según funcionalidad Familiar en mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

		Tipo de Aborto			
		Provocado	Espontaneo	Total	
Funcionalidad Familiar	Familia funcional	Recuento	17	40	57
		% del total	18,5%	43,5%	62,0%
	Familia moderadamente funcional	Recuento	14	18	32
		% del total	15,2%	19,6%	34,8%
	Familia disfuncional	Recuento	3	0	3
		% del total	3,3%	0,0%	3,3%
Total		Recuento	34	58	92
		% del total	37,0%	63,0%	100,0%

Gráfico 8.- Tipo de Aborto según funcionalidad Familiar en mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017



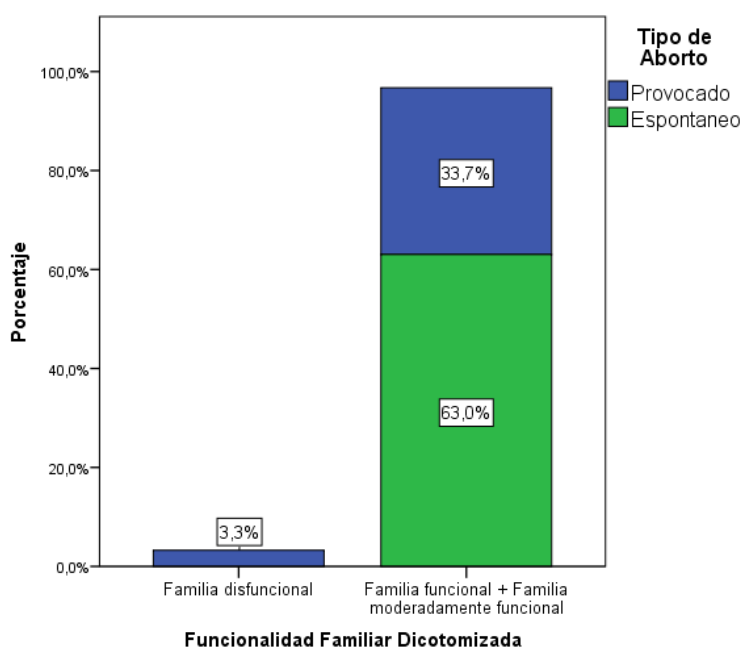
En la tabla 8, se puede observar en primer lugar que de las 92 mujeres atendidas en el Hospital Chincheros, 57 (62%) tienen familias funcionales, de estas 40 (43,5%) presentaron un aborto espontáneo y 17 (18,5%) aborto provocado, mientras que 32 (34,8%) mujeres tienen familias moderadamente funcionales, de ellas 18 (19,6%) tuvieron aborto espontáneo y un 15,2% aborto provocado, referente a las familias disfuncionales se encontró a 3 (3,3%) mujeres, de ellas el total tuvieron aborto provocado.

d) Asociación entre Función familiar y Tipo de Aborto

Tabla 9.- Tipo de Aborto según funcionalidad Familiar dicotomizada en mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017

			Tipo de Aborto		
			Provocado	Espontaneo	Total
Funcionalidad Familiar Dicotomizada	Familia disfuncional	Recuento	3	0	3
		% del total	3,3%	0,0%	3,3%
	Familia funcional + Familia moderadamente funcional	Recuento	31	58	89
		% del total	33,7%	63,0%	96,7%
Total		Recuento	34	58	92
		% del total	37,0%	63,0%	100,0%

Gráfico 9.- Tipo de Aborto según funcionalidad Familiar dicotomizada en mujeres atendidas en el Hospital Chincheros de abril-junio, 2017



Prueba de Hipótesis

Hipótesis específica

1. Planteamiento de hipótesis

H0: La función familiar no está relacionada con el aborto en mujeres en etapa reproductiva en el Hospital Chincheros abril-junio, 2017.

H1: La función familiar está relacionada con el aborto en mujeres en etapa reproductiva en el Hospital Chincheros abril-junio, 2017.

2. Nivel de significancia

(alfa) $\alpha = 5\% = 0,05$

3. Estadístico de prueba

Chi cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,996 ^a	2	,030
N de casos válidos	92		

Valor de $p = 0,03 = 3\%$

4. Lectura del p-valor:

Con una probabilidad de error de 3%, La función familiar está relacionada con el aborto en mujeres en etapa reproductiva en el Hospital chincheros abril-junio, 2017.

5. Toma de decisiones

Con un nivel de confianza del 95% la función familiar está relacionada con el aborto en mujeres en etapa reproductiva en el Hospital chincheros abril-junio, 2017.

Interpretación

En las mujeres atendidas en el Hospital chincheros se encontró relación significativa entre la función familiar y el tipo de aborto.

Hipótesis General

1. Planteamiento de hipótesis

H0: El aborto provocado no está asociada con tener Familias disfuncionales en mujeres en etapa reproductiva atendidas en el Hospital Chincheros abril-junio, 2017.

H1: El aborto provocado está asociada con tener Familias disfuncionales en mujeres en etapa reproductiva atendidas en el Hospital Chincheros abril-junio, 2017.

2. Nivel de significancia

(alfa) $\alpha = 5\% = 0,05$

3. Estadístico de prueba

Corrección de continuidad de Yates

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,290 ^a	1	,021
Corrección de continuidad	2,863	1	,091
N de casos válidos	92		

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,11.

Valor de $p = 0,091 = 9,1\%$

4. Lectura del p-valor:

Con una probabilidad de error de 9,1%, el aborto provocado está asociada con tener Familias disfuncionales en mujeres en etapa reproductiva atendidas en el Hospital Chincheros abril-junio, 2017

5. Toma de decisiones

Con un nivel de confianza del 95%, El aborto provocado no está asociado con proceder de familia disfuncional en mujeres en etapa reproductiva atendidas en el Hospital Chincheros abril-junio, 2017

Interpretación

En las mujeres atendidas en el Hospital chincheros no se encontró asociación significativa entre el aborto provocado y tener Familias disfuncionales.

4.2 Discusión de los resultados

En nuestro estudio se encontró que las mujeres atendidas por aborto en el Hospital Chincheros proceden mayoritariamente de familias funcionales. Este resultado no es coincidente con otros estudios realizado por Velastegui¹³ quien encontró que en el aspecto funcional de la familia una parte de las adolescentes consideran a sus familias como moderadamente funcional y la minoría considera que las familias son funcionales, así mismo con Gil quien reporta que de las mujeres que tuvieron aborto un (44%) proceden de familias disfuncionales. Estos resultados se podrían explicar debido a que en nuestro estudio las unidades de estudio son mujeres en etapa reproductiva, mientras que en la de los otros autores son adolescentes.

Referente a la frecuencia según tipo de aborto se encontró que mayoritariamente son abortos espontáneos, pero aproximadamente dos quintos de las mujeres estudiadas se realizaron aborto inducido. Estudios realizados a nivel internacional y nacional reportan frecuencias similares sobre el tipo de aborto además de encontrar en la literatura mundial la tendencia creciente del aborto inducido que en un inicio es negado por las mujeres lo que trae subestimaciones de la frecuencia de este problema.

En nuestro estudio se encontró relación entre la funcionalidad familiar y el aborto. En la literatura médica se encuentra que la funcionalidad familiar es un factor de riesgo para complicaciones maternas incluidas el aborto.

Al buscar si existe asociación entre las categorías de las variables en estudio, se encontró que el aborto provocado no está relacionado con tener familias disfuncionales. Este resultado no es consistente con Gil¹⁴

quien concluye que el aborto se relaciona a la disfunción familiar o con el hallazgo de Calderón quien concluye que la comunicación y el nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante la noticia del embarazo están fuertemente relacionados con el aborto provocado. El pequeño tamaño muestral de nuestro estudio así como el diseño aplicado podría explicar este resultado, en vista que en los otros estudios tomaron como diseño estudios de casos y controles, siendo el nuestro un estudio transversal.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados mostrados en la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

Primera:

De las mujeres que fueron atendidas por un cuadro de aborto en el hospital de Chincheros la mayoría están en la etapa de vida joven con un promedio de edad de 27,7 años, la mitad tienen el estado civil conviviente, mayoritariamente poseen un nivel educativo aceptable, respecto a la paridad son en mayor proporción multíparas y cuatro quintos tuvieron como antecedente el uso de métodos anticonceptivos.

Segunda:

Más de la mitad de mujeres estudiadas tienen familias funcionales y dos quintos proceden de familias con algún grado de disfuncionalidad.

Tercero:

Referente al tipo de aborto, se encontró que tres quintos de las mujeres atendidas tuvieron aborto espontáneo, siendo el aborto provocado en menor proporción.

Cuarto:

La funcionalidad familiar guarda relación con el aborto

Quinto:

El aborto provocado es independiente de proceder de un ambiente con familia disfuncional.

RECOMENDACIONES

Elaborar estudios de prevalencia según tipo de aborto en el cual se tome un mayor espacio temporal.

Plantear investigaciones sobre prevalencia de disfuncionalidad familiar, utilizando instrumentos adaptadas a nuestra realidad.

Realizar estudios de nivel relacional sobre disfunción familiar y aborto en el cual se incorpore el diseño de casos y controles, teniendo como punto de partida los estudios descriptivos de prevalencia de disfunción familiar y tipo de aborto.

Seguir impulsando acciones con los estudiantes en prácticas formativas, que favorezcan el cuidado de las familias. Utilizando el test de apgar familiar a nivel de formación tanto de pregrado y posgrado.

Realizar investigaciones de intervención que involucren a la familia, en los cuales se mida la percepción de estos antes y después de realizar la intervención, con el fin de realizar un estudio más afondo sobre la percepción de la funcionalidad familiar. Para fortalecer el vínculo familiar.

Realizar estudios comparativos en ámbitos poblacionales distintos sobre funcionalidad familiar y aborto, tomando espacios temporales más amplios.

Continuar con investigaciones para tener conocimientos actualizados de la línea de investigación de disfuncionalidad familiar.

Implementar acciones educativas sobre la prevención del embarazo no deseado dirigido a la población de las diferentes etapas de vida.

Trabajar con las familias de las mujeres que sufren abortos sobre la importancia del rol de la familia en situaciones de urgencia y emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta J. La familia en el proceso salud-enfermedad México: Alfil; 2005.
2. Mendoza-Solís L, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch Med Fam. 2006; 8(1): p. 27-32.
3. Cuba M, Jurado A, Romero Z. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbanomarginal en el distrito de Los Olivos, Lima. Rev Med Hered. 2013; 24: p. 12-16.
4. Díaz V, García M, Marín M, Campo C. Los intercambios de apoyo en el cuidado de un aborto espontáneo. Biblioteca Lascasas. 2008; 4(1).
5. Aleman A, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Reposo en cama durante el embarazo para la prevención del aborto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2008;(4).
6. Palacio R, Rubio J, Nicolás M, López N. Morbilidad psicológica después de un aborto espontáneo. Psiquis. 1997; 18(10): p. 405-413.
7. The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino en América Latina. New York,; The Alan Guttmacher Institute.
8. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Nueva York: Guttmacher Institute; 2011.
9. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; 2006.
10. Castro R, Erviti J. Las redes sociales en la experiencia del aborto: un estudio de caso con mujeres de Cuernavaca (México). Estudios Sociológicos. 2003; 21(63): p. 585-611.
11. Moreno J, Chauta L. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. Psychol Av Discip. 2012; 61(1): p. 155-166.

12. Calderón I, Inalbis-del-Río C, Rodríguez O, Guisandes A. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. MEDISAN. 2014; 18(11): p. 1544.
13. Velasteguí-Guerrón E. LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO INDUCIDO EN LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PEÍODO MARZO 2012 – AGOSTO 2012. Tesis de Pregrado. AMBATO: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO-ECUADOR, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD; 2012.
14. Gil-Tafur E, Gonzales-García O, Gonzales-Torres B, Del-Aguila P, Uribe-Romero A. Aborto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García, 2016. Tesis de segunda especialidad. Lima: UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN, ESCUELA DE POSGRADO Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud; 2017.
15. Palomino E. DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL DISTRITAL JERUSALÉN DE LA ESPERANZA EN EL PERÍODO ENERO- FEBRERO 2015. Tesis de Pregrado. Trujillo: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, FACULTAD DE MEDICINA HUMANA; 2015.
16. VELEZ K. RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ACTITUD SEGÚN GÉNERO FRENTE AL ABORTO EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSDUSTRIAL N° 32, PUNO - 2013. Tesis de Pregrado. Puno: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO, FACULTAD DE ENFERMERÍA; 2013.
17. Calderón J, Alzamora-de-los-Godos L. INFLUENCIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES SOBRE EL ABORTO PROVOCADO EN ADOLESCENTES. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2006; 23(4): p. 247-252.
18. Dessen M. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. Psicologia. Ciência e Profissão. 2010; 30: p. 202-219.

19. Cezar P, Rodrigues P, Arpini D. Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2015; 35(1): p. 211-224.
20. Arias W. Agresión y violencia en la adolescencia: La importancia de la familia. *Avances en Psicología*. 2013; 22(1): p. 23-24.
21. Friedemann M. The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1995.
22. Muñuzuri N. Familias sanas par a las naciones. *Desarrollo Científico para la Enfermería*. 1994; 5(2).
23. Smilkstein G. The family apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978; 6(6): p. 1231-1239.
24. Olson H, McCubbin H, Barnes H, Larsen A, Muxen M, Wilson M. *Families: What makes them work*. Newbury Park: Sage. 1989.
25. Olson D, Portner J, Lavee Y. *FACES III*. Unpublished manuscript. Minnesota: University of Minnesota; 1985.
26. Framo N. *Terapia Familiar Intensiva México*; 1988.
27. Gómez F, Ponce E. Una nueva propuesta para la interpretación de Family apgar (versión en español). *aten fam*. 2010; 17(4).
28. Alegre-Palomino Y, Suárez-Bustamante M. *El APGAR Familiar*. RAMPA. 2006; 1(1): p. 48-57.
29. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Fundamentos de obstetricia*. Primera ed. Bajo J, Melchor J, Mercé L, editors. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A.; 2007.
30. Pellicer A, Hidalgo J, Perales A, Díaz C. *Obstetricia y ginecología: guía de actuación* Madrid: Médica Panamericana; 2013.
31. Koch E, Bravo M, Gatica S, Stecher J, Aracena P, Valenzuela S, et al. Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos. *Ginecol Obstet Mex*. 2012; 80(5): p. 360-372.

32. Carvalho S, Paes G, Leite J. Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica. *Rev Saúde Sexual e Reprodutiva*. 2011; 52: p. 1-18.
33. Vieira LGTSSDA. Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio – um estudo qualitativo. *Ciência Saúde Coletiva*. 2010; 15(Suppl 2): p. 3149-56.
34. Henshaw S. Informe mundial sobre el aborto, 1990. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. 1990;: p. 16-23.
35. Nonnenmacher D, Benute G, Nomura R, Azevedo G, Dutra E, Rebouças M. Abortion: a review of women's perception in relation to their partner's reactions in two Brazilians cities. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(4): p. 327-334.
36. Heilborn M, Cabral C, Brandão E, Cordeiro F, Azize R. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. *Sex Salud Soc*. 2012; 12: p. 224-257.
37. do-Nascimento-Pereira V, Aelo-de-Oliveira F, Pereira-Gomes N, Menezes-Couto T, do-Nascimento-Paixão G. Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas. *Saúde soc*. 2012; 21(4): p. 1056-1062.
38. Calderon July, Alzamora-de-los-Godos Luis, Del-Aguila Eduardo. *La Tesis de Posgrado*. Primera ed. Lima: Fondo Editorial UAP; 2013.
39. Supo J. *Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud*. Primera ed. Lima: Bioestadístico EIRL; 2012.
40. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Cuarta ed. Barcelona: ElsevierEspaña, S.L.; 2013.
41. Hernandez,R; Fernandez,C; Baptista,M. *Metodología de la investigación*. Sexta ed. Rocha M, editor. Mexico D.F.: McGRAW-HILL/Interamericana editores. S.A. de C.V.; 2014.

42. Bernal C. Metodología de la investigación. Para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Segunda ed. Gaona L, editor. México: Pearson Educación; 2006
43. Pacheco R. Ginecología Obstétrica Reproductiva. 2da Edición, Revista Especializada Peruanas SAC, Lima Perú Copyrinht, 2007.
44. Fiorillo Angel, E. Gardow, Enrrique C. Obstetricia en Esquema, 1ra edición, El Arteneo, Buenos Aires – Argentina, Grupo ILHSA, 2004.
45. Mongrut- Steane G. Tratado de Obstetricia, 5ta Edición, Colegio médicos del Perú, Lima Perú, U.N.S.C.H., 2008.
46. Sánchez P. Ginecología, 1ra Edición, Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de chile, ISBN, 1984.

ANEXOS

Instrumentos

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

CUESTIONARIO

Nº.....

Estimada señora (ita): El presente cuestionario se realiza con la finalidad de conocer la relación entre la funcionalidad familiar y el aborto en mujeres que tuvieron aborto en el Hospital de Chincheros.

Se le ruega contestar a las preguntas del cuestionario en forma anónima y confidencial.

Marque con una X según corresponda

I. DATOS GENERALES

1) ¿Cuál es su edad?años
2) ¿Cuál es su estado civil	() Soltera () Casada () Conviviente
3) ¿Cuál es su nivel de instrucción?	() Primaria () Secundaria () Universitaria
4) ¿Cuántos partos ha tenido?	() Ninguno () Uno () Dos () Más de dos partos
5) Antes de este aborto, usted usó algún método anticonceptivo	() SI () No

ANEXO N° 4

Fotografías de la encuesta

Foto n° 1



Foto n° 2



Foto nº 3



Foto nº 4

