

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Aborto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García, 2016

Por:

Emilia Gil Tafur
Olivia Gonzales García
Blanca Daney Del Pilar Gonzales Torres
Palmir Angelica, Rodriguez Del Aguila de Meza
Ana Isabel Uribe Romero

Asesora:

Mg. Zulema Sevillano Bartra

Lima, enero 2017

Cómo citar:

Estilo APA

Gil, E., Gonzales, O., Gonzales, B., Roddriguez, P., & Uribe, A. (2017). *Aborto y funcionalidad en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García, 2016* (trabajo de investigación de especialidad). Universidad Peruana Unión, Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TIEF Gil Tafur, Emilia

2 Aborto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García- 2016 / Emilia Gil Tafur y otros 4 autores; **G45** Asesor: Mg. Zulema Sevillano Bartra. Lima, 2016.

2016 52 páginas: anexos, tablas

Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2016.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Ginecología. 2. Aborto.

CDD 363.46

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJOS DE
INVESTIGACIÓN DE LA ESPECIALIDAD
EN ENFERMERÍA**



En Lima, Naña, Villa Unión, a 17 días del mes de Enero del año 2017, siendo las 5:45 p.m., se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, el/la Señor/a presidente/a del Jurado:

Mg. María Teresa Cabanillas Charry
el secretario: Dra. Elva Lorena Riatigu Del Castillo, y el asesor: Dra. Zulma Sevillaño Bortia

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación del trabajo de investigación titulado: Aborto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología - Hospital Apoyo Iquitos César Garayán García - 2016

de los/las Licenciados/as a) Emilia Ed. Tajur
b) Olivia Gonzales Garcia c) Blanca Daney Del Pilar Gonzales Torres
y d) Palmin Angelica Rodriguez Del Aguila, Ana Isabel Uribe Romero, conducente a la obtención del Título de Especialista en Enfermería en Gineco Obstetricia

El/la Presidente/a inició el acto académico de sustentación invitando a los candidatos al título de especialistas a hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el/la Presidente/a invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, los cuestionamientos y las aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por los candidatos. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado. Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita de la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Aprobado por Unanimidad

En seguida, el/la Presidente/a del Jurado invitó a los candidatos a ponerse de pie, para recibir la felicitación respectiva, quedando concluido el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

<u>Martinez</u> ----- Presidente	<u>Mo</u> ----- Secretario	<u>Zulma Sevillaño Bortia</u> ----- Asesor
<u>[Firma]</u> ----- Candidato/a (a)	<u>[Firma]</u> ----- Candidato/a (b)	<u>[Firma]</u> ----- Candidato/a (c)
<u>[Firma]</u> ----- Candidato/a (d)	<u>[Firma]</u> ----- Candidato/a (d)	

Dedicatoria

A mis padres y a mi esposo por el apoyo emocional que me proporcionaron durante la Especialidad.

Olivia

A mi madre, hermanos y a mi hijo Juan Carlos, por sus apoyo incondicional durante el desarrollo de mi especialidad.

Emilia

A mi esposo por su apoyo incondicional, a mis hijos, Raúl y Michelle y a mis padres Lloyd y Octavio, les doy las gracias por hacer este sueño realidad.

Blanca

A mi madre Ana y a mis hijos: Harold y Enrique por sus apoyo incondicional, amor y cariño. A Dios por ser mi guía permanente y por brindarme salud y fortaleza, para obtener el título de Especialista.

Ana Isabel

A mí amado esposo y mis hijos, por su apoyo y comprensión, durante el desarrollo de la especialidad, que vean en mí un ejemplo de superación.

Palmir

Agradecimiento

Agradecemos a Dios quien nos guio y dio la fortaleza para seguir adelante y permitimos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas.

A nuestras familias, por brindarnos su apoyo, confianza y comprensión en cada momento de nuestra formación; agradecemos el apoyo incondicional.

A la Mg. Zulema Sevillano Bartra, nuestra asesora por su apoyo constante en el desarrollo del trabajo de investigación.

A todas las autoridades de la Universidad Peruana Unión, por la formación sustentada en valores y énfasis en la investigación.

A las Autoridades del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, por permitirnos la utilización del Campo Clínico y el Consentimiento Informado.

Resumen

El trabajo de investigación tuvo como objetivo 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. 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. Los resultados obtenidos fueron: 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: $X^2 = 6.4$ $Xt^2 = 3.84$ 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”.

Palabra claves: Aborto y Funcionalidad Familiar en mujeres. Ginecología.

Abstract

The research aimed to determine the association between abortion and family functionality in women attended at the Gynecology Service of the Iquitos Support Hospital "Cesar Garayar García" of the City of Iquitos during the I Semester of the year 2016. The method used Was the quantitative and non-experimental correlational design. The population was made up of 547 women hospitalized from January to June 2016, with a sample of 90 women diagnosed with abortion and without abortion. The technique used was the interview, and the instrument used was the Perception Test of family functioning, consisting of 14 items (96% validity and 94% reliability). Data were analyzed using the inferential statistical test, Chi-Square. The results obtained were: (90%) women in the sample, 45 (50%) were women without abortion, 15 (16.17%) came from functional families, and 45 (50%) were women with abortion, Of which 40 (44.44%) come from dysfunctional families. When the Chi-Square test was applied, significant results were obtained: $\chi^2 = 6.4$ $Xt^2 = 3.84$ result that allowed to approve the Hypothesis: "Abortion in women attended at the Gynecology Service of the Hospital Iquitos Support" Cesar Garayar García "is due to Family dysfunction. "

Key words: Abortion and Family Functionality in women. Gynecology.

Índice

Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Índice.....	ix
Introducción	12
Capítulo I	14
El Problema	14
1. Planteamiento del Problema	14
2. Formulación del Problema.....	16
3. Justificación.....	16
4. Objetivos de la Investigación.....	16
4.1. Objetivo General.....	16
4.2. Objetivos Específicos	16
Capítulo II	17
Marco Teórico.....	17
1. Antecedentes de la Investigación.....	17
2. Marco Teórico	19
2.1. El aborto.....	19
2.1.1. Tipos de aborto.....	20
2.1.2. Cuadro clínico	21
2.1.3. Tratamiento.....	22
2.1.4. Cuidados de enfermería	23
2.1.5. Criterios de alta	23
2.1.6. Complicaciones	24
2.2. Ley de aborto del código penal.....	25
2.2.1. Aspiración manual endouterina	26
2.3. Funcionalidad familiar	33
2.3.1. Familia Funcional:.....	33
2.3.2. Criterios para funcionalidad familiar	34
2.3.3. Familia Disfuncional	35
2.3.4. Violencia Familiar.	36
2.4. Teoría de enfermería	38
3. Definición de términos.....	40

3.1. Funcionalidad familiar	40
3.2. Aborto.....	40
4. Hipótesis de la investigación	40
4.1. Hipótesis General	40
Capítulo III	41
Materiales y Métodos.....	41
1. Diseño y tipo de la Investigación	41
2. Variable de la Investigación definición operacional.....	41
3. Operacionalizacion de las variables.	42
4. Delimitación Geográfica y Temporal.....	43
4.1. Población.....	44
4.2. Muestra.....	44
5. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	45
6. Proceso y Análisis de Datos.....	45
7. Consideraciones éticas.	45
Capítulo IV.....	47
Resultados y Discusiones	47
1. Resultados	47
2. Discusión	50
Capítulo V.....	53
Conclusiones y recomendaciones.....	53
1. Conclusiones.....	53
2. Recomendaciones.....	54
Referencias Bibliográficas	56
Anexos.....	60

Índice de tabla

Tabla 1	Funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” I Semestre. Iquitos 2016.....	34
Tabla 2	Aborto en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” I Semestre. Iquitos 2016.....	35
Tabla 3	Aborto según funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” I Semestre. Iquitos 2016.....	36

Introducción

En el mundo, anualmente, ocurren 205 millones de embarazos. Más de un tercio de ellos no ha sido planeado y el 22% del total culminará en aborto. En los países en donde el aborto es ilegal la mayor parte de abortos se lleva a cabo en condiciones precarias que ponen en peligro la salud de las mujeres. Las consecuencias de un aborto inseguro alcanzan la muerte de las pacientes. El Instituto Guttmacher estima que el 13% de las muertes maternas a nivel mundial se relaciona con los abortos inseguros (Institute, 2009).

En un estudio conformado por mujeres respecto a la relación de parejas se encontró que se relaciona el impacto, por los problemas de pareja a raíz del embarazo además dentro de los aspectos de grupo, se asocia algunos estilos de vida inadecuada de las amistades, de su entorno, como el consumo de licor cigarrillos y diversas sustancias (CGS, 2011) .

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que los abortos en condiciones sanitarias inadecuadas son una causa mayor de mortalidad femenina, con un total aproximada de 68 mil muertes al año en el mundo. Los abortos clandestinos generan un problema de salud pública por el índice de muertes y por las consecuencias que tiene en la vida de las mujeres, siendo las hemorragias y otras complicaciones del aborto es una de las causas de mortalidad materna. En América Latina y El Caribe 5000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionados con abortos inseguros, esta cifra corresponde al 21% de las muertes maternas a nivel mundial (Angel, 2014).

La familia y la sociedad se influyen mutuamente; la sociedad aporta un conjunto de premisas socioculturales, condición económica, normas y valores. De esta manera la familia es el núcleo de los procesos tanto de mantenimiento como de cambio cultural de los patrones sociales, en ella se concretiza un sistema de creencias y valores que se van transmitiendo de una generación a otra (Angel, 2007).

En el estudio realizado por el Ministerio de Salud, en el Instituto Nacional Materno Peri Natal de Lima Perú, se determinó que de 292 madres adolescentes el antecedente de aborto se registró en 22 (7.5%) casos en setiembre del 2013 (PeriNatal, 2013).

En el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García, es frecuente ver el ingreso de mujeres con el diagnóstico de aborto que presentan signos y síntomas: dolor abdominal en bajo vientre, sangrado vaginal de cuantía variable con o sin cambios cervicales, con expulsión o sin expulsión del producto de la gestación. Desde la

consulta ambulatoria y la hospitalización es ahí donde el personal de enfermería debe realizar una atención integral oportuna y adecuada que consiste en establecer una vía periférica, ventilación respiratoria adecuada, monitoreo de funciones vitales, administrar antibióticos según prescripción médica y observación permanente de signos de alarma, exámenes auxiliares como hemograma, grupo sanguíneo y factor RH, Examen de orina, RPR o VDRL, prueba rápida, test de embarazo.

En la presente investigación el objetivo principal es determinar la asociación entre el aborto y la funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Hospital Cesar Garayar García. La estructura considerada es la siguiente: Capítulo I, comprende el planteamiento del problema que contiene el contexto de los problemas relacionados con la cantidad de abortos que se incrementan cada año, la justificación que muestra la importancia del desarrollo del trabajo, el objetivo general que se busca alcanzar, la descripción del estudio en el ámbito nacional e internacional con respecto a las variables de estudio considerada en la parte de los antecedentes, el marco teórico que fundamenta los conceptos que engloba la investigación, la hipótesis de la investigación y la operacionalización de las variables. El capítulo II contiene el tipo y diseño de estudio, la descripción de las características de los participantes atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión, así como los instrumentos de medición de las variables y las consideraciones éticas. El capítulo III se considera los resultados mediante tablas, la interpretación de los hallazgos, asimismo el análisis y la discusión. El capítulo IV considera las conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del Problema

“El aborto es un problema significativo de salud pública en muchos países, como se demuestra por la alta proporción de pacientes con aborto ingresadas a las salas de ginecología. Las complicaciones relacionadas con el aborto contribuyen significativamente a la mortalidad y la morbilidad materna (OMS, 2014)

En el Perú, como en otros lugares la interrupción voluntaria del embarazo, a pesar de estar penada por la ley, es una práctica extendida. De acuerdo con el estudio de Delicia Ferrando (2006) cada año ocurren unos 376 000 abortos clandestinos. Por otro lado, el aborto inducido es objeto de intensos debates legales, religiosos, éticos y bioéticos. Está al centro de un intenso debate entre quienes sostienen que las mujeres tienen derecho a decidir si pueden o desean llevar adelante una gestación y quienes argumentan que el derecho a la vida de los neonatos es un principio inviolable. Al respecto existen tres discusiones centrales: la autonomía de la persona (mujer) versus el derecho a la vida del neonato, la definición del momento en que se inicia la vida, y la identificación de las razones legítimas para recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo (Delicia, 2006).

El aborto y la disfunción familiar son fenómenos multicausales contemporáneos para que se desencadenen, se conjugan una serie de factores encontrándose entre ella la familia, que desempeña una función privilegiada, al ejercer las influencias tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad y que actúa en el transcurso de sus vidas,

como agente modulador para el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar. En algunos casos, la víctima la mujer que aborta, las causas y motivaciones que lo originaron y cuáles fueron sus vivencias y debido a la delicadeza del tema y las personas cercanas disfrazan su ocurrencia, no reportando en muchos casos los hechos ante las autoridades competentes, dejándoles en secreto y en silencio, poniendo en manifiesto la importancia de citar la dificultad en la concentración de cifras reportadas desde las Instituciones que generan el diagnóstico de aborto y de los familiares de los pacientes que desean que la situación se maneje de manera confiable y en reserva. (V. Angel 2007)

La frecuencia real del aborto en el Perú no es conocida con precisión, por la naturaleza clandestina que tiene y la poca confiabilidad de los registros, pero, de acuerdo a estimaciones, siguiendo metodologías probadas en su eficacia, se calcula que hoy en día tenemos una cifra superior a 350 mil abortos por año. Es más, este problema es causa de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad fértil. (Delicia, 2006)

Por otra parte los abortos incrementan los costos de salud además es reconocido como uno de los estados que contribuyen a la hospitalización por causas asociadas a la salud psicológica y por ser embarazos no deseados. Por ser el aborto una de las principales causas de mayor morbilidad y mortalidad materna y por representar una entidad que desde el punto de vista psicológico, moral y social afecta a la vida de las personas y desde el punto de vista económico, existe un gran compromiso para el sistema de salud, surge la motivación de realizar el presente estudio de investigación con la finalidad de determinar la asociación que existe entre el aborto y la funcionalidad familiar en las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García" durante el año 2016.

En este último año los casos de aborto en el Hospital Apoyo Iquitos se ha incrementado, el año 2014 (220) abortos con un 40.21%, 2015(238) abortos en un 43.51%, 2016 (258) abortos con un 47.17%. (Iquitos, Libro de Registro de Ingresos y Egresos de Pacientes, 2016)

Toda familia se conforma para funcionar adecuadamente en las dimensiones, vivir en armonía, cuando esta se desestabiliza, surgen los conflictos, en ocasiones influenciadas por el abuso verbal dirigido hacia las mujeres, reglas intrafamiliares, poco claras y puritanas, la falta de comunicación, insatisfacción en el cumplimiento de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes por lo tanto la energía no fluye libremente, determinando un mal funcionamiento de la unidad familiar (Consuelo, 2010).

2. **Formulación del Problema**

¿Existe 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 año 2016?

3. **Justificación**

La investigación tiene relevancia teórica porque se realizó una revisión bibliográfica y se esquematizo las variables de estudio: Aborto y funcionalidad familiar,

Tiene relevancia metodológica porque en el estudio se aplicó un instrumento “Test de Percepción de Funcionamiento Familiar” validado por De la Cuesta, para ser utilizadas en otros ámbitos similares para futuras investigaciones.

Relevancia práctica y social porque beneficia a los pacientes que ingresen al Hospital porque permiten fortalecer las actividades preventivas sobre el aborto y funcionalidad familiar y permiten a las autoridades académicas y de salud local, la implementación de estrategias de intervención oportuna en la atención de mujeres con Aborto.

Además el personal de enfermería y de salud en general, podrá plantear estrategias preventivas, promocionales interinstitucionales y extra institucionales en la Región.

4. **Objetivos de la Investigación**

4.1. **Objetivo General**

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 año 2016.

4.2. **Objetivos Específicos**

- Identificar casos de Aborto en las Historias clínicas de mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” de la ciudad de Iquitos, durante el año 2016.
- Evaluar la Funcionalidad Familiar de mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” de la ciudad de Iquitos, durante el año 2016.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Antecedentes de la Investigación

Pereira (2015). En su estudio de investigación sobre “El tratamiento del aborto incompleto por aspiración manual o legrado. Estudio comparativo de la aspiración manual y legrado uterino o para el tratamiento del aborto”. Objetivo: Comparar la Aspiración Manual Endouterina, con curetaje en abortos del primer trimestre en cuanto a la eficiencia en la eliminación de restos ovulares del método de aspiración manual intrauterina con la dilatación y curetaje. Conclusiones: La Aspiración Manual Endouterina provocó una menor pérdida de sangre, utiliza menos equipo, y dio lugar a una hospitalización más corta. Sin embargo, se encontraron que ambos procedimientos quirúrgicos son eficaces para el tratamiento de abortos durante el primer trimestre del embarazo, sin complicaciones después de ambos tratamientos.

Arcos (2013) en su estudio de investigación “Relación entre disfunción familiar y la búsqueda de aborto en mujeres con embarazo no deseado que asisten a consulta al centro integral de medicina familiar de la ciudad de Ambato, en el período enero 2012 – marzo 2013”. El cual tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre disfunción familiar y la búsqueda de aborto en mujeres con embarazo no deseado, que asisten a consulta al Centro de Medicina Familiar de la ciudad de Ambato, en el período Enero 2012 – Marzo 2013. Material y Métodos: Realizaron un estudio transversal, documental y de campo. El universo de estudio fueron mujeres con embarazo no deseado entre los 15 y 42 años. La

muestra total fue de 86 pacientes quienes autorizaron su participación firmando un consentimiento informado. Resultados: Entre las causas para la búsqueda de aborto: relación informal con el 12,7%, y disfunción familiar con el 15,1%. Conclusiones: La presencia de Disfunción Familiar es la razón más importante para la búsqueda de aborto en las mujeres con embarazo no deseado que acudieron a consulta.

Ramírez (2012) Aporta con su estudio “Funcionalidad Familiar de las Adolescentes embarazadas derecho habientes de la Unidad de Medicina Familiar N° 75 del Instituto Mexicano de Seguridad Social, Nezahualcoyotl. Estado de México 2012”. Investigaron tanto la funcionalidad familiar como algunos otros factores involucrados en la presencia de embarazo en adolescentes. Respecto a la funcionalidad familiar encontraron que las adolescentes embarazadas perciben a sus familias como altamente disfuncionales en el 59.5%.

Velastegui (2012) En su estudio “La Disfunción Familiar y su influencia en el aborto 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 – agosto 2012”. En la metodología esta investigación se desarrolló desde el enfoque cualitativo y cuantitativo, aplicando el tipo bibliográfico – documental y de campo, con nivel de tipo descriptivo explicativo y exploratorio, trabajó con 80 pacientes adolescentes que acudieron al servicio de maternidad y que estuvieron atravesando un aborto. Lo que tiene que ver con el reactivo de medición de la disfuncionalidad familiar se obtuvo de manera general las siguientes estadísticas: 45% fueron familias disfuncionales, en un 30% familias moderadamente disfuncionales, severamente disfuncional en un 15% y un 10% fue funcional. En la encuesta realizada para la variable “Aborto” llegaron a evidenciar que el 69% de las adolescentes manifestaron que el conocimiento sobre el aborto incompleto es bajo, por lo lado, el 57% de adolescentes dicen que el aborto practicado fue por presión de la pareja y el motivo de su hospitalización en un 47% fue por complicaciones en el proceso abortivo. El 49% de las adolescentes después de un proceso abortivo presentan sentimientos de soledad, abandono y miedo, el ánimo y las emociones manifiestan alteraciones en un 32% las cuales presentaron sentimientos de culpa, sensación de futuro incierto, temor por el abandono de la pareja y en menor porcentaje dicen presentar irritabilidad y explosividad. Para realizarse el proceso abortivo, el 46% de adolescentes creen que los abortos se llevan a cabo por falta de apoyo de los padres y de sus parejas.

Pluas. (2012) en el estudio “Incidencia del aborto en mujeres de 15-35 años del Hospital de Bahía de Caráquez “Miguel Hilario Alcívar” En el periodo septiembre del 2012 a febrero 2013”. El objetivo de la investigación fue identificar la incidencia del aborto en mujeres de 15 a 35 años. El diseño metodológico en éste estudio fue investigativo, prospectivo, descriptivo, comparativo y transversal. Esta investigación fue una experiencia que se obtenida a través de la observación directa. Concluye que de un total de 44 pacientes presento aborto (39.3%); según la edad se dio entre los 21-25 años con el 34.1%; de Unión libre con 59.1%, la instrucción educativa se dio el mayor porcentaje el nivel primaria completa con 45.5%; conviven con sus parejas con 63.6%, son amas de casa con 72.7%; 77.3% fue un embarazo no deseado; según la semana gestacional en que se produjo el aborto demuestran que el mayor porcentaje fue de 13-16 Semana de Gestación con 38.6%, Los porcentajes estuvieron iguales en la presentación del aborto el 50% para inducido y el otro 50% para el espontaneo.

2. Marco Teórico

2.1. El aborto

Es la 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 500gr (Reproductiva MD, 2007).

La palabra aborto proviene del latín aboriri- Abortar. El aborto es el nacimiento prematuro. Antes de que sea posible vivir. El uso extendido de la ecografía y la gonadotropina coriónica humana sérica permite identificar embarazos muy incipientes y se han creado términos más aun a la confusión para describirlos (Williams, 2011).

El aborto definido por la Organización Mundial de la Salud es la expulsión o extracción de un feto o embrión, de su madre, cuyo peso sea de 500 gramos o menos. Este estadio corresponde aproximadamente a 20 semanas de gestación. (Vargas Fiesco, 2014)

El aborto en el Perú está calificado como ilegal, el Ministerio de salud reconoce que el aborto es un problema de salud pública que afecta a toda la sociedad y en especial a las mujeres. Este problema debe ser enfrentado por el Estado y por toda la sociedad civil, a través de una adecuada educación sexual, acciones de planificación familiar y la atención oportuna de sus complicaciones con la finalidad de evitar muertes maternas. Sin embargo estas medidas preventivas no son suficientes.

2.1.1. Tipos de aborto

Según el origen

- Aborto inducido provocado o voluntario. Es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad.
- Aborto espontáneo o involuntario. Es aquel en el cual no interviene la voluntad de la madre o terceros. Watson basa su teoría sobre el ejercicio profesional de la enfermería en los 10 elementos asistenciales enumerados a continuación. Cada uno tiene un componente fenomenológico dinámico referido a los individuos involucrados en la relación que abarca la enfermería.

Según las consecuencias

- Aborto no complicado.
- Aborto complicado: Infección. Hemorragia

Según su evolución

- Amenaza de aborto. Se caracteriza por dolor hipogástrico tipo cólico, acompañada de metrorragia escasa. No hay modificaciones del cuello uterino.
- Aborto inminente: Con cuello abierto y membranas intactas
- Aborto inevitable: Con cuello abierto y membranas rotas
- Aborto diferido o retenido. Es la muerte del embrión o feto que no es seguido de su expulsión.
- Aborto Frustrado: Cuando está retenido por 8 semanas o más.
- Aborto en curso: Tejidos, membranas, feto en canal cervical.

Según su terminación

- Aborto completo. Es cuando se expulsa la totalidad del producto de la concepción: el feto y sus anexos.
- Aborto incompleto. Es la expulsión incompleta del feto y sus anexos. También se denomina restos de aborto.

Según la condición jurídica

- Ilegal: El aborto es prohibido, sin excepciones.
- Muy restrictivo: El aborto se permite solo para salvar la vida de la madre:
- Condicional. El aborto se permite por varias razones.
- Legal. A solicitud de la madre.

Según su frecuencia

- Aborto recurrente. Es cuando ocurren dos abortos espontáneos consecutivos.
- Aborto habitual. Es cuando ocurren tres abortos espontáneos consecutivos

Según su edad gestacional

- Aborto bioquímico. Es la interrupción de la gestación después de la nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional.
- Aborto clínico. Es el que ocurre posterior a la identificación del saco gestacional. Se puede dividir en:
 - Precoz: antes de las 9 semanas de amenorrea
 - Intermedio: 10-13 semanas
 - Tardío: cuarto y quinto mes.

Según hallazgos ecográficos

- Huevo anembrionado. Consiste en la ausencia de un embrión con un saco gestacional de 25 mm de diámetro, causa cromosómica (80%).
- Aborto retenido, incompleto, completo, fetal tardío etc. (Magowan, 2005)

2.1.2. Cuadro clínico*Amenaza de aborto*

- Hemorragia vaginal
- Dolor abdominal
- Cuello uterino cerrado
- Feto vivo

Aborto inevitable

- Borramiento del cuello uterino
- Dilatación cervical mayor de 3cms
- Ruptura de membranas
- Sangrado uterino por más de 7 días
- Ausencia de actividad fetal

Aborto incompleto

- Sangrado uterino persistente
- Dolor abdominal de mayor intensidad
- Expulsión del producto del embarazo incompletamente
- Cuello uterino abierto

Aborto completo

- Sangrado uterino en mayor cantidad
- Expulsión del producto del embarazo
- Ecografía con útero ocupado parcialmente
- Gonadotrofinas negativas

Aborto séptico

- Es el aborto infectado o provocado.
- Aborto terapéutico. Es el que se practica para salvar la vida de la madre

2.1.3. Tratamiento*Amenaza de aborto:*

- Reposo en cama.
- Hospitalización para mejor control.
- Control del sangrado vaginal.
- Aborto Inevitable y/o Incompleto:
- Hospitalización.

- Evacuación uterina.
- Solución Isotónica + Oxitocina.

Aborto Frustrado o diferido:

- Evacuación uterina.
- Uso de misoprostol
- Control de sangrado vaginal

2.1.4. Cuidados de enfermería

- Identificación de signos de alarma y factores asociados.
- Colocación de vía EV segura con CINA 9%.
- Referencia oportuna con las siguientes medidas:
- Vía segura con catéter endovenoso N°18.
- Vía aérea permeable. Oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto.
- Posición decúbito dorsal.
- Abrigo suficiente.
- Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
- Traslado con acompañante, potencial donante de sangre.
- Comunicar al sitio de referencia.
- En casos que cuente con profesional de salud capacitado y el sangrado sea abundante, realizar:
- Examen con espéculo.
- Retirar los restos del canal vaginal y cervical con pinza Fester.

2.1.5. Criterios de alta

- Paciente estabilizada hemodinámicamente, con funciones vitales estables, con prueba de deambulación, sin síntomas, con capacidad de ingerir alimentos y realizar actividades comunes.
- Impartir: Orientación y conserjería en salud sexual y reproductiva.

- Elección de un método anticonceptivo de ser el caso.
- Pronóstico
- Depende de la complicación infecciosa o hemorrágica y de la prontitud de la intervención de parte del equipo de salud.

2.1.6. Complicaciones

- Shock hipovolémico
- Shock séptico
- Perforación uterina: Laparoscopia o Laparotomía exploratoria.
- Desgarros de cérvix: Sutura.
- Pelvipерitonitis: Histerectomía. (Ginecología y Obstetricia, 2005)

El aborto no complicado es una de las emergencias obstétricas más frecuentes que llegan a nuestros establecimientos de salud, ocasionando altos costos en su atención. Existen en la actualidad dos métodos modernos para su manejo: la aspiración manual endouterina y el tratamiento médico con misoprostol, ambos hacen posible el manejo ambulatorio del aborto, la reducción de los costos para el sistema de salud, y además se brindan dentro de un respeto a los derechos de las mujeres. Se analizan las controversias entre ambas tecnologías y se concluye que tanto la Aspiración Manual Endouterina como el tratamiento con misoprostol son tecnologías modernas que tienen su aplicación dentro de los servicios de ginecología y obstetricia de nuestro país, con la misma seguridad y efectividad por la evidencia que muchos estudios realizados a la fecha nos presentan. Ambas tecnologías deben manejarse dentro de un modelo de atención basado en el respeto a los derechos de las mujeres. El aborto es una de las emergencias obstétricas de mayor demanda, no solo en nuestro país sino también en el mundo entero, y los costos por su atención, a pesar de tener una estancia corta, significan un monto importante para los hospitales y las propias mujeres. (Távora, 2012)

Cuando una mujer embarazada presenta una hemorragia en los primeros meses debida a aborto, la primera reacción es buscar atención inmediata en un establecimiento de salud donde pueda ser atendida por un médico que le dé la mejor atención para resolver su situación. La mujer no conoce que existen diferentes tecnologías que pueden ser utilizadas para el tratamiento del aborto. Pero ella sí espera que se le brinde una atención digna,

respetando su privacidad individual y su libertad para decidir sobre el tratamiento a recibir luego de ser informada sobre su situación. Hasta hace unos años solo se podía ofrecer la técnica del legrado uterino. Esta técnica tradicional se basa en el retiro de los restos ovulares o los productos de la concepción mediante un instrumental metálico que, introducido dentro del útero, retira estos tejidos utilizando las conocidas legras uterinas cortantes o romas. Actualmente, podemos ofrecer la alternativa de la técnica de aspiración que tiene los mismos logros que el curetaje y que fue ideada a fines de la década de los años 50 por los doctores de Shanghai Yuantai Más recientemente, para la atención del aborto se puede ofrecer a las mujeres el uso de medicamentos, como el misoprostol, sin invadir su cuerpo en el tratamiento, y de acuerdo a las evidencias presentadas en los recientes años, logra los mismos efectos que las técnicas quirúrgicas, con la ventaja que no se necesitaría instrumentar a las mujeres en una sala de operaciones o en un centro médico (OMS, 2012).

2.2. Ley de aborto del código penal

Artículo 114: Auto aborto

La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de cincuenta y dos a ciento cuatro jornadas.

Artículo 115: Aborto consentido

El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.

Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de dos ni mayor de cinco años.

Artículo 116: Aborto No consentimiento

El que hace abortar a una mujer sin su consentimiento, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años.

Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de cinco ni mayor de diez años.

Artículo 117: Aborto Agravado por la cualificación del sujeto activo

El médico, obstetra, farmacéutico, o cualquier profesional sanitario, que abusa de su ciencia o arte para causar el aborto, será reprimido con la pena de los artículos 115 y 116 e inhabilitación conforme al artículo 36, incisos 4 y 8.

Artículo 118: Aborto preterintencional

El que, con violencia, ocasiona un aborto, sin haber tenido el propósito de causarlo, siendo notorio o constándole el embarazo, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años, o con prestación de servicio comunitario de cincuenta y dos a cincuenta y cuatro jornadas.

Artículo 119: Aborto terapéutico impune

No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.

Artículo 120: Aborto sentimental y eugenésico

El aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses:

Cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente.

Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico (Penal, 2016)

2.2.1. Aspiración manual endouterina

La Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU) es una técnica de evacuación del contenido uterino mediante succión. Se utiliza un instrumento similar a una jeringa que produce vacío, se introduce mediante cánulas flexibles de punta roma a través del orificio cervical y se aspira. Éste procedimiento disminuye dramáticamente las lesiones o complicaciones que se pueden presentar en un legrado convencional tales como la perforación uterina o el curetaje excesivo, Síndrome de Ashermann, etc. También disminuye el dolor en comparación con el legrado. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la aspiración manual endouterina constituye uno de los métodos más eficaces utilizados en el tratamiento del

aborto y recomienda que esté disponible en establecimientos de salud como parte de una atención integral.

Ventajas de la Aspiración Manual Endouterina:

- Relativamente más económica.
- Su mecanismo de acción permite que el procedimiento demore menos que el Legrado Uterino.
- Cuando se está bien capacitado, se tiene menos complicaciones que el Legrado Uterino.
- Permite utilizar anestesia local.
- Si se utiliza sedo analgesia, se usa dosis reducida de analgésicos o sedantes, haciendo posible que el procedimiento pueda efectuarse en forma ambulatoria.
- Permite realizar el procedimiento fuera de la rigidez de una sala de Operaciones tradicional. Es importante en el caso de hospitales del sector público.
- El procedimiento es un acto quirúrgico con un tiempo limitado y predecible.
- Permite obtener tejido ovular cuando es necesario para el estudio anátomo patológico o para estudios genéticos.

Consideraciones a tener en cuenta en la Aspiración Manual Endouterina:

- Es una intervención quirúrgica menor.
- Requiere de Consentimiento Informado para intervenciones quirúrgicas.
- Si bien puede no necesitar un área rígida de Sala de Operaciones, requiere de un área específica para su atención, en lo posible cercana al área de entrega de métodos anticonceptivos. Es decir, requiere de una infraestructura física adecuada.
- Necesita contar con un equipo de Aspiración Manual Endouterina en buenas condiciones.
- Necesita en algunos casos medicamentos como sueros, analgésicos, anestésicos, otros.
- Necesita de ropa adecuada o quirúrgica para la atención.

- Requiere de mandil de protección, máscara y gorro.
- Requiere de personal capacitado en el manejo de la aspiración manual endouterina. Cuando se está bien capacitado, se tiene menos complicaciones que con el Legrado Uterino.
- Requiere la presencia de una orientadora antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.
- Requiere de un área para el reposo post procedimiento.
- El tratamiento quirúrgico con Aspiración Manual Endouterina es el mejor procedimiento que se le puede ofrecer en la actualidad a la mujer que presenta una complicación de un aborto, siempre y cuando cuente con todas las condiciones que se requieren para hacer un procedimiento de calidad. (Ramos, 2012)

Tratamiento con Medicamentos para el aborto.

El tratamiento con medicamentos para el aborto, también llamado método médico de aborto o aborto médico, utiliza fármacos para la evacuación uterina. A veces, también se emplean los términos 'aborto no quirúrgico' y aborto farmacológico (O. M.S, 2012)

El misoprostol tiene varias vías de administración: oral, sublingual, bucal, vaginal y rectal. Se dispone del misoprostol para su empleo vía oral en tabletas de 200 µg. En el caso del tratamiento del aborto se utiliza la vía sublingual (debajo de la lengua) y oral (deglutir las tabletas). El efecto del misoprostol sobre la contractilidad uterina ha sido ampliamente estudiado, entre otros, por autores como Gemzell-Danielsson y colaboradores (Gemzell - Danielsson K, 2008)

Posterior a la administración de misoprostol oral, en una única dosis, sucede un aumento en el tono uterino; pero, para producir actividad contráctil regular se necesita un nivel sérico constante de misoprostol, haciendo necesario el empleo repetido de más dosis por la vía oral. El efecto del misoprostol usado vía vaginal sobre la contractilidad del útero es parecido al observado en el empleo vía oral: hay aumento en el tono del útero, pero después de 1 a 2 horas se va a observar la presencia de contracciones uterinas regulares, las cuales durarán por al menos 4 horas posterior al uso de misoprostol. (Tang OS, 2008)

Existen varios estudios clínicos que han logrado demostrar el efecto del misoprostol en la maduración del cérvix durante la gestación. El misoprostol está ampliamente utilizado

gracias a que produce el efecto reblandecedor del cuello uterino previo a la inducción del trabajo de parto y a la evacuación quirúrgica del contenido uterino. Muchos estudios demostraron la menor necesidad de forzar el cérvix durante la dilatación mecánica cuando se empleaba misoprostol previo al procedimiento (Gemzell-Danielsson K, 2008).

El efecto de reblandecer el cérvix se debe probablemente al efecto directo del misoprostol sobre el cuello uterino y no secundario a las contracciones uterinas inducidas por el medicamento. Los efectos secundarios adversos, que son clínicamente significativos con el uso de misoprostol, son de tipo hematológico, endocrino, bioquímico, inmunológico, respiratorio, oftalmológico, plaquetario o cardiovascular, donde la presencia de diarrea se presenta como la principal reacción secundaria advertida de manera constante con este fármaco, aunque debe reconocerse que por lo general es de curso leve y autolimitado; puede haber presencia de náuseas y vómitos, pero se resuelven en el curso de las 2 a 6 horas siguientes. Se puede considerar tratamiento ambulatorio inicial del aborto con misoprostol en pacientes con úteros de hasta 12 semanas, sin signos de infección, con posibilidades de retorno seguro y rápido al centro de atención. En gestaciones mayores a 12 semanas, se recomienda que su manejo sea siempre intrahospitalario.

Contraindicaciones:

- Hipotensión severa.
- Epilepsia no controlada.
- Sangrado abundante.
- Fiebre alta o signos de sepsis.
- Malas condiciones generales.
- Alergia a las prostaglandinas.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Antecedentes de patologías con trastornos de la coagulación.
- Mujeres que estén recibiendo anticoagulantes o sean consumidoras frecuentes de fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

Dosis y vías de administración:

- Por orden de preferencia, para gestaciones menores de 12 semanas:
- Vía oral, una dosis única de misoprostol de 600 µg

- Vía sublingual, una dosis única de misoprostol de 400 µg.
- Vía vaginal, aplicar tabletas de misoprostol de 200 µg cada 3 horas, hasta un total de 800 ug.

Efectos secundarios:

- Diarrea y dolor abdomino-pélvico.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Hipotensión.
- Fiebre.
- Escalofríos y temblor corporal.
- Si se presenta hemorragia importante y se encuentra que la medicación con misoprostol aún no ha logrado el resultado esperado, se deberá interrumpir el tratamiento farmacológico y proceder a realizar un procedimiento quirúrgico.
- Ventajas del tratamiento con misoprostol:
 - Más económico que la aspiración manual endouterina y el legrado uterino.
 - Menor riesgo de complicaciones como infecciones o perforación uterina.
 - No requiere anestesia.
 - Solo usa analgésicos por vía oral, por lo que el tratamiento puede efectuarse en forma ambulatoria.
 - No requiere de una sala de operaciones tradicional.
- Condiciones:
 - Diligenciar el respectivo "Consentimiento Informado" por escrito.
 - Contar con personal capacitado en el manejo del aborto con misoprostol
 - Contar con acceso y/o disponibilidad de quirófano en caso de complicación o falla del método. (Dabash R, 2009)

Algunos estudios donde se compara el uso de Aspiración manual endouterina y el de misoprostol en el tratamiento del aborto

Estudio realizado el año 2012, por el Dr. Wilfrido León y col, Hospital Isidro Ayora de Quito, Ecuador, para comparar el uso de la Aspiración manual endouterina versus el misoprostol oral en el manejo del aborto. Este estudio se realizó en dos maternidades de tercer nivel de Quito, Ecuador, y una clínica privada de Venezuela. Las mujeres diagnosticadas con aborto fueron aleatorizadas a uno de dos tratamientos: 600 mcg de misoprostol oral o tratamiento quirúrgico estándar (Aspiración Manual Endouterina). Todas las participantes volvieron a la semana para evaluación clínica. De las que regresaron para seguimiento, 95% (123/130) tuvieron tratamientos exitosos en el grupo misoprostol, comparada con 100% en el grupo quirúrgico (123/123). El ultrasonido fue usado para confirmar el tratamiento en aproximadamente 30% de las mujeres. Reportó haber estado satisfecha con el tratamiento recibido el 96% (243/253) de mujeres, y 93% (235/253) consideró los efectos secundarios como tolerables. Casi 90% (225/253) reportó que escogería el tratamiento asignado de nuevo, y lo recomendaría a una amiga. No hubo grandes diferencias en cuanto a satisfacción por país. Conclusiones: Una dosis de 600 mcg de misoprostol oral es una opción aceptable y efectiva para tratar las complicaciones del aborto en estos contextos. A pesar de la amplia disponibilidad de misoprostol en América Latina, la falta de conocimiento y actitudes desfavorables hacia el medicamento son barreras para su introducción en programas de atención postaborto en la región. (León W, 2012)

Otro estudio realizado en dos hospitales de Egipto donde se comparó el uso de 400 mcg de misoprostol con la Aspiración Manual Endouterina en el tratamiento del aborto demuestra una alta eficacia y aceptabilidad del uso del misoprostol e indica que es análogo a la Aspiración Manual Endouterina como una primera línea en el tratamiento del aborto.

Entre el 2009 y 2010, todas las mujeres con aborto de tres hospitales en Vietnam participaron en un estudio en el que se administró 400 mcg de misoprostol sublingual. Se confirmó que el misoprostol sublingual evacúa eficazmente el útero con un alto nivel de satisfacción y tolerancia. (Ngoc NTN, 2013)

En nuestro país, los profesionales ginecólogos obstetras han sido formados para el uso de técnicas quirúrgicas en el tratamiento del aborto. El uso de medicamentos es de reciente incorporación, y no se utiliza rutinariamente en los establecimientos de salud del país. Se espera que exista una controversia menor en cuanto al uso o no uso de los medicamentos (misoprostol) cuando se empiece a difundir entre nuestros profesionales las evidencias que en el mundo han hecho que el tratamiento del aborto con misoprostol sea una alternativa muy buena, económica y segura.

Este manejo médico, como se le suele llamar, puede ser aplicado no solo en los establecimientos de salud con las condiciones adecuadas para procedimientos quirúrgicos, sino también en zonas donde lamentablemente no contamos con la infraestructura necesaria para realizar algún procedimiento quirúrgico, ni siquiera con anestesia local.

Tanto la Aspiración Manual Endouterina como el tratamiento con misoprostol son tecnologías modernas que tienen su aplicación dentro de los servicios de ginecología y obstetricia de nuestro país, con la misma seguridad y efectividad por la evidencia de muchos estudios.

El uso de la Aspiración Manual Endouterina o de misoprostol para el aborto en los hospitales del sector público, debe plantearse bajo un modelo de atención humanizada. Atender bajo el Modelo de Atención Humanizada que considera una Atención Integral Post Aborto se refiere a la prevención del embarazo no deseado como la atención con calidad de las complicaciones, incorpora elementos necesarios para mejorar la capacidad de respuesta frente a otras emergencias obstétricas, contribuyendo a disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad; y que contenga elementos fundamentales para su sostenibilidad.

Para ello es necesario conocer la situación real de los servicios de salud, la capacidad resolutive de los mismos, considerando las competencias de los proveedores de los servicios, equipamiento, organización de los servicios. Es también importante reconocer que el acceso a los servicios es directamente proporcional a la situación socioeconómica y cultural de las personas; reconocer la importancia de los determinantes socioculturales que afectan la salud de las personas y, dentro de ellos, las condiciones específicas de las mujeres, la inequidad de género, dentro de un marco de derechos humanos.

El Modelo de Atención tiene como marco el respeto a los derechos humanos, específicamente los derechos sexuales y reproductivos, considerando lo siguiente:

Una atención humanizada a las pacientes con un aborto incompleto que acuden a los establecimientos de salud (Orientación/Consejería indispensable).

Se brinda una atención en forma ambulatoria (Aspiración Manual Endouterina/misoprostol), para reducir el tiempo de estancia hospitalaria en los casos de aborto incompleto no complicado, disminuyendo los costos.

Se cuenta con profesionales competentes en técnicas modernas para la atención del aborto (Aspiración Manual Endouterina /misoprostol).

Se atiende con calidad y tenemos servicios para la atención de las complicaciones del aborto accesibles y disponibles.

Tenemos integrados el servicio postaborto con el servicio de planificación familiar (orientación/consejería, información y distribución de métodos anticonceptivos).

El servicio Postaborto busca integrarse con otros servicios de Salud Reproductiva (despistaje de cáncer ginecológico, infertilidad secundaria, ITS/sida).

Para lograr que cada establecimiento logre implementar en los establecimientos de salud la atención Integral postaborto, se requiere 6 componentes: 1. Atención integral de las complicaciones del aborto; 2. Capacitación y Adiestramiento continuo de los profesionales de salud; 3. Organización del Servicio; 4. Sistema de información; 5. Sistema Logístico; y, 6. La participación comunitaria.

El uso de la Aspiración Manual Endouterina o del misoprostol para la atención de las pacientes con un aborto es un derecho de todas las mujeres, y todos los profesionales que las atienden deben estar preparados para brindarles esa atención. Las evidencias nos muestran que cualquiera de estas dos tecnologías modernas puede ser utilizada en los servicios de salud. Lo único que se requiere es que los profesionales estén capacitados y los servicios preparados. (Salud M. d., 2012)

2.3. 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 esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. (Blogger, 2008)

Gonzales W. Lima 2014, refiere que es la capacidad de resolver problemas y ayudar a sus miembros a desarrollar su potencial. También se denomina como el conjunto de relaciones familiares están establecidas entre todos sus miembros, es una estructura de negociación para arreglar conflictos y hay comunicación clara que permite la espontaneidad, existiendo empatía y apoyo emocional. (Gonzales, 2014)

2.3.1. Familia Funcional:

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los

miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía artificial y asumida por ninguno de los miembros: y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo (Blogger, 2008).

La 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. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante (Blogger 2008).

2.3.2. Criterios para 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 2008):
- 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. (Framo, 2008)

La familia funcional se caracteriza porque las relaciones familiares están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros, mostrándose satisfacción de estar juntos reconociendo que cada uno de ellos tiene intereses y necesidades individuales por lo que precisan de cierto grado de privacidad. No existen colisiones internas ni competencias entre ellos, hay una comunicación clara que permite la espontaneidad, existiendo empatía y apoyo emocional. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio tal que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.

2.3.3. Familia Disfuncional

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional, existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía. Alude a un tipo de familia conflictiva o en la que se suceden conflictos que la hacen no funcional en la sociedad en la cual se encuentra. La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia disfuncional es un concepto que puede resultar un tanto confuso, si se lo toma de forma demasiado literal. Es que en realidad habría que redefinir el término disfuncional o sustituirlo por otro, ya que este término alude a que no se cumple con una función o que la familia en este caso no puede cumplir con el rol o la función encomendada por la sociedad.

Este enfoque de familia disfuncional lo considero apropiado para designar una problemática familiar y lo que sucede entonces es que se debe denominar en todo caso familia conflictiva o con problemas. Por supuesto que los problemas y los conflictos suceden en todas las familias pero se tiene grados o niveles mayores o menores de conflicto o de situaciones conflictivas como por ejemplo:

2.3.4. Violencia Familiar.

- Drogadicción.
- Problemas de salud mental.
- Situaciones de relacionamiento conflictivo entre los miembros, etc.

Este grupo familiar va a ser el nexo entre el individuo y la sociedad y en este sentido es que los problemas familiares se pueden trasladar hacia el afuera, la sociedad. En este punto es que se podría hablar de disfuncional. (S.Innatia., 2008)

Existe un acuerdo generalizado sobre la importancia de los problemas familiares respecto al suicidio en adolescentes y jóvenes. Para La Framboise y Howard – Pitney (1995), el abuso físico y sexual, la falta de buena comunicación entre niños y padres, la inestabilidad, la discordia y/o violencia, son signos típicos de una familia disfuncional.

Entre los problemas familiares que contribuyen al suicidio en adolescentes resaltan la mala comunicación, conflicto con los padres, respecto a la familia: así como amor, afecto y apoyo inadecuados de los miembros de la familia (Dukes y Lorch, 1989). También se ha destacado la falta de apoyo por parte de los miembros de la familia respecto a las rupturas familiares y la psicopatología de los padres. Desde otro ángulo pero también en relación con la familia, distintas investigaciones han informado que los sujetos con historia familiar de suicidio o intento de suicidio tiene un mayor riesgo. No obstante, y a pesar de que existen diferencias en el grado y en los tipos de estresores provenientes de la familia, la percepción del estrés familiar y la falta de apoyo de la familia contribuyen dentro del campo de los estresores familiares como un gran factor a la conducta suicida en adolescentes.

Una familia disfuncional puede disminuir la autoestima de los niños, ser una amenaza para su integridad física y psicológica y, en combinación con otros factores, puede contribuir a que se generen sentimientos de vulnerabilidad y motivación para el suicidio y encuentran mayores conflictos familiares en sujetos con tentativas de suicidio. (Tousignant y Hanigan, 1993), Igualmente (Asarnow, 1992), encuentra mayor conflictividad familiar en adolescentes

con intentos de suicidio. Este mismo autor señala que entre los miembros de la familia había menor cohesión y menor conflictividad familiar en pacientes psiquiátricos con tentativas de suicidio que entre quienes no los habían tenido. (W, 2010)

Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativa y desestabilizadora que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son:

- Antecedentes familiares de suicidio e intentos de suicidio.
- Familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño).
- Peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones.
- Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores.
- Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada.
- Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido.

Una familia es mucho más que la suma de sus partes y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí, producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. (Mental, 2006)

Existen diversas escalas o instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar, entre ellos se encuentran: Índice de función familiar de Pless y Satterwhite, la Escala de evaluación familiar de Beavers y Timberlawn, la Clasificación triaxial de la familia de Tseng y McDermott, la Escala de eventos críticos de Thomas Holmes, el Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar de Salinas y col, la Escala de funcionamiento familiar de Espejel y col, el Apgar familiar de Gabriel Smilkstein, el Círculo familiar de Thrower, Bruce y Walton, el FACES de David H. Olson, la Evaluación del subsistema conyugal de Olson, Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (Autor Dolores de la Cuesta Freijomil) (Louro, 1994)

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar por sus siglas en inglés: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve). En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de

aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bollón y cols (1996). (Bellon JA, 1996)

2.4. Teoría de enfermería

Kerouac Suzanne. Teoría centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica, surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX unida al control de estas enfermedades se produce una mejora de las técnicas quirúrgicas, comienza la aplicación de los antisépticos y la enfermedad física es considerada al margen del entorno, de la cultura y de la sociedad .La salud se define como la ausencia de la enfermedad, afirmando que el origen de dicha enfermedad es unicausal.

La consideración de este paradigma permite explicar la orientación que durante la primera mitad del siglo XX ha tenido la formación de las Enfermeras .Las escuelas tienen una dependencia de los hospitales y la formación que se imparte en ellas presenta un contenido orientado hacia los conocimientos médicos.

El significado de los elementos que forma este meta paradigma es:

- La persona: es considerada como un todo, si bien ese todo se obtiene de la suma de sus partes. Como vemos en esta definición está presente el criterio de división que caracteriza el paradigma.
- El entorno: Es un elemento separado de la persona y que parece un no tener una relación significativa con su salud.
- La salud: ES el elemento primordial del conocimiento de la Enfermería. Se considera como los niveles cambiantes biopsicosociales-culturales y espirituales del bienestar y la enfermedad. Está influida y circundada por la herencia genética de la persona, las capacidades vitales, las experiencias y la interrelación con la fuerza y los cambios sociales y ambientales.
- El cuidado: Está orientado a la resolución del problema, déficits e incapacidades de la persona quedando desplazado el cuidado como agente de prevención. (F, 2007).
- Ernestina Wiendebanch: “El Arte de cuidar de la enfermería clínica” Son las acciones de enfermería clínica, se observan cuando las enfermeras (os) del cuidado y del bienestar se encargan de un paciente que solicita ayuda.

Incluyendo la comprensión de las enfermeras (os) sobre las necesidades e inquietudes de los pacientes.

Principales Supuestos y Metaparadigmas:

Cuidado: Se basa en localizar las necesidades del individuo y de esta manera ejercer todo su potencial en conocimientos de salud con el fin de aumentar o mejorar su completo bienestar y de esta manera insertarlo en la sociedad.

Persona: Cada persona está dotada de un potencial único para desarrollar los recursos de auto sensibilidad.

Salud: se define como un bienestar total tomando al individuo como un ser holístico analizando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Entorno: es el contexto en el que está situada la persona, es decir la realidad en la que convive todos los días y se relacionan conjuntamente en forma dinámica.

Enfermería: como la práctica de la identificación de las necesidades de un paciente en busca de ayuda mediante la observación de la presentación de comportamientos y síntomas, la exploración del significado de los síntomas con el paciente, para determinar las causas de la incomodidad y la determinación de la capacidad del paciente para resolver su malestar.

Características de la teoría:

Claridad: De manera muy clara esta teoría da a conocer sus aspectos al campo de la enfermería, identifica los principales conceptos que se desarrollan en arte de cuidar de la enfermería clínica. Por lo que también tienen significados claros de sus supuestos y metaparadigmas.

Sencillez o simplicidad: Es simple y orienta desde un propósito muy concreto y también transmite mayor sentido a lo que es el conocimiento aprovechado por nosotros.

Generalidad: Esta teoría busca de manera general avanzar, resolver y alcanzar efectivamente los objetivos significantes que es percibir, brindar y ayudar a la necesidad de ayuda al paciente.

Precisión empírica: Es muy importante saber que Ernestina Wiendenbach realizó con sus conocimientos empíricos esta teoría de gran ejemplo para el campo de la enfermería.

Consecuencia deducible: Está relacionada con la investigación que utilizó Wiedenbach de la Teoría de Jean Orlando, pero también es importante saber que esta teoría llamada arte de

cuidar de la enfermería clínica, Ernestina Wiedenbach la realizó para así convertirse en un modelo para la práctica clínica. (Ernestina, 2013)

3. Definición de términos

3.1. Funcionalidad familiar

Considerado como el cumplimiento de roles dentro del patrón normal de la dinámica familiar evidenciado en el tipo de comunicación, forma de compartir problemas y alegrías donde las personas se sentían satisfechas; fue medido por un instrumento: Test de Percepción del Funcionamiento Familiar, elaborado por De la Cuesta (Louro, 1994).

3.2. Aborto

Es la terminación de un embarazo: Es la muerte y expulsión del feto antes de los cuatro meses de embarazo; hay retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos ovulares cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción, a veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas. (Rigol, 2004)

4. Hipótesis de la investigación

4.1. Hipótesis General

Ho: El Aborto en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital apoyo Iquitos "Cesar Garayar García" no se relaciona a la disfunción Familiar.

Hi. El Aborto en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital apoyo Iquitos "Cesar Garayar García" se relaciona a la disfunción Familiar.

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Diseño y tipo de la Investigación

El estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, puesto que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. De alcance correlacional porque nos permite analizar el tipo de relación que existe entre dos variables. De acuerdo a las características temporales de los datos, es de corte transversal ya que se levantarán los datos en un período de tiempo determinado (Hernández, Fernández y Baptista 2006).

2. Variable de la Investigación definición operacional

Variable 1: Funcionalidad familiar

Variable dependiente 2: Aborto

3. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Aborto	Expulsión parcial de tejidos fetales, restos placentarios o líquido amniótico a través del cuello uterino con modificaciones y sangrado diferente	Revisión de historias clínicas con diagnóstico médico de aborto.	<ul style="list-style-type: none"> - Aborto provocado. - Aborto espontáneo. - Aborto complicado. - Aborto no complicado. - Aborto inminente. - Aborto inevitable. - Aborto retenido. - Aborto frustrado. - Aborto en curso. - Aborto completo. - Aborto incompleto. - Aborto legal. - Aborto ilegal. - Aborto recurrente. - Aborto habitual. - Aborto séptico. - Aborto terapéutico. 	Resultados de Diagnósticos de Aborto	<p>La medición se hizo a través de las historias clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si: Dx. Aborto. - No: Sin Dx. de Aborto.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Funcionalidad Familiar	Es el cumplimiento de roles dentro del patrón normal de la dinámica familiar evidenciado en el tipo de comunicación, forma de compartir problemas y alegrías donde las personas se sientan satisfechas.	Es un instrumento que consta de 14 ítems, el cual fue medido a través de 2 niveles.	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades recreativas. - Afecto. - Armonía familiar. - Ayuda familiar equitativa. - Búsqueda de ayuda familiar. - Cariño. - Convivencia. - Conversaciones y temas familiares. - Comunicación. - Costumbres familiares. - Discusiones familiares. - Distribución de tareas familiares. - Experiencias familiares. - Familia. - Funcionalidad familiar. - Toma de decisión familiar. 	<p>Familia Funcional.</p> <p>Familia Disfuncional.</p>	<p>Se utilizó el instrumento del test de la percepción familiar estandarizado:</p> <p>Familia Funcional. 43-70 puntos</p> <p>Familia Disfuncional: 14-42 puntos</p>

4. Delimitación Geográfica y Temporal

El presente estudio se llevó a cabo con mujeres hospitalizadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García", de la ciudad de Iquitos. Ubicado en la provincia Maynas Departamento de Loreto-Perú. 2016. Dirección del Hospital: Cornejo Portugal N° 1710.

4.1. Población

La población del estudio estuvo constituida por 547 mujeres hospitalizadas en el I Semestre 2016 con diagnóstico de aborto y sin aborto en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García". 2016.

La población se observar en el siguiente cuadro.

N° Total Atenciones	Con Aborto	%	Sin Aborto	%
547	258	47.17	289	52.83

4.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 90 mujeres hospitalizadas con diagnóstico de aborto y sin aborto en el Servicio de Ginecología durante I Semestre 2016, el cual se reprogramó por conveniencia del tiempo que fue muy corto.

Tamaño de muestra: Muestra por conveniencia 90 mujeres hospitalizadas.

4.2.1. Criterios de Inclusión y Exclusión.

Formaron la muestra definitiva de estudio aquellas personas que reunían los siguientes criterios:

4.2.1.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres con diagnóstico de aborto y otras causas de hospitalización en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García. I Semestre del 2016 con libro de Ingreso y Egresos de las Paciente del servicio de Ginecología.
- Mujeres que participaron voluntariamente en el estudio.

4.2.1.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes con Historias Clínicas incompletas o llenados inadecuadamente.

- Mujeres que no desearon participar en el estudio

5. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Para recabar información con respecto a la variable funcionalidad familiar, se utilizó el Test de la Percepción del funcionamiento Familiar.

Este instrumento es estandarizado, elaborado por De la Cuesta (1999) consta de 14 ítems.

Validez: El instrumento fue sometido a validez en el año 1994 y en el 2000 en Cuba en varios procedimientos que evidenciaron su validez mediante juicios de expertos, con total de 96%.

Confiabilidad: El instrumento fue sometido en Cuba a varias pruebas de confiabilidad con un total de 94 %.

6. Proceso y Análisis de Datos.

El procesamiento de datos inicio con la codificación e ingreso de los datos al paquete estadístico SPSS 20. Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento.

Para el análisis se utilizaron las tablas de distribución de frecuencias, identificando la relación de variables con la estadística inferencial de Chi-cuadrado.

7. Consideraciones éticas.

Los derechos humanos, y la aplicación de los principios bioéticos de los sujetos de estudio que participaron en el estudio fueron manejados teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

El registro de las atenciones en las historias clínicas y el test de Funcionalidad Familiar fueron identificados con códigos para conservar la anonimidad de la encuestada.

Antes de la aplicación de los instrumentos se aplicó el consentimiento Informado para garantizar la participación voluntaria de los sujetos de estudio.

Toda información de la investigación fue de uso único para las investigadoras para conservar la confidencialidad de las participantes.

Se aplicaron los siguientes valores: respeto, puntualidad y responsabilidad, así como los cuatro principios de la bioética.

La información fue procesada y analizada en forma agrupada.

Se evitó la difusión de la información de los casos estudiados.

Los datos obtenidos en la recolección de la información solo sirvieron para fines de la investigación.

Capítulo IV

Resultados y Discusiones

1. Resultados

Tabla 1

Funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" I Semestre. Iquitos 2016

Funcionalidad familiar	n	%
Familia funcional	20	22,22
Familia disfuncional	70	77,78
Total	90	100

En la tabla 1 se observa que del 100% de los encuestados el 77,78% presentó una familia disfuncional y el 22,22% funcional.

Tabla 2

Aborto en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" I Semestre. Iquitos 2016

Aborto	n	%
Con aborto	45	50
Sin aborto	45	50
Total	90	100

En la tabla 2 se observa que del 100% de los encuestados el 50% tuvo un aborto y el resto no.

Tabla 6

Cuidado humanizado de enfermería y nivel de satisfacción percibida en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Regional Loreto 2016

Funcionalidad familiar	Aborto				Total	
	Sin aborto		Con aborto			
Funcional	15	16,6%	5	5,56%	20	22,2%
Disfuncional	30	33,3%	40	44,4%	70	77,7%
Total	45	50%	45	50%	90	100%

$$*X^2 = 3,84; \text{gl} = 1; p = 0.05$$

La tabla 3 muestra que de 90 (100%), de mujeres que participaron en el estudio 45(50%) corresponde a mujeres sin Aborto de los cuales 30 (33.33%), proceden de Familias Disfuncionales. Por otro lado 45 (50 %) son mujeres con Aborto, de los cuales 40 (44.44%) proceden de familias Disfuncionales.

Para realizar la contrastación de la Hipótesis de investigación se aplicó la prueba Estadística Chi- Cuadrado obteniéndose: $X^2 = 6.4 > X_{t2} = 3.84$ $p = < 0.05$ y $\text{gl} = 1$ con 95% de nivel de confianza, resultados que permitió aceptar la Hipótesis “El aborto en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” se debe a la disfunción familiar”

2. Discusión

En el presente estudio, de 90 (100%), de mujeres que participaron 45(50%) corresponde a mujeres sin Aborto de los cuales 30 (33.33%), proceden de Familias Disfuncionales. Por otro lado 45 (50 %) son mujeres con Aborto, de los cuales 40 (44.44%) proceden de familias Disfuncionales.

Al realizar la prueba de Hipótesis de la investigación con la prueba Estadística Chi-Cuadrado (X^2), se obtuvieron resultados estadísticos significativos $X_c^2 = 6.4 > X_t^2 = 3.84$ $p = < 0.05$ y $gl = 1$ con 95% de nivel de confianza, por lo que existe evidencia suficiente para confirmar la Hipótesis de investigación “El aborto en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” se debe a la disfunción familiar”, al ser comparado estos hallazgos, con los resultados de Arcos, G (2013) se encuentra similitud, quien en su estudio de investigación “Relación entre Disfunción Familiar y la búsqueda de Aborto en mujeres con embarazo no deseado, concluye que la presencia de Disfunción Familiar es la razón más importante para la búsqueda de aborto en mujeres con embarazos no deseado.

Del mismo modo guardan similitud con el estudio, los hallazgos de Ramírez (2012), quien en la investigación “Funcionalidad Familiar de las Adolescentes embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar N° 75 del Instituto Mexicano de Seguridad Social, Nezahualcoyotl. Estado de México 2012” concluyó que las adolescentes embarazadas perciben a sus familias como altamente disfuncionales.

De similar forma, los hallazgos son similares con el estudio de Velastegui (2012), quien en la investigación “La Disfunción Familiar y su influencia en el aborto en las adolescentes de 14 a 19 años que acuden al servicio de maternidad en el hospital provincial general de Latacunga en el período de marzo hasta agosto 2012”, concluye que 46% de adolescentes creen que los abortos se llevan a cabo por falta de apoyo de los padres y de sus parejas.

A la luz de los resultados descritos anteriormente, el Personal de Enfermería tiene la responsabilidad de trabajar conjuntamente con todo el equipo de salud en las familias disfuncionales, mediante metodologías activas que permitan sensibilizar a las familias en el cumplimiento de sus roles y promover en ellas una mejor convivencia familiar y poder prevenir conductas de riesgo como el aborto.

También se debe indicar que la enfermería está experimentando un desarrollo metodológico aplicado a la práctica, en el que prima un enfoque individual. Consideramos que la asistencia de enfermería debería orientarse hacia la unidad familiar. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que la Atención Primaria de Salud debe articularse en torno a la enfermera de familia. Si bien es cierto la presente investigación se realizó en el cuidar de la enfermera clínica en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología, no olvidemos que la familia es la principal proveedora de cuidados; algunos estudios afirman que el 66% de las personas que necesitan cuidados los reciben de su familia. Las distintas taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification) emplean diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones orientadas a esta. Apoyándonos en la Teoría General de Sistemas y la teoría de Neumann, se debe considerar a la familia como un sistema abierto compuesto de elementos humanos con una historia común que forman una unidad funcional regida por normas propias, que mantiene un orden, una estructura y una función que permiten el cambio y el crecimiento de sus miembros.

Por otro lado la familia se afecta y es afectado por su entorno, con el que debe mantener el equilibrio. Desarrolla una dinámica, utilizando una serie de procesos de regulación para mantener su estructura y su función. Si la dinámica es funcional, permitirá el desarrollo de sus miembros y la adaptación a situaciones y agentes estresantes, empleando mecanismos de defensa (respuestas de afrontamiento, utilización de recursos, toma de decisiones, entre otros aspectos importantes).

Desde un enfoque enfermero, creemos que la familia es una unidad biopsicosocial que mantiene un determinado (funcionamiento previo ante sucesos parecidos como el aborto), tareas de desarrollo, estrategias de afrontamiento y toma de decisiones.

Desde el punto de vista sistémico, la evaluación familiar debería estar basada en analizar cómo se organiza la familia, sus pautas estructurales, en qué etapa de desarrollo se encuentra, sus experiencias, el proceso de comunicación y finalmente el sistema de creencias.

Las enfermeras utilizan el proceso enfermero en su trabajo asistencial. Se considera que para aplicarlo a la unidad familiar sería necesario adecuarlo, incorporando a la valoración el análisis de aquellos elementos que permitan identificar problemas familiares abordables desde enfermería, como en el caso del aborto, puesto que en el estudio se encontró asociación estadística significativa entre la funcionalidad familiar y el aborto.

El estudio de la funcionalidad familiar permitirá determinar su funcionalidad analizando los elementos que contribuyen a está: comunicación, relación entre subsistemas, normas, reglas, roles, adaptabilidad y cohesión. Mecanismos de defensa familiar: conocimientos, habilidades y actitudes relacionados con la salud, recursos, redes y apoyos sociales.

Finalmente se debe indicar que la atención enfermera dirigida a las familias debe orientar los cuidados al mantenimiento y la mejora de la dinámica familiar, facilitando su adaptación a situaciones de crisis que puedan afectarlas, ayudándolas a identificar y utilizar los recursos disponibles para adoptar las estrategias de afrontamiento apropiadas, y así poder facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

- En las mujeres hospitalizadas en el departamento de Gineco Obstetricia del Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García, durante los meses de enero a junio 2016, se observa que de 90 mujeres (100%) de la muestra, el 70 (77.78%) corresponde a Familias Disfuncionales.
- De 90 (100%) de mujeres de la muestra, 45(50%) corresponde a mujeres sin aborto, de los cuales 30(33.33%) proceden de Familias Disfuncionales, y 45(50%) son mujeres con aborto, de los cuales 40(44.44%) proceden de Familias Disfuncionales.
- Al aplicar la prueba no paramétrica de distribución libre Chi-Cuadrado se obtuvo resultados significativos con ($p < 0.05$), lo cual indica que el aborto en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” se debe a la disfunción familiar.

2. Recomendaciones

Al finalizar el trabajo de investigación se desea que haya una mejora continua del mismo, por lo tanto se plantea las siguientes recomendaciones:

- A la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Unión: Implementar talleres de estrategias de prevención sobre el aborto dirigidas a Familias priorizando a las familias disfuncionales.
- Incrementar actividades o programas de bienestar (deportes, danzas, teatro) con el fin de satisfacer necesidades de recreación en mujeres con diagnóstico de post aborto que favorezcan el equilibrio de su estado emocional.
- Coordinar y utilizar la información de consejería permanente con el fin de brindar apoyo oportuno a mujeres con Familias Disfuncionales.
- A las Autoridades del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, fortalecer los programas de consejería familiar enfatizando en el cuidado de mujeres con diagnóstico de aborto y familias disfuncionales mediante el control médico a los siete días, para corroborar el cumplimiento de las indicaciones dadas por los especialistas.
- Implementar estrategias sobre el seguimiento a las pacientes con diagnóstico de Aborto.
- Realizar interconsulta con Psicología a las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto y familias disfuncionales.
- Sugerir a especialistas en otras especialidades la aplicación del Test de Percepción del Funcionamiento Familiar a mujeres en edad fértil.
- A las pacientes brindarles orientación y cuidados de Enfermería en el hogar sobre el Aborto y Funcionalidad Familiar mediante sesiones educativas y visitas domiciliarias.
- A los investigadores, que realicen otras investigaciones a partir de los resultados de la presente tesis, que si se retoma este trabajo se realice investigaciones cualitativas para profundizar el cuidado de familias disfuncionales y con aborto.

- Difundir los resultados de la investigación en todas las instituciones de salud para su aplicación respectiva.

Referencias Bibliográficas

- A., L. (2014). Aborto Incompleto. Vida y Salud.
- Angel, V. (s.f.). Familia y Desarrollo Intervenciones en Terapia Familiar. 2007.
- Arcos Guanoluisa, M. (2013). Disfuncionalidad Familiar y la Búsqueda de Aborto en mujeres con embarazo no deseado que asisten a consulta al Centro Integral de Medicina Familiar.
- Bellon JA, D. A. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de Función Familiar Apgar - Familiar.
- Blogger, L. H. (2008). Recuperado de <http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad.familiar.html> 14/05/15.
- C., G. S. (2011). El Aborto.
- Civil., R. L. (s.f.). Recuperado de <http://redesclase.blogspot.pe/>.
- Consumidores, C.-I. y. (2015). Recuperado de <http://www.consumoteca.com/familia-y-consumo/consumo-y-derecho/actividad-recreativa/nsumoteca>.
- Código Penal Ley del Aborto (2016). Recuperado de <http://karmensandoval3.galeon.com/cvitae1827146.html> Geleón.com [Hispanista](http://Hispavista.com).
- Dabash R, C. M. (2009). Bleeding following surgical (MVA) and medical (400 ug sublingual misoprostol) treatment of incomplete abortion Int J Gyneco Obstet. Boston.
- Daiisy, R. G. (2012). Funcionalidad Familiar de las Adolescentes embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar. Instituto Mexicano de Seguridad Social, México.
- Delicia, F. (2006). El aborto clandestino en el Perú. Estudio de Investigación, Pathfinder Internacional y CMP Flora Tristan, Lima.
- DRSL, L. (2015). Cuaderno de Registro del Servicio de Ginecología del HAI. Iquitos.
- Enciso Quilla, T. (2012). Efectividad del Tratamiento médico con misoprostol en pacientes con aborto incompleto. Lima.
- Ernestina, W. (2013). Arte de cuidar de la enfermería clínica.

- F., K. S. (2007). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona.
- Faúndes Anibal. Segunda edición - Marzo, 2007 *Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología*. Federacion Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (FLASOG)
- Framo, N. y. (1988). *Terapia Familiar Intensiva*. México.
- G. Consuelo. (2010). *Efectividad de la Funcionalidad Familiar*.
- Gemzell - Danielsson K, B. M. (2008). *Studies on uterine contractility following mifepristone and various routes of misoprostol contraception*. USA.
- Gonzales, W. (2014). *Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2*. Universidad Nacional de San Marcos, Lima.
- Gutiérrez Ramos M iguel 2012 *Controversias en Obstetricia y Ginecología Lima – Perú*.
- H.Blogger, L. (2008). Recuperado de <http://medicinafamiliararmazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad.familiar.html>. 14/05 /15.
- Hopkins J. 2005 *Ginecología y Obstetricia 2da Edición*, España: Marbán.
- Institute, A. G. (2009). Recuperado de www.gutmacher.org.
- León W, M. R. (2012). *Introducción de misoprostol en Servicios de Atención Post Aborto en América Latina*. Ecuador.
- Leonardo, V. G. (2012). *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 de Latacunga*. Ecuador.
- López Hernández, C. L.-M. (2004). *Fundamentos de Obstetricia: Aborto: Concepto y Clasificación, etiología, anatomía patológica, clínica y tratamiento*.
- Louro, D. I. (1994). *Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL*.
- Magowan, B.A (2005) *Ginecología y Obstetricia Clínica*. Ed Elseiver. México.
- Martínez A, M. (junio de 2008). *Funcionalidad Familiar asociada al estado civil*. Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 8(1).
- Mental, O. (2006). Recuperado de <http://www.who.int/mentalhealth/media/en/pdf>.

- Ngoc NTN, S. T. (2013). Results from a study using misoprostol for management of incomplete abortion in Vietnamese hospitals: implications for task shifting BMC Pregnancy Childbirth (13 Ed.). Burkina Faso.
- Orlando Rigol, R. y. (2004). Obstetricia y Ginecología: Sangramiento en Obstetricia.
- Pereira Pedro, O. P. (Marzo de 2015). El tratamiento del aborto incompleto por aspiración manual o legrado/ Estudio comparativo de la aspiración manual y legrado uterino para el tratamiento del aborto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia versión OnLine ISSN, 61(01).
- PeriNatal, I. N. (Setiembre de 2013). Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30(3), 1726 - 4634.
- Rangel JL, L. V. (Febrero de 2004). Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada. Revista de la Facultad de Medicina UNAM.
- Reproductiva, M. d. (2007). Guía de Práctica Clínica para Atención de Emergencias Obstétricas según capacidad resolutive. Lima.
- Riviere, E. (2007). El Proceso Grupal del Psicoanálisis a la Psicología Social.
- S.Innatia., M. (2008). Recuperado de <http://www.innatia.com/s/c-organización-familiar/a-una-familiadisfuncional.html>.innatia2015 13/05/2015.
- Saciloto, M., & otros, K. y. (2009). El AMEU para el tratamiento del aborto incompleto hasta 12 semanas de gestación: una alternativa para el tratamiento uterino curetaje.
- Salud, M. d. (2012). Técnicas Quirúrgicas y el uso del Misoprostol en el Tratamiento del Aborto Incompleto. Lima.
- O. M.S (2012). Aborto sin Riesgos (2 da ed., Vol. IV). Ginebra: Guia Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud.
- O. M.S (11 de OCTUBRE de 2014). Informe sobre la Salud en el mundo.
- Solter C, M. G. (2000). Comprehensible training course: Manual Vacuum aspiration (MVA) for incomplete abortion (1ra ed.). Boston USA: Pathfinder International.
- Tang OS, S. H. (2008). Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol Hum Reprod. (17 ed.). California.
- Távora L, O. P. (2012). Costos de la atención postaborto. Revista Perú Ginecol Obstet, 58(4).

- Távora-Orozco Luis. 2008. "Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y el Caribe." *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 54:253-263. Recuperado de <http://www.clacai.org/home/images/img/ArticuloMisoprostol.pdf>.
- Urreta Palacios, M. E. (2008). *Funcionamiento Familiar y el Embarazo en Usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho*. Lima.
- V. Angel. (2007). *Familia y Desarrollo .Intervenciones en Terapia Familiar (3ra ed.)*. México: Manual Moderno.
- Vargas Fiesco, D. R. (2014). Recuperado de <http://b.digital.unal.edu.co/2795/3/9789584476180.01.pdf>.
- W., G. (2010). *Intento Suicida y Funcionamiento Familiar*. (17 ed.). Cuba: *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Williams, S. C. (2011). *Obstetricia*. México.

Anexos

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autores:

LIC.ENF. GIL TAFUR Emilia.

LIC.ENF. GONZALES GARCIA Olivia.

LIC.ENF. GONZALES TORRES Blanca Daney Del Pilar.

LIC.ENF. RODRIGUEZ DEL AGUILA Palmir Angélica.

LIC.ENF. URIBE ROMERO Ana Isabel.

Asesora: Dra. Zulema Sevillano Bartra. Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

Institución:

Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

Introducción:

Le invito a usted a participar en el proyecto de Investigación que tiene como título: Aborto y Funcionalidad Familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” Iquitos 2016. La investigación se realizará con la finalidad de optar el título de especialista en Gineco Obstetricia en la Universidad Peruana Unión.

Antes de que se decida a participar, es importante que comprenda los contenidos de este formato de consentimiento, los riesgos y beneficios para tomar una decisión informada, y que haga cualquier pregunta si hay algo que usted no entiende. Por favor, lea este formato de consentimiento informado y tómese el tiempo para que tome una decisión. Si decide participar, le pido firmar este formato de consentimiento informado.

Objetivo del estudio:

- Determinar la asociación entre el Aborto y la Funcionalidad Familiar en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” de la ciudad de Iquitos, durante el año 2016.

Procedimiento del estudio:

Presentación de la investigadora y el motivo del Estudio.

Si acepta participar, se le hace entrega del Test que consta de 14 preguntas la cual lo desarrollara en un tiempo de 20 minutos.

- 1) Primero, Se realizó orientación sobre el llenado del Instrumento.
- 2) Segundo, que sus respuestas sean con veracidad.

Asuntos de ética:

Quiero asegurarle que este estudio ha sido revisado y ha recibido aprobación por parte de un jurado dictaminador asignado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Unión de la ciudad de Lima durante el presente año 2016.

En todo momento del estudio seré respetuosa con usted. Toda la información que obtenga de esta investigación lo manejaré con mucha discreción y confidencialidad.

Riesgos:

No hay riesgos asociados con su participación ni la participación de ningún miembro de su familia.

Beneficios potenciales:

La información del estudio ayudará a mejorar los conocimientos como profesionales de Enfermería y así poder optar el título de Especialista en Gineco-Obstetricia.

Confidencialidad:

Toda la información obtenida durante este estudio será mantenida estrictamente confidencial. Su participación será anónima y se pondrá toda la información en un

lugar seguro con acceso solo para las investigadoras (autoras). Por otro lado su identidad no será revelada en los resultados agrupados.

Recomendaciones significativas:

Durante este estudio, los investigadores generaran recomendaciones de la investigación.

Participación voluntaria y retirada de este estudio:

Su participación será estrictamente voluntaria. Usted puede negarse a participar ya que le asiste ese derecho.

Costos y compensación:

No le ofrezco compensación, ni pago alguno por participar en este estudio.

Persona de contacto:

Si tiene alguna pregunta acerca del estudio, debe contactar las licenciadas: Emilia Gil Tafur teléfono 985983274, Ana Uribe Romero teléfono 965023551, Palmir Rodríguez del Águila teléfono 965931406, Olivia Gonzales García teléfono 950485908, Blanca Gonzales Torres teléfono 976742639.

Declaración de Consentimiento:

He comprendido los contenidos de este formato de consentimiento, y estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He tenido tiempo suficiente para considerar la información antes mencionada y pedir consejos si elijo hacerlo.

Firmando este formulario de consentimiento, no estoy renunciando a mis derechos legales.

FIRMA

Anexo 2

TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Código.....

I. PRESENTACION:

Buenos (días, tardes, noches) Srta., Sra.: somos Licenciadas en Enfermería. El presente Test es parte de un estudio de investigación mediante el cual se pretende recolectar información confiable y precisa sobre aborto y funcionalidad familiar en pacientes hospitalizados en el servicio de ginecología del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” 2016.

La información que usted me brinda será recolectada en forma anónima y voluntaria, la cual será utilizada de manera confidencial. El tiempo establecido para la aplicación del Test será de 20 minutos aproximadamente.

La información será manejada solo con fines de investigación.

¡Gracias por su aceptación!

ESPACIO PARA SER LLENADO POR LAS INVESSTIGADORAS.

Fecha de la entrevista:...../...../.....		
Nombre	de	la
investigadora:.....		

INSTRUCCIONES

A continuación, le presentamos una serie de aseveraciones de las que Ud. tiene que leer cada una de ellas y responder la que más aplica a su vida familiar, no hay respuestas malas o buenas, solo tiene que contestar con mucha sinceridad. El instrumento consta de 14 ítems y parámetros de medición: Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

SITUACIONES	Casi nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Muchas veces 4	Casi siempre 5
1-Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2-En mi casa predomina la armonía					
3-En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4-Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5- Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6-Podemos aceptar, los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7-Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8-Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					

9-Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10-Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11-Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12-Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13-Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14-Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

EVALUACION;

Familia Funcional: Puntaje 43 – 70 puntos

Familia Disfuncional: Puntaje 14 – 42 puntos

OBSERVACIONES:

.....

¡MUCHAS GRACIAS POR SU APORTE, SERA DE GRAN UTILIDAD PARA MI ESTUDIO Y A UD. EN EL FUTURO!