



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“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 “CIMFA” DE LA CIUDAD DE AMBATO, EN EL PERÍODO ENERO 2012 – MARZO 2013”.**

**Requisito previo para optar por el Título de Médico**

**Autora:** Arcos Guanoluisa, Myriam de los Ángeles.

**Tutor:** Dr. Neto Mullo, Becker Santiago.

Ambato – Ecuador

Octubre, 2014

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“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 “CIMFA” DE LA CIUDAD DE AMBATO, EN EL PERÍODO ENERO 2012 – MARZO 2013”** de Myriam De Los Ángeles Arcos Guanoluisa, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2014

**EL TUTOR**

.....  
**Dr. Becker Santiago Neto Mullo**

## **AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo 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 “CIMFA” DE LA CIUDAD DE AMBATO, EN EL PERÍODO ENERO 2012 – MARZO 2013”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del trabajo.

Ambato, Julio del 2014

LA AUTORA

.....  
Myriam de los Ángeles Arcos Guanoluisa

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Julio del 2014

LA AUTORA

.....  
Myriam de los Ángeles Arcos Guanoluisa

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“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 “CIMFA” DE LA CIUDAD DE AMBATO, EN EL PERÍODO ENERO 2012 – MARZO 2013”**, de Myriam de los Ángeles Arcos Guanoluisa, Estudiante de la Carrera de Medicina

Ambato, Octubre del 2014

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1 er vocal

.....  
2 do vocal

## **DEDICATORIA**

A Dios porque puso en mi vida el camino y las personas que han hecho posible el alcanzar esta meta, tan anhelada.

A mi hermoso hijo que es el eje en que gira la razón de luchar y levantarme día a día.

A mis abuelitos, padres, hermanas y sobrinas que son la voz que me alienta en los momentos difíciles.

A sor Beatriz, Oscar, amigos, pacientes que me enseñaron el valor del servicio y que es más grande el que sirve.

**Myriam**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco de todo corazón a mis maestros en especial al Dr. Roberto Carrillo, Dra. Olga Piera, Dr. Becker Neto, que supieron además de brindar sus conocimientos, transmitir su consejo inspirador, reconociendo que la razón de estudiar medicina no está en los beneficios económicos o académicos; sino en la gratitud de la madre que vela por la salud de su hijo, en la sonrisa de un niño que se siente mejor o el anciano cuando le regalas tu tiempo al escucharlo, en el Dios le pague del enfermo que no tiene con qué remunerarte, pero le has brindado alivio para seguir luchando; y la resignación para el desahuciado en encontrar consuelo a su dolor con palabras de afecto y paz que le puedas brindar.

**Myriam**

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
RESUMEN.....	xv
SUMMARY .....	xvii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN.....	3
1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO.....	5
1.2.3. PROGNOSIS.....	5
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES.....	6
1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
DELIMITACIÓN ESPACIAL: .....	7
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	7



1.4. OBJETIVOS: .....	8
1.4.1. OBJETIVO GENERAL .....	8
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	8
CAPÍTULO II .....	9
MARCO TEÓRICO .....	9
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	9
CONDICIONES QUE MOTIVAN EL ABORTO PROVOCADO (2012).....	9
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA .....	15
2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL .....	15
2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES .....	21
2.5. MARCO TEÓRICO.....	21
2.5.1. Variable independiente.....	21
2.5.1.1. Disfunción Familiar .....	21
2.5.1.1.1. Definición.....	21
2.5.1.1.2. La familia y la sociedad .....	22
2.5.1.1.3. Familia disfuncional.....	24
2.5.1.1.3.1. Clasificación genérica de las familias disfuncionales .....	26
2.5.2. Variable Dependiente.....	28
2.5.2.1. Aborto .....	28
2.5.2.1.1. Definición.....	28
2.5.2.1.3. Métodos para la práctica de aborto. ....	28
2.6. HIPÓTESIS.....	36
2.6.1. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS. ....	36
CAPÍTULO III.....	37
METODOLOGÍA .....	37
3.1. ENFOQUE .....	37

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	39
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	39
3.4.1. POBLACIÓN.....	39
3.4.2. POBLACIÓN.....	39
3.4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	39
3.4.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	40
3.4.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	40
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	41
3.5.1. Variable independiente.....	41
Elaborado por: Myriam Arcos .....	41
3.5.2. Variable Dependiente.....	42
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	43
3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	43
3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	43
CAPÍTULO IV.....	45
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	45
4.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES.....	45
4.1.1. EDAD.....	45
4.1.2. LUGAR DE RESIDENCIA.....	47
4.1.3. ESTADO CIVIL .....	48
4.1.4. NÚMERO DE HIJOS .....	49
4.1.5. NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	50
4.1.6. OCUPACIÓN ACTUAL .....	51
4.2. TEST DE APGAR .....	52

4.2.1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.....	52
4.2.2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.....	53
4.2.3. Me satisface como mi familia acepta apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.....	54
4.2.4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.....	55
4.2.5. Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) El dinero.....	56
4.2.6. Resultado de APGAR Familiar.....	57
4.3. ENTREVISTA PARA DETERMINAR EL ORDEN DE IMPORTANCIA ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y OTROS FACTORES. (Los resultados expuestos en esta sección son en base a la entrevista que se encuentra en Anexos).....	58
4.3.1. Medios de información acerca del aborto.....	58
4.3.2. Causa principal para tomar la decisión de realizarse un aborto.....	59
4.3.3. Apoyo familiar.....	60
4.3.4. Se le informó a la pareja.....	61
4.3.5. ¿Cuál fue la actitud de su pareja ante el embarazo inesperado?.....	61
4.3.6. ¿Tuvieron conocimiento del embarazo tus padres?.....	62
4. 8. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	63
CAPÍTULO V.....	67
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
5.1. CONCLUSIONES.....	67
5.2. RECOMENDACIONES.....	68
CAPÍTULO VI.....	70
PROPUESTA.....	70

6.1. DATOS INFORMATIVOS: .....	70
6.1.1. TÍTULO. ....	70
6.1.2. INSTITUCIÓN EJECUTORA.....	70
6.1.3. BENEFICIARIOS.....	70
6.1.4. UBICACIÓN.....	70
6.1.5. TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN. ....	71
6.1.6. EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE.....	71
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA. ....	71
6.3 JUSTIFICACIÓN. ....	73
6.4. OBJETIVOS: .....	74
6.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	74
6.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS. ....	74
6.5. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.....	75
6.6.1. FACTIBILIDAD TÉCNICO-CIENTÍFICA.....	78
6.6.2. FACTIBILIDAD ECONÓMICA – SOCIAL.....	78
6.6.3. FACTIBILIDAD LEGAL.....	79
6.7. MODELO OPERATIVO.....	81
6. 8.ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	81
BIBLIOGRAFÍA.....	84
LINKOGRAFÍA.....	86
ANEXOS.....	89

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No.1 Disfunción Familiar.....	42
Cuadro No.2 Aborto Provocado.....	43

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución porcentual de la edad de las pacientes en estudio. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	46
Gráfico 2: Distribución de pacientes según estado civil. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013. ....	48
Gráfico 3: Distribución de pacientes según el número de hijos. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	49
Gráfico 4: Distribución según el nivel de instrucción de las pacientes. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	50
Gráfico 5: Respuesta a la Pregunta 1 de test de Apgar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013. ....	52
Gráfico 6: Respuesta a la pregunta 2 del test de Apgar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013. ....	53
Gráfico 7: Respuesta a la pregunta 3 del test de Apgar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013. ....	54
Gráfico 8: Respuesta a la pregunta 4 del test de Apgar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013. ....	55
Gráfico 9: Respuesta a la pregunta 5 del test de Apgar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013. ....	56
Gráfico 10: Funcionalidad Familiar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	56
Gráfico 11: Principales medios de información sobre el aborto. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	58
Gráfico 12: Orden de prioridad para la decisión de realizarse un aborto. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	58

Gráfico 13: En el caso de que usted hubiera tenido apoyo familiar, usted pensaría en continuar con su embarazo. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	60
Gráfico 14: Comunicación. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	60
Gráfico 15: Actitud de la pareja. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	61
Gráfico 16: Comunicación. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	62

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de pacientes según ciudad de residencia. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	47
Tabla 2: Distribución de pacientes según ocupación. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013. ....	50
Tabla 3: Ayuda Familiar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	52
Tabla 4: Participación con la familia. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	52
Tabla 5: Apoyo en nuevas actividades. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	53
Tabla 6: Expresión de afecto familiar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	54
Tabla 7: Tiempo, Espacio, Economía Familiar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo.....	55
Tabla 8: Funcionalidad Familiar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	56
Tabla 9: Verificación de Hipótesis. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013. ....	63
Tabla 10: Chi Cuadrado. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.....	63

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

**“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 “CIMFA” DE LA CIUDAD DE AMBATO, EN EL PERÍODO ENERO 2012 – MARZO 2013”.**

**Autora:** Arcos Guanoluisa, Myriam de los Ángeles.

**Tutor:** Dr. Neto Mullo, Becker Santiago.

**Fecha:** Julio del 2014

**RESUMEN**

**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 “CIMFA” de la ciudad de Ambato, en el PERÍODO Enero 2012 – Marzo 2013.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal, documental y de campo. El universo de estudio mujeres con embarazo no deseado entre los 15 y 42 años que asistieron al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato, en el período Enero 2012 – Marzo 2013. Se tomó una muestra total de 86 pacientes quienes autorizaron su participación firmando un consentimiento informado.

**Resultados:**

La causa principal para la búsqueda de aborto: No tiene la edad adecuada con el 10,4%, limita sus planes futuros con el 17,4%, es producto de una mala experiencia con el 3,4%, es producto de una relación informal con el 12,7%,

disfunción familiar con el 15,1%, problemas económicos con el 9,3%, falta de información sexual con el 6,9%, falta de apoyo por parte de la pareja con el 20,9% y en otro especifique cuál se dieron respuestas como “no deseo tener hijos”, “tengo otros hijos a quienes cuidar sola” y “no soy una buena madre” que equivalen al 3,4%.

La hipótesis fue verificada por medio de la fórmula de FISHER, se aplicó sobre la base de datos que tiene relación con la variable dependiente y la variable independiente. Para poder verificar la hipótesis se estratifica las respuestas, según el orden de importancia que le dieron.

**Conclusiones:** Se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula que es, la presencia de Disfunción Familiar no es la razón más importante para la búsqueda de aborto en las mujeres con embarazo no deseado que acudieron a consulta.

**PALABRAS CLAVES:** ABORTO, ABORTO\_PROVOCADO, FUNCIONALIDAD FAMILIAR\_ABORTO PROVOCADO, DISFUNCIÓN FAMILIAR\_EMBARAZO



TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**"RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY DYSFUNCTION AND THE SEARCH FOR ABORTION IN WOMEN WITH UNWANTED PREGNANCY ATTENDING THE COMPREHENSIVE CONSULTATION CENTER FAMILY PRACTICE" CIMFA "AMBATO CITY, IN JANUARY 2012 - MARCH 2013".**

**Author:** Arcos Guanoluisa, Myriam Angels.

**Tutor:** Dr. Neto Mullo, Becker Santiago.

**Date:** July 2014

#### **SUMMARY**

**Objective:** To determine the relationship between family dysfunction and seeking abortion in women with unwanted pregnancy, consulting the attending Family Medicine Center "CIMFA" city of Ambato, in the period January 2012 - March 2013.

**Material and Methods:** A cross-sectional, documentary and field study was conducted. The study group women with unwanted pregnancy between 15 and 42 years who attended the Integral Family Medicine Center "CIMFA" city of Ambato, in the period January 2012 - March 2013 a total sample of 86 patients who took they authorized their participation by signing an informed consent.

**Results:**

The main reason for seeking abortion: You do not have the right age to 10.4%, limiting their future plans with 17.4%, is the result of a bad experience with the 3.4% is the result of a relationship informally with 12.7%, family dysfunction with 15.1%, economic problems 9.3%, lack of sexual information with 6.9%, lack

of support from the partner with 20.9 % and specify which other responses as "not want children" were given, "I have other children to take care of myself" and "I'm not a good mother" amounting to 3.4%.

The hypothesis was verified by Fisher's formula was applied on the basis of data that is related to the dependent variable and the independent variable. In order to verify the hypothesis is stratified responses, in order of importance were given.

Conclusions: The alternative hypothesis is rejected and the null hypothesis is accepted, the presence of Family Dysfunction is not the most important finding in women with abortion pregnancy desired reason they did not go to see.

**KEYWORDS: ABORTION, INDUCED ABORTION, FAMILY FUNCTION  
INDUCED ABORTION, PREGNANCY FAMILY DYSFUNCTION**

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis es, si se quiere infinito, aun así nos enfocaremos en explicar según nuestra concepción, y por ende como lo tipifica nuestra legislación y sistema social. Desde el punto de vista general dirigiremos nuestro tema al explicar científicamente la relación entre disfunción familiar y aborto provocado, sus tipos y características.

Si bien es cierto el aborto es un fenómeno social que arroja estadísticas escalofriantes simplemente con las estadísticas conocidas, día a día se cometen abortos en el mundo contándose por millones incluso, este fenómeno ha ido mermando a la opinión pública y a instituciones que sus idearios oficiales han ido en pro del retroceso en materia del sistema de salud sobre el aborto en muchos países del mundo.

Hoy en día, más que nunca es indispensable salvaguardar la vida humana primero la que está ya hecha, es decir la de las mujeres, las que darán a luz, pero cuando sea el momento y estén preparadas, por eso nunca serán suficientes los intentos que se hagan para lograr mecanismos que velen por el derecho a la vida, que se manifiesten en contra del aborto inducido o provocado.

En estos entornos el aborto es un evento clandestino que está pobremente documentado y es difícil de estudiar. En Ecuador se ha realizado poca investigación empírica, y no se cuenta con datos a nivel nacional sobre la incidencia de este. Como resultado, hay una limitada conciencia pública sobre el tema del aborto inseguro, sus consecuencias para la salud de la mujer o su impacto en el sistema de atención a la salud.

En nuestro país, el aborto es ilegal. No obstante, la poca evidencia disponible sugiere que el aborto inducido es una práctica común. Gran parte de esta evidencia está basada en el número de mujeres hospitalizadas para el tratamiento

de complicaciones de aborto (INEC, 2009). Sin embargo, se reconoce que los informes del Ministerio de Salud subestiman el número de mujeres que reciben tratamiento por complicaciones de aborto.

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. TEMA 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 “CIMFA” de la Ciudad de Ambato, en el PERÍODO Enero 2012 – Marzo 2013”.

#### **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN**

Se dice que el aborto ha existido siempre y tal vez fue el primer método de regulación de la fecundidad. Existen datos históricos que refieren que el control de la fecundidad abarca más de 4 mil años. Así, se ha encontrado fórmulas abortifacientes en antiguos textos médicos chinos que datan de hace más de 3000 años AC; y en 5 papiros egipcios que van de 1900 a 1100 años AC se ha hallado recetas para anticonceptivos y abortifacientes.

Los médicos desde épocas inmemoriales se han visto involucrados en el tema. De 22 médicos de la época grecorromana, 15 describían abortifacientes y 12 anticonceptivos. Se dice que Aristóteles, Galeno, Dioscóridas, Plinio, Soranus y otros presentaron listados de anticonceptivos, abortifacientes y emenagogos. Las mujeres médicas de Grecia y Roma antigua también contribuyen al tema. Agnodice, médica ateniense que vivió en el siglo IV AC era diestra en practicar abortos. Aspasia, médica grecorromana, que vivió entre el siglo II o III AC, escribió sobre anticonceptivos y abortifacientes (Henshaw, Singh, & Haas, 1999).

El aborto provocado fue el método de control de la fecundidad más antiguo y probablemente el más utilizado. Sin embargo, como toca a los principios religiosos y morales más arraigados, pocas sociedades son capaces de considerar desapasionadamente los aspectos sanitarios del aborto, que afecta predominantemente a la mujer.

La Organización Mundial de la Salud propone como definición de aborto la: “interrupción del embarazo, sea espontánea o inducida antes de las 22 semanas o 500 gramos de peso fetal”. La OMS nos revela que cada minuto en el mundo tiene lugar 632 coitos fecundantes, 315 embarazos no planeados y 158 embarazos no deseados. Anualmente en el mundo ocurren 50 millones de abortos inducidos; más de la mitad de los mismos se da en países en vías de desarrollo y generalmente en forma precaria. Más de 75.000 de las 585.000 muertes maternas anualmente son consecuencia de abortos inseguros y, en América Latina, los abortos causan en algunos países hasta 30% de la mortalidad materna (Henshaw, Singh, & Haas, 1999).

El aborto inducido es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad reproductiva en países en donde el aborto es ilegal o está severamente restringido, como es el caso de Ecuador.

En estos entornos el aborto es un evento clandestino que está pobremente documentado y es difícil de estudiar.

En Ecuador se ha realizado poca investigación sistemática y orientada, no se cuenta con datos a nivel nacional sobre la incidencia del aborto. Como resultado, hay una limitada conciencia pública sobre el tema del aborto inseguro, sus consecuencias para la salud de la mujer o su impacto en el sistema de atención a la salud.

Las secuelas que el aborto produce en la mujer que lo vivencia, sobre todo si es provocado, es un tema preocupante. La experiencia clínica demuestra que las reacciones bio-psico-sociales varían de una mujer a otra, pero que en ningún caso es inocuo.

### **1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO**

Durante siglos y por su naturaleza las mujeres han sido adaptadas para su función de madres, dado que son encomendadas de la virtud de ser portadoras de la vida y son también las encargadas de cautelar la unión interpersonal al interior de la sociedad y el bienestar familiar.

En los últimos tiempos se han visto cambios en la vida de las mujeres, la integración de la mujer a la vida laboral, la aparición de la anticoncepción y la aparición de los movimientos feministas que defienden sus derechos en áreas, como igualdad y decidir sobre sí mismas; siendo en algunos países la legalización del aborto una realidad, que tiene alto sentido de controversia para muchos.

El embarazo no deseado por la mujer es más frecuente de lo que podemos imaginar y ocurre como consecuencia de falta de acceso a información sobre los servicios de planificación familiar, falta de recursos económicos o emocionales para el cuidado del niño, sentida por la mujer; riesgo de perder oportunidades para la educación o el empleo, y a esto se suma el riesgo de complicaciones además de relación abusiva por alteración del balance de poder dentro de las relaciones sexuales y sociales.

El punto es que, a pesar de todos los cambios externos, continuamos siendo las encomendadas de la vida y del cuidado de todos los aspectos.

### **1.2.3. PROGNOSIS**

La disfunción familiar influye en la búsqueda de realizarse un aborto, en un embarazo no deseado; que en nuestro país al no ser legal, se realiza clandestinamente, constituyendo un riesgo en la salud materna, con un alto riesgo de complicaciones y muerte, afectando por ende su esfera bio-psico-social.

De continuar las mujeres sin una asesoría y mediación sobre la intención de realizarse aborto seguirá incrementando la tasa de abortos en el país sumándose a los datos actuales que colocan al aborto en la primera causa de morbilidad

femenina en Ecuador (INEC, 2009), además que se seguirá violando el derecho de todo ser humano a la vida.

#### **1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿La disfunción familiar influye en la búsqueda de aborto en mujeres con embarazo no deseado que asisten a consulta al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato, en el período Enero 2012 – Marzo 2013?

#### **1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES**

¿Existe alguna relación entre disfunción familiar y la búsqueda de aborto en las mujeres con embarazo no deseado?

¿De qué forma influye la disfunción familiar en la decisión de realizarse un aborto?

¿Cómo influye en el ámbito bio-psico-social de una mujer el aborto inducido?

#### **1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

##### **DELIMITACIÓN DE CONTENIDO**

Campo: Medicina Familiar.

Área: Gineco-Obstetricia.

Aspecto: Relación entre disfunción familiar y búsqueda de aborto.



### **DELIMITACIÓN ESPACIAL:**

Esta investigación se realizará en el Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA”, de la Ciudad de Ambato, Provincia de Tungurahua.

### **DELIMITACIÓN TEMPORAL:**

Este problema será estudiado en el período Enero 2012 – Marzo 2013.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo ha sido elaborado para su análisis en el ámbito social, y enmarca la funcionalidad familiar debido a la importancia que tiene este tema, ya que hablar de aborto es versar sobre lo más trascendente del género humano y nuestro compromiso el de salvar vidas.

Tratar acerca el aborto, es de constante importancia ya que aún cuando ha querido plantearse por algunos sectores, como un asunto trivial al que el ser humano puede o no darle importancia; lo cierto es, que se trata de un concepto que en sí mismo engloba la parte coyuntural de la existencia humana.

El aborto, que no es más que la interrupción de esa existencia humana, en sus diversas etapas de desarrollo de un embrión, es un asunto delicado que merece conocerse, analizarse y recapacitar muy seriamente antes de tomar partido como escéptico, adepto o inconforme.

La investigación está orientada a beneficiar a las principales víctimas por llamarlo así de este hecho, la mujer que muchas veces no conoce las técnicas a utilizarse y lo que se le practicará en ella, además que tomamos en cuenta su entorno y su futuro después de una mala decisión; el niño que está por nacer que como hemos mencionado ya tiene derechos. Teniendo en cuenta que es de interés para los servicios de salud, autoridades, iglesia, comunidad.

Tiene factibilidad gracias a que la institución trabaja en este marco, con el fin de ayudar a la comunidad con la disminución de índices. Económicamente viables y se cuenta con el apoyo de varios proyectos en pro-vida.

Por estas y muchas otras razones, es que abordé el tema de aborto para la realización de este trabajo, con el fin de que podamos tener un estudio profundo de lo que es el aborto, de sus implicaciones y sus repercusiones físicas y morales que trae consigo: para la persona que decide poner en práctica la interrupción de una vida; para quienes lo practican, para quienes quieren legalizarlo, para el entorno familiar, médico y social en su conjunto.

#### **1.4. OBJETIVOS:**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

- 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 “CIMFA” de la ciudad de Ambato, en el PERÍODO Enero 2012 – Marzo 2013.

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

-Identificar la presencia de disfunción familiar, en mujeres con embarazo no deseado que acuden a consulta al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato durante el PERÍODO Enero 2012 – Marzo 2013.

-Determinar el nivel de disfunción familiar, en mujeres con embarazo no deseado que acuden a consulta al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato durante el PERÍODO Enero 2012 – Marzo 2013.

-Establecer las principales causas que conducen a la búsqueda de aborto, en mujeres con embarazo no deseado que acuden a consulta al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato durante el PERÍODO Enero 2012 – Marzo 2013.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

##### **CONDICIONES QUE MOTIVAN EL ABORTO PROVOCADO (2012)**

Se revisó un trabajo realizado en España con el objetivo de conocer qué elementos o factores podrían hacer que la mujer modificase su intención de interrumpir el embarazo. Asimismo, la búsqueda de dichas condiciones ha permitido concretar las causas principales por las que una mujer aborta. En paralelo a esta investigación, se ha podido determinar algunos de los rasgos o características de las mujeres que han recurrido al aborto provocado, en una muestra de 5100 mujeres que constituyen el total de las mujeres que han interrumpido la gestación en 15 de las clínicas del país, desde el mes de febrero al mes de mayo de 2012.

Los datos fueron recogidos a través de una entrevista realizada por personal cualificado de cada centro.

Edad, país de nacimiento, nivel de instrucción, situación laboral, método anticonceptivo que ha fallado, método de interrupción de embarazo, semanas de gestación, factores disuasorios y derivados de ellos: causas del aborto.

Los principales resultados de esta investigación fueron: El 95,7% de las mujeres que solicitaron una interrupción de la gestación en los centros acreditados que han participado en este estudio; no deseaban el embarazo frente a un 4,3% que lo deseaba inicialmente.

La experiencia de los/as profesionales de los centros acreditados muestra que cuando una mujer decide interrumpir su gestación y accede a una clínica, lo hace desde la convicción que da una decisión muy meditada y elaborada; en la que sin duda habrá evaluado bajo que premisas no abortaría. Por tanto si su opción final es la de interrumpir su embarazo, son muy pocos los casos en los que, una vez decidido, volverá a replantearse la situación.

Un 60% de las mujeres que interrumpen su gestación se sitúan en la franja de edad de entre 18 y 30 años. El grupo más numeroso de esta horquilla son las mujeres de entre 18 y 25 años que representan un 37% de las usuarias. Las mujeres entre 26 y 30 años suponen un 22,5% del total.

Las mujeres de 16 y 17 años del total de la muestra analizada, representan tan solo un 4% del total de mujeres (204). Asimismo, tan solo un 1% de las menores (51) tenía 15 años.

En estudios precedentes (noviembre de 2011), se pudo constatar que el 87% de las menores de 16 y 17 años informaban a sus padres de la situación, viniendo, en la mayor parte de los casos, acompañadas por estos el día de la intervención. Tan solo un 13% de esas mujeres no podían informar a sus tutores legales. Las razones de esa imposibilidad de comunicación se basaban fundamentalmente en: desamparo familiar, familias desestructuradas, progenitores en prisión, riesgo de sufrir malos tratos, mujeres nacidas fuera de España que viven emancipadas en el país, enfermedad paterna/materna invalidante, progenitores en prisión, padres

abierta y manifiestamente contrarios al aborto y tutores que expresan su voluntad de desentenderse del proceso.

Los/as profesionales plantearon a las mujeres si algún cambio en su situación personal, afectiva, social, laboral o económica podría hacerles replantearse su situación y llevarlas a continuar adelante con su gestación. La respuesta del 48,4% de las mujeres ha sido negativa, es decir, casi la mitad de esas mujeres no quieren ser madres o no quieren volver a serlo en este momento de sus vidas; por lo que ningún cambio de su situación personal, social, afectiva, laboral o económica les llevaría a renunciar al aborto provocado.

Un 8,87 % de mujeres aborta por razones estrictamente vinculadas a su edad (juventud o madurez).

Un 6,79% interrumpe su gestación por razones afectivas: rupturas, parejas ocasionales, crisis de pareja.

Un 5,08 % de las mujeres abortan por: patologías fetales, maternas, problemas de salud física o psíquica.

Frente a estos grupos un 30,7% de mujeres afirma que se replantearía la continuación de su embarazo si sus circunstancias económicas y laborales fuesen distintas.

En base a lo anterior, podemos afirmar que el 48,47% de las mujeres abortarían en cualquier circunstancia, el 8,8% por razones de edad, motivo incambiable, y por patología fetal o materna un 5,08%. La suma de estos porcentajes nos muestra que un 62,35% de las mujeres que abortan lo hacen por causas que no tienen un origen ni económico, ni laboral ni afectivo.

Frente a ese 62,35%, un 30,2 % interrumpen su gestación por causas económicas y laborales, siendo tan solo un 6,79% las que abortan por razones afectivas o falta de apoyo en el entorno familiar.

El 42,5 % de las mujeres encuestadas se encuentra trabajando en el momento de la interrupción, seguidas de un 35% que se encuentra desempleada.

A tenor de las respuestas dadas, los/as profesionales presuponen que las mujeres consideran que no es suficiente contar con un puesto de trabajo a la hora de plantearse la continuidad del embarazo. En este sentido, deducimos que las mujeres valoran que para mejorar efectivamente su situación económica-laboral resultaría necesario mejorar sus condiciones laborales, los planes de conciliación familiar, los instrumentos de apoyo en la red escolar, las ayudas económicas por hijo/a.

El 97,7% de las interrupciones han sido realizadas antes de la semana 14 de gestación, dándose la circunstancia de que un 53,98% de mujeres abortan antes de la semana 7.

Al plantearles a las usuarias el método que prefieren dentro de las primeras siete semanas de gestación (límite del aborto farmacológico); el 91,6% de las mujeres encuestadas prefieren el método de aspiración frente al farmacológico.

Esta preferencia confrontaría con el intento de distintas administraciones sanitarias por “imponer” el método farmacológico en las primeras semanas de gestación, frente a la posición de los centros acreditados que pasa por dejar que sea la mujer la que elija el método más acorde con sus circunstancias médicas y personales.

La experiencia demuestra que lo que pudiera ser “conveniente” para la Administración puede no serlo tanto para las mujeres.

El 65% de las mujeres que interrumpen su gestación ha nacido en España frente al 34% que ha nacido en otro país. Esta tendencia responde sobre todo a los cambios en los flujos migratorios tras el estallido de la crisis económica, ya que ha ido disminuyendo el número de mujeres en edad fértil que accede a nuestro país. Por otra parte, se pudo constatar que las inmigrantes que permanecen en España asumen el método contraceptivo tras dos o tres años de permanencia, lo que hace disminuir el número de mujeres extranjeras que abortan.

El Aborto Provocado no está vinculado a mujeres sin formación o sin empleo. Ya que el 65% de las mujeres que abortan tienen estudios entre la Secundaria y el

Bachillerato (o equivalentes); y más del 40% de las mujeres están trabajando en el momento de la interrupción, siendo un 14% las que están estudiando.

Asimismo, se considera erróneo el postulado según el cual las leyes restrictivas en materia de aborto favorecen la maternidad. Ya que una mujer que desea abortar lo hará en cualquier circunstancia, sea esta legal o no. Por tanto restringir el acceso a la interrupción del embarazo solo sirve para fomentar el aborto clandestino, el éxodo abortivo y la morbimortalidad entre las mujeres que acceden a un aborto inseguro. (Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE, 2012)

### **LA RELACIÓN FAMILIAR COMO UN FACTOR QUE PREDICE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (2006)**

Este artículo busca describir el ambiente familiar como factor que predice el embarazo adolescente mediante un estudio cuantitativo de tipo transversal correlacional. Se encuestó a una muestra de 82 adolescentes de entre 12 y 19 años, 31 embarazadas tomadas aleatoriamente en una institución médica particular y 51 no embarazadas. Se evaluó mediante la Escala de Clima Social en la Familia (FES) de Moos (1974) de 90 reactivos auto-aplicada que tiene un alpha de Cronbach de .78 y reporta puntajes  $r < .80$ . Se encontró que en los factores de expresividad, independencia y orientación cultural e intelectual, existen diferencias significativas (IND,  $t=4.25$ ,  $p<.000$ ). Asumiendo que la percepción adecuada o inadecuada en cuanto al ambiente familiar, no es el factor principal que predice el embarazo adolescente. Por lo tanto, este estudio abre la posibilidad para futuras investigaciones acerca de los factores personales de las adolescentes.

A raíz de la hipótesis del estudio en el cual se intentó demostrar que existe una diferencia significativa en el porcentaje de los factores de la escala de Moos (1974) entre adolescentes embarazadas y no embarazadas, se observa en los resultados obtenidos que no existe una diferencia significativa sin embargo en las variables de expresividad, independencia y orientación cultural e intelectual se rechazó la hipótesis nula encontrándose que existen diferencias significativas con promedios más altos para el caso de las embarazadas. Esto va en desacuerdo con

lo esperado en el marco teórico indagando que al parecer pudieran existir factores que alteraran la investigación.

En este caso las adolescentes embarazadas completaron el cuestionario en compañía de sus madres deduciendo que la presencia de éstas así como sus opiniones pudieron afectar la respuesta real de la adolescente, infiriendo que en ciertas áreas en que las preguntas eran más amenazantes las respuestas fueron truncadas por el sujeto.

Así mismo se presupone que la dinámica familiar ha cambiado a raíz del embarazo de la adolescente por lo que las respuestas se dieron en base a la dinámica actual y no a la dinámica anterior al embarazo, la que se cree fue un determinante que favoreció la presencia de éste. Por lo que se atribuye mayor peso a factores individuales y personales que no fueron tomados en cuenta en esta investigación ya que se pretendía encontrar un patrón en el ambiente familiar que fuera favorecedor para la ocurrencia del embarazo adolescente.

Por otra parte, en cuanto a las adolescentes no embarazadas se observa que asisten a una institución de mujeres con una formación religiosa católica tanto escolar como familiar por lo que se encuentran inmersas en un ambiente mucho más restringido y controlado disminuyendo así la probabilidad de vivir dentro de un contexto más permisivo e independiente en el que se les permita expresarse libremente. Sin embargo al estar dentro de una institución educativa en la que se les facilitan recursos académicos de varios tipos, las adolescentes están expuestas a un mayor contacto cultural e intelectual, a diferencia de las adolescentes embarazadas las cuales muestran en los resultados obtenidos un menor bagaje educativo y exposición cultural, sin contar con la información necesaria para generalizar en cuanto a la oportunidad educativa de éstas.

Al parecer, los resultados del instrumento son un reflejo de lo que piensa la muestra más que la influencia del ambiente familiar. Se piensa que para obtener una investigación más completa, se requeriría aplicar un instrumento que mida los factores individuales y personales aunados con la percepción del ambiente familiar para entonces poder determinar si es que realmente existe una influencia



entre el ambiente familiar y el embarazo adolescente y así poder llevar a cabo un análisis más completo.

Se sugiere para futuras investigaciones, emplear una muestra mayor, en donde se aplique el instrumento en una muestra integrada por distintas instituciones de carácter laico y no laico de diferentes niveles socioculturales, que incluya algunos otros factores individuales y/o familiares que pueden llegar a predecir el embarazo adolescente. Así mismo, se recomienda que la aplicación del cuestionario se realice en un ambiente que favorezca la privacidad de las adolescentes favoreciendo así la honestidad en sus respuestas. (MARIN FOUCHER & VILLAFANE GURZA, 2006)

## **2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

La presente investigación se fundamenta bajo el paradigma crítico-propositivo, porque busca la información necesaria para completar e incrementar los conocimientos; hace una búsqueda exhaustiva de las causales de alteraciones en la funcionalidad familiar y la búsqueda de aborto en mujeres con un embarazo no deseado; se dan valores respecto al manejo médico integral, como la comprensión, la identificación de potencialidades de cambio y sobre todo valores éticos.

## **2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

El 10 de diciembre de 1948, una vez finalizada la II Guerra Mundial y ante el horror de la guerra, algunos países se reunieron en la Asamblea de Naciones Unidas (ONU) para proclamar "**LA DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS**"(DDHH), que protege a todas las personas por igual.

Este fue el comienzo de una de las mayores conquistas de la humanidad. Sin embargo y de forma paradójica, a continuación de este gran acontecimiento moral, se va a producir la gran avalancha de legalizaciones de abortos. Más de 50 millones de seres humanos mueren anualmente por este medio en todo el mundo (FERNÁNDEZ, 2010).

La Declaración le es de aplicación a todo individuo, y así se desprende claramente de su espíritu. Sin embargo la actual redacción del artículo primero parece no incluir al prenacido, al expresar lo siguiente:

**Artº 1º** "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente, los unos con los otros" (ONU, 1948).

Es un hecho que el nacimiento no marca el inicio de la vida humana. ¿Cómo podríamos aceptar que el vientre de la madre sea la barrera que impida a un niño ser sujeto de este derecho? Hasta la persona más pro-abortista estaría de acuerdo en que a un no nacido en el 7º, 8º ó 9º mes de gestación y, por tanto antes de su nacimiento, le es de aplicación este principio de libertad e igualdad en dignidad y derechos como a cualquier persona ya nacida (FERNÁNDEZ, 2010). La afirmación contraria sería un importante retroceso social. Los artículos siguientes de la DDHH, no presentan ninguna dificultad para la aplicación al no nacido:

**Artº 2:** "Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición" (ONU, 1948).

**Artº 3:** "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona".

**Artº 5:** "Nadie estará sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes" (el feto desde la 3ª semana tiene tubo neuronal y sufre antes de morir).

**Artº 7:** "Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación".

**Artº 8:** "Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que le ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o la ley". Además de la Declaración, existen otras referencias legales con incidencia para el no nacido:

**La Resolución 4376 de la Asamblea del Consejo de Europa**, reunida el 4 de octubre de 1982 expresa: "la ciencia y el sentido común prueban que la vida humana comienza en el acto de la concepción, y que en este mismo momento están presente todas las propiedades biológicas y genéticas del nuevo ser" (ASAMBLEA DEL CONSEJO DE EUROPA, 1982). Esta normativa amplía y supera la Declaración de los Derechos Humanos, añadiendo que: "el derecho a la vida es el derecho fundamental que precede y condiciona a todos los demás derechos, y debe ser protegido sin ningún límite ni discriminación".

A nivel de América Latina, los procesos de despenalización del aborto los podemos encontrar en Colombia, con la sentencia C-355 de 2006 mediante la cual prácticamente se despenalizó la conducta típica en referencia; en México, el 24 de abril de 2007 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprueba las reformas necesarias a la Ley de Salud y al Código Penal donde se permite la interrupción voluntaria del embarazo no mayor a doce semanas; en Argentina se presentó el 16 de marzo de 2010 el proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, sin que se haya aprobado hasta la presente fecha. (FERNÁNDEZ, 2010).

En Ecuador, la experiencia de la propuesta de despenalización del aborto cuando medió violación, realizada por varios asambleístas de Alianza País, fue desastrosa y la discusión, que debía ser al menos jurídica, paso a ser un grave espectáculo que al final del día demostró que ni aún en filas partidistas se puede pensar de otra forma distinta.

Actualmente el aborto en Ecuador es ilegal salvo en caso de amenaza a la vida o salud de la mujer, o si el embarazo sea el resultado de la violación de una mujer disminuida psíquica o demente. La pena para una mujer que tiene un aborto es de uno a cinco años de prisión y la pena para un médico u otras personas que realiza el procedimiento es de dos a cinco años.

**Art. 444.-** La mujer que voluntariamente hubiere consentido en que se le haga abortar, o causare por sí misma el aborto, será reprimida con prisión de uno a cinco años.

Si consintiere en que se le haga abortar o causare por sí misma el aborto, para ocultar su deshonra, será reprimida con seis meses a dos años de prisión.

Pero el Código Penal sanciona también a quienes consienten en participar de un aborto y con mayor rigor a los profesionales de la salud que lo hagan. Por su participación en un aborto consentido, un “médico, tocólogo, obstetrix, practicante o farmacéutico”, puede estar en prisión por un período de tres a seis años (Arts. 443 y 446).

Las únicas excepciones previstas en el Código Penal para practicar un aborto y no terminar en la cárcel son las que constan en el artículo 447:

**Art. 447.-** El aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviere en posibilidad de prestarlo, no será punible:

1. Si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y,
2. Si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer.

Estas excepciones son meramente terapéuticas y eugenésicas, y son las únicas que los conservadores (encabezados por el propio Presidente de la República) admitirían mantener en el nuevo código penal que (se supone) la Asamblea Nacional adoptará en breve.

Para hacer el análisis de constitucionalidad de dichas normas se utilizará el procedimiento establecido en la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional, cuyo artículo 3 num. 2 establece que en casos de contradicción entre principios se aplicará el “principio de proporcionalidad”, que

consiste en que el intérprete: "...verificará que la medida en cuestión proteja un fin constitucionalmente válido, que sea idónea, necesaria para garantizarlo, y que exista un debido equilibrio entre la protección y la restricción constitucional". (PAZMINO, 2011)

El análisis de si el derecho a abortar está amparado por la Constitución implica ponderar los principios en juego: de una parte, el derecho a "tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva" (Art. 66 num. 10) y de la otra, la obligación del Estado de garantizar la vida de niñas, niños y adolescentes, "incluido el cuidado y protección desde la concepción" (Art. 45 primer inciso). (ASAMBLEAS NACIONALES DEL ECUADOR, 2008).

Convención Americana de Derechos Humanos:

Ecuador suscribió y ratificó la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José en 1969, es de obligatoria aplicación. Esa es la línea político-jurídica obligatoria a seguir, según el compromiso adquirido

- Derecho a la vida: Art. 4
- El Derecho a la vida estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción; asimismo, establece que nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente. Art. 4, 1

Convención sobre los derechos del Niño: ratificada en 1990

- Derecho intrínseco a la vida, Artículo 6 n°1
- Constitución Art. 416, 9: reconoce al derecho internacional como norma de conducta.
- Constitución Art. 417: Los tratados internacionales ratificados por el Ecuador se sujetarán a lo establecido en la Constitución. En el caso de los tratados y otros instrumentos internacionales de derechos humanos se aplicarán los principios pro ser humano, de no restricción de derechos, de aplicabilidad directa y de cláusula abierta establecidos en la Constitución.

- Código de la Niñez y Adolescencia.
- El Art. 2 del Código de la Niñez y Adolescencia establece que sus normas son aplicables a todo ser humano desde su concepción hasta que cumpla dieciocho años de edad.

#### Código Civil

- Art. 41.- Son personas todos los individuos de la especie humana, cualesquiera que sean su edad, sexo o condición
- Art. 61.- La Ley protege la Vida del que está por nacer
- Art. 63.- Los derechos que corresponderían a la criatura que está en el vientre materno, si hubiese nacido y viviese, estarán suspensos hasta que el nacimiento se efectúe.

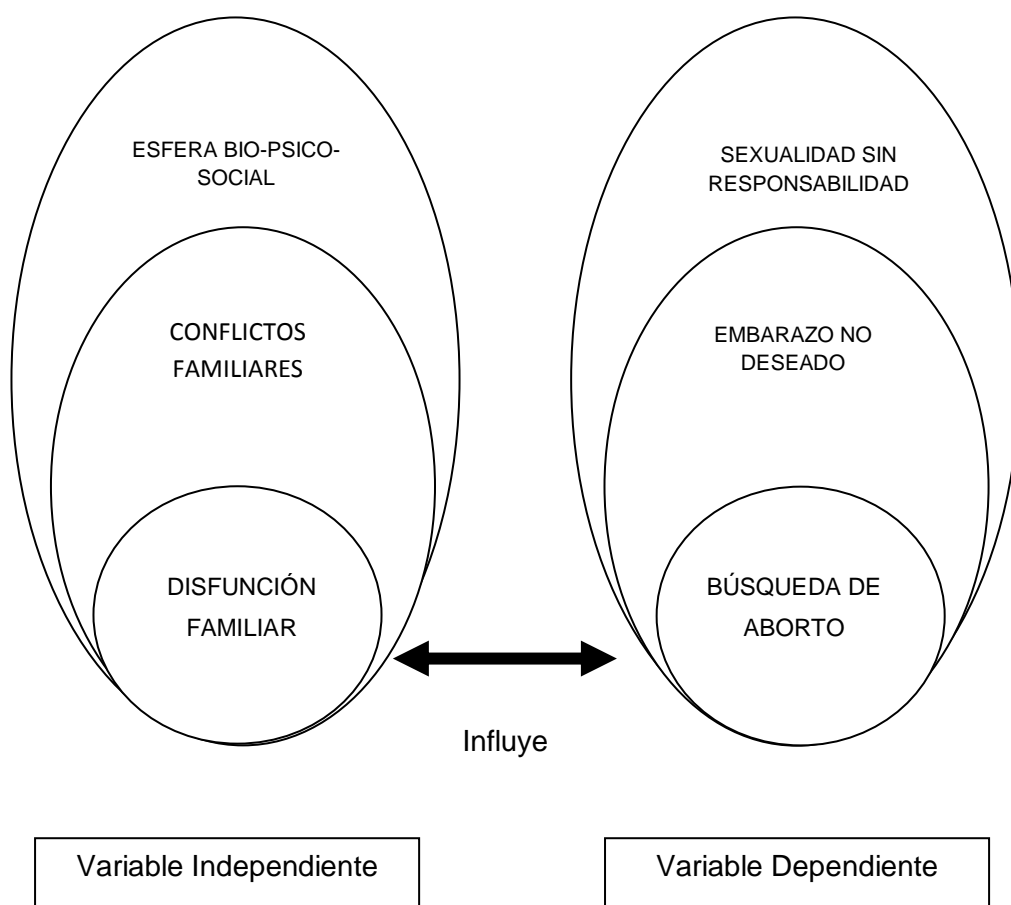
Por ejemplo: derecho a la sucesión de bienes

En este sentido, insistimos en que toda la ciudadanía exija a nuestros asambleístas se respete el principio de la jerarquización de las leyes y procedan conforme a Derecho en la defensa de la vida desde la concepción en especial se atengan a lo establecido en nuestra carta fundamental en su artículo 45 que reza lo siguiente:

“Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción”.

Las posturas son contradictorias entre los pro-elección y los pro-vida, como suele llamárselos. La pregunta de fondo es, ¿cuál de esas posturas, la de los pro-elección o la de los pro-vida, se ajusta más a “la Constitución en su integralidad” y favorece más “la plena vigencia de los derechos”, como lo ordena el artículo 427 de la Constitución.

## 2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



## 2.5. MARCO TEÓRICO.

### 2.5.1. Variable independiente

#### 2.5.1.1. Disfunción Familiar

##### 2.5.1.1.1. Definición

El significado etimológico de la palabra “familia” es bastante disperso; así encontramos que, proviene del latín “*fammes*” que significa hambre, y alude al

hecho de que es en el grupo del seno doméstico donde el hombre satisface sus necesidades primarias. Otra postura es que proviene de la voz “*fammulus*” que significa siervo, aludiendo al hecho de que las familias de Roma, incluía a gente de condición servil, como esclavos, clientes, o donde los miembros del sistema familiar estaban servilmente sometidos a las autoridad del “*pater*” (VARGAS, VACCA, & CHAVALLI, 2000).

El significado etimológico de familia, es insuficiente para precisar su concepto; por lo que buscando desde otras percepciones sociales, jurídicas, antropológicas, psicológicas entre otras, es posible precisar características propias de un sistema familiar; donde socialmente la familia ha sido considerada como “una convivencia querida por la naturaleza para los actos de la vida cotidiana” (Aristóteles), esta definición puede admitirse como la más correcta a pesar de lo vago de sus términos.

Desde el punto de vista valorativo, el sistema familiar constituye, por encima de una unidad jurídica social y económica, primordialmente una comunidad de amor y de solidaridad que resulta insustituible para la trasmisión y la enseñanza de valores que importan al desarrollo y bienestar de sus miembros integrantes, así como para el bien de la sociedad.

#### **2.5.1.1.2. La familia y la sociedad**

Ambas son dos células vivientes y dadoras de vida; y en especial la Familia es el sistema que protege, razón por la que su presencia en las mejores condiciones es de gran urgencia, por lo que cabe plantear la gran necesidad y urgencia de proteger al sistema familiar. Un buen sistema familiar dota a la sociedad de buenos miembros.

Satir, V. (1983), sostiene que las familias funcionales, saben resolver los problemas con distinto grado de éxito, necesitando tiempos distintos para realizarlo. Además evitan paralizar sus procesos interaccionales. Por otro lado



considera que los conflictos le facilitan respuestas positivas, en cuanto estimulan los cambios para el desarrollo necesario; encontrando que no es necesaria la presencia de ningún chivo emisario, debido a que no existe ninguna disfunción que deba ser expresada.

Desde la Terapia sistémica, por su propia epistemología, una familia sana es reconocida y nominada como: "Familia funcional". Percibe a la familia como una unidad de abordaje; considerando las siguientes características que distinguen una familia funcional de una disfuncional:

- La capacidad de la familia para resolver problemas.
- El clima emocional de la familia.
- La capacidad de la familia para cambiar en el curso de su propio ciclo vital.
- La capacidad para regular tanto la proximidad, así como la distancia en las relaciones intrafamiliares.
- La formación de fronteras generacionales funcionales.

Es evidente que todos estos elementos surgen de los contextos sociales, económicos, culturales, y comunitarios de cada sistema familiar, que es parte de todo ese supra -sistema.

Hasta la década de los noventa, el término "familia disfuncional" se empleó para referirse a núcleos sociales con notables problemas de violencia y falta de comunicación; sin embargo, en los últimos años ese concepto ha cambiado radicalmente, al grado de que los psicólogos afirman que toda familia tiene cierto

grado de disfuncionalidad, que a largo plazo deteriora las capacidades e interacción social de sus integrantes.

“Una familia disfuncional con el tiempo genera personas disfuncionales, quienes van a trabajar, acuden a la escuela y se relacionan como pueden con los demás,” explica la terapeuta familiar Cecilia Quintero Vásquez. “Los efectos negativos no sólo se observan en los hijos, sean niños o adolescentes, sino también en los padres, con múltiples repercusiones sociales y laborales que van más allá de la violencia y las adicciones.”

#### **2.5.1.1.3. Familia disfuncional**

«Un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas». (Vargas JC y Vacca R, 1998)

El concepto de "familia disfuncional" es ya de uso común y, al menos de forma aproximada, mucha gente lo entiende. Su origen se encuentra en el área de la psicología y en un principio sirvió para designar a aquellas células de la sociedad con situaciones conflictivas que iban en detrimento del buen desarrollo de las habilidades de sus integrantes, sobre todo de adolescentes y niños.

A partir de esa idea se han explicado muchos fenómenos sociales: alcoholismo, drogadicción, violencia, agresividad o delincuencia, de modo que un juicio superficial podría señalar a este tipo de familias como el origen y única responsable de los males comunitarios, pero no es así.

“Los conocimientos que se han generado en cuanto a las relaciones humanas nos obligan a redefinir este término para apreciar todos sus matices,” indica Cecilia Quintero Vásquez, terapeuta familiar. “La palabra disfuncional nos dice que la familia ‘no funciona’; es decir, que no cumple las labores que le atribuye la

sociedad, pero esto no es tan literal. Yo diría que estos grupos, aunque mal, están funcionando, y que sus individuos, aun con errores, se desenvuelven. Por otra parte, los pacientes suelen decirnos que ‘tienen problemas y discuten, como todo el mundo’, y con esto nos recuerdan que ellos no son los únicos con dificultades.”

La especialista afirma que es importante comprender que en el hogar encontramos un grupo primario; es decir, aquel en el que el individuo adquiere un nombre, aprende a amar y ser amado, comprende significados, descubre quién es con base en sus características físicas y psicológicas, asume roles de conducta, crea hábitos, se comunica y establece patrones para sus relaciones afectivas; pero también que la familia es un sistema que sirve como intermediario entre la sociedad y el individuo (mesosistema).

En este sentido, indica que “debemos poner atención en el momento en que las cualidades de este grupo afectan el crecimiento de sus integrantes, pues aunque los más vulnerables tienden a ser los hijos, porque están en formación, cuando vamos al fondo es común descubrir que una familia disfuncional afecta a todos y también puede ser una fuente de frustración para los padres”. (QUINTERO VÁSQUEZ, 2012).

Por ejemplo, si el varón se restringe a su rol de proveedor de la casa, que socialmente sigue siendo una de sus principales participaciones, hará todo lo posible por obtener lo que hace falta para cubrir las necesidades de su grupo, y esto implica que la presión que sienta por su situación económica le afectará. Asimismo, cuando la madre se desempeña en una dinámica absorbente como ama de casa y/o profesionalista, dedicando todo su esfuerzo a sus seres queridos y sin obtener los resultados que espera, tiende a sentir frustración.

“Los adultos necesitan llevar a cabo su proyecto de vida, tener niveles de aspiración, porque de no ser así la familia puede convertirse en una fuente de obstáculos. En esto debemos poner mucha atención, cuando las necesidades ya no

se están cubriendo al cien por ciento, porque todos son perjudicados, no sólo los niños,” acota Quintero Vázquez.

#### **2.5.1.1.3.1. Clasificación genérica de las familias disfuncionales**

##### **Familias disfuncionales neurotígenicas**

Generan comportamientos neuriformes o neuróticos en su membresía. Ante la prueba del inventario de personalidad de Eysenck y Eysenck, puntúa más de 11, sobre una escala de 24 puntos en el eje de neuroticismo / estabilidad. (VARGAS, VACCA, & CHAVALLI, 2000). En estas familias hay un comportamiento neurótico de parte de algunos miembros de la familia. El ser un neurótico se trata de que uno aunque no niega la realidad, simplemente no quiere saber nada de ella. Dentro de esta neurosis podemos encontrar la histeria, las neurosis de angustia, las neurosis obsesivas, y las fóbicas.

##### **Familias disfuncionales psicotígenicas**

Generan en su clima trastornos mentales mediante elementos afines como la comunicación de doble vínculo, dispersión de su membrecía y frialdad en los afectos. En estas familias podemos ver que existe algún tipo de abuso, sea sexual, psicológico o físico. Aunque muchos piensan que el abuso solo se hace de forma sexual, la mayor parte de los casos de abuso, son de forma psicológica, por ejemplo de amenazas, manipulación, bajar el autoestima, etc. (MAGNUS, 2011). En los casos de abuso sexual, sea dentro de la misma pareja o en casos de incesto, aun cuando el resto de la familia no tenga este conocimiento, será de todas maneras afectada al ver las consecuencias que el abuso lleva en las personas, sea del abusador o del (o los) abusado(s).

### **Familias disfuncionales psicopatogénicas**

Propician en su atmósfera los elementos compatibles con casos de conductas disruptivas: disocialidad, trastornos negativistas desafiantes y psicopatías. (VARGAS, VACCA, & CHAVALLI, 2000). En estas familias solemos también encontrar los factores predictores de esta patología al hallar antecedentes en su membrecía compatibles con cuadros de antisocialidad. El segundo tipo se trata de familias que tienen casos de conductas disruptivas, lo cual se puede ver por ejemplo en antisocialidad, psicopatías y depresiones. (MAGNUS, 2011). Muchas veces como en este caso una familia trata de ignorar y cubrir este tipo de problemas al ver que es embarazoso tener que admitir un problema tan grave como este. En muchos casos este tipo de situaciones lleva a un aislamiento de toda la familia de la sociedad, o que también los miembros de la familia tratan de huir del hogar cada vez que sea posible. Otro ejemplo está en la antisocialidad en hacer algo que no corresponde con la conducta que se debe tener en la sociedad, por ejemplo lo que se hace en la delincuencia, asesinatos, violaciones, etc.

### **Familias disfuncionales adictógenas**

Condicionan en su clima casos de adicciones en sus diversas modalidades y hacia diversos elementos sujetos de adicción. (VARGAS, VACCA, & CHAVALLI, 2000). El adicto sería en estos casos el patrón con una conducta constante, pero al mismo tiempo la situación afecta a toda la familia. Se puede ver que la adicción del patrón es algo que se vuelve una adicción a toda la familia. Dentro de estas familias adictogénicas es también muy probable que lleguen a ser adictos de alguna forma otros miembros de la familia también. Esto muestra la necesidad de no solo trabajar con el adicto en una familia, pero con toda la familia para poder salir de los círculos viciosos en los cuales viven.

## **2.5.2. Variable Dependiente**

### **2.5.2.1. Aborto**

#### **2.5.2.1.1. Definición**

La palabra aborto es un término latino (abortus) y deriva de la composición de un prefijo y una raíz: Ab: privación y ortus: nacimiento; entonces su significado sería "privación del nacimiento"; pero podemos decir que el aborto es la muerte de un niño o una niña en el vientre de la madre producido durante cualquier momento de la etapa del embarazo que va desde la fecundación hasta el momentos previos al nacimiento.

#### **2.5.2.1.3. Métodos para la práctica de aborto.**

##### **Métodos Quirúrgicos**

Métodos de primer trimestre:

Ninguna de las clínicas especializadas utiliza el clásico legrado instrumental para realizar un aborto de primer trimestre. La técnica indicada y la exclusivamente utilizada es la de aspiración mediante unas sondas plásticas o metálicas, mono o bifenestradas, con un diámetro adecuado a la edad gestacional. Las cánulas plásticas pueden ser flexibles o rígidas, y rectas o curvas. La presión de aspiración debe situarse entre 0.4 y 0.6 atmósferas de presión.

El legrado se considera obsoleto dadas las ventajas de el legrado por aspiración. Hay que señalar que la técnica de aspiración es aún desconocida en muchos centros sanitarios del Estado Español.

En función del grado de pericia del cirujano y de la técnica anestésica utilizada, local o general, se recomienda o no la preparación farmacológica del cérvix con

400 µg de misoprostol oral/sublingual/vaginal de una a tres horas antes de la aspiración quirúrgica. Dado el alto grado de especialización de las clínicas españolas dedicadas al aborto provocado, esta práctica es poco utilizada.

Se puede utilizar anestesia general o local. La anestesia general consiste normalmente en una sedación superficial (Propofol o similar) sin intubación. También se puede utilizar en función de las características y deseos de la paciente la anestesia local, realizando un bloqueo paracervical mediante la inyección de Lidocaína al 2%.

Métodos de segundo trimestre:

La técnica más utilizada en las clínicas especializadas españolas, y que podríamos considerar de elección en segundo trimestre, hasta las 20-22 semanas es la Dilatación y Evacuación (D y E). Aunque, muchos centros altamente especializados siguen utilizando la aspiración hasta las 15-16 semanas, usando cánulas más gruesas.

La D y E se realiza con pinzas de Finks, McClintocks, Hern, etc... diseñadas especialmente para esta finalidad, y que introducidas a través del cérvix, previa dilatación del mismo, permiten la fragmentación y posterior extracción del contenido uterino. Es muy conveniente la preparación del cérvix mediante la inserción de tallos dilatadores osmóticos de laminaria o de lamichel (Dilapan). Este último es el más utilizado en la mayoría de clínicas especializadas. Junto con la administración una o dos horas, generalmente por vía vaginal, de prostaglandinas, lo que permite realizar la valoración preoperatoria la ejecución y el alta en un espacio de tiempo alrededor de las 5 horas y reintegrarse a la vida cotidiana normalmente al día siguiente, prácticamente igual que el legrado aspiración con preparación cervical.

Algunos prácticos realizan feticidio previo con digoxina o cloruro potásico (CIK) en altas dosis administrado intracardiamente en un primer tiempo.

La prostaglandina más utilizada en la mayoría de clínicas del Estado para preparar el cérvix antes de una D y E y la más aconsejable es el misoprostol vaginal en dosis de 400 a 800 µg de 1:30 a 2 horas antes del acto quirúrgico. Algunas clínicas especializadas, administran especialmente en los casos de D y E más avanzados de 17 a 21-22 semanas, 200 mg de mifepristona 48 horas antes del misoprostol, lo cual consigue dilataciones promedio mucho mayores que las obtenidas solo con misoprostol, facilitando de esta forma la extracción de las partes fetales y disminuyendo el riesgo de laceraciones cervicales. El uso de mifepristona previa al misoprostol ha conllevado una significativa disminución del uso de tallos osmóticos dilatadores ya que prácticamente no son necesarios.

Es conveniente realizar además del bloqueo paracervical y/o utero-sacro una infiltración en cruz en las paredes cervicales de un preparado que lleve algún vasoconstrictor, por ejemplo Svedocain ®: lidocaina con epinefrina.

Algunos centros realizan además del hemograma general básico determinaciones de fibrinógeno y TPTA antes de la D y E y a las 2 horas de la misma, como control para un posible sangrado interno no diagnosticado. Igualmente se practica una ecografía de control a las 2 horas.

La realización de la D y E bajo control directo ecográfico per-operatorio es cada día más frecuente y contribuye según algunos autores a hacerla más segura.

Para realizar D y Es de segundo trimestre (12 a 22 semanas), se necesita un PERÍODO de entrenamiento especial de varios meses y se considera que es necesario haber realizado un mínimo de 200 D y Es “tutorizadas” antes de empezar a operar de forma autónoma. Esto es el principal problema y la



explicación de que en algunos centros aún se sigan utilizando técnicas de inducción a partir de la 12-14 semana.

La técnica de microcesárea, corporal o fúndica, cuando está indicada, es practicada por muy pocos centros en sus propias instalaciones, ya que la mayoría de clínicas están acreditadas como centro de cirugía mayor ambulatoria o similar.

### **Métodos Farmacológicos:**

Entendiendo por aborto farmacológico aquel en el que se produce la completa expulsión de los productos de la concepción sin instrumentación quirúrgica, excepto, claro está, en el legrado revisor que se practica en la mayoría de clínicas especializadas, después del alumbramiento, en los abortos de segundo trimestre.

Métodos de primer trimestre:

En este PERÍODO de la gestación contamos con tres métodos diferentes de aborto farmacológico.

1) Mifepristona + misoprostol: hay dos protocolos diferentes de dosificación. El que podríamos llamar europeo que recomienda administrar 600 mg (3 tabletas) de mifepristona por vía oral seguidos 36-48 horas después por una o dos dosis de 400 µg de misoprostol por vía oral; y el que se utiliza en Norte América que administra solo una tableta de mifepristona (200 mg) y 36-48 horas después 800 µg de misoprostol preferentemente por vía vaginal. Ambos protocolos tienen tasas de eficacia similares, oscilando entre el 96,5% al 99%, siempre que se utilicen hasta 7 semanas de gestación. En algunos países como Suecia, Inglaterra y España se utiliza esta pauta hasta 9 semanas de gestación con resultados muy similares.

La última tendencia que parece que no afecta al porcentaje de éxito ni a las posibles complicaciones, pero que aumenta notablemente el confort de la paciente

es la realización de este método, en concreto la administración del misoprostol 48 horas después, en la propia casa de la mujer siempre que disponga de un acompañante, teléfono y transporte.

Este método en España no es muy utilizado, y se suele prescribir el protocolo de 200 mg de mifepristona más 800 de misoprostol.

2) Metotrexato + misoprostol: el metotrexate o aminopterina es un inhibidor de la 4-fólicoreductasa que se utiliza desde hace décadas en el tratamiento de procesos cancerígenos, y mas recientemente en el tratamiento de la artritis reumatoide, psoriasis, enfermedad de Chron, lupus eritematoso y también y con notable éxito en el embarazo ectópico. Los efectos secundarios de una sola dosis de 50 mg de metotrexate son mínimos y en muchas ocasiones inexistentes.

En gestaciones intrauterinas se obtienen abortos completos del 90 al 97% utilizando la misma dosis de metotrexate por vía I.M. seguido de 2 a 5 días después de 1 a 3 dosis de 800 µg de misoprostol por vía vaginal. El límite de este método se sitúa en las 7-8 semanas de gestación ya que el metotrexate solo es eficaz cuando las células son aún muy indiferenciadas, ya que su acción se ejerce fundamentalmente como tóxico placentario. Con las dos primeras dosis de misoprostol se obtiene cerca del 90% de aborto completo.

Este método es ampliamente utilizado en Canadá y otros países donde aún no está comercializada la mifepristona. En Europa no se utiliza.

3) Misoprostol solo: utilizando dosis de 800 µg de misoprostol por vía vaginal cada 24/12 horas en gestaciones de hasta 9 semanas se obtienen tasas de aborto completo del 90-93% según diferentes estudios. Con la primera dosis de misoprostol solo se obtiene una tasa de aborto completo del 72%. Si esta ha fracasado se administra una segunda, la cual sube esta tasa hasta el 85-87% y si se debe de administrar una tercera se alcanza el 90-93%. Al final de la tercera dosis,

en un 50% de los casos que han sido fallos, es decir los casos que no expulsaron, presentan latido cardiaco negativo. Esta tasa de aborto completo aumenta hasta un 95-96% si se disminuye la edad gestacional hasta 6-7 semanas. Los resultados obtenidos cuando el misoprostol se administra por vía oral son sensiblemente inferiores y mayores los efectos secundarios debidos al mismo. Sin lugar a dudas el mejor método de los 3 en cuanto a eficacia, seguridad y confort es el primero, es decir el que combina mifepristona con misoprostol. La mifepristona sola tiene una tasa de éxito inferior al 80%, y por tanto se descarta su uso sin combinar con misoprostol. El metotrexate se utiliza fundamentalmente en aquellos países desarrollados que no tienen aún comercializada la mifepristona, como por ejemplo en Canadá. Pero sin lugar a dudas, el método más utilizado a nivel mundial es el misoprostol solo, y es el principal responsable de la drástica disminución del número de muertes anuales debidas a aborto inseguro, principalmente en América Latina, Sud Este Asiático, Este Europeo, y Norte de África.

Los casos que después de utilizar el misoprostol, solo o combinado, que han sido fallo, deben de interrumpir la gestación quirúrgicamente, ya que se han descrito casos de malformaciones congénitas.

El misoprostol solo es ilegal y ampliamente, mal utilizado por miles de mujeres inmigrantes en España y también en países sin legislación de aborto provocado, cada año. No se utiliza en centros autorizados.

Métodos de segundo trimestre:

1) Misoprostol solo: usando dosis de 800 µg de misoprostol por vía vaginal se obtienen tasas de aborto completo en gestaciones de hasta 24 semanas del 90%. Un ensayo clínico compara 600 µg de misoprostol vaginal cada 6 horas versus 400 µg de misoprostol vaginal cada 4 horas, hasta un máximo de 4 y 5 dosis respectivamente, obteniendo en ambos grupos resultados similares a los obtenidos con dosis de 800. El tiempo promedio de expulsión cuando se utiliza misoprostol solo en segundo trimestre está alrededor de 11-12 horas.

A juzgar por la abundante literatura científica existente en aborto de segundo trimestre con misoprostol solo, se podría inferir una especie de ley o regla del misoprostol que sería: se obtienen los mismos resultados administrando dosis altas (800 µg o más) pero espaciadas en el tiempo que con dosis bajas menos espaciadas en el tiempo y repetidas

2) Mifepristona 200 mg + misoprostol: una tableta de 200 mg administrada 48-24 horas antes de dosis de misoprostol de 400-800 µg cada 4-6 horas obtiene tasas de aborto completo del 98 al 100% y con tiempos medios de expulsión de 6,30 a 7,30 horas, según se administre la mifepristona 48 o 24 horas antes. Este protocolo dosificador posibilita que en muchos casos la paciente pueda ser dada de alta en el transcurso del mismo día del aborto y dormir en su propia casa.

La mifepristona, al igual que cuando se utiliza en los casos avanzados (más de 17 semanas) de D y E, potencia la acción de las prostaglandinas de manera muy significativa.

El uso de este fármaco no está muy generalizado en las clínicas especializadas, a pesar de su demostrada eficacia, por razones de carácter organizativo, económico, etc, ya que obliga a las mujeres a realizar más visitas, más desplazamientos, etc.

3) Oxitocina sola: algunos clínicos utilizan este fármaco solo, aunque ha decaído muchísimo su uso desde que existe el misoprostol. Lo que sí es muy frecuente que se utilice como complementario de los dos primeros métodos arriba indicados, es decir, una vez ya se ha obtenido una apropiada maduración del cérvix con una dilatación que permita realizar una amniorrexis.

Todos estos métodos están indicados a partir del límite superior que permite hacer la técnica de D y E (20-22 semanas) y tiene la limitación de las pacientes con cicatrices uterinas previas (cesáreas, miomectomías, etc.) por el riesgo de rotura

uterina. Algunos autores hacen inducción farmacológica siempre que no haya más de una cicatriz, en cuyo caso prefieren la indicación de microcesárea.

Es una práctica generalizada la realización de una aspiración y legrado revisor bajo control ecográfico o no, después de la expulsión, lo cual convierte a este método en parcialmente farmacológico, ya que realizamos un acto quirúrgico posterior a la expulsión.

4) Otros: la instilación intrauterina y/o intra-amniótica de suero salino hipertónico, urea, etacridina (Rivanol), etc, apoyado o no posteriormente por la administración de oxitocina endovenosa, prostaglandinas, etc, son métodos que aunque se utilizan aún en muchos países, principalmente subdesarrollados, han caído en desuso ante la mayor eficacia y seguridad del misoprostol solo y especialmente combinado con mifepristona. Sin lugar a dudas el mejor y más seguro método es este último.

Sea cual sea el método utilizado es aconsejable la administración de antibióticos, por ejemplo: doxiciclina 100 mg cada 12 horas cada 4 días y un inhibidor de la prolactina especialmente en las gestaciones a partir de las 15 semanas: cabergolina, bromocriptina, afín de evitarle a la mujer las molestias que conlleva el pico lácteo.

La mayoría de las clínicas especializadas, utilizan principalmente misoprostol con o sin oxitocina para los abortos de segundo trimestre tardío.

No obstante, y dado que en función de los fármacos y los medios disponibles en cada país, se utiliza una u otra técnica, además no hay que olvidar nunca que la obstetricia no es una técnica sino un “arte”.

En los casos de inducción que puedan considerarse fallidos (más de 24-48 horas) o en los que esté aconsejado una pronta finalización del proceso, debe contemplarse la posibilidad de practicar una D y E. (RED ASISTENCIAL ESPANOLA, 2012).

## **2.6. HIPÓTESIS**

La disfunción familiar está relacionada con la búsqueda de aborto de mujeres con un embarazo no deseado, que acuden a consulta externa del Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA”.

### **2.6.1. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.**

#### **Unidades de observación:**

Mujeres con embarazo no deseado que acudieron en busca de un aborto.

#### **Variable independiente:**

Disfunción familiar.

#### **Variable dependiente:**

Búsqueda de aborto.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. ENFOQUE**

El presente trabajo investigativo tiene un enfoque predominante crítico - propositivo este paradigma surge como una alternativa de superación a la visión tradicionalista y tecnocrática del Positivismo, en base al aporte de varios científicos y pensadores de los últimos tiempos, como Karl Marx, Lev Vigotsky, Pichón Riviere, Leontiev y otros, quienes parten de una crítica a la situación del contexto, para llegar a una propuesta de una nueva forma de comprender y hacer ciencia (GARCÍA & ECHEVERRÍA, 2011).

Este paradigma se apoya en el hecho de que la vida social es dialéctica, por tanto, su estudio debe abordarse desde la dinámica del cambio social, como manifestación de un proceso anterior que le dio origen y el cual es necesario conocer. La aproximación a los hechos sociales parte de sus contradicciones y desigualdades sociales, en la búsqueda de la esencia del problema.

Con base en lo anterior, los criterios metodológicos se insertan en lo activo y/o participativo propiamente dicho. Debido a ellos, busca promover la participación activa de la comunidad sobre los gobernantes, tanto en el estudio y la comprensión de los problemas, como en la planeación de propuestas de acción, su ejecución, la evaluación de los resultados, la reflexión y la sistematización del proceso seguido.

La metodología propuesta tiene como finalidad generar transformaciones en las situaciones abordadas, que son temas de debate en la actualidad de nuestro país, partiendo de su comprensión, conocimiento y compromiso para la acción de los sujetos involucrados en ella, pero siguiendo un procedimiento metodológico y sistemático, insertado en una estrategia de acción definida y con un enfoque investigativo donde los sujetos de la investigación producen conocimientos dirigidos a transformar su realidad social.

Acción-reflexión-acción

Acción, concientización y acción para la transformación

Cualitativo - cuantitativo: Disfunción familiar, en cuanto a la cuantificación de valores basados en el APGAR Familiar, y cualitativo en cuanto a las características que se obtienen de su resultado y su aplicación.

### **3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación responde a la siguiente modalidad:

La modalidad del proyecto será de Campo ya que la información se obtiene en el lugar de los hechos es decir en el Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” a donde acuden a Consulta y en estado gestacional, en busca de realizarse un aborto.

Esta investigación es bibliográfica investigativa porque recopilara información sobre temas como el aborto, clases, complicaciones, se las comparará y relaciona con factores sociales y familiares, con la manipulación para esto de la variable independiente (disfunción familiar) que puede modificar la búsqueda de una solución que en este caso es la incorrecta (aborto inducido) (ROJAS, 2004).



### **3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El proceso de investigación a seguirse, se iniciará con los siguientes tipos:

Investigación Aplicada, porque se obtendrá resultados en corto plazo y persigue objetivos inmediatos, busca desarrollar nuevos métodos de integración a un nuevo enfoque.

Es de tipo transversal pues permitió detallar e identificar la relación entre disfunción familiar y búsqueda de aborto.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1. POBLACIÓN**

La población de la presente investigación son mujeres embarazadas que asisten en busca de un aborto a Consulta en el Centro Integral de Medicina Familiar de la ciudad de Ambato durante el PERÍODO Enero 2012 – Marzo 2013.

El número de consultas estimadas son de 86 pacientes.

#### **3.4.2. POBLACIÓN**

Se trabajó con el total de 86 pacientes que acudieron durante el período de estudio. Se ha incluido a todas las pacientes por ser una muestra pequeña.

#### **3.4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Para la presente investigación se incluyen Mujeres en edad reproductiva con diferente edad gestacional, que acuden al Centro Integral de Medicina Familiar en busca de un aborto provocado.

#### **3.4.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes que optaron por no participar en el estudio, manifestado en la firma del documento de consentimiento informado.

#### **3.4.5. ASPECTOS ÉTICOS**

Se ha garantizado confidencialidad, diseñando la Historia Clínica y el test de APGAR tomando en cuenta que es un documento de aspecto legal, para la aceptación particular de cada paciente en la investigación.

Con el fin de asegurar discreción en la información y el anonimato de las pacientes, se les asignó un código numérico a la encuesta.

La información fue resguardada por la investigadora sin permitir por ningún motivo el acceso a ella a personas extrañas y sólo se la utiliza para fines de la misma.

### 3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.5.1. Variable independiente

Cuadro No.1 Disfunción Familiar

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><i>Familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones.</i></p>	<p>Adaptación Participación Ganancia Afecto Recursos</p>	<p><i>Buena función familiar 18-20</i></p> <p><i>Disfunción familiar leve 14-17</i></p> <p><i>Disfunción familiar moderada 10-13</i></p> <p><i>Disfunción familiar severa 9 o menos</i></p>	<p><i>Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y PERÍODOS de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.</i></p> <p><i>Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.</i></p> <p><i>Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.</i></p> <p><i>Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.</i></p> <p><i>Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.</i></p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Test Apgar Familiar</p>

Elaborado por: Myriam Arcos

### 3.5.2. Variable Dependiente

Cuadro No.2 Aborto Provocado

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
El aborto inducido se conceptúa.- <i>Es la expulsión de los productos de la concepción antes de que el feto sea capaz de sobrevivir.</i>	Espontáneo Inducido o provocado	Cuando se produce sin que nadie haga nada para provocarlo Cuando se hace algo para interrumpir el embarazo deliberadamente.	Anamnesis	Técnica: <i>Entrevista</i>  Instrumento: <i>Historia clínica</i>

Elaborado por: Myriam Arcos.

### **3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

Plan de recolección de información:

Previa autorización de la dirección del Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” (Ambato), se realizará las historias clínicas de las pacientes mujeres gestantes en busca de un aborto inducido, que fueron atendidos en el Servicio de Consulta Externa de Medicina durante el PERÍODO 01 de enero del 2012 a 31 de marzo del 2013. Para lo cual se utilizara como instrumento para registro de datos el Formulario de recolección de información, en el que se recopilara datos tales como Datos de Filiación (número de teléfono y dirección exacta), historia clínica, exámenes de laboratorio y radiológicos (prueba de embarazo, ECO obstétrico), test de APGAR Familiar, cuestionario; así como también los datos obtenidos posteriormente para poder establecer los valores necesarios para el manejo de la información.

### **3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La información se recolectará de las entrevistas y el APGAR Familiar, luego pasará por un proceso de cuadros porcentuales en Excel del que obtendremos los valores en forma de pasteles porcentuales.

### **3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Como una forma de comprobar cuales son las causas para la disfunción familiar y la decisión de realizarse un aborto, se aplicó el APGAR Familiar, ya que por parte de las mujeres gestantes y su entrevista no se pueden cuantificar los datos, entonces esta información obtenida y recolectada se procesara de la siguiente manera:

1. Ordenación

La encuesta fue realizada a 86 mujeres gestantes, entre los meses de Enero 2012 a Marzo 2013, de lunes a sábado, en las instalaciones del Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA”.

## 2. Sistematización

La Historia Clínica y el APGAR Familiar se las realizó desde las 08:00 a.m. hasta 18:00 p.m., ya que estas son las horas de mayor afluencia.

## 3. Gráficos estadísticos

Mediante los gráficos se va a demostrar la opinión que tuvieron las mujeres, y también el grado de disfunción familiar, cuando se realizó las encuestas.

## 4. Interpretación

La interpretación se le dará luego de cada gráfico estadístico.

## 5. Conclusión

La conclusión será dada de igual manera a continuación de cada gráfico estadístico.

## CAPÍTULO IV

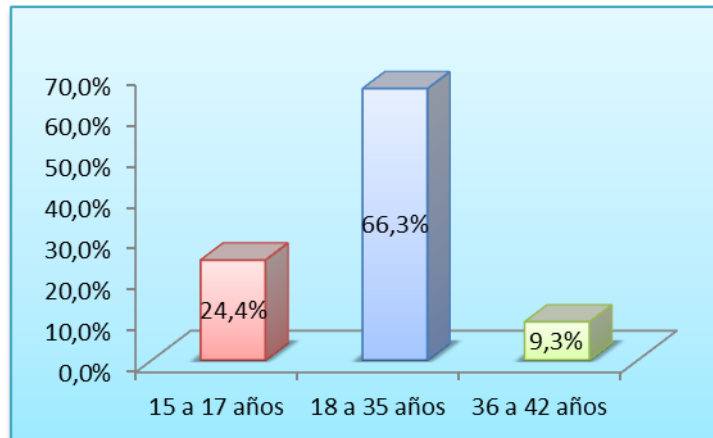
### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según la información recolectada a continuación se expondrán los resultados obtenidos y las discusiones pertinentes.

#### 4.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

##### 4.1.1. EDAD

**Gráfico 1: Distribución porcentual de la edad de las pacientes en estudio. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.**



Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

Dentro de la investigación se trabajó con 86 mujeres entre 15 y 42 años de edad, de las cuales la edad de mayor presentación se encuentra en el rango de 18 a 35 (Gráfico 1).

La mejor edad reproductiva de una mujer es cerca de los 20 años. La fertilidad disminuye gradualmente a partir de los 30 años, sobre todo después de los 35

años. Las mujeres son fértiles hasta la menopausia. La edad promedio de la menopausia es a los 51 años, pero la mayoría de las mujeres se vuelven incapaces de lograr un embarazo con éxito alrededor de los 45 años. La pérdida de la fertilidad femenina relacionada con la edad se debe a que tanto la calidad como la cantidad de óvulos disminuyen gradualmente. (AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 2013)



#### 4.1.2. LUGAR DE RESIDENCIA

Tabla 1: Distribución de pacientes según ciudad de residencia. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.

Ciudad	N*	%
Ambato	47	54,6
Latacunga	4	4,6
Quito	4	4,6
Pelileo	4	4,6
Salcedo	2	2,3
Zumbagua	2	2,3
Riobamba	2	2,3
Chibuleo	2	2,3
Pasa	2	2,3
Saquisili	3	3,4
Pujili	1	1,1
Salasaca	1	1,1
Cotaló	1	1,1
Huambaló	1	1,1
Guaranda	1	1,1
Patate	1	1,1
Mera	1	1,1
Panzaleo	1	1,1
Pilahuín	1	1,1
Lazo	1	1,1
Huasimpamba	1	1,1
EEUU	1	1,1
Italia	1	1,1

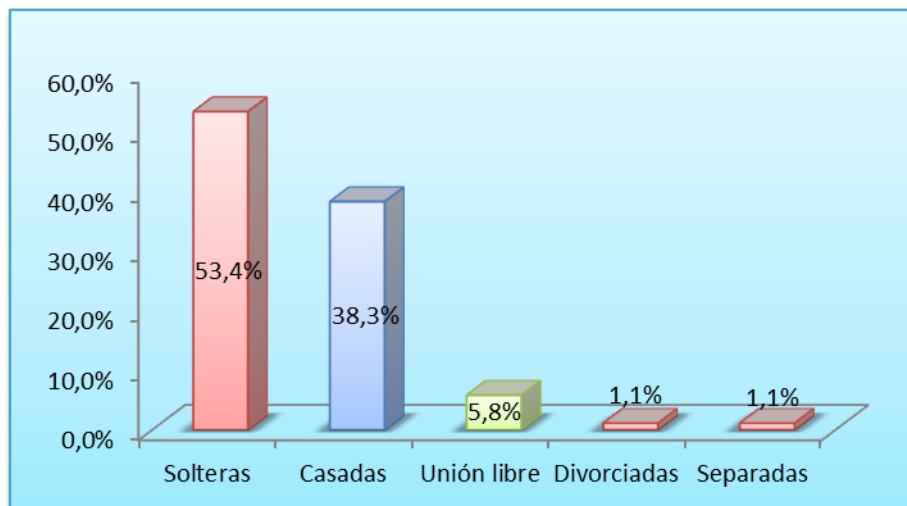
Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

Del total de pacientes se identificó que el 54,6% corresponde a la ciudad de Ambato; le sigue el 13,9% correspondiente a las ciudades de Latacunga, Quito y Pelileo; el 11,6% a las ciudades y cantones de Salcedo, Zumbagua, Riobamba y Chibuleo, 3,4% a Saquisilí; 12,7% a las ciudades y cantones de Pujilí, Salasaca, Cotaló, Huambaló, Guaranda, Patate, Mera, Panzaleo, Pilahuín, Lazo y Huasimpamba; además se incluyeron pacientes que durante esta investigación retornaron de otros países de residencia con el 2,3% EEUU e Italia. (Tabla 1).

### 4.1.3. ESTADO CIVIL

Gráfico 2: Distribución de pacientes según estado civil. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

En cuanto al estado civil la mitad con el 53,4% de las pacientes son solteras, el 38,3% de las pacientes están casadas, el 5,8 % viven en unión libre, el 1,1% se encuentran divorciadas y el 1,1% separadas. (Gráfico 2).

Ahora son muchas las circunstancias que los están llevando a tomar la decisión, de no formalizar o casarse pues es algo que debemos decidir libremente y no orillados o presionados por alguna circunstancia como un embarazo; pues aún en ese caso no es motivo suficiente para la unión y menos si la pareja no se siente lista.

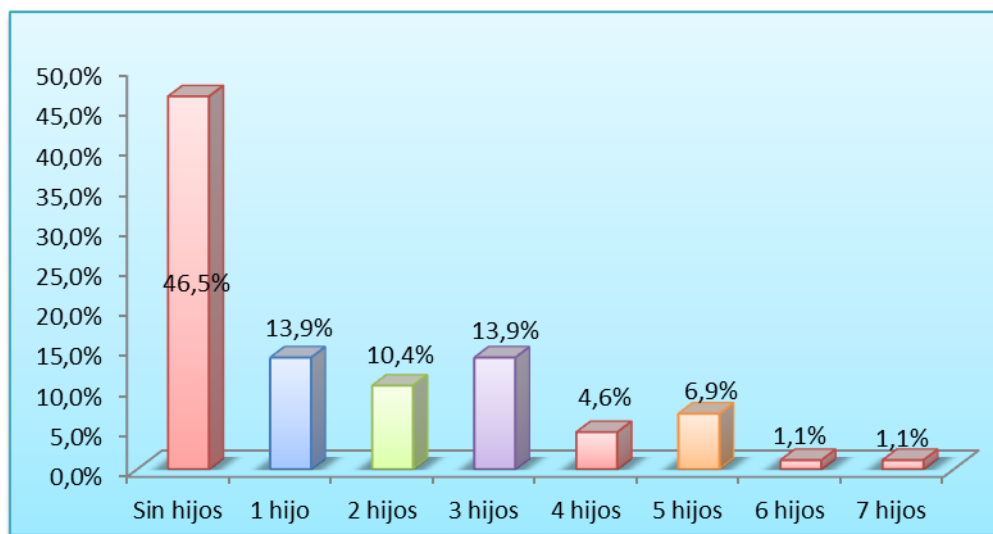
Si creen que es tiempo de pasar a otro nivel en la relación, lo mejor es que visiten a un especialista en terapia familiar y de pareja o a un consejero matrimonial para que los orienten acerca de cómo llevar un matrimonio, cómo prepararse para tener hijos y cómo deberán educarlos.

Conseguir un trabajo en el caso de que no se tenga o de lo contrario buscar la manera de aumentar los ingresos, ya que con lo que se ganaba antes alcanzaba muy bien para sus gastos personales, pero ahora serán dos y según el caso hasta tres personas en las que se deberá pensar.

Hacer un presupuesto Porque no sólo de amor vive una pareja, tendrán que planear donde vivir, contemplar gastos de renta, alimentación y servicios básicos de un casa.

#### 4.1.4. NÚMERO DE HIJOS

**Gráfico 3: Distribución de pacientes según el número de hijos. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.**



**Fuente: Base de datos**

**Elaboración: Myriam Arcos**

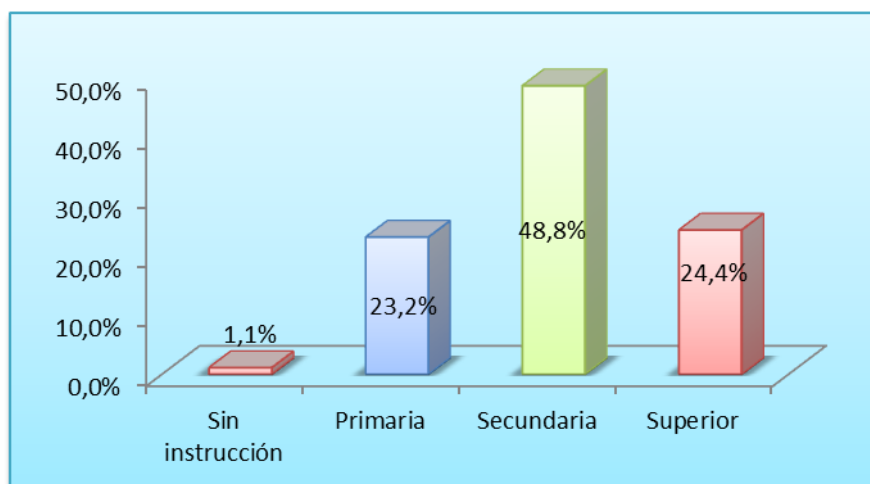
En cuanto al número de hijos 46.5% no tiene hijos, 13.9% tiene un hijo, 13.9% tiene 3 hijos, 10.4% tiene 2 hijos, 6.9% tiene 5 hijos, 4.6% tiene 4 hijos, 1.1% tiene 6 hijos y 1.1% tiene 7 hijos. (Gráfico 3).

La antropóloga mexicana Yanina Ávila en su ensayo "Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres", señala que las mujeres que descartan la maternidad tienen diversas razones para ello: desde el simple deseo de no ser madres, hasta considerar que su situación personal o el contexto social es inadecuado para criar a sus hijas o hijos. Algunas mujeres, agrega la investigadora de la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) optan por no tener hijos debido a que carecen de una pareja que demuestre apoyo real en las labores y cuidados familiares. Otras –añade– desisten de la maternidad "al percibir un panorama económico, social y mundial incierto y deprimente", que va en relación con algunas de las respuestas que recibimos de nuestras pacientes.

#### 4.1.5. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Gráfico 4: Distribución según el nivel de instrucción de las pacientes. “CIMFA” Ambato.

Enero 2012 - Marzo 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

De acuerdo al nivel de instrucción 48.8% se encuentra cursando o a culminado la secundaria, 24.4% se encuentra cursando o a culminado sus estudios superiores, 23.2% se encuentra cursando o a culminado la primaria, 1.1% no tienen instrucción. (Gráfico 4).

Los inicios de las mujeres en el ámbito de la instrucción se remontan al siglo XIX con el advenimiento de la revolución femenina. En principio la exclusión se da por parte de la ideología masculina, pero con el progresivo desarrollo de la mentalidad democrática y de igualdad, la población femenina se incorporó a políticas, con derechos y obligaciones. Claro hay que denotar que todo va de acuerdo con el nivel de desarrollo e ideologías de cada país o región.

#### 4.1.6. OCUPACIÓN ACTUAL

Tabla 2: Distribución de pacientes según ocupación. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.

Ocupación	%
Sin ocupación	13,9
Estudiantes	33,7
Quehaceres domésticos	13,9
Agricultoras	10,4
Comerciantes	9,3
Aparadoras	2,3
Costureras	2,3
Ejecutiva	2,3
Enfermera	1,1
Auxiliar de enfermería	1,1
Taxista	1,1
Lava ropa	1,1
Abogada	1,1
Profesora	1,1
Secretaria	1,1
Contadora	1,1
Maquiladora	1,1

Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

El 33.7% son estudiantes, 13.9% tienen como ocupación quehaceres domésticos y desocupadas con 12 pacientes cada una; 10,4% son agricultoras; 9.3% son Comerciantes; 2.3% son aparadoras, costurera y ejecutivas con 2 pacientes cada una; 1.1% tienen ocupaciones como: Enfermera, auxiliar de enfermería, taxista, lava ropa, abogada, profesora, secretaria, contadora y maquiladora. (Tabla 2).

Cifras recientes reportan que por cada diez personas económicamente activas, seis son hombres (62.7%) y cuatro mujeres (37.3%). Además, la mujer dedica cerca de 92 horas semanales al trabajo del mercado y del hogar, superando con 25 horas más, el trabajo del varón. (INEC, 2009). La gran mayoría de las mujeres (96.1%), especialmente las madres, además de desempeñar una notable contribución en el ámbito profesional, aportan su tiempo con esfuerzo y dedicación al trabajo del hogar; una labor que se traduce en la educación de los hijos, el cuidado a los miembros del hogar, la organización y dirección de los quehaceres del mismo: proporcionar alimentación, limpieza y arreglo de la vivienda, cuidado de la ropa y calzado, compras y pagos, entre otros.

## 4.2. TEST DE APGAR

### 4.2.1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.

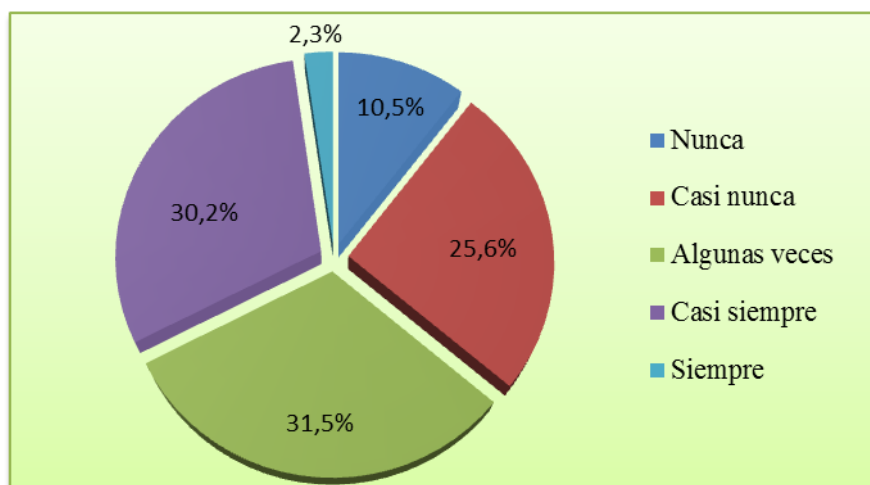
Tabla 3: Ayuda Familiar. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.

Pregunta No 1		
Nunca	9	10,5%
Casi Nunca	22	25,6%
Algunas Veces	27	31,4%
Casi Siempre	26	30,2%
Siempre	2	2,3%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

Gráfico 5: Respuesta a la Pregunta 1 de test de Apgar. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

En la primera pregunta del APGAR el 10.5% respondió que nunca, el 25.6% respondió que casi nunca, el 31.45 respondió que algunas veces, el 30.2% respondió que casi siempre y el 2.3% respondió que siempre. (Gráfico 5).

#### 4.2.2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.

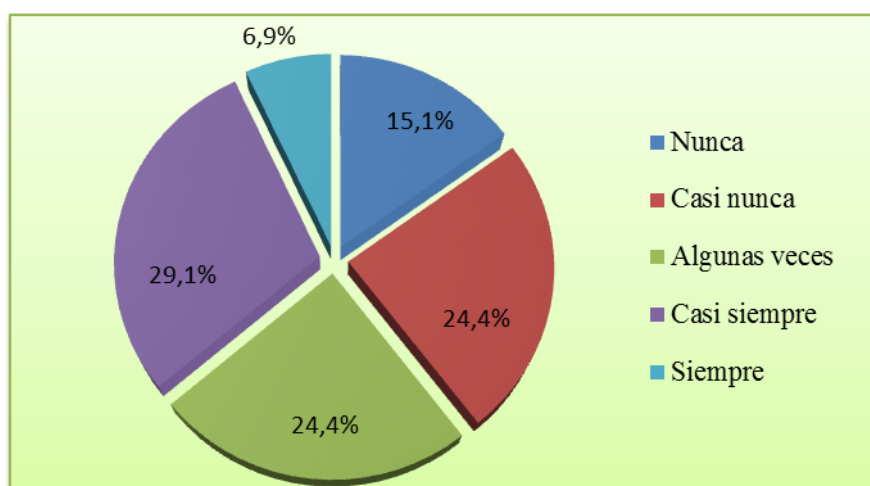
Tabla 4: Participación con la familia. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.

Pregunta No 2		
Nunca	13	15,1%
Casi Nunca	21	24,4%
Algunas Veces	21	24,4%
Casi Siempre	25	29,1%
Siempre	6	6,9%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

Gráfico 6: Respuesta a la pregunta 2 del test de Apgar. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

En la segunda pregunta el 15.1% respondió que nunca, el 24.4% respondió que casi nunca, el 24.4% respondió que algunas veces, el 29.1% respondió que casi siempre, el 7% respondió que siempre. (Gráfico 6).

#### 4.2.3. Me satisface como mi familia acepta apoyar mis deseos de emprender nuevas actividades.

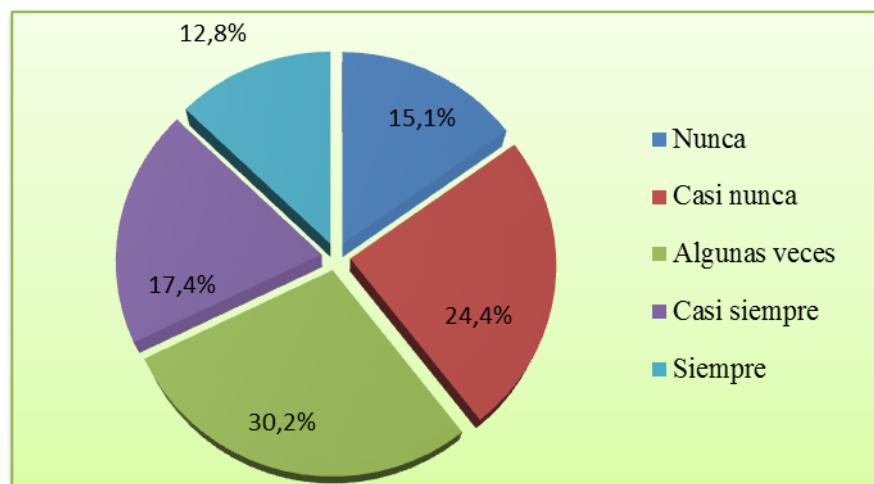
Tabla 5: Apoyo en nuevas actividades. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.

Pregunta No 3		
Nunca	13	15,1%
Casi Nunca	21	24,4%
Algunas Veces	26	30,2%
Casi Siempre	15	17,4%
Siempre	11	12,7%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

Gráfico 7: Respuesta a la pregunta 3 del test de Apgar. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

En la tercera pregunta el 15.1% respondió que nunca, el 24.4% respondió que casi nunca, el 28,3% respondió que algunas veces, el 19.4% respondió que casi siempre, el 12.8% respondió que siempre. (Gráfico 7).



**4.2.4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.**

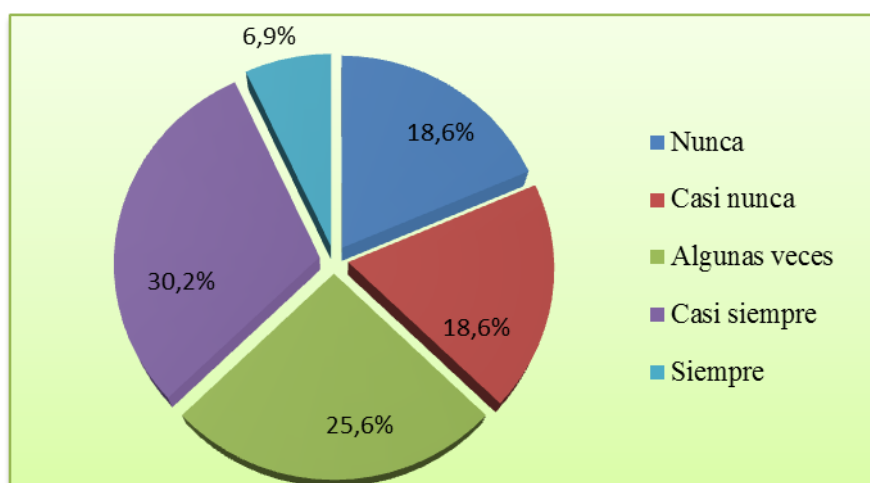
**Tabla 6: Expresión de afecto familiar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.**

<b>Pregunta No 4</b>		
<b>Nunca</b>	16	18,6%
<b>Casi Nunca</b>	16	18,6%
<b>Algunas Veces</b>	22	25,6%
<b>Casi Siempre</b>	26	30,2%
<b>Siempre</b>	6	6,9%

**Fuente: Base de datos**

**Elaboración: Myriam Arcos**

**Gráfico 8: Respuesta a la pregunta 4 del test de Apgar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.**



**Fuente: Base de datos**

**Elaboración: Myriam Arcos**

En la cuarta pregunta el 18.6% respondió que nunca, el 18.6% respondió que casi nunca, el 25.6% respondió que algunas veces, el 30.2% respondió que casi siempre, el 7% respondió que siempre. (Gráfico 8).

**4.2.5. Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) El dinero.**

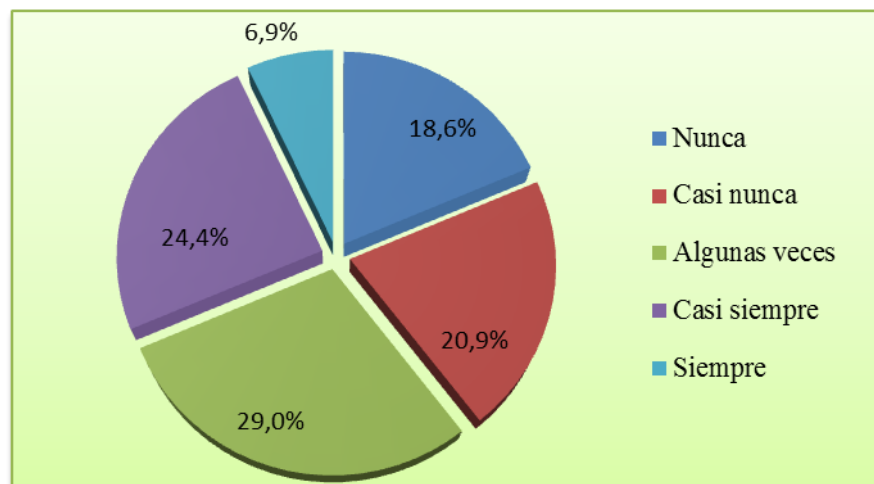
**Tabla 7: Tiempo, Espacio, Economía Familiar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.**

<b>Pregunta No 5</b>		
<b>Nunca</b>	16	18,6%
<b>Casi Nunca</b>	18	20,9%
<b>Algunas Veces</b>	25	29,0%
<b>Casi Siempre</b>	21	24,4%
<b>Siempre</b>	6	6,9%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

**Gráfico 9: Respuesta a la pregunta 5 del test de Apgar. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.**



Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

En la quinta y última pregunta el 18.6% respondió que nunca, el 20.9% respondió que casi nunca, el 29.1% respondió que algunas veces, el 24.4% respondió que casi siempre y el 7% respondió que siempre. (Gráfico 9).

#### 4.2.6. Resultado de APGAR Familiar.

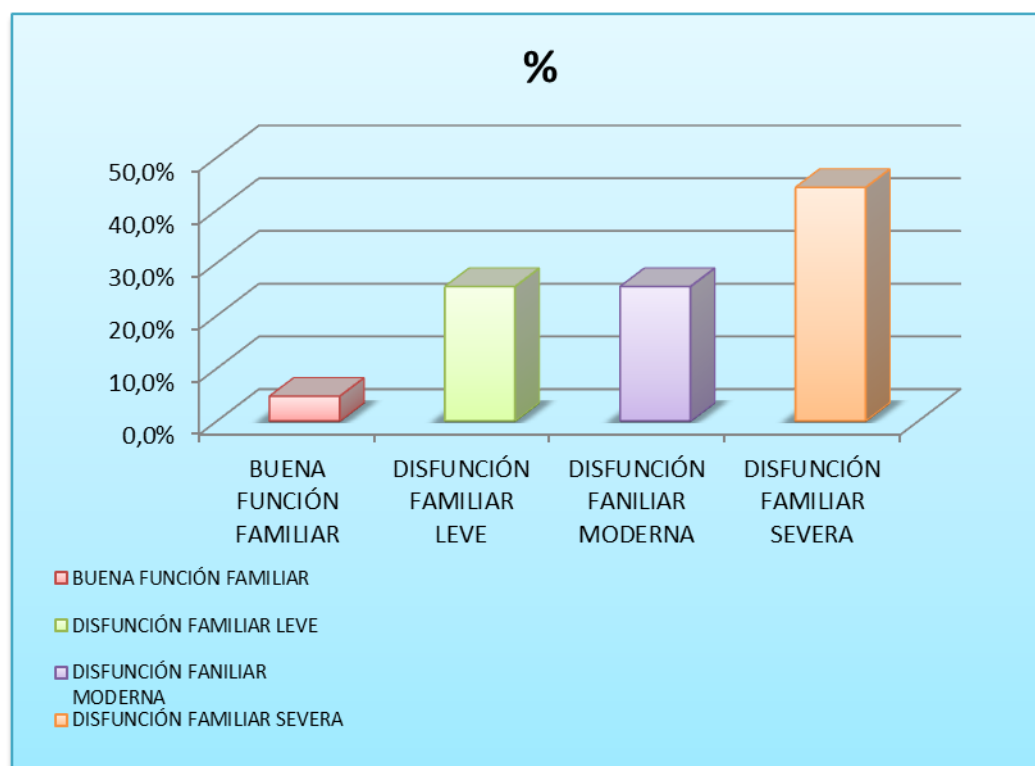
Tabla 8: Funcionalidad Familiar. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.

APGAR FAMILIAR		
<b>BUENA FUNCIÓN FAMILIAR</b>	4	4,7%
<b>DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE</b>	22	25,5%
<b>DISFUNCIÓN FAMILIAR MODERNA</b>	22	25,5%
<b>DISFUNCIÓN FAMILIAR SEVERA</b>	38	44,3%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

Gráfico 10: Funcionalidad Familiar. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

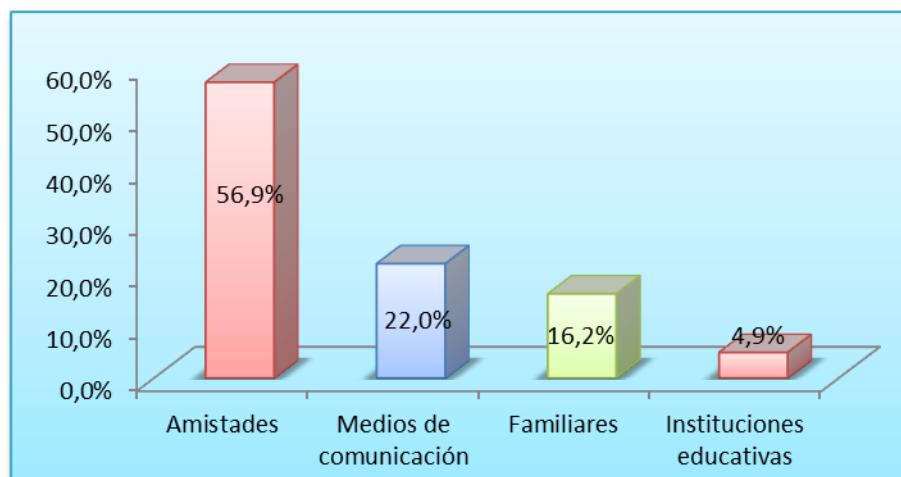
Como resultado tenemos que el 44,3% presenta disfunción familiar severa, el 25,5% disfunción familiar moderada y leve, y el 4,7% buena función familiar.

Se conoce tradicionalmente a la familia como la integración y convivencia de los padres y los hijos. Esta es la familia nuclear. En ocasiones esta se ve influida por la presencia física o emocional de otros componentes. El concepto de familia, también ha estado representado por el funcionamiento organizado de una casa, de un grupo de personas unificado con el propósito de promover el crecimiento de dicho sistema. Los vínculos de arraigo a los sistemas familiares son entonces de varios tipos (biológicos, psicológicos, sociales y económicos). (MARTÍNEZ, 2000)

### **4.3. ENTREVISTA PARA DETERMINAR EL ORDEN DE IMPORTANCIA ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y OTROS FACTORES. (Los resultados expuestos en esta sección son en base a la entrevista que se encuentra en Anexos).**

#### **4.3.1. Medios de información acerca del aborto.**

**Gráfico 11: Principales medios de información sobre el aborto. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.**



Fuente: Base de datos

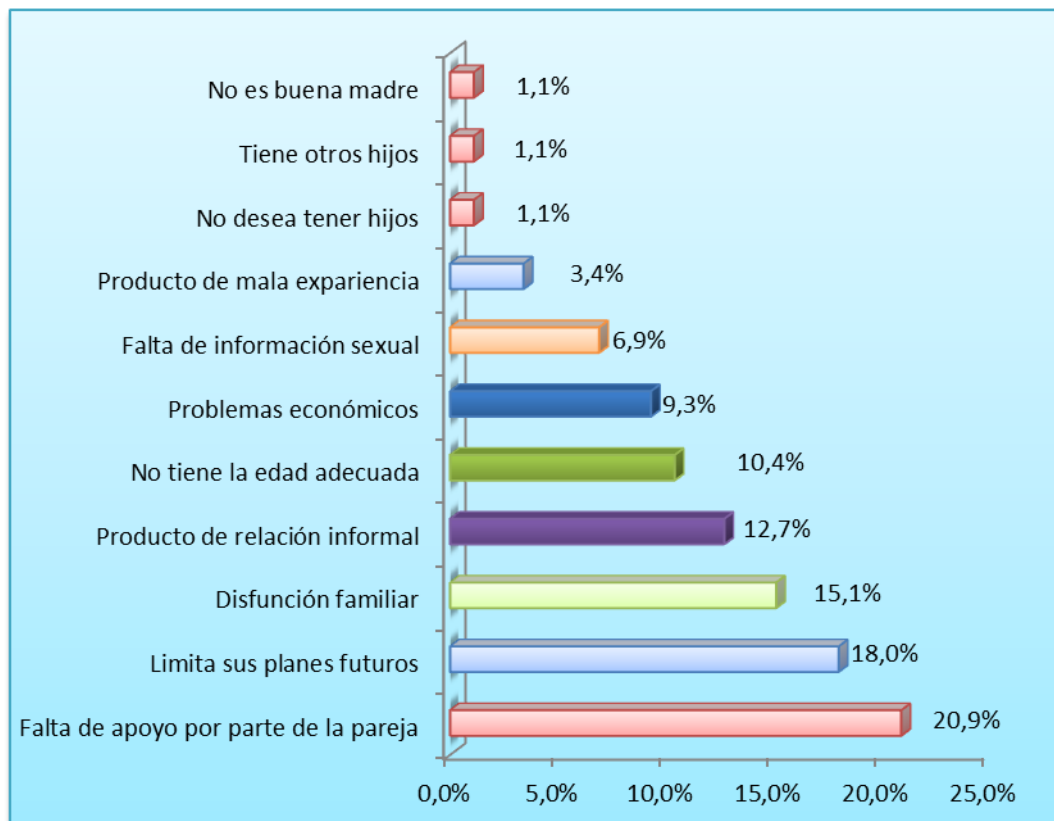
Elaboración: Myriam Arcos

En esta pregunta se registró que la información de lugares o formas de realizarse el aborto se dan por amistades en el 56.9%, por medios de comunicación el 22%, por familiares el 16.2% y por instituciones educativas 4.9%. (Gráfico 11).

#### 4.3.2. Causa principal para tomar la decisión de realizarse un aborto.

Gráfico 12: Orden de prioridad para la decisión de realizarse un aborto. “CIMFA” Ambato.

Enero 2012 - Marzo 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

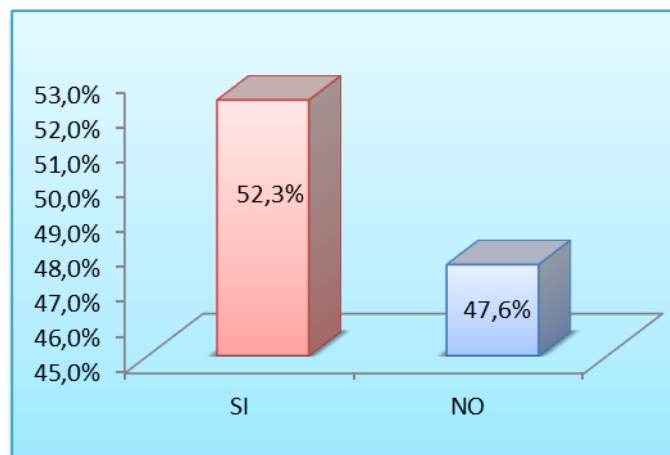
Escogimos varias razones que se receptaron al momento de realizar la historia clínica con las pacientes, entre estas se encuentran: No tiene la edad adecuada con el 10.4%, limita sus planes futuros con el 18%, es producto de una mala experiencia con el 3.4%, es producto de una relación informal con el 12.7%, disfunción familiar con el 15.1%, problemas económicos con el 9.3%, falta de información sexual con el 6.9%, falta de apoyo por parte de la pareja con el 20.9% y en otro especifique cuál se dieron respuestas como “no deseo tener hijos”,

“tengo otros hijos a quienes cuidar sola” y “no soy una buena madre” que equivalen al 3.4%. (Gráfico 12).

Las razones que pueden llevar a las mujeres a provocarse un aborto son muchas y diferentes. El hecho de que el embarazo sea producto de una violación o una relación sexual forzada; la imposibilidad de asumir a una criatura más; la carencia de empleo o de recursos económicos para sostener a una criatura; el desentendimiento o rechazo de la pareja; la percepción de las mujeres de ser demasiado jóvenes o demasiado viejas como para poder ser madres; la necesidad de continuar los estudios o de dedicarse exclusivamente a la propia carrera, trabajo o proyecto de vida; el descubrimiento de graves malformaciones o enfermedades en el feto; el hecho de tener ya los hijos e hijas que se desean y, desde luego, la posibilidad de que la continuación del embarazo ponga en grave riesgo la salud o la vida misma de la mujer.

#### 4.3.3. Apoyo familiar

Gráfico 13: En el caso de que usted hubiera tenido apoyo familiar, usted pensaría en continuar con su embarazo. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.



Fuente: Base de datos

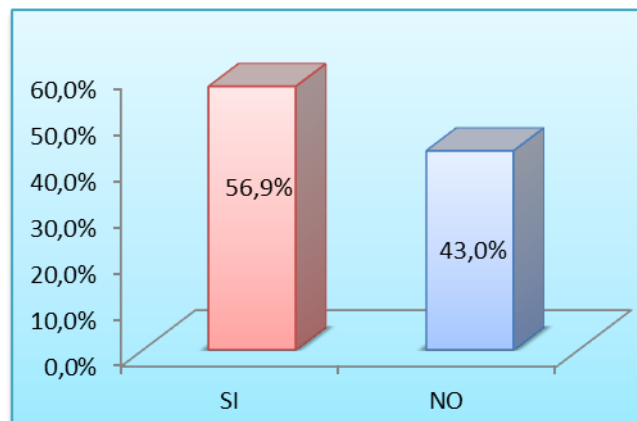
Elaboración: Myriam Arcos

A esta pregunta las pacientes respondieron en el 52,3% que si y el 47,6% que no. (Gráfico 13).

Una mujer que recibe el apoyo y la contención adecuada durante el embarazo se convertirá en una madre feliz y con menos estrés. De acuerdo a estudios recientemente realizados, las embarazadas que reciben el cuidado y el acompañamiento de su entorno familiar tendrán una protección contra las hormonas del estrés que contribuyen a la aparición de la depresión postparto.

#### 4.3.4. Se le informó a la pareja

Gráfico 14: Comunicación. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.



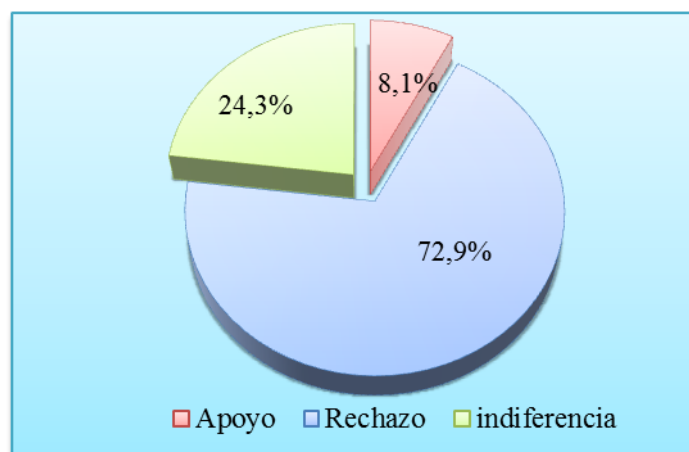
Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

Tenemos que el 43% no le informo a su pareja del embarazo y el 56.9% si fue informado. (Gráfico 14).

#### 4.3.5. ¿Cuál fue la actitud de su pareja ante el embarazo inesperado?

Gráfico 15: Actitud de la pareja. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.



Fuente: Base de datos

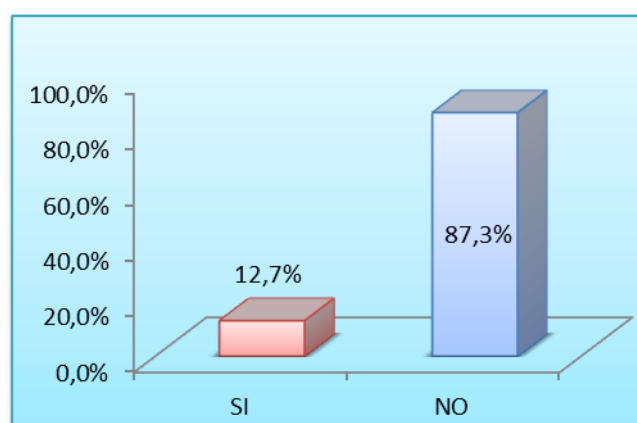
Elaboración: Myriam Arcos

Tenemos que el 72.9% fue de rechazo, el 24.3% de indiferencia y solo el 8.1% de apoyo. (Gráfico 15).

La madre necesita comunicarse con alguien y expresarle cómo se siente; y a su vez, ese alguien debe expresarle que si es competente como también expresarle amor y cariño. Es de suma importancia durante el embarazo que la pareja este ahí presente no solo para resolver problemas, sino también para escucharla, tanto sus alegrías, frustraciones, ansiedades y miedos acerca del embarazo y de la maternidad.

#### 4.3.6. ¿Tuvieron conocimiento del embarazo tus padres?

Gráfico 16: Comunicación. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

Por obvias razones el conocimiento de los padres se manifestó más en las pacientes adolescentes y quienes viven con estos, tenemos que el total de quienes comunicaron a sus padres el embarazo fueron el 12.7% y las que no 87,3%. (Gráfico 16).



#### **4. 8. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.**

##### **a) Modelo Lógico**

**Ho:** La presencia de Disfunción Familiar no está relacionada con la búsqueda de aborto en las mujeres con embarazo no deseado que acuden al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato.

**H1:** La presencia de Disfunción Familiar está relacionada con la búsqueda de aborto en las mujeres con embarazo no deseado que acuden al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato.

Tomada la información correspondiente a cada variable a compararse, se estableció el siguiente cuadro de contingencia:

**Tabla 9: Verificación de Hipótesis. “CIMFA” Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.**

**Tabla de contingencia FUNCIONALIDAD FAMILIAR \* DECISION DE ABORTO**

Recuento

	CAMBIO DE DECISION	Total
--	--------------------	-------

		NO ABORTO	SI ABORTO	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	BUENA FUNCIONALIDAD	3	1	4
	DISFUNCIONALIDAD LEVE	12	10	22
	DISFUNCIONALIDAD MODERADA	8	14	22
	DISFUNCIONALIDAD SEVERA	22	16	38
Total		45	41	86

Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

Tabla 10: Chi Cuadrado. "CIMFA" Ambato. Enero 2012 - Marzo 2013.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	3,587 <sup>a</sup>	3	,310	,331		
Razón de verosimilitudes	3,651	3	,302	,331		
Estadístico exacto de Fisher	3,493			,342		
Asociación lineal por lineal	,002 <sup>b</sup>	1	,966	1,000	,529	,091
N de casos válidos	86					

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,91.

b. El estadístico tipificado es ,043.

Fuente: Base de datos

Elaboración: Myriam Arcos

[ $X^2(3)=3,493$ ,  $N=86$ ,  $P>0,05$ ]

Se realizó una investigación para analizar la asociación entre la disfunción familiar y búsqueda de aborto con la prueba de FISHER, encontrando que no existe asociación entre las variables

Lo cual nos sugiere que la Hipótesis nula  $H_0$ : “La presencia de Disfunción Familiar no está relacionada con la búsqueda de aborto en las mujeres con embarazo no deseado que acuden al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato”, es la correcta.

Esto podría explicarse debido a que la decisión de aborto está influida por muchos factores y no solamente por la disfunción familiar, es por ello que podría considerarse a la disfunción familiar como un factor contribuyente más no determinante. Lo que abre la posibilidad de realizar nuevas investigaciones para identificar las causas principales de la decisión de aborto.

## **CAPITULO V**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES.**

- Dentro de la investigación se trabajó con 86 mujeres entre 15 y 41 años de edad, de las cuales la edad de mayor presentación se encuentra en el rango de 18 a 35.
- Del total de pacientes se identificó que el 54,6% corresponde a la ciudad de Ambato; además se pudo identificar la presencia de pacientes de otras provincias, y lugares de residencia.
- En cuanto al estado civil, la mitad con el 53,4% de las pacientes son solteras, el 38,3% de las pacientes están casadas, el 5,8 % viven en unión libre, el 1,1% se encuentran divorciadas y el 1,1% separadas, lo que determina que en relación a cifras pasadas de matrimonios o uniones legalmente establecidas, existe una disminución significativa de las mismas.
- Al referirnos al número de hijos 46,5% no tiene hijos, y la mayoría de estas pacientes refiere que no desea tener hijos, por diferentes factores que en la actualidad se ven vinculados con el ambiente laboral de la mujer.
- De acuerdo al nivel de instrucción existe un porcentaje significativo con respecto a que el nivel de educación femenino va en incremento, tenemos que la mayor parte son estudiantes que culminaron o transcurren los estudios secundarios, y le sigue en porcentaje, pacientes que cursan el nivel superior.
- Una vez concluido el estudio para determinar la relación entre la disfunción familiar y la búsqueda de aborto, se aplicó la prueba de Fisher

en donde se obtuvo que  $[X^2(3)=3,493, N=86, P>0,05]$ , por tal motivo se concluye que no existe relación entre ambas variables.

- Para identificar la presencia de disfunción familiar se aplicó el test de APGAR, con el cual se obtuvo que del total de mujeres con embarazo no deseado el 95,3% presenta algún grado de disfunción familiar.
- Del total de pacientes estudiados el 44,3% presenta disfunción familiar severa, el 25,5% disfunción familiar moderada y 25,5% disfunción familiar leve; de esta forma se logró identificar la existencia de disfunción familiar, además de determinar el nivel de disfunción.
- Entre las principales causas que conducen a la decisión de aborto identificadas en este estudio tenemos: No tiene la edad adecuada con el 10.4%, limita sus planes futuros con el 18%, es producto de una mala experiencia con el 3.4%, es producto de una relación informal con el 12.7%, disfunción familiar con el 15.1%, problemas económicos con el 9.3%, falta de información sexual con el 6.9%, falta de apoyo por parte de la pareja con el 20.9% y en otro especifique cuál se dieron respuestas como “no deseo tener hijos”, “tengo otros hijos a quienes cuidar sola” y “no soy una buena madre” que equivalen al 3.4%. Y en relación al apoyo familiar y la continuación del embarazo en el 52,3% respondieron que si y el 47,6% que no, lo que sugiere una diferencia no sustancial.
- Tenemos que el 43% no le informo a su pareja del embarazo y el 56,9% si. En cuanto a la reacción, el 72,9% fue de rechazo, el 24,3% de indiferencia y solo el 8,1% de apoyo. El recurrir a los padres se manifestó más en las pacientes adolescentes y quienes viven con estos. Tenemos que el total de quienes comunicaron a sus padres el embarazo fueron el 12,7% y las que no 87,3%.

## **5.2. RECOMENDACIONES.**

- Se recomienda participar de esta investigación a la comunidad, en especial a todas las autoridades involucradas en este trabajo.

- Mejorar la información de abortos, complicaciones de los mismos, en nuestro país que es casi nula, con la finalidad de llegar a más personas.
- Educar a la población sobre la importancia de no tener un inicio de vida sexual temprana, los riesgos que representa esta y si ya han iniciado presentarles los diferentes métodos anticonceptivos.
- Buscar el apoyo de instituciones públicas y privadas con el fin de incentivar a la comunidad sobre la abstinencia, sus ventajas y que consigo nos trae salud física – mental, protección ante enfermedades y embarazos no deseados.
- Promover experiencias de mujeres que han sufrido un aborto para que con ejemplos reales logren hacer conciencia y eviten daños físicos psicológicos.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1. DATOS INFORMATIVOS:**

##### **6.1.1. TÍTULO.**

Creación de un Grupo Profesional de Apoyo para mujeres en situación de riesgo, en el Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato.

##### **6.1.2. INSTITUCIÓN EJECUTORA.**

La presente propuesta se ejecutará en las instalaciones del Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la Ciudad de Ambato.

##### **6.1.3. BENEFICIARIOS.**

Los beneficiarios de esta propuesta son los niños por nacer, las pacientes embarazadas y familiares, que acuden al “CIMFA”; el objetivo principal es salvar vidas, mejorar el estilo de vida de la madre, su hijo y su familia.

Además se ha considerado la participación de estudiantes en su práctica pregrado como Facultad de Ciencias de la Salud y sus diferentes entidades, entre ellas Medicina, Psicología, Laboratorio Clínico y Estimulación Temprana; además de la Facultad de Ciencias Sociales con Jurisprudencia y Trabajo Social.

##### **6.1.4. UBICACIÓN.**

La propuesta se ejecutara en el Centro Integral de Medicina Familiar de la Ciudad de Ambato el mismo que se encuentra ubicado en el barrio Ingahurco, Estados Unidos 0184 y Nicaragua.



### **6.1.5. TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN.**

Las actividades se pondrán en marcha de acuerdo a la disposición de las autoridades del establecimiento, previa solicitud de aprobación, luego de lo cual habrá un período estimado de un mes para difundir la propuesta, el proyecto en sí, tomará un ciclo de 1 año.

### **6.1.6. EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE.**

Contará con la participación de la investigadora quien dará a conocer la propuesta, tanto al personal de salud del Centro, quienes serán los ejecutores directos de la propuesta.

## **6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.**

En nuestra investigación se estableció que:

Se trabajó con el total de 86 pacientes que acudieron durante el período de estudio. Se ha incluido a todas las pacientes por ser una muestra pequeña.

En cuanto a los resultados existe una elevada incidencia de Mujeres con embarazo no deseado entre los 19 a 35 años de edad con un 66,3% y 15 a 18 años de edad con un 24,4%.

Lugar de residencia: Ambato tiene el 54,6%; el 13,9% corresponde a las ciudades de Latacunga, Quito y Pelileo; el 11,6% las ciudades y cantones de Salcedo, Zumbagua, Riobamba y Chibuleo, Pasa; 3,4% a Saquisilí; 12,7% para las ciudades y cantones de Pujilí, Salasaca, Cotaló, Huambaló, Guaranda, Patate, Mera, Panzaleo, Pilahuin, Lazo y Huasimpamba; además se incluyeron pacientes que durante esta investigación retornaron de otros países de residencia, 2,3% EEUU e Italia.

Estado civil: El 53,4% de las pacientes son solteras, 38,3% de las pacientes están casadas, 5,8 % viven en unión libre, 1,1% se encuentran divorciadas y 1,1% separadas.

Número de hijos: 46,5% no tiene hijos, 13,9% tiene un hijo, 13,9% tiene 3 hijos, 10,4% tiene 2 hijos, 6,9% tiene 5 hijos, 4,6% tiene 4 hijos, 1,1% tiene 6 hijos y 1,1% tiene 7 hijos.

Nivel de instrucción: El 48,8% se encuentra cursando o a culminado la secundaria, 24,4% se encuentra cursando o a culminado sus estudios superiores, 23,2% se encuentra cursando o a culminado la primaria, 1,1% no tienen instrucción.

El 33,7% son estudiantes, 13,9% tienen como ocupación quehaceres domésticos o desocupadas con 12 pacientes cada una; 10,4% son agricultoras; 9,3% son Comerciantes; 2,3% son aparadoras, costurera y ejecutivas con 2 pacientes cada una; 1,1% tienen ocupaciones como: Enfermera, auxiliar de enfermería, taxista, lava ropa, abogada, profesora, secretaria, contadora y maquiladora.

Mediante el APGAR Familiar: El 44,3% presenta disfunción familiar severa, el 25,5% disfunción familiar moderada y disfunción familiar leve, y el 4,7% buena función familiar y de esta forma se logró identificar la existencia de disfunción familiar, además de determinar el nivel de disfunción.

Medios de información sobre el aborto: Por amistades en el 56,9%, por medios de comunicación el 22%, por familiares el 16,2% y por instituciones educativas 4,6%.

Cuál considera es la causa principal para la búsqueda de aborto: No tiene la edad adecuada con el 10,4%, limita sus planes futuros con el 17,4%, es producto de una mala experiencia con el 3,4%, es producto de una relación informal con el 12,7%, disfunción familiar con el 15,1%, problemas económicos con el 9,3%, falta de información sexual con el 6,9%, falta de apoyo por parte de la pareja con el 20,9% y en otro especifique cuál se dieron respuestas como “no deseo tener hijos”, “tengo otros hijos a quienes cuidar sola” y “no soy una buena madre” que equivalen al 3,4%.

Apoyo familia y continuar con su embarazo, a esta pregunta las pacientes respondieron en el 61,6% que si y el 38,3% que no.

Se le informó del embarazo a su pareja: El 43% no le informó a su pareja del embarazo y el 56,9% si fue informado.

Cuál fue la actitud de su pareja ante el embarazo inesperado, tenemos que el 72.9% fue de rechazo, el 24,3% de indiferencia y solo el 8,1% de apoyo.

Tuvieron conocimiento del embarazo tus padres: Si con el 12.7% y no con el 87%.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN.**

La importancia de la propuesta pues ya se cuenta con personal de salud que están trabajando pero la necesidad de especialistas que congreguen un grupo de trabajo y que cumplan con las necesidades de nuestras pacientes. Al analizar este trabajo se puede orientar de mejor manera la visión de nuestras pacientes al hacer objetiva nuestra labor, un ecógrafo, una psicóloga pueden manejar de mejor manera el área emocional.

Ginecología nos puede apoyar desde el punto de vista que las pacientes a quienes se les ha persuadido de su idea de aborto puedan llevar su embarazo rutinariamente con controles que garanticen el bienestar de ambas partes, integrar a todas las pacientes a trabajar conjuntamente entre ellas así afianzar los lazos de cooperación y amistad entre las participantes.

Concientizar a la familia que es el núcleo de la sociedad, trabajar con el vínculo más cercano que tiene la paciente y hacerles notar que el apoyo de la familia es lo más importante para la mujer embarazada, porque tiene el resguardo de personas que la aman y siempre van a estar pendientes de lo que le pasa a ella y a su hijo, hacerle sentir la importancia de su decisión y lo valiente que es al escoger lo que se debe hacer, que es la mejor oportunidad para sobresalir.

Comunicar a la comunidad de nuestra labor, buscar el apoyo a nuestra propuesta, enseñarles a valorar la vida y que por esta decisión nos encontramos todos aquí, pues se ha tomado muchas veces este tema y ahora mucho más entra en debate por las nuevas leyes aprobadas, en lo cual nosotros nos encasillamos no

manteniéndonos al margen, pues estamos junto a la mayoría que ha decidido que dejar nacer al nuevo ser humano es lo justo, que pese a lo que se diga nos encontramos en la discusión de quien nace o quien muere, a nosotros se nos permitió vivir.

Estudiar conjuntamente cuales son las mejores estrategias para llegar a las personas y con los casos ya dados buscar una orientación que nos conduzca a la identificación de estos datos.

Preparar todo para la nueva era, la era de la vida y luchar por los aún no tienen voz, por los que tienen derechos.

El médico es el encargado en todo momento de resguardar la vida, es un juramento que no debe quebrantarse y como ahora y siempre, se pone en riesgo por fines de lucro nada más.

#### **6.4. OBJETIVOS:**

##### **6.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Integrar un grupo de profesionales médicos capacitados para identificar los factores de riesgo, brindar información y apoyo a nuestras pacientes con embarazo no deseado que acuden al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato, en busca de un aborto.

##### **6.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS.**

- Formar un grupo de profesionales de la salud orientado a nuestros objetivos y a la atención de mujeres con embarazo no deseado que acuden en busca de un aborto al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato.

- Capacitar al personal de salud, mujeres con embarazo no deseado, familiares y comunidad sobre la importancia de la decisión que han de tomar.
- Coordinar un grupo de apoyo entre el vínculo formado pacientes–familia.

## **6.5. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA**

La Constitución Ecuatoriana aprobada en el 2008, recogió las aspiraciones y propuestas de los sectores democráticos del país, que se plasmaron en un conjunto de principios y mandatos que reconocen los derechos fundamentales de la población, una nueva institucionalidad que garantice esos derechos, un ordenamiento social que fortalezca el convivir democrático y la plena participación de la ciudadanía.

La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir<sup>1</sup>, la vida plena o Sumak Kawsay. En correspondencia con el marco constitucional el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas. (CARRASCO MERO, COSTALES, & MOLINA YÉPEZ, 2012)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección Nacional de Normatización, en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio, la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos<sup>2</sup>, el Plan de Reducción Acelerada de Reducción de la Muerte Materna y Neonatal<sup>3</sup> y las prioridades gubernamentales definidas en el Plan Nacional de Desarrollo, implementa desde hace tres años un proceso Colaborativo de Mejora Continua de la Calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial, con el apoyo técnico del Proyecto de Mejora de la Atención en Salud (HCI/USAID, ex-QAP), el UNFPA, la OPS y FCI.

Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos, y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos.

El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los PERÍODOS inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

En la unidad operativa o en el área de salud en donde se implementará el enfoque intercultural se conformará un equipo y/o se fortalecerá al equipo de Mejoramiento Continuo de a Calidad Materna y Neonatal (MCCMN) /o al Comité Local de Muerte Materna, en donde se incorporará un técnico de Salud Intercultural. En este paso se intenta reforzar a los comités ya establecidos por las normativas vigentes. Se plantea que a través de este paso se prioricen recursos y no se dupliquen esfuerzos creando nuevos comités, pues las prioridades de éstos van de la mano.

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el período del embarazo de BAJO RIESGO. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

Primeramente, se debe identificar un área física o sala y/o consultorios específicos para la atención del embarazo, parto y post parto culturalmente adecuados, mismas que deberán estar ubicadas CERCA del área de quirófanos, para la solución inmediata de una complicación. De la misma manera de fácil acceso para permitir el acompañamiento de los familiares.

El parto es un momento de trascendental importancia para la mujer y el bebé, que se relaciona con su supervivencia inmediata y con la posibilidad de mejorar la salud y nutrición a largo plazo<sup>27</sup>, pero al mismo tiempo, con el riesgo de morbilidad y mortalidad para ambos. En Ecuador, para el 2006, un 29% del total de defunciones maternas y un 16 % de muertes infantiles estuvieron relacionadas con el parto<sup>28</sup>. Por este motivo, la atención calificada del parto que incluye el cumplimiento de normas y protocolos establecidos se hace indispensable y obligatoria, ya que la tasa de mortalidad materna no ha bajado de 73 x 100.000 n.v según el INEC en el 2006 y de 107 x 100.000 n.v según ENDEMAIN período 1999 – 2004. (CARRASCO MERO, COSTALES, & MOLINA YÉPEZ, 2012)

El cuidado del puerperio inmediato es una práctica necesaria y trascendental destinada a vigilar la involución uterina, detectar tempranamente y tratar las complicaciones que puedan aparecer en este período (hemorragia, shock, preeclampsia) y propiciar un adecuado control de la salud de la mujer y del recién nacido, realizando un mínimo de tres controles en las primeras dos horas después del parto.

Los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento de un niño o una niña son de crucial importancia debido a que empieza una fase de adaptación a un nuevo tipo de medio ambiente totalmente desconocido y que le representa una serie de dificultades como la de abandonar un entorno líquido y con una temperatura de más o menos unos 35° C, atravesar un canal que no siempre le brinda facilidades; soportar una temperatura que casi siempre es menor a su entorno anterior, dejar de depender de su conexión vascular y sanguínea para iniciar un proceso de oxigenación por intermedio de sus propios recursos respiratorios y finalmente empezar a utilizar una fuente nutricional totalmente ajena a su experiencia de 40 semanas de gestación. Todo esto puede ser superado

sin mayor dificultad cuando todos los mecanismos y capacidades fisiológicos del neonato están intactos, no obstante, tanto probables amenazas externas como deficiencias propias de su condición pueden transformar este fenómeno del nacimiento en un riesgo inminente que atente a su vida o a su salud. (SALAS, YÉPEZ, & FREIRE, 2008)

El equipo de adecuación intercultural del parto debe realizar el seguimiento y la supervisión permanente de todo el proceso, desde el inicio.

En la fase preparatoria y de aprendizaje, el seguimiento se lo realiza mediante la observación del cumplimiento de cada uno de los pasos de la presente guía y de los compromisos asumidos en el taller de encuentro. El equipo debe estar involucrado en cada una de las fases de la implementación para conocer las dificultades que se pueden encontrar y resolverlas.

#### **6.6.1. FACTIBILIDAD TÉCNICO-CIENTÍFICA**

El diseño de la propuesta es factible desde el punto de vista científico, por cuanto se dispone de amplia información que sirve de sustento para todas las fases del proyecto, desde la planificación hasta la ejecución y evaluación de la misma.

Además existe interés tanto de las autoridades públicas y privadas, pacientes embarazadas, sus familiares y comunidad en general, así como del personal médico convocado a trabajar en el Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato, predispuestos a participar.

#### **6.6.2. FACTIBILIDAD ECONÓMICA – SOCIAL**

Es posible económicamente ya que el Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” cuenta con la colaboración de instituciones privadas a nivel nacional que poseen suficientes recursos económicos, por lo que se puede conformar un buen equipo de salud, bien presupuestado; para la convocatoria, capacitación y atención de las mujeres con embarazo no deseado, que acuden en busca de aborto, y cumplir con las metas propuestas en el cronograma de trabajo y planes de acción. Conjuntamente, este proyecto requiere la información correspondiente a



temas que cumplen los objetivos principales que son los de concientizar a las mujeres con embarazo no deseado a desistir de su idea de aborto inducido y de esta manera, salvar la vida del neonato dirigida a: autoridades públicas, personal de salud, responsables del Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA”, de la capacitación y la comunidad.

### **6.6.3. FACTIBILIDAD LEGAL**

**CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. TÍTULO I. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL ESTADO. Capítulo Primero. Principios Fundamentales. Sección séptima. Salud.** (ASAMBLAS NACIONALES DEL ECUADOR, 2008).

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Sección cuarta. Mujeres embarazadas.

**Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en PERÍODO de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud moderna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y postparto.

4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el PERÍODO de lactancia.

**TÍTULO VII. RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR.** Capítulo Primero. Inclusión y equidad. Sección segunda. Salud.

**Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bio'rtica, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (ASAMBLAS NACIONALES DEL ECUADOR, 2008)

**Art. 359.-** El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

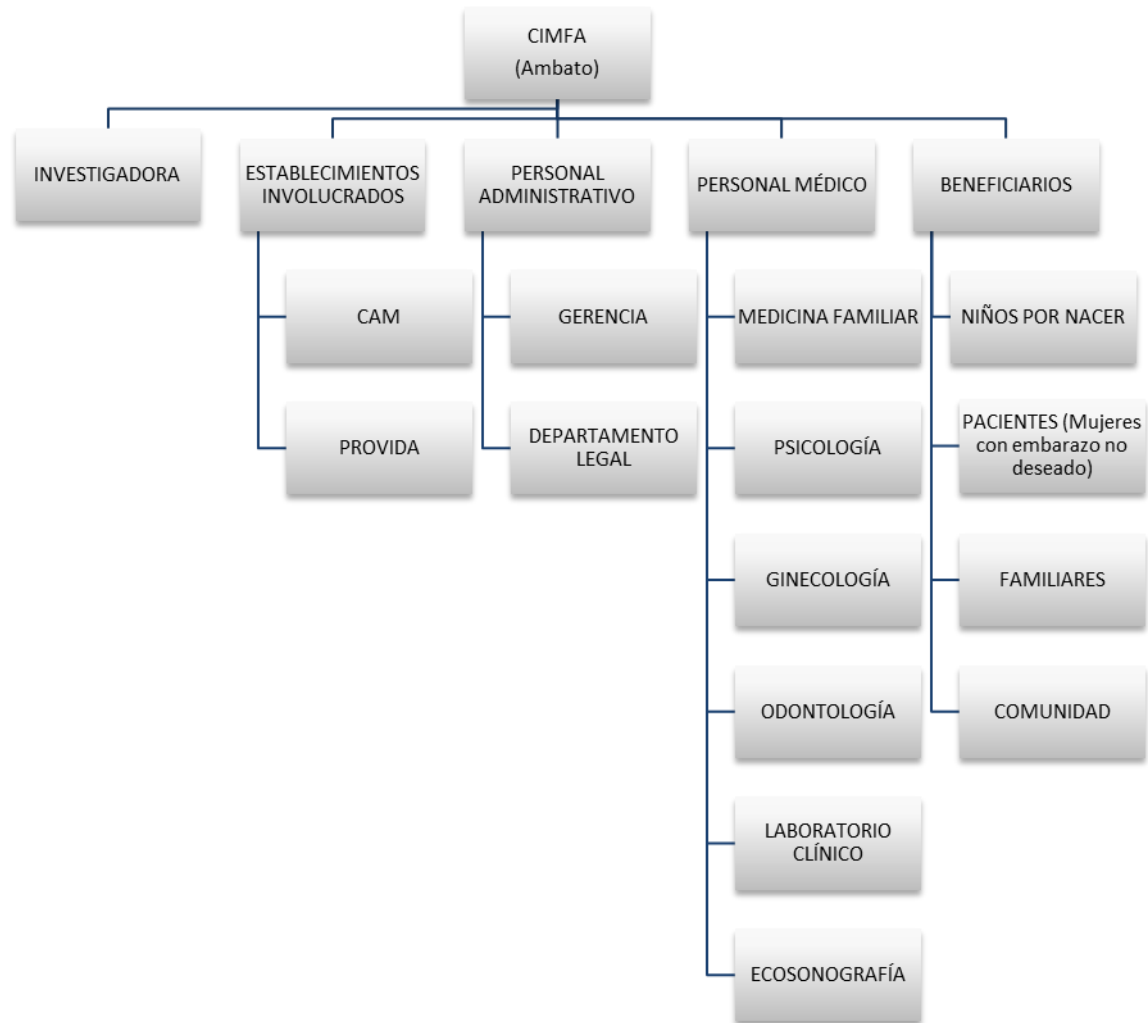
La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

## 6.7. MODELO OPERATIVO

## 6.8. ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

FASES	ACTIVIDADES	METAS	RESULTADOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Planeación de la propuesta	<p>Presentación de la propuesta a autoridades del Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” y de la comunidad.</p> <p>Solicitar el personal de salud.</p> <p>Reunir y coordinar con el personal de Salud.</p>	La aceptación y colaboración de las autoridades del Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” y de la comunidad.	<p>Tanto la Comunidad como las autoridades del Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” conozcan de la necesidad de personal.</p> <p>Que se justifique e involucre la necesidad de conformar un grupo de trabajo, autoridades – personal de salud.</p>	Myriam Arcos Equipo del proyecto	Abril a Junio del 2014
Ejecución de la propuesta	<p>Socialización de la propuesta.</p> <p>Difusión de la información.</p> <p>Aplicación de la información.</p>	Reducción de abortos inducidos y complicaciones postaborto en pacientes con embarazo no deseado, que acuden al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la Ciudad de Ambato.	Comunidad y personal de salud concienciados a ejecutar y colaborar con las estrategias planteadas para cumplir con los objetivos general y específicos.	Myriam Arcos Equipo del proyecto	Junio a Agosto del 2014
Evaluación de la propuesta	Elaboración de cuadros e indicadores para monitorear y controlar la ejecución del plan y su impacto en la comunidad.	Correcta dirección y manejo de la información destinada al personal de salud.	Mejorar la calidad de vida de las pacientes embarazadas, sus familiares y comunidad, que acuden al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” y en general	Myriam Arcos Equipo del proyecto	Agosto a Diciembre del 2014

La presente propuesta será administrada por las autoridades del Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” quienes lo pondrán en ejecución, a través de las instituciones vinculadas y con la ayuda del personal médico, y estos a su vez serán responsables del manejo adecuado y administración de la misma.



## **BIBLIOGRAFÍA**

- American Society For Reproductive Medicine. (2013). Edad Y Fertilidad. American Society For Reproductive Medicine.
- Asamblea Del Consejo De Europa. (1982). Derechos Fundamentales. España.
- Asambles Nacional Del Ecuador. (2008). Sección Quinta: Niñas, Niños Y Adolescentes. Buen Vivir. Sección Segunda:Salud. En R.
- Asociacion De Clínicas Acreditadas Para La Ive. (2012). *Condiciones Que Motivan El Aborto Provocado*. Barcelona: Acai.
- Correa, F. (2012). Constitución De La República Del Ecuador. Quito: Editoriales Ecuador.
- Fernández, M. (2010). Aborto Y Pensamiento Progresista. *Comisión Diosesane Justicia Y Paz De Cádiz Y Ceuta*, 2, 4.
- García, E., Echeverría, S. (2011). *Metodología De La Investigación*. Quito: Editorial Universitaria.
- Henshaw, S. K., Singh, S., Haas, T. (1999). *La Incidencia Del Aborto Inducido A Nivel Mundial*. New York: Wallace Global Fund.
- INEC. (2009). *Anuario De Estadísticas* . Quito: Cepal.
- Magnus, O. (2011). Familias Disfuncionales. *Fatela*, 7-8.
- Marin, F., Villafane G. (2006). La Relación Familiar Como Un Factor Que Predice El Embarazo Adolescente. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*.
- Martínez, M. (2010). Funcionalidad Y Disfuncionalidad De La Familia. *Perspectiva De La Psicoterapia Familiar*.
- Martínez, M. (2000). Funcionalidad Y Disfuncionalidad De La Familia. *La Prensa Médica Mexicana*.

- ONU. (1948). *Declaración Universal De Los Derechos Humanos*. Estados Unidos.
- Quintero, C. (2012). Funcionalidad Familiar. *Ciencias Médicas*, 47-57.
- Rangel, L., Valerio, L., Patino, J., García, M. (2004). Funcionalidad Familiar En Adolescentes Embarazadas. *Rev Facultad De Medicina Unam*.
- Red, A. E. (2012). Métodos Y Técnicas De Aborto Inducido. *Ginecología Y Obstetricia*.
- Rojas, S. (2004). *Investigación*. Ambato: Indales.
- Vargas, J., Vacca, R., Chavalli. (2000). *Familia Funcional Y Disfuncional*. México: Editorial América.

## **LINKOGRAFÍA**

- García, V., Moreno, L. (2012). Aspectos inmunogenéticos del HLA-G en el Aborto de primer trimestre. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, disponible en:  
<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/24534/tesis%20completa.pdf?sequence=3>
- Gallardo, G., Salazar, A. (2013). Aborto Voluntario: Un Derecho Prohibido. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, disponible en:  
[http://www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113333/de-gallardo\\_g.pdf?sequence=1](http://www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113333/de-gallardo_g.pdf?sequence=1).
- ObstCamerini, T. BECK Aaron. (2013). La Terapia Cognitiva. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, disponible en:  
<http://es.scribd.com/doc/7064106/Modelo-Cognitivo-Conductual/>
- Pazmino, C. (30 de Octubre de 2011). Diario El Telégrafo. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, de  
[//www.telegrafo.com.ec/index.php?option=com\\_zoo&task=item&i](http://www.telegrafo.com.ec/index.php?option=com_zoo&task=item&i).
- Sandoval, O. (2012). Aborto inducido, séptico y shock séptico. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, disponible en:  
<http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica18/AbortoInducido.html>> [consulta: 24 septiembre 2012] p.i.
- Zalaquette, J. (2010). Los Fundamentos de los Derechos Humanos, su evolución y los Desafíos actuales. En Revista Cuadernos de Difusión. PUC. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, disponible en:  
<http://www.cdh.uchile.cl/publicaciones/articulos/>>[consulta: 17 de agosto 2012] 7p.



## CITAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA BASE DE DATOS UTA.

**Pro Quest EBRARY:** Ladd, Everett, C., Bowman, Karlyn, H. (1997). *Opinión Pública sobre Abort.* American Enterprise Institute for Public Policy Research.

<http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10018141&ppg=1>

**Pro Quest EBRARY:** Brien, J., Fairbairn. (1996). *Embarazo y Aborto Asesoramiento.* EDITORIAL Routledge. Recuperado el 15 de septiembre de 2014 disponible en:

<http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10097429&p00=abortion>

**Pro Quest EBRARY:** Shrage, L. (2003). *Aborto y Responsabilidad Social: despolarizantes del Debate.* EDITORIAL Oxford University Press, Incorporated. Recuperado el 15 de septiembre de 2014 disponible en:

<http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10252496&p00=abortion>

**Pro Quest EBRARY** Organización Mundial de la Salud. (2008). *Preguntas clínicas más frecuentes sobre el Aborto con Medicamentos: Conclusiones de la Conferencia Internacional de Consenso sobre el Aborto Médico en Comienzo del Primer Trimestre, Bellagio, Italia (versión rusa).*

EDITORIAL Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado el 15 de septiembre de 2014 disponible en:

<http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10252496&p00=abortion>

**GALE CENGAGE Learning:** Melian. M. (2008). *Reproductive intentions and factors related to unplanned births, Paraguay, 1995-2008/Intenciones reproductivas y factores asociados con los nacimientos no planeados, Paraguay, 1995-2008.* Recuperado el 15 de septiembre de 2014 disponible en:

<http://go.galegroup.com/ps/retrieve.do?sgHitCountType=None&sort=DA->

SORT&inPS=true&prodId=GPS&userGroupName=uta\_cons&tabID=T00  
2&searchId=R3&resultListType=RESULT\_LIST&contentSegment=&sea  
rchType=BasicSearchForm&currentPosition=1&contentSet=GALE%7CA  
335734204&&docId=GALE|A335734204&docType=GALE&role=AON  
E

**GALE CENGAGE Learning:** Zúñiga, A. (2014). *Los derechos humanos y el  
derecho al aborto en América Latina / Direitos Humanos e direito ao  
aborto na América Latina*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014  
disponible en:

[http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA367420838&v=2.1&u=uta  
a\\_cons&it=r&p=GPS&sw=w&asid=cb4550bf3e27f266d33a68c8665a2b6](http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA367420838&v=2.1&u=uta_cons&it=r&p=GPS&sw=w&asid=cb4550bf3e27f266d33a68c8665a2b6)

2

**ANEXOS**  
**ANEXO 1.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, con CI: \_\_\_\_\_,  
he sido informada del estudio : **“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 “CIMFA” de la  
Ciudad de Ambato, en el Periodo Enero 2012 – Marzo 2013”**. Conozco  
los alcances y beneficios que significará este estudio para las autoridades y  
personal que manejan a este Centro y especialmente para los pacientes, por  
lo que he decidido participar en el mismo, por lo cual le permito a los  
Investigadores usar la información obtenida en la historia clínica, encuesta  
y entrevista para la realización y culminación de su estudio, ya que han  
asegurado confidencialidad y anonimato para mí y mis datos.

.....  
Firma

## ANEXO 2.

### APGAR FAMILIAR

#### CENTRO INTEGRAL DE MEDICINA FAMILIAR "CIMFA"

#### TEST DE APGAR FAMILIAR

Nombre:

Edad:

Lugar de residencia:

Estado civil:

N° de hijos:

Nivel de instrucción:

Ocupación:

#### Questionario para la evaluación de la funcionalidad familiar.

- Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

<b>Función</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) El dinero.					

### ANEXO 3.

#### ENTREVISTA

##### CENTRO INTEGRAL DE MEDICINA FAMILIAR “CIMFA”

Esta es una entrevista científica y confidencial, le solicitamos sinceridad en sus respuestas para obtener datos reales que nos permitan realizar esta investigación.

1. **¿Por parte de que medio recibe más información acerca del aborto?**  
Instituciones educativas  
Familia  
Medios de comunicación  
Amigos
2. **Enumere en orden de importancia, cuál considere es la causa principal, para tomar la decisión de realizarse un aborto.**  
— No tiene la edad adecuada  
— Limita sus planes futuros  
— Es producto de una mala experiencia  
— Es producto de una relación informal  
— Disfunción familiar  
— Problemas económicos  
— Falta de información sexual  
— Falta de apoyo por parte de la pareja  
— Otro especifique  
cuál.....
3. **En el caso de que usted hubiera tenido apoyo familiar, usted pensaría en continuar con su embarazo.**  
Si..... No.....
4. **¿Se le informó del embarazo a su pareja?**  
Si..... No.....
5. **¿Cuál fue su actitud ante el embarazo inesperado?**  
Rechazo  
Apoyo  
Indiferencia
6. **¿Tuvieron conocimiento del embarazo tus padres?**  
Si..... No.....

### ANEXO 4.

## **Fascículo**

### **CADEC. RAMPA.**

#### **EL APGAR FAMILIAR**

##### **¿Qué es el APGAR Familiar?**

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

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación.

“Los instrumentos de atención a la familia ofrecen una apreciación gráfica de la familia y sus relaciones, lo que permite al profesional de salud desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico. Dichos instrumentos promueven la expresión de sentimientos entre el informante y el prestador, permitiendo contextualizar los eventos que aparecen en cada familia y haciendo fluida la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes o usuarios”.

##### **¿Para qué sirve el APGAR Familiar?**

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

### **¿Qué utilidad tiene el APGAR Familiar para el equipo AIS?**

Con este instrumento los integrantes del equipo de atención integral pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración.

### **¿Qué evalúa el APGAR Familiar y con cuánta precisión?**

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el autor. Estas cinco funciones se encuentran en el cuadro.

---

#### FUNCIONES DE LA FAMILIA EVALUADAS POR EL APGAR FAMILIAR

<b>FUNCIONES</b>	<b>CONTENIDO</b>
<b>Adaptación</b>	Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y PERÍODOS de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.
<b>Participación</b>	Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado

de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.

**Ganancia** Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.

**Afecto** Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.

**Recursos** Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.

Un atractivo adicional de esta escala es que también funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. Ello permite al profesional de salud asimilar mejor los contenidos propuestos, recordando mejor la función familiar a la que cada pregunta del test hace referencia.

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado.

Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

### **¿Cuándo debe emplearse el APGAR Familiar?**

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR familiar se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios.

En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:



Pacientes polisintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial en las dolencias - particularmente en la ansiedad o depresión -.

En Grupos familiares o individuos consultadores crónicos.

Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.

En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Para el registro de los datos el APGAR familiar muestra un formato como en el cuadro:

---

**CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FAMILIA DEL APGAR FAMILIAR**

<b>FUNCIÓN</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>ALGUNA S VECES</b>	<b>CASI SIEMP RE</b>	<b>SIEMP RE</b>
----------------	--------------	-----------------------	---------------------------	------------------------------	---------------------

Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad

Me satisface la participación que mi familia brinda y permite

Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades

Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor

---

Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero

---

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca

1: Casi nunca

2: Algunas veces

3. Casi siempre

4: Siempre

### **¿Qué información puede obtenerse del APGAR Familiar?**

Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

Basados en estos puntajes, la calificación de la función familiar se hace de acuerdo a lo especificado en el cuadro.

---

ESCALA PARA LA CALIFICACIÓN DE FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA, DE ACUERDO AL APGAR FAMILIAR.

<b>FUNCIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
----------------	-------------------

---

Buena función familiar	18 - 20
Disfunción familiar leve	14 – 17
Disfunción familiar moderada	10 – 13
Disfunción familiar severa	9 o menos

---

Debe tenerse en cuenta que este cuestionario no tiene una precisión absoluta, aun cuando constituye un instrumento que le proporciona al profesional que atiende a la familia, una idea global sobre el grado de funcionalidad de la familia.

Por ello una recomendación importante es no considerar los grados de disfuncionalidad mostrados sino considerar preferentemente los resultados como una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

Adicionalmente, es recomendable que el APGAR sea siempre utilizado conjuntamente con el conocimiento y la aplicación del familiograma, el ciclo vital familiar y otros elementos que permitan contextualizar mejor los resultados.

## **ANEXO 5.**

### **GENES Y VIDA HUMANA POR EL PROFESOR JEROME LEJEUNE**

Este artículo es el testimonio que dio el Profesor Jerome Lejeune ante la Asamblea Legislativa del Estado de Louisiana (USA) el 7 de junio de 1990. El Dr. Lejeune, ya difunto, fue profesor de Genética fundamental de la Universidad de París y director de la Clínica genética del Hospital Pediátrico de París. El testimonio fue publicado en la revista All About Issues, Vol. No. 5, otoño de 1991, pp. 17-20. Derechos registrados por la American Life League, P.O. Box 1350, Stafford, VA. 22554, U.S.A., y traducido por el Dr. Armando Cifuentes Ramírez, Cali, Colombia.

Señor Presidente:

Es interesante constatar que las ciencias naturales y las ciencias jurídicas hablan, básicamente, el mismo lenguaje. Antes de que se pueda proclamar una Constitución se tiene que definir cuidadosamente cada una de sus condiciones. Y luego se tiene que votar para promulgarla. La Constitución natural del ser humano también tiene que ser definida cuidadosamente en todas sus características. A estas características las llamamos GENES que son transportados por los cromosomas. También hay un proceso de votación que es la fecundación. Solamente uno entre aproximadamente mil millones de espermatozoides será el escogido para producir el nuevo conjunto de información. Una vez que la cabeza del espermatozoide ha traspasado la zona pelúcida, (una especie de bolsa plástica que protege la vida del nuevo ser), llega el momento en que su Constitución humana es puesta a votación y promulgada.

El fallo del Tribunal Supremo "Roe V. Wade"\* afirmó que, puesto que desconocíamos el momento en que empieza la vida humana, somos libres para decidir tal o cual cosa. Desde entonces han transcurrido diez y siete años y la ciencia ha hecho un progreso vertiginoso. Quiero decirle cuánto mucho más conocemos hoy sobre el comienzo de la persona humana, de lo que sabíamos hace 17 años.

La vida tiene una historia muy, muy larga. Ha sido transmitida desde hace milenios en el género humano. Pero cada uno de nosotros tiene un momento de iniciación preciso, que es aquel en el cual toda la información genética, necesaria y

suficiente, se reúne dentro de una célula, el óvulo fertilizado, y este momento es el momento de la fecundación. No existe la más mínima duda sobre esto.

Sabemos que esta información está escrita en una especie de cinta que llamamos DNA (ácido desoxirribonucleico). Es una molécula larga en la que, por medio de un código específico, están definidas todas las características de la futura persona. La cinta que está dentro del espermatozoide mide exactamente un metro de longitud, dividida en 23 pedacitos o cromosomas, y hay otra cinta de un metro dentro del óvulo; de manera que podemos decir que al principio de nuestra vida tenemos dos metros de cinta, en los cuales todo está codificado. Como una ayuda para entender cómo son de diminutas estas dos tablas de la ley de la vida, tengamos presente que la molécula de un metro de largo se enrosca tan apretadamente que cabe fácilmente en la punta de un alfiler. La vida está escrita en un lenguaje fantásticamente reducido. Cuando se emitió el fallo "Roe V. Wade" sabíamos que la información se hallaba dentro de la primera célula, pero nadie podía leerla, y nadie era capaz de anticipar su modo de manifestarse para que al final la información llegara a ser alguien vivo que nos dijera: "Soy un ser humano".

Hoy sabemos que la vida es muy parecida a lo que sucede con una cinta magnética en la que se ha grabado música. En la cinta misma no hay notas. En la grabadora no hay músicos ni instrumentos. No obstante, debido a que la información ha sido codificada en el momento en que era recibida por un micrófono y luego transmitida a la cinta, el tocadiscos puede leer dicha información, dar impulso a los altoparlantes, y así, lo que se reproduce no son los músicos ni las notas de la partitura, lo que se transmite, si usted está escuchando "la pequeña serenata", es el genio de Mozart.

Exactamente de la misma manera se ejecuta la sinfonía de la vida. Está escrita mediante un código muy especial en la molécula de DNA., y la primera célula es la primera parte del tocadiscos magnético, que descifra el código y toca vida humana. Si la información que está dentro de la grabadora esa primera célula es información humana, entonces este ser es un ser humano. Sabemos que inicialmente hay un mensaje, y si este mensaje se deletrea al estilo humano, forma

lo que es un ser humano. Comprendemos que la materia es solo materia. Pero la materia puede estar animada por determinada información que le da forma y permite la construcción de un nuevo ser. Ahora, dependiendo de si uno es un melómano o un aficionado, reconocerá más pronto o más tarde, que en el tocacintas se ha puesto un cassette de "la pequeña serenata". Si usted es un melómano de verdad, al segundo compás reconocerá la música. Si es un aficionado necesitará escuchar toda la cinta antes de decir: "Ahora sé que se trata de la pequeña serenata". La ventaja de la genética es que la ciencia es devota de la vida: nos damos cuenta de que se trata de la vida tan pronto se ejecutan los primeros compases.

Este punto de vista acerca de los datos informativos no es una mera ilusión, ni es una hipótesis metafísica. Es pura ciencia. Quienes no quieren aceptar sus implicaciones dicen a menudo que la vida es simplemente un dinamismo, un movimiento continuo. Hoy en día, lamentablemente, se congelan embriones humanos. A medida que baja la temperatura, el tiempo se detiene; y cuando se alcanzan temperaturas muy bajas, el tiempo se suspende. Pero los seres humanos que han sido congelados no están muertos; recobrarán su propia autonomía y empezarán a ser ellos mismos otra vez. Así que sabemos que se ha interrumpido la dinámica, el movimiento; pero si no se ha destruido la información, la vida puede volver a comenzar. Hace 17 años no se podía decir nada acerca del contenido de la primera célula. Si se buscaba en su interior el mensaje genético que estaba codificado, se mataba a esa célula. Sucedió lo mismo con el embrión muy joven. Porque era imposible examinar el embrión de un día, de dos días o de una semana de edad y ver si tenía tal o cual característica, sin destruirlo, debido a la rudeza de la técnica.

Ahora tenemos un extraordinario descubrimiento, hecho hace cuatro años y que se utiliza en los laboratorios desde hace dos años. De un embrión de tres días que tiene de cuatro a ocho células, se extrae, en forma muy cuidadosa, una de esas células perforando la zona pelúcida, sacando la célula y volviendo a cerrar el diminuto orificio. Entonces, de la célula, con una nueva técnica llamada PCR o "polimerización en cadena" se reproduce el DNA. de esa célula única y se llega a

tener suficiente cantidad de tal DNA. para analizarlo. Con la técnica en referencia se reproducen millones de copias de la molécula inicial del DNA. en 24 horas. Es casi como un milagro porque funciona más rápido que la misma vida, pero utilizando los mismos procedimientos, esto es, una enzima especial en un ciclo especial tal como sucede en la naturaleza. [Nota del editor: El Dr. Lejeune, cuya postura en defensa de la vida humana desde la concepción = fertilización fue bien conocida, no se está refiriendo aquí a la técnica de clonación o a ninguna otra manipulación de embriones humanos que no respete su vida o dignidad, sino solamente al estudio, sin ningún daño para el embrión humano, del DNA.]

Hace menos de tres meses Monk y Holding publicaron en Inglaterra que, en su trabajo con embriones humanos producidos in vitro, habían podido extraer células de esos embriones, polimerizar el correspondiente DNA., examinarlo con determinado procedimiento y determinar si esos embriones incipientes eran masculinos o femeninos. [Nota del editor: De nuevo, el Dr. Lejeune de ningún modo está aprobando aquí la inmoral técnica de la fertilización in vitro que implica la destrucción de innumerables embriones humanos, sino sólo al hecho de que estos científicos pudieron constatar que efectivamente el sexo del ser humano se puede detectar desde los primeros momentos de su existencia.]

Así, aún en un embrión de una semana de edad, con éstas nuevas técnicas podemos decir: "es un hombre " o " es una mujer". Va más allá de lo imaginable que los abogados, al conocer de repente que este embrión de una semana es un muchacho o una chica, no quisieran reconocer al mismo tiempo que es una persona humana.

Un segundo descubrimiento que cambió nuestra manera de considerar la composición genética humana en los últimos dos años fue hecho por Jeffries, otro colega inglés. Jeffries es un prominente especialista en DNA quien súbitamente tuvo la ingeniosa idea de que existían largos trechos del mensaje genético destinados únicamente a dar regularidad a las células. Por tal función específica podían resistir muchos cambios pequeños sin peligro para lo individual. Así cada uno de nosotros tiene, en la porción reguladora de nuestro sistema genético, un orden muy específico de los genes, todos los cuales son normales. Al tomar una

célula y utilizar la polimerización en cadena, Jeffries pudo hacer muchas copias de esta parte del mensaje y trazar la información de una manera nueva.

Es muy interesante como aparece el resultado. El DNA. específico de cada persona, al terminar de usar todo el procedimiento técnico, parece un conjunto de rayas de distinto ancho y colocadas a diferentes distancias, que conforman un patrón propio para cada ser humano. Se parece mucho al código de barras que nos encontramos en los productos del supermercado. En vez de la etiqueta con el nombre y el precio del producto escritos en letras y números, se usan barras de diferente ancho y colocadas a diferentes distancias una de la otra; si esto se lee con el sistema analizador, el computador del supermercado sabe exactamente qué producto usted está comprando y a qué precio. Es lo mismo que ahora podemos hacer con cada ser humano examinando su DNA. Podemos trazar un código de barras que es absolutamente específico para cada uno de nosotros.

De hecho, si comparamos el código de rayas de una persona con los de su padre y su madre, podemos reconocer que la mitad de las líneas específicas de la persona también se encuentra en las del padre y la otra mitad en las de la madre; así se obtiene la absoluta definición de la herencia y podemos determinar con un error menor a una vez en diez mil millones, que esa persona es la descendiente biológica de este padre y esta madre.

Tal determinación es muy importante en el caso en que la paternidad deba confirmarse. Estamos en capacidad de detectar, más allá de cualquier duda, quién es el padre biológico y en vez de considerar al bebé como un criminal que debe eliminarse por el aborto, la sociedad debe reconocerlo como un ser humano. Si se conocen la madre y el padre, el ser humano con un padre indigno debe ser la preocupación y no la víctima de la nación. Jeffries encontró que el mensaje genético del espermatozoide estaba acentuado en forma diferente al mensaje genético transportado por el óvulo. Cuando uno está estudiando algo y leyendo un libro, muy a menudo toma un lápiz y subraya una frase que le parece debe recordar; ya que es muy importante. Y a veces, pone una X sobre otro pasaje porque no lo necesita inmediatamente. Es exactamente lo que la naturaleza hace con la totalidad del mensaje genético.



Explicué que al principio de nuestra vida tenemos dos metros "de cinta", pero he olvidado decirle que la cantidad de letras escritas en esos dos metros es cinco veces mayor que las de la Enciclopedia Británica. O sea que para imprimir el nombre de todas las bases que existen dentro de nuestro código genético, necesitaríamos cinco juegos de volúmenes del tamaño de la Enciclopedia Británica. Entendemos así por qué es muy prudente que la naturaleza subraye algunas frases, porque deben ser descifradas inmediatamente por la primera célula, y coloque una X en otras que van a ser usadas mucho más tarde en la vida. La célula no puede hacerlo todo al mismo tiempo, debe empezar por alguna parte.

Y otro descubrimiento es que en los varones está subrayada una parte del mensaje y en las mujeres otra parte distinta, y el resultado explica dos misterios de la genética. Sabemos ya que a veces después de un coito normal resulta un embarazo sin que exista dentro un bebé; un embarazo falso. A veces da origen a la "degeneración molar", situación muy peligrosa porque se puede convertir en cáncer. Hace unos diez años se descubrió que cuando ocurría la degeneración molar únicamente se formaban membranas cuya composición genética era de origen paterno. También se conoce una situación opuesta. A veces en uno de los ovarios de una muchacha joven y virgen un óvulo se multiplica y forma una teratoma. En este teratoma se encuentran elementos semejantes a la piel, las uñas, el cabello y los dientes. Se denomina "quiste dermoide" que en nada se parece a un bebé sino a algunas partes sueltas.

El descubrimiento consiste en que el subrayado del mensaje masculino le dice a la primera célula cómo construir la membrana que va a proteger al bebé y cómo construir la placenta que tomará las provisiones de la sangre de la mamá; así, de hecho, el hombre tiene en la primera célula el deber de conseguir el alimento y construir el albergue, de construir la choza y salir a cazar. Por el contrario, el mensaje femenino es el de cómo formar diferentes partes que al ser ensambladas formarán un bebé. Es verdaderamente extraordinario que la división de las tareas que encontramos en los mayores, ya está escrita en el diminuto lenguaje de la genética en la primera célula de un milímetro y medio de ancho que es el epítome, el resumen, la disminución a la mínima expresión de la persona humana.

Cuando se sigue observando el desarrollo, el estilo de subrayado va cambiando en cada división de la célula. La primera célula transmite el mensaje con algo de los subrayados borrados, así que las nuevas células empiezan a leer otras partes. Como resultado, la vida es muy parecida al desarrollo profesional de un médico. Tal vez usted haya caído en cuenta que en Medicina, al terminar su carrera, el nuevo profesional puede volverse un médico general o un especialista. Un médico general aprende acerca de muchas, muchas enfermedades y a medida que pasan los años sabe menos y menos sobre más y más; cuando es un muy buen médico general sabe un poco de todo. Los especialistas hacen lo contrario. Aprenden más y más sobre menos y menos y al final un buen especialista sabe casi todo sobre muy poco. Así es como la naturaleza conduce el mensaje humano.

La primera célula es generalista. No puede manifestar muchas cosas, pero sabe algo de todo. Dice cómo construir una máquina que a la postre construirá el cerebro. Pero el motivo por el que esta primera célula, que sabe de todo, deba tener especialistas, es porque para que la célula especialista pueda manifestar su propia personalidad tiene que especializarse para que una célula haga las uñas, otra el sistema nervioso, y para que finalmente la totalidad manifieste al ser humano que existe desde la concepción (=fertilización)..

Para recapitular lo que la ciencia nos enseña, Señor Presidente, diría, fuera de cualquier duda, que sabemos que en el principio existe el mensaje. El mensaje genético es vital y su manifestación es vida. Aún más brevemente diría, fuera de toda discusión, que si el mensaje es un mensaje humano, el ser es un ser humano.

\* El fallo "Roe v. Wade" legalizó el aborto a petición en EE.UU., enero 22 de 1973.

## **ANEXO 6.**

### **Artículo.**

#### **“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 “CIMFA” DE LA CIUDAD DE AMBATO, EN EL PERÍODO ENERO 2012 – MARZO 2013”.

Arcos, Myriam\* Becker, Neto\*\*

**\*Egresada de la carrera de Medicina UTA \*\*Médico Familiar. Coordinación zonal N 3.  
Docente Universidad Técnica de Ambato.**

Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA”, Ambato – Ecuador.

### RESUMEN

**Objetivo:** Establecer la relación entre disfunción familiar y la búsqueda de aborto en mujeres con embarazo no deseado, que asisten a consulta al Centro de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato, en el PERÍODO Enero 2012 – Marzo 2013.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal, documental y de campo. El universo de estudio mujeres con embarazo no deseado entre los 15 y 42 años que asistieron al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato, en el período Enero 2012 – Marzo 2013. Se tomó una muestra total de 86 pacientes quienes autorizaron su participación firmando un consentimiento informado.

**Resultados:** Existe una elevada incidencia de Mujeres con embarazo no deseado entre los 19 a 35 años de edad con un 66.3% y 15 a 18 años de edad con un 24.4%.

En relación al lugar de residencia Ambato tiene el 54.6%; el 13.9% corresponde a las ciudades de Latacunga, Quito y Pelileo; el 11.6% las ciudades y cantones de Salcedo, Zumbagua, Riobamba y Chibuleo, Pasa; 3.4% a Saquisilí; 12.7% para las ciudades y cantones de Pujilí, Salasaca, Cotaló, Huambaló, Guaranda, Patate, Mera, Panzaleo, Pilahuin, Lazo y Huasimpamba; además se incluyeron pacientes

que durante esta investigación retornaron de otros países de residencia, 2.3% EEUU e Italia.

En el estado civil el 53.4% de las pacientes son solteras, 38.3% de las pacientes están casadas, 5.8 % viven en unión libre, 1.1% se encuentran divorciadas y 1.1% separadas.

Número de hijos: 46.5% no tiene hijos, 13.9% tiene un hijo, 13.9% tiene 3 hijos, 10.4% tiene 2 hijos, 6.9% tiene 5 hijos, 4.6% tiene 4 hijos, 1.1% tiene 6 hijos y 1.1% tiene 7 hijos.

De acuerdo al nivel de instrucción 48.8% se encuentra cursando o a culminado la secundaria, 24.4% se encuentra cursando o a culminado sus estudios superiores, 23.2% se encuentra cursando o a culminado la primaria, 1.1% no tienen instrucción.

El 33.7% son estudiantes, 13.9% tienen como ocupación quehaceres domésticos o desocupadas con 12 pacientes cada una; 10,4% son agricultoras; 9.3% son Comerciantes; 2.3% son aparadoras, costurera y ejecutivas con 2 pacientes cada una; 1.1% tienen ocupaciones como: Enfermera, auxiliar de enfermería, taxista, lava ropa, abogada, profesora, secretaria, contadora y maquiladora.

Mediante el APGAR Familiar: El 44,3% presenta disfunción familiar severa, el 25,5% disfunción familiar moderada y disfunción familiar leve, y el 4,7% buena función familiar y de esta forma se logró identificar la existencia de disfunción familiar, además de determinar el nivel de disfunción.

Medios de información sobre el aborto: Por amistades en el 56,9%, por medios de comunicación el 22%, por familiares el 16,2% y por instituciones educativas 4,6%.

Cuál considera es la causa principal para la búsqueda de aborto: No tiene la edad adecuada con el 10,4%, limita sus planes futuros con el 17,4%, es producto de una mala experiencia con el 3,4%, es producto de una relación informal con el 12,7%, disfunción familiar con el 15,1%, problemas económicos con el 9,3%, falta de información sexual con el 6,9%, falta de apoyo por parte de la pareja con el 20,9% y en otro especifique cuál se dieron respuestas como “no deseo tener hijos”, “tengo otros hijos a quienes cuidar sola” y “no soy una buena madre” que equivalen al 3,4%.

Apoyo familia y continuar con su embarazo, a esta pregunta las pacientes respondieron en el 61,6% que si y el 38,3% que no.

Se le informó del embarazo a su pareja: El 43% no le informó a su pareja del embarazo y el 56,9% si fue informado.

Cuál fue la actitud de su pareja ante el embarazo inesperado, tenemos que el 72.9% fue de rechazo, el 24,3% de indiferencia y solo el 8,1% de apoyo.

Tuvieron conocimiento del embarazo tus padres: Si con el 12.7% y no con el 87%.

La hipótesis fue verificada por medio de la fórmula de FISHER, se aplicó sobre la base de datos que tiene relación con la variable dependiente y la variable independiente. Para poder verificar la hipótesis se estratifica las respuestas, según el orden de importancia que le dieron.

### **Conclusiones:**

Se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula que es, la presencia de Disfunción Familiar no es la razón más importante para la búsqueda de aborto en las mujeres con embarazo no deseado que acudieron a consulta.

**PALABRAS CLAVE: ABORTO, ABORTO PROVOCADO, FUNCIONALIDAD FAMILIAR\_ABORTO PROBOCADO, DISFUNCIÓN FAMILIAR\_EMBARAZO NO DESEADO.**

## **INTRODUCCIÓN**

Si bien es cierto el aborto es un fenómeno social que arroja estadísticas escalofriantes simplemente con las estadísticas conocidas, día a día se cometen abortos en el mundo contándose por millones incluso, este fenómeno ha

ido mermando a la opinión pública y a instituciones que sus idearios oficiales han ido en pro del retroceso en materia del sistema de salud sobre el aborto en muchos países del mundo.

En estos entornos el aborto es un evento clandestino que está pobremente documentado y es difícil de estudiar. En Ecuador se ha realizado poca investigación empírica, y no se cuenta con datos a nivel nacional sobre la incidencia de este. Como resultado, hay una limitada conciencia pública sobre el tema del aborto inseguro, sus consecuencias para la salud de la mujer o su impacto en el sistema de atención a la salud.

El objetivo de la investigación fue Establecer la relación entre disfunción familiar y la búsqueda de aborto en mujeres con embarazo no deseado, que asisten a consulta al Centro de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato, en el período Enero 2012 – Marzo 2013.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

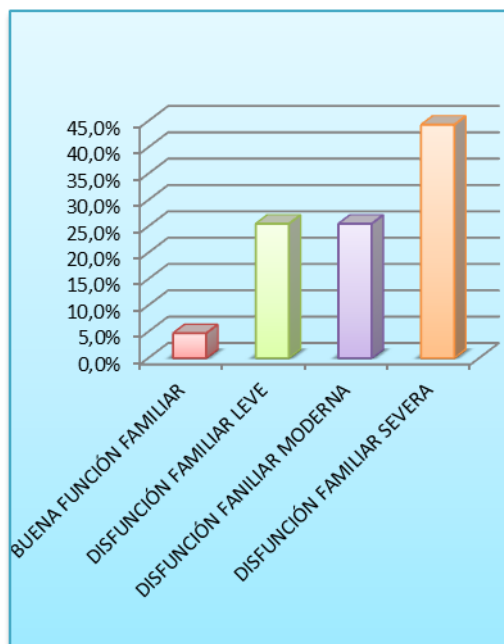
Se realizó un estudio transversal, documental y de campo. El universo

de estudio constituyó mujeres entre 15 y 42 años de edad, con embarazo no deseado en busca de aborto, que asisten a consulta al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la Ciudad de Ambato, en el PERÍODO Enero 2012 – Marzo 2013.

## **RESULTADOS**

**[ $X^2(3)=3,493$ ,  $N=86$ ,  $P>0,05$ ]**

Se realizó una investigación para analizar la asociación entre la disfunción familiar y búsqueda de aborto con la prueba de FISHER, encontrando que no existe asociación entre las variables. Lo cual nos sugiere que la Hipótesis nula  $H_0$ : “La presencia de Disfunción Familiar no está relacionada con la búsqueda de aborto en las mujeres con embarazo no deseado que acuden al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato”, es la correcta.



Mediante el APGAR Familiar: El 44,3% presenta disfunción familiar severa, el 25,5% disfunción familiar moderada y disfunción familiar leve, y el 4,7% buena función familiar y de esta forma se logró identificar la existencia de disfunción familiar, además de determinar el nivel de disfunción.

## DISCUSIÓN

Se conoce tradicionalmente a la familia como la integración y convivencia de los padres y los hijos. Esta es la familia nuclear. En ocasiones esta se ve influida por la presencia física o emocional de otros componentes. El concepto de familia, también ha estado representado por

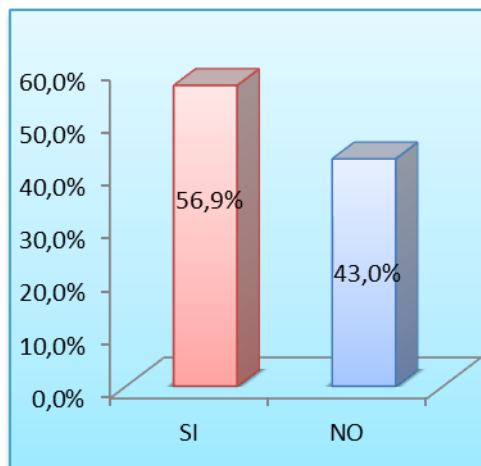
el funcionamiento organizado de una casa, de un grupo de personas unificado con el propósito de promover el crecimiento de dicho sistema. Los vínculos de arraigo a los sistemas familiares son entonces de varios tipos (biológicos, psicológicos, sociales y económicos).



## DISCUSIÓN

Para poder evaluar la relación nos basamos en la entrevista realizada el primer día de la consulta, escogimos varias razones que se receptaron al momento de realizar la historia clínica con las pacientes, entre estas se encuentran: No tiene la edad adecuada con el 10.4%, limita sus planes futuros con el 18%, es producto de una mala experiencia

con el 3.4%, es producto de una relación informal con el 12.7%, disfunción familiar con el 15.1%, problemas económicos con el 9.3%, falta de información sexual con el 6.9%, falta de apoyo por parte de la pareja con el 20.9% y en otro especifique cuál se dieron respuestas como “no deseo tener hijos”, “tengo otros hijos a quienes cuidar sola” y “no soy una buena madre” que equivalen al 3.4%. Y en relación al apoyo familiar y la continuación del embarazo en el 52,3% respondieron que si y el 47,6% que no, lo que sugiere una diferencia no sustancial.



Tenemos que el 43% no le informo a su pareja del embarazo y el 56.9% si fue informado.

## DISCUSIÓN

Una mujer que recibe el apoyo y la contención adecuada durante el embarazo se convertirá en una madre

feliz y con menos estrés. De acuerdo a estudios recientemente realizados, las embarazadas que reciben el cuidado y el acompañamiento de su entorno familiar tendrán una protección contra las hormonas del estrés que contribuyen a la aparición de la depresión postparto.

## CONCLUSIONES

Luego de realizada la investigación se puede concluir que:

Dentro de la investigación se trabajó con 86 mujeres entre 15 y 41 años de edad, de las cuales la edad de mayor presentación se encuentra en el rango de 18 a 35.

Del total de pacientes se identificó que el 54,6% corresponde a la ciudad de Ambato; además se pudo identificar la presencia de pacientes de otras provincias, y lugares de residencia.

En cuanto al estado civil, la mitad con el 53,4% de las pacientes son solteras, el 38,3% de las pacientes están casadas, el 5,8 % viven en unión libre, el 1,1% se encuentran divorciadas y el 1,1% separadas, lo que determina que en relación a cifras pasadas de matrimonios o uniones legalmente establecidas,



existe una disminución significativa de las mismas.

Al referirnos al número de hijos 46,5% no tiene hijos, y la mayoría de estas pacientes refiere que no desea tener hijos, por diferentes factores que en la actualidad se ven vinculados con el ambiente laboral de la mujer.

De acuerdo al nivel de instrucción existe un porcentaje significativo con respecto a que el nivel de educación femenino va en incremento, tenemos que la mayor parte son estudiantes que culminaron o transcurren los estudios secundarios, y le sigue en porcentaje, pacientes que cursan el nivel superior.

La realización del APGAR Familiar se basa en nuestro objetivo general que es establecer la relación entre las variables, al referirnos a la disfunción familiar como resultado tenemos que el 44,3% presenta disfunción familiar severa, el 25,5% disfunción familiar moderada y disfunción familiar leve, y el 4,7% buena función familiar y de esta forma se logró identificar la existencia de disfunción familiar, además de determinar el nivel de disfunción.

Para poder evaluar la relación nos basamos en la entrevista realizada el primer día de la consulta, escogimos varias razones que se receptaron al momento de realizar la historia clínica con las pacientes, entre estas se encuentran: No tiene la edad adecuada con el 10.4%, limita sus planes futuros con el 18%, es producto de una mala experiencia con el 3.4%, es producto de una relación informal con el 12.7%, disfunción familiar con el 15.1%, problemas económicos con el 9.3%, falta de información sexual con el 6.9%, falta de apoyo por parte de la pareja con el 20.9% y en otro especifique cuál se dieron respuestas como “no deseo tener hijos”, “tengo otros hijos a quienes cuidar sola” y “no soy una buena madre” que equivalen al 3.4%. Y en relación al apoyo familiar y la continuación del embarazo en el 52,3% respondieron que si y el 47,6% que no, lo que sugiere una diferencia no sustancial. Tenemos que el 43% no le informo a su pareja del embarazo y el 56,9% si. En cuanto a la reacción, el 72,9% fue de rechazo, el 24,3% de indiferencia y solo el 8,1% de apoyo. El recurrir a los padres se manifestó más en las

pacientes adolescentes y quienes viven con estos. Tenemos que el total de quienes comunicaron a sus padres el embarazo fueron el 12,7% y las que no 87,3%.

Se observó que los porcentajes en cada uno de estos estratos muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí, obteniéndose un chi cuadrado sin grado de libertad, por lo tanto se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula que es, “La presencia de Disfunción Familiar no es la razón más importante para la búsqueda de aborto en las mujeres con embarazo no deseado que acuden al Centro Integral de Medicina Familiar “CIMFA” de la ciudad de Ambato”. Tenemos que con la prueba de FISHER, se encontró que no existe asociación entre nuestras variables.

## REFERENCIAS

- AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. (2013). Edad y fertilidad. *American Society for Reproductive Medicine*, 3 - 7.
- ASAMBLEA DEL CONSEJO DE EUROPA. (1982). *Derechos Fundamentales*. España.
- ASAMBLAS NACIONALES DEL ECUADOR. (2008). Sección quinta: Niñas,

niños y adolescentes. Buen Vivir. Sección segunda: Salud. En R. CORREA, *CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR* (págs. 30, 161). Quito: Editoriales Ecuador.

- Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE. (2012). *Condiciones que motivan el aborto provocado*. Barcelona: ACAI.
- FERNÁNDEZ, M. (2010). Aborto y pensamiento progresista. *Comisión Diocesana Justicia y Paz de Cádiz y Ceuta*, 2, 4.
- GARCÍA, E., & ECHEVERRÍA, S. (2011). *Metodología de la Investigación*. Quito: Editorial Universitaria.
- Henshaw, S. K., Singh, S., & Haas, T. (1999). *La Incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial*. New York: Wallace Global Fund.
- INEC. (2009). *Anuario de Estadísticas*. Quito: CEPAL.
- MAGNUS, O. (2011). Familias disfuncionales. *FATELA*, 7-8.
- MARIN FOUCHER, L. R., & VILLAFANE GURZA, A. (2006). LA RELACIÓN FAMILIAR COMO UN FACTOR QUE PREDICE EL EMBARAZO ADOLESCENTE. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24 - 42.
- Martínez Navarro, M. d. (2010). Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia. *Perspectiva de la psicoterapia familiar*, 319.

- MARTÍNEZ, M. (2000). Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia. *La Prensa Médica Mexicana*, 319-325.
- ONU. (1948). *DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS*. Estados Unidos.
- PAZMINO, C. (30 de Octubre de 2011). *Diario El Telégrafo*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, de [//www.telegrafo.com.ec/index.php?option=com\\_zoo&task=item&i](http://www.telegrafo.com.ec/index.php?option=com_zoo&task=item&i).
- QUINTERO VÁSQUEZ, C. (2012). Funcionalidad Familiar. *CIENCIAS MÉDICAS*, 47-57.
- RANGEL, J. L., VALERIO, L., PATINO, J., & GARCÍA, M. (2004). Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas. *Rev Facultad de Medicina UNAM*, 24-27.
- RED ASISTENCIAL ESPANOLA. (2012). Métodos y técnicas de aborto inducido. *Ginecología y Obstetricia*, 13-21.
- ROJAS, S. (2004). *Investigación*. Ambato: Indales.
- VARGAS, J., VACCA, R., & CHAVALLI. (2000). *Familia Funcional y Disfuncional*. México: Editorial América.

Article.

**"RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY DYSFUNCTION AND THE SEARCH FOR ABORTION IN WOMEN WITH UNWANTED PREGNANCY ATTENDING THE COMPREHENSIVE CONSULTATION CENTER FAMILY MEDICINE" CIMFA "AMBATO CITY, IN THE PERIOD JANUARY 2012 - MARCH 2013".**

**Arcos, Myriam\* Becker, Neto\*\***

**\*Egresada de la carrera de Medicina UTA \*\* Médico Familiar. Coordinación zonal N 3.  
Docente Universidad Técnica de Ambato.**

Centro Integral de Medicina Familiar "CIMFA", Ambato – Ecuador.

**SUMMARY**

**Objective:** To establish the relationship between family dysfunction and seeking abortion in women with unwanted pregnancy, consulting the attending Family Medicine Center "CIMFA" city of Ambato, in the period January 2012 - March 2013.

**Material and Methods:** A cross-sectional, documentary and field study was conducted. The study group women with unwanted pregnancy between 15 and 42 who attended the Integral Family Medicine Center "CIMFA" city of Ambato, in the period January 2012 -. March 2013 a total sample of 86 patients who took authorized their participation by signing an informed consent.

**Results:** A high incidence of women with unwanted pregnancy between 19 to 35 years old with a 66.3% and 15 to 18 years with 24.4%.

• In relation to residence Ambato has 54.6%; 13.9% corresponds to the towns of Latacunga and Quito Pelileo; 11.6% of the cities and cantons Salcedo, Zumbagua,

Riobamba and Chibuleo, Spend; 3.4% to Saquisilí; 12.7% for cities and cantons Pujilí, Salasaca Cotaló, Huambaló, Guaranda, Patate, Mera, Panzaleo, Pilahuin, Bow and Huasimpamba; Patients also returned for this research from other countries of residence, 2.3% USA and Italy were included.

- The marital status 53.4% of the patients were single, 38.3% of patients were married, 5.8% cohabiting, 1.1% are divorced and 1.1% separated.
- Number of children: 46.5% have no children, 13.9% had one child, 13.9% have 3 children, 10.4% with 2 children, 6.9% have 5 children, 4.6% have 4 children, 1.1% have 6 children and 1.1% have 7 children.
- According to the level of education 48.8% are pursuing or completed high school, 24.4% are pursuing or completed their higher education, 23.2% are enrolled in or completed primary, 1.1% have no education.
- 33.7% were students, 13.9% have occupation as housework or unoccupied with 12 patients each; 10.4% are farmers; Traders are 9.3%; 2.3% are stitchers, seamstress and executive with 2 patients each; 1.1% had occupations: nurse, nursing assistant, driver, washed clothes, lawyer, teacher, secretary, accountant and maquiladora.
- Through the Family APGAR: The 44.3% have severe family dysfunction, 25.5% moderate and mild family dysfunction family dysfunction, and 4.7% good family function and thus were able to identify the existence of family dysfunction in addition to determining the level of dysfunction.

Media information on abortion: For friendships 56.9%, by media 22%, 16.2% by family and educational institutions 4.6%.

- What is considered the main cause for seeking abortion: You do not have the right age to 10.4%, limiting their future plans with 17.4%, is the result of a bad experience with the 3.4% is product of an informal relationship with 12.7%, family dysfunction with 15.1%, economic problems 9.3%, lack of sexual information in 6.9%, lack of support from the partner with 20.9% and specify

which other responses as "no desire to have children" were given, "I have other children to take care of myself" and "I'm not a good mother" equivalent to 3.4%.

- Support family and continue her pregnancy, patients answered this question in 61.6% yes and 38.3% no.
- You will be informed of the pregnancy to your partner: 43% did not report it to your partner during pregnancy and 56.9% if it was reported.
- What was the attitude of your partner at the unexpected pregnancy, we have that the rejection was 72.9%, 24.3% indifference and only 8.1% support.

They were aware of the pregnancy your parents: Yes with 12.7% and not 87%.

- The hypothesis was verified by means of Fisher's formula, applied to the database that is related to the dependent variable and the independent variable. To test the hypothesis stratify responses, in order of importance were given.

#### **Conclusions:**

The alternative hypothesis is rejected and the null hypothesis is accepted, the presence of Family Dysfunction is not the most important finding for abortion in women with unwanted pregnancy because they attended the clinic.

**KEYWORDS: ABORTION, INDUCED ABORTION, FUNCTIONALITY  
FAMILIAR\_ABORTO                      PROVOKED,                      UNWANTED  
FAMILIAR\_EMBARAZO DYSFUNCTION.**

## **INTRODUCTION**

While abortion is a social phenomenon that sheds chilling statistics simply with known statistics, daily abortions committed in the world counted by millions even, this phenomenon has been eroding public opinion and institutions that official ideologies have kick gone pro in the health system on abortion in many countries.

In these environments clandestine abortion is a event that is poorly documented and difficult to study. In Ecuador there has been little empirical research, and there is no national data on the incidence of this. As a result, there is limited public awareness of the issue of unsafe abortion, the consequences for the health of the woman or her impact on the system of health care.

The aim of the research was to establish the relationship between family dysfunction and seeking abortion in women with unwanted pregnancies, attending consulting the Family Medicine Center "CIMFA" city of Ambato, in the period January 2012 - March 2013 .

## **MATERIAL AND METHODS**

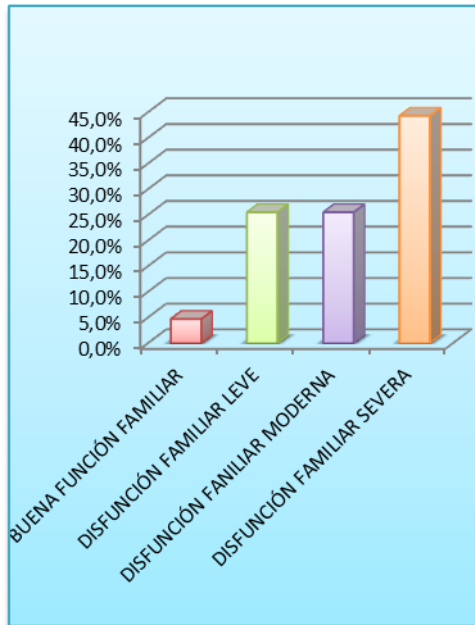
A cross, documentary and field study. The study group constituted women between 15 and 42 years old, with unwanted pregnancy seeking abortion, I attend consultation Integral Family Medicine Center "CIMFA" City of Ambato, in the period January 2012 - March 2013 . a sample of 86 patients who authorized their participation by signing an informed consent was taken.

## **RESULTS**

[ $X^2(3) = 3.493, N = 86, P > 0.05$ ]

An investigation was conducted to analyze the association between family dysfunction and seeking abortion with the FISHER test, finding no association between the variables

Which suggests to us that the null hypothesis  $H_0$ : "The presence of Family dysfunction is not related to the pursuit of abortion in women with unwanted pregnancies attending the Integral Family Medicine Center" CIMFA "city of Ambato" is correct.



Through the Family APGAR: The 44.3% have severe family dysfunction, 25.5% moderate and mild family dysfunction family dysfunction, and 4.7% good family function and thus were able to identify the existence of family dysfunction, addition to determining the level of dysfunction.

## DISCUSSION

It is traditionally known to the family as the integration and coexistence of parents and children. This is the nuclear family. Sometimes this is influenced by the physical or emotional presence of other components. The concept of family has also been represented by organized operation of a house, a

group of people united for the purpose of promoting the growth of the system. The bonds of attachment to family sistemas are then several types (biological, psychological, social and economic).

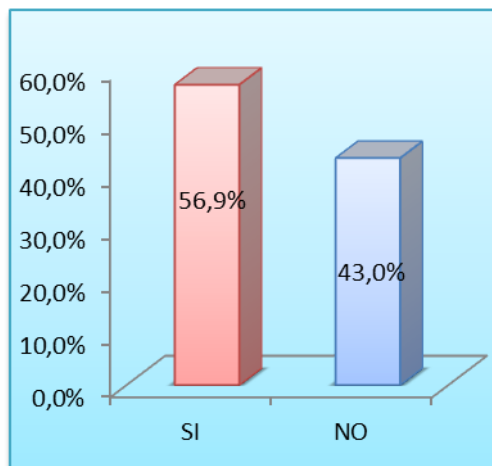


## DISCUSSION

To assess the relationship we rely on the interview on the first day of the consultation, we chose several reasons receptaron when making medical history with patients, among these are: You do not have the right age to 10.4%, limits their future plans with 18%, is the result of a bad experience with the 3.4% is the result of an informal relationship with 12.7%, family dysfunction with



15.1%, economic problems 9.3%, lack of sexual information 6.9%, lack of support from the partner with 20.9% and in another specify which answers like "I do not want to have children" were given, "I have other children to take care of myself" and "I'm not a good mother" equivalent to 3.4%. And in relation to family support and continuation of pregnancy in 52.3% responded yes and 47.6% no, which suggests a non-significant difference.



We have that 43% did not inform their partner during pregnancy and 56.9% if it was reported.

## DISCUSSION

A woman who receives support and proper containment during pregnancy will become a happy and less stressed mother. According to recent studies, pregnant women who receive care and support from their

family have protection against stress hormones that contribute to the onset of postpartum depression.

## CONCLUSIONS

After research on it can be concluded that:

During the investigation we worked with 86 women between 15 and 41 years old, of which the age of greatest incidence is in the range of 18 to 35.

Of all patients was identified that 54.6% is the city of Ambato; could also identify the presence of patients from other provinces, and places of residence.

In terms of marital status, half with 53.4% of the patients were single, 38.3% of patients were married, 5.8% cohabiting, 1.1% are divorced and 1.1% separated, which determines that in relation to past marriage or legally established connections figures, there is a significant decrease in same.

When referring to the number of children 46.5% have children, and most of these patients reported not to have children by different factors that are currently linked to the workplace for women.

According to the level of education a significant percentage relative to the level of female education is on the rise, we need most are students or pass culminating high school, and follows in percentage, patients enrolled in the upper level .

The completion of the Family APGAR is based on our general objective is to establish the relationship between the variables, when referring to family dysfunction as a result we have 44.3% have severe family dysfunction, 25.5% moderate family dysfunction and dysfunction Small family, and 4.7% good family function and thus was able to identify the existence of family dysfunction, in addition to determining the level of dysfunction. To assess the relationship we rely on the interview on the first day of the consultation, we chose several reasons receptaron when making medical history with patients, among these are: You do not have the right age to 10.4%, limits their future plans with 18%, is the result of a bad experience with the 3.4% is the result of an informal relationship with 12.7%, family dysfunction with 15.1%, economic problems 9.3%,

lack of sexual information 6.9%, lack of support from the partner with 20.9% and in another specify which answers like "I do not want to have children" were given, "I have other children to take care of myself" and "I'm not a good mother" equivalent to 3.4%. And in relation to family support and continuation of pregnancy in 52.3% responded yes and 47.6% no, which suggests a non-significant difference.

We have that 43% did not inform their partner during pregnancy and 56.9% other. As for reaction, rejection was 72.9%, 24.3% indifference and only 8.1% support. The parents use more manifested in adolescent patients and those living with them. We have the total of those who told their parents pregnancy were 12.7% and 87.3% do not.

It was noted that the percentages in each of these strata show statistically significant differences between them, without obtaining a chi square degree of freedom, therefore the alternative hypothesis is rejected and the null hypothesis is accepted, "The presence of Family Dysfunction is not the most important finding for abortion in women with unwanted

pregnancy reason that come to the Integral Family Medicine Center "CIMFA" city of Ambato. "We need to test FISHER, found no association between our variables exist.

## REFERENCIAS

- AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. (2013). Edad y fertilidad. *American Society for Reproductive Medicine*, 3 - 7.
- ASAMBLEA DEL CONSEJO DE EUROPA. (1982). *Derechos Fundamentales*. España.
- ASAMBLAS NACIONAL DEL ECUADOR. (2008). Sección quinta: Niñas, niños y adolescentes. Buen Vivir. Sección segunda: Salud. En R. CORREA, *CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR* (págs. 30, 161). Quito: Editoriales Ecuador.
- Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE. (2012). *Condiciones que motivan el aborto provocado*. Barcelona: ACAI.
- FERNÁNDEZ, M. (2010). Aborto y pensamiento progresista. *Comisión Diocesana Justicia y Paz de Cádiz y Ceuta*, 2, 4.
- GARCÍA, E., & ECHEVERRÍA, S. (2011). *Metodología de la Investigación*. Quito: Editorial Universitaria.
- Henshaw, S. K., Singh, S., & Haas, T. (1999). *La Incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial*. New York: Wallace Global Fund.
- INEC. (2009). *Anuario de Estadísticas*. Quito: CEPAL.
- MAGNUS, O. (2011). Familias disfuncionales. *FATELA*, 7-8.
- MARIN FOUCHER, L. R., & VILLAFANE GURZA, A. (2006). LA RELACIÓN FAMILIAR COMO UN FACTOR QUE PREDICE EL EMBARAZO ADOLESCENTE. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24 - 42.
- Martínez Navarro, M. d. (2010). Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia. *Perspectiva de la psicoterapia familiar*, 319.
- MARTÍNEZ, M. (2000). Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia. *La Prensa Médica Mexicana*, 319-325.
- ONU. (1948). *DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS*. Estados Unidos.
- PAZMINO, C. (30 de Octubre de 2011). *Diario El Telégrafo*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, de [//www.telegrafo.com.ec/index.php?option=com\\_zoo&task=item&i](http://www.telegrafo.com.ec/index.php?option=com_zoo&task=item&i).
- QUINTERO VÁSQUEZ, C. (2012). Funcionalidad Familiar. *CIENCIAS MÉDICAS*, 47-57.
- RANGEL, J. L., VALERIO, L., PATINO, J., & GARCÍA, M. (2004). Funcionalidad familiar en

adolescentes embarazadas. *Rev  
Facultad de Medicina UNAM,*  
24-27.

RED ASISTENCIAL ESPANOLA. (2012).  
Métodos y técnicas de aborto  
inducido. *Ginecología y  
Ostetricia*, 13-21.

ROJAS, S. (2004). *Investigación*. Ambato:  
Indales.

VARGAS, J., VACCA, R., & CHAVALLI.  
(2000). *Familia Funcional y  
Disfuncional*. México: Editorial  
América.