



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

1 y.
④

**REVISION CLINICA, PSICOLOGIA, SOCIAL Y
JURIDICA DEL ABORTO**

E S T U D I O

Q U E P R E S E N T A

ANA MARIA LARA BARRON

PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

PAG.

I	PROLOGO.	
II	INTRODUCCION.	
	A.- Definición del problema de estudio	9
	B.- Objetivos generales del estudio	9
	C.- Hipótesis	9
	D.- Variables	9
	E.- Campo de la investigación:	
	1.- Área geográfica	10
	2.- Grupos humanos considerados	11
III	MARCO TEORICO.	
	A.- Conceptos de aborto	13
	B.- Aspecto médico del aborto	13
	C.- Aspecto psicológico del aborto	46
	D.- Aspecto sociológico del aborto	53
	E.- Aspecto médico-legal	63
IV	ESQUEMA DE LA INVESTIGACION.	
	A.- Metodología empleada	84
	B.- Fuentes de obtención de los datos	84
	C.- Procesamiento estadístico de los datos	84
	D.- Descripción del instrumento de recolección de los datos	84
V	RESULTADOS.	
	. Edades de las mujeres encuestadas	87
	. Escolaridad	89
	. Estado civil	91
	. Ocupación	93
	. Ingreso familiar	96
	. Conocimiento sobre programas de planificación familiar y control de la natalidad	98
	. Métodos de control natal que utilizan	102
	. Antecedentes obstétricos	105
	. Número de hijos en las familias encuestadas	107

. Número de abortos	109
. Causas, métodos y repercusión del aborto	113
. Complicaciones del aborto	119
. Legalización total del aborto	125
VI RESUMEN Y CONCLUSIONES.	
A.- Replanteamiento del problema	127
B.- Conclusiones	127
C.- Alternativas de solución	131
REFERENCIAS.	
A.- Bibliografía	133
B.- Apéndices:	
1.- Plano de la comunidad estudiada	135
2.- Cuestionario empleado en la recolección de los datos	136

I PROLOGO

El aborto es una antigua práctica que se encuentra generalizada en los diversos sectores de la sociedad, y no puede considerarse como un hecho aislado, sino como uno más de los problemas derivados de la estructura socio-cultural, económica y política de nuestro país.

En el transcurso de la historia la humanidad ha estado a merced de las pestes, el hambre y las guerras, que para asegurar la supervivencia de la especie enfatizó la alta fertilidad como algo absolutamente necesario para asegurarla. Estimulo y respeto fueron otorgados a las familias numerosas, la fertilidad endiosada como bien supremo y la falta de hijos enjuiciada como un factor negativo y un signo de menosprecio.

En ese clima psicosocial las mujeres estaban dedicadas totalmente a las tareas de engendrar y realizar funciones internas en la familia, con una total dependencia del esposo y los hijos, ocupando en la sociedad tradicional un lugar secundario.

Cuando la revolución industrial cambió las relaciones entre el trabajo y el capital, las superestructuras culturales comenzaron a modificarse, dando lugar a nuevas pautas.

En la actualidad, la situación es diferente, ha habido cambios sensibles tanto en la moral social como en los factores económicos, demográficos y sociales. En las últimas décadas, se ha iniciado una corriente internacional que tiende a legalizar la práctica del aborto, para así ajustar las leyes a la realidad actual.

En México el aborto es muy frecuente, y debido a su legalización restrictiva, se realiza en condiciones que ponen en peligro la salud y a menudo la vida de muchas mujeres.

La circunstancia de su alta frecuencia global y de su generalización en los distintos estratos sociales nos inclinan a pensar que es una importante tarea de estudio y análisis.

sis a fin de obtener conclusiones que orienten la participación de la enfermera obstetra en el manejo y atención de este problema de salud, se por ello que en este trabajo se ha efectuado una revisión cuidadosa de los aspectos teóricos - más trascendentes del problema, también se ha llegado a un grupo de mujeres en edad reproductiva, para conocer en esa realidad las manifestaciones de este problema de estudio y - las conclusiones al respecto se ponen a la consideración de los lectores.

A.M.L.B.

México, octubre de 1980.

II INTRODUCCION

A.- Definición del problema de estudio.

Revisión clínica, psicológica, social y jurídica del aborto.

B.- Objetivos generales del estudio.

- 1.- Conocer las causas más frecuentes que inducen a la pareja o a la mujer al aborto provocado.
- 2.- Conocer las complicaciones y secuelas más frecuentes en el aborto provocado.
- 3.- Investigar la repercusión psicológica de la madre en el aborto practicado por indicación médica.
- 4.- Conocer la repercusión psicológica que tiene en la mujer el aborto provocado.
- 5.- Indicar las sanciones que la ley aplica en caso de aborto inducido comprobado.
- 6.- Conocer el beneficio del aborto por indicación médica.
- 7.- Investigar los diferentes métodos utilizados en el aborto inducido.
- 8.- Conocer la aceptación o rechazo de la legalización del aborto en un grupo de personas.

C.- Hipótesis.

- 1.- El aborto por indicación médica beneficia a la madre y el producto.
- 2.- El alto índice de morbi-mortalidad materna tiene una relación directa con los abortos.
- 3.- Los abortos provocados causan graves repercusiones psicológicas.
- 4.- Los abortos provocados son más frecuentes en familias de bajo nivel cultural.
- 5.- La planificación familiar tiene una relación directa con el bajo índice de abortos provocados.

D.- Variables.

- 1.- Aborto por indicación médica.
 - 2.- Embarazada y producto de la concepción.
 - 3.- Morbilidad materna.
 - 4.- Aborto provocado.
 - 5.- Alteraciones psicológicas.
 - 6.- Familias de bajo nivel cultural.
 - 7.- Planificación familiar.
- E.- Campo de la investigación.

- 1.- Área geográfica.

Se realizó la investigación en la colonia Isidro Fabela, se encuentra situada en una superficie rocosa, esto es resultado de la erupción del volcán Xitle el cual aconteció hace varias décadas alcanzando a cubrir la lava todo el territorio que se denomina San Angel, Cuicuilco, Isidro Fabela, Avenida San Fernando, Unidad habitacional Pedregal de Carrasco y lugares adyacentes.

En 1963 fué poblada la colonia Isidro Fabela que se encuentra situada al Sur del D.F., delimitada por el Norte por Anillo Periférico, Aguja del Boulevard la Luz y Avenida Rufz Cortínez; al Sur por la Avenida Benito Juárez; al Este la Avenida San Fernando y calle del Zapote y al Oeste por la calle 14 Oriente.

Su extensión territorial es de 960 km., el cual se encuentra distribuida de la siguiente manera:

- a) 50 calles de 12 metros de ancho.
- b) 49 manzanas en total.
- c) Un promedio de 25 casas en las manzanas grandes y 15 en las manzanas chicas, midiendo cada casa 20 X 10 mts. aproximadamente.

El tipo de vivienda que prevalece es la casa unifamiliar en un 62.00 %, vecindad 17.00 %, departamento 8.00 % y barrancas 3.00 %.

Su material de construcción en general es de tabique y cemento.

Las primeras personas que fundaron esta colonia se establecieron en la calle John F. Kennedy. En los inicios de la colonia aún no se encontraban alineadas sus calles, existían muchos terrenos baldíos, así como barrancas peligrosas en las cuales mucha gente perdió la vida; por la necesidad que tenían de trasladarse de una colonia a otra con el fin de abastecerse de alimentos y agua necesaria para su subsistencia.

En 1968 fué poblándose más la colonia, así mismo fueron apareciendo en ella pequeños comercios que satisficieron algunas de sus necesidades.

En esta misma fecha se le reconoció como colonia Isidro Fabela, el mismo tiempo que se entregaban a los habitantes los títulos de propiedad por conducto del departamento del Distrito Federal.

Esta colonia se formó a raíz del incremento de la población en el D.F. En el año de 1969 se les proporcionaron servicios públicos (agua y luz), anteriormente estos servicios eran tomados de las colonias vecinas como son la colonia Tiriello Guerre, Avenida San Fernando y callejón del Sabino. Actualmente cuentan con servicios telefónicos, una línea de camiones, mercado y comercios en general, jardín de niños, primaria y secundaria.

Los logros obtenidos en el período 1974 a 1979 han sido satisfactorios gracias a la colaboración de los habitantes de la colonia y las autoridades de la Delegación Política de Tlalpa.

Los problemas que afectan a la colonia son : falta de drenaje, agua intradomiciliaria, falta de planteles educativos de enseñanza media superior, desocupación juvenil, falta de zonas públicas y pavimentación en algunas calles.

2.- Grupos humanos considerados.

Su población total es de 9 226 habitantes, distribuidos de la siguiente manera :

SEXO

Hombres- 49.6 %

Mujeres- 50.4 %

EIDADES

	Frecuencia	Porcentaje
menores de 1 año	220	2.38 %
1 a 4 años.	1213	13.14 %
5 a 14 años.	2612	28.31 %
15 a 24 años.	2092	22.67 %
25 a 34 años.	1049	11.37 %
35 a 44 años.	819	8.87 %
45 a 54 años.	574	6.22 %
55 a 64 años.	255	2.76 %
65 a 74 años.	100	1.08 %
75 y más.	50	.54 %

La población en edad procreativa (15 a 45 años) es-
de 1983 (21.49 %) de la cual se tomó un 10.00 %.

III MARCO TEORICO

A.- Conceptos de aborto.

1.- Aborto médico.- Es la interrupción de la gestación antes de que el feto haya adquirido condiciones de viabilidad para continuar su desarrollo fuera del claustro materno (antes de las 28 semanas). (1)

2.- Aborto social.- Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. (2)

3.- Aborto legal.- Es la expulsión del producto de la concepción en cualquier época de la preñez. (3)

B.- Aspecto médico del aborto.

1.- Clasificación del aborto espontáneo.

El aborto espontáneo es aquel en que la interrupción de la gestación es debida a una causa patológica (de la madre o del producto), incompatibilidad con la sobrevivencia o la permanencia del producto de la concepción en el útero. Esta ginecopatía se clasifica en aborto accidental y aborto habitual.

a) Aborto accidental.- Es cuando una mujer presenta únicamente un aborto, cualquiera que haya sido su etiología, y se le considera accidental. (4)

b) Aborto habitual.- Es la interrupción reiterada del embarazo, tres o más veces. Esta situación coloca a la paciente en un estado de angustia que ha de ser considerado con especial cuidado, puesto que esta neurosis puede derivar en -

(1) ITERBE Z. El gran libro de la salud. Reader's Digest. México, 1971, p. 733.

(2) CALANDRA D. Estudio clínico, psicológico, social y jurídico del aborto. Ed. Panamericana. México, 1973, p. 12.

(3) LARET M. Aborto, prejuicio y ley. Ed. Costa-Amic. México, 1977, p. 232.

(4) CALANDRA: Op. Cit., p. 18.

situaciones conflictuales imprevisibles. (5)

Es evidente que el aborto rosetido representa una agresi3n m1s importante que la imposibilidad de embarazarse, puesto que la mujer est3rtil se resigna con mayor facilidad.

2.- Etiopatog3nesis.

La muerte y expulsión del huevo significan el fracaso final de la funci3n generativa, es decir la imposibilidad de llevar el fruto hasta su madurez.

Las condiciones necesarias para lograr un producto de t3rmino son las siguientes: (6)

1^a Ovulo y espermatozoides normales, tanto en su sustrato gen3tico como otros elementos del resto del gameto que pueden tener participaci3n en dicho proceso.

2^a Adecuada conjunci3n de los gametos y divisi3n celular sin errores.

3^a Factores favorables para el transporte y vitalidad del huevo en sus primeros estudios de desarrollo. Esto implica elementos anatómicos normales a nivel de trompas y contenido nutricional adecuado de trompas y útero.

4^a Nido endometrial correctamente preparado, que implica un balance hormonal adecuado.

5^a Utero con su arquitectura y desarrollo normales para permitir modificaciones que el crecimiento del huevo requiere.

6^a Ausencia de factores pat3genos ex3genos (infecciosos, actínicos, t3xicos, etc.), capaces de perturbar, por uno u otro mecanismo, el proceso de desarrollo y maduraci3n-ovular.

Factores etiopatog3nicos del aborto espont1neo. (7)

a) Factores ovulares.

b) Factores anatómicos o mecánicos.

(5) CALAMORA: Op. Cit., p. 27

(6) *Ibidem*, p. 18

(7) *Ibidem*, p. 19

b.1 Malformaciones uterinas.

b.2 Hipoplasia uterina.

b.3 Tumores del útero (miomas y pólipos).

b.4 Insuficiencia istmicocervical.

b.5 Factor endometrial puro.

b.6 Sinequias.

c) Factores endocrino metabólicos.

c.1 Insuficiencia del cuerpo amarillo.

c.2 Alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.

c.3 Hipotiroidismo e hipertiroidismo.

d) Factores infecciosos y parasitarios.

d.1 Toxoplasmosis.

d.2 Listeriosis.

d.3 Brucelosis.

d.4 Sífilis.

d.5 Infecciones crónicas generales.

e) Factores psicógenos.

f) Factores inmunológicos.

a) Factores ovulares.- El factor ovular es la causa más frecuente de abortos en las primeras semanas de gestación, se estima que sobrepasa el 50 %. (8)

Es importante recordar que los elementos fundamentales de un embarazo en los primeros estadios son el óvulo, el espermatozoide y el nido.

El óvulo es en gran medida responsable del aborto en las primeras semanas de gestación, demostrado por las alteraciones genéticas en los coriotipos de huevos abortivos, indica de un déficit vital incompatible con un embarazo normal.- Estas anomalías ovulares aumentan proporcionalmente con la edad de la mujer, de tal modo que son mucho más frecuentes en la cuarta y quinta década de la vida, hecho explicable -- por los daños, tanto intrínsecos como extrínsecos, que el ó-

(8) CALANDRA; Op. cit., p. 39.

vulo ha recibido durante el transcurso de los años.

Con respecto al espermatozoide no ha sido determinada su importancia en la génesis de los abortos espontáneos precoces. Es aceptable suponer que su participación en la formación del huevo lo hace responsable en gran medida.

Unos de los aspectos que ha merecido atención es el referido a las alteraciones cromosómicas, puesto que las mismas incrementan la tendencia al aborto. En este aspecto las investigaciones acerca de la cromatina sexual y cromosómica de los hombre infértiles permitieron demostrar que las anomalías genéticas masculinas son importantes factores etiológicos en la infertilidad de la pareja.

b) Factores anatómicos o mecánicos.- Son aquellas causas de infertilidad motivadas por alteraciones del útero, incompatible con la continuidad de un embarazo normal, pese a que tanto el huevo como el trofoblasto son normales. Se conoce también como causa materna dado que resulta de anomalías del aparato genital de la madre. (9)

b.1 Malformaciones uterinas.- Las malformaciones ocupan un preponderante lugar y son debidas a defectos o fallas embriológicas que tienen lugar durante el desarrollo intrauterino del aparato genital. (10)

El útero se forma a expensas de los conductos de Müller y está regido fundamentalmente por los estrógenos maternos placentarios. Si éstos disminuyen por insuficiencias placentarias transitorias, que no afectan la continuidad del embarazo pero sí el nivel de las hormonas maternas, se detiene la diferenciación del conducto de Müller dando lugar a una malformación, más importante cuando más prolongado haya sido el déficit hormonal.

Las malformaciones uterinas son muchas y muy variadas

(9) CALANDRA: Op. Cit., p. 44

(10) Ibidem, p.p.45-46.

que van desde la agenesia uterina y útero rudimentario (sólido o excavado) hasta el útero biorificial.

La agenesia uterina y el útero rudimentario pueden retener al huevo hasta su viabilidad.

Las alteraciones anatómicas originadas en el defecto de la fusión de los conductos de MÜLLER o en la detención unilateral de su desarrollo son las distintas variedades de duplicidad uterina y el útero unicorno. El mecanismo por el cual se produce el aborto en estas pacientes es la insuficiencia anatómica y funcional del útero.

Las malformaciones uterinas carecen de síntomas propios que permitan sospechar y sólo es posible descubrirlas en un estudio radiológico del útero. La imagen radiográfica es siempre demostrativa y el diagnóstico se realiza fácilmente.

El estudio de la paciente infértil no termina con el reconocimiento de una posible causa, sino debe complementarse, ya que con frecuencia suelen sumarse más de una causa responsable de los abortos.

Es importante analizar la capacidad funcional de la musculatura uterina, dada por la acción sinérgica y armónica de sus fibras. En este aspecto es fácil deducir que las malformaciones no tienen la misma importancia en la génesis de los abortos espontáneos. El útero tabicado es el que tiene menos disminuida la capacidad funcional y por ello es que estadísticamente presente menos cantidad de abortos o partos prematuros. El feto y sus membranas pueden desplazar el tabique y ocupar toda la cavidad uterina.

De la misma forma el útero bicorne, en cuanto disminuye aún más la capacidad funcional de sus fibras musculares, y con más razón si se trata de un bicorne bicervical bicor póreo (útero doble), serán en ese orden de importancia, causales mucho más frecuentes de la interrupción precoz del embarazo, puesto que ambos alteran la histoarquitectura del útero.

El tratamiento es quirúrgico y para ello se usan las operaciones llamadas metroplastías.

b.2 Hipoplasia uterina.- La hipoplasia uterina es la disminución del tamaño del cuerpo uterino con pérdida de la capacidad para contener un embarazo en la medida en que éste aumenta de volumen. (11)

b.3 Tumores uterinos.- Cualquier formación tumoral que altere la histoarquitectura del músculo uterino, así como el normal desarrollo del nido endometrial constituye un factor mecánico capaz de provocar el aborto espontáneo. (12)

Entre los principales tumores uterinos que provocan abortos espontáneos se encuentran los miomas y el pólipo endometrial.

b.3.1 Pólipo endometrial.- Los pólipos endometriales de origen placentario son secuelas de abortos anteriores tratados inadecuadamente, suelen ser causa de abortos debido a las alteraciones del endometrio subyacente. (13)

b.3.2 Miomas.- Los miomas responsables del aborto espontáneo son el mioma intramural y el mioma submucoso.

Para realizar el diagnóstico se tomara en cuenta los antecedentes de abortos anteriores, hiper o algomenorrea y en ocasiones metrorragias postmenstruales. Se realizará una histerografía que dara el diagnóstico de certeza.

El tratamiento es quirúrgico.

b.4 Insuficiencia istmicocervical.- Esta afección se incluye entre las alteraciones anatómicas responsables de abortos iterativos. (14)

El segmento inferior del istmo tiene carácter esfinteriano, en su porción yuxtacervical, con predominio del te-

(11) CASTELAZO Ayala, Luis. Obstetricia. México, 1976, p 71.

(12) *Ibidem*, p. 73.

(13) *Ibidem*, p. 75.

(14) CALANDRA. *Op. cit.*, p.p. 54/57.

jido muscular sobre el conjuntivo. El control funcional del esfínter está bajo la influencia de las variaciones hormonales, los estrógenos lo relajan disminuyendo su tono, mientras que la progesterona lo aumenta.

La porción yuxtacervical del istmo tendrá la función de cerrar la cavidad uterina para impedir el descenso del feto y sus membranas. Este mecanismo puede verse alterado por diversas circunstancias y la etiología de la insuficiencia istmocervical puede ser muy variada, y se clasifica en insuficiencia anatómica (congénita y adquirida o traumática) e insuficiencia funcional.

La istmopatía traumática es la más común y de más fácil diagnóstico. Generalmente existen antecedentes de maniobras obstétricas (parto distócico, fórceps alto o raspado con dilatación del orificio interno), así como también maniobras quirúrgicas sobre cuello (extirpación de un mioma cervical o una conización).

La pérdida del tono esfinteriano puede ser progresiva a través de varios partos sucesivos normales, en algunas multiparas se puede observar que cada parto termina en forma más precoz, interpretándose como una insuficiencia funcional progresiva.

La disminución del tono del esfínter cervical motiva que cuando el peso del feto y sus cubiertas sobrepasan el umbral de resistencia, se produce su expulsión precoz, agravada por la desaparición del ángulo de flexión cervice corporal.

La insuficiencia del orificio cervical interno puede deberse también a factores infecciosos o endocrinos, responsables de la alteración histológica, puesto que al modificar la histoarquitectura normal del istmo dan lugar a una incompetencia funcional. No solo la histología del cuello es importante, también las modificaciones histoquímicas que se producen a su nivel, por alteraciones hormonales o infecciosas pueden dar lugar a insuficiencia funcional del orificio-

cervical uterino.

Clinica: cualquiera que fuera la etiopatogenia de la incompetencia istmicocervical, el cuadro clinico sufre pocas variaciones y existen los siguientes antecedentes:

1º Uno o más abortos previos.

2º Los abortos son siempre tardios, del segundo trimestre.

3º La clinica de los mismos siempre es semejante, con indolores, sin contracciones previas, con citología y dosificaciones hormonales normales, con feto vivo.

Por lo tanto, se trata de abortos del segundo trimestre, que aparece bruscamente, sin contracciones previas. Precedida o no por pequeñas pérdidas genitales de liquido seroso o serosanguinolento, se produce la rotura súbita de la bolsa amniótica con eliminación del feto segun mecanismo del parto. A diferencia de los abortos debidos a otras causas, la falta de contracciones previas indica la facilidad con que se han dilatado el istmo y el cuello. Otra de las características es que el feto eliminado está vivo en el momento del aborto, y no presentan ni él ni las membranas alteraciones visibles.

El diagnóstico se basa en los antecedentes, el examen clinico e instrumental y las pruebas auxiliares.

El tratamiento es quirúrgico y existen dos técnicas - que son la traqueoistmorrafia y el cerclaje.

b.5 Factor endometrial puro.- El endometrio es un factor de infertilidad importante, por su patologia intrinseca, es decir que no depende de las hormonas ováricas, sin embargo es muy difícil sepear, en un mecanismo tan complejo, los factores endometriales puros de aquellos que guardan una íntima relación con acción endocrina, con los cuales mantiene, - por otra parte, una evidente influencia reciproca. (15)

Las alteraciones morfológicas de endometrio se clasi-

(15) CALANDRA: Op . Cit., p. 44

fican en:

b.5.1. Alteraciones del crecimiento.

b.5.1.1. Hipoplasia, nanismo.

b.5.1.2. Atrofia.

b.5.1.2.1. Por estiramiento.

b.5.1.2.2. Por compresión.

b.5.1.2.3. Por endometrio arregenerativo postmenstrual, postgravídico y postlegrado.

b.5.1.3. Metaplasia.

b.5.1.3.1. Endosalpingioide, endocervicoide y exocervicoide.

b.5.1.4. Vascularización.

b.5.1.4.1. Telangiectasia.

b.5.1.4.2. Hiperplasia angiomatoide congénita.

b.5.1.4.3. Hipoplasia o ausencia de arterias espirales.

b.5.1.4.4. Ovillos de la basal (hiperplásicos o esclerosos, desplazados a la funcional).

b.5.1.5. Relación basal-funcional.

b.5.1.5.1. Hiperplasia basal difusa o circunscrita.

b.5.1.5.2. Hiperplasia de la funcional.

b.5.1.5.3. Funcionalización de la basal.

b.5.1.6. Endometrosis.

b.5.2. Inflamación.

b.5.2.1. Inespecíficas.

b.5.2.2. Tuberculosa.

b.5.3. Neoplasias.

b.5.3.1. Miomas.

b.5.3.2. Adenomas.

Las alteraciones morfológicas del endometrio provocan modificaciones estructurales cuyo significado puede ser más o menos importante y a veces decisivo como factor de inferti

lidad.

Todas estas alteraciones morfológicas del endometrio pueden ser responsables, por distintos mecanismos, de aborto de repetición, estos mecanismos son:

1^o Falso de la implantación.- Se caracteriza por mostrar corion veloso sólo en un sector de la periferia y puede ser superficial, profunda, distópica y exagerada defensas maternas.

2^o Trastornos del desarrollo.- La hipoplasia primitiva del trofoblasto, las malformaciones y la muerte del embrión, sólo se explican por deficiencia del corion veloso y en las cuales la participación del endometrio no se conoce bien.

3^o Infecciones.- Cuando es ascendente sube por vía canicular dando lugar a una deciduitis supurada en el polo inferior del huevo con propagación al espacio interveloso y al embrión. En otras ocasiones la infección se realiza por vía descendente a partir de una bacteriemia de la madre.

b.6. Sinequias.- Las sinequias uterinas son responsables de importantes alteraciones menstruales y de esterilidad y pueden ser causas posibles de abortos por sus implicaciones sobre el endometrio. (16)

c) Factores endocrino-metabólicos.- Son muchos los factores endocrinos y metabólicos cuyas alteraciones son capaces de provocar la pérdida de un embarazo.

Entre los factores endocrinos y metabólicos responsables del aborto se encuentran los siguientes: (17)

c.1. Insuficiencia del cuerpo amarillo.

c.2. Alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.

c.3. Alteración de la función tiroidea.

c.1. Insuficiencia del cuerpo amarillo.- Debe conside

(16) GALANDUA: Op. cit., p. 21.

(17) Ibidem, p. 52.

raree la alteración funcional del cuerpo amarillo del ciclo, a cuyo cargo esta la función de formar un nido adecuado y -- condicionar la nutrición del huevo en sus primeras etapas, -- cuando todavía no se ha implantado y en el estado de blástula y mórula recorre la trompa. El cuerpo amarillo de la gestación será responsable de la sinergia endocrina imprescindible en el primer trimestre del embarazo. (18)

El cuerpo amarillo del ciclo es el responsable de la fase de secreción tubaria y endometrial. La importancia de esta es que establece las condiciones nutricionales adecuadas para el mantenimiento de la mórula durante su traslado por la tuba hacia la cavidad uterina.

La acción endocrina del cuerpo amarillo se manifiesta principalmente al nivel del endometrio y las alteraciones de la fase secretoria resultan de singular importancia en el estudio de las causas de infertilidad.

La fase secretoria patológica comprende muchas alteraciones funcionales del endometrio que no son detectables por los parámetros clínicos, puesto que sólo un examen histológico e histoquímico, este estudio se debe realizar entre los días 22 y 24 del ciclo, cuando ya se ha complementado la fase secretoria y antes de que comiencen los fenómenos regresivos de necrosis parciales y microhemorragias premenstruales, capaces de enmascarar el cuadro histológico e histoquímico. Para ser más preciso en la elección del día adecuado es conveniente controlarlo con la temperatura basal, es decir que la fecha de la ovulación lo fijará el ascenso de la temperatura y de acuerdo a ella se estudiará la cronología de los fenómenos secretorios hallados en la histología del endometrio.

c.2. Alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.- Un correcto metabolismo hidrocarbonado es condición indispensable para el desarrollo de un embarazo normal con feto sano.-

(18) CALANDRA: Op. cit., p.p. 63-65.

La diabetes mellitus constituye, una afección que puede derivar, a perturbaciones en el sistema feto placentario. (19)

c.3. Alteraciones de la función tiroidea.- La glándula tiroidea interviene en forma activa en el control hormonal y metabólico del embarazo. Las alteraciones repercuten desfavorablemente en el curso de la gestación y son causa posible de abortos. (20)

La glándula tiroidea durante el embarazo aumenta de tamaño con signos clínicos y de laboratorio de su hiperfunción, ya que no sólo sube el metabolismo basal, sino también aumentan los valores de la tiroxina circulante y la captación de yodo radiactivo. Los valores de yodo proteico ascienden a partir de la tercera semana y llegan a cifras de 8 a 10 -- ug. %.

La glándula tiroidea participa activamente de la gestación, la hiperplasia glandular alcanza del 25 al 80 %, la eliminación renal de yodo se duplica, coincidiendo con un nivel menor de yodo inorgánico en el plasma. Por ello, el bocio de embarazada es una condición compensadora del tiroidea por pérdida excesiva de yodo por orina. También es normal un aumento del metabolismo basal, no sólo por la hipertrofia tiroidea, sino también por el aumento de la masa protoplasmática.

El diagnóstico de la función tiroidea durante el embarazo es mucho más difícil que en las mujeres no embarazadas. Además las mujeres gestantes presentan un cuadro clínico similar al de la hipertiroidea, aún con aumento de la glándula.

Los datos de laboratorio no son de gran utilidad, ya que los parámetros están modificados por la gestación.

Existen coincidencias entre la falta de aumento del -

(19) BECK, Alfred. Práctica de Obstetricia. La prensa médica mexicana, México, 1973, p. 511.

(20) *Ibidem*, p. 512.

PBI y el aborto. También el hipotiroidismo es difícil de reconocer durante el embarazo; sin embargo, el mismo es incompatible con un embarazo a término. Por ello su diagnóstico - debe realizarse precozmente durante la gestación, para evitar sus consecuencias, y a pesar de que el reconocimiento de los estados límites resulta muy difícil por la desviación de los parámetros de medición de la función tiroidea, es necesario, en caso de duda, realizar tratamiento profiláctico.

d) Factores infecciosos parasitarios.- Entre los principales factores infecciosos y parasitarios se encuentran la toxoplasmosis, listeriosis, brucelosis, sífilis e infecciones urinarias.

d.1. Toxoplasmosis.- El agente causal es el toxoplasma gondii y puede ser congénita o adquirida. (21)

La toxoplasmosis congénita se produce por contagio - del feto a través de la placenta. La infección del feto puede tener lugar antes de la época de formación de la placenta, ya que una endometritis toxoplasmódica resulta un sitio - inadecuado para la nidación y posterior desarrollo del huevo, dando lugar al aborto en períodos primarios. Otro mecanismo de infección y aborto es la invasión masiva del feto por rotura de los quistes con parasitemia consecutiva.

d.2. Listeriosis.- Es una enfermedad infecciosa crónica que afecta principalmente al aparato genital femenino. Su agente etiológico es la Listeria monocytogenes. Como se trata de una zoonosis, el contagio humano se realiza a - través del contacto con animales domésticos infectados o por ingestión de carne cruda. (22)

d.3. Brucelosis.- Es una enfermedad infecciosa producida por un microorganismo Gran-negativo, intracelular, tiene una evolución crónica en el ser humano y puede dar lugar-

(21) CALANDRA: Op. cit., p. 76.

(22) *Ibidem*, p. 81.

a abortos y partos prematuros. (23)

Existen tres variedades de gérmenes a los que se con con el nombre de Brucella melitensis, Brucella abortus - bovis y Brucella suis, que afectan a las cabras, vacuno y por cino, respectivamente, pero que puede infectar al hombre por contagio de los animales enfermos o por ingestión de alimentos contaminados.

d.4. Sifilis.- El agente causal es el Treponema palli dum. Su acción sobre el feto puede ser letal, dando lugar al aborto o al nacimiento de niños con graves defectos congénitos. (24)

Las lesiones observadas en los productos de abortos - son generalmente del terciarismo (lesiones gomosas), y a - llas corresponden a la infección del feto en los primeros pe ríodos del embarazo por el paso del treponema a través de la barrera placentaria. Cuando la infección es tardía, después del 5^o mes, da lugar a partos inmaduros o mortinatos. Las le siones congénitas de los niños nacidos vivos son también de - bidas a la acción directa del treponema sobre el feto.

El diagnóstico se realiza mediante reacciones seroló - gicas.

d.5. Infecciones del aparato urinario.- Las infeccio - nes urinarias pueden ser causas de abortos. Los posibles me - canismos serían la contaminación de la unidad fetoplacenta - ria por los gérmenes de la infección urinaria. (25)

La infección del árbol urinario es capaz de provocar abortos por acción de las endotoxinas bacterianas sobre los - vasos placentarios, estimulando la actividad uterina, a lo - que se sumarían las alteraciones proteicas y del equilibrio - ácido-base.

(23) CALANDRA: Op. cit., p.p. 63-65.

(24) BECK: Op. cit., p. 433.

(25) CALANDRA: Op. cit., p. 84.

3.- Clínica del aborto espontáneo.

a) Amenaza de aborto.- En esta etapa vamos a encontrar la siguiente sintomatología; existe un sangrado transvaginal generalmente escaso y en ocasiones acompañado de pequeños coágulos sanguíneos y moco, la sangre generalmente es roja y fresca, pero podría ser negruzca si permaneció retenida por algún tiempo dentro del útero; este sangrado perdura por tiempo variable (generalmente de 3 a 15 días) y proviene de pequeños desprendimientos que ha sufrido el huevo. Cuando el sangrado perdura más de 15 días, puede sospecharse que hay un huevo muerto y retenido. (26)

Este cuadro anterior generalmente se acompaña de dolor en bajo vientre(hipogastrio) tipo cólico, intermitente de pequeña o moderada intensidad con irradiación hacia la región-lumbo sacra. El examen médico nos demuestra los signos propios de toda embarazada, tanto objetivos como subjetivos -- (amenorrea, náuseas, vómito, lipotimia, mastalgia, tumefacción mamaria, hiperpigmentación del pezón, irritabilidad del pezón, aparición de tubérculos de Montgomery y red venosa de Hallen y los signos de Noble y Budin, de Chadwick, de Hegar-I y II). El examen genital, con los signos ya mencionados, lo ratifica, especialmente referido al estado evolutivo del aborto.

b) Aborto en curso.- Cuando el tratamiento de la amenaza de aborto fracasa, el proceso continúa su evolución, el desprendimiento del huevo progresa y se acentúa la metrorragia y el dolor tipo cólico. Al tacto vaginal se aprecia el cuello dilatado con su conducto permeable al dedo índice. La progresión de este proceso hace que el huevo llegue a desprenderse totalmente y se elimina. Con esto concluye el cuadro, una vez eliminado el producto y sus membranas, cede la-

(26) RODRIGUEZ, F. El aborto, problema actual médico-legal. Facultad de Medicina, México, 1976, p.p. 21-22.

metrorragia y dolor, y el útero inicia su involución. (27)

c) Aborto incompleto .- Pese a la eliminación de par-tand el huevo y sus cubiertas la metrorragia persiste, a ve - ces abundante y con coágulos, acompañada de dolor en el hipogastrio. En otras ocasiones la pérdida de sangre es escasa - pero persiste a través de varios días. El cuello se encuentra entreabierto, permeable, aumentado de tamaño por deficiente - involución, y su consistencia se encuentra disminuida. Si no se procede a la evacuación instrumental del útero se corre el peligro de provocar una infección por retención de restos o - vulares. Cuando la hemorragia es muy abundante o demasiado - prolongada se presenta anemia aguda o crónica como complicación ineludible. (28)

d) Feto muerto y retenido.- Se le podría considerar - como una complicación del aborto espontáneo, puesto que sig - nifica la interrupción de la evolución natural del proceso - abortivo, con retención intrauterina del huevo. (29)

La etiopatogenia se encuentra en relación con la fun - ción placentaria y la acción contradictoria de los estróge - nos y de la progesterona sobre el miometrio. Este síndrome - presenta tres características bien definidas:

- 1^º Actividad miometrial disminuida.
- 2^º Baja sensibilidad a la ocitocina.
- 3^º Riesgo de hemorragia al intervenir quirúrgicamente, por atonía uterina o por hipofibrinogenemia.

El diagnóstico se realice cuando los signos se hacen - evidentes, entre ellos se encuentran la desproporción entre - el tiempo de amenorrea y el tamaño del útero. Las dosifica - ciones hormonales suelen ser contradictorias, puesto que la - actividad trofoblástica persistente es capaz de dar cifras -

(27) CALANDRA: Op. cit., p. 32.

(28) RODRIGUEZ: Op. cit., p. 23.

(29) BECK: Op. cit., p. 449.

normales de pregnandiol, estriol o gonadotrofinas, simulando un embarazo persistente.

4.- Aborto habitual.

Se divide clínicamente en abortos precoces y abortos-tardios.

a) Aborto precoz.- Por lo general son de origen endocrino, y se presentan cuando existe menos de tres meses de gestación. (30)

b) Aborto tardío.- Se considera aquel que tenía más de tres meses de gestación y obedece a causas anatómicas, infecciosas, psicógenas o inmunológicas. (31)

5.- Aborto por indicación médica.

Existen circunstancias en las cuales corresponde al médico la responsabilidad en la indicación del aborto, valorando los riesgos inherentes a la prosecución del embarazo.

El aborto por indicación médica comprende: (32)

a) Aborto terapéutico y profiláctico, que protege la vida o la salud de la madre.

b) Aborto eugenésico, evita el desarrollo de un ser defectuoso.

a) Aborto terapéutico y profiláctico.- El aborto es considerado como un recurso médico cuando el embarazo actúa agravando una patología preexistente o generándola. (33)

Existen el aborto terapéutico (curar o aliviar las enfermedades) y el profiláctico (prevenir).

A medida que mejoran las técnicas para la profilaxis y tratamiento de las enfermedades causales del daño materno, el número y la gravedad de estas enfermedades se reducen, en consecuencia, disminuye proporcionalmente la necesidad de -

(30) CASTELAZO: Op. cit., p. 84.

(31) Ibidem.

(32) CALANDEA: Op. cit., p. 96.

(33) Ibidem, p. 97.

interrumpir al embarazo en dichas circunstancias, a tal grado que casi ha desaparecido como causa justificatoria.

Enfermedades que en determinadas circunstancias pueden dar lugar a un aborto por indicación médica para salvar la vida o la salud de la madre :

a.1. Toxemia.- Las principales toxemias que se presentan durante el embarazo son: hiperemesis gravidica, preeclampsia y eclampsia. (34)

a.1.1. Hiperemesis gravidica.- se caracteriza por náuseas y vómitos perniciosos, existiendo posteriormente deshidratación y aliento a acetona, debido a la deficiencia vitamínica se observa debilidad muscular, pérdida de los reflejos y otros signos de polineuritis.

a.1.2. Preeclampsia.- Se manifiesta por hipertensión arterial, albuminuria, edema, cefalea, trastornos visuales, disminución del rendimiento urinario y dolor en epigástrico.

a.1.3. Eclampsia.- Es el término que se aplica a la toxemia aguda que culmina en convulsiones. En la mayoría de los casos van precedidos de uno o más de los siguientes prodromos: hipertensión arterial, albuminuria, edema, cefalea, trastornos visuales, disminución del rendimiento urinario y dolor en epigástrico.

a.2. Cardiopatías.- El embarazo significa un esfuerzo especial del sistema cardíocirculatorio sano; por consiguiente la gestación es un peligro para la enferma cardíaca.

El mecanismo por el cual el embarazo agrava una cardiopatía puede resumirse así : (35)

1º Existe un aumento de la cantidad de sangre que circula.

2º Hay un incremento de la presión en la pequeña circulación.

(34) BECK: Op. cit., p. 433.

(35) CALANDRA: Op. cit., p. 97.

3° Este incrementado el consumo de oxígeno con simultánea reducción de la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre.

4° Aparece una insuficiencia en la mecánica respiratoria.

5° El metabolismo se halla aumentado entre el 10 y - 20 %.

6° El flujo venoso del área esplánica se encuentra en torpecido por el útero grávido.

7° La acción hormonal promueve una dilatación venosa.

Si a pesar del control riguroso de la embarazada cardíaca aparece una insuficiencia cardíaca congestiva que progresa con el embarazo se hace imprescindible la interrupción de éste.

Otra carga adicional para la enferma cardíaca es el - trabajo de parto. A mayor edad y a mayor número de partos, - la situación cardíaca será de mayor peligro. Durante el trabajo de parto aumenta la resistencia periférica de los vasos que llega a su mayor intensidad en el período expulsivo. Durante el pujo, la presión intrapulmonar asciende a 140 mm Hg, ocasionando una necesidad de mayor esfuerzo para el ventrículo derecho al mismo tiempo que se acumula en el corazón derecho la sangre proveniente del área esplánica y produce una - sangría interna. Estas modificaciones hemodinámicas sólo pueden ser controladas por un corazón sano. No obstante, las - dos terceras partes de los casos fatales no ocurren durante el parto sino en la semana siguiente. Esto se debe a que el - 80% de las cardíacas embarazadas existe una estenosis mitral y en el puerperio el aumento del reflujo venoso lleva a una - sobrecarga de la pequeña circulación con el consecuente edema pulmonar.

a.3. Enfermedades psiquiátricas.- En la actualidad la salud mental en, día a día, más considerado como factor de - decisión justificatorio del aborto terapéutico.

Debe considerarse, en primer lugar, el peligro de la exacerbación de una psicosis ya existente o de precipitar una, incluyendo las psicosis post parto; también la exacerbación o precipitación de una seria neurosis, una depresión y la posibilidad de suicidio, casos de retardo mental, incidencia sobre el estado mental de una situación familiar, de un estado económico social, del número de hijos y de la duda frente a un nuevo embarazo. Se trata de asegurar la salud o la vida de las mujeres teniendo en cuenta que la salud mental es una parte del bienestar general. (36)

El diagnóstico de esquizofrenia no es por si indicación de aborto terapéutico. Si la paciente puede volverse psicótica a consecuencia de su embarazo, la mayoría de los médicos aconsejan su terminación.

Cuando la embarazada está gravemente deprimida o presenta una psicosis de tipo depresivo, la continuación del embarazo debe vigilarse estrechamente, pero también podría ser motivo de un aborto terapéutico en salvaguardia de la salud de la paciente.

En algunas sociedades, los cuadros psicofrénicos son justificatorios de aborto, no tanto por la alteración mental en sí misma sino por lo que significa como ineptitud para la crianza.

b) Aborto eugenésico.- Se denomina eugénico o eugenésico el aborto que ha sido indicado médicamente por existir razones que justifican la expectación de un defecto fetal genético o psíquico incurable, debido a la herencia morbida -- transmisible de uno o ambos padres o a causa de un daño ocasionado durante el embarazo. (37)

La palabra eugenesia significa primordialmente una --

(36) LARET DE MATHEUS, Ma. Gabriel. Aborto, prejuicio y ley. México, 1977, p. 201.

(37) CALANDRA; Op. Cit., p.p. 109-110.

concepción social que implicaría todo intento para mejorar - la raza humana. Se llama eugenesia positiva la que tiende a asegurar una prole mejor, y restrictiva la que trata de evitar el nacimiento de seres defectuosos.

Factores de anomalía fetal.- Las malformaciones se observan en el 2% de los recién nacidos. Los factores de mal formación son genéticos o congénitos. Las anomalías genéticas son las originadas en genes anormales de los padres (anomalías hereditarias) o en accidentes cromosómicos ocurridos en el tiempo de la fecundación (anomalías cromosómicas-accidentales). Las malformaciones congénitas son perturbaciones provocadas en el embrión durante su desarrollo intrauterino.

6.- Diferentes métodos de inducción.

El embarazo puede ser interrumpido induciendo al útero a que se vacíe o extrayendo quirúrgicamente los productos de la concepción.

a) **Inducción médica.**- El aborto puede ser inducido -- por múltiples procedimientos médicos para efectuar una interrupción terapéutica de la gestación. (38)

Estos métodos inducen al útero a vaciarse mediante la estimulación de las contracciones uterinas, las cuales por un mecanismo análogo al observado en el parto normal, primero borran y dilatan el cuello y finalmente desprenden y expulsan los productos de la concepción. Entre estos métodos se encuentran la inducción por medio de rayos X, ruptura de membranas, por taponamiento de la vagina y del cuello, introducción de una bolsa hidrostática en el cuello y el útero.

a.1. **Rayos X.**- Se han empleado los rayos X para producir el aborto terapéutico, utilizándose en embarazos menores de 14 semanas. Se emplea la radiación suficiente (60% de la dosis de eritema cutáneo aplicada sobre el útero) para des-

(38) BECK: Op. Cit., p. 673.

truir el huevo, el cual actúa como un cuerpo extraño dentro del útero y hace que éste se vacíe, transcurriendo de tres a cuatro semanas posteriores a la última aplicación. Los efectos secundarios de la aplicación de los rayos X sobre los ovarios ocasionan amenorreas y pueden ser responsables del desarrollo de óvulos defectuosos. (39)

a.2. Ruptura de las membranas.- Se ha empleado este procedimiento con el objeto de inducir al aborto, aunque el tiempo que transcurre entre el momento de la ruptura y la iniciación del aborto puede ser prolongado y aumentar el riesgo de infección. (40)

a.3. Taponamiento de la vagina y del cuello.- En abortos inevitables e incompletos que están infectados, se controla la hemorragia con un taponamiento firme de la vagina y del cuello. Cuando se retira la gasa 24 horas más tarde generalmente se encuentra el cuello dilatado y con frecuencia los productos de la concepción se han desprendido y han sido expulsados del útero. (41)

a.4. Introducción de una bolsa hidrostática.- Puede introducirse dentro del cuello y del útero para inducir el aborto, generalmente no se utiliza este método, excepto después del cuarto mes se utiliza para lograr la dilatación cervical suficiente para permitir la extracción manual de los productos de la concepción. (42)

b) Inducción hormonal.- Las relajaciones del miometrio es una de las condiciones esenciales para la prosecución de un embarazo. Por ello es que un medio de lograr el aborto es estimular la contractilidad del músculo uterino y provocar así el desprendimiento y expulsión del huevo.

(39) BECK: Op. cit., p. 674.

(40) Ibidem, p. 673.

(41) Ibidem, p. 674.

(42) Ibidem, p. 675.

Diversas sustancias se han empleado con tal fin. Algunas con acción directa sobre la fibra muscular (pituitrina, cornezuelo de centeno, quinina, aceites esenciales) y otras actúan indirectamente, a través del sistema nervioso (estricnina, prostigmin, eserina, etc.). (43)

c) Inducción mecánica.- Constituyen los procedimientos que ocasionan la mayoría de las complicaciones y las intervenciones legales. (44)

Con fines abortivos se han empleado los métodos más variados como son; los lavados vaginales fríos, calientes, jabón, detergente y benzoles, coito repetido.

Los procedimientos verdaderamente eficaces son los de acción directa sobre el útero y se dividen en tres grupos:

1^o Los que actúan sobre la vagina y la superficie del cuello uterino.

2^o Los que lo hacen sobre la cavidad cervical.

3^o Los que tienen acción directa sobre el huevo.

Entre los primeros, además de los ya mencionados se encuentran la cauterización del cuello. Son en general, métodos muy inseguros.

El segundo grupo es el de sistemas más eficaces. El más difundido es la dilatación del cuello con laminarias, que suelen producir el aborto entre uno y tres días después.

Los procedimientos que actúan sobre el huevo consisten en: punción de las membranas, desprendimiento de las membranas y curetaje uterino.

Para la punción se ha utilizado los instrumentos más variados: agujas de tejer, horquilla, tijeras, sondas, etc.. El desprendimiento se efectúa mediante instrumentos o inyecciones intrauterinas. El empleo de la cureta requiere mayor

(43) CALANDRA; Op. Cit., p. 94.

(44) ROJAS, NERIO. Medicina Legal, Ed. El Ateneo. México, - 1976, p.p. 190-191.

experiencia, ya que existe mayor riesgo de perforación uterina. Se usan generalmente en los primeros meses del embarazo.

La duración para la producción del aborto después de las maniobras abortivas es variable y va desde algunas horas, hasta varios días.

d) Inducción por tóxicos.- En realidad no son sustancias realmente abortivas, sino medicamentos o tóxicos actúan por envenenamiento que provocan el aborto como consecuencia del sufrimiento orgánico que influye sobre el útero y sobre la vida del feto. (45)

Hay sustancias de uso popular y de eficacia dudosa; - purgantes drásticos, áloes, perejil, apiolina etc. Otras son verdaderos tóxicos como son el fósforo, plomo, arsénico, mercurio, estriquina, cantáridas etc.

Existen también sustancias francamente abortivas, pero en estos casos también suele tratarse de un cuadro general de intoxicación más o menos franca. Estas sustancias son en su mayoría de origen vegetal.

Ruda.- Actúa por medio de un aceite esencial, que -- existe sobre todo en las hojas y la raíz, cuyo efecto se manifiesta en primer término sobre el aparato digestivo (vómito, diarrea y fuerte congestión de mucosas) y puede llevar al síncope y coma. (46)

Sabina.- Es un conífero cuyo aceite esencial tiene acción semejante a la ruda, aunque es más grave su intoxicación. Produce un cuadro de gastroenteritis, con fenómenos renales y nerviosos, que a veces lleven a la muerte. (47)

Cornezuelo de centeno.- Del cual se extrae la ergotina, que en su principio activo es también empleado. Tiene acción general tóxica; su efecto abortivo es más posible en la

(45) ROJAS : Op. cit., p. 191.

(46) Ibidem, p. 190.

(47) Ibidem.

segunda mitad del embarazo, no despierte por sí solo las contracciones uterinas. (48)

Existen también otras plantas como la tuya, tejo, qui-
nina con los mismos fines abortivos.

e) Inducción quirúrgica.- Constituyen los procedimien-
tos más adecuados, entre los que se encuentran: legrado ute-
rino instrumental, desprendimiento digital del huevo, succión
del huevo e histerotomía vaginal anterior.

e.1. Legrado uterino.- Es la operación en la cual se-
raspa la cavidad uterina con una cucharilla roma o con filo.

Es el mejor método para vaciar el útero en el aborto-
terapéutico o eugenésico. También es útil para el tratamien-
to del aborto temerario, inevitable e incompleto. (49)

Posterior al legrado, a menudo se altera la posición-
del útero y está indicada la reposición manual, mientras la-
paciente está bajo los efectos de la anestesia. Los productos
obtenidos deben ser enviados a patología.

e.2. Extracción digital del embarazo con pinzas para-
huevo.- Es la introducción de las pinzas para huevo en la ca-
vidad uterina, y con ellas se toman los productos de la con-
cepción. Se extraen estos a través del cuello dilatado. Se -
indica después de la octava semana de gestación en los abor-
tos terapéuticos, eugenésicos, inevitables e incompletos. (50)

e.3. Desprendimiento digital del huevo.- Si la gesta-
ción es de más de doce semanas, es preferible desmenuzar el-
tejido placentario con el dedo antes de intentar su extrac-
ción con las pinzas para huevo. (51)

e.4. Succión del huevo y sus membranas.- Se aplica --
una bomba de vacío en la cavidad uterina. Se introduce por -

(48) ROJAS: Op. cit., p. 192

(49) BECK. Op. Cit., p. 478.

(50) Ibidem, p. 680.

(51) Ibidem.

el conducto cervical una cánula y se acopla en ella una bomba de succión, efectuando luego repetidos pasajes por la cavidad uterina hasta lograr el desprendimiento y extracción de todo el contenido. (52)

e.5. Histerectomía vaginal anterior (cesarea vaginal)

Es una operación vaginal en la cual se abre el canal cervical por medio de una incisión del cuello y de la pared anterior del útero. (53)

La incisión del cuello y de la pared anterior del útero es un medio excelente de vaciar el útero cuando el cuello es largo y rígido. En los primeros meses del embarazo puede hacerse esta operación.

7.- Complicaciones del aborto.

En el aborto se pueden presentar numerosas complicaciones, mucho más frecuentes en los abortos provocados, dada la forma clandestina, inexperta y séptica en que a menudo se realizan. Las principales complicaciones son; (54)

- a) Hemorragia.
- b) Infección.
- c) Shock.
- d) Intoxicaciones.
- e) Traumatismo.

a) Hemorragia.- La patogenia de la hemorragia post aborto es variable. La mayoría de las veces es debido a la retención de restos ovulares, que actúan dificultando la contracción. Cuando ésta es la causa de la hemorragia, la hemostasia se logra en forma inmediata después de evacuar correctamente el útero mediante el legrado. (55)

Varios factores anatómicos pueden contribuir a que -

(52) BECK: Op. cit., p. 681.

(53) Ibidem.

(54) CALANDRA: Op. cit., p. 123.

(55) Ibidem, p.p. 124-127.

sea más factible el aborto incompleto:

1^o Implantación corial profunda (accretismo).

2^o Irregularidades de la cavidad uterina (por malformaciones o miomas).

El diagnóstico de retención de restos como causa de hemorragia generalmente es sólo presuntivo y se apoya en la persistencia del agrandamiento uterino y la falta de una buena involución uterina.

El tratamiento médico consiste en la ministración de ocitócicos (derivados de la ergotina), como único procedimiento, de evitar el legrado uterino, o con el fin de facilitar o complementarlo.

Legrado uterino instrumental, es una operación en la cual se raspa la cavidad uterina con una cucharilla roma o con filo, y constituye el procedimiento más eficaz.

Una segunda causa de hemorragia es la infección. La endometritis séptica, que en grado leve es muy frecuente en el aborto, puede alcanzar jerarquía clínica y manifestarse por persistencia de la hemorragia. La propagación de la infección al miometrio, casi constante en los casos de mediana importancia, agrega un factor más de hemorragia; La involución uterina, y útero doloroso a la palpación bimanual, es característico de la endomiometritis séptica post aborto.

La hemorragia también puede ser debido a alteraciones anatómicas de la pared uterina: fibrosis uterina, endometriosis interna, miomas o lesiones traumáticas.

También la hemorragia se puede deber a alteraciones de la coagulación, preexistentes u originadas a consecuencia del embarazo o del aborto. La hipofibrinogenemia, gravísima causa de hemorragia puerperal, se observa rara vez en el aborto, debido probablemente a la menor importancia del área placentaria, fuente productora de los fibrinolisis.

b) Infección.- La infección complica al aborto con mayor frecuencia y gravedad cuanto peores son las condiciones-

técnicas en que se efectúa la interrupción del embarazo. Teniendo una graduación progresiva de incidencia de infecciones graves a medida que se alejan de los núcleos urbanos de mejor nivel socioeconómico a zonas rurales en los suburbios.

La infección del aparato genital después de un aborto, cualquiera que fuera su gravedad y el grado de propagación - al resto del organismo, puede originarse por un triple mecanismo. En primer lugar, por la exacerbación de la virulencia de los gérmenes ya existentes en el tracto genital, roto el equilibrio biológico por la aparición de circunstancias locales favorables (necrosis tisular, sangre coagulada y retenida). En segundo lugar, por el ascenso de gérmenes desde sectores frecuentemente infectados, pero con mecanismos defensivos biológicos (vagina, cuello), hasta la porción alta del tubo genital, normalmente estéril y con menos capacidad defensiva. Por último, por el aporte exógeno de gérmenes patógenos llevados por las maniobras, generalmente instrumentales empleadas para provocar o completar un aborto. (56)

Las infecciones más frecuentes son por enterobacterias, y a partir de su sitio de origen en la cavidad uterina, la infección se propaga siguiendo las clásicas vías de diseminación en el aparato genital (sanguínea, linfática, canalicular). En el caso del aborto, es evidente que las vías venosas presenta condiciones muy favorables, dada la abertura de espacios vasculares en el área placentaria que facilitan el ingreso al torrente circulatorio del germen o sus toxinas. La frecuencia de los hemocultivos positivos en los abortos sépticos da prueba de la realidad de este mecanismo.

La vía linfática es también frecuente, en este caso - la infección se traduce clínicamente por celulitis pelviana y absceso central del ovario. En sus formas leves, es muy frecuente en las infecciones post aborto, por lo general, yu

(56) CALANDRA: Op. cit., p.p. 128-131.

gulada rápidamente con el tratamiento antibiótico. En sus formas más graves lo es menos, pero debemos tener presente no obstante, que el antecedente reciente de aborto está presente en la mayoría de las infecciones pelvianas de importancia, el aborto es la causa más frecuente de los procesos inflamatorios pelvianos.

La vía canalicular (y por un mecanismo similar, la infección propagada a través de una perforación uterina) es responsable de peritonitis difusa o localizada y de infecciones agudas o crónicas de los anexos.

Las infecciones post aborto se clasifican en etiológicas y anatomoclínicas.

b.1. Clasificación etiológica.

b.1.1. Infección por gérmenes aerobios, cocos y bacilos que provocan los cuadros de infección séptica.

b.1.2. Infección por gérmenes anaerobios, que incluye la infección gangrenosa y el tétanos.

b.2. Clasificación anatomoclínica.

Originada la infección en el contenido de la cavidad uterina, favorecida por la presencia y permanencia de coágulos sanguíneos y restos necróticos, se puede comprobar diversos grados de difusión del proceso:

1^o Inicialmente se observa endometritis superficial, traducida clínicamente por modificaciones de las secreciones y febrícula, y esto se debe a menudo por la propagación de la infección a los intersticios linfáticos del miometrio.

2^o La propagación del proceso infeccioso puede alcanzar a los otros órganos del aparato genital y al tejido celular pelviano. Tendremos entonces salpingitis y oovaritis -- (anexitis) y celulitis pelviana.

3^o La infección llega al peritoneo y se difunde a la cavidad abdominal fuera de los límites de la pelvis, dando el cuadro de pelvipertonitis inicial y el de peritonitis difusa.

4º La invasión por vía sanguínea origina cuadros de septicemia, septicopiohemía o tromboflebitis superadas.

c) Shock.- Es el estado agudo de insuficiencia circulatoria con déficit de la perfusión capilarotisular, que lleva a las células a una situación de hipoxia, determinando en ella trastornos funcionales y morfológicos, con tendencia natural a la agravación progresiva. (57)

El trastorno fisiopatológico fundamental radica en el lecho vascular periférico.

La alteración hemodinámica básica que lleva al shock es la disminución del gasto cardíaco (volumen-minuto circulatorio) que depende de la reducción del retorno venoso -- (hemorragia, deshidratación, plasmaferésis), disminución de la contractilidad miocárdica (infarto, miocarditis, insuficiencia cardíaca crónica terminal) o de la asociación de ambos mecanismos (hipoxia, sepsis).

La disminución del gasto cardíaco y la hipotensión arterial consecutiva, actuando sobre los quimiorreceptores, provocará como respuesta taquicardia y vasoconstricción. Simultáneamente la médula suprarrenal aumentará la secreción de adrenalina y noradrenalina lo que acentuará la vasoconstricción periférica (renal y cutánea y en menor grado en territorio esplácnico, hígado y músculo). La finalidad de esta primera etapa del shock, o de hipoxia isquémica, es preservar la circulación cerebral y cardíaca, y mantener la homeostasis en una nueva situación de equilibrio (vasoconstricción retención de HCl y Na., aumento de frecuencia y contractilidad cardíaca). Si este estado se mantiene, sobrevendrá un grave déficit circulatorio en los tejidos periféricos, interrumpiéndose a ese nivel los fenómenos de oxigenación e intercambio, lo que llevará a la glucólisis y acidosis metabólica. Ello provocará dilatación de los esfínteres precapila-

(57) CALANDRA: Op. cit., p. 153.

res y constricción de los venulares, de lo que resultará un gran aumento del lecho capilar, con estasis circulatoria -- (segunda etapa o de hipoxia ectásica).

En una fase más avanzada es característica la coagulación intravascular difusa en los distintos territorios afectados, favorecida por la estasis sanguínea, la liberación de tromboplastina en los focos lesionales, el aumento del fibrinógeno y la acción que tuvo la acidosis local sobre la pared capilar. El estancamiento sanguíneo a nivel de los capilares será máximo. Las lesiones endoteliales ya no pueden impedir el pasaje del plasma y glóbulos hacia los tejidos. Todo esto lleva a la necrosis celular, lo que justifica el término del shock irreversible.

d) Intoxicaciones.- Existen las más variadas causas de intoxicación o envenenamiento por drogas y sustancias incorporadas al organismo por diversas vías con fines abortivos. (58)

La lista es demasiado extensa y demuestra como el ingenio, la fantasía o la superchería popular son de una riqueza inagotable cuando se trata de medios para interrumpir un embarazo. La ingestión de quinina, epiol, derivados del cornezuelo, infusiones de hierbas o frutos, algunos realmente tóxicos como los del " paraíso ", instilación intrauterina de solución de jabón, detergente, antisépticos o la colocación directa en la vagina de pastillas de permanganato de potasio, demuestran las más variadas complicaciones, entre las principales se encuentran las necrosis locales, insuficiencia renal y edema pulmonar.

e) Traumatismo.- Las lesiones traumáticas del aparato genital, específicamente del útero, suelen producirse en dos circunstancias: colocación de un cuerpo extraño en el útero con objeto de romper las membranas y estimular las contrac-

(58) ROJAS; Op. Cit., p. 192.

ciones uterinas; por lo común, se trata de una sonda, agujas de tejer, histerómetros, también pueden ocurrir traumatismos durante la realización del legrado uterino. La perforación es el accidente más frecuente y se observa en el fondo uterino, o a la altura del istmo en los casos de retroversión o anteflexión acentuada. Constituyen causas favorecedoras de este accidente las desviaciones uterinas, ciertas malformaciones y anomalías (útero bicorne, hipoplasia uterina) la implantación trofoblástica profunda, cicatrices de operación cesárea o miomectomía, el riesgo es mayor cuando más avanzado sea el embarazo. (59)

El cuadro clínico corresponde inicialmente al de la perforación de cualquier víscera intraperitoneal: dolor súbito intenso, acompañado de síntomas de shock peritoneal.

Pasado el incidente inicial, las manifestaciones que siguen corresponden a la importancia de las complicaciones posibles que acompañan a la perforación: hemorragia e infección. Es decir que el cuadro en las horas siguientes puede ser el de una hemorragia intraperitoneal o el de una peritonitis. Esta última puede ser debida al aporte de gérmenes exógenos al peritoneo o a la lesión de una asa intestinal en las perforaciones complicadas. Por el contrario, en las perforaciones simples, efectuadas con un histerómetro o cucharilla pequeña e inmediatamente reconocida, la posibilidad de complicaciones es mínima, sobre todo si la maniobra ha tenido lugar en condiciones adecuadas de asepsia.

No es fácil decidir en las primeras horas si un cuadro peritoneal inicial es debido a una infección ascendente, con probabilidades de ser controlada con tratamiento antibiótico, o a una perforación uterina que debe ser operada. Comprobada la perforación en el acto quirúrgico, la conducta variará según el tipo de la misma, desde el simple cierre, has

(59) ROJAS; Op. cit., 193.

ta las resecciones uterinas parciales o aun la histerectomía, en las heridas muy desgarradas y anfractuosas.

8.- Secuelas del aborto.

El aborto y sus complicaciones, se presentan con mayor frecuencia cuando éste ha sido provocado, dejando graves secuelas en el organismo de la mujer.

a) Pelvicopatía inflamatoria crónica.- Son infecciones sépticas leves, que cedon espontáneamente o más a menudo por el tratamiento antibiótico efectuado profilácticamente al -- realizar el aborto o por los síntomas clínicos de infección. Esta quedaría controlada sólo parcialmente y persiste como -- una salpingoovaritis leve, con celulitis pelviana mínima, -- presentando dolor espontáneo o exacerbado con la menstruación, el coito, así como hipermenorreas y flujo. (60)

b) Adherencias uterinas.- La adherencia patológica de las paredes uterinas se produce con mayor frecuencia después de un legrado o una biópsia uterina, siendo más frecuente en legrados. (61)

El cuadro clásico, amenorrea o hipomenorrea secundaria con una falta de relleno en la histerigrafía es a menudo consecutivo a un raspado uterino. La adherencia patológica de -- las paredes uterinas se produce, con mayor frecuencia después de un raspado biópsia.

El diagnóstico se hace mediante una histerometría y -- aún mejor con una histerografía.

c) Esterilidad.- En los antecedentes de las pacientes que consultan por esterilidad figura con cierta frecuencia -- la mención de un aborto provocado. Establece una relación -- causal entre dicho antecedente y la dificultad posterior en procrear, es bastante difícil en la mayoría de los casos. (62)

(60) CALANDRA: Op. Cit., p. 186.

(61) Ibidem, p. 187.

(62) Ibidem, p. 187.

Un mecanismo posible, pero poco frecuente, es la secuela de raspados sobre el endometrio. Las sinequias uterinas y los endometriosis enanos por raspados abrasivos o muy reiterados, pueden explicar algunos casos de esterilidad. En estas pacientes, los factores emocionales que, por diversos mecanismos, pueden prolongar el duelo patológico que ocasiona el aborto, bajo la forma de esterilidad.

C.- Aspecto psicológico del aborto.

1.- Psicogenesis del aborto.

a) Factores múltiples en la etiopatogenia de todo aborto.- El aborto, como todos los fenómenos que se expresan en el área corporal puede considerarse una conducta, al igual que los fenómenos propiamente psíquicos y los procesos de comunicación con el mundo que nos rodea. Todo lo que acontece en el cuerpo se acompaña de efectos y emociones intensas y provocan cambios internos. (63)

Cuerpo y mente son dos niveles de expresión de una misma estructura. Un conflicto mental es una modificación en un nivel, que se da simultáneamente en el otro como desequilibrio orgánico, y recíprocamente. Si esto es así para todo el funcionamiento corporal, lo es mucho más en el caso del destino de tres seres (madre-padre-hijo) son evidentes. Al hablar de psicodinamismo del aborto, no se trata de postular que existen abortos psicógenos " puros ", pueden ser conscientes (aborto provocado) o inconscientes, la voluntad no puede actuar de por sí sin el concurso de intermediarios (instrumentos mecánicos, físicos o químicos en un caso, neurohormonales en el otro). Por otra parte, y salvo tal vez en el caso de abortos provocados instrumentalmente, no cabe hablar de la efectividad del deseo consciente o inconsciente de abortar como único determinante, pues éste no actúa sino en con-

(63) CALANDRA: Op. cit., p. 229.

curso de fuerzas -a veces concurrentes y a veces oponentes-- que indican una complacencia o predisposición orgánica al aborto o una resistencia al mismo como tendencia retentiva de la matriz.

Cabe dudar de que exista, sin conflicto o resistencia, una voluntad firme de abortar, ni siquiera en casos de abortos inducidos, pues siempre esta voluntad se contradice con deseos de prosecución del embarazo. Del mismo modo que se niegan los abortos psicógenos "puros", se niega la existencia de abortos orgánicos "puros".

b) Importancia del rol del hombre.- Así como ya nadie estudia la esterilidad de la mujer sino la de la pareja, así debemos plantear la pregunta correcta ¿por qué una pareja --llega a un embarazo que termina en aborto?. Se menciona antes que sólo en los extremos de los conflictos, en aquellos casos en que la preponderancia de uno de los factores es de tal magnitud que casi automáticamente anula la concurrencia o la oposición de otros factores, podemos confiar en generalizaciones valederas. Si esto es correcto aplicado a la estructura biopsicosocial de la mujer o del hombre aisladamente, es incompleto si no se aplica también al conflicto de la pareja en su situación real y concreta. Sólo en casos extremos podemos atribuir la etiopatogenia del aborto a uno solo de los integrantes de la pareja -habitualmente la mujer- como único factor determinante. (64)

c) Importancia del embarazo previo.- Aparentemente no hay dificultad; los abortos provocados son voluntarios, los abortos espontáneos son involuntarios. Existen determinadas mujeres que tienen una increíble cantidad de abortos provocados en su historia personal, pareciera que necesitan volver a embarazarse, para volver a abortar, pues ni los motivos -aducidos para explicar el rechazo o fracaso de toda precau--

(64) CALANDRA: Op. cit., p. 231.

sión anticonceptiva, ni los motivos aducidos para justificar la necesidad de los abortos, resultan convincentes. (65)

d) Psicodinamismo del embarazo en la mujer y en el hombre.- El deseo de tener un hijo puede deberse a distintos motivos. (66)

El mandato biológico de cumplir el fin último y verdadero de la relación sexual: la procreación.

Un embarazo así requiere de una pareja madura e integrada con responsabilidad para el proyecto del hijo, lo que significa un balance previo, incluyendo las condiciones de estabilidad afectiva, moral, económica y social de la pareja, que hagan factible la realización de este proyecto. Tener un hijo no es sólo procrear, sino poder brindar el clima de amor y de seguridad que todo hijo exige.

Pero todo embarazo es una situación de crisis vital. Conmociona las relaciones de la pareja que deberá adaptarse a una situación triangular de hechos y provoca en ambos miembros, y sobre todo en la mujer, la reactividad de intensas fantasías inconscientes y de una regresión temporal. La ambivalencia es manifiesta aun en casos supuestamente ideales ya que toda paternidad comporta aspectos gratificantes y aspectos frustrantes.

Entre los aspectos frustrantes, algunos son conscientes: esfuerzo económico, temores a que el hijo interfiera en las relaciones de la pareja, inquietud por el vínculo con el hijo y la ruptura del equilibrio logrado (pareja sola o pareja ya con otros hijos), angustia frente al futuro incierto, responsabilidad por la educación, dudas por la salud psicofísica del hijo engendrado, resistencia a perder la libertad, disponibilidad de tiempo y lugar; en la mujer miedo a deformación corporal y al alejamiento sexual del hombre, te-

(65) CALANDRA: Op. cit. p. 232.

(66) Ibidem, p. 233.

mor al dolor y á la muerte durante el embarazo y el parto. Otros aspectos frustrantes son inconscientes, y sin duda los más importantes, y están en relación con la mencionada reactivación de fantasmas inconscientes y en el replanteo de la relación interna y externa con los propios padres.

e) Embarazos deseados y no deseados.- En la mayoría de los casos no se dan las condiciones óptimas aunque el embarazo sea deseado. Otras veces el embarazo es sólo un medio de realizar fantasmas inconscientes y, aunque deseado, da la impresión de ser no deseado. ¿Qué decir entonces de los múltiples casos de embarazos "accidentales" -no deseados conscientemente o directamente indeseados-?. Por otra parte el conflicto puede ser grave, pues a una voluntad consciente de engendrar se oponen íntimos rechazos inconscientes. Se tendría en uno de los extremos los casos óptimos, en el centro los casos de embarazo supuestamente deseados pero inconscientemente rechazados o casos indeseados e inconscientemente buscados y en el otro extremo los casos de abierta oposición e incluso numerosos casos extraños en los que inconscientemente no se busca el embarazo sino el aborto, ya sea el aborto del feto en sí, o la expulsión inconsciente de aspectos persecutorios del Yo a través del cuerpo de la madre o del feto. (67)

f) Correlaciones con los abortos, espontáneos y provocados.- El aborto voluntario es consecuencia de un embarazo no deseado, por lo menos por uno de los integrantes de la pareja. Pero los motivos aducidos: situación social, desamparo de la madre soltera, problemas económicos, poca estabilidad de la pareja, demasiados hijos, problemas de salud, etc. no deben aceptarse siempre como valaderos, pues a veces son causas que esconden los verdaderos motivos inconscientes. (68)

(67) CALANDBA: Op. cit., p. 234.

(68) Ibidem.

g) Situación de la mujer.- Se sostiene a menudo que - las mujeres carecen de protección frente a la desconsidera - ción del hombre que aparentemente no tiene nada que perder, - y que quedan embarazadas sin desearlo, pues no saben cuidarse o su femineidad rechaza toda precaución anticonceptiva. (69)

Actualmente las píldoras son un signo de la época de liberación de la mujer, y por ende de la mayor responsabili - dad femenina frente a su destino. En la actualidad las muje - res que no quieren o no saben cuidarse, son mujeres someti - das al compañero con costumbres culturales de épocas anterio - ras.

h) Problema socioeconómico.- En las parejas de muy ba - jo nivel socioeconómico y cultural, la pobreza y la ignoran - cia se unen contra todo cuidado. Estos factores socioeconómi - cos son de gran importancia. Pero no se ha estudiado amplia - mente el interjuego de estos factores con los psicológicos.

Se ha dicho que la gente pobre tiene hijos porque re - presenta su único capital, o porque no tienen otra distrac - ción que el coito. Así también, empíricamente puede decirse - que los más pobres y desposeídos abortan también por razones - psicológicas, porque no se permiten tener ningún capital. (70)

El enfoque de las clases sociales tendrá máxima impor - tancia cuando se hable de Planificación familiar, se compren - de así que la total paternidad responsable sólo podrá lograr - se en la medida en que se realice la revolución social.

2.- Repercusión psicológica del aborto.

El aborto, como toda pérdida, es un duelo, pero un - duelo agravado porque no se trata sólo de una pérdida de ob - jeto sino también de importantes partes del Yo corporal y - psicológicas. Además, el duelo del aborto es a menudo un due - lo patológico (perturba el proceso normal de elaboración y -

(69) CALANDRA: Op. cit., p. 238.

(70) Ibidem, p. 239.

superación del mismo), debido a que predominan defensas míasicas, sobre todo la negación que evita enfrentarse con las profundas ansiedades persecutorias y depresivas que despierta. La negación no es un simple mecanismo de rechazo o de engaño, sino una escotomización de la percepción de la realidad psíquica y de la realidad externa, que impide reconocer la importancia de lo sucedido y discriminar la intensidad de las emociones suscitadas. (71)

Es indudable que un aborto sólo raramente desencadena enfermedades psiquiátricas graves y que en ese sentido puede ser más peligrosa la continuación forzada de un embarazo no deseado.

En muchos casos el embarazo es un signo de perturbación neurótica y en ciertas circunstancias el aborto es la conducta más sana y racional que la continuación del embarazo.

En casi todos los estudios realizados se distingue un estado de alta tensión emocional previamente y durante el aborto y reacciones de pena y culpa posteriores, que desaparecen generalmente en semanas o meses. Se ve generalmente un período muy corto de alivio al desaparecer la tensión emocional previa y la ansiedad provocada por la práctica del aborto, luego un período de semanas o meses de tristeza y culpa-consciente y finalmente un período de ajuste o adaptación.

También se ha dicho e insistido en que la presión cultural, la clandestinidad, la sordidez habitual de los abortos ilegales, son la fuente de ansiedades intensas que provocan luego perturbaciones psicológicas. En general parece que los abortos de ese tipo tienen más sentimientos de culpa que los abortos permitidos y oficiales. La respuesta emocional de la mujer depende en gran medida de su personalidad previa, de sus sentimientos conscientes e inconscientes hacia el em-

(71) LARET DE MATHEUS: Op. Cit., p.p. 201-203.

barazo, hacia el hombre, y hacia sí misma, de los motivos -- conscientes e inconscientes que le llevaron al embarazo y al aborto, de las circunstancias concretas del aborto, y en general de todo el contexto familiar y social en que está inmersa.

En caso de trastornos psicológicos, no se trata de casualidades directas o reglas universales que permitan asegurar que todo aborto provocará trastornos, o que siempre estos tipos de trastornos se deben a abortos. Si aparecen síntomas post aborto, éstos tendrán como todo síntoma una historia -- particular basada en las series complementarias de Freud -- (influencias recíprocas de lo congénito, la historia personal y el trauma desencadenante), es decir que su contenido específico y su intensidad dependerán de la personalidad pre aborto de la mujer y de la pareja, y del significado específico que tuvo el embarazo y el aborto para ellos.

De acuerdo con la práctica psicoanalítica, los trastornos más frecuentes que pueden observarse son:

- a) Hipocondría.
- b) Fobias.
- c) Neurosis de freceso.
- d) Disminución de procesos sublimatorios.
- e) Deterioro del vínculo de la pareja y frecesos en general de todas las relaciones objetales.

a) Hipocondría.- Suelen despertarse o intensificarse por la importancia de las ansiedades persecutorias y confusionales provocadas por el aborto. (72)

b) Fobias.- Pueden verse fobias francas o síntomas leves pero significativos que hay que saber buscar. En el aborto provocado las fobias aparecen relacionadas sobre todo con la angustia de castración genital. Las más frecuentes son -- las agorafobias (aislamiento) y las claustrofobias, en que

(72) CALANDRA; Op. Cit., p. 250.

el factor más importante es la regresión del Yo y su identificación con el feto abortado. (73)

c) Neurosis de fracaso.- Se trata de personas jóvenes angustiadas, frustradas en todo lo que emprenden, que sufren una sucesión de fracasos acompañados de desesperanza y deavalorización. Las neurosis de fracaso posteriores a abortos se producen en parte por las mencionadas reacciones fóbicas de huida frente a los compromisos vitales, pero sobre todo por identificación con el Superyo, que no satisfecho con empujar al aborto en sí continúa presionando al Yo para hacerlo abortar en todo lo que emprende. (74)

d) Disminución de las capacidades de sublimación.- Da como consecuencia directa de la castración y la regresión -- consecuente. (75)

e) Relaciones de la pareja después del aborto.- En general empeora, el aborto es a menudo índice de cierto deterioro en dicha relación, pero a partir de él, entre ellos se interpone una realidad muy persecutoria por la culpa que genera la muerte del hijo. (76)

D.- Aspecto sociológico del aborto.

1.- La población humana y su comportamiento demográfico.

No obstante el hecho de que al hombre sea mucho más flexible que los animales inferiores para adaptarse a una gran variedad de medios diferentes, es un hecho también que parece congeniar más con unos que con otros medios. Como consecuencia, vastos territorios del planeta tienen una escasa o nula población.

(73) CALANDRA; Op. cit., p. 251.

(74) Ibidem, p. 251.

(75) Ibidem.

(76) Ibidem, p. 252.

Las regiones del mundo cuya densidad de población es muy baja se encuentra en las zonas árticas de América del Norte y de Asia, la vasta región desértica que se extiende desde el norte de Africa hasta el Asia Central, el árido interior de Australia, las zonas montañosas de América del Norte, América del Sur y de Africa, y otras más. La distribución de la población mundial es tan compleja que casi la mitad de ella vive en el 5% de la superficie terrestre total del planeta. (77)

La distribución de la población mundial se ve afectada por factores históricos y ambientales.

Los factores ambientales que afectan a la distribución de la población en un momento dado son:

a) Clima.

b) Ubicación de los recursos de agua, del suelo, energéticos y minerales.

c) Las relaciones de transporte.

a) Clima.- El clima tiene gran importancia en la distribución de la población, existen grandes regiones en el mundo que por su temperatura no son pobladas. Los climas demasiado fríos presentan obstáculos extremos para ser habitados, y entre ellos se cuenta la dificultad para la producción de alimentos, cuya necesidad de vestuarios y albergues son muy especiales. En la actualidad, las únicas regiones de climas muy fríos que se encuentran habitadas son aquellas que contienen minerales valiosos o que son de importancia estratégica por razones militares o científicas. Las calurosas -- son las tropicales están mucho más pobladas que las zonas polares. Sin embargo, también los trópicos presentan algunas dificultades para la habitación humana, el medio tropical -- produce mayor incidencia de enfermedades infecciosas, princi

(77) HEER, David. Sociedad y población. Ed. Trillas. México, 1973, p. 43.

palmente por que el curso de las estaciones no frena la proliferación de insectos, bacterias y hongos, existe una combinación de calor y humedad elevados. (78)

b) Ubicación de los recursos.- Las comunidades humanas necesitan grandes cantidades de agua a bajo costo, líquidos indispensables no solamente para su uso directo como agua potable y para la higiene, sino también para su uso indirecto. La población humana es densa principalmente en las regiones donde el régimen pluvial resulta ser apropiado. Si el régimen de lluvias es inadecuado, una población densa solo puede mantenerse si hay abundancia de aguas subterráneas, un río en las cercanías, instalaciones para la conducción del agua, a bajo costo, a través de tuberías o acueductos, o plantas de procesamiento para la desalinización del agua del mar, también a bajo costo. (79)

La calidad del suelo que se cultiva constituye también un determinante primordial de la distribución de la población.

Los recursos minerales o energéticos también pueden atraer pobladores. Si lo que se quiere es explotar dichos recursos, la población debe ser, cuando menos, suficiente para proporcionar la fuerza laboral necesaria para la extracción. Si los recursos existen en gran escala, una población artificial podría establecerse en las cercanías de dichas fuentes de recursos, puesto que generalmente es más productivo hacer uso de estos en el mismo lugar en que se encuentran que en cualquier otra parte.

c) Relaciones de transporte.- Puesto que se pueden utilizar casi todos los recursos necesarios para la subsistencia humana en lugares diferentes de sus lugares de origen, ciertas regiones pueden volverse importantes centros de po-

(78) HEER: Op. cit., p. 44.

(79) Ibidem, p. 45.

blección si son bajos sus costos de transporte desde los lugares de origen de los recursos y hacia los diferentes mercados. Con la actual tecnología, el costo del transporte por agua es generalmente menos costoso que el transporte por tierra. De ahí que las regiones costeras y las islas posean condiciones apropiadas para elaborar e industrializar a bajo costo las materias primas originarias de cualquier parte, así como para enviar el producto terminado a cualquier lugar del mundo. (80)

2.- La organización familiar y su repercusión en la reproducción humana.

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad, el hombre para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria. Esto es, desde el nacimiento hasta la muerte, inevitablemente realizamos nuestras actividades dentro de conglomerados, como la familia, el trabajo, la escuela, etc. resaltando por su importancia la familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para proveer a la satisfacción de las necesidades familiares.

La familia ha sufrido una serie de modificaciones respecto a la organización familiar, considerando los siguientes tipos de organización : (81)

- a) Promiscuidad inicial.
- b) Cenogamia.
- c) Poligamia.
 - c.1. Poliandria.
 - c.2. Poligenia.
- d) Familia patriarcal monogámica.

(80) HEER; Op. cit., p. 49.

(81) SANCHEZ, Azcona. Familia y sociedad. Ed. Joaquín Mortiz, S.A. México, 1974, p. 17.

e) Familia conyugal moderna.

La familia debe proveer a la satisfacción de las necesidades integrales del hombre, sienta las bases de la supervivencia física y espiritual del individuo, es a través de la experiencia familiar y la comunicación como los miembros de la familia deben ir desarrollando lo esencial de cada uno de ellos al encontrar el refugio y la alimentación material y anímica que permite darle un sentido existencial humanístico a su vida.

Podemos, mencionar como características de la familia moderna las siguientes: (82)

1^o Una institución socio jurídica que conocemos por matrimonio.

2^o Una relación sexual legítima y permanente.

3^o Conjunto de normas que regulan la relación entre los padres y los hijos, normas que pueden ser jurídicas, religiosas y morales.

4^o Sistema de nomenclatura que define el parentesco.

5^o Regulación de las actividades económicas.

6^o Un lugar físico para vivir.

Estas características se actualizan a través de una multiplicidad de procesos sociales:

7^o De contacto recíproco (conciencia de la existencia, presencia y conducta de los miembros de la familia).

8^o De intercomunicación recíproca (por actitudes, gestos y lenguaje).

9^o De interactividad (influencia recíproca).

10^o De cooperación por división del trabajo (actividades para ganar los medios de subsistencia, faenas del hogar, enseñanza, aprendizaje etc.).

11^o De cooperación solidaria (padre y madre conjuntamente realizan funciones educativas y afrontan los mismos -

(82) SANCHEZ: Op. cit., p. 21.

problemas).

12^o De ajuste (entre los cónyugas, y de los padres - con los hijos y viceversa).

13^o De subordinación (de los hijos a los padres).

14^o De servicio (de los padres para los hijos).

15^o De mutuo apoyo y auxilio (entre los cónyugas y - entre éstos y los hijos).

Lo anterior va creando y fortaleciendo una interdependencia material y emotiva entre quienes integran la familia. Se forme un sentimiento de comunidad y de pertenencia. Son - estos procesos los que configuran el vínculo consanguíneo, - los que le dan historicidad a la familia.

3.- Situación social de la mujer en una sociedad en - vías de desarrollo, como en el caso de México.

La capacidad reproductiva de la mujer ha contribuido - a ampliar la gama de discriminaciones con que se enfrenta en un mundo dominado por valores " masculinos ". Tradicionalmente, el papel social que se le asigna la hace responsable de una serie de tareas concretas, estimadas de su competencia - exclusiva, y que se limitan a la maternidad, crianza de los - hijos, desempeño de las labores domésticas, el cultivo de - las artes y disciplinas orientadas al cuidado y enseñanza de los niños. A esto se debe en gran parte la dependencia psicológica y económica respecto al hombre (padre, marido o hermano), una participación política mínima. (83)

Si consideramos a la mujer como grupo social, tenemos que reconocer que, en su conjunto, constituyen un grupo marginado que se caracterize por su participación limitada en - la sociedad y por no gozar de la plenitud de sus derechos.

En los países en vía de desarrollo como el nuestro, - la posición de la mujer suele ser aún más desventajosa e in-

(83) ACOSTA, Marieluz. El aborto en México. Fondo de Cultura Económica. México, 1976, p.p. 10-15.

justa que en las sociedades más avanzadas. Las mexicanas comienzan apenas a incorporarse en números significativos a la fuerza laboral y a las actividades educativas.

Hace unos años, prácticamente sólo la mujer pobre - - (campesina o urbana) trabajaba para ayudar al mantenimiento económico de la familia (y siempre en posición desventajosa). La perteneciente a la clase media o alta no lo hacía por no tener necesidad monetaria, o porque su marido lo consideraba un agravio a su masculinidad. También es reciente el acceso de la mujer a las profesiones liberales, antes consideradas sólo propias para hombres.

El Censo General de Población de 1970 nos indica, por ejemplo, que de una población económicamente activa de aproximadamente 13 millones de personas, dos y medio son mujeres, - distribuidas, un millón en la agricultura; alrededor de medio millón en la industria y el resto en los servicios. Dentro - de esta última rama, la mitad se dedica a los servicios domésticos, y otra gran parte a la enseñanza primaria, mientras que sólo 28 mil mujeres prestan otros servicios profesionales.

Esta incipiente participación de la mujer en el desarrollo integral de nuestra sociedad ha tenido enfrentarse a una formidable barrera de obstáculos socio-culturales heredados del pasado, que siguen asignándole como única finalidad - el matrimonio, la maternidad múltiple y una vida que transcurre en el seno del hogar. Para vencer tales obstáculos, es - indispensable que las características biológicas de la mujer no constituyan el elemento rector de su existencia; es decir, que no se vea obligada a gastar todas sus energías en la maternidad.

Esto, no se podrá lograr la educación; educación nueva a la mujer y le dé a la vez la posibilidad de acceder a toda la gama de actividades que hasta ahora le han sido vedadas; que la haga consciente de que su función como ser social puede (y debe) trascender las puertas del hogar, y de

que tiene tantas posibilidades como el hombre de ejercer su talento y aprovechar sus capacidades.

Es evidente que lo anterior significa un cambio fundamental de la conciencia social, que desembocará necesariamente en la integración total de hombres y mujeres en un nuevo orden socio-económico y político.

Un aspecto imprescindible de esta formación general debe ser el de la educación sexual y la consiguiente utilización de métodos anticonceptivos que permiten controlar la fecundidad. Como en México ninguno de los dos aspectos ha tenido todavía una difusión suficiente, son muchas las mujeres que, ante la falta de otros medios, siguen recurriendo al aborto para limitar el crecimiento de su familia.

A pesar de las restricciones legales y morales que existen en México respecto al aborto, éste no deja de ser una realidad, y una realidad que reviste proporciones alarmantes. Debido a la clandestinidad obligatoria en que se practica, es difícil obtener datos exactos sobre el número de mujeres que recurren a él. Se calcula que actualmente hay un aborto intencionado por cada cinco embarazos, lo que da un total de 600 a 700 mil abortos anuales. (84)

4.- Factores sociales en pro y contra del aborto en países de América Latina.

Los factores favorables a la legalización del aborto tienen un basamento científico estricto: médico, genético y psiquiátrico, que tiende a obtener la felicidad humana, madre-hijo, y la eugenesia poblacional. (85)

Los factores a favor del aborto son los siguientes:

- a) Factores médicos.- Salud de la madre, del hijo y eugenesia poblacional.
- b) Factores psicológicos.- son determinantes de los -

(84) Asociación Mexicana de Población. Consideraciones sobre el aborto.

(85) LARET DE MATHEUS; Op. cit., p. 265.

siguientes puntos:

- b.1. Abandono de niños (recién nacidos).
- b.2. Infanticidio.
- b.3. Hijo no deseado.

El origen de los factores en contra del aborto oscilan desde la ética personal hasta los planteamientos religiosos- (inseguridad por falta de razonamientos científicos, no universal ya que existen religiones que aceptan la práctica del aborto), morales (no absoluta y universal por las anteriores razones, ya que deriva de la primera) y psicológicas - (secuelas "post-abortum", influencia de los factores religiosos y morales del medio ambiente). La ley se fundamenta en estos factores.

Existe la posición de que el aborto no se aceptara en forma considerable mientras no se presenten cambios mayores en el medio social, educativo, nivel de vida, industrialización y reducción de mortalidad, especialmente en la infancia.

5.- Alternativas sociales para la prevención del aborto.

a) Educativas.- La reducción de los abortos sólo podrá lograrse mediante el desarrollo de la educación de la población en general, iniciándose en la infancia. (86)

Teniendo como finalidad la preparación de los ciudadanos para una vida social donde todos estan obligados a participar como miembros activos y útiles. En este sentido constituye el progreso del medio e indudablemente interviene en su transformación, haciendo que se desarrolle su máxima intensidad y capacidades individuales aprovechando los propósitos educativos en el mejoramiento del nivel social y económico no sólo de cada familia, sino de la comunidad.

b) Ejercitación ocupacional de la mujer.- En la histor

ria de la mujer y en la historia de la humanidad han existido pocos momentos en los que se ha generado una confluencia de intereses que favorezca el desarrollo y la promoción de la mujer. Lamentablemente se ve que en los últimos tiempos - la demanda de una participación social de la mujer se ha visto ligada a dos catástrofes; las guerras mundiales. Actualmente nos encontramos ante otra grave contingencia: el crecimiento demográfico. El problema, vigente a nivel mundial, se agudiza en los países del tercer mundo, dando los sistemas socioeconómicos existentes, siendo un obstáculo a la obtención de los satisfactores requeridos. Ante el acelerado crecimiento demográfico originado por el desequilibrio en las tasas natalidad-mortalidad, la sociedad trata de identificar cuales son los factores que pueden coadyuvar a abátir la fecundidad y con ello propiciar un nuevo equilibrio. (87)

La participación de la mujer en la vida económicamente activa es considerada como uno de los factores favorables para su desarrollo, y la exaltación de su condición de ser productiva más que reproductiva, abre múltiples oportunidades cuya trascendencia va más allá de las repercusiones cuantitativas que puedan tener sobre su fecundidad.

De esta manera, las posibilidades para la mujer se amplían, sin embargo estas van a estar condicionadas por múltiples factores y circunstancias.

c) Restructuración del grupo familiar.- Cuando se habla del programa de planeación familiar, se insiste siempre en que debe ser la pareja la que actúa como unidad de decisiones. De ahí el considerar que el fomento de todos aquellos factores que indiquen una mayor integración de la pareja, tales como la comunicación, el acuerdo mutuo, el compañerismo y la satisfacción conyugal, permitiría una más eficaz planeación de los nacimientos y consecuentemente una disminución

(87) S.E.P.: Op. cit., p. 14.

de la fecundidad y por ende la prevención de abortos. (88)

d) Planificación familiar.- El análisis sobre la planificación familiar se centra en tres puntos: actitudes hacia la limitación de los nacimientos, métodos de control de estos nacimientos e intervalo entre ellos. (89)

La planificación familiar es positiva por las siguientes razones: cada hijo será un hijo deseado y se evitarán así los problemas emocionales que acompañan la llegada de un ser no deseado, entre cada hijo habrá los intervalos que requiera la salud de la madre, los nacimientos se ajustarán a las necesidades económicas y facilidades de vivienda.

La reproducción conciente es el primer paso a la paternidad responsable que implica cierta madurez mental y moral de la persona al engendrar a los hijos, hay que tener la plena conciencia de su significado que comprende una responsabilidad futura.

El embarazo no deseado, por razones de salud, sentimentales o económicos, es un accidente que muchas veces la pareja o la madre resuelve provocándose abortos con todas sus implicaciones morales y riesgos.

E.- Aspecto médico legal.

1.- Aborto delito.

El Código Penal vigente en el Distrito y Territorios Federales, agrupan bajo la designación de "delitos contra las personas" a los delitos contra la vida (aborto).

ARTICULO 329.- Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez. (90)

(88) FRANCO. Saqnon. El aborto desde el punto de vista sociológico. Facultad de Derecho. México, 1976, p. 12.

(89) ENRIQUEZ Ramírez. Efectos de la planificación familiar en el aborto. Facultad de Medicina. México, 1976, p. 29.

(90) LEYES y Códigos de México. Código Penal para el Distrito Federal. Ed. Porrón, S.A. México, 1975, Capítulo VI.

ARTICULO 330.- Al que hiciere abortar a una mujer se le aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella. Cuando falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años, y si mediare violencia física o moral, se impondrán al delincuente de seis a ocho años de prisión.

ARTICULO 331.- Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadron o partera, además de las sanciones que le corresponden conforme al anterior artículo, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.

ARTICULO 332.- Se impondrán de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro le haga abortar, si concurren estas tres circunstancias:

- a) Que no tenga mala fama.
- b) Que haya logrado ocultar su embarazo.
- c) Que éste sea fruto de una unión ilegítima.

Faltando alguna de las circunstancias mencionadas, se le aplicará de uno a cinco años de prisión.

ARTICULO 333.- No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación.

ARTICULO 334.- No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligroso la demora.

2.- Abortos justificables por la ley o excepciones legales.

Estas excepciones se clasifican de la siguiente manera: (91)

- a) Aborto terapéutico o necesario.

(91) CALANDRA: Op. cit., p. 226.

- b) Aborto eugénico o eugénésico.
- c) Aborto por indicación médico social.
- d) Aborto sentimental, humanitario o ético.
- e) Aborto honoris-causa.
- f) Aborto por indicación social y socioeconómico

a) Aborto terapéutico o necesario.- La causa que justifica el aborto en este caso es salvaguardar la vida o salud de la mujer embarazada. Y se utiliza cuando no puede ser evitado por otro medio. A veces se aclara que la amenaza para la salud o la vida debe ser grave o que la amenaza de daño para la salud debe ser "permanente". El peligro o daño para la salud incluye tanto la física como la mental. Para que se pueda llevar a cabo este tipo de abortos se tienen que llenar los siguientes requisitos: (92)

1º Que el aborto sea realizado por un médico titulado.

2º La mujer o su representante legal de el consentimiento.

3º Que se efectue antes de la vigésima sexta semana de embarazo.

b) AAborto eugénicos o eugénésico.- Es la excepción fundada en la alta probabilidad o certeza de que el hijo por nacer padezca una seria anomalía, deformación, tara o enfermedad grave e incurable somática o psíquica, a cause de grave daño o lesiones sufridas durante el embarazo, como la ingestión de ciertas drogas dañinas durante el embarazo, cuando la madre ha contraído alguna infección viral, especialmente rubeola, exposición de la madre a radiaciones durante el embarazo, cuando existe un riesgo sustancial de malformaciones en el feto a consecuencia de factores genéticos. (93)

b.1. Drogas.- Ciertos medicamentos que afectan el metabolismo fetal, entre los principales se encuentran la Teli-

(92) CALANDRA: Op. cit., p. 227.

(93) LARET DE MATHEUS: Op. cit., p. 198.

domida. (94)

b.2. Rubéola.- El riesgo de que la rubéola cause una anomalía en el feto es del 50% si la enfermedad se contrae durante el primer mes de embarazo, del 22% en el segundo mes y del 6 al 8% en el tercer mes. Se analiza la severidad de las anomalías fetales de esos niños y se adquiere el convencimiento de que constituyen motivos más que suficientes para que no nazcan. Tanto desde un punto de vista económico como desde el punto de vista humanitario. (95)

b.3. Radiación.- Se acepta generalmente, que si las radiaciones se han suministrado a la madre, en dosis terapéuticas durante los primeros cinco meses del embarazo, pueden resultar malformaciones o la muerte del feto. Estas dosis terapéuticas de radiación se recomiendan en el tratamiento de enfermedades malignas, tales como el carcinoma del cervix. En tal situación se perscribe el aborto. (96)

b.4. Genética.- Si la salud de la madre incluye la salud mental, entonces debe recordarse que la procreación de un hijo mentalmente defectuoso, puede amenazar severamente la situación de la madre, del padre y otros miembros de la familia. (97)

Se ha dicho que en estos casos el bien protegido es la raza y el bien de la comunidad. Pero puede aducirse que es tanto o más fundante como justificativo la protección de la familia, de la pareja, de la salud de la madre, e incluso de los hipotéticos derechos de un ser por nacer, a nacer sano y normal.

c) Aborto por indicación médico social.- Es una extensión justificada de las indicaciones médicas, ya que el cri-

(94) LAREY: Op. cit., p. 199.

(95) Ibidem.

(96) Ibidem, p. 200.

(97) Ibidem.

terio pronóstico sólo pueda hacerse en razón de las condiciones reales de la vida. Una enfermedad o un estado de debilidad, que estrictamente no justifican un aborto médico si la mujer está en condiciones de cuidarse adecuadamente durante su embarazo, puede convertirse en peligrosos detonantes si - la mujer vive en la pobreza, si debe trabajar y sostener una familia numerosa o si no tiene posibilidades de recibir los cuidados necesarios. (98)

La Organización Mundial de la Salud postula que no sólo la enfermedad puede poner en peligro la vida y la salud - de la mujer embarazada, sino que también las condiciones económicas y sociales incidirán, de ahí que sea necesario un análisis "social" de cada caso: edad, tipo de familia, número de hijos, vivienda, sueldos, trabajo etc.

d) Aborto sentimental, humanitario o ético.- Es el aborto permitido en los casos en que el embarazo provenga de un acto delictivo o delito sexual, cometido contra la voluntad de la mujer, o con un consentimiento viciado, por falta de responsabilidad moral y jurídica de ésta (violación).⁽⁹⁹⁾

El bien jurídico protegido en estos casos es sin duda el libre albedrío de la mujer, es decir su derecho a ser actora voluntaria de un proceso que la involucra vitalmente. - Así como no quiere aceptarse el derecho de la mujer para disponer del fruto de su vientre, sí se acepta su derecho a decidir su embarazo. De hecho se considera que toda mujer mayor de edad y en su sano juicio está en condiciones de conocer y medir las consecuencias de sus actos (en este caso de las relaciones sexuales) y debe por lo tanto asumir la responsabilidad si resulta embarazada. Pero en caso de violación hay imputabilidad moral y jurídica, y por ende la mujer no es responsable del embarazo, siendo legítimo su derecho -

(98) CALANDRA: Op. cit., p. 273.

(99) Ibidem:

de oponerse al mismo, y sacrificándose por tanto en este caso al derecho del ser por nacer.

En las legislaciones que así lo entienden, exige generalmente que la denuncia por violación haya sido ya hecha o que la acción penal haya comenzado, la autorización es dada por el juez.

e) Aborto honoris-causa.- En todos los casos en que se le considera, figura como circunstancia atenuante y no como excepción. Se refiere a los casos de mujeres de buena fama (solteras o viudas) cuyo embarazo hiciese pública una situación condenatoria respecto a su vida sexual, afectando así el honor individual o familiar. (100)

El bien jurídico protegido es, sin duda, el "honor" de una mujer o de una familia. Aunque legalmente no es en la actualidad justificable, de hecho recurren al aborto muchas mujeres para evitar el escándalo familiar y la condena social, pudiéndose pensar que es la única causa de los abortos provocados en el caso de las primeras relaciones sexuales.

f) Aborto por indicación social y económica.- en algunos países el aborto se autoriza a solicitud de la mujer cuando ésta invoca razones de índole social o económica: número de hijos, ilegitimidad, muerte o invalidez del esposo, problemas de vivienda, dificultades económicas, circunstancias de trabajo etc. (101)

En ningún caso el derecho es incalificado, es decir que en la mayoría se requiere un permiso oficial. Para lograrlo la mujer debe presentar su solicitud a una comisión especial, que decide generalmente a favor si la edad del embarazo no es avanzado y si no hay contraindicaciones médicas.

(100) CASTELLANOS, Fernando. Lineamientos elementales de Derecho Penal. Ed. Porrúa, S.A. México, 1978, p. 96.

(101) LOPEZ, Nilo. Crisis de la familia en el medio socioeconómico actual. Facultad de Derecho. México, 1970, p. 24.

El aborto debe realizarse en clínicas u hospitales, bajo control oficial.

3.- Legislación mundial sobre el aborto.

En línea general los países pueden ubicarse en cuatro grupos: (102)

a) Los que no reconocen excepciones expresas, y ni sólo el "estado de necesidad" o circunstancias atenuantes:

España, Portugal, Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití, Panamá, República Dominicana, Bélgica, Irlanda, varios países africanos y asiáticos.

b) Los que permiten sólo las indicaciones médicas en salvaguarda de la vida o salud de la madre, con mayor o menor rigor :

Canadá, Costa Rica, Chile, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Venezuela, República Federal Alemana, Austria, Francia, países africanos y asiáticos.

c) Los que reconocen las indicaciones médicas, éticas y eugenésicas o bien las indicaciones médicas y algunas de las otras dos:

Cuba, E.E.U.U. (algunos estados), Uruguay, El Salvador, Argentina, Brasil, México, Austria, Turquía, Irak y Grecia.

d) Los que reconocen las indicaciones médicas, las éticas, las eugenésicas y las médico-sociales o bien directamente las sociales e incluso a veces la libertad total de abortar:

India, Japón, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Bulgaria, Checoslovaquia, Polonia, Rumania, Yugoslavia, Hungría, Rusia, República Democrática Alemana, República Popular China, E.E.U.U. (cuatro estados).

a.1. Portugal.- El Código Penal portugués (del 16 de septiembre de 1886), vigente, expresa en su artículo 358 :-

(102) LARET DE MATHEUS: Op. cit., p. 237.

"Aquel que de propósito hiciere abortar a una mujer preñada, utilizando con ese fin violencias, bebidas, o medicamentos, - o cualquier otro medio, si el crimen fuere cometido sin consentimiento de la mujer, será condenado a pena de prisión mayor de dos a ocho años". (103)

1º "Si el crimen fuere cometido con consentimiento de la mujer, será castigado con una pena de dos a ocho años de prisión mayor".

2º "Será castigada con la misma pena la mujer que consintiere o hiciere uso de los medios suministrados, o que, - voluntariamente, procurare el aborto por sí misma, sucediéndose, efectivamente el aborto".

3º "Si, en el caso del párrafo anterior, la mujer cometiere el crimen para ocultar su deshonra, la pena será de prisión".

4º "El médico o farmacéutico, que abusando de su profesión, hubiere concurrido voluntariamente para la ejecución de ese crimen, indicando o suministrando los medios, incurrirá, respectivamente, en las mismas penas agravadas según las reglas generales".

Las estadísticas dicen que el número de abortos anual, en Portugal, asciende, aproximadamente a 150.000 y cerca de 2.000 mujeres mueren todos los años víctimas de abortos clandestinos, en los estratos sociales de menor poder económico, ya que las mujeres de alto nivel económico disponen de medios para acudir a una clínica.

a.2. Dinamarca.- En 1939 se puso en vigencia una reforma legislativa del aborto que preveía una interpretación tolerante del aborto terapéutico; todo ello después de una elevada incidencia de abortos ilegales. (104)

(103) LARET, Op. cit., p. 241.

(104) *Ibidem*, p. 242.

Rasgo distintivo del programa de aborto danés lo constituye la Organización de Ayuda a las Madres. Cuando el aborto se solicita fundamentándolo en daño a la salud, o la vida, debe manifestarse, mediante un certificado, que la mujer ha recibido información detallada de las diversas alternativas posibles, a través de la expresada sociedad de madres. En los casos en que los motivos no son exclusivamente médicos, sino sociales, económicos, familiares o importantes razones personales, se hace una tentativa para resolver esos problemas y evitar el aborto.

En la primera ley danesa sobre el aborto se prevían razones socio-médicas y médicas, cuando el embarazo podía ocasionar serios daños a la salud o la vida de la mujer: "éticas", cuando la gestación era resultado de una violación; y hereditarias, en los casos en que el hijo podía sufrir serios trastornos congénitos hereditarios o resultantes de alguna enfermedad severa.

Las prescripciones médicas son las que más se utilizan, e incluyen "problemas sociales", "síndromes de stress" y "síndrome de stress del hogar". La primera situación (problemas sociales) se presenta cuando el embarazo provoca un conflicto entre la mujer y las convenciones del grupo social al que pertenece, como en los casos de madres solteras. El segundo (síndrome de stress) es una menor condición crónica existente fuera del embarazo, y se presenta en mujeres casadas que tienen varios hijos y sufren de dificultades económicas en el hogar o problemas conyugales. El tercer caso (síndrome de stress del hogar), se presenta en dos formas: una dominada por problemas sociales, financieros u hogareños, y otra en mujeres de clase media que no quieren directamente un aborto, pero se sienten motivadas a solicitarlo por miedo a reducir su modo de vida.

La ley danesa prevé que el aborto puede practicarse hasta la 16 semana de embarazo cuando existan graves razones

éticas, hereditarias o posibles defectos del feto. Sin embargo, no existe un límite específico para el aborto médico o socio-económico y pueden presentarse casos urgentes siendo posible efectuarlo en cualquier momento de la gestación.

b.1. Canadá.- El Parlamento canadiense, en agosto de 1969, enmendó el Código Penal permitiendo el aborto legal si un comité de tres médicos de un hospital, certificaban que la continuación del embarazo podía perjudicar gravemente la salud o la vida de la mujer. Pocas veces los miembros de ese comité eran psiquiatras antes de la enmienda de la ley, después de ésta aquéllos tuvieron importante función en los comités relativos al aborto terapéutico y se hizo, más flexible. Sin embargo, las restricciones que existen para otorgar abortos terapéuticos, hacen que muchas mujeres canadienses viajen a países europeos para determinar legalmente embarazos indeseados. (105)

b.2. Francia.- El aborto fué legalizado mediante la Ley N^o 7517 del 17 de enero de 1975. (106)

El artículo 1^o de la ley, tiene por objeto "despenalizar" ciertos actos, pero no legalizar el aborto. Por consiguiente, no autoriza la interrupción voluntaria del embarazo y tiende, solamente, a suspender la persecución, sanciones y penas en determinadas circunstancias que se precisan: cuando el aborto se practique antes de la décima semana de embarazo, cuando sea practicado por un médico y cuando se efectúe en un establecimiento hospitalario público o privado aceptado a tal fin.

En el caso de que el aborto se practicara por personas sin formación médica, consultorios médicos u otros establecimientos no hospitalarios, serán mantenidas las penas previstas en el artículo 317 del Código Penal.

(105) LARET: Op. cit., p. 250.

(106) Ibidem, p. 238.

Para obtener la interrupción del embarazo antes de la décima semana, la mujer deberá someterse a las siguientes obligaciones:

- 1^a Una primera consulta médica.
- 2^a Una consulta a los consejeros sociales.
- 3^a Un lapso de reflexión de ocho días.
- 4^a Una demanda escrita.
- 5^a Una segunda consulta médica con remisión de un estado del médico.

6^a Admisión en un hospital y envío del expediente.

c.1. Austria.- En enero de 1970 fue reformada la ley del aborto. La reforma establece que se requiere la aprobación de dos médicos (excepto en casos de emergencia en lugares muy apartados) en base a las siguientes razones: (107)

1^a Cuando la continuación del embarazo pudiera ocasionar grave riesgo para la vida de la mujer o grave daño físico o mental.

2^a Que existiera grave peligro de que el hijo por nacer fuera mental o físicamente deficiente.

d.1. Japón.- Este país adoptó, en 1948, la llamada - "Eugenic Protection Law", mediante la cual se implantaba un programa de control nacional de natalidad. La medida autorizaba, voluntariamente y en muchos casos compulsivamente, la esterilización así como la venta libre de anticonceptivos. También se legalizó el aborto en base a razones terapéuticas o económicas. En 1952 fue enmendada la ley y redactada nuevamente, facilitando el aborto en los siguientes términos: - "Prácticamente cualquier mujer que lo desee". (108)

d.2. Suecia.- La ley sueca de 1734 consideraba que la inducción al aborto era un crimen capital. En 1890 la penalidad se redujo a dos años de trabajo forzado. En 1921 el cas-

(107) LARET: Op. cit., p. 251.

(108) Ibidem, p. 237.

tigo fue disminuido y el aborto terapéutico se aceptó. En -- 1938, en una nueva ley, se admitieron razones socio-médicas, -- humanitarias y eugénicas que lo justificaron. La ley fue libe -- realizada en 1946 mediante una enmienda permitiendo el aborto -- cuando hubiere probabilidades de "preveras debilidad maternal". Esta última categoría de justificación fue intentada para pre -- venir futuras contingencias en la vida de la madre como la a -- parición del deseo de renunciar al parto y a un nuevo hijo. -- La legislación autorizó el aborto cuando tomando en cuenta -- las condiciones de la vida de una mujer y otras circunstan -- cias, hubiere razones para prever que su capacidad física o -- mental se hallare seriamente afectada por el nacimiento de un -- hijo. (109)

El aborto legal no se permite después de veinte sema -- nas de embarazo, aunque para casos excepcionales se acepta -- hasta la semana veinticuatro de gestación. La mayor parte de -- los abortos debe ser autorizados por un comité formado por un -- médico, una persona no profesional (generalmente una mujer) -- y el jefe del Departamento de Psiquiatría Social del Consejo -- Médico Real.

d.3. Hungría.- Después de la revolución de 1956, fué -- emprendido un programa drástico para limitar la población, in -- cluyendo un incremento de los abortos. (110)

La ley prevee que las solicitudes de aborto se hagan -- directamente a un comité de tres miembros, uno de los cuales -- es médico. Ese comité, funciona como "un sello de goma", pues -- debe aprobar el aborto si la interesada insiste. El sistema -- de seguro social húngaro cubre el aborto provocado a causa de -- enfermedad. Si se provoca el aborto por razones no médicas, el -- esposo de la solicitante deberá pagar los gastos de hospitali -- zación correspondiente a los tres primeros días; a partir de --

(109) LARET: Op: cit., p. 244.

(110) Ibidem, p. 246.

esa fecha los servicios seran gratuitos.

d.4. Rusia.- El aborto legal fué introducido en los hospitales gubernamentales en 1920. Las motivaciones que lo justificaban era que esto formaba parte de la nueva ideología - que comprendía en su programación, la emancipación de la mujer y otorgar a ésta iguales derechos que al hombre no obligándola a tener hijos indeseados. Existían, al mismo tiempo, - otras causas que justificaban la reducción de los abortos ilegales, tales como razones económicas. La familia limitada era necesaria para incrementar un periodo de industrialización intensiva, en la que la mujer casada resultaba imprescindible - como fuerza de trabajo. (111)

En junio de 1935, el gobierno proscribió el aborto, excepto por estrictas razones médicas. Sin embargo, en noviembre de 1955 el gobierno volvió atrás y lo liberalizó. Las declaraciones utilizadas para la reforma, fueron las siguientes: que las mujeres eran suficientemente conscientes y podían decidir por ellas mismas.

La incidencia de aborto es tres veces mayor entre las mujeres casadas que trabajan que entre las que no lo hacen. - La demanda es mayor entre las que habitan en centros urbanos. Las razones que se argumentan para solicitar un aborto, son - las siguientes: necesidad de vivienda, necesidad de facilitar el cuidado de los hijos, o simple oposición a criar niños en determinada época.

d.5. Estados Unidos.- En 1967, diferentes estados norteamericanos han liberalizado las leyes sobre aborto. En enero de 1969 cinco estados (Colorado, Carolina del Norte, California, Georgia y Maryland), modificaron sus leyes de conformidad con lo expresado en el Model Penal Code. En abril - cuatro estados más (Nuevo Mexico, Arkansas, Kansas y Oregon) liberalizaron las leyes. En 1970 tres estados (Alabama, Hawaii y New York) imitaron a los anteriores y el aborto fue -

(111) LARET, Op. cit., p. 249.

legal en doce estados norteamericanos. (112)

4.- Conducta del obstetra frente al aborto.

En relación con el aspecto médico-legal, el obstetra se enfrenta al problema del aborto en tres circunstancias diferentes: (113)

- a) Practicabilidad de un aborto.
- b) Denuncia de un posible aborto delito.
- c) Peritaje en un juicio por aborto delito.

a) Practicabilidad de un aborto.- Esta circunstancia se refiere a los casos en que se plantea la posibilidad de aconsejar o practicar un aborto. Se trate de un delicado problema en que las decisiones se sienten a veces rígidamente encuadradas por razones científicas y legales. (114)

Se debe conocer el destino posterior de la mujer y responsabilizarse en parte por ello. Se ha recomendado a veces que el obstetra aconseje a la mujer la continuación de un embarazo no deseado, invocando su instinto maternal. Pero estas invocaciones idealistas o moralistas olvidan la realidad. El obstetra debe conocer la situación real, no solo de la mujer sino de la pareja y debe saber que un embarazo continuado forzosamente (por sugestión, miedo o impotencia) puede acarrear consecuencias desfavorables para la mujer, para su pareja y/o su familia, y para el hijo por nacer. Se le debe informar a la mujer y a su pareja sobre los peligros y complicaciones del aborto; utilizando los argumentos morales y religiosos con el objeto de despertar el instinto maternal. Debe saber hacer entender a la mujer que la angustia y la urgencia que vive no es pretexto para que se engañe sobre la trascendencia psíquica y moral de un aborto; que a pesar de su absoluta convicción de no desear ese hijo, por razones -

(112) LARET : Op. cit., p. 251.

(113) CALANDRA: Op. cit., p. 279.

(114) Ibidem, p. 280.

quizá valederas, existen en su inconsciencia impulsos que ella ignora; que en contrapeso importante a su voluntad quizás haya en ella un anhelo secreto del hijo, que tarde o temprano se hará sentir. No se trata de convencerla, y esto es importante recalcarlo. La mujer también debe entenderlo así, se trate de que ella y su pareja sepan, o ensayen saber, cuáles son sus motivaciones inconscientes, y la dimensión del conflicto, no siempre para superarlo pero por lo menos para enfrentarlo. Así ayudará a que la mujer comprenda la pérdida que se propone y que desista de ello en muchos casos.

b) Denuncia de un posible aborto delicto.- Esta circunstancia puede presentarse cuando el obstetra debe hacerse cargo de las consecuencias de un aborto en curso (situación más común en los medios hospitalarios); que obligue al obstetra a realizar un legrado uterino. Este hecho plantea el delicado problema de la denuncia, en aquellos casos en que se sospeche o se tenga la certeza de un aborto ilegal. (115)

El obstetra se encuentra en libertad de decidir si denuncia o no sin temor a incurrir en delito de violación de secreto profesional o de encubrimiento.

Las denuncias son muy pocas, y sólo se llevan a cabo cuando hay complicaciones graves (que obligan a operaciones mutiladoras o una terapéutica intensiva por el serio peligro de muerte). Es muy raro el planteamiento judicial en los casos de aborto provocado que llegan con una simple metrorragia o retención de restos o por endometritis. La razón es sencilla: el obstetra sabe por experiencia lo poco efectivas que resultan las denuncias, sabe que no puede contarse con la cooperación de la mujer (que aún en trance de muerte se obstinará en negarlo).

Por otra parte la denuncia es siempre un delicado problema de conciencia, sobre todo cuando puede involucrar a un

(115) PORTE PETIT: Op. cit., p. 102.

colega, y es también fuente de molestias y compromisos para él o los obstetras denunciados, sin contar las contradicciones de los fallos judiciales.

c) Peritaje en un juicio por aborto delicto.- Tiene lugar cuando el obstetra es llamado a actuar por la justicia - en su carácter de médico forense frente a la denuncia de un aborto criminal, para llevar a cabo la pericia médico-legal. La finalidad de la pericia es tratar de llegar a conclusiones objetivas para un diagnóstico presuntivo o al diagnóstico de certeza. (116)

El Código de Procedimientos en lo Criminal, en su artículo 225 dice que el médico perito en su informe debe en caso de aborto hacer constar la existencia de la preñez, los signos demostrativos de la expulsión violenta del feto, la época del embarazo, las causas que hayan determinado el hecho y la circunstancia de haber sido provocado, por la madre o por algún extraño, de acuerdo o contra la voluntad de aquella y las demás circunstancias para apreciar el carácter y gravedad del delito. Este procedimiento pericial cubre los siguientes elementos:

- 1º Embarazo previo.
- 2º Aborto provocado.
- 3º Feto muerto.

Estos tres elementos configuran la delictividad del aborto.

Existen dos tipos de diagnóstico: el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico de certeza.

La justicia exige pruebas definitivas, pues la convicción subjetiva no basta y las dudas valen siempre en favor de los acusados. En el caso del diagnóstico de certeza el perito médico presenta al juez pruebas directas, objetivas. En el diagnóstico presuntivo, inducido y no directo, es muy im-

(116) CALANDRA: Op. cit., p.p. 287.

portante que los signos y datos registrados sean lo más completo posible, para poder llegar a conclusiones válidas.

1^o Embarazo previo.- La existencia del embarazo presupone la existencia del feto jurídico, cualquiera que sea el tiempo de la gestación. Las declaraciones de la examinada -- tienen escaso o ningún valor y en definitiva, éstas como las de los testigos, serán valoradas por el juez. Por otra parte, la mujer puede creerse embarazada sin estarlo, y el supuesto aborto ser un error. (117)

En los abortos precoces es muy raro encontrar signos característicos de embarazo, sobre todo si el examen se efectúa después de una semana o más del aborto, como es la regla. Un retraso menstrual no significa embarazo. Después de un retraso prolongado, la disfunción hormonal puede provocar metrorragia abundante. Sólo el examen histológico permite hacer el diagnóstico diferencial con el aborto (mucosa hipertrofica y microquistica en el primer caso, restos de membranas y vellosidades coriales en el segundo). El examen del cuello, el tamaño del útero y todos los demás signos físicos generales y genitales del embarazo (forma y tamaño de mamas, pigmentación de areolas, presencia de calostro, línea morena etc.), tienen valor relativo en caso de presentarse, pero su ausencia no significa nada, ya que son muy poco notables en los primeros meses del embarazo y la involución uterina es particularmente rápida, en sólo pocos días, si el aborto es precoz. Las reacciones biológicas e inmunológicas del embarazo (Zondek, Hoffman, Friedman, Galli-Mainini, Gravindex) se hacen negativas entre el cuarto y el duodécimo día. En el caso de las reacciones inmunológicas las vellosidades o cotiledones retenidos pueden mantener la positividad del test. En cuanto al examen citológico los signos de embarazo en el frotis vaginal desaparecen rápidamente en caso de aborto. fi

nelmente tenemos las reacciones bioquímicas (estrógenos en orina). Pero todos los signos de certeza se anulan en pocos días, y de ahí la importancia de los datos recogidos y exame nea efectuados en el momento del ingreso en el hospital.

La concordancia de datos y declaraciones podrán dar - un diagnóstico presuntivo bien fundado de gran valor para la resolución del juez.

Por otra parte " la ausencia de todo signo de embarazo anterior no excluye en absoluto la posibilidad de un abor to ".

En cuanto al hallazgo del feto o de restos placentarios, naturalmente constituye una prueba positiva de certeza absoluta.

En el caso de aborto tardío (embarazo de más de tres meses) el diagnóstico suele ser más fácil, ya que existen - signos más notables y más perdurables.

En el caso de necropsias el diagnóstico es fácil, sal vo dos inconvenientes: lapso prolongado entre aborto y muerte y lapso prolongado entre muerte y examen.

Los datos principales los dan el útero y el ovario. - El útero aumentado de tamaño, con los cambios característicos en la forma de la cavidad y del cuello, los cambios histológicos y el examen del contenido son de gran valor probatorio. Pero el aumento de tamaño sólo es evidente a partir de la - séptima semana de gestación. En cuanto al contenido, si no - se encuentran restos del huevo en la cavidad uterina, pueden encontrarse vellosidades coriales fácilmente identificable y de gran resistencia a la putrefacción. Finalmente, en el exa men histológico de la mucosa uterina (posible hasta que comienza la putrefacción), la presencia de decidua no autoriza a confirmar un embarazo, ya que las células deciduales - premenstruales son difícilmente diferenciables de las del -- embarazo, pues la transformación decidual del endometrio se hace de modo gradual e insensible. Por otra parte en el abor

to séptico la endometritis hace desaparecer toda reacción de cidual. Respecto al ovario, la presencia del cuerpo amarillo de la gestación (que alcanza de uno a dos centímetros hacia la mitad del embarazo, para involucionar después) es un signo de certeza. En cuanto a los exámenes restantes, el examen biológico puede efectuarse dentro de los diez días de la muerte, y el examen bioquímico (estrógenos en orina) dentro de las 48 horas.

2^o Aborto provocado.- El aborto se certifica de por sí ante la interrupción de un embarazo recientemente comprobado o sospechado. El momento esencial del peritaje está en la determinación de la naturaleza de este aborto espontáneo o provocado, pues lo segundo significa probar la culpabilidad penal de la mujer y de su cómplice. (118)

Los antecedentes de la mujer pueden ser un dato presuntivo. En caso de aborto espontáneo se trata generalmente de nulípara, a menudo estéril hasta el momento, o con otros abortos espontáneos. El aborto espontáneo obedece a causas patológicas de la madre o del feto, que deben ser investigadas. En el embarazo de uno o dos meses, el aborto espontáneo se haría con expulsión en bloque del huevo y la caduca, y -- por lo tanto habría una sola hemorragia (POZZI), en cambio en el aborto provocado se haría en dos tiempos. Durante el tercer mes de embarazo, en el aborto espontáneo la expulsión sería total en bloque o en tres tiempos (feto, placenta, caduca) mientras que en el aborto provocado la expulsión sería parcial. En el cuarto mes habría expulsión en dos tiempos en el aborto espontáneo (feto, placenta) en cambio se vería generalmente retención en el aborto provocado.

Serían signos presuntivos de aborto provocado los siguientes :

(118) ORTIZ, Urquidí. Derecho Civil. Ed. Porrúa, S.A. México, 1977, p. 112.

a. Ausencia de antecedentes patológicos y/o obstétricos (abortos espontáneos repetidos, malformaciones o desviaciones uterinas etc.).

b. Hemorragias profusas, persistentes o repetidas.

c. Expulsión en dos tiempos en el huevo de dos meses- y expulsión siempre parcial con retención en embarazo de más tiempo, la retención se explica porque la inyección provocada de líquido o la sonda, que se insinúan entre el huevo y la caduca no logran sino un desprendimiento parcial.

d. Infección u otras complicaciones graves (la retención de por sí favorece la infección) habitualmente precediendo a la expulsión.

e. Herida del cuello uterino.

Son signos de certeza las graves lesiones genitales, perforación de vagina (generalmente del fondo de saco de Douglas), perforación del útero (en pared posterior, fondo o cuello), con complicaciones graves o mortales: peritonitis, septicemia, gangrena del útero etc. Estas perforaciones, por su sitio y su forma acorde con los instrumentos empleados, difiere de las perforaciones traumáticas y las rupturas en el parto. Las autolesiones son ocasionadas por introducción de agujas de tejedor, sondas o elementos similares a través del orificio cervical, que a veces desgarran los fondos de saco vaginal. Las grandes lesiones generalmente son causadas por terceros. Otros elementos por detectar son las marcas características por pinzamiento del cuello, las pinchaduras de agujas en el vientre (punción), la punción en donde fue aplicada la anestesia, las manchas residuales de la aplicación de antiséptico etc. La ausencia de lesiones o marcas no excluye el diagnóstico de aborto provocado, pues las sondas o laminarias en el cuello sin usar instrumentos prenatales son un método frecuente.

En cuanto a los signos de certeza se limitan a :

a.- Presencia de un instrumento o sonda en el útero.

b.- Perforaciones características de fondo de saco, -
cuello o fondo uterino.

c.- Gangrena uterina y perforación gangrenosa en la -
parte superior del útero.

d.- Embolia gaseosa (aire en las cavidades derechas-
del corazón, en venas coronarias, en útero, en venas úteroova-
ricas y uterinas y en vena cava inferior si la necropsia es-
precoz).

e.- Septicemia por bacilos.

f.- Sustancias tóxicas encontradas en el examen toxi-
cológico de las vísceras.

3^o Feto muerto.- Comprobada la interrupción del emba-
razo, la muerte del feto se infiere de por sí y su presencia
no es requerida para un diagnóstico. Pero cuando se encuen-
tra, lo mismo que los restos de las membranas, puede hallar-
se signos interesantes y concluyentes. Generalmente el feto-
se elimina macerado. Si se utilizó formol (método de Boero)
la investigación toxicológica del mismo o de los restos mem-
branosos pueden certificarla. En el examen del feto se en-
cuentran a veces lesiones producidas por objetos punzantes -
(sonda metálica, cureta). Es conveniente el examen histoló-
gico de los restos (feto y membranas). (119)

IV ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

A.- Metodología empleada.

1.- Documental

a.- Fichas bibliográficas

2.- De campo.

a.- Observación.

a.1. Cuaderno de notas.

a.2. Plano de la comunidad.

b.- Interrogatorio.

b.1. Entrevista.

b.2. Cuestionario.

b.3. Muestreo simple al azar.

B.- Fuentes de obtención de los datos.

1.- Bibliotecas.

2.- Entrevista realizada a 198 mujeres en edad pro - creativa en la colonia leidro fabela.

C.- Procesamiento estadístico de datos.

1.- Tabulación manual.- Mediante el traslado de los datos a cuadros estadísticos.

D.- Descripción del instrumento de recolección de los da- tos.

Para recolectar los datos se utilizó un cuestionario con los siguientes tipos de preguntas:

1.- Preguntas literales.- Para elicitar una respuesta precisa, se utilizaron para nombre, domicilio, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso familiar, distribución de sueldo mensual e historia obstétrica.

2.- Preguntas estructuradas o cerradas.- En donde se mencionen alternativas de respuesta al entrevistado, se usaron para conocimiento de la planificación familiar, control de la natalidad y prácticas de abortos.

3.- Preguntas no estructuradas o abiertas.- En donde el entrevistado puede explayarse todo lo que desee, utilizándose para conocer tipos de métodos utilizados en el control natal, causas de abortos, repercusión psicológica, métodos usados en el aborto inducido, causas del aborto inducido, complicaciones en el aborto inducido y espontáneo y opinión de la total legalización del aborto.

Las preguntas se formularon de las más sencillas a las más complejas, con el objeto de ganarse la confianza de la entrevistada y lograr así los datos lo más verídicamente posibles.

V RESULTADOS

CUADRO 1
EDADES DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

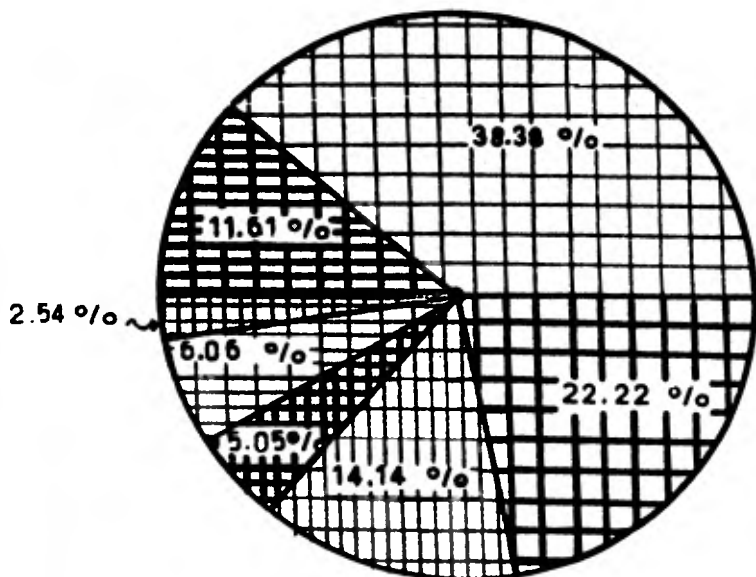
EDADES	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19 años.	23	11.61 %
20 a 24 años.	76	38.38 %
25 a 29 años.	44	22.22 %
30 a 34 años.	28	14.14 %
35 a 39 años.	10	5.05 %
40 a 44 años.	12	6.06 %
45 ó más.	5	2.54 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Encuesta realizada por Ana María Lera Barrón a 198 - mujeres en edad procreativa de la colonia Isidro Fabala en los meses de abril y mayo de 1980.

Es una población joven, siendo el 72.21 % mujeres de 15 a 29 años y únicamente el 27.79 % de más de 30 años.

GRAFICA 1

GRUPO DE EDADES DE MUJERES
EN EDAD PROCREATIVA



CLAVE

- | | |
|--|---------------|
| | 15 A 19 AÑOS |
| | 20 A 24 AÑOS |
| | 25 A 29 AÑOS |
| | 30 A 34 AÑOS |
| | 35 A 39 AÑOS |
| | 40 A 44 AÑOS |
| | 45 AÑOS O MAS |

CUADRO 2
ESCOLARIDAD

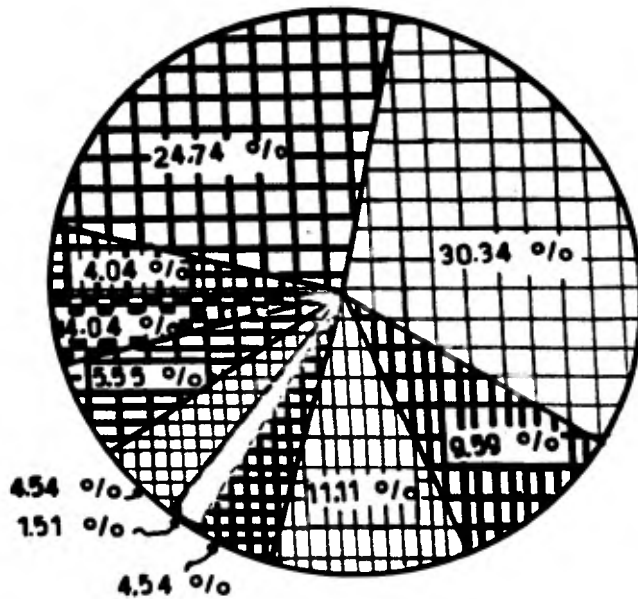
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta.	8	4.04 %
Primaria incompleta.	49	24.74 %
Primaria completa.	60	30.34 %
Secundaria incompleta.	19	9.59 %
Secundaria completa.	22	11.11 %
Bachillerato incompleto.	9	4.54 %
Bachillerato completo.	3	1.51 %
Profesional incompleta.	9	4.54 %
Profesional completa.	11	5.55 %
Carrera comercial.	8	4.04 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Mismo del cuadro anterior.

Su nivel educativo es bajo, un 55.08 % estudiaron la primaria (completa e incompleta), aunque se pueda observar que un bajo porcentaje es analfabeta.

GRAFICA 2

ESCOLARIDAD



CLAVE



ANALFABETA



PRIMARIA INCOMPLETA



PRIMARIA COMPLETA



SECUNDARIA INCOMPLETA



SECUNDARIA COMPLETA



BACHILLERATO INCOMPLETO



BACHILLERATO COMPLETO

CUADRO 3
ESTADO CIVIL

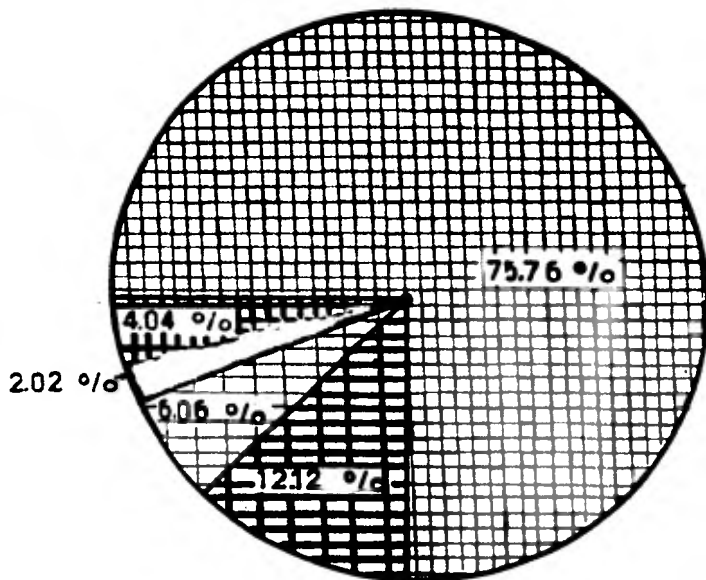
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Casada	150	75.76 %
Unión libre.	24	12.12 %
Soltera.	12	6.06 %
Viuda.	4	2.02 %
Divorciada.	8	4.04 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Misma del cuadro 1



Un 75.76 % son casadas, el 12.12 % viven en unión libre, el 6.06 % son solteras, el 2.02 son viudas y el 4.04 % son divorciadas.

GRAFICA 3

ESTADO CIVIL



CLAVE

-  CASADA
-  UNION LIBRE
-  SOLTERA
-  VIUDA
-  DIVORCIADA

CUADRO 4
OCUPACION

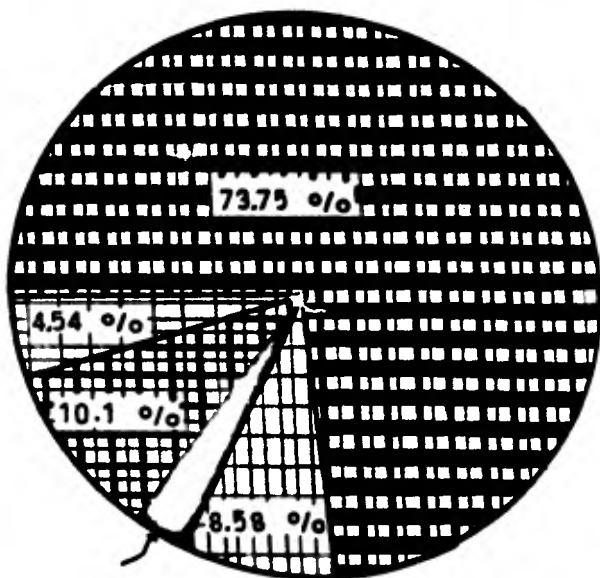
<u>OCUPACION</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Ama de casa.	146	73.75 %
Empleada.	17	8.58 %
Obrera.	6	3.03 %
Labores domésticas.	20	10.10 %
Profesionista.	9	4.54 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Mismo de cuadros anteriores.

Se dedican al hogar el 73.75 %, el 21.71 % a labores domésticas, obreras y empleadas (recepcionistas, dependientes y secretarias.) y un 4.54 % son profesionistas (maestras y enfermeras).

GRAFICA 4

OCUPACION



3.03 %

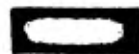
CLAVE



AMA DE CASA



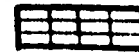
EMPLEADA



OBRERA



LABORES DOMESTICAS



PROFESIONISTA



PROFESIONAL INCOMPLETA



PROFESIONAL COMPLETA



CARRERA COMERCIAL

CUADRO 5
INGRESO FAMILIAR

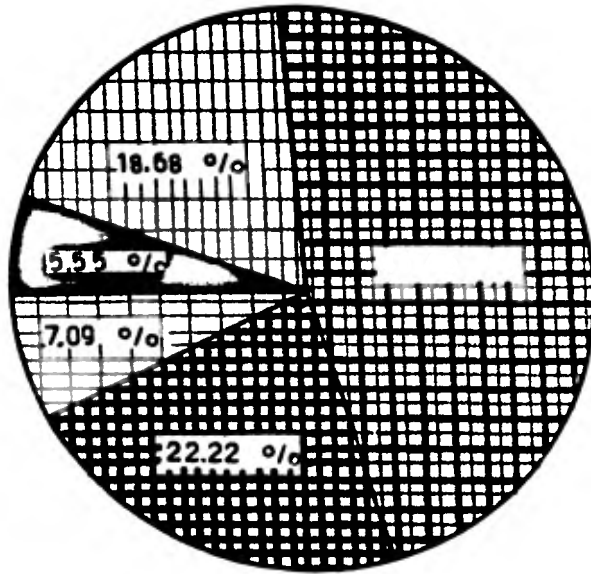
INGRESO FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
1 500 a 3 000	11	5.55 %
3 001 a 4 500	37	18.68 %
4 501 a 6 000	92	46.46 %
6 001 a 7 500	44	22.22 %
7 501 ó más.	14	7.09 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Misma del cuadro 1

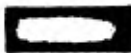


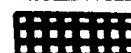
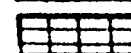
Su ingreso familiar fluctúa de 4 501 a 6 000 en un - 46.40 % abarcando el sueldo mínimo, el 29.31 % percibe un - sueldo que va de 6 001 ó más y el otro 24.23 % de 1 500 a - 4 500, que no les alcanza a cubrir sus necesidades básicas, - viviendo en promiscuidad.

GRAFICA 5

INGRESO FAMILIAR



CLAVE

	1501 A 3000
	3001 A 4500
	4501 A 6000
	6001 A 7500
	7501 O MAS

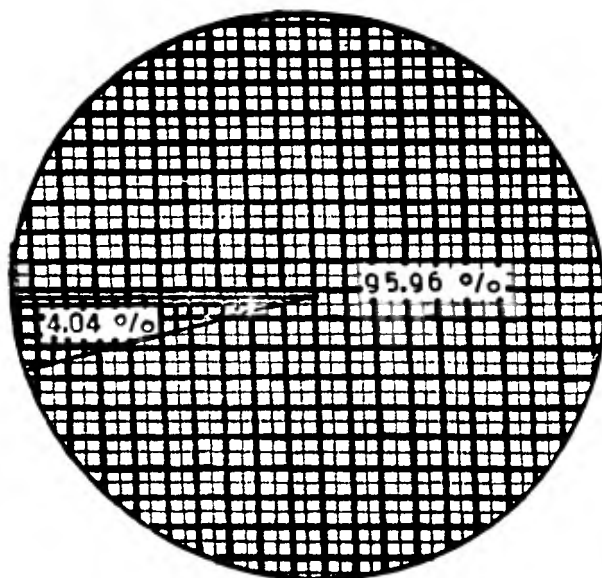
CUADRO 6
CONOCIMIENTO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Si	190	95.96 %
No	8	4.04 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Misma de cuadros anteriores.

Existe un gran conocimiento de la planificación familiar en un 95.96 % de la población en estudio, esto nos demuestra que los programas de planificación familiar están cumpliendo con algunos de sus objetivos .

CONOCIMIENTO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR



CLAVE



SI



NO

CUADRO 7
CONTROL DE LA NATALIDAD

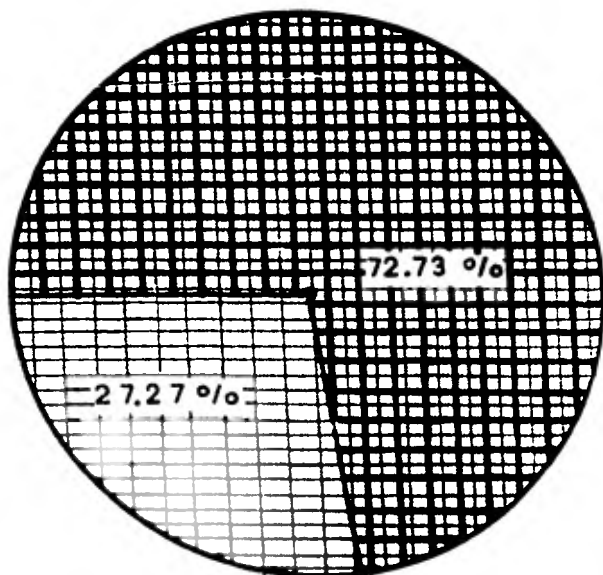
<u>CONTROL</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Si	144	72.73 %
No	54	27.27 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Misma del cuadro 1

A pesar de que un gran porcentaje de la población en estudio tienen conocimiento del programa de planificación familiar, un 27.27 % no llevan control natal (madres solteras, primigestas y multigestas que no están de acuerdo con éste - programa).

GRAFICA 7

CONTROL DE LA NATALIDAD



CLAVE



SI



NO

CUADRO 8
METODOS UTILIZADOS PARA EL CONTROL NATAL

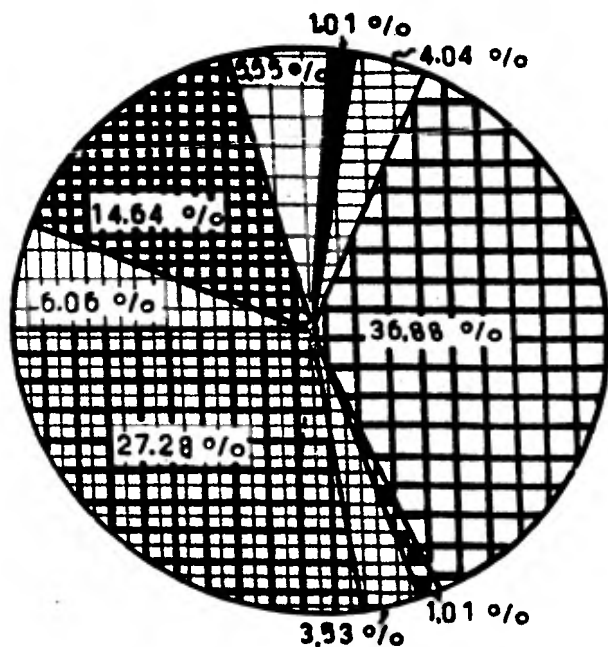
METODOS UTILIZADOS	Frecuencia	Porcentaje
Método del ritmo.	12	6.06 %
Pastillas.	29	14.64 %
Ovulos.	11	5.55 %
Jales.	2	1.01 %
Inyección mensual.	8	4.04 %
D.I.U.	73	36.88 %
Preservativo.	2	1.01 %
Salpingoclasia.	7	3.53 %
Ninguno.	54	27.28 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Misma de cuadros anteriores.

Los métodos de control natal más utilizados son el - DIU y las pastillas en un 51.52 %, probablemente por su mayor margen de seguridad, se puede observar que un gran porcentaje de las mujeres encuestadas no utilizan ningún método anticonceptivo.

GRAFICA 8

METODOS UTILIZADOS PARA
EL CONTROL NATAL



CLAVE

-  METODO DEL RITMO
-  PASTILLAS
-  OVULOS
-  JALEA
-  INYECCION
-  D.I.U.
-  PRESERVATIVO



SALPINGOCLASIA



NINGUNO

CUADRO 9
NUMERO DE EMBARAZOS

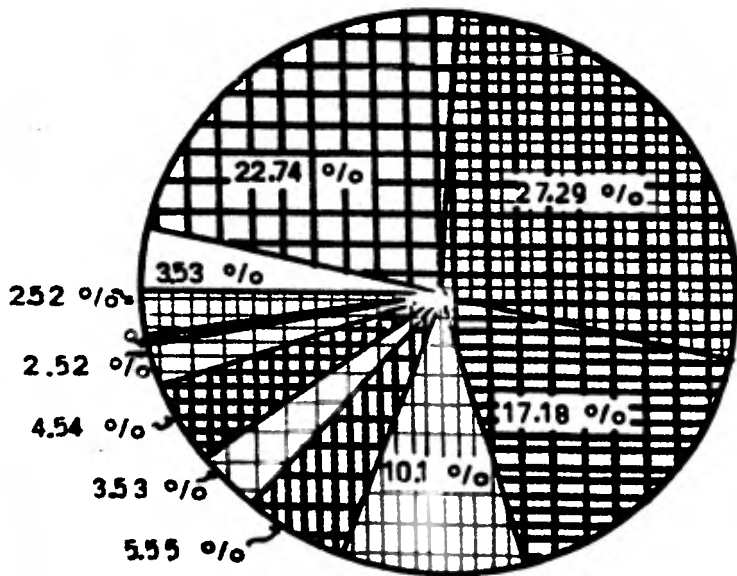
NUMERO DE EMBARAZOS	Frecuencia	Porcentaje
0	7	3.57 %
1	45	22.74 %
2	54	27.29 %
3	34	17.18 %
4	20	10.10 %
5	11	5.55 %
6	7	3.53 %
7	9	4.54 %
8	5	2.52 %
9	1	.50 %
10 ó más.	5	2.52 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Misma del cuadro 1

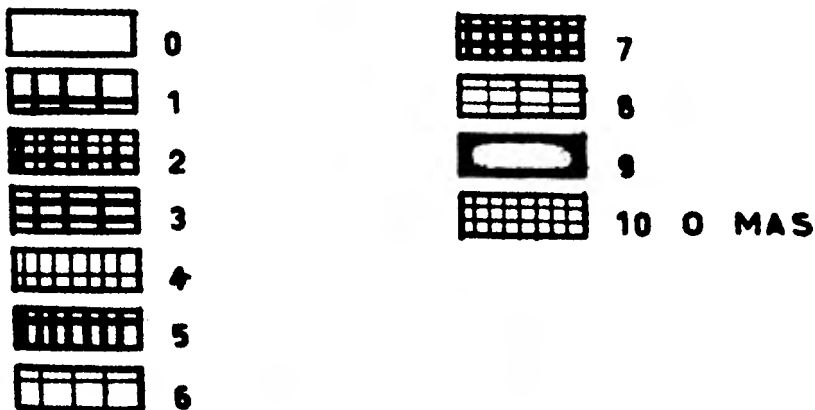
El 67.21 % de la población encuestada ha tenido de 1 a 3 embarazos y únicamente el 13.61 % han tenido más de 5-embarazos, esto está íntimamente relacionado con el gran porcentaje de mujeres jóvenes en estudio.

GRAFICA 9

NUMERO DE EMBARAZOS



CLAVE



CUADRO 10
NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS VISITADAS

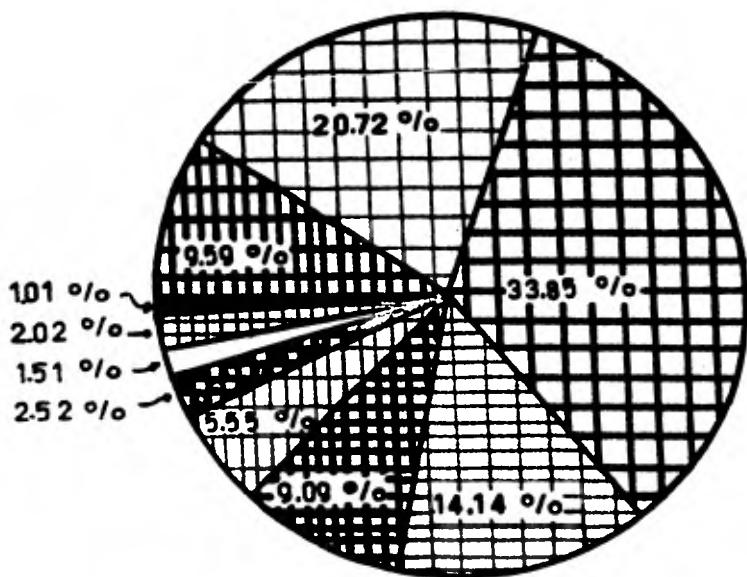
NUMERO DE HIJOS	Frecuencia	Porcentaje
0	19	9.59 %
1	41	20.72 %
2	67	33.85 %
3	28	14.14 %
4	18	9.09 %
5	11	5.55 %
6	5	2.52 %
7	3	1.51 %
8	4	2.05 %
9	2	1.01 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Misma de cuadros anteriores.

El número de hijos que predomina es de 1 a 3, siendo en un 68.71 %, un 7.09 % tienen más de 5 y un 9.59 % no tienen hijos (algunas se encuentran embarazadas).

GRAFICA 10

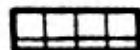
NUMERO DE HIJOS EN LAS FAMILIAS VISITADAS



CLAVE



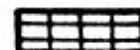
0



1



2



3



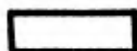
4



5



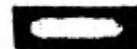
6



7



8



9

CUADRO 11
NUMERO DE ABORTOS

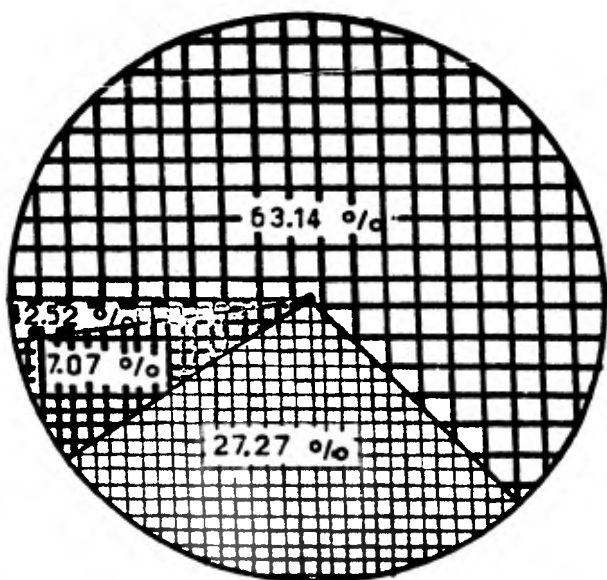
NUMERO DE ABORTOS	Frecuencia	Porcentaje
0	125	63.14 %
1	54	27.27 %
2	14	7.07 %
3	5	2.52 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Misma del cuadro 1

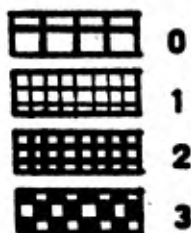
Un 36.86 % de la población encuestada a tenido abortos a pesar de ser una población joven con un reducido número de embarazos.

GRAFICA 11

NUMERO DE ABORTOS



CLAVE



CUADRO 12
TIPOS DE ABORTOS

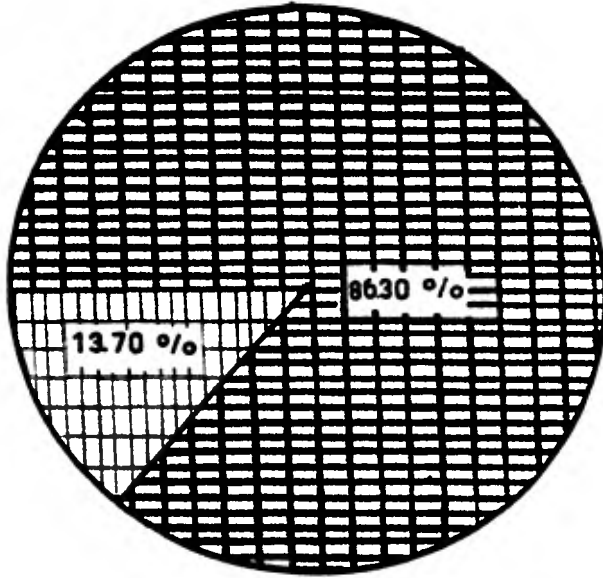
TIPOS DE ABORTOS	Frecuencia	Porcentaje
Espon t áneos.	63	86.30 %
Inducidos.	10	13.70 %
TOTAL	73	100.00 %

FUENTE: Mismo de cuadros anteriores.

De la población encuestada que han tenido abortos un 86.30 % han sido espontáneos y un 13.70 % inducidos.

GRAFICA 12

TIPOS DE ABORTO



CLAVE



ESPONTANEO



INDUCIDO

CUADRO 13
CAUSAS QUE CONDUCEN AL ABORTO INDUCIDO

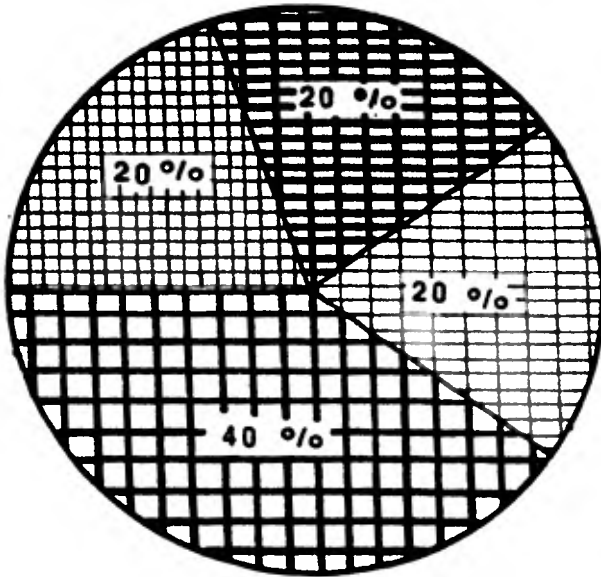
CAUSAS	Frecuencia	Porcentaje
Económicas.	2	20.00 %
Sociales.	2	20.00 %
Familias numerosas.	2	20.00 %
Hijos no deseados.	4	40.00 %
TOTAL	10	100.00 %

FUENTE: Misma del cuadro 1

La principal causa de los abortos inducidos es hijos no deseados, y recurren al aborto cuando les falla el método anticonceptivo o como control natal.

GRAFICA 13

**CAUSAS QUE CONDUCEN
AL ABORTO INDUCIDO**



CLAVE



ECONOMICAS



SOCIALES



FAMILIAS NUMEROSAS



HIJO NO DESEADO

CUADRO 14
MÉTODOS UTILIZADOS EN EL ABORTO INDUCIDO

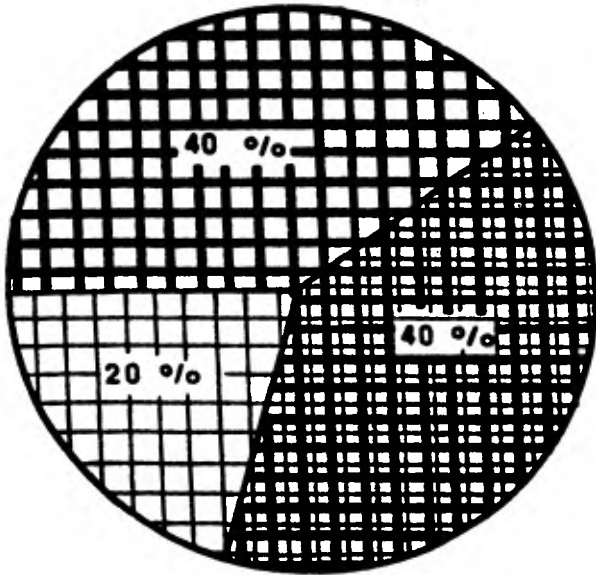
MÉTODOS	Frecuencia	Porcentaje
Punción de las membranas.	4	40.00 %
Ministración oral de sustancias tóxicas.	4	40.00 %
Aplicación de sustancias cáusticas.	2	20.00 %
TOTAL	10	100.00 %

FUENTE: Mismo de cuadros anteriores.

Los métodos utilizados fueron punción de las membranas (sondas y agujas de tejer), ministración oral de sustancias tóxicas (cerveza con óregano hervida y xoapatli o flor de nochebuena con piloncillo negro) y aplicación de sustancias cáusticas (permanganato).

GRAFICA 14

METODOS UTILIZADOS EN
EL ABORTO INDUCIDO



CLAVE



PUNCION DE LAS MEMBRANAS



MINISTRACION ORAL DE SUSTANCIAS
TOXICAS



APLICACION DE SUSTANCIAS
CAUSTICAS

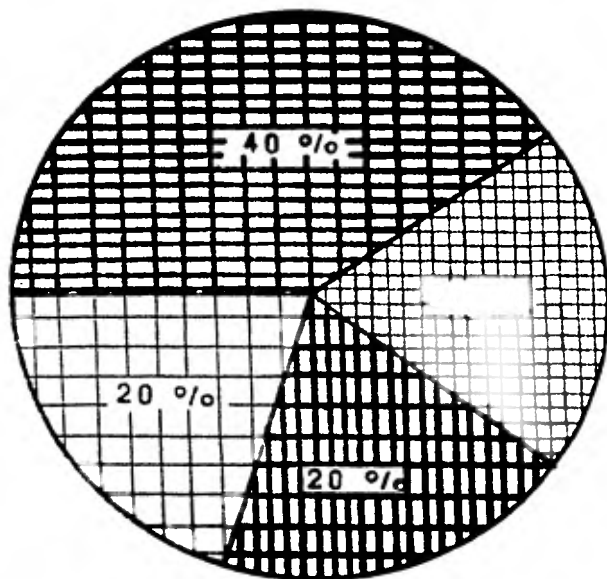
CUADRO 15
REPERCUCION PSICOLOGICA DEL ABORTO INDUCIDO

REPERCUCION PSICOLOGICA	Frecuencia	Porcentaje
Depresión.	4	40.00 %
Neurosis de fracaso.	2	20.00 %
Deterioro del vínculo de la pareja.	2	20.00 %
Ninguna.	2	20.00 %
TOTAL	10	100.00 %

FUENTE: Misma de cuadros anteriores.

Un 80.00 % presentaron repercusión psicológica en el aborto inducido, y fueron depresión, neurosis de fracaso y deterioro del vínculo de la pareja. Esto nos demuestra el grave conflicto mental y desequilibrio orgánico cuyas implicaciones emotivas y trascendentes son evidentes.

REPERCUSSION PSICOLOGICA DEL ABORTO INDUCIDO



CLAVE



DEPRESION



NEUROSIS DE FRACASO



DETERIORO DEL VINCULO DE LA

PAREJA



NINGUNA

CUADRO 16
COMPLICACIONES DEL ABORTO INDUCIDO

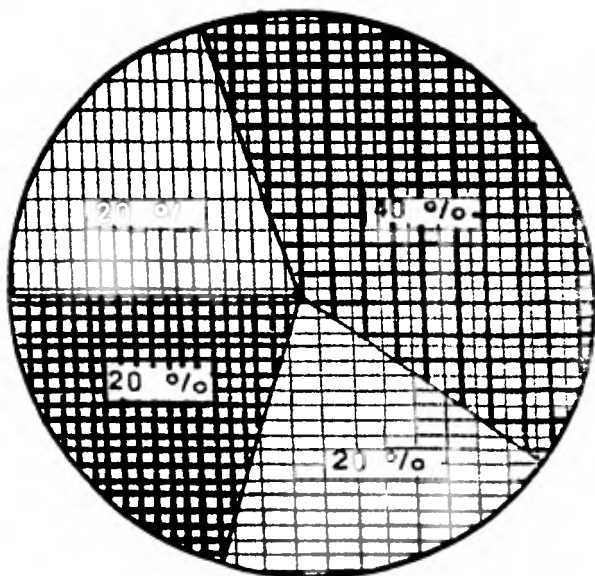
<u>COMPLICACIONES</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Hemorragia	2	20.00 %
Infecciones	4	40.00 %
Quemaduras.	2	20.00 %
<u>Sin complicaciones.</u>	<u>2</u>	<u>20.00 %</u>
<u>TOTAL</u>	<u>10</u>	<u>100.00 %</u>

FUENTE: Misma de cuadros anteriores.

Un 80.00 % de las mujeres encuestadas presentaron - complicaciones en el aborto inducido, siendo la más frecuente las infecciones, por su forma clandestina, inexperta y séptica en que se realizan.

GRAFICA 16

COMPLICACIONES DEL
ABORTO INDUCIDO



CLAVE



HEMORRAGIA



INFECCIONES



QUEMADURAS



SIN COMPLICACIONES

CUADRO 17
REPERCUCION PSICOLOGICA DEL ABORTO ESPONTANEO

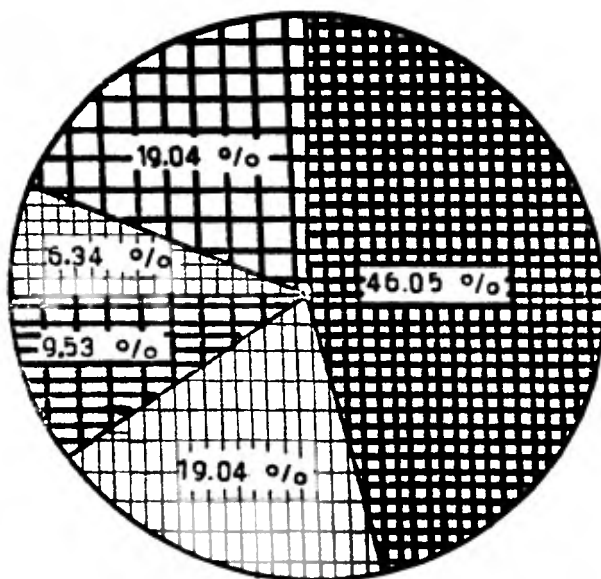
REPERCUCION PSICOLOGICA	Frecuencia	Porcentaje
Hipocondrias.	4	6.34 %
Neurosis de fracaso.	12	19.04 %
Depresión.	29	46.05 %
Deterioro del vínculo de la pareja.	12	19.04 %
Ninguna.	6	9.53 %
TOTAL	63	100.00 %

FUENTE: Misma de cuadros anteriores.

En el aborto espontáneo un 90.47 % presentaron reper-
 cución psicológica , siendo la principal la depresión.

GRAFICA 17

REPERCUCION PSICOLOGICA
DEL ABORTO ESPONTANEO



CLAVE



HIPOCONDRIAS



NEUROSIS DE FRACASO



DEPRESION



DETERIORO DEL VINCULO DE LA PAREJA



NINGUNA

CUADRO 18
COMPLICACIONES DEL ABORTO ESPONTANEO

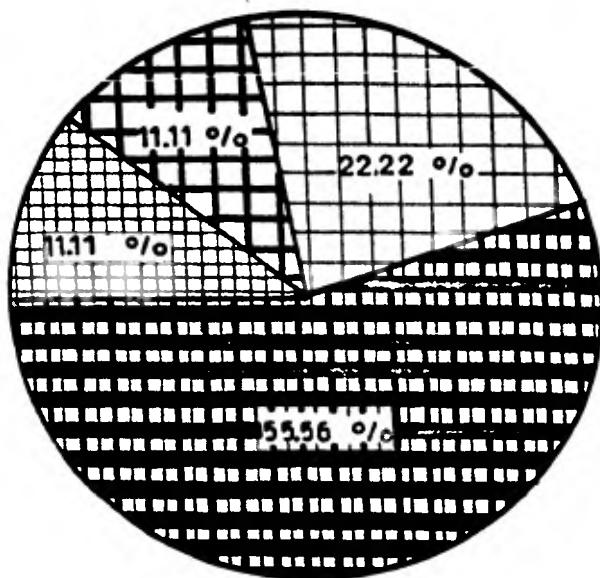
COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia.	7	11.11 %
Trastornos menstrua les.	7	11.11 %
Infecciones.	14	22.22 %
Sin complicaciones.	35	55.56 %
TOTAL	63	100.00 %

FUENTE: Misma de cuadros anteriores.

En el aborto espontáneo se encontró que existe una - gran incidencia de complicaciones en un 44.44 %, siendo las infecciones la principal complicación.

GRAFICA 18

COMPLICACIONES DEL
ABORTO ESPONTANEO



CLAVE



HEMORRAGIA



TRASTORNOS MENSTRUALES



INFECCIONES



SIN COMPLICACIONES

CUADRO 19
LEGALIZACION TOTAL DEL ABORTO

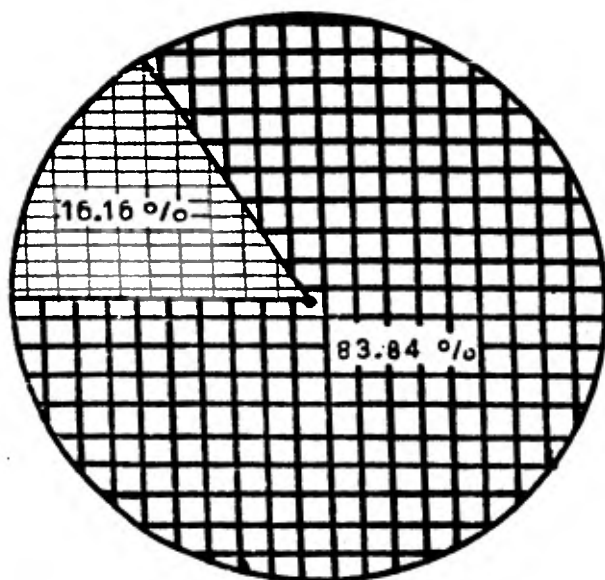
LEGALIZACION	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	16.16 %
No	166	83.84 %
TOTAL	198	100.00 %

FUENTE: Misma de cuadros anteriores.

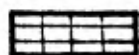
El 83.84 % no esta de acuerdo con la total legalización del aborto, argumentan que va en contra de la moral y - la religión, principalmente ponen de manifiesto la religión - y el resto de mujeres que aceptan la total legalización del - aborto ponen como testimonio al derecho que tiene la mujer - a decidir sobre su cuerpo.

GRAFICA 19

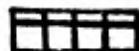
OPINION DE LA LEGALIZACION
TOTAL DEL ABORTO



CLAVE



SI



NO

VI RESUMEN Y CONCLUSIONES

A.- Replanteamiento del problema.

Revisión clínica, psicológica, social y jurídica del aborto.

El aborto es una antigua práctica que se encuentra generalizado en los diversos sectores de la sociedad, y no puede considerarse como un hecho aislado, sino como uno más de los problemas derivados de la estructura socio-cultural, económica y política de nuestro país y debido a su legalización restrictiva, se realizó en condiciones que ponen en peligro la salud y a menudo la vida de muchas mujeres.

B.- Conclusiones.

En este estudio sobre aspectos clínicos, psicológicos, sociales y jurídicos del aborto, efectuados en 198 mujeres - en edad reproductiva, se llegó a las conclusiones siguientes:

1^a La mayoría de las mujeres de la clase media baja y baja como las integrantes de este muestra, inician vida sexual activa a edades tempranas (15 a 25 años) lo que da paso a las probabilidades para que las familias que constituyen estas mujeres sean numerosas, ya que disponen de muchos años para ejercitarse en la procreación.

2^a El nivel de escolaridad de este grupo de mujeres es bajo, el 59.12% apenas si tienen la primaria completa, situación que les limita a comprender plenamente los objetivos y acciones de los programas de planificación familiar y ello les puede conducir a tomar decisiones equivocadas en cuanto a su función reproductiva.

3^a En el grupo de mujeres estudiadas se encontró que solamente un 18 % reportan no tener legalizado su matrimonio y están en las condiciones de unión libre o madre soltera. - Este dato hace manifiesto que aun entre los grupos de población con bajos ingresos económicos se ha considerado importante legalizar la unión de la pareja.

4^a La participación de la mujer encuestada en la vida

económica es mínima, ya que un 73.75 % se dedican a labores del hogar no pudiendo elevar su nivel socio-económico, y un pequeño porcentaje tienen empleos y subempleos (obreros, empleadas, costureras, labores domésticas, maestras y enfermeras). Se observó que la mayoría de las mujeres que trabajan no tienen una estabilidad conyugal, viéndose obligadas a ejercer alguna ocupación.

5^a Su ingreso familiar fluctúa de 4501 a 6000 en un - 46.40 % abarcando el sueldo mínimo, el 29.31 % percibe un sueldo que va de 6001 ó más y el otro 24.23 % de 1500 a 4500 que no les alcanza a cubrir sus necesidades básicas viviendo en promiscuidad.

6^a En la población estudiada se detectó que existe un gran conocimiento de la planificación familiar en un 95.96 %, esto nos demuestra que es una población sensibilizada en -- cuenta a los programas de planificación familiar.

7^a A pesar de que un gran porcentaje de la población estudiada tiene conocimientos del programa de planificación familiar, un 27.27 % no llevan control netal (madres solteras, primigestas y multigestas que no están de acuerdo con éste programa), esto nos indica que por su bajo nivel socio cultural no comprenden plenamente los objetivos de éste programa.

8^a Los métodos de control netal más utilizados son el D.I.U. y las pastillas en un 51.52 % por su mayor aceptación y margen de seguridad, observándose también que un 27.28 % - no utilizan ningún método, situación que puede conducir a la mujer a una mayor incidencia de abortos provocados.

9^a A pesar de que la mayoría de las mujeres encuestadas no son productivas no hay una marcada condición reproductiva, ya que un 67.21 % a tenido de uno a tres embarazos, esto se debe a que la población de la colonia la integran familias jóvenes.

10^a El número de hijos que predominan en las familias-

encuestadas es de 1 a 3 en un 68.71 %, un 7.09 % tienen más de 5 y un 9.59 % no tienen hijos (algunas se encuentran embarazadas). Se observó que las familias no son numerosas debido a que la mayoría de las mujeres inician una vida sexual activa.

11^a Un 36.86 % de la población en estudio ha tenido a bortes a pasar de ser una población joven con un reducido número de embarazos, esto implica que se deba concientizar a la población de la necesidad de una intensa campaña de planificación familiar.

12^a De la población encuestada que han tenido abortos un 86.30 % han sido espontáneos y un 13.70 % inducidos. Las familias más humildes negaron la práctica de abortos provocados, las personas que han tenido abortos provocados pertenecen a la clase social media baja y tienen como grado mínimo de estudio la primaria completa y como grado máximo la profesional, esto nos indica que el aborto no siempre se practica por ignorancia.

13^a La principal causa de los abortos inducidos son los hijos no deseados en un 40 %. Se encontró que las mujeres casadas son las que recurren con mayor frecuencia a este tipo de abortos cuando les falla el método anticonceptivo o como control natal.

14^a Los métodos utilizados para provocar el aborto fueron punción de las membranas (sondas y agujas de tejer), ministración oral de sustancias tóxicas (cerveza con óregano hervido y xospetli o flor de nochebuena con piloncillo negro) y aplicación de sustancias cáusticas (permanganato). Se observa que los métodos utilizados por esta población son agresivos para la salud y la vida de la madre.

15^a Un 80 % presentaron repercusiones psicológicas en el aborto provocado, siendo la principal la depresión en un 40 %. Esto nos demuestra el grave conflicto mental y desequilibrio orgánico cuyas implicaciones emotivas y trascendentes

son evidentes.

16^a De las mujeres entrevistadas que han tenido abortos provocados un 80 % han presentado complicaciones, siendo la más frecuente las infecciones, por su forma clandestina, - inexacta y séptica en que se realizan.

17^a De la población encuestada que han tenido abortos espontáneos un 90.47 % presentaron repercusión psicológica, - siendo la principal la depresión. Esto nos demuestra que todo lo que acontece en nuestro cuerpo se acompaña de afectos - y emociones intensas que provocan cambios en las relaciones - con nosotros mismos y con los demás.

18^a En el aborto espontáneo se encontró que existe - una gran incidencia de complicaciones en un 44.44 %, siendo - las infecciones la principal complicación. Esto demuestra - que un gran porcentaje no tienen una debida atención médica.

19^a De la población en estudio el 83.84 % no están de acuerdo con la total legalización del aborto, argumentan que va en contra de la moral y la religión, principalmente ponen de manifiesto la religión y el resto de mujeres que aceptan - su total legalización ponen como testimonio el derecho que - tiene la mujer a decidir sobre su cuerpo. Esto implica aun - que en bajo porcentaje, que la mujer siente la necesidad de - un cambio en la legislación mexicana en donde no únicamente - se maneje el concepto tradicional de la honra.

En este estudio realizado no se pudieron comprobar todas las hipótesis planteadas, obteniéndose lo siguiente:

1.- El aborto por indicación médica beneficia a la madre y al producto. No se pudo comprobar debido a que ninguna de las mujeres encuestadas se les había practicado este tipo de aborto.

2.- El alto índice de morbi-mortalidad materna tiene una relación directa con los abortos. Únicamente se comprobó el alto índice de morbilidad materna, un 80 % presentaron -- complicaciones en el aborto provocado y un 44.44 % en el a -

borto espontáneo, esto nos demuestra el gran porcentaje de mujeres que ponen en peligro su vida por la práctica de un a borto.

3.- Los abortos provocados causan graves repercusiones psicológicas. Esta hipótesis se comprobó, ya que se vio que el aborto causa graves repercusiones no sólo en la mujer, sino en la familia.

4.- Los abortos inducidos son más frecuentes en familias de bajo nivel cultural. Respecto a esto se detectó que no son las familias de bajo nivel cultural las que practican con mayor frecuencia los abortos, sino las que tienen una educación básica o profesional, esto nos pone a pensar que el aborto no se practica por ignorancia.

5.- La planificación familiar tiene una relación directa con el bajo índice de abortos inducidos. Esta hipótesis es verdadera debido a que la planificación familiar previene embarazos no deseados, disminuyendo así el índice de abortos.

C.- Alternativas de solución.

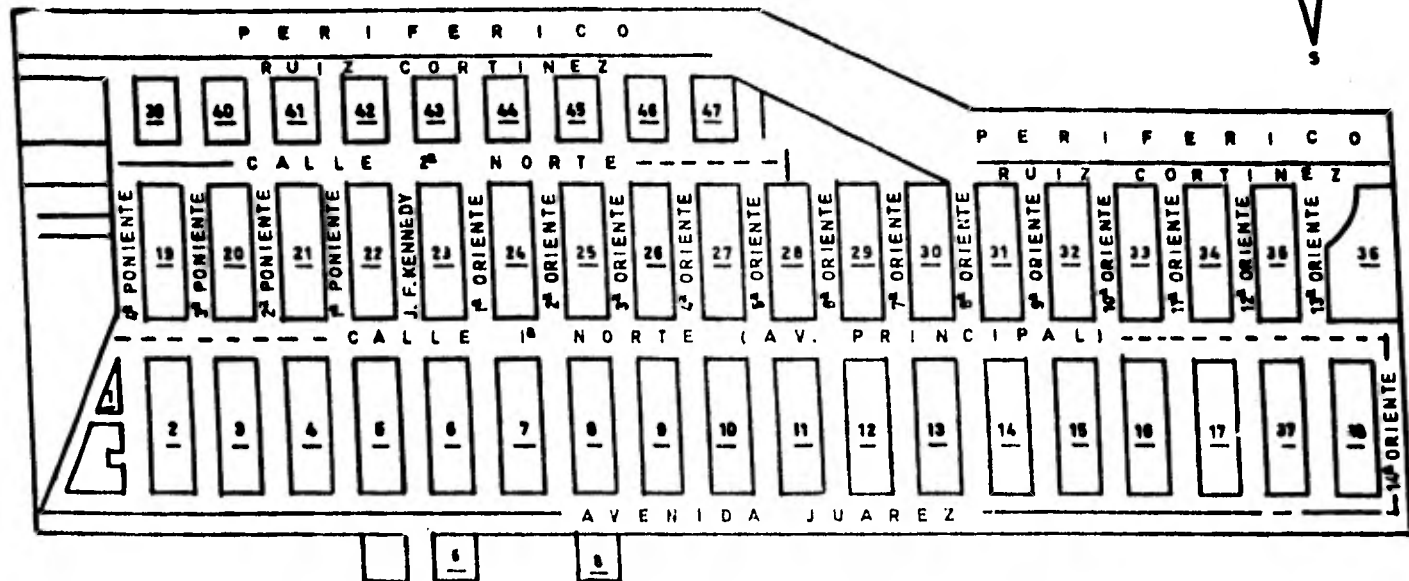
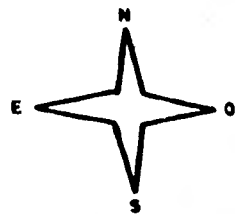
- 1.- Concientizar a la población del peligro que corre la vida de la mujer en la práctica de abortos inducidos mediante una campaña educativa.
- 2.- Legalización total del aborto, precedida y acompañada por una intensa campaña de planificación familiar.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

- ACOSTA, Mariclaire. El aborto en México. Fondo de Cultura - Económica. México, 1976.
- BAENA Paz, Guillermina. Instrumentos de investigación. Editores Mexicanos Unidos, S.A. México, 1979.
- BECK, Alfred. Práctica de Obstetricia. La prensa médica mexicana. México, 1973.
- CALANDRA, Dante. Estudio Clínico, Psicológico, Social y Jurídico del Aborto. Ed. Panamericana. México, 1973.
- CASTELAZO Ayala, Luis. Obstetricia. Cuarta Edición. México, - 1976.
- CASTELLANOS, Fernando. Lineamientos elementales de Derecho Penal. Ed. Porrúa, S.A. México, 1978.
- ENRIQUEZ Ramírez, Oscar. Efectos de la planificación familiar en el aborto. Facultad de Medicina. México, 1975.
- FRANCO Sagueon, Beatriz. El aborto desde el punto de vista Sociológico. Facultad de Derecho. México, 1976.
- HEER, David. Sociedad y población. Ed. Trillas. México, 1973.
- HOLGUIN Quiñones, Fernando. Estadística descriptiva aplicada a las Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. México, 1979.
- LARET DE MATHEUS, María Gabriela. Aborto, Prejuicios y Ley - Ed. Costa-Amic. México, 1977.
- LEYES y Códigos de México. Código Penal para el Distrito Federal. Ed. Porrúa, S.A. México, 1975.
- LOPEZ Nilo, Bruno. Crisis de la familia en el medio socio-económico actual. Facultad de Derecho. México, 1970.
- ORTIZ Urquidí, Raúl. Derecho Civil. Ed. Porrúa, S.A. México, 1977.
- PORTE PETIT Candaudap, Celestino. Doctrina sobre los delitos contra la vida y la salud personal. Ed. Jurídica Mexicana. México, 1975.
- ROJAS, Nerio. Medicina Legal. Ed. El Ateneo. México, 1976.
- SANCHEZ Azcona, Jorge. Familia y Sociedad. Ed. Joaquín Mortiz, S.A. México, 1974.
- SECRETARIA de Educación Pública. La mujer en América Latina. Número 211-212. México, 1975.

B.- APENDICES



NUMERO DE MANZANA N

 C O L O N I A I S I D R O F A B E L A

15.- ¿ A notado cambios en el carácter posteriores al aborto ? _____

16.- ¿ Presento alguna complicación ? _____

SI () NO ()

17.- ¿Cuál fué la complicación ? _____

18.- ¿ Qué opina de la total legalización del aborto ? _____

Fecha _____