

14
2oj.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EFFECTOS PSICOLOGICOS DEL ABORTO
PROVOCADO O ESPONTANEO EN LA
RELACION DE PAREJA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

**MARIA DEL ROCIO BELLO MALDONADO
MARIA DE LOS ANGELES OCAMPO AGUILAR**

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. SELMA GONZALEZ SERRATOS
ASESORA DE TESIS:
LIC. SOFIA RIVERA ARAGON

MEXICO, D. F.

1992

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

CONTENIDO

RESUMEN

CAPITULO I. 3

MARCO TEORICO.

1.- Antecedentes Históricos del aborto.

CAPITULO II. 14

1.- Definición del aborto

2.- Clasificación del aborto.

CAPITULO III. 19

El aborto desde diferentes puntos de vista.

1.- Aspecto Médico.

2.- Aspecto Legal.

3.- Aspecto Social.

4.- Aspecto Psicológico.

CAPITULO IV..... 77

La pareja y el aborto.

1.- Antecedentes.

2.- La elección de pareja.

3.- Tipos de Relación.

4.- Situación actual de la pareja.

5.- El conflicto en la relación de pareja.

6.- La pareja ante el aborto.

CAPITULO V..... 104

METODOLOGIA.

1.- Planteamiento del problema.

2.- Hipótesis conceptual.

3.- Hipótesis de trabajo.

4.- Hipótesis nulas y alternas.

5.- Definición conceptual de variables.

6.- Definición operacional de variables.

7.- Muestra.

8.- Escenario.

9.- Tipo de estudio.

10.- Diseño.

11.- Instrumentos.

12.- Procedimiento.

13.- Análisis de resultados.

14.- Conclusiones.

15.- Limitaciones.

16.- Sugerencias

APENDICE

BIBLIOGRAFIA.

RESUMEN.

La presente investigación, se realizó con la finalidad de estudiar la forma en que se ve afectada la relación de pareja a consecuencia de un aborto, ya sea éste de tipo provocado o espontáneo; las diferencias que pudieran existir en la elaboración del duelo por el mismo, así como las reacciones emocionales de mujeres y hombres ante la vivencia del aborto.

Se estudiaron 24 parejas con aborto espontáneo y 26 con aborto provocado, entre los resultados más relevantes se encontró que la relación de pareja si se afecta, manifestándose principalmente sentimientos de culpa, frustración, depresión, ambivalencia, hostilidad, indiferencia, en ambos miembros de la pareja, así como una marcada tendencia a la ruptura. En ambos tipos de aborto se encontraron los mismo resultados.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el duelo por un aborto provocado y un aborto espontáneo, observándose que los sujetos siguen las mismas pautas para elaborar el duelo por un aborto que para cualquier otro tipo de duelo.

Por otra parte, tampoco se encontraron diferencias significativas en las reacciones emocionales ante un aborto entre mujeres y hombres.

CAPITULO I.

MARCO TEORICO.

1.- ANTECEDENTES HISTORICOS DEL ABORTO.

La planificación del número de nacimientos ha sido una de las principales preocupaciones del ser humano. Por lo que se han ideado desde los métodos más rudimentarios y primitivos, hasta los más precisos y eficaces para expulsar al embrión o feto (según el tiempo de gestación) de la cavidad uterina, cuando no se desea o no es posible procrear un producto. Entre estos métodos, el aborto ha sido practicado desde hace miles de años por todas las civilizaciones de las que se tiene conocimiento (Havemann, E. (1967)).

Thevénet, E. (1978), afirma que se tiene referencia al respecto desde hace más de dos mil años, cuando Aristóteles pensaba que para el beneficio de la civilización Griega, era necesario mantener un nivel de población estacionaria, lo que solo se lograría a través del control de los nacimientos, pero como los métodos empleados para limitar la natalidad eran primitivos y poco eficaces, recomendaban medidas mucho más severas como el aborto y la muerte de los recién nacidos no deseados, abandonándolos a la intemperie. Platón en su "República", propone la obligación de hacer abortar a las mujeres mayores de 40 años.

Hipócrates no vacilaba en aconsejar a las parteras acerca del uso de abortivos y anticonceptivos. Sócrates habla de facilitar el aborto cuando la madre lo deseara.

Havemann, E. (1967), menciona que según los historiadores antiguamente se desconocía la relación entre el acto sexual y el embarazo, la participación del hombre era totalmente ignorada, pues por ser la mujer a quien se le abultaba el vientre y después paría, todos los intentos por evitar el embarazo eran dirigidos a ella, tales como; la oración a los Dioses, la utilización de objetos a modo de talismán, o la ingestión de ciertas píscas medicinales con el fin de evitar un nuevo nacimiento.

No se sabe con exactitud cuando se descubrió que el semen masculino depositado en la vagina durante el acto sexual era el causante del embarazo, pero ya la Biblia hace mención de " simiente " del hombre. Aristóteles, relaciona la función del semen con la preñez al decir que éste daba al embrión la mente y el alaa, fijando este momento en 40 días para el feto masculino y 80 para el feto femenino. Esta teoría de la "animación mediata", fue adoptada más tarde por la Iglesia Católica.

Científicamente la función del semen masculino, se establece cuando el descubrimiento del microscopio hace posible la observación de los espermatozoides humanos vivos en el semen.

Basándose en este conocimiento uno de los primeros métodos

anticonceptivos fue el " coitus interruptus " , que consiste en retirar el pene de la vagina antes de eyacular dentro de ésta.

Este método se menciona en la Génesis y en el Talmud, también era practicado por muchas tribus primitivas de Africa.

Otro método empleado fue la introducción de sustancias pegajosas (aceite, miel), o ácidas (vinagre, jugo de limón), dentro de la vagina con el propósito de matar a los espermatozoides. También se conoce el uso de barreras mecánicas colocadas antes de la relación sexual que impedían la penetración del los espermatozoides al útero. Estas barreras eran fabricadas con cáscaras de medio limón, cera de abejas, o pedazos de tela impregnados de vinagre, los que eran introducidos en la vagina.

Fue hasta 1564, cuando el anatomista Gabriello Falopio , recomienda el uso de una funda de lienzo a modo de condón para uso masculino, pero hasta 1844, año en que se introdujo la vulcanización del caucho, no se fabricaban ni se usaban muy a menudo.

En la antigüedad la mujer era considerada propiedad privada del hombre y en consecuencia su fruto también, por eso encontramos que en el Código de Hamurabi (de los Caldeos), el aborto se consideraba como un delito contra los intereses del padre o del marido y sólo en algunos casos se consideraba la posibilidad de daños a la mujer (2 500 años a. de C.).

Entre los hebreos era el padre o el marido, según fuera el caso, quienes imponían el castigo ante una ofensa a la mujer. Así figura en el derecho Hebreo: " Si algunos riñieren, o hiriesen a la mujer embarazada, y ésta abortare, pero sin haber muerte, serán penados conforme a lo que les impusiere el marido de la mujer y juzgaren los jueces. Más si hubiere muerte, entonces pagarás vida por vida" (Exodo XXI 22-23, La Biblia).¹

La actitud de la Iglesia Católica al respecto del aborto ha sido muy variable a través de los siglos. En el año de 1312, el Concilio de Viena, adopta la teoría de la "animación mediata", antes mencionada, por lo que no considera el aborto como un crimen hasta en tanto el alma no animara el cuerpo. Pero en 1588 (276 años después), el Papa Sixto V, considera que todos los abortos son crímenes y los castiga con la excomunión. Tres años más tarde el Papa Gregorio XIV, adopta nuevamente la teoría de la "animación mediata" y reestablece el concepto de que el aborto no es un crimen antes de la animación.

Este concepto se mantiene así hasta 1869, año en que el Papa Pío IX, hace desaparecer la distinción entre "feto animado" y "feto inanimado", y condena al aborto en cualquier momento, situación que prevalece en la actualidad (Thévenet, E. 1978).

En cuanto a las culturas prehispánicas, se sabe que la fecundidad

¹Casiodoro de Reina (1569) "La Santa Biblia, Antiguo y Nuevo Testamento". Revisión de 1960, ed. Sociedades Bíblicas en América Latina.

fue altamente valorada. La preñez era celebrada no sólo por la pareja, sino también por los abuelos, tíos y demás familiares, quienes a partir de ese momento se reunían varias veces hasta el alumbramiento, el cual celebraban con el corte del ombligo; si nacía niño, simbolizaban que él pertenecía al campo de batalla enterrando su ombligo en ese lugar. En cambio si nacía niña el ombligo era enterrado en la cocina, simbolizando su pertenencia al hogar.

Desde el inicio del embarazo a la mujer se le asignaba una Ticitl -partera- que la cuidaría en los últimos meses, así como en el parto. Durante todo el embarazo la mujer era muy protegida, se le brindaban atenciones, evitándole trabajos pesados o que implicaran el mínimo esfuerzo, se le complacían todos sus antojos para evitar el aborto o bien para que el niño no se pareciera al alimento deseado.

Si por alguna razón la madre fallecía al dar a luz, se le consideraba como una Diosa, una heroína, y se le rendían honores como tal, su cuerpo era lavado y se le vestía con sus mejores prendas; al caer el sol el cortejo se iniciaba llevada por su esposo a cuestras y custodiada por los Ticitl -guardianes especiales para estos casos-, los que armados custodiaban y trataban de impedir que los guerreros o Telpopuchtin amputaran el dedo mayor de la mano izquierda que era símbolo de valor y una condecoración enorme para aquel que lo conseguía. Con o sin amputación el cadáver era sepultado en el Teocalli de las Diosas

Cihuapipiltin o Mujeres Celestiales (Orozco y Berra, 1967). En el libro " El Problema del Aborto en México ", Leal Ma. L. (1980), cita a varios autores quienes reportan la actitud de diferentes grupos indígenas mexicanos al respecto del aborto. A continuación se mencionarán los hallazgos de esos investigadores: Nahmand, S. y Azaola, E. (1980), mencionan que a pesar de que el aborto estaba prohibido por las leyes indígenas, se sabe que durante la época prehispánica había personas dedicadas a favorecer la fertilidad de las mujeres estériles, pero también provocaban la interrupción de los embarazos, cuando les era solicitado. Estas personas eran denominadas Tepillaliliquo.

La doctora Nolasco, M. afirma que en México todos los grupos indígenas conocen alguna práctica abortiva y tienen conocimientos de métodos anticonceptivos, de acuerdo con la literatura etnográfica y con su trabajo de campo "saben más sobre aborto que sobre anticonceptivos". El método que utilizan por tradición es la ingestión de hierbas como la ruda, la gobernadora, el toloache, el epazote, el barbasco.

Tranfo, señala que entre las ideas y actitudes que sobre el aborto y la fecundidad, tienen algunos grupos indígenas encontramos que los Otomíes del Valle del Mezquital, existe la creencia de que siempre una gestación puede ser interrumpida bruscamente si el monstruo Zozkafi roba el feto y lo lleva a los montes.

En tanto que Alain Ichon dice que los Totonacas de la Sierra de Puebla consideran que el embrión está dotado de un alma y que cuando muere un niño o ha habido un aborto el feto o recién nacido, debe ser enterrado en el cementerio ya que después de cierto tiempo el alma del feto pasará al cuerpo de una mujer embarazada y de esta manera reencarnará.

En cuanto a los Tzoltales y Tzotziles de los Altos de Chiapas, Holland reporta que aceptan a los hijos como el resultado natural y deseado de cualquier matrimonio. La esterilidad es considerada como un castigo sobrenatural y el aborto se considera como un acto del demonio.

Los Tarahumaras, según Plancarte, celebran el embarazo con una ceremonia que tiene el propósito de prevenir el feliz nacimiento del hijo esperado y evitar el aborto o desgracias posteriores a la familia. La esterilidad es considerada como un castigo sobrenatural y es motivo suficiente para el rompimiento de un matrimonio.

De acuerdo con Aguirre Beltrán, los Tarascos consideran a la familia numerosa como la meta ideal del matrimonio, por lo que no utilizan ningún tipo de anticonceptivo.

Entre los Mazatecos, dice Villa Rojas, no se practicaba el aborto sin embargo sus descendientes mestizos si tienen conocimientos sobre abortivos, los que utilizan en caso de suma necesidad o

para borrar un desliz.

Weitlaner, menciona que los Chinatecos en el estado de Oaxaca utilizan algunas hierbas como método anticonceptivo o abortivo. Los Zapotecas no practican el aborto pues consideran la fecundidad como un don sobrenatural.

Elmendorf, M. dice que las mujeres Mayas de Yucatán se muestran actualmente dispuestas a aceptar los métodos anticonceptivos y reconocen que cuando éstos fracasan recurren al aborto.

Los Mazahuas utilizan el "chilacayote" para inducir el aborto.

Es muy importante considerar que estos datos sólo revelan lo que se espera en cada grupo social y no lo que verdaderamente ocurre, ya que el hecho de que el aborto sea ilegal en México, puede funcionar como un factor obscurecedor en el reporte de lo que ocurre en realidad.

Se puede decir que el aborto es una práctica universal, pero la "diferencia principal radica en la actitud de las diversas sociedades ante este problema, en la franqueza de su reconocimiento y en la calidad del trato dispensado a las mujeres que abortan", (Dalsace, J. 1971)²,

² Dalsace, J. (1971) "Por y Contra del aborto" Ed. Granica, Argentina.

A continuación se expone la definición del aborto y algunas clasificaciones del mismo; posteriormente se abordarán los aspectos médicos referentes al tema; se describirán y analizarán brevemente los aspectos legales en México y en otros países, así como un análisis sociológico del aborto clandestino y las repercusiones psicológicas del aborto provocado y espontáneo.

CAPITULO II.

1.-DEFINICION DE ABORTO.

La palabra aborto se deriva del latín "abortus", que significa privativa del nacimiento (Corominas, J. (1961).

De las diversas definiciones que existen sobre el aborto, la que parece más completa es la de el Dr. Mateos Cándano (1980)³, quien define el aborto como "la expulsión o extracción de toda (completa) o una parte (incompleta) de la placenta o de las membranas, sin un feto identificable o con un feto vivo o muerto que pese menos de 500 gr. Cuando se desconoce el peso fetal puede usarse como medida la duración de la gestación, la cual debe ser menor de 20 semanas completas (139 días), contadas a partir del primer día de la última menstruación".

2.-CLASIFICACION DEL ABORTO.

Con base en diferente autores como Calandra, D. (1973), Dalsace, J. (1971), Fournier, M. (1974), Cándano, M. (1980), El Consejo Nacional de Población (1982); se describirán las diversas clasificaciones que se hacen del aborto, de acuerdo a sus características.

³ Mateos Cándano, M. (1980), Aspectos Médicos y de Salud, (Leal, L. Ma.), "El Problema del Aborto en México", Cap. II. p.17, México, Edit. Miguel Angel Porrúa.

Los abortos se clasifican primeramente en:

- a) ABORTO ESPONTANEO
- b) ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO

Entendiéndose por aborto espontáneo, aquel que se produce sin que exista algún tipo de intervención externa. Puede ocurrir debido a una enfermedad de la madre o del producto.

Mientras que el aborto INDUCIDO O PROVOCADO, se produce a consecuencia de la intervención médica, quirúrgica o de algún otro tipo, con el fin de interrumpir el embarazo. Este se realiza de manera voluntaria tanto por parte de la mujer como de la persona que lo efectúa.

A su vez el aborto ESPONTANEO se clasifica en:

ACCIDENTAL U OCASIONADO. En este caso la interrupción de la gestación se debe a una causa patológica (de la madre o del fruto), incompatible con la permanencia del producto de la concepción en el útero.

RETENIDO. Cuando el embrión muere pero no es expulsado en un plazo relativamente razonable (algunos días como mínimo), también se le llama "retención del feto muerto".

HABITUAL O ITERATIVO. Cuando el aborto se repite en tres o más

ocasiones consecutivas.

ESPORADICO. Cuando ocurre en una sola ocasión.

El aborto inducido o provocado se clasifica de la siguiente forma:

ABORTO POR INDICACIONES MEDICAS.

TERAPEUTICO: se realiza cuando el embarazo pone en peligro la vida de la madre.

PROFILACTICO: Cuando existe el temor fundado de que la continuación del embarazo exacerbe una patología materna previa (física o mental).

EUGENESICO: Se realiza ante la firme sospecha de que el feto presenta alteración genética o malformación física, con la intención de evitar la madurez y nacimiento de un niño disminuido.

POR RAZONES ETICAS O HUMANITARIAS.

Se realiza cuando el embarazo es producto de una violación, incesto, trato sexual con menores o personas con enfermedad o deficiencia mental.

POR RAZONES SOCIALES.

Es aquel que se realiza tomando en cuenta factores como la

comunidad, la familia, económicos, de planificación familiar, de ilegitimidad etc.

POR RAZONES PERSONALES.

Se efectúa a simple petición de la mujer embarazada sin que para ello tenga la necesidad de exponer sus razones.

Existe otra clasificación del aborto, de acuerdo a su **TIEMPO DE EVOLUCION:**

OVULAR.

Se le denomina así hasta los dos meses de gestación.

EMBRIONARIO.

Cuando ocurre entre el tercer y el cuarto mes de gestación.

FETAL.

Cuando la interrupción del embarazo ocurre entre el quinto y sexto mes de gestación.

En cuanto a sus **CARACTERISTICAS LEGALES** los abortos se clasifican en:

ABORTOS LEGALES.

Cuando están autorizados por las leyes de un país.

ABORTOS ILEGALES.

Quando carecen de esa autorización.

Existen otras denominaciones del aborto, basadas en sus etapas o fases así como en sus formas clínicas, las cuales serán descritas al abordar el Aspecto Médico, del que a continuación se tratará de describir.

CAPITULO III.

EL ABORTO DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA.

1.- ASPECTO MEDICO

"... nadie aborta porque le guste, en todo caso, siempre nos vemos obligadas a abortar; pues todas hubiéramos preferido no estar embarazadas".

(Colectivo del Libro de la Salud de las Mujeres de Boston 1982).

Después de haber definido el aborto y describir algunas de las clasificaciones sobre el mismo; se abordará el aspecto médico de éste.

Para que exista un aborto se presume un embarazo, el doctor Fournier (1974), menciona que el concepto global de embarazo, no sólo se refiere a la unión del espermatozoide con el óvulo, sino a la unión de estos para formar un huevo que se implantará en la matriz y será capaz de desarrollarse; por lo que el concepto de implantación es fundamental para hablar de embarazo.

Al unirse el espermatozoide con el óvulo y formar un huevo o cigoto, éste tarda aproximadamente siete días en descender a través de las Trompas de Falopio e implantarse en el útero o matriz. Las primeras manifestaciones que se tienen es la ausencia de menstruación y un elevado nivel de gonadotropina coriónica en orina. La primera se debe a la presencia del cuerpo amarillo y la segunda a la implantación del huevo. Sin embargo el valor de este símbolo es dudoso, ya que también puede deberse a otras causas.

El desarrollo embrional es bastante acelerado, alrededor de la sexta semana de gestación ya es una pequeña masa de tejido celular del tamaño de un chicharo. Al mismo tiempo se ha desarrollado la placenta, que es un tejido a través del cual se nutre al embrión. Al final del segundo mes (diez semanas desde la última menstruación), el embrión, que para entonces ya se denomina feto, mide aproximadamente 2.5 cms. y empieza a adquirir forma humana. A los tres meses de gestación (catorce semanas desde el último período menstrual), el feto mide 7.5 cms. lo rodea y protege el líquido amniótico contenido en una bolsa llamada "bolsa amniótica". Aproximadamente a las 20 semanas el feto se mueve. Entre las 24 y 28 semanas se dice que el feto ya es viable porque podría sobrevivir aunque fuera poco tiempo bajo cuidados intensivos en un hospital en caso de que tuviera que nacer (Colectivo del Libro de la Salud de Mujeres de Boston 1982).

Durante el aborto se extraen totalmente los contenidos del útero,

es decir, el embrión o feto, la placenta y el tejido construido en el endometrio, dejando al útero en condiciones de no embarazo.

Clinicamente es muy importante determinar las etapas y forma de un aborto, ya sea que se trate de un aborto inducido o espontáneo.

El Dr. Mateos Cándano (1980) y el Dr. Fournier (1974), coinciden en que las etapas y formas de un aborto se refieren a los signos premonitorios de terminación del embarazo y expulsión del producto de la concepción y estos pueden ser:

a) AMENAZA DE ABORTO.

Se reconoce cuando una vez comprobado el embarazo, se presenta sangrado vaginal de origen intrauterino, que puede ir acompañado de pequeñas contracciones uterinas, arrítmicas, no progresivas, sin que se presenten modificaciones cervicales.

b) ABORTO EN EVOLUCION.

El sangrado se presenta acompañado de contracciones uterinas rítmicas y gradualmente progresivas. Se presentan pequeñas modificaciones cervicales.

c) ABORTO INMINENTE.

Constituye una etapa evolutiva más adelantada de la anterior en la cual el huevo se está expulsando.

d) ABORTO INEVITABLE.

Se denomina así cuando en una gestación menor de 22 semanas, se presenta sangrado de origen intrauterino muy abundante con contracciones uterinas intensas, rítmicas y progresivas, con ruptura evidente de membranas y acompañado de dilatación y borramiento del cuello de la matriz de diverso grado y protusión de una parte del feto, placenta o membranas a través del canal cervical.

e) ABORTO CONSUMADO COMPLETO.

Es aquel en el cual se expulsó totalmente la placenta, las membranas y el feto. Para poder afirmar que se trata de un aborto consumado completo es indispensable la observación directa del huevo expulsado y encontrar durante la exploración que el útero se ha involucionado totalmente, el cuello está formado y cerrado y su orificio interno prácticamente no es permeable. No siendo necesaria la intervención quirúrgica.

f) ABORTO CONSUMADO INCOMPLETO.

Se reconoce cuando la expulsión del feto, la placenta y las membranas no se han completado totalmente, reteniéndose parte de los productos de la concepción dentro del útero siendo indispensable completarlo quirúrgicamente.

De acuerdo con sus FORMAS CLINICAS los abortos se reconocen como:

a) ABORTO ESPORADICO.

Cuando se produce en una sola ocasión.

b) ABORTO HABITUAL O REPETIDO.

Cuando ocurren tres o más abortos espontáneos consecutivamente, sin que entre ellos se presenten embarazos a término o partos prematuros.

c) ABORTO INFECTADO.

Se le denomina así cuando se asocia a infección de los órganos genitales.

d) ABORTO SEPTICO.

Es un aborto infectado en el cual los microorganismos se diseminan al aparato circulatorio de la madre.

e) ABORTO TEMPRANO O DE PRINCIPIO.

Cuando ocurre antes de concluir la décima semana de gestación, es decir 69 días contados a partir del primer día del último período menstrual.

f) ABORTO TARDIO.

Es aquel que se presenta después de la décima y antes de la vigésima semana de gestación.

g) ABORTO DIFERIDO, RETENIDO U OBITO EN UTERO.

Es aquel en el que el embrión o feto muere y es retenido en el

útero.

h) ABORTO INAPARENTE O DUDOSO.

Es aquel cuya evolución se desconoce, generalmente se presenta un ligero sangrado transcervical de origen intrauterino sin ningún otro síntoma o signo.

i) ABORTO FRANCO O DEMOSTRABLE.

Es aquel en el cual no existen dudas de que se presentó.

j) ABORTO COMPLICADO.

Cuando se presenta patología de tipo hemorrágico o infeccioso a consecuencia del aborto.

k) ABORTO NO COMPLICADO.

No se presentan consecuencias patológicas.

l) ABORTO AUTOINDUCIDO.

Cuando la misma gestante provoca la interrupción del embarazo.

m) ABORTO INDUCIDO REPETIDO.

Es aquel que supone la reincidencia en las acciones abortivas.

En los informes médicos siempre se encontrará reportada la etapa en la que se presentó el aborto y la forma clínica a la que corresponde.

Los abortos realizados a menos de la doceava semana de gestación, contando desde el primer día del último periodo menstrual, (primer trimestre), son los más simples quirúrgica, administrativa y emocionalmente; pero al aumentar el tiempo de gestación la operación se torna más difícil (Federación Internacional de Planificación de Familia I.P.P.F., 1981).

Sin embargo es un hecho que existe la posibilidad de realizar abortos entre la doceava semana y vigésima cuarta semana de gestación (segundo trimestre), aunque con mayor riesgo para la salud de la mujer.

El Consejo Nacional de Población (1982), el Colectivo de la Salud de las Mujeres de Boston (1982), y la Federación Internacional de Planificación Familiar (1981), coinciden en mencionar que las técnicas médicas que existen para realizar abortos son:

Durante el primer trimestre

- 1) Regulación menstrual.
- 2) Aspiración.
- 3) Dilatación y Curetaje.

Durante el segundo trimestre

- 4) Infusión Intraamniótica
- 5) Histerotomía.

1) La técnica de Regulación menstrual, se aplica muy tempranamente, de cuatro a seis semanas después del último periodo menstrual, es decir, justo en el momento en que se

esperaba el siguiente período menstrual. El procedimiento consiste en introducir al útero, a través del cérvix una cánula de plástico flexible, la cual está conectada por uno de sus extremos a una bomba eléctrica o manual (jeringa de Karmann), que succiona suavemente el tejido adherido a las paredes del útero.

Esta sencilla técnica generalmente es aplicada en consultorios, por personal médico o paramédico, tiene el menor riesgo de complicaciones, requiere de 10 a 45 minutos para su realización, no es necesario aplicar anestesia local, tampoco pruebas de embarazo, ni dilatación del cérvix, por lo que resulta relativamente barato y proporciona a la mujer inmediato alivio emocional. Sin embargo no se recomienda como rutina ni como método anticonceptivo.

Entre las desventajas que se presenta es que muchas veces puede realizarse sin necesidad, debido a que el retraso menstrual no sea debido a un embarazo. También puede ocurrir que exista retención de tejido fetal, dado que en este momento es muy pequeño, es difícil para el que lo realiza estar completamente seguro de que lo ha quitado, por lo que es aconsejable hacerse una prueba de embarazo una semana después. Esta totalmente contraindicado en mujeres con sangre del grupo Rh negativo.

2) La técnica de Aspiración, se aplica entre la décima y sexta semana de gestación, el procedimiento es muy parecido al anterior sin embargo antes de emplear esta técnica es preciso contar con

análisis clínicos que determinen el estado de gravidez de la paciente. La técnica requiere de anestesia local (paracervical), así como de la dilatación gradual del cérvix para introducir una cánula de succión, la cual generalmente es de plástico flexible provista de dos orificios laterales, el extremo que se introduce en la cavidad uterina es redondo lo que disminuye el riesgo de perforaciones, el otro extremo se conecta a un sistema de bomba de vacío que succiona el contenido del útero. Este método es uno de los más seguros, rápidos y menos dolorosos para la mujer. Los riesgos de perforaciones, hemorragias, infecciones o de abortos incompletos son mínimos. En términos generales las complicaciones son el resultado de la edad de la gestación en que se practique el procedimiento y de la habilidad del operador.

3) Dilatación y Curetaje, a esta técnica también se le denomina Legrado o Raspado del útero, es posible efectuarla entre la sexta y doceava semana de gestación, requiere de hospitalización porque se aplica anestesia general, el cuello del útero se dilata gradualmente y se introduce una cureta con la que se raspan las paredes uterinas suavemente extrayendo los contenidos del útero.

Como complicaciones pueden presentarse desgarros del cuello del útero, perforaciones uterinas acompañadas de perforaciones intestinales, hemorragias, infección por retención de restos.

4) Aborto inducido por Infusión Intra-amniótica, sólo se usa en abortos tardíos, los que corresponden al segundo trimestre, entre

la 16a. y 24a. semana de gestación. La técnica consiste en inyectar una solución salina o de prostaglandinas en el líquido amniótico, lo que provoca contracciones uterinas y la dilatación del cérvix, favoreciendo la salida de los contenidos del útero. Los riesgos y complicaciones que se pueden presentar son mayores que en abortos tempranos, estos pueden ser shock salino, hemorragias, laceraciones cervicales, infecciones, retención de placenta. Esta técnica está totalmente contraindicada en mujeres que han tenido problemas de hígado, riñones, fallas cardíacas, hipertensión, epilepsia, convulsiones o asma.

Evidentemente requiere de hospitalización y de personal médico bien entrenado.

Un aborto entre la 16a. y 24a. semanas de embarazo es física y emocionalmente más difícil que un aborto temprano.

5) Histerotomía o Microcesárea, frecuentemente este procedimiento se utiliza entre la 12a. y 24a. semana de gestación. Es una cirugía mayor que forzosamente tiene que realizarse en un Hospital, los contenidos del útero son extraídos a través de una pequeña incisión abdominal, la cual generalmente se realiza debajo de la línea de vello público. Su costo es elevado ya que requiere de varios días de hospitalización. En la mayoría de los casos condiciona a la paciente a que sus posteriores partos se vuelvan por cesárea.

Estas técnicas médicas se aplican generalmente en países donde el aborto está peraltido legalmente, países en los que la mujer puede encontrar con facilidad un adecuado servicio médico para un aborto.

Aunque es sabido que estas técnicas también se utilizan en países que como México, no cuentan con autorización legal para inducir abortos, lo cual propicia que se realicen clandestina y peligrosamente para la salud de la mujer y a un costo elevado, ya que como se revisará posteriormente, los médicos que se atreven a realizar abortos saben de anteaano que ponen en peligro el ejercicio de su profesión. Además de esto, el clandestinaje de los abortos genera otro tipo de discriminación social, pues solo aquellas personas que esten en posibilidades de pagar un servicio médico privado, podrán interrumpir su embarazo sin poner en peligro su salud y su vida.

A excepción de los abortos espontáneos, los cuales son tratados incluso en servicios médicos estatales, como los Hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia S.S.A; el Instituto Mexicano del Seguro Social I.M.S.S; el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado I.S.S.S.T.E.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO 1982), los procedimientos básicamente usados en México, son:

a) La ingestión de pociones y tés.

- b) Las automaniobras.
- c) Sondas intrauterinas.
- d) Caústicos vaginales.
- e) Fármacos orales.
- f) Tallos de laminaria.
- g) Hormonas.
- h) Dilatación y legrado.
- i) Histerotomía o Microcésarea.

a) La ingestión de pociones y téis preparados con hierbas como la ruda, la gobernadora, el toloache, el barbasco, el xoapatli, etc., con el propósito de desencadenar un aborto son utilizadas no solo por las mujeres de bajos recursos socioeconómicos, sino también en mujeres pertenecientes a la clase media y alta. Su eficacia como abortivos es muy escasa ocasionando en cambio intoxicaciones que van desde leves hasta muy graves.

b) Los efectos de las automaniobras son frecuentemente observados en mujeres pertenecientes a sectores campesinos, obreros o populares, las cuales introducen objetos punzantes, con frecuencia agujas de tejer dirigidas hacia el útero, con la intención de romper el huevo con lo cual se ocasionan graves perforaciones en el útero e incluso en los intestinos, acompañadas de infecciones graves que pueden llevar a la mujer a la muerte.

c) Las sondas intrauterinas, generalmente son colocadas por personal no calificado o por parteras tituladas o prácticas, con

este procedimiento se busca desencadenar el proceso expulsivo al permanecer la sonda en el interior del útero durante varias horas o días, sin embargo se sabe que su eficacia como abortivo es escasa y por lo general la mujer debe ser intervenida quirúrgicamente para completar el aborto acompañado de hemorragias y graves infecciones.

d) Otro de los métodos comúnmente recomendados por el personal no calificado es la introducción de pastillas de permanganato de potasio a la vagina, las cuales lejos de provocar el aborto tienen un efecto cáustico, lo cual amerita que la mujer tenga que ser intervenida quirúrgicamente, para reparar el daño causado en la vagina y útero, acompañado el cuadro de severas hemorragias, anemia aguda e inminencia de muerte.

e) Los fármacos orales comúnmente recomendados como abortivos, han sido la quinina, la apielina, el cornezuelo de centeno o la ergotamina, entre otros, su eficacia es baja a dosis terapéuticas, pero elevada a dosis tóxicas. Estos fármacos comprometen el funcionamiento del aparato circulatorio por lo que el riesgo de muerte es alto. Cuando por efecto de los fármacos el huevo se desprende, éste no siempre se expulsa, lo que favorece las complicaciones infecciosas o la hemorragia. Este método generalmente es recomendado por farmacéuticos o parteras.

f) Los tallos de laminaria, son pequeños cilindros de madera hidróscópica que aumentan su volumen con la humedad, al ser

introducidos al cervix ocasionan que el útero se contraiga, desencadenando el aborto. Aplicados adecuadamente por personal calificado y en condiciones de higiene idóneas (asepsia y antiasepsia) se reducen las complicaciones y molestias.

Actualmente son accesibles en el comercio norteamericano, se pueden esterilizar y se venden en cuatro medidas: extrafino, delgado, mediano y grande.

g) Algunos dependientes de farmacia, partera y hasta médicos, recomiendan erróneamente la administración intramuscular de hormonas (estrógenos, progesterona, gonadotropina coriónica), para desencadenar el aborto, sin embargo estas hormonas son totalmente ineficaces.

h) Respecto a las técnicas de Dilatación, Legrado e Histerotomía, ya mencionadas anteriormente, sólo agregaremos que deben ser realizadas por personal médico de preferencia en un medio hospitalario, empleando anestesia, en condiciones de asepsia y antisepsia, y contando con un estudio clínico integral de la paciente.

Para mayor claridad sobre las técnicas del aborto, reproduciremos el cuadro de "Procedimientos y Personal que lo practica". Tomado de CONAPO (1982). La Educación de la Sexualidad Humana, tomo 2, "Familia y Sexualidad" México, p. 322 y 323

PROCEDIMIENTOS PARA LLEVAR A CABO UN ABORTO Y PERSONAL QUE LOPRACTICA.

PROCEDIMIENTO	PERSONAL	EFICACIA	RIESGO	FERTILIDAD SUBSECUENTE
pociones	yerbera	baja	mediano	frecuentemente comprometida
automaniobras	la mujer	eventual	muy elevado	comprometida
fármacos orales	farmacéuticos personal no calificado	sólo a dosis tóxicas	elevado	frecuentemente comprometida
Caústicos vaginales	personal no calificado	ineficaz	elevado	eventualmente comprometida
sondas intrauterinas	parteras y personal no calificado	eventual	elevado	frecuentemente comprometida
tallos de laminaria (se complementa con legrado)	parteras y médicos	elevada	elevado	frecuentemente comprometida
dilatación y legrado	médicos y parteras	elevada	menor	eventualmente comprometida

succión	médico	elevada	mínimo	eventualmente comprometida
soluciones intraamnióticas	médico	elevada	mínimo	eventualmente comprometida
hormonales estrógenos andrógenos prostaglandinas	farmacéuticos personal no calificado	nula	mínimo	eventualmente comprometida
historectomía	médico cirujano o ginecólogo	absoluta	mediano	infertilidad
hormonales prostaglandinas	médico enfermera	elevada	mínimo	aparentemente nula
procedimientos en inmunológicas vacuna antigonadotrópica	en investigación médica	elevada?	mínimo?	temporal o definitivo
radiación y drogas citotóxicas	médico	relativa	mediano	infertilidad
histeroecmía o microcesárea	médico cirujano o ginecólogo	absoluta	mediano	infertilidad

Se recomienda que después de un aborto, la mujer guarde reposo durante una o dos semanas, que coma nutritivamente (sobre todo proteínas), que haga una visita al médico una semana después para comprobar que todo está bien; así como hacerse una prueba de sangre para determinar el factor Rh, ya que si el tipo de sangre de la mujer es Rh negativo, es necesario aplicarle una vacuna de Rhogan, en los primeros días después del aborto.

Esta sirve para evitar que la madre, produzca sustancia en contra de los siguientes hijos; decidir lo más pronto posible algún método anticonceptivo; no tener relaciones sexuales con penetración durante tres semanas; no bañarse en tina ni el mar, ni ponerse taponos o lavados vaginales por tres semanas; buscar ayuda profesional de tipo psicológico o psiquiátrico puede resultar muy benéfico (C.I.D.H.A.L., 1982).

"Un aborto se reconoce que se complicó cuando un día después de éste, la mujer se siente débil, tiene fiebre, dolor en el cuerpo y en cintura, flujo con sangre que huele mal o hemorragia" (C.I.D.H.A.L. 1982)⁴, en estos casos es necesario acudir inmediatamente al médico.

La Federación Internacional de Planificación Familiar (1981), señala que si bien en algunos países el aborto es permitido legalmente la ley no obliga al médico a efectuarlo. El médico y

⁴C.I.D.H.A.L. (1982), "Cuerpo de Mujer", México, Ed. CIDHAL p.107.

sus ayudantes tienen el papel de interpretar la ley y siempre deben de tratar de ayudar a la mujer o a la pareja, a llegar a la decisión más conveniente para su salud y la de su familia. Es de primordial importancia que todos los que participan en tan difícil problema comprendan que su función es servir, y que deben ofrecer tales servicios en forma comprensiva, segura, expedita y económica, además de no asumir una actitud valorativa con prejuicios morales personales.

Cuando se aconseja sobre aborto -señala la Federación Internacional de Planificación Familiar-, hay que informar a la mujer acerca de otras posibles opciones que tiene; continuar con el embarazo y tener la criatura para ella misma o darla en adopción, asegurándose de que su decisión es bien informada, voluntaria y sin presión de ninguna clase.

En la mayoría de los países la ley establece que aún cuando la mujer deseara el aborto en primer instancia, la decisión de efectuarlo debe ser tomada por uno o más médicos conjuntamente y por razones bien definidas (I.P.P.F., 1981).

Si una mujer bien informada se decide por el aborto, es importante que cualquiera que sea la técnica que se vaya a emplear se le explique claramente el procedimiento para que ella comprenda lo que se va a hacer. En los países donde la operación es legal, es obligatorio para los médicos o planificadores de la familia aconsejar a la mujer acerca del uso de métodos

anticonceptivos inmediatamente después del aborto.

Aquellas mujeres que han tenido un aborto incompleto como consecuencia de una intervención ilegal, usualmente aceptan que se les oriente acerca de métodos anticonceptivos.

En contraste, en países en donde el aborto es ilegal, la mujer que sufre las complicaciones después de un aborto provocado clandestinamente, tiene temor de buscar ayuda profesional de cualquier índole además no tiene la posibilidad de recibir consejo anticonceptivo inmediato.

Generalmente las sanciones legales por efectuar un aborto, no son aplicadas, ya que se trata de una legislación obsoleta y debatible que evidentemente está en desacuerdo con la opinión pública, no obstante los médicos que residen en lugares donde las leyes al respecto son restrictivas, tienen temor a ser procesados al proporcionar un servicio de aborto, así como a tratar un aborto inducido incompleto o espontáneo, sin embargo cuando el médico o la institución se niegan a proporcionar los servicios médicos necesarios a un aborto incompleto sea éste espontáneo o no, podrían adquirir responsabilidad legal por daños causados a la mujer y en algunos casos pena criminal también.

El desconocimiento por parte de los, médicos o instituciones de salud de su posición legal frente al aborto, puede llevarlos a negarse a proporcionar un servicio médico por razones que no son

médicas, el médico o la institución pueden ser demandados por negligencia (Federación Internacional de Planificación Familiar I.P.P.F. 1981).

Las mujeres hospitalizadas a consecuencia de un aborto ilegal utilizan gran parte del espacio y disponibilidad del tiempo de los profesionales de un hospital. En algunos países latinoamericanos el tratamiento de los abortos incompletos ocupa un tercio de las camas de los servicios obstétricos, muchos son sépticos y la mayoría de ellos han sido inducidos por manos inexpertas (Havemann, E. 1967).

Autores como Thévenet, E. (1978), Delsace, J. (1971), la I.P.P.F (1981), coinciden en que en los países donde se ha liberalizado el aborto existe una importante disminución en la tasa de mortalidad y morbilidad materna por esta causa. Mientras que en los países donde la legislación es restrictiva, se mantienen altas tasas de mortalidad y morbilidad materna debida a los abortos ilegales. Por lo que se concluye que la liberación de las leyes sobre el aborto aportaría un beneficio positivo para la salud femenina y para resolver un problema social de gran magnitud e impacto como lo es el aborto.

2.- ASPECTO LEGAL.

El aborto es una
prohibición legal,
diariamente violada.

(Anónimo)

El problema del aborto puede ser enfocado desde diferentes puntos de vista, entre ellos el aspecto legal es uno de los más determinantes para la manera en que una mujer o una pareja va a solucionar un embarazo no deseado.

En los países en los que un aborto está legalmente permitido, la mujer que por alguna razón debe interrumpir su embarazo tiene acceso a unidades hospitalarias en donde es atendida por personal calificado en condiciones de seguridad e higiene, lo cual disminuye significativamente el índice de mortalidad.

No así en los países que, como México, restringen o prohíben totalmente la realización del aborto inducido. En estos lugares las mujeres que se enfrentan a un embarazo que por alguna razón deben interrumpir, precisan hacerlo clandestinamente, pagando un precio muy alto al médico que acepta realizar la intervención quirúrgica, o bien poniéndose en manos de personal no calificado, arriesgando en la mayoría de los casos su salud física y mental e incluso su vida.

El aborto no es un problema moral, sino un verdadero problema de salud pública, por su elevado índice de incidencia y de morbi-mortalidad, sin embargo existe gente empeñada en enfocarlo como un acto "criminal" que debe ser castigado.

En México el aborto está contemplado en el Código Penal de cada estado; en este punto se hará referencia al que corresponde al Distrito Federal en su capítulo VI "Delitos contra la Vida", en sus artículos 329 al 334.

También se mencionará brevemente el contenido de los Códigos Penales de algunos estados del país, que tienen una legislación más liberal al respecto.

Las Leyes del Distrito Federal son:

Art.329: Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Art.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 la violencia física o moral, se impondrá al delincuente de seis a ocho años de prisión.

Art.331. Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón o

partera, además de las sanciones que le corresponden conforme al artículo anterior, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.

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

- I.- Que no tenga mala fama.
- II.- Que haya logrado ocultar su embarazo.
- III.- Que éste sea fruto de una unión ilegítima.

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

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

Art.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 fuera posible y no sea peligrosa la demora.

Es decir que en México está permitido el aborto terapéutico (art.334), y el aborto por razones humanitarias (art 333), queda totalmente prohibido el aborto provocado por cualquier otro

motivo. Sin embargo es muy importante considerar que estas leyes fueron decretadas durante el gobierno de Pascual Ortiz Rubio en 1931, y hasta la fecha no han tenido modificación alguna, a pesar de ser evidentemente obsoletas, pues actualmente las condiciones de la población en general y sobre todo la posición social de la mujer son muy diferentes a las de aquella época (Acosta, M. 1976).

Resulta paradójico que el aborto sea contemplado por la ley como "un delito contra la vida", cuando es precisamente la ley que al prohibirlo lo torna en clandestino, ocasionando con ello que miles de mujeres mueran anualmente a consecuencia de abortos mal practicados, en condiciones antihigiénicas por personal no calificado la mayoría de las veces, perjudicando la salud de la mujer.

Deteniéndose a analizar brevemente el contenido de cada artículo, se recurrirá primeramente a citar a De la Barrera S. (1984), quien advierte la incorrecta definición de aborto en el artículo 329, ya que en un estricto sentido médico la expulsión del producto de la concepción dentro del último trimestre del embarazo se considera como parto prematuro, porque el feto ya es viable. Lo que denota la primer muestra de ignorancia y falta de precisión científica y médica de los legisladores.

Respecto al artículo 330, cabe detenerse a pensar "de qué manera se puede hacer abortar a una mujer sin su consentimiento, sin que medie violencia, por lo menos de tipo moral" (Acosta, M. 1976).

La ley incurre en un grave error al sancionar doblemente al personal calificado (ver art. 331) , que teniendo un mejor conocimiento y entrenamiento de cómo realizar esta operación, le proporcionaría a la mujer todas las posibilidades de proteger su salud y su vida. Esta prohibición lejos de impedir que a diario se realicen abortos, ocasiona que la mujer tenga que pagar altas cantidades de dinero al profesional que acepta realizar el aborto, ya que este pone en peligro su libertad, su prestigio y el ejercicio de su profesión; lo que favorece que muchas mujeres sin recursos económicos se realicen automaniobras o acudan con otro tipo de personas, (comadronas, curanderas, farmacéuticos, personal no calificado), para que las "ayuden" a interrumpir su embarazo. Muchas de estas mujeres posteriormente llegan al Servicio del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, SSA), con secuelas de aborto presentando graves lesiones físicas, infecciones, hemorragias, en ocasiones tan graves, que solo llegan a morir en estas instituciones ; además del daño emocional que estas situaciones tan estresantes provocan.

Pero a la ley lo que le preocupa no son las realidades sino las apariencias, no le interesa la mujer como ser humano íntegro (ver art.332), y por eso la sanción es menor para la mujer cuando nadie se ha enterado que ha estado embarazada y que le han practicado un aborto, cuando lo más importante es que el embarazo no exceda del primer trimestre para que la realización del aborto sea segura y que la persona que lo realice sea alguien capacitado.

El art. 333, abre otras interrogantes, la primera: ¿Qué entiende la ley por imprudencia de la mujer embarazada?, y en cuanto a la segunda parte de este artículo, respecto a que no se le puede imponer a la mujer a llevar a término un embarazo no deseado producto de una violación, pero porqué entonces se le niega el aborto a una mujer que no habiendo sido violada tampoco desea continuar con su embarazo?, ¿acaso el acto no es el mismo en uno y otro caso?, "una mujer que tiene un hijo no deseado lo va a rechazar de por vida, consciente o inconscientemente", (Martínez, R. 1985), sea éste producto de una violación, de una unión ilegítima o legítima, por qué se le impone la maternidad a una mujer que no desea tener un hijo?, si de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), todo ser humano para ser concebido tiene derecho a ser deseado (González, S. 1990).

Además de eso la ley considera el aborto como un delito exclusivamente femenino, omitiendo al hombre coparticipe del embarazo, o de acuerdo con Leret, M. (1977), en ninguno de los países que penalizan el aborto se menciona, a excepción del Código Penal de Bolivia (1972), en el capítulo II, "Delitos Contra los deberes de Asistencia Familiar", en su art. 250 establece:

"El que fuera de matrimonio hubiere embarazado a una mujer y la abandonare sin prestarle la asistencia necesaria, será sancionado con reclusión de seis meses a tres años. La pena será de privación de la libertad de un año a cinco años, si a consecuencia del abandono la mujer cometiere un delito de aborto,

infanticidio, exposición o abandono del recién nacido, o se suicidare". (tomado de Leret, M. 1977).

Esta es una consideración legal que también debería ampliarse para el hombre que abandona a la mujer embarazada dentro del matrimonio y extenderse a todos los países que se empeñan en seguir castigando legalmente sólo a las mujeres por el aborto inducido.

La ley también hace caso omiso de la salud de la madre "contemplando a la salud como un concepto global de completo bienestar físico, mental y social", (O.M.S. sin cita), de su situación social y económica, así como de la salud del feto.

Afortunadamente el Código de Puebla, Chihuahua, Yucatán, no sancionan el aborto por razones eugenésicas, es decir, cuando el feto posee un defecto somático, psíquico incurable, previo dictamen de peritos. En Chiapas, se considera como una circunstancia atenuante.

En cuanto a permitir el aborto por razones económicas, Yucatán y Chihuahua, mantienen que no sancionarán el aborto que obedezca a "causas económicas graves y justificadas" (Acosta, M. 1976). En Chiapas también la incluyen como atenuante.

El nuevo Código de Quintana Roo, permite el aborto realizado ante la posibilidad de que el niño pudiera nacer con alguna

anormalidad.

También el Código de Veracruz, permite el aborto por razones eugenésicas; sin embargo cuando el embarazo es producto de una violación, solo limita la realización del aborto a los primeros 90 días del embarazo (Barreda, S. 1984).

Solo estos cuatro estados de la República Mexicana, mantienen una actitud progresista al respecto.

Existen diversos estudios que comprueban la necesidad de que se modifique la administración legal y sanitaria que en el problema del aborto se presenta actualmente.

Algunos de los estudios han sido convocados por el mismo gobierno de México. Uno de ellos se inició en 1976, bajo la presidencia del Lic. Echeverría en los últimos meses de su mandato; para lo cual se reunieron un amplio grupo interdisciplinario formado por: veinte médicos especialistas en salud pública, ginecología, obstetricia, pediatría, psiquiatría, y endocrinología; comunicación, antropólogos, seis estadígrafos y demógrafos, catorce psicólogos, trece abogados especialistas en derecho constitucional, penal, civil, internacional, administrativo y comparado; ocho economistas, tres periodistas; un filósofo, un sacerdote católico, un rabino judío y un ministro protestante, dos escritores y literatos. Así como personal profesional de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, 10 personas

más invitados especiales del gobierno, a algunas sesiones, como los Lic. Mario Moya Palencia y Antonio Carrillo Flores.

Todos ellos se reunieron con el fin de estudiar, analizar e informar, al Consejo Nacional de Población y al Gobierno Mexicano sobre la magnitud, características, consecuencias y repercusiones de la práctica del aborto inducido (Rev. Proceso No.133 y 301, 1979).

Después de un minucioso análisis teórico-conceptual y práctico sobre el asunto, el grupo llegó a las siguientes conclusiones:

a) La legislación penal sobre el aborto inducido ya no corresponde a las necesidades de la sociedad mexicana de hoy.

b) Por tanto es necesario suprimir toda sanción a la mujer que por cualquier causa decida abortar.

c) Suprimir toda sanción al personal calificado que lo practicare con la voluntad expresa de la mujer.

d) Reglamentar en el Código Sanitario las prestaciones de servicios públicos y privados en materia de aborto a fin de garantizar el menor riesgo posible para la vida y salud de la mujer.

Además otras dos consideraciones para sustentar la necesidad de

la despenalización del aborto:

La primera se refiere a la dificultad que en la práctica legal se tiene para conformar un delito cuando se constituye en juicio.

La segunda es que la ley no considera la participación del varón, quien en ocasiones orilla a su pareja a cometer el "delito", sin embargo el hombre no es reconocido explícitamente por la ley en carácter de cómplice o coadyuvante, ocasionando con ello que las sanciones recaigan exclusivamente en quienes realizaron la acción física, sea médico, partera o comadrona y la mujer quien permitió que se le realizara el aborto, dejando al margen de toda penalización al varón, indudable parte delictiva.

Este importantísimo documento fue presentado más tarde al Gobierno de México, ya bajo la representación del Lic. López Portillo, pero éste se concretó a dar carpetazo al asunto, no dándolo a conocer a la opinión pública, los periódicos nada publicaron al respecto, y el Gobierno tampoco tomó acciones concretas para resolver el problema del aborto.

La información sobre la realización y el destino de este estudio, se encontró en la revista "Proceso", en los números 133 y 301 en mayo de 1979 y agosto de 1982 respectivamente.

A nivel mundial las leyes respecto al aborto provocado van desde las más restrictivas hasta aquellas que permiten el aborto por

petición de la mujer embarazada. Dalsace, J. (1971), opina que básicamente existen tres posiciones al respecto: la primera se refiere a aquellos países que siguen una legislación restrictiva,

basándose en la filosofía judeo-católica, consideran el aborto voluntario como un crimen y lo condenan en todo momento, la única excepción que consideran es cuando una mujer en cinta padece cáncer uterino, y por lo tanto debe realizarsele una histerotomía, este acto no es reprobable ya que la interrupción del embarazo es resultado indirecto de la operación.

La segunda posición es la legislación de tipo moderada, los países que siguen este tipo de reglamentación permiten el aborto bajo ciertas condiciones v. gr. cuando es necesario para proteger la vida y/o salud de la mujer embarazada; para proteger la salud mental de la madre; cuando es probable que el feto padezca malformaciones físicas importantes o debilidad mental, es decir por razones eugenésicas; si el embarazo es producto de un delito como violación, incesto, o abuso sexual de menor; cuando la madre padece deficiencias físicas o psíquicas que la incapaciten para la educación y el mantenimiento de la criatura; cuando existen ya varios hijos y la situación económica es precaria. Las condiciones que se consideran válidas para permitir el aborto se van ampliando según el grado de desarrollo de cada país.

Y la tercera posición se refiere a aquellos países que siguen una

legislación de tipo liberal, en donde se permite el aborto a petición de la mujer embarazada siempre y cuando su médico esté de acuerdo y no existan contraindicaciones para realizarlo.

Según Tietze, C. (1983), de un total de 4 500 millones de población mundial, el 10% vivían en países donde el aborto se hallaba totalmente prohibido (República Dominicana, Egipto, España, Filipinas, Haití, Indonesia, Iran, Paquistán, Taiwan); el 18% vivían en países donde únicamente se permite el aborto para salvar la vida de la mujer embarazada.

Casi dos terceras partes de los países de América Latina, la mayoría de los países islámicos de Asia y de Africa; y cinco países de Europa; Bélgica, Irlanda, Malta , Portugal y España; pertenecen a estas dos categorías.

El 8% vivía bajo una legislación que autorizaba el aborto por motivos médicos amplios, considerando la salud física y mental de la madre y el feto; así como por razones humanitarias (violación, incesto, etc.). (México, Afganistán, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Venezuela, Uruguay, Turquía, Siria, Irak, Irlanda, Kuwait).

El 25% de la población mundial residía en países que consideraban razones médico-sociales o puramente sociales para autorizar un aborto. Pertenecen a esta categoría la República Federal Alemana, India, Japón, Reino Unido y la mayoría de los estados Socialistas

de Europa Oriental, inclusive Cuba.

El 39% restante vivía en países que permiten el aborto a petición, sin especificar motivos, limitándolo generalmente al primer trimestre del embarazo. Aunque también se permiten abortos después del primer trimestre por motivos médicos. Se incluyen en esta categoría: Austria, la República Popular de China, Dinamarca, Francia, La República Democrática de Alemania, Italia, Holanda, Noruega, Singapur, Suecia, Túnez, Los Estados Unidos, Rusia, Vietnam y Yugoslavia.

En muchos países no se cumplen estrictamente las leyes sobre el aborto, en algunas jurisdicciones con leyes restrictivas, pueden realizarse abortos en clínicas privadas, sin que medie una concesión oficial, de manera clandestina, como sucede en Corea, Taiwan y México. "Recíprocamente una ley que autorice el aborto a petición no garantiza que éste sea realmente accesible a todas las mujeres que deseen interrumpir su embarazo. La carencia de personal médico y de instalaciones, así como de los criterios conservadores de algunos de los médicos y administradores de hospitales, pueden restringir efectivamente tal acceso al aborto, en especial a las mujeres económica y socialmente desprotegidas, como sucede en algunas partes de Austria, Francia, La República Federal Alemana, India, Italia, y los Estados Unidos" (Tietze, C. 1983).

La abogada Ruth Roemer (1980),⁵ propone que la solución al problema del aborto, se encuentra en la abolición de todas las leyes sobre éste, debido a que aún el aborto legalmente permitido bajo diversas condiciones no constituye una respuesta completa, pues "tales disposiciones están sujetas a los caprichos de las políticas de población de cada país. El único factor universal en todo el mundo es la determinación de mujeres desesperadas, enfrentadas a embarazos no deseados, de lograr a casi cualquier costo que le practiquen su aborto" (Roemer, R. 1980).

⁵Roemer, R. (1980), Leyes del Mundo (Hall, E. Robert), "El aborto en el mundo cambiante", p.p. 95-103, México, Edit. Extemporáneos.

3.- ASPECTO SOCIAL.

Tenemos el derecho a ser
madres, pero también de
no serlo".

Juana Armada Alegría
(1974).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al establecer en su artículo 4o. que, "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos", implícitamente otorga el derecho al aborto, pero es un derecho que el Código Penal arrebató a la mujer y al cónyuge (cuando existe), al prohibir y castigar el aborto inducido (Leal, L. Ma. 1980).

Aún cuando se cuente con métodos anticonceptivos, estos pueden fallar; además de que no son accesibles al 100% de la población, ya sea porque los desconoce o porque no tiene información suficiente para emplearlos adecuadamente o bien porque tienen una actitud ambivalente o totalmente negativa ante su uso. El aborto entonces es una medida extrema pero necesaria en el momento en que se presenta un embarazo que no es posible continuar.

Para decidir sobre el momento en que se desea tener un hijo existe como recurso la anticoncepción, pero en caso de que esta

falle, o no se utilice, el aborto es una opción. El control en el número de nacimientos no sólo es una necesidad de las parejas o de las mujeres, en quienes recae la mayor responsabilidad de la anticoncepción, sino que surge como una necesidad evidentemente socioeconómica (Thévenet, E. 1978).

En el año 1973, en México, el gobierno presionado por el gran incremento demográfico y por el recrudecimiento de los conflictos sociales, comenzó a ocuparse de la anticoncepción, aunque desde un principio se suprimieron las palabras, " control de la natalidad", porque en el ámbito político se consideró que estas podrían conllevar el compromiso tácito del aborto, por lo que se utilizaron los términos de "paternidad responsable" y más tarde el de " planificación familiar ". La política utilizada fue inductiva; informar y dejar en libertad a la pareja para decidir sobre la procreación (Leal, L. Ma. 1980).

Calandra, D. (1973), explica que en una sociedad donde el desarrollo económico y el progreso son limitados, (países subdesarrollados), donde la alfabetización y los niveles de vida son bajos, la anticoncepción es escasa, así como la práctica del aborto, por lo que consecuentemente la tasa de fecundidad es muy elevada. En los países en vías de desarrollo, la tasa de fecundidad tiende a disminuir pero el control de la natalidad se ejerce principalmente a través del aborto provocado y el uso de anticonceptivos es bajo, se presume que esto se debe a que se poseen conocimientos insuficientes sobre su uso. En tanto que en

los países desarrollados, la fecundidad disminuye notablemente siendo la anticoncepción el principal método de control de la natalidad.

Es importante - señala Calandra, D.- que la variable religiosidad no parece tener relevancia frente a la variable desarrollo, existen pueblos católicos o protestantes con muy bajas tasas de fecundidad independientemente de su condición religiosa.

La experiencia de los países que han despenalizado el aborto, indica que en un principio existe una alta incidencia del mismo, pero que después de algunos años el fenómeno se estabiliza en un determinado nivel (Natali, S. 1980).

Queda claro que el aborto no puede entenderse como un hecho aislado, "sino como uno más de los problemas derivados de la estructura socio-cultural, económica y política de nuestro país" (Acosta, M. 1976).

El verdadero problema del aborto es su incidencia en condiciones de clandestinidad que ocasionan un alto costo social por su elevado índice de morbi-mortalidad materna, y una carga psicológica para la mujer que recurre a él.

Uno de los argumentos que se usan para negarse a la despenalización del aborto -señala Natali, S. (1980)- es el "derecho a la vida de los que no han nacido", no obstante que

vivimos en un mundo de violencia y deshumanización, donde el respeto a la vida de los que ya nacieron es cada día menor, donde se comenten verdaderos genocidios durante las guerras o a causa de la represión política y social; en un mundo donde las tasas de maltrato, desnutrición y mortalidad infantil son elevadas; en un medio donde se les niega el empleo a la mujer embarazada, donde la posibilidad de tener a los hijos, en guarderías adecuadas o no, son escasas.

Aquellos que se manifiestan en contra del aborto frecuentemente exponen razones de tipo moral-religioso, pretendiendo ignorar que se trata de "un problema de libertad y salud" (Leal, L. Ma. 1980). Pero aún suponiendo que se tratara de un problema moral, corresponde a la mujer y/o pareja resolverlo de acuerdo a sus creencias y circunstancias personales, sin que medie presión legal por parte del estado, el cual debe reconocer que la función procreativa es una garantía constitucional y al igual que no puede obligar a hombres y mujeres a practicar un rito religioso, tampoco debe obligar a las mujeres—por vía del manejo legal del aborto—, a tener hijos que no desea (Leal, L. Ma. 1980).

El aborto, así como el problema de las drogas y recientemente el SIDA, han sido utilizados publicitariamente para distraer la atención de la población de problemas trascendentales para el futuro de la nación, como son la inflación, la devaluación del peso mexicano, la negociación de la deuda externa, la vietnamización en América del Centro, del hambre en el mundo y de

la carrera armamentista. Pues mientras se pugna por la legalización o no del aborto la población se olvida de esto y le sigue el juego a los que "asesinan pueblos enteros, pero dicen proteger la vida al prohibir el aborto" (Elias, A. 1983).

Más aún el aborto está asociado con la condición social de la mujer, porque desde siempre se le ha negado el derecho fundamental de decidir sobre su vida y sobre su cuerpo; haciéndola girar en torno de la maternidad, aún y cuando no la desee, sometiéndola a una servidumbre ancestral y a una presión social que le ha originado grandes frustraciones al impedirle su desarrollo como individuo pleno, encadenándola a la maternidad, dejándole toda la responsabilidad, de ésta solo a ella (Leal. L. Ma. 1982).

Sin embargo históricamente la posición social de la mujer gradualmente ha variado de acuerdo a los cambios en los modos de producción, las familias numerosas ya no son lo esperado, la mujer ha debido integrarse y participar activamente en los centros de estudio y trabajo, logrando en algunos casos cierta independencia económica, alejándose de su función procreativa y servil dentro de la familia (Calandra, D. 1973).

La mujer de hoy ya no contempla como su única meta casarse y tener hijos, ahora es una mujer que desea superarse intelectual y económicamente.

Surge así, la necesidad de controlar la natalidad, aunque no como

una lucha ganada por la mujer, sino como una necesidad evidentemente socio-económica (Leal, L.Ma. 1982).

En México todos los estudios -afirma Leal, L.Ma. (1980), realizados al respecto del aborto coinciden en que la mayoría de las mujeres que abortan son casadas, con varios hijos y de nivel socio-económico bajo; y las razones por las que interrumpen su embarazo son precisamente la mala situación socio-económica, el número excesivo de hijos, la desavenencia conyugal o familiar, el temor a quedar desempleadas si el patrón se entera que están embarazadas, el hecho de que estén mal de salud y por tanto corra peligro su vida, o que el método anticonceptivo que estaban usando les falló (C.I.D.H.A.L., 1982). El aborto es en la mayoría de los casos, una decisión tomada con plena consciencia de la responsabilidad que implica tener y educar otro hijo.

Las medidas prohibitivas o restrictivas a la realización del aborto inducido no resuelven nada ya que la práctica demuestra que cuando una mujer está decidida a interrumpir su embarazo lo hace a cualquier precio, aún a riesgo de su vida, siendo irrelevantes los preceptos legales y religiosos (Calandra, D. 1973).

La muerte de mujeres jóvenes con hijos que quedan desamparados significa entre otros un inmenso costo social (Natali, S. 1980). De todas las mujeres que abortan en México, 80 mil mueren en un año por complicaciones de aborto clandestino (C.I.D.H.A.L. 1982).

La anatomía de la mujer está apta para procrear, pero no indiscriminadamente, porque ella no vive pasivamente su embarazo, sufre cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales importantes, el convertirse en madre una o varias veces trastoca su vida por completo y de manera irreversible. Para quien lo desea el embarazo puede resultar muy gratificante, para quien no lo desea es realmente una vivencia muy negativa, cargada de angustia, rabia, frustración (Willis, H. 1979). Y luego al nacer la criatura pasa a ser en la mayoría de los casos responsabilidad casi total de la madre, en cuanto atención, cuidados, afecto, alimentación y educación. En el caso de las madres que trabajan es un verdadero problema el lograr que el bebé ingrese a una guardería del estado, si es que la trabajadora tiene derecho a éstas; o que algún familiar se lo cuide, o bien emplear a alguien para tal tarea; o pagar estratosféricas mensualidades por una guardería particular.

La mujer casi siempre debe resolver su problema con muy poco apoyo social. Aquellos que se oponen al aborto no están dispuestos a solventar los gastos de pañales, alimentación, colegiaturas, médico, habitación, vestido, etc. (Ehrenreich, B. 1985).

La prohibición del aborto es otra forma de discriminación de la mujer, porque afecta principalmente a las clases sociales medias e inferiores que tienen que recurrir a esta operación en forma clandestina, bajo condiciones insalubres, con gente poco

capacitada en la mayoría de los casos, enfrentándose a malos tratos por parte de estas personas y pagando elevadas sumas de dinero. Ocasionando un choque emocional en la mujer al ser tratada con gran falta de respeto en su persona, y gasto económico muy fuerte para la mujer o la pareja; un riesgo para el médico capacitado cuando se responsabiliza de hacerlo; y cuando no es posible encontrar un médico o pagar sus honorarios, muchas veces las mujeres de escasos recursos económicos se realizan automanobras sin las más elementales condiciones de asepsia, lo que ocasiona graves infecciones e incluso la muerte; con ello altos índices de morbi-mortalidad femenina (Cueli, J. 1980).

Las mujeres pertenecientes a clases acomodadas no tienen este problema pues clandestinamente en México o legalmente en el extranjero, pueden pagar buenos médicos y hospitales con instalaciones y equipo quirúrgico de primera, con un trato digno de ser humano (Noriega, E. 1981).

Thévenet, E. (1978), dice que el aborto como un problema social, está vinculado a la actitud que la sociedad tiene hacia la sexualidad, específicamente en México se manifiesta de manera muy sutil una doble moral sexual, pues mientras a los hombres no sólo se les permite sino que hasta se les alienta para que tengan relaciones sexuales fuera del matrimonio, a las mujeres sólo les son permitidas dentro del matrimonio, esta dualidad sexual trae como consecuencia que las mujeres que tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio sean calificadas negativamente por la

sociedad, mientras que los hombres pueden fecundar a la mujer sin ocuparse de las consecuencias, lo que da lugar a madres solteras desamparadas, prostitución y abortos entre otros.

Bajo la luz de esta doble moral, una mujer que planea y está preparada con anticonceptivos para una relación sexual casual y/o fuera del matrimonio es calificada más negativamente que aquella que "se deja llevar por un arrebató" (Hostrom, W. 1983). De igual manera para el hombre es mucho más fácil olvidarse de las consecuencias que pudieran tener sus relaciones sexuales, pues en un alto porcentaje son las mujeres quienes al enfrentarse a un embarazo no planeado deben sopesar su situación y decidir si continúan o no con éste.

Ramírez, S. (1977), y Cuell, J. (1980), coinciden en que en la mayoría de los casos en los que el hombre mexicano abandona a la mujer ésta se encuentra preñada.

Cuando una mujer no logra realizarse un aborto ante un embarazo no aceptado y en consecuencia, éste llega a término, la criatura nacida generalmente será rechazada, en forma abierta o sutilmente a través de la sobreprotección.

Frecuentemente los niños no deseados causan conflictos de índole moral, psíquica o social, económica y a veces de salud, traducándose esto en niños descuidados, mal nutridos, niños maltratados física y emocionalmente, incluso se llega al

infanticidio, al abandono de bebés en la calle, o a que éstos sean regalados o vendidos a otras personas, así mismo la delincuencia o la prostitución infantil forman parte de las consecuencias de la prohibición legal del aborto.

El maltrato a los menores se da en todas las clases sociales y no sólo en los países subdesarrollados, también se presenta en los altamente industrializados como los Estados Unidos de Norteamérica y Alemania Occidental. En cambio en Japón y en la mayoría de los países socialistas son raros los casos de maltrato a menores (Cueli, J. 1980).

Algunas religiones como la Católica están en contra del aborto, porque dicen que se comete un crimen al no permitirse una vida; "pero se olvidan de los miles de niños que nacen y que en lugar de vivir dignamente, sufren, malviven y hasta mueren por desnutrición, maltrato o abandono" (C.I.D.H.A.L. 1982).

Es ante esta situación donde se acallan las voces de los defensores de la vida intrauterina.

Permitir el aborto liberalizando la ley significa respetar el derecho de la mujer a decidir cuando quiere ser madre, pero también significa disminuir el número de nacimientos indeseados, de niños maltratados, explotados, utilizados para delinquir o prostituirse, y de niños que quedan huérfanos y desamparados porque la madre murió al complicarse el aborto mal practicado.

4.- ASPECTO PSICOLOGICO.

Los efectos emocionales por un aborto, suelen ser mínimos y "pasajeros", rara vez llegan a constituir una causa importante de alteración de la personalidad, la cual está asociada a la valoración que el aborto recibe socialmente y a las condiciones en que se lleva a cabo.

La psicóloga Fernández, C. (1990), afirma que los sentimientos de culpa no son inherentes a la experiencia del aborto, sino que estos están relacionados con la represión y las condiciones de clandestinidad en que está inmerso, así como con los condicionamientos sociales que imponen a la mujer el "oficio" de ser madres aún en contra de sus deseos, o que la mujer más bien se sienta culpable al pagarle al médico una cantidad de dinero que le sería muy útil a la familia. Así los sentimientos de culpa estarían más relacionados con estos factores que con la interrupción voluntaria del embarazo.

La Federación Internacional de Planificación Familiar (I.P.P.F. 1981), menciona que las mujeres que gozan de buena salud física y mental antes del aborto no experimentan efectos adversos posteriores, siendo su adaptación psicológica tan buena o mejor que antes de recurrir al aborto voluntario.

"Para la mayoría de las mujeres, los beneficios emocionales del aborto son mayores que los riesgos que comporta" (Osotsky et. al

1971; Niswander, Singer y Singer 1973; Nadelson 1978)⁶

Según Babikan (1985), la mayor parte de los estudios al respecto publicados después de 1967, destacan el hecho de que los abortos provocados en condiciones óptimas dentro de los centros médicos adecuados, producen pocas o ninguna secuela y que las mujeres que mostraban síntomas de enfermedad mental pre-aborto lo toleraban mal, mientras que las mujeres psiquiátricamente sanas toleraban bien la intervención y la recuperación.

Sin embargo es frecuente que después de un aborto aparezcan sentimientos de culpa, tristeza y pérdida, pero generalmente la decisión de poner fin a un embarazo no deseado culmina en una sensación de alivio. Aún cuando en la sociedad en la que vivimos no es fácil para la mujer decidir libremente si desea o no ser madre.

Kolodny, R., Masters, W., & Johnson, V., (1985)⁷, han observado que es extremadamente infrecuente que surjan problemas en la esfera psicosexual relacionados con el procedimiento médico del aborto, sino que cuando estos llegan a aparecer están más relacionados con factores tales como "la falta de apoyo y de comprensión por parte del hombre responsable del embarazo, el

⁶Citado en Masters, W. et al (1987), "La Sexualidad Humana I". Barcelona, Edit. Grijalvo.p. 203.

⁷Kolodny, R., Masters, W., & Johnson, V., (1985), "Tratado de Medicina Sexual" p 309, Barcelona. Ed. Salvat.

temor a embarazos posteriores no deseados o a una situación de conflicto ante el hecho del embarazo".

Probablemente las mujeres que abortan por razones médicas y que de otra forma hubieran preferido continuar con el embarazo, se verán más afectadas emocionalmente después de la operación. En tanto que aquellas que aducen razones sociales o psíquicas para el aborto, seguramente sufrirán más si se les obligara a continuar con el embarazo, pues una mujer inconforme con su preñez desarrolla un estado emotivo negativo que la llevará a rechazar consciente o inconscientemente al producto desde su gestación, más aún al nacer la criatura, ya que el embarazo, el parto y el cuidado de los hijos requieren de una gran disposición física, mental y emocional, la cual redundará en el adecuado desarrollo bio-psico-social del menor; al contrario cuando los niños (as) nacen en un medio en que no son aceptados "llegan a presentar retraso mental, serios problemas de aprendizaje escolar, problemas de adaptación social y de hostilidad hacia los demás" (Natali, S. 1980)⁸.

Sería muy conveniente que cuando una mujer se enfrenta a un embarazo no deseado, tuviera la posibilidad de recibir asesoramiento psicológico para ayudarla a elegir la opción más adecuada a su situación, como podría ser interrumpir el embarazo o continuar con éste, así como manejar las reacciones emocionales que pudieran presentarse.

⁸Natali, S. (1980) op. cit.

De acuerdo con Calandra, D. (1973), todo aborto está determinado por una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales que tienen relación con la historia personal de cada miembro de la pareja, de la pareja en sí y del contexto social e histórico en que se desenvuelven. Por lo que ante un aborto sugiere Calandra es importante analizar y valorar las causas de éste pero también profundizar en las motivaciones conscientes e inconscientes que llevaron a esa pareja a buscar un embarazo que culmina en aborto.

En muchos casos el embarazo en condiciones desfavorables a su culminación está expresando una perturbación neurótica o caracterológica.

Suele ocurrir -dice Calandra- que las personalidades con rasgos psicopáticos, que tienen poca tolerancia a la frustración, utilicen las relaciones sexuales para descargar activamente angustias y conflictos. Estas personalidades frecuentemente establecen relaciones fugaces de las cuales resultan embarazos no deseados y en consecuencia abortos.

El feto es vivido como un objeto persecutorio del que hay que desembarazarse.

De igual forma las tendencias a conductas maníacas, caracterizadas por la impulsividad en sus actividades y en el " olvido " de las inhibiciones producen embarazos en condiciones que práctica y obligadamente llevan al aborto por razones

externas. La mujer o el hombre se entregan a relaciones fugaces o irresponsables, sin tomar ninguna precaución anticonceptiva, como intento de revelarse a las prohibiciones Superyoicas, aunque en realidad conductas acompañadas de expresiones como "me vale madre", "no pasa nada" y "pues ya ni modo", sólo ensacaran un sometimiento masoquista al Superyo, buscando consecuentemente el autocastigo (Calandra, D. 1973).

Por otro lado en la práctica psicoterapéutica, se ha encontrado que existen parejas estables en las que se presenta uno o varios embarazos en contra de su voluntad consciente de postergar o espaciar el nacimiento de los hijos, parejas en las que repiten continuas fallas de los métodos anticonceptivos o que definitivamente no toleran su uso.

En estos casos se ha observado que existe tanto en hombres como en mujeres un conflicto entre su voluntad consciente de no procrear y su deseo inconsciente del embarazo, el cual puede ser tan fuerte que se impone a cualquier consideración externa. En estos casos es recomendable que la pareja se haga consciente de su deseo de paternidad y lo asuma a pesar de los inconvenientes externos.

También puede ocurrir que estos embarazos no deseados conscientemente, obedezcan a un deseo inconsciente de

automutilación por identificación con el pre-hijo⁹, engendrado; o que del temor inconsciente a la castración surja la necesidad de probar, en la mujer su fertilidad y en el hombre su virilidad embarazando a su compañera aún en condiciones desfavorables a la consecución del embarazo (Calandra, D. 1973).

Para Langer, M. (1983), cualquier embarazo no deseado debe ser considerado un síntoma neurótico, en el que la mujer está somatizando su conflicto por medio del embarazo, pues el concebir en condiciones adversas al desarrollo de una posterior maternidad implica una tendencia interna destructiva. Pero ¿que pasa con el hombre?, en cuestión de aborto generalmente se le ha excluido del tema, legal social y emocionalmente, etiquetándolo como "insensible" a lo que el hombre ha reaccionado sintiéndose atacado y desplazado; no obstante que el no experimentar corporalmente el embarazo ni el aborto de su compañera, su participación emocional es muy significativa en ambos procesos; es significativa para su compañera y para él mismo por los afectos que le despiertan (Padilla, T. 1988).

Es significativa porque también -como lo menciona Everardo Arellano (1989)-, existen hombres que se comprometen responsablemente con su compañera y posiblemente experimentan angustia, inestabilidad y temor ante el embarazo imprevisto de su pareja. Pues no siempre el hombre es el ser vil que abandona,

⁹Término tomado de un estudio realizado por Delille, L. (1985).

rechaza y agrade, también es capaz de sentir ternura y comprometerse afectivamente.

La reacción del hombre ante la experiencia del aborto es un aspecto poco estudiado, pero recientemente se demostró a través de una encuesta, que "muchos de ellos afrontan la decisión de abortar de manera abstracta e intelectualizada aunque más adelante tengan que vérselas con sentimientos de destrucción, ira, culpa" (Masters, W. et. al 1987)¹⁰.

Algunas de las reacciones emocionales en las parejas asociadas a un aborto son:

1.- La aparición de ansiedades hipocondríacas, expresadas en temor a la esterilidad definitiva, somatizaciones distintas, preorgásmia; en el hombre preocupación por su potencia sexual, su fertilidad, aparición de eyaculación precoz. Estos síntomas se relacionan con ansiedades persecutorias y confusionales a causa del aborto.

2.- También suelen manifestarse elementos fóbicos relacionados con angustias de castración, después de un aborto provocado es posible encontrar sutiles elementos fóbicos manifestados a través de expresiones tales como "no puedo aguantar estar en mi casa", "no aguanto quedarme en tal lugar, me dan ganas de salir corriendo, me siento encerrado (a), me ahogo" ,o bien expresarse

¹⁰ Masters, W. et. al, (1987) op. cit.

en sueños donde se destaca la identificación con el feto, por la vivencia de la muerte en el sueño, la sensación de ser destrozado, de ahogarse. Estos elementos fóbicos pueden llegar a ser, por sucesivos desplazamientos, un impedimento en la realización de compromisos afectivos o de trabajo, lo que lleva a abandonar sucesivas actividades apenas iniciadas, produciéndose constantes rupturas y fracasos, interrupciones en el amor, el estudio o el trabajo. Esto sucede por la regresión del Yo y su identificación con el objeto perdido (el feto muerto).

3.- Si estos elementos fóbicos persisten provocando la constante huida ante cualquier situación de compromiso y además se da una identificación con el Superyo o pareja parental filicida, que no satisfecho con haber empujado al aborto en sí, continúa presionando al Yo para hacerlo abortar todo lo que emprende, se instaurará una neurosis de fracaso, por la disminución de las capacidades de sublimación no siendo posible la reparación, frustrando todo cuanto emprende, acompañado de sentimientos de desvalorización desesperanza.

4.- En cuanto a las relaciones de pareja por lo general se ven afectadas negativamente desde que tienen conocimiento del embarazo no deseado, y por la determinación de interrumpirlo, llegando incluso a la ruptura del vínculo, especialmente las parejas solteras.

Deutch, H. (1971), afirma que el estado civil de la mujer es una

presión social que influye en la decisión de aceptar o rechazar una preñez no planeada y no deseada; algunas personas solteras reaccionan defendiendo su maternidad en contra del rechazo de su pareja, de la familia y de la sociedad; otras aceptan aunque sin mucha convicción su maternidad en soltería como un ineludible destino personal. En tanto que otro grupo de mujeres, externamente las más ajustadas a la realidad optan por el aborto; ambas decisiones están relacionadas no sólo en el estado civil sino también con sus vivencias infantiles, sus características de personalidad y su vínculo amoroso.

Hay mujeres, solteras o casadas, que prefieren evitar que su compañero se entere de su embarazo y de su decisión de interrumpirlo, afrontando ellas solas todas las cuestiones referentes a la interrupción del embarazo, lo cual parece tener relación con el temor a verse desvalorizadas por su pareja (Deutch, H. 1971).

Frecuentemente aún cuando exista comprensión entre la pareja y la decisión haya sido tomada de mutuo acuerdo, su unión se ve alterada una vez realizado el aborto, a partir de éste se interpone entre ellos la culpa persecutoria por la muerte del pre-hijo; la mujer -señala Deutch- siente que ya no es la misma, siente que "ha destruido algo de sí misma", aunque sin duda la respuesta emocional de cada miembro de la pareja va a depender de su situación familiar y social en ese momento, de la personalidad previa de cada uno, de sus sentimientos conscientes e

inconscientes hacia el embarazo, hacia la pareja y hacia sí misma (o), de los motivos conscientes o inconscientes que los llevaron al embarazo luego al aborto, del significado que estos tuvieran para ellos, de las circunstancias en que se abortó y el trato recibido durante éste (Calandra, D. 1973).

Cuando el hombre participa en la decisión de no continuar con el embarazo y acompaña emocionalmente a su pareja, al principio se siente triste y culpable por la pérdida, posteriormente responsabiliza proyectivamente a la mujer, es como si le reprochara (según González, J. 1990), "por qué no me convenciste de que querías dejarte un hijo mío", más tarde tiende a negar los sentimientos y afectos removidos por ésta pérdida.

González, J. (1990), afirma que la mayoría de las parejas que se enfrentan a un aborto provocado tienden a la ruptura o se vuelven cómplices de un "asesinato" y perdura su relación culposamente.

La estabilidad del vínculo -afirma Calandra, D.- va a depender de la capacidad de ambos individuos de enfrentar la pérdida sin negarla, de elaborar el duelo adecuadamente y de los elementos de unión que posean, como son: amor sólido, otros hijos, actividades y responsabilidades compartidas, etc. Pero mientras las angustias y culpas generadas por el aborto permanezcan enquistadas y fuera de la consciencia, el aborto representa un peligro potencial a la estabilidad emocional de cada miembro de la pareja y de la pareja misma "La solución radica en tomar consciencia abriendo así el

camino a la reparación" (Calandra, D. 1973).

Autores como Langer, M. (1983), Deutsch, H. (1971), Aray, J. (1968), Padilla, T. (1988), Calandra, D. (1973), coinciden en afirmar que la génesis del aborto debe buscarse en la relación temprana con los padres. Estos autores han encontrado que las mujeres con historias de aborto tienden a internalizar la imagen de un padre ausente física y/o emocionalmente pero idealizado, débil, de rasgos ligeramente femeninos y seductor. Padres alcohólicos con tendencias maniacas o psicopáticas. Así mismo los hombres cargan sentimientos de rabia e ira hacia el progenitor masculino, originados por abandonos tempranos, por sentirse no deseado, rechazado y frustrado por el padre.

En tanto que la imagen materna corresponde a una figura débil, lejana emocionalmente, quién transmitió indiferencia y posiblemente angustia y tensión. Al no encontrar gratificación y seguridad emocional en el vínculo con la madre, trataron de buscar una figura paterna fuerte y protectora con la cual identificarse, al no lograrlo surge una severa frustración y un intenso resentimiento conceptualizando la imagen masculina como destructiva, sádica, explotadora y culpable de su situación; la cualidad insuficiente de estas relaciones tempranas, obstaculiza su desempeño en la función sexual-procreativa materna y paterna.

La insuficiencia de la relación con la madre se vivencia como haber sido abortado por ella, lo que es revivido en la relación

con el padre y con los objetos eróticos substitutos, por lo que existe la tendencia inconsciente de repetir con el feto lo sufrido en la relación con los padres (Cueli, J. 1980).

Sería muy importante ampliar la investigación sobre todos estos aspectos, de manera más exhaustiva, controlada y objetiva para confirmarlos o descartarlos.

Otro aspecto que se debe de tomar en cuenta al hablar de aborto es el de la elaboración del duelo pues además de enfrentarse a la clandestinidad del aborto, a la extorsión, al riesgo de enfermarse y morir, la mujer y la pareja se enfrentan a un conflicto psicológico, debido a la pérdida que supone todo aborto pérdida no solo del feto sino también de importantes partes del Yo corporal y psicológico (Aray, J. 1968).

La pérdida de un objeto cargado de un significado emocional consciente o inconscientemente, desencadena un proceso de duelo, el cual abarca dinámicamente la personalidad total del individuo y se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso y por la falta de interés en el mundo externo (Grinberg, L. 1983).

El duelo se define como "un afecto normal ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente; la patria, la libertad, un ideal etc. (Freud, S. 1917). En el proceso de duelo

normal el Yo emprende una dolorosa lucha por retirar la energía libidinal del objeto perdido, esta lucha es paulatina y demanda un enorme gasto de tiempo y energía psíquica, al final el Yo vuelve a quedar libre y dispuesto a establecer nuevos vínculos con el mundo externo. El duelo está matizado por sentimientos ambivalentes hacia el objeto y la culpa generada por su pérdida.

En el duelo normal opera la culpa depresiva tendiente a reparar la pérdida. En tanto que en el duelo patológico el Yo se identifica con el objeto perdido y por ende no logra retirar la libido de éste, predomina la ambivalencia y la culpa persecutoria, transformándose el objeto perdido en persecutorio impidiendo la reparación (Brinberg, L. 1983).

Aray, J. (1968), afirma que el duelo por un aborto siempre será un duelo patológico con características propias que no se dan en ningún otro tipo de duelo, persistiendo la ambivalencia entre haberle dado vida o muerte al feto, lo cual genera culpa persecutoria y por tanto la necesidad de negar los afectos despertados por este acontecimiento e incluso la tendencia a negar el aborto mismo, lo cual es favorecido por la falta de visión del objeto y la anestesia total utilizada en el legado.

Se ha observado que en algunas mujeres el feto continúa vivo en la fantasía, aún después de muchos años de realizado el aborto. Fantasean que pudo haber vivido, que se llamaría de tal modo, que tendría tal edad, e incluso algunas depositan los sentimientos

pertenecientes al hijo abortado sobre los hijos vivos (Cueli, J. 1980).

Sin embargo Mailer, S. (1982)¹¹, difiere de la opinión, de que el duelo por un aborto tenga estas características, ya que observó que el aborto es un hecho que afecta emocionalmente a la mujer, quien lo incorpora a su vida como un acontecimiento más o menos doloroso pero que lo "traumático o patológico (o no) del duelo por un aborto dependerá en gran medida de como se han vivido y elaborado (o no) pérdidas anteriores, las pautas frente a una pérdida pueden tender a la elaboración, a la reparación, a la sublimación o pueden caer dentro del rango de compulsión a la repetición, negación o reparación maníaca".

¹¹Mailer, S. (1982), Algunos Efectos del Aborto en la Mujer. Tesis de Posgrado, Facultad de Psicología, U.N.A.M.

CAPITULO IV.

PAREJA Y ABORTO.

1.- ANTECEDENTES.

El interés del estudio de la pareja, de la relación hombre-mujer, ha sido demostrado desde los principios de la civilización, el cual aparece en documentos antiguos. En dichos documentos se pone de manifiesto la posición privilegiada de el hombre sobre la mujer, su papel dominante en la relación y el rol dependiente, doméstico y sumiso de la mujer frente al hombre. En general todos los estudios sobre pareja pueden clasificarse como recetarios de cocina en los cuales se aconsejaba a la mujer como debía comportarse con su esposo para que las relaciones fueran satisfactorias (Bueno, B. 1985).

Hasta hace muy poco los conocimientos que se tenían de la pareja o de la familia eran avalados por el consenso general, eran un saber popular; los médicos familiares, los directores espirituales y parientes próximos eran quienes tenían la palabra en este sentido. Sólo que en una sociedad en la cual se plantean exigencias cada vez más científicas y rigurosas el "consenso general" no da la respuesta a las interrogantes de la misma.

Belloch, B. (1985), opina que debido a la cercanía de este tema con áreas de la "intimidad personal", la moral tradicional ha

contribuido a resguardarlo y de esta forma se entiende que sea un tema que aparece tardíamente y el cual nunca ha sido estudiado como teniendo una identidad propia. El investigador se ve encarado a un tema tan próximo a él mismo, que le resulta difícil mantener esa misma distancia que exige toda tarea científica.

Por otra parte el término pareja se aplica indistintamente con el de familia, es decir, que aparece para referirse al conjunto de fenómenos que tienen lugar en la relación hombre-mujer, sin discriminar los lazos institucionalizados o grupo de personas más amplio. Sin embargo en la actualidad aparece ya la distinción cuando se habla de terapia de pareja o terapia familiar, considerando a la pareja como un subsistema de la familia.

De esta forma se observa, que los planteamientos que se hacen de la pareja se encuentran en un período precientífico, ya que no existe un cuerpo teórico sólido que fundamente los enfoques y metodologías, y en este sentido se hace imperante la creación de un modelo teórico pensado desde y para el estudio de las relaciones que se producen en la pareja humana.

De acuerdo con Belloch, B. (1985), el desarrollo histórico del estudio de la familia y de las relaciones de pareja se suscitaron de la siguiente manera:

Los estudios concretos de la familia tomaron importancia por primera vez, a mediados del siglo XIX, como consecuencia de

la Revolución Industrial.

A principios del siglo XX, los trabajos se caracterizaron por la importancia que se le dio al matrimonio como institución y por la intención de salvaguardar los lazos matrimoniales, ya que se encontraban en un momento crítico debido al crecimiento de la tasa de separación y divorcio, la aparición de los contraceptivos, la disminución de la tasa de natalidad y el trabajo de la mujer fuera de la casa.

Ya en 1930, existían en los Estados Unidos, Centros de Consulta Conyugal, en los que por primera vez trabajaron conjuntamente psicoterapeutas, sexólogos y psicólogos, la técnica comúnmente utilizada era el Consejo Conyugal.

Clarence P. Obendorf (1949), es considerada pionera en el tratamiento psicoanalítico conyugal, quien junto con Bella Mittleman en 1949, en EEUU, publicaron casos de matrimonios tratados psicoanalíticamente, en los que el analista veía a los dos miembros de la pareja.

Bowlby (1950), fue uno de los primeros en introducir a la pareja de padres en la terapia infantil. En esta misma década, surgieron dos escuelas, una influida por el pensamiento psicoanalítico tradicional, cuyos representantes fueron: Griffin, Johnson y Littin (1954), y la otra influida por la teoría general de los sistemas y la teoría de la comunicación, con su representante más

destacado D.D Jackson.

Moreno 1954, inicia la técnica del psicodrama como método de estudio del sistema familiar patológico.

En los 60's aparecen, Satir, con su terapia familiar conjunta (1964); con tratamiento de la familia problematizada; Laing (1965)¹², afirma que "el esquema más simple para comprender la conducta de una persona, debe incluir al menos dos personas y una situación común".

En 1966 Bowen, declara que la terapia familiar en un sentido más amplio se desarrolló como una extensión del psicoanálisis, y que la técnica del psicoanálisis no era efectiva para todo tipo de tratamiento e iniciaron los nuevos psiquiatras a experimentar variaciones en el método del tratamiento, el área de pareja-familia fue una de ellas.

Haley y Hoffman (1967), con sus teorías sobre la terapia familiar.

Dicks (1970)¹³, afirma; "si la personalidad solo se manifiesta y crece en la interacción, puede afirmarse que una diáda es la unidad más significativa irreductiblemente más pequeña, de la descripción más pequeña, de la descripción en psiquiatría, en

¹²Laing, R. (1965), citado por Bueno, B. (1985), Relaciones de Pareja, Principales Modelos Teóricos, p. 85, Bilbao. Edit. Desclee De Brouwer.

¹³Dicks (1970), citado por Bueno, B. (1985), op. cit.

psicología y en otras ciencias sociales"

De acuerdo con la Teoría Sistémica, que es la que goza de mayor influencia en la actualidad, la enfermedad psíquica no se localiza ni en el individuo, ni en el contexto social, sino en el espacio transicional de las relaciones que se sitúan entre ambos.

En los últimos años se han desarrollado nuevas y muy variadas Teorías y Terapias sobre la relación de pareja, entre las que se pueden mencionar: la Teoría del Aprendizaje, de la que se han derivado las técnicas de modificación de la conducta, la Terapia Conyugal Conjunta (Halley 1963), Satir 1964-1965, Banch y Widen 1969). (Leichter-Shulman 1968), la Terapia Conyugal en Grupo (Guernsey 1969), la Teoría Conyugal (Elly, 1970), la Teoría de la Comunicación (Miller, 1971), la Terapia de la Realidad (Blasser 1973), la Terapia Gestáltica (Kessler 1974), la Teoría Racional Emotiva (Ellis 1981), la Teoría Jungiana con planteamientos de tipo psicológico, la Teoría de los opuestos, del self y del ego.

Sin embargo pese a los diferentes enfoques dirigidos al estudio de la pareja, en el presente estudio se retoma la Teoría Psicoanalítica, la cual considera la relación del sujeto con otro significativo a través de conceptos tales como el Complejo de Edipo, Proyección, Identificación etc. Los que se consideran elementos intrapsíquicos de cada miembro de la pareja por separado.

A continuación se abordará un aspecto importante en la conformación de la pareja, es decir, la elección de ésta.

2.- LA ELECCION DE PAREJA.

Definitivamente la elección de pareja es muy importante en el desarrollo de la misma, varios autores coinciden en que no es fortuita, que ésta depende de las interrelaciones dinámicas de los modelos parentales, de las experiencias infantiles, las cuestiones socio-culturales, el grado de instrucción, el nivel social, la religión y la pertenencia familiar (Tordjaa, G. 1973 y Cáceres, 1986).

Con frecuencia escuchamos decir, "no era el uno para el otro", "no era mi media naranja", cuando se llega al divorcio o a la separación, lo cual no quiere decir que se esté rechazando a la pareja, sino al hecho de que no se ha encontrado la mitad ideal, en el proceso de elección de pareja. Ahora bien durante este proceso en un principio nos formamos impresiones que por lo general son muy desajustadas con la realidad.

De acuerdo con Cáceres (1986), en la elección de pareja intervienen diferentes procedimientos para que se lleve a cabo ésta:

a) ESTEREOTIPOS, según el cual generalizamos a partir de un elemento informativo acerca de una persona.

b) TEORIAS IMPLICITAS DE LA PERSONALIDAD, asumimos que ciertos rasgos de la personalidad van siempre juntos.

c) TEORIAS PERSONALES DE LA PERSONALIDAD, desarrollamos nuestras propias teorías de la personalidad a partir de incidentes aislados, que en el pasado se han fijado en nuestra memoria.

d) PROYECCION, mediante el que atribuimos al otro nuestras propias inquietudes y deseos.

e) SIMILITUD, entre nosotros y nuestra pareja, en este sentido se valora al otro en función de la semejanza que tenga con alguno de nuestros familiares.

Asimismo Cáceres, considera muy importante la atracción física y sexual, durante las primeras etapas del desarrollo y la determinación en la evolución posterior de la relación.

Ackerman (1982) agrega, que cuando se busca un compañero existe una motivación oculta en el sentido de que se busca a alguien que calme o contrarreste la propia motivación. Cuando la relación de pareja no satisface estos variados y entrelazados propósitos entonces se rompe la reciprocidad y aumenta el riesgo de separación emocional e incluso física.

Considerando el punto de vista de Carrizo Murga y Schlosser (CONAPO 1982), actualmente los jóvenes se ven coaccionados a

tomar decisiones con base a criterios y pautas, las cuales no son capaces de dominar o reflexionar y se ven forzados a formar pareja por cuestiones: económicas, sociales, parentales, profesionales y hasta religiosas y políticas, lo que denota plena falta de responsabilidad, ya que se empieza a convivir en pareja sin una suficiente maduración en lo psicológico y en lo social. De tal forma que aunque los sentimientos, los afectos, las semejanzas temperamentales, la comunidad de ideas, fundamenten la formación de pareja, puede haber predominio de otros elementos que ejerzan un dominio determinante.

En este sentido la etapa del noviazgo juega un papel de suma importancia en la elección de pareja; ya que a partir de este momento se inician los condicionamientos arbitrarios e inconscientes que marcan el tipo de relación que se ha de establecer.

Minuchin (1983), Murga, Carrizo y Schlosser (CONAPO 1982), coinciden en que debe desarrollarse una etapa de ajuste durante la cual la pareja ha de establecer las bases de identidad, ejemplo de ellos son, las bases sobre las cuales se ha de edificar la educación de los hijos, el gusto por la comida, las horas de televisión, la elección de las amistades, las actividades académicas, las actividades sociales, culturales, deportivas, así como la satisfacción por las relaciones sexuales y en general todas aquellas formas de control y estimulación del uno hacia el otro, e incluyen la necesidad de que se lleve a cabo una ruptura

con la familia de origen, en el sentido de establecer límites para que se concentren cada vez más en su relación, se dediquen más tiempo y les sea posible experimentar un aprendizaje mutuo.

El vínculo de la pareja se ve sostenido por un sistema de relación en su interacción, en sus momentos de comunicación y el aprendizaje que de esto se deriva; este sistema de relación tiene un movimiento interno a través de la contradicción, la complementariedad, la reflexión, dando lugar a diferentes formas de relación que pueden a su vez replantearse.

Los extremos de esta relación son por un lado el enriquecimiento de la relación y por el otro el empobrecimiento de la misma.

Ahora bien el eje primordial de estos matices está en el hecho de poder percibir al otro como un ser distinto a sí mismo (Carrizo, Murga y Schlosser 1982).

Ackerman (1982), considera que aún cuando la pareja sea una entidad nueva y distinta, sus propiedades son únicas, conservan una relación dinámica específica con los elementos que se han unido para crearlas.

De esta forma encontramos que existen diferentes tipos de relación de pareja, los cuales se analizan a continuación.

3.- TIPOS DE RELACION

De acuerdo con el esquema realizado por Carrizo, Murga y Schlosser (CONAPO 1982), existen principalmente dos tipos de relación de pareja, la Funcional Dependiente y la de Autonomía Compartida.

a) FUNCIONAL DEPENDIENTE.

En este tipo de relación no existe la capacidad de percibir al otro con existencia propia, uno da y el otro recibe multiplicando las demandas, y ambos se enganchan. Uno inicia la acción y el otro la continúa. El disgusto es el principal elemento de la relación, sin embargo logran domar los principales puntos vulnerables de cada uno y hechan mano de esto cuando la relación se encuentra al límite de la disolución.

b) AUTONOMIA COMPARTIDA.

En este caso la pareja puede compartir y convivir sin perderse en el uno o en el otro. La comunicación es esencial, conforman un código común basado en el diálogo y en la reflexión mutua. En general, la relación se mantiene estable aunque cuando se enfrentan a situaciones nuevas, se presentan periodos de inestabilidad, los cuales se restablecen siempre y cuando la pareja logre el acuerdo de establecer flexibilidad en los roles y libertad en la acción, sin arriesgar su integridad.

En México el tipo de relación que predomina es la funcional-

dependiente, debido a la gran influencia de la familia de origen sobre la forma de relación de la nueva pareja, así como a la frecuente ausencia del padre que incide en la educación de sus hijos, al continuo sacrificio de las madres hacia sus hijos y la escasa comunicación de la pareja misma.

La actitud subordinada de los hijos hacia los padres, no permite a estos que experimenten positivamente otras alternativas diferentes a las del hogar y consecuentemente son incapaces de visualizar la posibilidad de independencia real del núcleo familiar de origen.

Es muy probable que en un futuro próximo como consecuencia de la aculturación de los jóvenes tanto formal como informalmente, adopten nuevas modalidades de relación, más cooperativas, compartidas e independientes.

Haciendo referencia a los tipos de familia, se podría decir que en México existen básicamente dos tipos de familias:

a) EXTENSA INESTABLE, es aquella que se presenta en las clases populares urbanas, viven varios parientes políticos o consanguíneos temporalmente, ya que permanecen ahí mientras necesitan satisfacer sus necesidades económicas o afectivas. En este tipo de familia no hay definición en roles paternos y maternos, debido a las diferentes figuras masculinas y femeninas, por lo que hay gran dificultad para que los niños logren

identidad de género adecuado y aprendan sus roles sexuales.

Existe en este tipo de familia gran dificultad para planear a los hijos encontrándose gran número de ellos, o bien madres solteras.

b) SEMIPATRIARCAL. los hijos casados traen a sus esposas a vivir en la casa patriarcal, este tipo de familia se encuentra en áreas rurales o en clases acomodadas en donde los hijos son muchos. Se presenta reforzamiento de la estructura autoritaria, debido a la presencia de varios representantes de la autoridad que se apoyan mutuamente. Los roles sexuales se encuentran polarizados en hombres y mujeres. Son familias tradicionales, resistentes al cambio. Sin embargo se empiezan a observar cambios en las normas y valores; a causa de la participación de la mujer en las decisiones familiares y del hombre en la educación de sus hijos.

Ahora bien, valdría la pena cuestionarse qué está sucediendo actualmente con la pareja; para dar respuesta al tal interrogante a continuación se realizará un análisis de este punto.

4.- SITUACION ACTUAL DE LA PAREJA

Ackeraan (1982) y Cáceres (1984), coinciden en que cada día el número de separaciones y divorcios parece aumentar, así como el número de nuevos matrimonios disminuye, el número de gente que decide permanecer soltera aumenta y la violencia intrafamiliar-pareja es cada día mayor.

Muchas parejas, las cuales han vivido durante aproximadamente 50 años, han manifestado -según Cáceres- haber vivido durante todo ese tiempo, no tanto porque se encontraran satisfechos de sus vidas, sino como un reflejo de su superyo social y de su sentido de deber ante esa institución. Con relación a esto, las estadísticas de separaciones-divorcios nos dan una idea de la estabilidad de las parejas, de la duración de su relación, pero no nos aclaran nada al respecto del grado de satisfacción y enriquecimiento personal que la pareja ofrece a los individuos que la componen.

Asimismo, la sociedad parece presionar por la estabilidad, no considerando la satisfacción, y de esta forma las parejas consiguen la estabilidad a partir de la renuncia constante, la cual genera malestar, insatisfacción y en muchos casos sirve de referencia a todo tipo de problema.

De acuerdo con Ackeraan (1982), muchas parejas se mantienen unidas físicamente, pero emocionalmente se encuentran separados

el uno del otro, lo que obedece a carencias afectivas, deber hacia los hijos, dependencia, temor a la soledad etc.

De esta forma la sociedad obliga a la pareja a realizar una inversión dual, económica-afectiva, lo que implica que marido y mujer se tengan que apoyar de manera recíproca, concentrando en la pareja toda su energía y también toda su tensión e insatisfacción. Esto propicia que sobre la pareja recaiga una carga financiera, organizativa y emotiva que agrava aún más la problemática latente y frena la inserción en el ámbito social.

Así es como sucede que, quien tiene trabajo lo mantiene a toda costa, en oposición constante con los demás dejándole al que no lo tiene como único refugio donde protegerse la familia. Por otra parte la falta de alquileres y vivienda obliga a los jóvenes a alargar hasta el máximo el hecho de marcharse de la casa paterna.

Todos estos factores acrecentan los resentimientos, la intolerancia y las tensiones, lo que provoca un distanciamiento entre la maduración emocional y la toma de consciencia colectiva (Valentini & Di Meglio 1980).

Klemmer (1982), ha observado durante las últimas décadas un gran descenso en la autoridad de los esposos y padres de familia, aumento en las relaciones premaritales y extramaritales, aumento en las actividades de la mujer fuera del hogar, incremento en el

individualismo y libertad de los miembros de la familia, descenso en la conducta religiosa dentro del matrimonio, descenso en el número de hijos. En cuanto al divorcio coincide con Ackerman (1980) y Cáceres (1986), en tanto a que se encuentra en curva ascendente.

Según este autor todos estos cambios que se han suscitado en la relación de pareja se deben a dos factores fundamentales:

- 1.- El cambio en la determinación de permanecer casado.
- 2.- La pérdida de la satisfacción en el matrimonio a causa de expectativas falsas.

En la antigüedad los valores más importantes del matrimonio eran permanecer casados, producir hijos y continuar existiendo pese a las dificultades con que se encontraban. La mujer era considerada una inversión económica, limpiaba, cocinaba y sembraba los vegetales que le permitirían vivir hasta la siguiente cosecha, sin embargo la satisfacción de esta dependía de servir y cuidar bien a aquel. Así pues, históricamente la mujer a quedado emancipada, frustrada, condicionada y trastornada, y el diálogo existente dentro de la relación de pareja, se establece del más fuerte al más débil, las familias se encierran en sí mismas y sus contactos con el exterior están determinados a partir de apuros económicos.

En la actualidad la mujer ya no quiere seguir identificándose con la posición de mujer objeto y está pidiendo que se le respete el derecho al placer, de esta forma intenta identificarse a sí misma.

Como consecuencia lógica encontramos que el matrimonio atraviesa por una crisis, la cual se ve reflejada en su desconfianza ante la misma institución, consecuencia del desorden y las incongruencias de la sociedad a la que se encuentra ligada. Esta crisis tiene su centro sin duda alguna en el proceso de liberación sexual de la mujer (Valentini & Di Meglio 1987).

Cada día son más las personas que buscan relaciones interpersonales que favorezcan su propio crecimiento y la satisfacción de sus necesidades emocionales propias y del otro. En este tipo de relaciones donde el individuo busca más su crecimiento y desarrollo personal, más de lo que haría cualquier tipo de relación. No obstante, es cierto que un crecimiento personal mutuo y sincrónico es difícil de conseguir, y que generalmente se logra el crecimiento de uno solo de los miembros de la pareja y que esto significa un mayor distanciamiento entre ambos y tal vez este sea el precio por alcanzar el tipo de relación ideal señalado según Cáceres (1986).

Este mismo autor señala también la importancia de empezar a cuestionarse y desbaratar los mitos que existen en torno a la pareja, lo cual -según su opinión- podría lograrse obteniendo

datos objetivos y sobre todo los valores personales individuales.

Desde el punto de vista de Klesner (1982), en la era de las computadoras, el ideal del matrimonio es la felicidad y el problema radica en como puede alcanzarse tan preciada presea, si consideramos que el matrimonio es una relación en la que se tiene que dar y aportar, especialmente después de que llegan los hijos y hemos sido educados para recibir. En este sentido Eichenlaub (1971), coincide con Klesner en tanto que la pareja no logra alcanzar sus expectativas, debido al tipo de educación que hemos recibido, ya que somos educados para competir y es ahí cuando el éxito de nuestras vidas se mide por el dinero que poseemos, por los trofeos y siempre estamos pendientes de nuestro marcador.

Definitivamente siempre han existido en la relación de pareja momentos poco agradables, difíciles, sólo que ahora a diferencia del pasado, esos momentos se han convertido en decisivos para continuar o disolver la relación, en la actualidad la existencia de la mujer ya no depende de el hombre en la misma medida que ocurrió en el pasado. Por lo que la relación de pareja se encuentra en una situación más conflictiva y resulta de interés revisar.

5.- EL CONFLICTO EN LA RELACION DE PAREJA.

En general la relación de pareja se caracteriza por dos elementos:

1.- Falta de reciprocidad de satisfacciones.

2.- Conflicto.

En ambos casos encontramos que están influidos por otros procesos como son; la comunicación defectuosa, falta de complementariedad, falta de apoyo de su identidad personal, falta de refuerzo de las defensas necesarias contra la ansiedad, la dificultad empática, etc. En todos los casos el conflicto puede estar manifiesto o latente, puede ser real o irreal, consciente o inconsciente y en muy variadas combinaciones, puede tener también relación con los conflictos individuales, los cuales se pueden atenuar o disimular mediante el conflicto de pareja (Ackerman 1982).

En relación con esto Cáceres (1986), subraya la importancia que posee la satisfacción mutua de la pareja, la cual deberá servir como base única de estabilidad (y no así la renuncia absoluta), ya que si una persona está satisfecha tiene más probabilidades de tener un comportamiento agradable, positivo, gratificante con los demás, haciendo su vida más llevadera.

John Lee (1973), -citado por Cáceres 1986 - indica que existen

tres áreas importantes de satisfacción de la pareja:

1.- La compañía.

2.- El recreo.

3.-La pasión.

Y agrega que estos tres tipos de amor son necesarios en cada uno de nosotros y que incluso de la frustración de alguno de ellos deriva el conflicto, que además resulta casi imposible satisfacerlos en vinculación con una sola persona.

Raush y sus colaboradores (1969), -citado por Blood B & M 1980- determinaron 8 etapas en la resolución del conflicto de la pareja.

1.- IDENTIFICAR EL PROBLEMA.

Existen muchos problemas que son difíciles de identificar por su naturaleza desagradable o bien porque los síntomas esconden problemas subyacentes.

2.- PLANTEAR EL PROBLEMA

El plantear el problema capacita al compañero a abordarlo claramente con eficacia, es difícil que el problema quede resuelto inmediatamente, pero al menos las parejas averiguan donde se encuentra cada uno respecto del otro, y de esta forma el

camino queda abierto a cualquier solución.

3.- EXPLORAR SOLUCIONES ALTERNATIVAS

Cuando una pareja ha expuesto su problema y ha identificado los sentimientos en torno al mismo, es conveniente que proponga una solución. Esto puede ser pedir que el cónyuge cambie algo, o bien tomar la responsabilidad de sus propias necesidades, dejando que la otra parte conozca sus deseos.

4.- TOMA DE DECISION

En este sentido, primero hay que evaluar cada una de las propuestas y elegir una solución entre las alternativas.

5.-EVALUACION DE LAS ALTERNATIVAS

Bob y Margaret Blood (1980), consideran que para que exista compañerismo en una relación de pareja, es necesario que haya compromiso, ya que en muchos casos únicamente se desarrolla la adaptación, y esto conduce a la separación de la pareja. Cuando ni el consenso, ni la adaptación, ni el compromiso sea posible, la única vía abierta es la concesión, es decir que uno de los cónyuges gana todo mientras el otro pierde todo.

Raush y col (1976), -citado por Blood 1980- encontraron que aquellos individuos que intentaban ejercer la coacción sobre sus cónyuges, o que hacían observaciones de rechazo, experimentaban resultados doblemente negativos.

Burkle (1961), descubrió que las parejas bien adaptadas estaban deseosas de hacer concesiones, las cuales se basaban en el hecho de hacer al otro individuo feliz.

Una vez que la pareja ha llegado a una solución política importante en algún área que se considera particularmente importante, es recomendable escribir un acuerdo en forma de contrato.

6.-PONER EN PRACTICA LA DECISION

Cuando se ha llegado a una decisión conjunta, es muy probable que quienes han participado en ella se sientan responsables de su aplicación.

7.-RECONSTRUIR LA RELACION

Cuando se trata de reconstruir la relación es importante considerar que cualquier daño causado a la relación es prontamente reparado, así también hay parejas que planean actividades agradables con la finalidad de lisar las asperezas que pudieran existir. El hacer cosas juntos consolida concreta y tangiblemente la relación y reafirma el valor para ambos.

8.-REVISAR EL PROCESO DE LA TOMA DE DECISIONES

Después de una lucha agotadora, por lo general las parejas se toman un tiempo para revisar la forma en que han actuado, evalúan los resultados en términos de solución particular y eso resulta agradable y estimulante, además que ha partir de esa revisión se

hacen revisiones para futuras confrontaciones que inevitablemente se han de presentar.

En otros términos el conflicto es una forma de descubrir cosas el uno del otro, por medio del cual se hacen más conscientes de la realidad de cada uno y su relación es sometida a prueba.

En la práctica la toma de decisiones no sigue una secuencia lógica, las parejas saltan de un asunto a otro, sin terminar una etapa pasan a otra.

La toma de desición igualitaria parece ser más eficiente en los tiempos de crisis. A medida que marido y mujer pelean el uno con el otro, aprenden lo que significa el ser humano y el estar en relación con una persona que es única en sí misma.

En cuanto a la igualdad de la pareja, ésta implica que ambos compartan todas las decisiones o bien que cada uno tome idéntico número de ellas por separado.

Referente al conflicto Ackerman (1982), postula que existen relaciones de pareja neuróticas en las cuales ambos vivieron traumáticas infancias y sin embargo realizaron buenos matrimonios y son buenos padres, lo cual se puede atribuir a que esas uniones neuróticas son favorables en el sentido de que cada uno de los cónyuges ejerce efecto positivo sobre el otro y se neutralizan las consecuencias dañinas de sus neurosis. Agrega que cuando la

relación de pareja no satisface las demandas infantiles conflictivas o regresivas, o bien no permite la realización emocional, la relación tiene que aguantar una carga psíquica extra inadecuada, e incluso al igual que en la relación de pareja existen áreas profundamente dañadas y otras libres de conflicto.

En cuanto a la esfera de la sexualidad, muchas parejas argumentan que sus problemas tienen una base en esta área, especialmente en lo que se refiere al orgasmo, ya que éste ha sido tan idealizado que piensan que ambos deben tenerlo al mismo tiempo y como consecuencia descuidan los verdaderos factores que hacen que la relación sexual genital sea placentera, como sería el hecho de que experimenten el orgasmo en diferentes momentos lo cual provee a ambos de cierto placer y excitación.

Finalmente Ackerman (1982), establece que en la mayoría de las familias es importantes para que se mantengan unidas, que exista una relación afectiva, romántica y de compañerismo.

Una vez que se han discutido los puntos generales en torno a la pareja, se procederá a revisar el tema que nos ocupa (el aborto) con relación a ésta.

6.- LA PAREJA ANTE EL ABORTO.

A propósito de este controvertido tema, existen muy pocas investigaciones, de las cuales la mayoría están enfocadas desde el punto de vista teórico, realmente muy pocas desde el clínico y todavía menos investigaciones que consideren el papel del varón.

Como se ha venido mencionado en capítulos anteriores, el hombre queda totalmente fuera de la situación del aborto, ni siquiera legalmente es cuestionable su participación en el mismo; no obstante se afirma que es el mediador y portador de la cultura, el que establece los límites y es factor importante en la salud mental del individuo. Al respecto Padilla (1988), comenta que el hombre no siente su papel paternal durante el embarazo, sino hasta después del parto, por lo que se le ha excluido en la investigación sobre aborto. Esta autora ha observado que el hombre reprime su respuesta emocional ante el embarazo, ya que internamente se presentan aspectos como ambivalencia, depresión, hostilidad, entusiasmo etc. Respuestas que indudablemente van a influir en la pareja.

Probablemente esto sucede porque socialmente se le ha enseñado a reprimir la expresión de sus sentimientos, sin embargo estos elementos no conscientes van a influir.

Es incuestionable que para el hombre es imposible vivir el embarazo en "carne propia", sin embargo, su actuación pudiera ser

a nivel afectivo, si se involucra o no en el desarrollo del embarazo, ya que la función de éste será corporal por un momento durante el coito y el goce de su paternidad efectiva sólo meses después si llega a nacer ese producto.

En general el aborto plantea un conflicto moral y emocional para muchas parejas que se enfrentan a éste.

En cuanto a las causas de aborto Ma. Teresa Padilla (1982), encontró 3 importantes de acuerdo con los siguientes autores:

- 1.- Frida (1965), odio de la mujer hacia la madre.
- 2.- Langer (1974), temor a ser destruida por una madre persecutoria y destructiva.
- 3.- Aray (1968), el duelo negado y el relieve en la pareja parental filicida interiorizada y transmitida en forma generacional y repetitiva.

Referente a las causas que motivan a los hombres a provocar un aborto en su pareja, encontramos de acuerdo con Aray (1968), que están justamente en las primeras relaciones del niño con sus padres que abortan.

Según este autor si el niño logra una buena identidad e identificación con su progenitor mediante la protección y el amor

de éste, en el futuro ellos tendrán una actitud equivalente con sus propios hijos.

Otro factor que menciona Aray (1968), es considerar las relaciones emocionales que estableció el propio sujeto con sus hermanos, lo cual puede constituir una "perdurable" hostilidad inconsciente contra el preferido.

Es importante señalar que para el hombre es más difícil elaborar el duelo porque no experimenta corporalmente el embarazo ni el aborto.

Generalmente en lugares en donde se practican los abortos, los hombres son relegados, atacados, desairados; tanto por el médico, como por la pareja y se les niega la oportunidad de acompañar a su pareja en el proceso del aborto, se le hace a un lado desde el punto de vista social y psicológico.

Padilla (1988), llevó a cabo una investigación a propósito de este tema y con base en sus resultados opina que la figura del padre, del hombre que consiente que su pareja aborte se identifica con su sexo, pero se devalúa en su masculinidad, tiene rasgos femeninos, presenta problemas sexuales, muestra inseguridad con sentimientos de culpa, es infantil con tendencia a la fantasía, son hombres que idealizan a la figura masculina, y tienen tendencia al alcoholismo, son padres ausentes y cuando están son seductores. Cabe mencionar que estos datos no son

generalizables, porque se refieren a una pequeña muestra y sería conveniente realizar más investigación al respecto.

Con relación a los sentimientos del hombre que permiten que su pareja aborte agrega:

Que la culpa por pérdida es el porcentaje más alto, seguido por el de responsabilizar a la mujer y la negación ante sus sentimientos.

En todos los casos se encontró que son sujetos rechazados por sus padres. Que además este tipo de hombre se identifica con sus sentimientos de malestar (rabia, coraje, ira), que al no controlarlos lo destruyen, la culpa le impide sacar estos sentimientos y por tanto mientras mayores sean los ataques de miedo, mayores serán los autoreproches que generan agresión reprimida, surgen ideas destructivas que no puede externalizar, condicionando el aborto.

generalizables, porque se refieren a una pequeña muestra y sería conveniente realizar más investigación al respecto.

Con relación a los sentimientos del hombre que permiten que su pareja aborte agrega:

Que la culpa por pérdida es el porcentaje más alto, seguido por el de responsabilizar a la mujer y la negación ante sus sentimientos.

En todos los casos se encontró que son sujetos rechazados por sus padres. Que además este tipo de hombre se identifica con sus sentimientos de malestar (rabia, coraje, ira), que al no controlarlos lo destruyen, la culpa le impide sacar estos sentimientos y por tanto mientras mayores sean los ataques de miedo, mayores serán los autoreproches que generan agresión reprimida, surgen ideas destructivas que no puede externalizar, condicionando el aborto.

CAPITULO V.

I. METODOLOGIA.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿De qué manera la vivencia de un aborto provocado o espontáneo influye posteriormente en la relación de la pareja involucrada?

¿Existen diferencias en la elaboración del duelo por un aborto espontáneo y un aborto provocado?

2.- HIPOTESIS CONCEPTUALES.

H1: "Después de un aborto la pareja tiende a la ruptura"
(Calandra, D. 1973).

H2: "La mujer proyecta sus sentimientos de culpa por el aborto, en el hombre". (Calandra, D. 1973).

H3: "El hombre proyecta sus sentimientos de culpa por el aborto, en la mujer". (Calandra, D. 1973).

H4: "Existe temor a la esterilidad después del aborto".
(Calandra, D. 1973).

H5: "Posteriormente al aborto se manifiestan elementos fóbicos, tales como temor a estar sola (o), a permanecer encerrada (o) a comprometerse en actividades de trabajo, estudio o en relaciones afectivas". (Calandra, D. 1973).

H6: "Después de un aborto hay rechazo a las relaciones sexuales" (Deutsch, H. 1971).

H7: "La relación de la pareja se ve afectada por el descubrimiento de la preñez no deseada y por la determinación de desembarazarse de ella". (Deutsch, H. 1971).

H8: "El aborto siempre produce un mayor o menor resentimiento en contra del hombre". (Deutsch, H. 1971).

H9: "Algunas mujeres prefieren eliminar a su compañero de todas las cuestiones referentes al aborto y hacerse ellas responsables de todo lo referente a éste". (Deutsch, H. 1971).

H10: "Después del aborto la mujer siente que será devaluada por su compañero". (Deutsch, H. 1971).

H11: " Después del aborto la pareja se distancia, convive y se comunica con menor frecuencia". (Dolto, F. 1984).

H12: "El aborto produce sentimientos de culpa conscientes e inconscientes". (Dolto, F. 1984).

H13: "El duelo por un aborto, siempre será un duelo patológico".
(Aray, J. 1968).

H14: "No se encuentran reacciones emocionales después de un aborto debido a la negación del hecho que impide reconocer su importancia". (Aray, J. 1968).

3.- HIPOTESIS DE TRABAJO.

Ht1: Con base en las hipótesis conceptuales anteriormente enunciadas se supone que la relación de pareja se ve afectada, manifestándose en sentimientos de culpa, frustración, depresión, ambivalencia, hostilidad, indiferencia; en uno o en ambos miembros de la pareja, así como una marcada tendencia a la ruptura.

Ht2: Se van ha encontrar diferencias en la elaboración del duelo, tanto por un aborto provocado como por un espontáneo, ya que estas diferencias se deben a las pautas específicas que una persona sigue para elaborar o no el duelo por otras pérdidas, y no al tipo de aborto al que se enfrentó.

4.- HIPOTESIS NULAS Y ALTERNAS.

H01: No existen diferencias estadísticamente significativas en las reacciones emocionales de una pareja ante un aborto provocado o espontáneo.

H11: Si existen diferencias estadísticamente significativas en las reacciones emocionales de una pareja ante un aborto provocado o espontáneo.

Ho2: No existen diferencias estadísticamente significativas en las reacciones emocionales entre mujeres y hombres ante un aborto.

H12: Si existen diferencias estadísticamente significativas en las reacciones emocionales entre mujeres y hombres ante un aborto.

5.- DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.

ABORTO PROVOCADO: "Ocurre a causa de la intervención farmacológica o quirúrgica, con el fin de evitar la continuación del embarazo. Se realiza de manera voluntaria tanto por parte de la gestante como de la persona que lo efectúa". (Calandra, D. 1973).

ABORTO ESPONTANEO: "Se produce a consecuencia de alguna enfermedad de la madre o del embrión y sucede involuntariamente". (Calandra, D. 1973).

DUELO: "Es un afecto normal que se da ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad,

un ideal, etc." (Freud, S. 1917).

"En un primer momento existe la urgencia por recuperar el objeto perdido, se observa confusión y desorganización expresadas en las áreas motriz y perceptual, así como alteraciones en el juicio de realidad. Se utilizan mecanismos de idealización, negación y omnipotencia como defensa ante el dolor que produce la pérdida. Si el proceso de elaboración continúa, desaparecerán estos mecanismos ante el contacto con la realidad produciéndose paulatinamente la depresión y la resignación por la pérdida.

En el proceso del duelo normal se elabora la pérdida y el "yo" queda libre del objeto, para emprender nuevos vínculos.

En el proceso patológico predomina la ambivalencia, el objeto se internaliza y el yo se identifica con él. El dolor y los reproches perturban el duelo, que puede desembocar en la melancolía, en la manía o en una conducta repetitiva autodestructiva " (Mallier, S. 1982).

PAREJA: "Elección de un compañero que presente características similares a las propias". (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, 1977).

"Ir iguales o sobrevivir a la vez algunas cosas". (Diccionario de la Lengua Española, 1981).

RELACION DE PAREJA: "Es un sistema que implica una estructura compleja que incluye a dos o más personas, en su interacción, sus momentos de comunicación y de aprendizaje que de estos se deriva. Tiene un movimiento interno a través de la contradicción, la complementariedad, la reflexión, dando lugar a diferentes formas de relación que pueden a su vez replantearse. Este dinamismo puede manifestarse en una gama de relaciones cuyos extremos serían: por un lado el enriquecimiento de la relación y por el otro el empobrecimiento y estancamiento de la misma.

El primero sería definido como un sistema de autonomía-compartida y el otro como un sistema funcional-dependiente.

Generalmente, un sistema de relación se produce por la fuerza de la tendencia generacional, es decir, se repite el modelo vivido en la familia de origen. Sin excluir la posibilidad de que circunstancias especiales lleguen a modificar la tendencia, y por lo mismo, instaurarse otro tipo de relación. En esto tienen mucho que ver las experiencias y vivencias de cada miembro de la pareja con sus posibilidades de reflexión y con las limitaciones sociales para poder ser llevado a cabo". (CONAPO, 1982).

RUPTURA: "Interrupción súbita de la organización; desintegración gradual". (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, 1977).

SENTIMIENTOS DE CULPA: "Darse cuenta de que se han violado principios éticos, morales o religiosos, junto con un sentimiento

de pesar por la disminución de méritos por esa causa.

La culpa inconsciente se manifiesta por diversas expresiones indirectas especialmente por el sentimiento de disminución de los méritos aunque la persona niega las faltas". (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, 1977).

PROYECTAR SENTIMIENTOS DE CULPA: "Un mal manejo del sentimiento de culpa, una dificultad en tolerarlo, impide cualquier sentimiento solidario. Si yo no acepto mi participación culpable, son los otros los culpables, los otros solo existen en cuanto a posibles pantallas en donde proyectar las propias culpas.

Los sentimientos de culpa se originan en el pensamiento mágico, en donde se confunden los impulsos internos con las realidades externas, los deseos con los actos". (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, 1977).

TEMOR: "Anticipación de un acontecimiento con gran miedo. Ansiedad relacionada con una situación de peligro específico". (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, 1977).

ESTERILIDAD: "Incapacidad para tener hijos, puede ser el resultado de carencia de gametos (óvulo y espermatozoide), de fallas en sus mecanismos de unión o en condiciones fisiológicas desfavorables que destruyen los gametos o el óvulo recién fecundado. También puede ser orden psicológico, que interfiere la

unión de los gemetos. El mecanismo de interferencia se desconoce en su mayor parte, pero el hecho ha sido establecido. Implica generalmente sufrimiento, pero no es una condición necesariamente incurable". (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, 1977).

FOBIA: "Miedo, casi siempre excesivo a algún tipo particular de objeto o situación, es persistente y sin fundamentos aceptados como razonables por el que lo padece" (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, 1977)

RESENTIMIENTO: "Cólera moderada o controlada a causa de que ha sido violado el sentimiento de justicia o de imparcialidad de una persona" (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis 1977).

RECHAZO A LAS RELACIONES SEXUALES: "Disminución o ausencia del deseo sexual". (Alvarez, G. y Mazin, R. 1983).

ELIMINAR: "Privación, excluir, quitar o anular" (Diccionario de la Lengua Española, 1981).

DEVALUACION: "Quitar valor, despreciar una cosa con relación a otra" (Diccionario de la Lengua Española 1981).

NEBACION: "Mecanismo de defensa caracterizado por la tendencia a negar inconscientemente las sensaciones y hechos dolorosos" (Fenichel, D, 1979).

FRUSTRACION: "Bloqueo o interferencia de una actividad que está encaminada directamente hacia su meta. Estado motivacional y afectivo que proviene de sentirse bloqueado, impedido, desilusionado, derrotado o frustrado " (Diccionario de psicología y Psicoanálisis, 1977).

DEPRESION: "Estado de inaccesibilidad a la estimulación o a un tipo particular de estimulación de baja iniciativa y de pensamientos tristes. Trastorno psiconeurótico, provocado por alguna pérdida que sufre una persona y que comúnmente es transitorio. Existe ansiedad pero es provocada por la depresión y autodesvalorización, se le llama depresión reactiva" (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, 1977).

AMBIVALENCIA: "Tendencia a ser impulsado psicológicamente en direcciones opuestas, como por ejemplo entre aceptación-rechazo, amor-odio, capacidad de ver dos (o más) aspectos de un problema, o de percibir a los individuos como si tuvieran más de un aspecto o valor. Coexistencia en una persona de rasgos, actitudes o sentimientos opuestos en un grado similar" (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, 1977).

HOSTILIDAD: "Estado de enemistad más o menos duradero, señalado por sentimientos de cólera, así como la animadversión". (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, 1977).

INDIFERENCIA: "Desinteresado que hace solo movimientos débiles y lentos" (Diccionario de Psicología y Psicoanálisis 1977).

4.- DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.

ABORTO PROVOCADO O INDUCIDO: Cuando voluntariamente la mujer interrumpe su embarazo, ya sea a través de la autoinducción, es decir introduciéndose objetos rígidos o semirígidos a la cavidad uterina (por ejem. agujas, ganchos, sonda), o inducido por otro, ya sea médico, paramédico o persona no calificada, mediante una operación quirúrgica (legrado, dilatado, succión).

ABORTO ESPONTANEO: Cuando el embarazo se interrumpe en forma natural, es decir, que los productos de la concepción son expulsados, sin que medie la intervención médica o de cualquier otro sujeto u objeto.

DUELO: Es la reacción emocional a la pérdida del embrión o feto; esta reacción puede manifestarse en sentimientos de culpa, frustración, depresión, angustia.

PAREJA: La persona con quien se embarazó.

RELACION DE PAREJA: Mujer y hombre que independientemente de su estado civil (solteros, casados o unión libre), comparten gran parte de su vida cotidiana y que viviendo juntos o no, han tenido relaciones sexuales.

RUPTURA: Es la interrupción repentina o el distanciamiento gradual de alguno o ambos miembros de la pareja.

SENTIMIENTOS DE CULPA: Manifestados por un sentimiento de autoreproche e inconformidad y/o el arrepentimiento por el acto realizado (el aborto).

PROYECTAR LOS SENTIMIENTOS DE CULPA: Reconocer en la pareja los autoreproches, el sentimiento de inconformidad y/o el arrepentimiento por el acto realizado (el aborto), negando la existencia de estos sentimientos en sí misma (o).

TEMOR A LA ESTERILIDAD: Fantasear o pensar que no será posible embarazarse posteriormente.

FOBIA: Miedo exagerado a permanecer sola(o), a quedarse en lugares cerrados, a comprometerse en situaciones de trabajo, estudio, afectivas; síntomas que aparecen posteriormente a la experiencia del aborto.

RESENTIMIENTO: Sentir que la pareja tomó una actitud injusta y o poco solidaria.

RECHAZO A LAS RELACIONES SEXUALES: Manifestándose en la disminución o ausencia de la frecuencia de los encuentros sexuales con esa pareja.

ELIMINAR A LA PAREJA: Cuando la mujer decide realizarse el aborto y afronta todas las circunstancias particulares a éste sin comunicárselo a su pareja.

DEVALUACION: Sentir que a consecuencia de aborto será valorada negativamente por su pareja o por sí misma.

NEGACION: Afirmar que no aparecieron sensaciones dolorosas posteriores al aborto.

FRUSTRACION: Sentirse inconforme , bloqueado , derrotado y desilusionado por la interrupción del embarazo.

DEPRESION: Manifestada por hipoactividad y el estar pensando constantemente en el hecho ocurrido, con una marcada disminución del interés por el mundo externo.

AMBIVALENCIA: Disonancia entre el hecho ocurrido y el deseo de haber continuado el embarazo. Expresar actitudes en contra del aborto.

HOSTILIDAD: manifestar enemistad o insatisfacción con la pareja.

INDIFERENCIA: Desinterés por autoanalizar las sensaciones posteriores al aborto, y por su relación de pareja.

7.- MUESTRA.

Los sujetos fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico de tipo accidental. La muestra constó de 50 parejas que independientemente de su estado civil experimentaron un aborto .

Se estudiaron 26 parejas con aborto provocado y 24 con espontáneo.

8.- ESCENARIO.

El escenario fue inconstante ya que algunas parejas fueron entrevistadas en un Hospital, en tanto que otras fueron entrevistadas en sus casas o lugares de trabajo. Algunas parejas fueron contactadas por terceras personas, las cuales recibieron la entrevista y el cuestionario en sobre cerrado para resolverlo en sus casas sin la intervención directa del entrevistador.

9.- TIPO DE ESTUDIO.

El estudio consistió en dos fases, la primera de ella fue exploratoria de tipo ex-post-facto, ya que fue un primer acercamiento al fenómeno como problema de pareja, debido a que la investigación con esta población específica es escasa. El objetivo es estudiar la relación de la pareja después del aborto y la manera en que esta alteración se manifiesta.

La segunda fase fue confirmatoria, debido a que una vez que se describió la relación de pareja y las alteraciones entre la

misma, se aceptaron y/o se rechazaron las hipótesis planteadas con base a los resultados encontrados en la primer fase, así como también establecer comparaciones entre los sexos y el tipo de aborto.

10.- DISEÑO.

Se utilizó un diseño de dos muestras independientes para la primer fase exploratoria; para la fase confirmatoria se utilizó un diseño factorial 2x2, ya que se cuenta con dos variables atributivas (aborto y sexo), con dos valores cada una.

mujer provocado	hombre provocado
mujer espontáneo	hombre espontáneo

11.- INSTRUMENTOS.

En esta investigación se utilizaron dos instrumentos:

- 1) Entrevista semi-estructurada.
- 2) Escala de actitudes hacia el embarazo, el aborto y hacia la pareja coparticipe en el aborto.

En la entrevista semi-estructurada se abordaron tres aspectos:

El primero de ellos exploró la historia personal de cada miembro de la pareja (sexo, edad, escolaridad, ocupación actual, estado civil, nacionalidad, religión, ingresos), el segundo exploró pérdidas afectivas por muerte o separación física, esta exploración tuvo como objetivo analizar de que forma reacciona cada uno de los miembros de la pareja a sus pérdidas afectivas, es decir, como las elabora.

El tercer aspecto que fue abordado en la entrevista se refiere a las circunstancias del aborto y los efectos conscientes de éste, en cada miembro de la pareja y de su relación como tal.

Se considera que la entrevista es semi-estructurada debido a que constó de una guía-formato de los puntos que fueron abordados (ver Apéndice I)

El segundo instrumento que se implementó fue una escala de actitudes elaborada especialmente para esta investigación, en la que se abordó la actitud hacia el embarazo, el aborto y hacia la pareja.

La escala fue construida siguiendo el proceso de la técnica de Lickert, en la cual cada afirmación procede de cinco alternativas de respuesta: COMPLETAMENTE EN DESACUERDO, EN DESACUERDO,

INDECISA (0) , DE ACUERDO, COMPLETAMENTE DE ACUERDO. a cada alternativa correspondió una calificación de 5, 4, 3, 2, 1, respectivamente en caso de declaraciones favorables , la calificación se invierte en caso de declaraciones desfavorables al objeto psicológico. Por tanto a mayor puntaje mayor favorabilidad y por consiguiente puede discriminar entre una actitud positiva de los sujetos frente al embarazo, el aborto y a la pareja.

La aplicación de la escala tuvo como objetivo analizar la posibilidad de que exista ambivalencia entre el aborto ya realizado y la actitud que se tiene ante éste. Así como analizar los sentimientos, pensamientos y conductas que se tienen hacia la pareja co-participe en el aborto.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE ACTITUDES.

a) Validez.

Para obtener la validez de la Escala se aplicó una validez de Facia o Aparente a través de Jueces. Para ello se proporcionó la escala a catorce jueces expertos en sexualidad. Debido a que la escala fue aplicada tanto a mujeres como a hombres, la redacción variaba, por lo que tuvo que ser validado por separado cada formato. Por tanto a siete jueces se les dio la escala para mujeres y a siete la escala para hombres.

Los puntos que se pidieron a los jueces, tomaran en cuenta para la inclusión de un reactivo en la escala fueron:

- a) Si la redacción era clara.
- b) Si el lenguaje era sencillo.
- c) Si pertenecía a la dimensión que originalmente evaluaba (ver apéndice 2).

Una vez obtenidos los resultados de los jueces se aplicó un Coeficiente de Correlación, que en este caso fue el de Sperman, utilizando una matriz de reactivos por jueces, obteniendo la diferencia entre el número de Acuerdos y Desacuerdos. En la escala para mujeres se obtuvo una correlación de 0.99, que indica un Acuerdo entre jueces por lo tanto se considera válida (ver tabla 1).

38	I	V	---	---	VI	---	---
39	V	VII	VII	VII	VII	VII	---
40	X	V	---	---	X	---	VII
41	I	I	I	I	I	I	I
42	X	VII	X	X	XII	X	I
43	I	I	I	I	I	I	I
44	I	I	I	VII	I	I	I
45	VI	VI	VI	VI	VI	VI	VI
46	IV	IV	IV	IV	IV	IV	I
47	V	V	V	---	---	---	---
48	IV	IV	I	I	I	I	I
49	XI	XI	XI	XI	XI	XI	XI
50	VIII	V	V	VI	VI	VI	---
51	VII	VII	X	VII	VII	VII	VII
52	VII	X	VII	VII	VII	VII	---
53	XII	XI	XI	XI	XI	XI	XI
54	V	XII	V	---	V	---	---
55	V	XI	XII	VI	XII	VI	---
56	I	I	I	I	I	I	I
57	III	III	III	III	III	III	---
58	I	I	I	I	I	I	I

1(8)	6(85)	9.5	86.5	-77
5(49)	2(46)	49	46	3
1(9)	6(86)	9.5	86	77
7(86)	0(13)	84	11	73
4(34)	3(57)	36	59	-23
7(87)	0(14)	84	11	73
6(61)	1(25)	65.5	29.5	36
7(88)	0(15)	84	11	73
6(62)	1(26)	65.5	29.5	36
3(29)	4(67)	29	67	-38
5(50)	2(47)	49	46	3
7(89)	0(16)	84	11	73
2(19)	5(74)	20.5	75.5	-55
6(63)	1(27)	65.5	29.5	36
5(51)	2(48)	49	46	3
6(64)	1(28)	65.5	29.5	36
1(10)	6(87)	9.5	86.5	-77
0(3)	7(95)	2	94	-92
7(90)	0(17)	84	11	73
6(65)	1(29)	65.5	29.5	36
7(91)	0(18)	84	11	73

17	I	I	I	I	I	I	I
18	IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX
19	V	VI	VI	V	VI	VI	VI
20	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV
21	VI	VI	VI	VI	VI	VI	VI
22	V	V	XII	XII	V	V	V
23	I	I	I	I	I	I	I
24	III	III	III	III	III	III	III
25	VIII	XII	VIII	VIII	VIII	VIII	VIII
26	IX	V	V	V	VI	V	V
27	XII	XII	XII	XII	V	V	V
28	IV	IV	I	---	IX	---	XII
29	V	XII	V	XI	XII	---	---
30	V	XI	X	VI	X	X	I
31	VII	VI	VII	VII	VII	VII	---
32	V	V	VII	XII	V	VII	---
33	V	V	VI	---	IX	---	---
34	I	IX	IX	IX	IX	IX	---
35	II	II	II	II	II	II	II
36	III	III	III	III	III	III	XI
37	VI	VI	VI	VII	VI	VI	---

7(79)	0(6)	84	11	73
7(80)	0(7)	84	11	73
5(44)	2(41)	49	46	3
7(81)	0(8)	84	11	73
7(82)	0(9)	84	11	73
2(18)	5(73)	20.5	75.5	-55
7(83)	0(10)	84	11	73
7(84)	0(11)	84	11	73
6(59)	1(23)	65.5	29.5	36
5(45)	2(42)	49	46	3
4(33)	3(56)	36	59	-23
1(6)	6(83)	9.5	86.5	-77
0(2)	7(94)	2	94	-92
3(27)	4(65)	29	67	-38
5(46)	2(43)	49	46	3
3(28)	4(66)	29	67	-38
1(7)	6(84)	9.5	86.5	-77
5.47	2(44)	49	46	3
7(85)	0(12)	84	11	73
6(60)	1(24)	65.5	29.5	36
5(48)	2(45)	49	46	3

59	VIII	V	VIII	VIII	VIII	II	---
60	XI	IX	XI	IX	---	---	---
61	V	XII	V	V	V	V	XII
62	I	X	I	I	I	I	I
63	IV	IV	IV	IV	IV	IV	XI
64	IV	VII	VIII	VIII	I	I	X
65	VII	VI	VII	VII	VI	VII	VI
66	III	III	III	III	III	III	III
67	X	V	---	---	---	---	---
68	IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX
69	XI	VI	V	XI	VI	---	V
70	X	XI	I	---	---	---	---
71	VIII	VIII	VIII	VIII	X	X	VII
72	XII	V	VI	VI	V	VI	VI
73	VIII	V	VIII	VIII	VIII	VIII	---
74	XII	XI	XI	XI	XI	XI	XI
75	XI	XI	XI	VII	XI	XI	VI
76	VII	VII	VII	VI	VII	IX	---
77	XII	XII	XII	XII	XII	VI	XI
78	VIII	XI	VIII	XI	I	VIII	XI
79	IX	V	---	XII	VI	---	---

4(35)	3(58)	36	59	-23
2(20)	5(75)	20.5	75.5	-55
2(21)	5(76)	20.5	75.5	-55
6(66)	1(30)	65.5	29.5	36
6(67)	1(31)	65.5	29.5	36
2(22)	5(77)	20.5	75.5	-55
4(36)	3(59)	36	59	-23
7(92)	0(19)	84	11	73
1(11)	6(88)	9.5	86.5	77-
7(93)	0(20)	84	11	73
2(23)	5(78)	20.5	75.5	-55
1(12)	6(89)	9.5	86.5	-77
4(37)	3(60)	36	59	-23
4(38)	3(61)	36	59	-23
4(39)	3(62)	36	59	-23
6(68)	1(32)	65.5	29.5	36
5(52)	2(49)	49	46	3
4(40)	3(63)	36	59	-23
5(53)	2(50)	49	46	3
3(30)	4(68)	29	67	-38
1(13)	6(90)	9.5	86.5	-77

59	VIII	V	VIII	VIII	VIII	II	---
60	XI	IX	XI	IX	---	---	---
61	V	XII	V	V	V	V	XII
62	I	X	I	I	I	I	I
63	IV	IV	IV	IV	IV	IV	XI
64	IV	VII	VIII	VIII	I	I	X
65	VII	VI	VII	VII	VI	VII	VI
66	III	III	III	III	III	III	III
67	X	V	---	---	---	---	---
68	IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX
69	XI	VI	V	XI	VI	---	V
70	X	XI	I	---	---	---	---
71	VIII	VIII	VIII	VIII	X	X	VII
72	XII	V	VI	VI	V	VI	VI
73	VIII	V	VIII	VIII	VIII	VIII	---
74	XII	XI	XI	XI	XI	XI	XI
75	XI	XI	XI	VII	XI	XI	VI
76	VII	VII	VII	VI	VII	IX	---
77	XII	XII	XII	XII	XII	VI	XI
78	VIII	XI	VIII	XI	I	VIII	XI
79	IX	V	---	XII	VI	---	---

4(35)	3(58)	36	59	-23
2(20)	5(75)	20.5	75.5	-55
2(21)	5(76)	20.5	75.5	-55
6(66)	1(30)	65.5	29.5	36
6(67)	1(31)	65.5	29.5	36
2(22)	5(77)	20.5	75.5	-55
4(36)	3(59)	36	59	-23
7(92)	0(19)	84	11	73
1(11)	6(88)	9.5	86.5	77-
7(93)	0(20)	84	11	73
2(23)	5(78)	20.5	75.5	-55
1(12)	6(89)	9.5	86.5	-77
4(37)	3(60)	36	59	-23
4(38)	3(61)	36	59	-23
4(39)	3(62)	36	59	-23
6(68)	1(32)	65.5	29.5	36
5(52)	2(49)	49	46	3
4(40)	3(63)	36	59	-23
5(53)	2(50)	49	46	3
3(30)	4(68)	29	67	-38
1(13)	6(90)	9.5	86.5	-77

80	X	XI	X	---	---	---	---
81	VI	VI	VI	VII	VI	VI	VI
82	VIII	VIII	VIII	VIII	VIII	VIII	---
83	III	III	XI	XI	XI	XI	XI
84	IX	V	VI	VII	XII	---	---
85	VIII	VIII	VIII	VIII	VIII	VIII	---
86	XII	XII	XII	XII	V	V	XII
87	X	X	X	X	X	VII	---
88	XI	XII	VI	---	IX	---	---
89	IV	IV	IV	IV	IV	IV	I
90	II	XII	II	VIII	II	---	---
91	VIII	VI	VI	VIII	VI	VI	VI
92	III	III	III	III	III	III	---
93	IV	IV	IV	IV	IV	III	I
94	IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX
95	XI	V	VI	VII	VI	VI	---

2(24)	5(79)	20.5	75.5	-55
6(69)	1(33)	65.5	29.5	36
6(70)	1(34)	65.5	29.5	36
5(54)	2(51)	49	46	3
1(14)	6(91)	9.5	86.5	-77
6(71)	1(35)	65.5	29.5	36
5(55)	2(52)	49	46	3
5(56)	2(53)	49	46	3
1(15)	6(92)	9.5	86.5	-77
6(72)	1(36)	65.5	29.5	36
3(31)	4(69)	29	67	-38
2(25)	5(80)	20.5	75.5	-55
6(73)	1(37)	65.5	29.5	36
5(57)	2(54)	49	46	3
7(94)	0(21)	84	11	73
3(32)	4(70)	29	67	-38

La escala de Mujeres quedó constituida de 66 reactivos, eliminándose 29, debido a que no cumplían con los requisitos antes mencionados (ver Apéndice No.3).

TABLA No.2

VALIDEZ DE LA ESCALA DE ACTITUDES PARA HOMBRES.

	t	u	v	w	x	y	z
1	I	I	I	I	I	I	I
2	VII	VII	VII	VII	VII	VII	VII
3	VII	VII	VII	X	VII	X	X
4	X	X	X	X	X	X	X
5	---	XII	---	X	---	---	---
6	X	V	---	VII	VIII	X	X
7	---	---	---	X	---	---	---
8	X	X	X	X	X	X	X
9	X	V	V	VI	XI	V	V
10	II	II	II	II	II	II	II
11	---	X	XI	XI	V	XI	XI
12	---	V	I	I	I	I	I
13	II	II	II	II	II	II	II
14	---	II	II	II	IV	II	II
15	---	V	V	V	I	V	V
16	XI	XI	XI	XI	XI	XI	XI
17	I	I	I	I	I	I	I
18	IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX

7(65)	0(1)	80	16	64
7(66)	0(2)	80	16	64
0(1)	7(83)	7	89	-82
7(67)	0(3)	80	16	64
0(2)	7(84)	7	89	-82
1(14)	6(77)	16.5	79.5	-63
0(3)	7(85)	7	89	-82
7(68)	0(4)	80	16	64
1(15)	6(78)	16.5	79.5	-63
7(69)	0(5)	80	16	64
4(32)	3(54)	37	59	-22
5(43)	2(39)	50	46	4
7(70)	0(6)	80	16	64
5(44)	2(90)	50	46	4
5(45)	2(41)	50	46	4
7(71)	0(7)	80	16	64
7(72)	0(80)	80	16	64
7(73)	0(9)	80	16	64

t	u	v	w	x	y	z
I	I	I	I	I	I	I
VII	VII	VII	VII	VII	VII	VII
VII	VII	VII	X	VII	X	X
X	X	X	X	X	X	X
---	XII	---	X	---	---	---
X	V	---	VII	VIII	X	X
---	---	---	X	---	---	---
X	X	X	X	X	X	X
X	V	V	VI	XI	V	V
II	II	II	II	II	II	II
---	X	XI	XI	V	XI	XI
---	V	I	I	I	I	I
II	II	II	II	II	II	II
---	II	II	II	IV	II	II
---	V	V	V	I	V	V
XI	XI	XI	XI	XI	XI	XI

7(65)	0(1)	80	16
7(66)	0(2)	80	16
0(1)	7(83)	7	89
7(67)	0(3)	80	16
0(2)	7(84)	7	89
1(14)	6(77)	16.5	79.5
0(3)	7(85)	7	89
7(68)	0(4)	80	16
1(15)	6(78)	16.5	79.5
7(69)	0(5)	80	16
4(32)	3(54)	37	59
5(43)	2(39)	50	46
7(70)	0(6)	80	16
5(44)	2(90)	50	46
5(45)	2(41)	50	46
7(71)	0(7)	80	16

19	VI	VI	VI	VI	VI	VI	VI
20	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV
21	VI	VI	VI	VIII	VI	VI	VI
22	V	V	XII	XII	V	XII	XII
23	I	I	I	I	I	I	I
24	III	III	III	III	III	III	III
25	VIII	VIII	VI	XII	VIII	VI	VI
26	---	X	V	---	XII	V	V
27	V	V	XII	XII	XII	XII	XII
28	---	---	I	I	IX	I	I
29	---	---	XII	VI	---	XII	XII
30	VII	X	VII	VII	X	VII	VII
31	VI	IX	VII	VII	VII	VII	VII
32	V	VII	XII	V	VII	XII	XII
33	IX	---	---	---	---	---	---
34	IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX
35	II	II	II	II	II	II	II
36	III	III	III	III	III	III	III
37	VI	VI	VIII	VI	VI	VIII	VIII
38	---	---	---	IX	VII	---	---
39	VII	---	VII	V	VII	VII	VII
40	---	---	---	---	---	---	---

7(74)	0(10)	80	16	64
7(75)	0(11)	80	16	64
6(58)	1(32)	61	35	26
4(33)	3(55)	37	59	-22
7(76)	0(12)	80	16	64
7(77)	0(13)	80	16	64
3(24)	4(65)	27.5	68.5	-41
3(25)	4(66)	27.5	68.5	-41
5(46)	2(42)	50	46	4
4(34)	3(56)	37	59	-22
1(16)	6(79)	16.5	79.5	-63
2(20)	5(73)	21.5	74.5	-53
5(47)	2(43)	50	46	4
2(21)	5(74)	21.5	74.5	-53
0(4)	7(86)	7	89	-82
7(78)	0(14)	80	16	64
7(79)	0(15)	80	16	64
7(80)	0(16)	80	16	64
4(35)	3(57)	37	59	-22
0(5)	7(87)	7	89	-82
5(48)	2(44)	50	46	4
0(6)	7(88)	7	89	-82

41	I	I	I	I	I	I	I
42	VII	X	X	VII	X	X	X
43	I	I	I	I	I	I	I
44	I	I	I	I	VI	I	I
45	VI	VI	VI	VI	VI	VI	VI
46	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV
47	---	---	V	V	---	V	V
48	I	IV	I	I	IV	I	I
49	XI	XI	XI	XI	XI	XI	XI
50	VI	VI	V	VI	VI	V	V
51	VII	VII	VII	VII	VII	VII	VII
52	---	---	---	VII	VII	---	---
53	XI	XI	XI	XII	XI	XI	XI
54	---	V	V	---	II	V	V
55	---	XI	XI	XII	VIII	XI	XI
56	I	IV	I	I	IV	I	I
57	III	III	III	III	III	III	III
58	I	IV	I	I	IV	I	I
59	---	VII	VIII	VI	VIII	VIII	VIII
60	---	V	XI	XI	IX	XI	XI
61	---	VII	V	VI	VI	V	V
62	I	IV	I	I	I	I	I

7(81)	0(17)	80	16	64
5(49)	2(45)	50	46	4
7(82)	0(18)	80	16	67
6(59)	1(33)	61	35	26
7(83)	-(19)	80	16	64
7(89)	0(20)	80	16	64
4(36)	3(58)	37	59	-22
5(50)	2(46)	50	46	4
7(85)	0(21)	80	16	64
3(26)	4(67)	27.5	68.5	-41
7(86)	0(22)	80	16	64
2(22)	5(75)	21.5	74.5	-53
6(60)	1(34)	61	35	26
0(7)	7(89)	7	89	-82
1(17)	6(80)	16.5	79.5	-63
5(51)	2(27)	50	46	4
7(87)	0(23)	80	16	64
5(52)	2(48)	50	46	4
4(37)	3(59)	37	59	-22
4(38)	3(60)	37	59	-22
0(8)	7(90)	7	89	-82
6(61)	1(35)	61	35	26

63	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV
64	I	X	X	I	X	X	X
65	---	VII	VII	VI	X	VII	VII
66	III	III	III	III	III	III	III
67	---	---	---	---	---	---	---
68	IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX
69	V	VI	XI	VI	VI	XI	XI
70	---	---	X	---	---	X	X
71	VIII	VIII	VIII	I	VIII	VII	VII
72	VI	VI	VI	VI	VI	VI	VI
73	VIII	VIII	VIII	---	VIII	VIII	VIII
74	XI	XI	XI	XII	XI	XI	XI
75	VIII	VI	VI	VI	VI	VI	VI
76	---	IX	VII	---	VII	VII	VII
77	XII	VII	VI	XII	VI	VI	VI
78	---	XI	XI	XI	VIII	XI	XI
79	---	X	---	VI	---	---	---
80	---	---	X	---	---	X	X
81	VII	VI	---	VI	VI	---	---
82	VIII	VIII	VIII	VIII	VIII	VIII	VIII
83	XI	XI	XI	XI	III	XI	XI
84	V	---	VI	VI	---	VI	VI

7(88)	0(24)	80	16	64
0(9)	7(91)	7	89	-82
4(39)	3(61)	37	59	-22
7(89)	0(25)	80	16	64
0(10)	7(92)	7	89	-82
7(91)	0(26)	80	16	64
3(27)	4(68)	27.5	68.5	-41
3(28)	4(69)	27.5	68.5	-41
4(40)	3(62)	37	59	-22
7(91)	0(27)	80	16	64
5(53)	2(49)	50	46	4
6(62)	1(36)	61	35	26
0(1)	7(93)	7	89	-82
4(41)	3(63)	37	59	-22
1(18)	6(81)	16.5	79.5	-63
5(54)	2(50)	50	46	4
0(12)	7(94)	7	89	-82
3(29)	4(70)	27.5	68.5	-41
3(30)	4(71)	27.5	68.5	-41
7(92)	0(27)	80	16	64
6(63)	1(37)	61	35	26
4(42)	3(64)	37	59	-22

85	VIII	VII	VIII	---	VIII	VIII	VIII
86	V	XII	XII	XII	XII	XII	XII
87	---	---	X	X	X	X	X
88:	---	---	V	---	---	---	V
89	IV	IV	IV	IV	IV	IV	IV
90	VIII	VIII	VI	VII	II	VI	VI
91	VIII	VIII	VI	VI	VI	VI	VI
92	III	III	III	III	III	III	III
93	III	X	IV	IV	IV	IV	IV
94	IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX
95	VIII	VI	VIII	VI	VI	VIII	VIII

5(55)	2(51)	50	46	4
6(64)	1(38)	61	33	26
5(56)	2(52)	50	46	4
0(13)	7(95)	7	89	-82
7(93)	0(29)	80	16	64
1(19)	6(82)	16.5	79.5	-63
2(23)	5(76)	21.5	74.5	-53
2(23)	5(76)	21.5	74.5	-53
7(94)	0(30)	80	16	64
5(57)	2(53)	50	46	4
7(95)	0(31)	80	16	64

En la escala para Hombres se encontró una correlación de 1.00, indicando con ello una Correlación Perfecta o Acuerdo Perfecto entre Jueces, por lo tanto también fue válida (ver Tabla 2).

La escala de hombres constó de 66 reactivos, eliminándose 29 debido a que no cumplían con los requisitos antes mencionados (ver apéndice 4).

b) Confiabilidad.

La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través de la prueba de Alfa de Cronbach, la cual permitió conocer la consistencia interna de las escalas, encontrando un valor que va de .68 a .92, lo que indica que el instrumento es consistente (ver cuadro 1).

b) Confiabilidad.

La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través de la prueba de Alfa de Cronbach, la cual permitió conocer la consistencia interna de las escalas, encontrando un valor que va de .68 a .92, lo que indica que el instrumento es consistente (ver cuadro 1).

CUADRO No. 1

PRUEBA ALFA DE CRONBACH.

FACTOR	No. REACTIVOS	ALFA
I. Tendencia a la ruptura	10	0.9237
II. Temor a la esterilidad	5	0.8226
III. Elementos fóbicos	5	0.8432
IV. Rechazo a las relaciones sexuales	5	0.8954
V. Ambivalencia	4	0.6847
VI. Sentimientos de culpa	8	0.8584
VII. Proyectar sentimientos de culpa	6	0.7518
VIII. Sentirse devaluada	6	0.8061
IX. Negación	4	0.8514
X. Resentimiento contra la pareja	4	0.8338
XI. Depresión	7	0.8103
XII. Frustración	2	0.9041

Cada uno de estos factores fueron definidos de la siguiente manera:

I. Tendencia a la ruptura.

Por este concepto se entiende que la pareja se distancie, conviva y se comunique con menor frecuencia.

II. Temor a la esterilidad.

Se refiere al hecho de pensar o fantasear que no será posible embarazarse posteriormente, a consecuencia de aborto.

III. Elementos Fóbicos.

Implica temor a estar solo (a) o temor a permanecer encerrado(a), o comprometerse en situaciones de trabajo, estudio, o afectivas.

IV. Rechazo a las relaciones sexuales.

Manifestándose en la disminución o ausencia en la frecuencia de los encuentros sexuales, ya sean caricias, besos o relaciones sexuales, es decir, coito.

V. Ambivalencia.

Disonancia entre el hecho ocurrido del aborto y el deseo de haber continuado con el embarazo, así como expresar actitudes en contra del aborto.

VI. Sentimientos de culpa.

Manifestados por autoreproches, inconformidad y/o arrepentimiento

por el acto realizado, es decir, el aborto.

VII. Proyectar sentimientos de culpa.

Referente a reconocer en la pareja reproches tales como; el sentimiento de inconformidad y/o arrepentimiento por el acto realizado (aborto), negando la existencia de estos sentimientos en si misma (o).

VIII. Sentirse devaluada.

Se refiere a sentir que a consecuencia del aborto será valorada (o) negativamente por su pareja, por si misma o por otros miembros de la sociedad.

IX. Negación.

Afirmar que no aparecieron sensaciones dolorosas posteriores al aborto, o bien, aparentar que no pasó nada.

X. Resentimientos en contra de la pareja.

Manifiestar disgusto, inconformidad o insatisfacción con la pareja a consecuencia del aborto. Así como sentir que la pareja toa una actitud injusta y/o poco solidaria con él o con ella durante las circunstancias del aborto.

XI. Depresión.

Manifestada por estar pensando constantemente en el aborto ocurrido, con una marcada disminución del interés por actividades

de trabajo, de estudio o de relaciones afectivas.

XII. Frustración.

Implica sentirse inconforme, enojado, bloqueado e impotente, por no haber continuado con el embarazo.

12. PROCEDIMIENTO.

La mayoría de las parejas fueron contactadas por terceras personas como médicos, psicólogos, compañeros de trabajo o amistades, a través de quienes se les hizo llegar la entrevista semi-estructurada y la escala de actitudes, ambos en sobre cerrado, conteniendo un formato para mujer y otro para hombre.

Una vez resueltos los instrumentos se devolvían de la misma manera.

En tanto que otras parejas fueron entrevistadas en un Hospital de la S.S.A., en donde se encontraban recibiendo atención médica a causa de abortos, partos o embarazos de alto riesgo; otras más fueron entrevistadas en sus casas o lugares de trabajo, incluso fue necesario trasladarse a algunas partes de la República Mexicana, como Celaya, Gto., Tuxtla, Gtez. Chis., Villa Hermosa, Tabasco., Arriaga, Chis., con el objetivo de completar la aplicación del instrumento.

Los datos que se pidieron y las instrucciones que se les dieron fueron las mismas para todos los sujetos.

Para dar inicio a la fase exploratoria del estudio, se aplicó primero la entrevista semi-estructurada seguida de la escala de actitudes.

La segunda fase del estudio consistió en el análisis e interpretación de los datos obtenidos, así como la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas.

13.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Los resultados de la investigación se obtuvieron a través de la computadora por medio del Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS; Statistical Package of the Social Science), Nie, Hull, Steinbreber y Jenkins (1980). Dentro de este paquete se aplicaron diferentes programas; para los análisis descriptivos se aplicó el programa de frecuencias, el cual proporciona frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central y dispersión.

Por otro lado para el análisis inferencial se aplicaron los siguientes programas:

- a) Crosstabs, el cual obtiene la prueba de χ^2 y las tablas de contingencia.
- b) Anova, el cual obtiene el análisis de varianza simple y
- c) Pearson, que permite obtener el coeficiente de correlación producto momento Pearson.

Los resultados se presentarán tomando en cuenta primero el cuestionario tanto en su fase descriptiva como inferencial y posteriormente la escala de actitudes, también en sus dos fases.

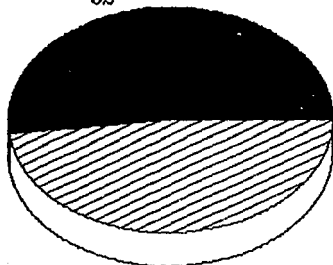
I. ANALISIS DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO.**ANALISIS DE FRECUENCIAS.**

En relación al tipo de aborto 52 sujetos experimentaron aborto provocado y los 48 restantes aborto espontáneo; es decir, que la muestra estuvo comprendida por 26 parejas con aborto provocado y 24 con espontáneo (ver gráfica No.1).

GRAFICA 1

TIPO DE ABORTO

PROVOCADO
52

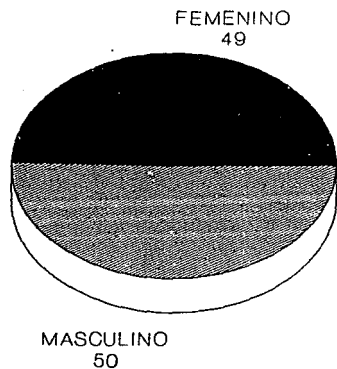


ESPONTANEO
48

Como se puede observar, la mitad de la muestra fueron mujeres (49.5%), y la mitad restante fueron hombres (50.5%) (ver gráfica No.2).

GRAFICA 2

DISTRIBUCION POR SEXO



El rango de edad en esta muestra fue de 17 a 56 años, encontrándose una edad promedio de 29.6, observándose que la mayor frecuencia de abortos corresponde a los 23 años (10.1), (ver cuadro No.2)

CUADRO No. 2
DISTRIBUCION POR EDAD.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17	3	3.0
18	2	2.0
19	1	1.0
20	5	5.1
21	2	2.0
22	3	3.0
23	10	10.1
24	5	5.1
25	8	8.1
26	5	5.1
27	5	5.1
28	4	4.0
29	2	2.0
30	7	7.1
31	6	6.1
32	5	5.1
34	3	3.0
35	2	2.0
36	1	1.0
37	1	1.0
38	1	1.0
39	1	1.0
40	3	3.0
42	1	1.0
43	1	1.0
44	1	1.0
45	1	1.0
49	1	1.0
50	2	2.0
51	1	1.0
52	1	1.0
53	1	1.0
56	1	1.0

media = 29.6

meda = 25.0

En cuanto a la escolaridad, se observó que la mayoría de los sujetos (34.3 %) tienen grado de licenciatura (ver cuadro No. 3)

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD.

ESTUDIOS COMPLETOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.- ninguno	3	3.1
2.- primaria	11	11.1
3.- secundaria	11	11.1
4.- preparatoria	17	17.2
5.- licenciatura	34	34.3
6.- belleza	1	1.0
7.- carrera comercial	5	5.1
8.- médico gral.	1	1.0
9.- médico con especialidad	4	4.0
10.- maestría	5	5.1
11.- normalista	2	2.0
12.- enfermería	1	1.0
13.- profesora de idiomas	1	1.0
14.- capturista	1	1.0
TOTAL	99	100.

Asimismo se encontró que la ocupación más frecuente de los sujetos fue la profesionista, representando el 42% del total de la muestra (ver cuadro No. 4).

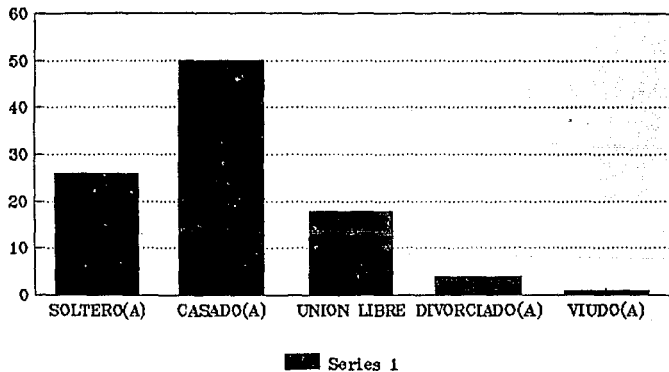
CUADRO No. 4

DISTRIBUCION POR OCUPACION

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.- ama de casa	13	13.1
2.- obrera (o)	6	6.1
3.- empleada (o)	18	18.2
4.- profesionista	42	42.4
5.- sacadero	1	1.0
6.- comerciante	1	1.0
7.- peón	1	1.0
8.- mensajero	1	1.0
9.- taxista	1	1.0
10.- desempleado	2	2.0
11.- estudiante	9	9.1
12.- secretaria	2	2.0
13.- ama de casa y profesionista	1	1.0
14.- dibujante	1	1.0
TOTAL	99	100.0

En cuanto al estado civil, el 50% de los sujetos de la muestra son casados y 26.3% solteros (ver gráfica No.3)

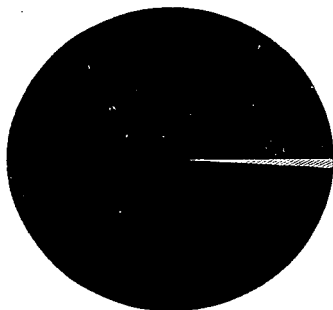
GRAFICA 3
DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL



Se observo el 99% de los sujetos fueron de nacionalidad mexicana (ver gráfica No.4)

GRAFICA 4 NACIONALIDAD

MEXICANA
99



EXTRANJERA
1

Por otro lado se observó que el ingreso de los sujetos permaneció en un rango que iba de 0 a 6'000 000 de pesos de los cuales el 24% del total de muestra no percibía ingresos (ver cuadro 5), así mismo el salario promedio fue de 877,440.980.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION POR INGRESOS.

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	24	24.0
100 a 499	17	17.0
500 a 999	26	26.0
1'000 a 1'499	10	10.0
1'500 a 1'999	10	10.0
2'000 a 2'499	4	4.0
2'500 a 2'999	3	3.0
3'000 a 3'499	2	2.0
3'500 a 3'999	1	1.0
4'000 a 4'499	1	1.0
4'500 a 4'999	0	0.0
5'000 a 5'499	1	1.0
5'500 a 5'999	0	0.0
6'000 a 6'499	1	1.0
TOTAL	100	100.0

También se observó que el total de muestra 53 sujetos tienen hijos y los 45 restantes no tienen (ver cuadro No. 6)

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION POR HIJOS.

TIENEN HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
no contestó	1	1.0
si	53	53.5
no	45	45.5
TOTAL	99	100.00

Asimismo de los que tienen hijos el 26.3 % mencionaron que tienen dos, (ver cuadro No. 7).

CUADRO No. 7

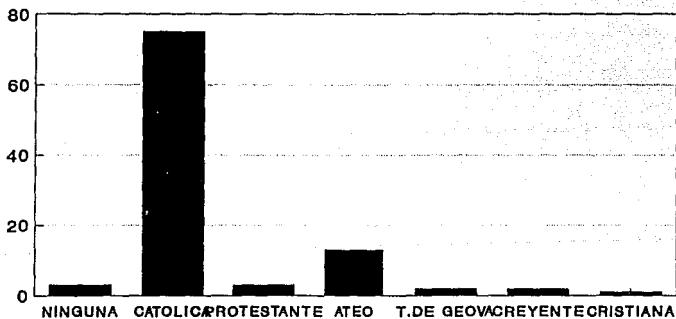
DISTRIBUCION POR NUMERO DE HIJOS.

No.DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	46	46.5
1	14	14.1
2	26	26.3
3	6	6.1
4	2	2.0
5	2	2.0
6	1	1.0
7	2	2.0
TOTAL	99	100.0

En tanto que la religión más frecuente en los sujetos de la muestra fue la católica (75.8%) (ver gráfica No.5)

GRAFICA 5

RELIGION

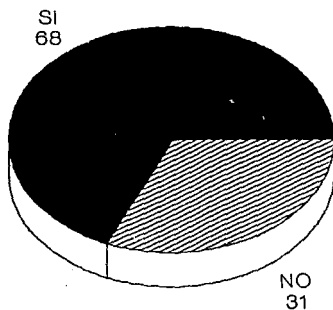


Series 1

Del total de la muestra 68 sujetos compartieron sus sentimientos referentes al aborto, en tanto que 31 sujetos no los compartieron (ver gráfica No.6).

GRAFICA 6

COMPARTIO SUS SENTIMIENTOS



De los sujetos que si compartieron sus sentimientos respecto al aborto el 39.4% lo hicieron con su pareja (ver cuadro No. 8).

CUADRO No. 8

PERSONAS CON QUIEN COMPARTIERON SUS SENTIMIENTOS AL RESPECTO DEL ABORTO.

CON QUIEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
no contestó	29	29.3
con su pareja	39	39.4
con amistades	5	5.1
con hermanos	3	3.0
con mamá	1	1.0
con nadie	2	2.0
escribiendo	0	0
con su terapeuta	0	0
con su familia	2	2.0
con su pareja y amistades	6	6.1
con su mamá y amistades	1	1.0
pareja, amistades y terapeuta	1	1.0
con su pareja y su mamá	2	2.0
con su pareja y hermanos	3	3.0
con su pareja y escribiendo	1	1.0
con su suegra	0	0.0
pareja, hermanos, mamá, suegra	1	1.0
pareja, amistades, hermanos	1	1.0
con su mamá y familia	1	1.0
con su pareja y suegra	1	1.0
TOTAL	99	100.0

II. ANALISIS INFERENCIAL DEL CUESTIONARIO.

Para la fase final del estudio se utilizó la prueba de significancia Chi Cuadrada (χ^2), ya que se trata de dos muestras independientes, elegidas al azar, además de que esta prueba permitió observar la relación existente entre cada variable y sus diferentes categorías, siendo por lo tanto la prueba que mejor se adaptó a los objetivos de nuestro estudio.

Asimismo, esta prueba se aplicó debido a que las variables de la investigación tuvieron un nivel de medición ordinal y nominal.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

Se encontró que para las variables sexo ($\chi^2=.16$; $p=.68$; $c=.04$), nacionalidad ($\chi^2=42.3$; $p=.28$; $c=.54$), no existen diferencias significativas entre aborto provocado y espontáneo.

Cabe aclarar que 52 sujetos de la muestra pertenecen al grupo de aborto provocado y 48 sujetos al de aborto espontáneo; la totalidad de la muestra es mexicana, excepto un sujeto que no respondió; asimismo la mayoría de los sujetos fueron de religión católica, lo cual obedece a que esta religión es la que predomina en nuestro país. En cuanto a los ingresos se observó como dato relevante que el mayor número de los abortos tanto provocados

como espontáneos, ocurren entre los sujetos con menor ingreso.

De igual forma los sujetos tienen planeado tener hijos posteriormente ($\chi^2=6.52$; $p=.16$; $c=.24$); llevan conviviendo con su pareja de uno a tres años ($\chi^2=8.13$; $p=.22$; $c=.27$); se basan en aspectos de personalidad para evaluar positivamente a su pareja ($\chi^2=45.0$; $p=.17$; $c=.55$); la característica que descalifican en ellas es la "enojonas" ($\chi^2=53.7$; $p=.36$; $c=.59$); consideran sus relaciones de pareja preferentemente "buenas" o "regulares" ($\chi^2=6.4$; $p=.09$; $c=.24$); les son satisfactorias sus relaciones sexuales ($\chi^2=5.86$; $p=.20$; $c=.23$); alcanzan el orgasmo cuando tienen relaciones sexuales con su pareja ($\chi^2=3.8$; $p=.43$; $c=.19$); opinan que la "paternidad o maternidad es una gran responsabilidad" ($\chi^2=29.2$; $p=.25$; $c=.47$); su embarazo se interrumpió entre 1 y 12 meses antes de ser entrevistados ($\chi^2=9.36$; $p=.22$; $c=.29$); su primer reacción al saber del embarazo fue de "felicidad", aunque 27 del total de los sujetos respondieron que experimentaron un aborto espontáneo y sólo 8 provocado ($\chi^2=48.4$; $p=.06$; $c=.57$); y compartieron sus sentimientos con su pareja ($\chi^2=22.1$; $p=.17$; $c=.42$).

Para la reacción emocional ante el aborto ($\chi^2=47.3$; $p=.14$; $c=.56$), la que se presentó con más frecuencia fue la de sentir "algo muy desagradable", seguida ésta por la de "depresión", "angustia" y "confusión". Ambos miembros de la pareja ($\chi^2=10.32$; $p=.24$; $c=.30$ y $\chi^2=30.4$; $p=.25$; $c=.48$) manifestaron sentirse afectados emocionalmente como consecuencia del aborto deprimiéndose,

conducta que mostraron inmediatamente después del mismo ($\chi^2=28.0$; $p=.40$; $c=.46$), como consecuencia a esto la relación de pareja también se afectó ($\chi^2=4.94$; $p=.29$; $c=.21$) mostrando básicamente desunión ($\chi^2=12.25$; $p=.14$; $c=.33$); no obstante el 83% de los sujetos se sintieron apoyados por su pareja ($\chi^2=6.86$; $p=.14$; $c=.25$) lo que consistió en gran número de casos en apoyo emocional y presencia física ($\chi^2=14.0$; $p=.19$; $c=.35$).

El 90% de los casos fueron atendidos por médicos, de los cuales 45% correspondía aborto provocado y el otro 45% al espontáneo, sin embargo los sujetos manifestaron haberse encontrado con pseudomédicos ($\chi^2=4.5$; $p=.47$; $c=.20$), 80 sujetos dijeron durante la entrevista tener abortos previos al aborto en estudio ($\chi^2=3.4$; $p=.18$; $c=.18$), no obstante no especificaron el tiempo que transcurrió entre los mismos ($\chi^2=6.5$; $p=.48$; $c=.24$) argumentando no recordar o bien simplemente no contestando. En cuanto a los sueños o fantasías que tuvieron referentes al aborto ($\chi^2=26.8$; $p=.57$; $c=.46$), imaginaron qué hubiera sucedido de haber continuado con el embarazo y soñaron que no podían volver a embarazarse.

Haciendo referencia a la existencia de mujeres en la familia de los sujetos con antecedentes de aborto ($\chi^2=2.14$; $p=.34$; $c=.14$), al parentesco que guardaban con las mismas; hermanas ($\chi^2=1.88$; $p=.59$; $c=.13$), cuñadas ($\chi^2=.22$; $p=.89$; $c=.04$), tías ($\chi^2=4.89$; $p=.08$; $c=.21$), primas ($\chi^2=4.85$; $p=.08$; $c=.21$), sobrinas ($\chi^2=1.88$; $p=.16$; $c=.13$), esposa ($\chi^2=2.21$; $p=.33$; $c=.14$), se concluyó que

60 sujetos tenían familiares con este antecedente, de las cuales la mayoría correspondía a cuñada y hermanas.

Respecto a si se vieron afectadas las relaciones sexuales de los sujetos ($\chi^2=1.08$; $p=.58$; $c=.10$), así como las relaciones de trabajo o el rendimiento escolar ($\chi^2=1.34$; $p=.51$; $c=.11$) y si se afectaron las relaciones amistosas ($\chi^2=.31$; $p=.85$; $c=.85$), el 36% ya no se deseaba tener relaciones sexuales con su pareja, el 24% se afectó en el rendimiento escolar y desempeño laboral, así como en la asistencia y sus relaciones amistosas se vieron perjudicadas alejándose de ellas.

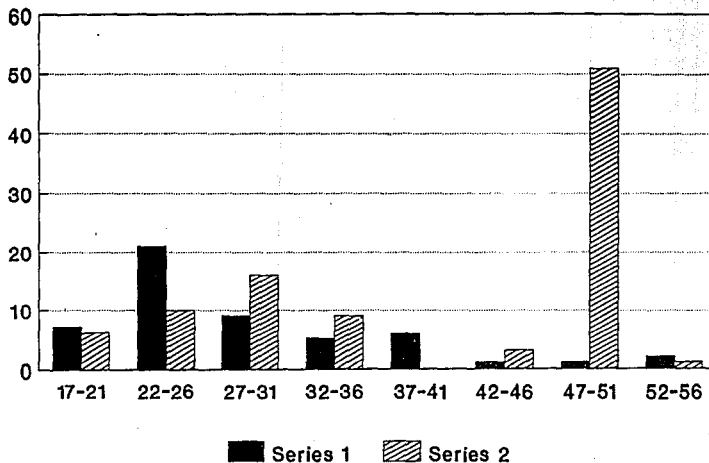
Finalmente considerando las variables, ha perdido algún familiar ($\chi^2=1.35$; $p=.50$; $c=.11$), a que familiar ($\chi^2=6.47$; $p=.95$; $c=.24$), el motivo por el cual lo perdió ($\chi^2=4.77$; $p=.31$; $c=.21$), como reaccionó emocionalmente ante esta pérdida ($\chi^2=13.68$; $p=.62$; $c=.34$), y como reacciona cuando pierde algo que considere valioso ($\chi^2=31.8$; $p=.10$; $c=.49$); 63% manifestó haber perdido un familiar, el 16% se refirió al padre, el 51% a consecuencia de muerte y el 36% de los casos respondió ante esta pérdida con depresión, de igual forma el 34% de los sujetos responden con depresión ante la pérdida de algún objeto que consideren valioso.

En tanto que se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad de las parejas que han experimentado algún aborto; obteniéndose una $\chi^2= 15.2$ y una $p=.03$, lo que indica que si existen diferencias significativas entre las variables, ya que el

mayor índice de abortos provocados ocurre entre los 22 y 26 años de edad, mientras que el mayor índice de abortos espontáneos se da entre los 27 y 31 años, asimismo se encontró una correlación moderada ($r=0.66$) (ver gráfica No.7).

GRAFICA 7

EDAD Y TIPO DE ABORTO



SERIE 1 (PROVOCADO) SERIE 2 (ESPONTANEO)

Respecto a la escolaridad, se obtuvo una $\chi^2 = 38.9$ y una $p = .00$, es decir que a mayor escolaridad mayor incidencia de abortos provocado y a menor escolaridad mayor incidencia de abortos espontáneos, asimismo se encontró una correlación moderada entre ambas variables ($r = .52$) (ver cuadro No.9).

CUADRO No. 9
ESCOLARIDAD Y TIPO DE ABORTO EXPERIMENTADO.

ESCOLARIDAD	PROVOCADO	ESPONTANEO	TOTAL
ninguno	0	5	5
primaria	1	10	11
secundaria	4	7	11
preparatoria	12	5	17
licenciatura	27	7	34
belleza	0	1	1
secretaria	3	2	5
carrera comercial	1	0	1
médico general	2	2	4
médico con especialidad	0	5	5
maestría	1	1	2
normalista	0	2	2
enfermería	1	0	1
profesora de idiomas	0	1	1
TOTAL	52	48	100

En cuanto a la ocupación se encontró una $\chi^2=29.3$ y una $p=.00$, lo que indica que sí existen diferencias significativas entre aborto provocado y espontáneo; obteniéndose una correlación moderada entre ambas variables ($c=.50$). Es decir, que la mayor frecuencia de abortos provocados se presentó entre los profesionistas, y el mayor número de abortos espontáneos entre empleadas y amas de casa (ver cuadro No. 10).

CUADRO No. 10

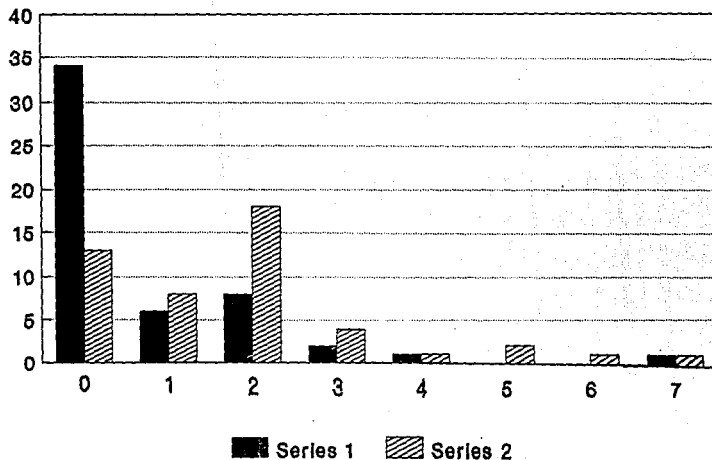
OCUPACION Y TIPO DE ABORTO EXPERIMENTADO.

OCUPACION	PROVOCADO	ESPONTANEO	TOTAL
ama de casa	2	11	13
obrero (a)	1	5	6
empleado (a)	9	14	23
profesionista	30	13	43
machetero	0	1	1
comerciante	0	1	1
peón	0	1	1
taxista	0	1	0
desempleado	2	0	2
estudiante	8	1	9
total	52	48	100

Con relación al número de hijos se encontró una $\chi^2=17.04$ y una $p=.01$, lo que indica que sí existen diferencias significativas entre aborto provocado y espontáneo, ya que los sujetos que manifestaron no tener hijos presentaron mayor incidencia de abortos provocados, en tanto que los sujetos que dijeron tener dos hijos presentaron mayor incidencia de aborto espontáneo, encontrándose una correlación moderada ($r=.38$) entre ambas variables (ver gráfica No. 9).

GRAFICA 9

NUM.DE HIJOS Y TIPO DE ABORTO

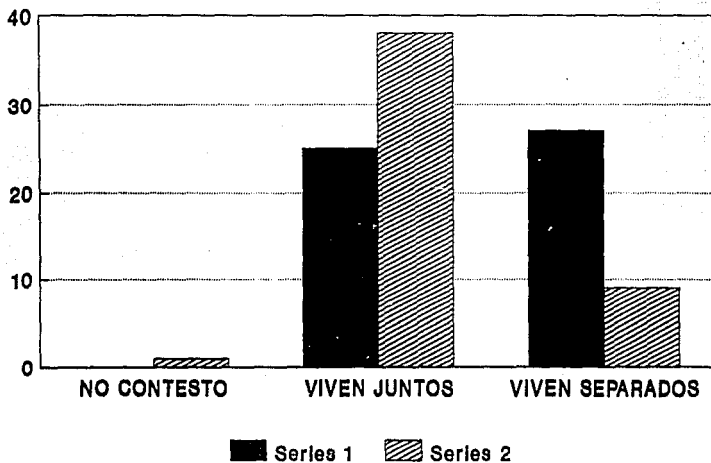


SERIE 1 (PROVOCADO) SERIE 2 (ESPONTANEO)

Con relación al hecho de que las parejas vivan juntas o separadas, se encontró una $\chi^2=12.5$ y una $p=.00$, lo que indica que si existen diferencias significativas entre el tipo de aborto y esta condición; ya que las parejas que vivían juntas presentaron mayor índice de aborto espontáneo, mientras que el número de abortos provocados fue similar en las parejas que vivían juntas como en las que vivían separadas. Asimismo se encontró una correlación moderada ($r=.33$), entre ambas variables (ver gráfica No.10)

GRAFICA 10

SITUACION EN LA QUE VIVEN



SERIE 1 (PROVOCADO) SERIE 2 (ESPONTANEO)

En cuanto a la razón por la que los sujetos no desean tener hijos posteriormente, se encontró una $\chi^2 = 40.05$ y una $p < .00$, lo indica que si existen diferencias significativas entre aborto provocado y espontáneo, ya que la mayoría de los sujetos con aborto provocado dijeron desear tener hijos posteriormente, porque lo consideraban una realización personal, en tanto que los sujetos con aborto espontáneo sus expectativas respondían a la planificación familiar, se obtuvo una correlación moderada ($r = .53$) (ver cuadro No.11).

CUADRO No.11

RAZONES POR LAS QUE DESEAN TENER HIJOS POSTERIDMENTE Y TIPO DE

ABORTO EXPERIMENTADO.

RAZONES	PROVOCADO	ESPONTANEO	TOTAL
no contestó	2	2	4
me gustan	4	1	5
por realización personal	10	4	14
para formar una familia	1	4	5
para formar un ser en todos los aspectos	3	1	4
mi compañero(a) lo desea	0	1	1
no lo sé	1	0	1
por planificación familiar	6	17	23
estoy embarazada	0	4	4
posteriormente	6	1	7
por la edad	4	4	8
por salud	0	2	2
por cuestiones económicas	2	4	6
requieren atención, cariño, tiempo	2	0	2
no estoy preparado (a)	3	0	3
tengo interés en otra pareja	2	0	2
me gustan, para formar un ser en todos los aspectos.	1	0	1
por realización personal para formar un ser en todos los aspectos.	3	0	3
por salud, requieren atención, cariño, tiempo.	1	0	1
no deseo	1	0	1
acabo de tener uno	0	1	1
estoy estudiando	0	2	0
TOTALES	52	48	100

Entre los sujetos que no viven con su pareja se encontró una $\chi^2=18.36$ y una $p=.03$, que indica que si existen diferencias significativas en relación al tipo de aborto que vivieron, ya que los sujetos que manifestaron no vivir con su pareja "por autodeterminación", se deciden más por el aborto provocado, mientras que los sujetos que experimentan abortos espontáneos viven con su pareja, se encontró una correlación moderada ($r=.39$) (ver cuadro No.12).

CUADRO No. 12.

RAZONES POR LAS QUE DECIDEN VIVIR JUNTOS O NO CON RELACION AL TIPO DE ABORTO VIVIDO.

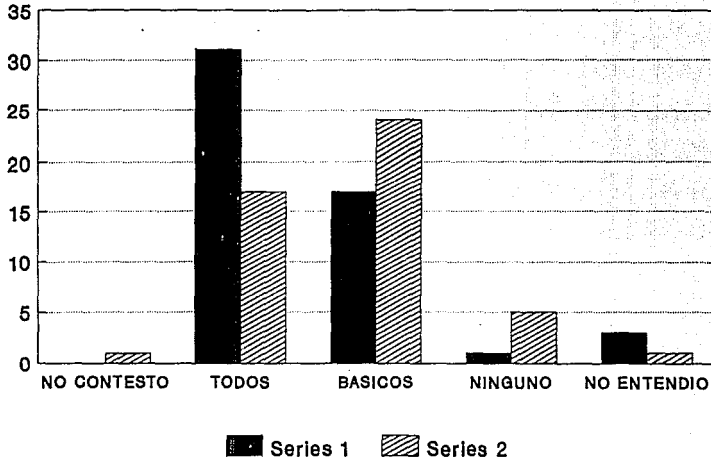
RAZONES POR LAS VIVEN JUNTOS	PROVOCADO	ESPONTANEO	TOTAL
no contesté	26	38	64
estoy terminando mis estudios	3	1	4
terminé nuestra relación	3	1	4
por cuestiones económicas	1	0	1
por situación geográfica	0	2	2
por estado civil	6	0	6
por autodeterminación	11	5	16
estoy terminando estudios y cuestiones económicas	1	0	1
por cuestiones económicas y de situación geográfica	1	0	1
por alcoholismo	0	1	1
TOTAL	52	48	100

MOTIVOS DE LA INTERRUPCION	PROVOCADO	ESPONTANEO	TOTAL
socio-económicos	10	0	10
no se deseaba	12	1	13
pareja inestable	2	0	2
razones médicas	3	45	48
estado civil	3	1	4
por la edad	2	1	3
fallas anticonceptivas	1	0	1
temores y miedos	2	0	2
decisión de mi pareja	3	0	3
socio-económicas, no se deseaba, pareja inestable.	1	0	1
no se deseaba, razones médicas.	1	0	1
no se deseaba, razones médicas, socio-económicas, pareja inestable.	3	0	3
no se deseaba, temores y miedos, razones médicas.	1	0	1
socio-económicas, fallas anticonceptivas y presión familiar.	1	0	1
socio-económicas, razones médicas	1	0	1
razones médicas, temores y miedos.	1	0	1
no se deseaba, socio-económicas, fallas anticonceptivas.	1	0	1
estado civil, fallas anticonceptivas	1	0	1
socio-económicas no se deseaba	3	0	30
TOTAL	52	48	100

Con respecto a los conocimientos referentes a cómo se produce un embarazo, se encontró una $\chi^2=9.80$ y una $p=.04$, lo que indica que sí existen diferencias significativas en cuanto al tipo de aborto experimentado, ya que los sujetos con aborto provocado dijeron tener todos los conocimientos, en tanto que los sujetos con aborto espontáneo dijeron poseer conocimientos básicos, se encontró una correlación baja ($r=.29$) (ver gráfica No.11).

GRAFICA 11

CONOC.ACERCA DEL EMB.

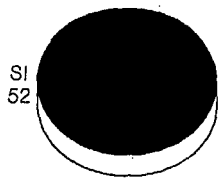


SERIE 1(PROVOCADO) SERIE 2(ESPONTANEO)

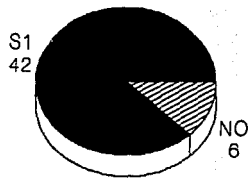
Referente a los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, previos al aborto, se encontró una $\chi^2 = 6.91$ y una $p = .00$, lo que indica que sí existen diferencias significativas respecto al tipo de aborto experimentado, pues la totalidad de sujetos con aborto provocado dijeron tener conocimientos, en tanto que el 12% de los sujetos con aborto espontáneo dijeron no tener conocimientos al respecto, así mismo se encontró una correlación baja ($r = .25$) (ver gráfica No.12).

GRAFICA 12

CONOC.PREVIOS SOBRE ATICONCEPTIVOS



PROVOCADO



ESPONTANEO

Referente al uso de métodos anticonceptivos se encontró una $\chi^2 = 57.4$ y una $p < .05$, lo que significa que sí existen diferencias significativas con respecto al tipo de aborto, ya que se observa que los sujetos con aborto provocado han usado como método anticonceptivo el condón y el ritmo, mientras que los sujetos con aborto espontáneo han usado pastillas anticonceptivas, se encontró una correlación moderada ($r = 0.40$) (ver Cuadro No. 14).

CUADRO No. 14

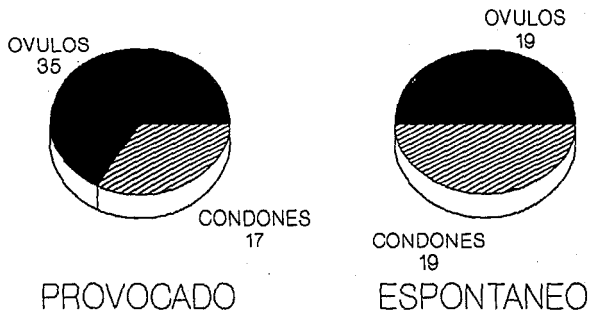
ANTICONCEPTIVOS USADOS Y TIPO DE ABORTO ESPERIMENTADO.

ANTICONCEPTIVO	PROVOCADO	ESPONTANEO	TOTAL
0) no contestó	0	3	3
1) pastillas	0	7	7
2) inyecciones	2	0	2
3) ávulas	2	0	2
4) condones	6	4	10
5) espumas	0	0	0
6) dispositivo	1	1	2
7) ritmo	5	3	8
8) coito interrumpido	1	0	1
9) nunca ha usado	0	2	2
10) 1,3,4,7	5	0	5
11) 4,7	4	2	6
12) 1,6	1	1	2
13) 1,3,4	1	0	1
14) 2,4,7	1	0	1
15) 1,4,7	1	0	1
16) 1,2,6,7	3	0	3
17) 1,7,3,6,7	1	0	1
18) 2,3,4,5,7	0	1	1
19) 3,4,7	2	1	3
20) 1,3,4,6,7	0	1	1
21) 1,2,3,4 5,6,7	1	1	2
22) 1,3,4 5,7	1	1	2
23) 1,3,4,6	1	2	3
24) 4,6,7	1	0	1
25) 1,2,3,4,6	2	0	2
26) vasectomía	0	0	0
27) 4,26	0	1	1
28) 1,3,4,5,6,7			
29) ninguno	0	2	2
30) 2,4	0	1	1
31) 3,4,6,	0	2	2
32) 1,2,4,6,7	1	1	2
33) 1,2,4,7	0	3	3
34) 1,2,3,6	0	1	1
35) 1,2,3, 4,5,6	2	1	3
36) 1,3,4, 4,7,8	1	0	1
37) 2,3,4,6,7	1	0	1
38) 1,7	1	0	1
39) 3,4,8	1	0	1
40) 3,4,7,8	2	0	2
41) 1,2,3,4,7	0	2	2
42) 3,4	1	1	2
43) 1,3	0	1	1
44) 1,2,3,4	0	1	1
TOTAL	22	48	100

Con relación al uso de algún método anticonceptivo para evitar el embarazo que se interrumpió, se encontró una $\chi^2=7.70$ y una $p=.00$, lo que indica que sí existen diferencias significativas con respecto al tipo de aborto experimentado, ya que la mayoría de los sujetos con aborto provocado usaron óvulos, en tanto que la mayoría de los sujetos de aborto espontáneo utilizaron condones, se encontró una correlación baja ($c=.26$) (ver gráfica No.13).

GRAFICA 13

USO DE OVULOS Y CONDONES



Con relación a los sentimientos inmediatamente después de que el aborto ocurriera, se encontró una $r=0.57.3$ y una $p=0.02$, lo que indica que sí existen diferencias significativas entre las variables. Pues mientras los sujetos con abortos planeados sintieron alivio, las mujeres con abortos espontáneos se deprimieron. Se encontró una correlación moderada ($r=0.601$) (ver Cuadro No. 17).

CUADRO No. 17

SENTIMIENTOS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ABORTO Y TIPO DE ABORTO EXPERIMENTADO.

SENTIMIENTOS DESPUÉS DEL ABORTO	PROVOCADO	CONFORME	TOTAL
estrainiento mal	1	1	2
preocupación por el (su) salud	7	2	9
culpabilidad	2	0	2
se deprimi	5	20	25
despreocia	1	0	1
angustia	3	1	4
incredulidad	0	1	1
decepción	0	1	1
mal física	1	1	2
dolor	0	3	3
sentimiento de pérdida	2	2	4
alivio	10	2	12
confusión	1	1	2
coraje	0	2	2
enfurece	1	0	1
culpable, de la rechazada	1	0	1
culpable, miedo a morir	1	0	1
culpable, se deprimi	2	0	2
culpable, se deprimi, sentimiento de pérdida, confusa	1	0	1
preocupación por el (su) salud, se deprimi, alivio	1	0	1
rencor a el pareja	1	2	3
se deprimi, angustia	0	1	1
culpabilidad, alivio, confusión	1	0	1
se deprimi, incredulidad	0	3	3
alivio, arrepentimiento	1	0	1
se deprimi, alivio, miedo a la esterilidad	1	0	1
se deprimi, decepción	0	1	0
se deprimi, sentimiento de pérdida	1	0	1
preocupación por el (su) salud, se deprimi	1	0	1
se deprimi, incredulidad, alivio	1	0	1
se deprimi, senti pérdida, Confusión	1	0	1
angustia, confusión	0	1	1
preocupación por el (su) salud, dolor, sentimiento de pérdida	1	0	1
cuidado para no cometer el mismo error	1	0	1
impotencia	0	1	1
coraje, rencor hacia el	1	0	1
pareja, preocupación por el (su) salud, alivio	0	1	1
culpabilidad, alivio	0	1	1
arrepentimiento	0	1	0
TOTAL	52	48	100

Referente al tipo de aborto experimentado y la respuesta negativa de los sujetos sobre el uso de algún método anticonceptivo para evitar el embarazo que se interrumpió, se obtuvo una $\chi^2 = 22.9$ y una $p = .00$, lo que indica que si existen diferencias significativas entre las variables, ya que los sujetos con aborto provocado no usaron ningún método anticonceptivo principalmente porque "no tenían conocimientos", en tanto que los sujetos con aborto espontáneo no usaron métodos anticonceptivos porque "deseaban embarazarse" ; asimismo se encontró una correlación moderada ($r = .43$) (ver cuadro No. 13).

CUADRO No. 15

RAZONES POR LAS QUE NO ESTABAN USANDO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO PARA EVITAR EL EMBARAZO QUE SE INTERRUPIO.

RAZONES POR LAS QUE NO ESTABA USANDO ALGUN METODO	PROVOCADO	ESPONTANEO	TOTAL
no contesté	0	1	1
efectos secundarios	6	5	11
deseaba embarazarme	4	17	21
descuido	9	1	10
dudábamos de nuestra fertilidad	9	8	17
estaba cambiando de método	4	4	8
no acostumbré	2	4	6
no entendí	6	0	6
TOTAL	52	48	100

EFECTOS EN EL MOMENTO DE TOMAR LA DECISION	PROVOCADO	ESPONTANEO	TOTAL
no contesté	0	1	1
ambivalencia	8	1	9
depresión	5	11	16
culpa	1	0	1
no fue mi decisión	1	12	13
me sentí criminal	2	0	2
angustia	2	1	3
coraje	1	1	2
miedo	4	0	4
soledad	0	0	0
decepción	0	0	0
malestar	1	1	2
preocupación	3	2	5
dolor	1	3	4
seguridad	1	0	1
respeto por la decisión	1	0	1
amor	0	0	0
tensión	1	2	3
ambivalencia,culpa,coraje	1	0	1
ambivalencia,depresión	1	0	1
depresión, culpa	2	1	3
seguridad,respeto por la decisión	1	0	1
depresión, miedo	1	2	3
miedo,soledad,preocupación	1	0	1
depresión,no fue mi decisión	0	2	2
ambivalencia,depresión, miedo, decepción,respeto por la decisión	1	1	2
vergüenza, miedo, tensión	2	0	2
miedo a morir , ambivalencia, miedo	3	0	3
ambivalencia, miedo a morir, seguridad, miedo	2	0	2
ambivalencia,depresión, no fue mi decisión	1	4	5
no fue mi decisión, respeto por la decisión, fracaso	1	1	2
no quería, inseguridad	2	1	3

En cuanto a quien tomó la decisión de abortar, se encontró una $\chi^2=83.5$ y una $p=.00$, lo que indica que sí existen diferencias significativas, ya que los sujetos con aborto provocado tomaron la decisión en pareja, mientras que para los sujetos con aborto espontáneo no hubo decisión, se obtuvo una correlación moderada entre ambas variables ($r=.67$), (ver cuadro No. 18).

CUADRO No.18

QUIEN DECIDIÓ EL ABORTO Y TIPO DE ABORTO EXPERIMENTADO.

QUIEN DECIDIÓ	PROVOCADO	ESPONTÁNEO	TOTAL
no contestó	1	4	5
ambos	25	1	26
mi pareja	12	1	13
el médico	0	8	8
yo	12	1	13
no lo sé	0	1	1
Dios	0	3	3
no hubo decisión	0	28	28
mi esposo y mi familia	1	0	1
mi pareja y el médico	1	0	1
TOTAL	52	48	100

Referente a las dificultades a las que se enfrentaron los sujetos para que se les practicara el aborto se obtuvo una $\chi^2 = 35.3$ y una $p = .00$, lo que indica que si existen diferencias significativas entre el tipo de aborto provocado o espontáneo, ya que los sujetos que vivieron un aborto provocado manifestaron haberse encontrado con dificultades económicas, emocionales y de clandestinidad, en tanto que quienes vivieron un aborto espontáneo no tuvieron dificultades (ver cuadro No.19).

CUADRO No. 19

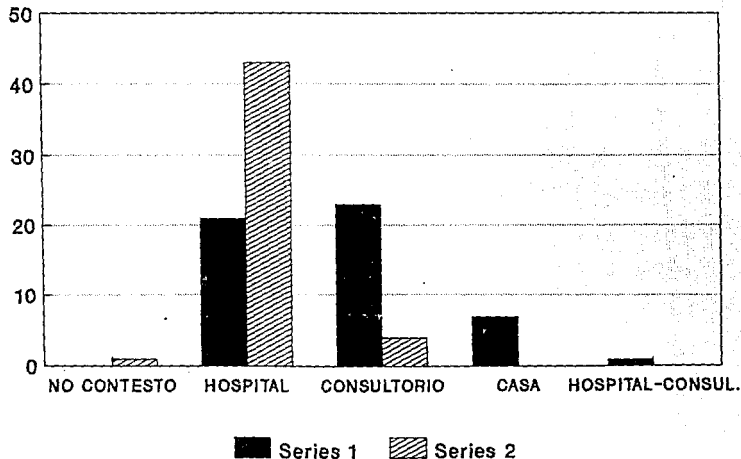
DIFICULTADES A LAS QUE SE ENFRENTARON PARA QUE SE LES PRACTICARA EL ABORTO Y TIPO DE ABORTO EXPERIMENTADO.

DIFICULTADES A LAS QUE SE ENFRENTARON	PROVOCADO	ESPONTANEO	TOTAL
no contestó	1	1	2
económicas	8	4	12
ninguna	14	36	50
complicaciones físicas posteriores	1	0	1
pseudomédicas	4	1	5
emocionales	5	2	7
clandestinidad	5	0	5
no intervino directamente	0	1	1
muchas	1	0	1
económicas, clandestinidad	4	0	4
complicaciones físicas posteriores, clandestinidad	1	0	1
económicas, emocionales	2	1	3
emocionales, clandestinidad	1	0	1
económicas, pseudomédicas	2	0	2
económicas, pseudomédicas, emocionales	1	0	1
la emergencia	0	2	2
no pudo entrar al consultorio	1	0	1
negativa del médico	1	0	1
TOTAL	52	48	100

Considerando el tipo de aborto experimentado provocado o espontáneo y el lugar en el cual fue practicado el mismo, se obtuvo una $\chi^2 = 29.8$ y una $p = .00$, lo que indica que si existen diferencias significativas entre ambas variables. Asimismo los sujetos con aborto provocado manifestaron en su mayoría haber sido atendidos en consultorios, mientras que los sujetos con aborto espontáneo fueron atendidos en hospitales. Se encontró una correlación moderada ($r = .47$) (ver gráfica No.14).

GRAFICA 14

LUGAR DONDE FUE REALIZADO EL ABORTO

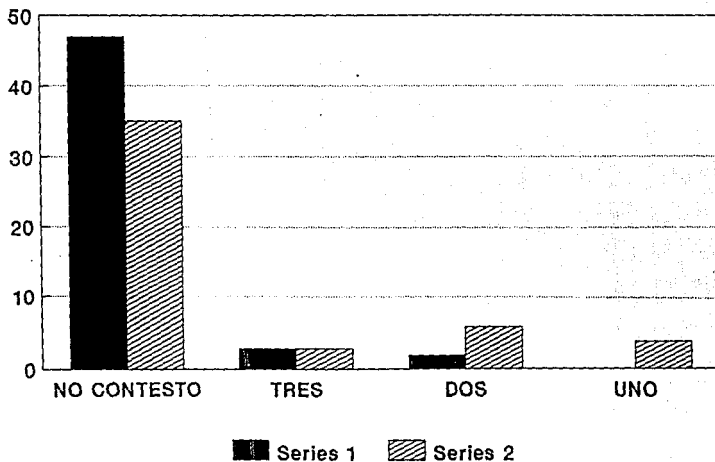


SERIE 1 (PROVOGADO) SERIE 2 (ESPONTANEO)

En cuanto al número de abortos previos y el tipo de aborto provocado o espontáneo, se encontró una $\chi^2 = 7.6$ y una $p = .05$, lo que indica que sí existen diferencias significativas entre ambas variables, los sujetos con aborto espontáneo manifestaron haber tenido más abortos que los sujetos con aborto provocado. Se obtuvo una correlación baja ($r = .26$) (ver gráfica No. 15).

GRAFICA 15

ABORTOS PREVIOS Y TIPO DE ABORTO

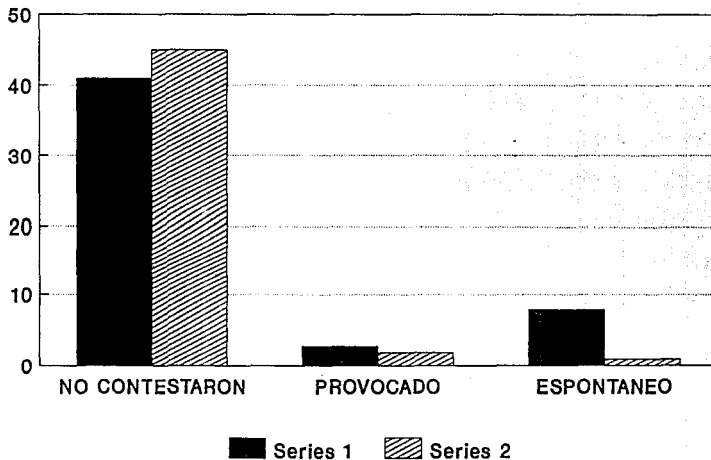


SERIE 1 (PROVOCADO) SERIE 2 (ESPONTANEO)

Con relación al hecho de que las madres de los sujetos tuvieran antecedentes de aborto y el tipo de aborto experimentado, se encontró una $\chi^2 = 5.67$ y una $p = .05$, lo que indica que si existen diferencias significativas entre ambas variables, ya que en los sujetos con aborto provocado se observó un mayor porcentaje de madres con este antecedente. Se obtuvo una correlación baja ($r = .23$) (ver gráfica No.16).

GRAFICA 16

MADRES DE SUJ.CON ANTEC.DE ABORTO

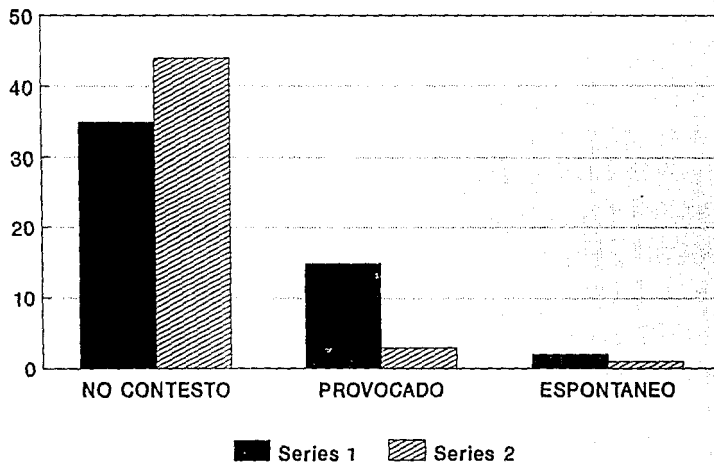


SERIE 1 (PROVOCADO) SERIE 2 (ESPONTANEO)

Considerando el que alguna de las amigas de los sujetos tuvieran antecedente de aborto y tipo de aborto experimentado por los sujetos, se encontró una $\chi^2 = 9.21$ y un $p = .01$, lo que significa que si existen diferencias significativas entre ambas variables, asimismo se observó un porcentaje mayor de amigas con este antecedente en los sujetos con aborto provocado, en tanto que el porcentaje en los sujetos de abortoespontáneo fue bajo. La correlación entre las variables fue baja ($c = .29$) (ver gráfica No.17).

GRAFICA 17

AMIGAS DE SUJ.CON ANTEC.DE ABORTO



SERIE 1 (PROVOCADO) SERIE 2 (ESPONTANEO)

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ESCALA DE ACTITUDES.

En tercer lugar se hizo tanto un análisis descriptivo como un análisis inferencial, para la segunda parte del instrumento, el cual era una escala de actitudes.

Los resultados obtenidos para el análisis descriptivo son los siguientes:

Como se puede observar en la tabla de porcentajes (ver cuadro No. 20) la mayoría de los sujetos contestaron que no les afectó sin embargo se pudo observar que los sujetos desarrollaron algunos temores lo cual se reflejó en las relaciones sexuales, evitando caricias y contactos con la pareja, así como miedo a no poder tener hijos cuando ellos lo desearan, manifestando también un estado de ánimo bajo, pensando constantemente en lo que hubiera sucedido de haber continuado con el embarazo y evitando llevar a cabo sus actividades cotidianas. Fue evidente la negación ante el aborto expresando que no tiene ninguna importancia y por tanto no causó sentimientos al respecto. En cuanto a la relación de pareja se vio afectada mostrando un alejamiento en la relación, falta de apoyo y resentimiento.

ANALISIS DESCRIPTIVO (X).

COMPLETAMENTE DE ACUERDO (C.D)

EN DESACUERDO (D)

INDECISO (I)

DE ACUERDO (A)

COMPLETAMENTE DE ACUERDO (C.A)

1.- Desde que ocurrió lo del aborto siento poco entusiasmo por seguir trabajando o estudiando.

2% (C.D) 16.2% (D) 5.1% (I) 30.3% (A) 45.5% (C.A)

2.- Después del aborto realmente perdí el interés por vivir.

0.0% (C.D) 9.1% (D) 4.0% (I) 31.3% (A) 55.6% (C.A)

3.- Siento coraje cada vez que pienso que nosotros deseábamos este embarazo, pero no fue posible continuarlo.

14.1% (C.D) 24.2% (D) 4.0% (I) 17.2% (A) 39.4% (C.A)

4.- Me da rabia que no haya continuado (el) mi embarazo (de mi compañera).

17.2% (C.D) 18.2% (D) 9.1% (I) 15.2% (A) 39.4% (C.A)

5.- Desde que decidimos interrumpir el embarazo sentí que ya no quería estar cerca de ella (el).

8.1% (C.D) 13.1% (D) 5.1% (I) 23.2% (A) 46.5% (C.A)

6.- Desde que supe que estaba embarazada, siento que ya no quiero estar con ella (el).

5.1% (C.D) 5.1% (D) 2.0% (I) 29.3% (A) 55.6% (C.A)

7.- Creo que mi compañera (o) hubiera preferido que le (me) fuera totalmente imposible abortar, pues ahora se siente culpable.

10.1% (C.D) 4.1% (D) 10.1% (A) 19.2% (A) 44.4% (C.A)

8.- Desde que ocurrió el aborto me incómoda que mi compañero (a) me bese.

5.1% (C.D) 6.1% (D) 5.1% (I) 23.2% (A) 59.6% (C.A)

9.- Poco tiempo después del aborto, no soportaba estar en lugares cerrados.

3.0% (C.D) 14.1% (D) 3.0% (I) 20.2% (A) 59.6(C.A)

10.- Me siento culpable de que mi (el) embarazo (de mi compañera), se haya interrumpido porque mi religión condena el aborto.

4.0% (C.D) 15.2% (D) 11.1% (I) 11.1% (A) 57.6% (C.A)

11.- Frecuentemente me arrepiento de haber abortado.

8.1% (C.D) 16.2% (D) 9.1% (I) 15.2% (A) 47.5% (C.A)

12.- Desde que ocurrió el aborto noto que no puedo quedarme solo (a) en casa.

1.0% (C.D) 6.1% (D) 4.0% (I) 21.2% (A) 67.7% (C.A)

13.- Mi pareja se siente arrepentida (o) de haber interrumpido el embarazo, pero yo no.

9.1% (C.D) 4.0% (D) 8.1% (I) 20.0% (A) 55.6% (C.A)

14.- Lo que me hace sentir culpable de haber (de que mi pareja haya) abortado es mi religión.

4.0% (C.D) 13.1% (D) 7.1% (I) 11.1% (A) 63.6% (C.A)

15.- Desde que aborte (aborto mi compañera), cada vez estamos menos tiempo juntos.

9.1% (C.D) 14.1% (D) 7.1% (I) 17.2% (A) 51.5% (C.A)

16.- Desde que supe que mi compañera (yo) estaba embarazada, todo empezó a ir mal entre nosotros.

7.1% (C.D) 9.1% (D) 2.0% (I) 25.3% (A) 55.6% (C.A)

17.- Desde que (mi compañera) aborte (o), cada día platicamos menos.

6.1% (C.D) 15.2% (D) 4.0% (I) 24.2% (A) 49.5% (C.A)

18.- Dios castiga a quien ha abortado, negándole la oportunidad de volverse a embarazar.

7.1% (C.D) 2.0% (D) 12.1% (I) 14.1% (A) 64.6% (C.A)

19.- Si las personas de mi religión supieran que mi (el) embarazo (de mi compañera) ha sido interrumpido, seguramente nos rechazarían.

11.1% (C.D) 10.1% (D) 12.1% (I) 16.2% (A) 49.5 (C.A)

20.- Desde que ocurrió lo del aborto muchas veces he pensado en terminar nuestra relación.

8.1% (C.D) 6.1% (D) 9.1% (I) 23.2% (A) 53.5% (C.A)

21.- Tengo temor de que mi compañera (yo) no pueda volver a embarazarse(me) a consecuencia del aborto.

10.1% (C.D) 19.2% (D) 9.1% (I) 19.2% (A) 42.4% (C.A)

22.- Desde que ocurrió el aborto pocas veces deseo estar con ella.

7.1% (C.D) 9.1% (D) 5.1% (I) 19.2% (A) 58.6% (C.A)

23.- Desde que (mi compañera) aborte (o), ya no me siento bien conmigo mismo.

7.1% (C.D) 11.1% (D) 8.2% (I) 21.2% (A) 52.5% (C.A)

24.- Creo que estuvo muy mal interrumpir mi (el) embarazo (de mi compañera).

9.1% (C.D) 14.1% (D) 10.1% (I) 15.2% (A) 46.5% (C.A.)

25.- Creo que una mujer que aborta será criticada por la sociedad.

15.2% (C.D) 22.2% (D) 12.1% (I) 13.1% (A) 35.4% (C.A)

26.- Cuando alguien ha abortado recibe como castigo el desprecio de la gente que le rodea.

2% (C.D) 9.1% (D) 14.1% (I) 20.2% (A) 51.5% (C.A)

27.- Desde que ocurrió el aborto, he sentido que nuestra relación ha empeorado.

8.1% (C.D) 13.1% (D) 8.1% (I) 19.2% (A) 50.5% (C.A)

28.- Si ella (el) no me culpara por el aborto, yo no me sentiría culpable.

4% (C.D) 6.1% (D) 6.1% (I) 20.2% (A) 61.6% (C.A)

29.- Desde que ocurrió el aborto perdi el entusiasmo por la vida.

2.0% (C.D) 10.1% (D) 4.0% (I) 25.3% (A) 57.6% (C.A)

30.- Siento que mi pareja ya no siente respeto por mi desde que ocurrió el aborto.

2.0% (C.D) 7.1% (D) 7.1% (I) 20.2% (A) 62.6% (C.A)

31.- Después de esta experiencia, la del aborto, no quisiera tener relaciones sexuales, durante mucho tiempo.

7.1% (C.D) 6.1% (D) 6.1% (I) 21.2% (A) 58.6% (C.A)

32.- Debido al aborto ocurrido, tengo temor de no poder tener hijos con ella (el), cuando yo lo desee.

10.1% (C.D) 23.2% (D) 6.1% (I) 15.2% (A) 44.4% (C.A)

33.- Siento que mi pareja es culpable de que haya ocurrido el aborto.

11.1% (C.D) 5.1% (D) 5.1% (I) 16.2% (A) 61.6% (C.A)

34.- La gente siempre desprecia a alguien que ha tenido un aborto.

5.1% (C.D) 9.1% (D) 23.2% (I) 23.2% (A) 39.4% (C.A)

35.- Constantemente estoy pensando en lo que sería de mi vida si hubiera continuado (mi compañera) con el embarazo.

20.2% (C.D) 29.3% (D) 8.1% (I) 12.1% (A) 29.3% (C.A)

36.- Desde que se interrumpió el embarazo me he alejado de mis amistades.

6.1% (C.D) 7.1% (D) 4.0% (I) 27.3% (A) 54.5% (C.A)

37.- Un embarazo no deseado debe interrumpirse.

3.4% (C.D) 19.2% (D) 12.1% (I) 16.2% (A) 14.1% (C.A)

38.- Para mí lo del aborto no tiene ninguna importancia.

6.1% (C.D) 5.1% (D) 11.1% (I) 30.3% (A) 46.3% (C.A)

39.- Desde que ocurrió el aborto tengo la sensación de que no puedo estar tranquilo en lugares cerrados, me dan ganas de salir corriendo.

6.5% (C.D) 5.1% (D) 2.0% (I) 22 (A) 62.6% (C.A)

40.- Desde que ocurrió el aborto no soporto estar solo.

3.2% (C.D) 5.1% (D) 0.0% (I) 22.2% (A) 69.7% (C.A)

41.- Debido al aborto ya no me dan ganas de tener relaciones sexuales.

4.0% (C.D) 4.0% (D) 7.1% (I) 24.2% (A) 60.6% (C.A)

42.- Después de que ocurrió el aborto no soporto que mi pareja me acaricie.

8.1% (C.D) 5.1% (D) 3.0% (I) 18.2% (A) 65.7% (C.A)

43.- Me siento molesto (a) con ella (el) por haber abortado.

11.1% (C.D) 10.1% (D) 4.0% (I) 18.2% (A) 53.5% (C.A)

44.- Siento que todo lo del aborto ha sido un sueño.

13.1% (C.D) 19.2% (D) 10.1% (I) 9.2% (A) 37.4% (C.A)

45.- Después del aborto me sentía muy enojado con ella (el).

10.1% (C.D) 15.2% (D) 5.1% (I) 15.2% (A) 54.5% (C.A)

46.- Por haber abortado, seguramente mi pareja ya no volverá a embarazarse.

3.0% (C.D) 7.1% (D) 24.2% (I) 19.2% (A) 46.5% (C.A)

47.- El hecho de interrumpir mi (el) embarazo (de mi compañera), no causó en mí ningún sentimiento.

4.0% (C.D) 9.1% (D) 8.1% (I) 27.3% (A) 51.5% (C.A)

48.- Lo que más deseo es volverme (que mi compañera se vuelva) a embarazar.

15.2% (C.D) 9.1% (D) 17.2% (I) 10.1% (A) 47.5% (C.A)

49.- Debido al aborto he pensado en suspender mis relaciones sexuales con ella.

9.1% (C.D) 8.1% (D) 8.1% (I) 18.2% (A) 56.6% (C.A)

50.- Me hubiera gustado mucho haber (que mi compañera hubiera) continuado con el embarazo.

27.3% (C.D) 18.2% (D) 11.1% (I) 10.1% (A) 32.3% (C.A)

51.- Antes del aborto me gustaba estar sólo (a), en cambio ahora no lo soporto.

4.0% (C.D) 11.1% (D) 3.0% (I) 18.2% (A) 63.6% (C.A)

52.- Mi pareja y yo nunca hemos vuelto a hablar acerca del aborto.

16.2% (C.D) 27.3% (D) 7.1% (I) 16.2% (A) 33.3% (C.A)

53.- Cuando ocurrió lo del aborto, sentí deseos de dejar el trabajo (o la escuela).

6.1% (C.D) 6.1% (D) 3.0% (I) 26.3% (A) 58.6% (C.A)

54.- Mi compañera (o) se arrepiente de haber abortado, porque siente que hemos cometido un pecado.

5.1% (C.D) 10.1% (D) 15.2% (I) 16.2% (A) 52.5% (C.A)

55.- Siento que el habernos enfrentado al aborto, ha provocado que nos distanciamos el uno del otro.

6.1% (C.D) 20.2% (D) 10.1% (I) 19.4% (A) 43.4% (C.A)

56.- Si en mi religión no se considerara el aborto un pecado, yo no me sentiría culpable.

7.1% (C.D) 10.1% (D) 14.1% (I) 14.1% (A) 54.5% (C.A)

57.- Cuando recuerdo lo del aborto, pienso " ella (el) es la (el) culpable, yo no".

6.1% (C.D) 3.0% (D) 9.1% (I) 16.2% (A) 64.6% (C.A)

58.- Me siento muy culpable por el aborto (de mi pareja).

6.1% (C.D) 11.1% (D) 6.1% (I) 26.3% (A) 50.5% (C.A)

59.- Por ningún motivo debe interrumpirse un embarazo.

7.1% (C.D) 4.0% (D) 18.2% (I) 20.2% (A) 48.5% (C.A)

60.- Desde que ocurrió el aborto no tengo deseos de salir a ningún lado.

4.0% (C.D) 6.1% (D) 6.1% (I) 23.2% (A) 59.6% (C.A)

61.- Siento que esta experiencia -la de abortar- nos ha unido más.

21.2% (C.D) 22.2% (D) 16.2% (I) 13.1% (A) 27.3% (C.A)

62.- El aborto significa que soy incapaz de ser padre (madre).

1.0% (C.D) 2.0% (D) 5.1% (I) 22.2% (A) 69.7% (C.A)

63.- Estoy muy resentido con ella por haber abortado.

7.1% (C.D) 12.1% (D) 6.1% (I) 16.2% (A) 57.6% (C.A)

64.- Al haber abortado, hemos cometido un pecado eso ha hecho que no nos llevemos bien.

4.0% (C.D) 3.0% (D) 5.1% (I) 17.2% (A) 69.7% (C.A)

65.- Creo que por haber abortado Dios nos castigará.

5.1% (C.D) 4.0% (D) 8.1% (I) 16.2% (A) 66.7% (C.A)

66.- Cuando que tuvimos que enfrentarnos al aborto yo no sentí ningún tipo de apoyo de parte de mi pareja.

9.1% (C.D) 6.1% (D) 8.1% (I) 14.1% (A) 61.6% (C.A)

IV.- ANALISIS INFERENCIAL DE LA ESCALA DE ACTITUDES.

Para este punto se utilizó el análisis de varianza simple, el cual permitió obtener diferencias significativas en cada uno de los factores para ambos grupos (aborto provocado y aborto espontáneo).

Con respecto al factor que evalúa la tendencia a la ruptura, se observó un valor de $f=(1/98)$ 2.96; $p=0.08$, que indica una diferencia marginal observando que en el aborto provocado hay mayor tendencia a la ruptura ($x=4.18$), que en aborto espontáneo ($x=3.82$).

Por otro lado en cuanto al factor temor a la esterilidad se obtuvo $f=(1/98)$ 10.87; $p=1.001$, observando con esto que el grupo de aborto provocado tiene mayor temor a quedar estéril ($x=3.96$), que el grupo de aborto espontáneo ($x=3.41$).

En cuanto al factor 3 se encontró una $f=(1/98)$ 5.81; $p=0.01$, en la cual se obtiene que las parejas de aborto provocado tienen mayores elementos fóbicos ($x=4.54$), que las de espontáneo ($x=4.13$).

Con respecto al factor 4, se encontró $f=(1/98)$ 5.93; $p=0.01$, que indica que las personas con aborto provocado manifiestan mayor rechazo a las relaciones sexuales ($x=4.45$) que las de espontáneo ($x=3.96$).

Para el factor 5 se obtiene una $f=(1/98)$ 19.03; $p=0.00$, encontrándose que los sujetos con aborto provocado presentan mayor ambivalencia ($x=3.39$) que las de aborto espontáneo ($x=2.90$).

Haciendo referencia al factor 6, se observa una $f=(1/98)$ 1.98 $p=0.16$, lo cual indica que se acepta la H_0 (hipotesis nula) encontrando que no hay diferencia entre los grupos.

No obstante existe una tendencia entre las medias, observando que la media para el grupo de aborto provocado ($x=4.12$) fue más alta que la del grupo de aborto espontáneo. Con lo cual se puede decir que el primer grupo tiene más sentimientos de culpa que el segundo.

De la misma forma que en el factor anterior, para el factor 7, proyectar sentimientos de culpa, no se encontraron diferencias significativas [$f=(1/98)$ 2.33; $p=0.131$]. Sin embargo la tendencia para los grupos fue igual.

En cuanto al factor 8 se observa $f= (1/98)$ 3.81; $p=0.05$, lo que indica que las mujeres con aborto provocado tienden a sentirse más devaluadas ($x=4.13$), que las mujeres de aborto espontáneo ($x=3.79$).

Con relación al factor 9 se obtiene una $f=(1/98)$ 4.54; $p=0.03$, observando que las mujeres con aborto provocado niegan más el

evento ($x=3.83$) que las mujeres con aborto espontáneo ($x=3.34$).

Con relación al factor 10, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos [$f=(1/98) 0.84$; $p=0.36$, ya que sin importar el grupo de pertenencia ambos grupos presentan resentimientos hacia la pareja.

Por otro lado en cuanto al factor 11, se obtiene una $f= (1/98) 9.49$; $p=0.003$, ya que permite observar mayor grado de depresión en las mujeres con aborto provocado ($x=4.27$) que las de espontáneo ($x=3.78$).

Finalmente con respecto al factor de frustración, se obtuvo una $f=(1/98) 27.03$; $p=0.00$, encontrando que las mujeres de aborto provocado se sintieron más frustradas ($x=4.09$) que las de espontáneo ($x=2.68$).

PEARSON.

El último análisis aplicado fue el Coeficiente de Correlación de Pearson, el cual permitió conocer la relación que existe entre los diferentes factores.

En general los resultados mostrados por el análisis de correlación muestran que los doce factores se relacionan en forma significativa observando que cuanto mas se presenta uno de ellos también los otros se incrementan, los únicos factores que no presentaron correlación significativa fueron frustración y negación, sin embargo la dirección de la relación es igual a todos los anteriores (ver tabla No.3).

TABLA No. 3

CORRELACION DE PEARSON.

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F2	.4370 (100) P=.000					
F3	.5338 (100) P=.000	.5042 (100) P=.000				
F4	.7831 (100) P=.000	.5346 (100) P=.000	.5456 (100) P=.000			
F5	.2918 (100) P=.002	.5148 (100) P=.000	.3823 (100) P=.000	.2716 (100) P=.000		
F6	.6406 (100) P=.000	.4182 (100) P=.000	.5800 (100) P=.000	.6045 (100) P=.000	.3679 (100) P=.000	

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
F7	.7698 (100) P=.000	.3636 (100) P=.000	.5250 (100) P=.000	.6779 (100) P=.000	.2656 (100) P=.004	.6160 (100) P=.000	
F8	.6916 (100) P=.000	.4763 (100) P=.000	.5928 (100) P=.000	.6235 (100) P=.000	.3782 (100) P=.000	.7240 (100) P=.000	.6916 (100) P=.000
F9	.6677 (100) P=.000	.2723 (100) P=.003	.2797 (100) P=.002	.3010 (100) P=.004	.1329 (100) P=.094	.2895 (100) P=.002	.3777 (100) P=.000
F10	.7631 (100) P=.000	.3747 (100) P=.000	.4876 (100) P=.000	.6845 (100) P=.000	.3957 (100) P=.000	.5777 (100) P=.000	.6624 (100) P=.000
F11	.7174 (100) P=.000	.4985 (100) P=.000	.6413 (100) P=.000	.6125 (100) P=.000	.5350 (100) P=.000	.6873 (100) P=.000	.5769 (100) P=.000
F12	.6408 (100) P=.000	.3066 (100) P=.001	.3911 (100) P=.000	.2074 (100) P=.019	.6230 (100) P=.000	.4831 (100) P=.000	.3318 (100) P=.000

	FB	F9	F10	F11
F9	.2903 (100) P=.002			
F10	.6073 (100) P=.000	.2809 (100) P=.002		
F11	.6247 (100) P=.000	.243 (100) P=.012	.7049 (100) P=.000	
F12	.5607 (100) P=.000	.1046 (100) P=.150	.4302 (100) P=.000	.6880 (100) P=.000

14.- CONCLUSIONES Y DISCUSION.

A continuación se discuten los resultados obtenidos, algunos problemas relacionados con los instrumentos y las opciones que se desprenden de este trabajo.

Con base en la literatura revisada y en la experiencia derivada de este trabajo, podemos decir que el aborto es un fenómeno muy complejo que refleja parte de la problemática social, cultural, y económica que se vive actualmente en nuestro país, la cual recae principalmente sobre la mujer a quien se le impone el papel de ser madre y se le califica de acuerdo a éste, ya que una mujer que decide no procrear es mal vista por quienes la rodean señalándola como egoísta, amargada, frustrada, lesbiana, entre otros calificativos peyorativos; sin embargo en la actualidad la mujer ya no se conforma con ser ama de casa sino que posee intereses intelectuales y laborales, por lo que entra en conflicto con su papel maternal (Langer, M. 1983).

Paradójicamente aquellas mujeres que deciden o que aceptan ser madres son relegadas laboral y profesionalmente; ejemplo de ello es el hecho de que al solicitar un empleo se les exija la presentación de un certificado médico de no gravidez, negándoles el empleo a aquellas que resulten embarazada. Otra dificultad es el ingreso de los hijos a las estancias infantiles, ya sea a las gubernamentales, en las que el trámite tarda varios meses, o en las guarderías particulares las que tienen un costo elevadísimo.

Asimismo, las madres son reprimidas en la expresión de su sexualidad y persuadidas a llevar una vida sedentaria, monótona, y poco satisfactoria.

La sociedad, la religión y las leyes juzgan y castigan severamente a una mujer que ha abortado, sin embargo no ofrecen ningún apoyo económico, social o psicológico para que ese embarazo pueda llegar a término en condiciones favorables, y que la criatura crezca y se desarrolle integralmente. De igual manera no se considera la participación del hombre en el embarazo, ni en la interrupción del mismo, valorando únicamente su función paternal y no prepaternal (Padilla, T. 1988). Con relación a esto se pudo conocer a través de la presente investigación que las parejas recurren al aborto como última opción ante un embarazo no planeado, motivado por cuestiones socio-económicas desfavorables, lo cual trae como consecuencia sentimientos de culpa, depresión, ambivalencia y frustración (Masters & Johnson. 1987).

En cuanto a la religión se observó, que aún cuando las parejas del estudio eran católicas en su mayoría, no resultó ser relevante la prohibición del aborto por parte de esa religión, para que este se llevara a cabo. Sin embargo la influencia que dicha religión ejerce para que el aborto se siga penalizando legalmente es muy fuerte, ejemplo de ello es lo sucedido a finales de 1990, en el estado de Chiapas, cuando el gobernador de ese estado consideró oportuno despenalizar el aborto bajo ciertas condiciones, como son: cuando el embarazo obedece a fallas

anticonceptivas , debido a condiciones socio-económicas desfavorables, a lo que los representantes de la iglesia Católica respondieron organizando a la gente en oposición ante esta medida, hasta lograr que el gobernador diera marcha atrás a este proyecto (Radio Educación, dic. 1990). Pero además esta situación junto con la "Guerra del Golfo Pérsico", fue utilizada como escaparate publicitario a fin de distraer a la población de otros problemas de índole social, en otros términos, se hace un manejo político del problema del aborto (Elias, A. 1985).

En un hospital perteneciente a la S.S.A., en el cual se entrevistaron a varias pacientes, se encontró que existe una gran presión sobre las mujeres que llegan a atenderse por un aborto aparentemente espontáneo siendo interrogadas en diversas ocasiones acerca de como se presentó el mismo, lo que implica represión y hostigamiento a la mujer generando angustia y desconfianza hacia la institución ya que esta no ofrece información ni orientación sobre los aspectos acerca de la sexualidad ni métodos anticonceptivos, como lo recomienda la Federación Internacional de Planificación Familiar (op. cit. 1981). A pesar de que esta institución de Salud, cuenta con un programa de Educación Sexual, el cual esta dirigido únicamente a adolescentes, dejando al resto de la población fuera, quien también requiere de este servicio considerando que el aborto se presenta con mayor frecuencia a los 23 años.

De acuerdo con los resultados obtenidos, las parejas más afectadas

suelen ser aquellas que experimentan abortos voluntarios, en oposición a Helen Deutsch (1971) quien afirma que las mujeres con abortos espontáneos resultan más afectadas. Esto probablemente se deba a que la dinámica que influyó en la determinación del aborto provocado es manejada a nivel más consciente que en el grupo de aborto espontáneo. Asimismo cabe señalar que las parejas del primer grupo se enfrentaron a dificultades de tipo económico, emocionales y de clandestinidad, lo que no ocurre con las del segundo grupo.

Se observó que la mayoría de las parejas con aborto provocado no vivían juntas porque así lo decidieron, con lo que se presupone no se sentían con los elementos necesarios para convivir en pareja y por consiguiente para formar una familia. En cambio las parejas con aborto espontáneo, las cuales por lo general vivían juntas, argumentaron complicaciones físicas ante el embarazo lo que posiblemente puede ser interpretado de acuerdo a la impresión recibida durante la entrevista como una negación ante el verdadero rechazo a su papel paternal.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede afirmar que las parejas que han experimentado un aborto tienden a distanciarse, conviven y se comunican con menor frecuencia afectándose negativamente la relación de pareja, proyectando sus propios sentimientos de culpa en su compañero (a), mostrando temor a no poder embarazarse cuando ellos lo deseen en otra ocasión, asimismo rechazan las relaciones sexuales o acercamientos físicos con la

pareja (Calandra, D. 1973).

De acuerdo con Deutsch, H. (1971) y Calandra, D. (1973), así como con base en observaciones realizadas en este estudio, las parejas solteras llegan con más frecuencia a la ruptura del vínculo después de un aborto. Al respecto durante la presente investigación se encontraron algunos sujetos los cuales manifestaron haber experimentado un aborto tiempo atrás con una pareja distinta a la actual.

Las relaciones de pareja no se afectaron ante el descubrimiento del embarazo no deseado, como afirma Deutsch, H. (1971), sin embargo en el momento de decidir sobre el aborto provocado, los sujetos expresaron ambivalencia en diferentes formas, en tanto que los de aborto espontáneo se deprimieron al ocurrir éste.

De igual forma como consecuencia del aborto los sujetos desarrollaron temores y miedos, a permanecer solos, estar en lugares cerrados, a comprometerse en actividades de trabajo, estudio o relaciones afectivas (Calandra, D. 1973).

Es importante reivindicar el papel del hombre ante el aborto pues aunque tiende a negarlo es evidente que se involucró y compartió la responsabilidad con su pareja, el aborto trastocó sus emociones sintiendo angustia, confusión, depresión (Arellano, E. 1989).

No obstante fue evidente el resentimiento mostrado hacia la

pareja, a causa del aborto. Asimismo las mujeres se sintieron devaluadas por el compañero, y ambos miembros de la pareja presentaron sentimientos de culpa tanto a nivel consciente como sería el caso de los abortos provocados, como a nivel inconsciente en el caso de los abortos espontáneos.

Por otra parte los sujetos conocían la manera en que se produce un embarazo, tenían conocimientos sobre métodos anticonceptivos e incluso habían utilizado algunos de ellos, lo que denota que no se trata de gente inexperta o ignorante. Sin embargo la utilización de métodos anticonceptivos como óvulos y condones, los cuales resultan tener un bajo índice de eficacia por su alto porcentaje de falla demuestra que hay una intencionalidad encubierta de embarazarse para posteriormente dañarse o castrarse con la interrupción del mismo (Calandra, D, 1973).

Por lo tanto la información que brindan los sujetos respecto al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, especialmente para evitar el embarazo que se interrumpió resulta contradictoria, ya que primero afirman que si tienen conocimientos sobre estos e incluso que estaban usando algún método porque "no tenían conocimientos", "por descuido", o "porque dudaban de su fertilidad". Los sujetos con aborto espontáneo dijeron no estar usando ningún método anticonceptivo porque deseaban el embarazo".

Cabe señalar que en un país subdesarrollado como México, donde el nivel sociocultural y el nivel de vida son bajos también la

anticoncepción es escasa y por ende la tasa de nacimientos es elevada (Calandra, D. 973). Pese a que en nuestro país existen algunas instituciones que ofrecen métodos anticonceptivos gratuitamente, el índice de embarazos no planeados y no deseados continúa ascendiendo.

Finalmente en cuanto a la elaboración del duelo y retomando la tesis que postula Aray, J. (1968), quien afirma que el duelo por un aborto siempre será patológico; en este estudio se observó que esto ocurre solo en algunos sujetos en los cuales persiste la tendencia a negar el aborto, lo que obstruye la reparación de la pérdida y la elaboración del duelo; se podría suponer que aquellos sujetos que de alguna manera se negaron a contestar el cuestionario o bien que aceptan a colaborar en un principio pero no lo devolvían o lo entregaban incompleto, el duelo por el aborto se haya constituido en patológico. Incluso se encontró un caso en el que la pareja ponía ofrendas a los fetos perdidos. Sin embargo este punto merece mas investigación.

En tanto que el duelo que experimentaron los sujetos considerados en la muestra es un duelo normal, ya que se manifiesta la culpa depresiva, la cual de acuerdo con Grinberg, L. (1983), permite la reparación de la pérdida y por consiguiente la elaboración del duelo.

También se observó que de acuerdo a las respuestas de los sujetos de esta investigación, que el duelo por un aborto no difiere de las pautas que un sujeto sigue para elaborar otras pérdidas.

15.- LIMITACIONES.

En cuanto al instrumento se observó que la terminología usada en el mismo fue elevada para los sujetos pertenecientes al nivel socio-económico bajo, ya que fue necesario realizar ajustes durante la entrevista debido a que desconocían algunos términos, por ejemplo "orgasmo", "relaciones sexuales", "ingresos", "aspectos", "escolaridad", "emocional", "rendimiento", entre otros.

Durante la aplicación del instrumento los sujetos mostraron fatiga debido a lo extenso del cuestionario y al gran número de preguntas abiertas, por lo cual en algunos casos fue necesario aplicarlo en dos partes.

Otra limitación del instrumento, de la entrevista abierta, fue la existencia de ítems similares - a pesar de la validez y confiabilidad-, otros con redacción confusa, o bien con preguntas sugerentes.

Debido a las características inherentes del tema, la disponibilidad de sujetos representó un obstáculo, ya que muchos de ellos se mostraban reacios a participar negándose abiertamente o bien participando en un principio para rechazar la investigación posteriormente o simplemente no devolviendo el cuestionario, especialmente en los sujetos del sexo masculino y los de edad avanzada.

También fue necesario trasladarse a diferentes partes de la República Mexicana, como a Celaya, Gto., Tuxtla Gutiérrez, Chiapas., Villahermosa, Tabasco., y asistir a un Hospital de la S.S.A., con la finalidad de aplicar los cuestionarios.

Hubo casos en los que no fue posible realizar la aplicación del cuestionario directamente, sino que fue a través de terceras personas, lo que provocó pérdida de la información verbal y no verbal, de tiempo en la recepción del mismo, muerte de sujetos y pérdidas de recursos materiales y financieros.

Una limitación mas del estudio fue en cuanto al escenario pues este varió ya que algunos cuestionarios se aplicaron en un Hospital de la S.S.A., otros en la facultad de psicología de la U.N.A.M., en consultorios médicos, psicológicos o en las casas de los sujetos.

Una de las principales limitaciones de la investigación, fue la necesidad de descartar a varios sujetos que al momento de la entrevista ya no contaban con la pareja del aborto, debido a que su relación se había disuelto y ya no era posible contactar al otro miembro de la pareja. Motivo por el cual no fue posible evaluar realmente la incidencia de ruptura, ya que obviamente si estos sujetos en el momento de la entrevista se encontraban sin pareja fue debido al término de la relación.

Se observó que algunos de los abortos espontáneos fueron en

realidad provocados a consecuencia del maltrato por parte del hombre, o descuido por parte de la mujer, muchas veces debido a exigencias socioeconómicas. Incluso un sujeto con aborto espontáneo declaró que este había ocurrido porque no lo deseaba.

16.- SUGERENCIAS.

Referente al instrumento denominado entrevista abierta sería conveniente que al retomarlo se ajustara al nivel cultural de la población a la que se desea estudiar, en especial para aquellos sujetos de escasa escolaridad; también sería conveniente abreviarlo, cerrando las preguntas que aparecen abiertas, con lo que evitaría la fatiga de los sujetos al responderlo.

Se considera interesante como lo sugiere Calandra, D. (1973), realizar un estudio más profundo de la personalidad de los sujetos que abortan, incluyendo de ser posible el estado de salud mental pre-aborto, sus antecedentes psicosociales, la relación de cada miembro de la pareja con sus progenitores y las motivaciones conscientes e inconscientes que influyen en la interrupción de los embarazos.

Resultaría enriquecedor tomar en cuenta a los miembros de una relación disuelta posteriormente al aborto y valorar la influencia de este evento en la ruptura de la relación. Así como considerar el tiempo transcurrido entre el aborto en estudio y el momento de la entrevista, ya que es obvio que el estado emocional varía de tiempo en tiempo y de una situación a otra.

De igual forma sería muy importante realizar un estudio comparativo entre las relaciones emocionales de aquellas mujeres que ante un embarazo no deseado deciden interrumpirlo y aquellas

que deciden continuarlo, valorando la forma en que es vivenciado ese embarazo y sus posibles repercusiones emocionales tanto en la madre como en el menor.

Contrariamente a la opinión de la Psicóloga Concepción Fernández, quien afirma que los sentimientos de culpa no son inherentes a la experiencia del aborto, sino que estos obedecen a las condiciones de clandestinidad del mismo y a la condición social de la mujer; en este estudio encontramos, como ya se mencionó, que los sentimientos de culpa se manifestaron tanto en aquellas personas que han experimentado abortos provocados como espontáneos, independientemente de su nivel socioeconómico; por lo que sería conveniente realizar un estudio comparando sujetos que abortan en un país donde legalmente es permitido a diferencia de aquellos sujetos que abortan en un país con una legislación restrictiva para el aborto. Lo que permitiría observar que factores están intrínsecamente relacionados a las condiciones sociales en que se da el aborto.

APENDICES

APENDICE No. 1

SE HA SOLICITADO SU COOPERACION PARA REALIZAR UNA INVESTIGACION QUE TIENE COMO PROPOSITO CONOCER QUE OPINA UNA PAREJA ACERCA DEL ABORTO; PARA LO CUAL SE LES PRESENTARA UN CUESTIONARIO ANONIMO CON ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU HISTORIA PERSONAL Y LAS CIRCUNSTANCIAS DEL ABORTO.

EN ALGUNAS PREGUNTAS SE LES PEDIRA QUE ANOTEN EN EL CUADRITO QUE APARECE A LA DERECHA DE LA HOJA, EL NUMERO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA , MIENTRAS QUE OTRAS PREGUNTAS NECESITAN SER CONTESTADAS MAS AMPLIAMENTE.

LA INFORMACION QUE USTEDES BRINDEN ES ANONIMA Y DE NINGUNA MANERA SE VERAN AFECTADOS Y SI FAVORECERAN CON SU COLABORACION AL CONOCIMIENTO CIENTIFICO DE ESTOS ASPECTOS DE LA CONDUCTA HUMANA.

¡ MUCHAS GRACIAS !

FECHA _____

1.- SEXO

anote en el espacio en blanco
el número que corresponda.

1 FEMENINO
2 MASCULINO

2.- EDAD

anote años cumplidos

3.- ESTUDIOS COMPLETOS

anote en el espacio
en blanco el núm. que
corresponda.

1 NINGUNO
2 PRIMARIA
3 SECUNDARIA
4 PREPARATORIA
5 LICENCIATURA
6 OTRO _____

4.- OCUPACION ACTUAL

anote en el espacio
en blanco el núm. que
corresponda.

1 AMA DE CASA
2 OBRERA (O)
3 EMPLEADA (O)
4 PROFESIONISTA
5 OTRO

5.- ESTADO CIVIL

anote en el espacio
en blanco el núm.
que corresponda.

-
- 1 SOLTERA (O)
 - 2 CASADA (O)
 - 3 UNION LIBRE
 - 4 DIVORCIADA (O)
 - 5 VIUDA (O)

6.- NACIONALIDAD

anote en el espacio
en blanco el núm.
que corresponda.

-
- 1 MEXICANA
 - 2 EXTRANJERA

especifique

7.- RELIGION

anote en el espacio
en blanco el núm.
corresponda.

-
- 1 CATOLICA
 - 2 PROTESTANTE
 - 3 MORMON
 - 4 JUDIO
 - 5 OTRO

especifique

8.-INGRESOS

anote en el espacio
en blanco el salario
que percibe mensualmente.

9.- ¿TIENE USTED HIJOS?

1 SI

2 NO

10.- ¿CUANTOS HIJOS TIENE?

11.- ¿TIENE PLANEADO TENER HIJOS POSTERIORMENTE?

1 SI

2 NO

12.- ¿CUANTO TIEMPO TIENE CONVIVIENDO CON SU PAREJA?

13.- ¿ACTUALMENTE VIVEN JUNTOS?

1 SI

2 NO

SI NO VIVEN JUNTOS, ¿PORQUE RAZON?

4.- MENCIONE LAS CUALIDADES MAS IMPORTANTES DE SU PAREJA.

15.- MENCIONE LOS ASPECTOS QUE USTED CONSIDERA COMO DEFECTOS DE SU PAREJA.

16.- ACTUALMENTE ¿COMO SON LAS RELACIONES CON SU PAREJA?, DESCRIBALAS BREVEMENTE.

17.- ACTUALMENTE ¿LE SON SATISFACTORIAS SUS RELACIONES SEXUALES?

1	SI
2	NO

18.-¿ALCANZA EL ORGASMO CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA?

1	SI
2	NO

19.- ¿CUAL ES SU OPINION ACERCA DE LA MATERNIDAD (PATERNIDAD)?

20.- ¿CUANTO TIEMPO HACE QUE SE INTERRUMPIO EL EMBARAZO?

21.- ¿POR QUE MOTIVO SE INTERRUMPIO EL EMBARAZO?

22.- REFERENTE AL EMBARAZO QUE SE INTERRUMPIO, ¿CUAL FUE SU PRIMER REACCION AL SABER QUE ESTABA EMBARAZADA (SU COMPANERA)?

23.- ¿QUE CONOCIMIENTOS TENIA ANTES DE ABORTAR, ACERCA DE LA MANERA EN QUE SE PRODUCE UN EMBARAZO?

24.- ANTES DE ABORTAR, ¿TENIA CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPTIVOS?

1	SI
2	NO

25.- ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS HA USADO?

1	PASTILLAS
2	INYECCIONES
3	OVULOS
4	CONDONES

- 5 ESPUMAS
- 6 DISPOSITIVO
- 7 RITMO
- 8 OTRO

especifique

26.- ¿ESTABA USANDO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO PARA EVITAR EL EMBARAZO QUE SE INTERRUMPIO?

1 SI, CUAL? _____

2 NO, POR QUE _____

27.- ¿QUE TIPO DE ABORTO EXPERIMENTO? _____

- 1 EL EMBARAZO SE INTERRUMPIO VOLUNTARIAMENTE
- 2 DE PRONTO SE PRESENTARON COMPLICACIONES Y EL EMBARAZO YA NO PUDO CONTINUAR.

28.- EN EL MOMENTO EN QUE SE TUVO QUE DECIDIR SOBRE EL HECHO DE ABORTAR, ¿CUALES FUERON SUS SENTIMIENTOS AL RESPECTO?

29.- ¿CUALES FUERON SUS SENTIMIENTOS AL RESPECTO DEL ABORTO
INMEDIATAMENTE DESPUES DE QUE ESTE OCURRIERA?

30.- ¿COMPARTIO SUS SENTIMIENTOS CON ALGUIEN? _____
¿CON QUIEN? _____

31.- ¿QUIEN TOMO LA DECISION DE ABORTAR?

32.- A NIVEL EMOCIONAL, ¿COMO FUE PARA USTED LA VIVENCIA DEL
ABORTO?

33.- MENCIONE TODAS LAS DIFICULTADES QUE TUVO QUE ENFRENTAR PARA
QUE SE LE PRACTICARA EL ABORTO.

34.- ESTE ABORTO FUE PRACTICADO POR:

- _____
- 1 MEDICO
 - 2 CURANDERA
 - 3 ENFERMERA
 - 4 USTED MISMA
 - 5 OTRO _____

35.- ¿EN QUE LUGAR LE PRACTICARON EL ABORTO? _____

- 1 HOSPITAL
 - 2 CONSULTORIO
 - 3 CASA PARTICULAR
 - 4 OTRO
- _____

36.- ¿ES EL PRIMER ABORTO QUE HA EXPERIMENTADO? _____

- 1 SI
- 2 NO

SI NOS ES EL PRIMER ABORTO EL PRIMER ABORTO, MENCIONE CUANTOS MAS HA EXPERIMENTADO _____, CUANTO TIEMPO PASO ENTRE UNO Y OTRO _____.

37.- ¿ALGUNA DE LAS MUJERES DE SU FAMILIA O CERCANA A USTED HA INTERRUMPIDO SU EMBARAZO, YA SEA DE MANERA PROVOCADA O ESPONTANEA? _____

- 1 SI
- 2 NO

SI SU RESPUESTA FUE SI, MARQUE QUE RELACION TIENE CON ESA PERSONA Y QUE TIPO DE ABORTO TUVO.

MADRE	PROVOCADO O ESPONTANEO
HERMANA	PROVOCADO O ESPONTANEO
HIJA	PROVOCADO O ESPONTANEO
CUÑADA	PROVOCADO O ESPONTANEO
TIA	PROVOCADO O ESPONTANEO
PRIMA	PROVOCADO O ESPONTANEO
AMIGA	PROVOCADO O ESPONTANEO
SOBRINA	PROVOCADO O ESPONTANEO
ABUELA	PROVOCADO O ESPONTANEO
OTRA _____	PROVOCADO O ESPONTANEO

ESPECIFIQUE

38.- ¿QUE FANTASIAS O SUEÑOS HA TENIDO REFERENTE AL ABORTO?

39.- ¿COMO CONSIDERA QUE EL ABORTO LE AFECTO EMOCIONALMENTE?

40.- ¿EL ABORTO AFECTO SUS RELACIONES SEXUALES? _____,
SI LE AFECTO DE QUE MANERA? _____

41.- ¿EL ABORTO AFECTO SUS RELACIONES DE TRABAJO O SU RENDIMIENTO
LABORAL O ESCOLAR _____, DE QUE MANERA? _____

42.- ¿AFECTO SUS RELACIONES DE AMISTAD?, _____, SI LE AFECTO, DE QUE MANERA _____

43.- ¿CUAL FUE SU CONDUCTA INMEDIATAMENTE DESPUES DEL ABORTO?

44.- ¿COMO CONSIDERA QUE EL ABORTO AFECTO A SU PAREJA?

45.- ¿EL ABORTO AFECTO SUS RELACIONES CON SU PAREJA? _____, SI LE AFECTO DE QUE MANERA? _____

46.- ¿CUANDO EL ABORTO SE SINTIO APOYADA (SU PAREJA SINTIO QUE USTED LE DIO APOYO) POR SU PAREJA? _____, DE QUE MANERA?

47.- ¿HA PERDIDO A ALGUN FAMILIAR O A ALGUIEN MUY ESTIMADO POR USTED? _____, MENCIONE A QUIEN, SI HA PERDIDO A MAS DE UNA PERSONA UNICAMENTE REFIERA A LA MAS IMPORTANTE PARA USTED.

48.- PORQUE MOTIVO LO PERDIO?

- 1 MUERTE
- 2 SEPARACION FISICA
- 3 DIVORCIO
- 4 OTRO _____

49.- DESCRIBA BREVEMENTE COMO REACCIONA LISTED EMOCIONALMENTE A LA PERDIDA DE UNA PERSONA.

50.- EN GENERAL COMO REACCIONA LISTED CUANDO PIERDE ALGO QUE CONSIDERA VALIDO , YA SEA UN EMPLEO, UNA OPORTUNIDAD, UN OBJETO ESTIMADO,ETC.

APENDICE 2

SE HA SOLICITADO SU COLABORACION CON EL PROPOSITO DE QUE PARTICIPE COMO JUEZ EN LA VALIDACION DEL PRESENTE INSTRUMENTO, PARA LO CUAL SE LE PEDIRA QUE JUZGUE USTED SI CADA AFIRMACION CONTENIDA EN EL INSTRUMENTO MIDE LO QUE PRETENDE MEDIR DE ACUERDO A LOS INDICADORES QUE A CONTINUACION SE DESCRIBEN, ANOTANDO EN EL PARENTESIS EL NUMERO QUE CORRESPONDA A CADA AFIRMACION CON BASE EN LOS INDICADORES.

ASIMISMO AGRADECEREMOS LAS SUGERENCIAS Y CORRECCIONES EN LA REDACCION QUE FAVOREZCAN LA CLARIDAD DE LOS MISMOS.

POR SU ATENCION, MUCHAS GRACIAS.

I. Tendencia a la ruptura.

Por este concepto se entiende que la pareja se distancie, conviva y se comunique con menor frecuencia.

II. Temor a la esterilidad.

Se refiere al hecho de pensar o fantasear que no será posible embarazarse posteriormente, a consecuencia de aborto.

III. Elementos Fóbicos.

Implica temor a estar solo (a) o temor a permanecer encerrado(a), o comprometerse en situaciones de trabajo, estudio, o afectivas.

IV. Rechazo a las relaciones sexuales.

Manifestándose en la disminución o ausencia en la frecuencia de los encuentros sexuales, ya sean caricias, besos o relaciones sexuales, es decir, coito.

V. Ambivalencia.

Disonancia entre el hecho ocurrido del aborto y el deseo de haber continuado con el embarazo, así como expresar actitudes en contra del aborto.

VI. Sentimientos de culpa.

Manifestados por autoreproches, inconformidad y/o arrepentimiento por el acto realizado, es decir, el aborto.

VII. Proyectar sentimientos de culpa.

Referente a reconocer en la pareja reproches tales como; el sentimiento de inconformidad y/o arrepentimiento por el acto realizado (aborto), negando la existencia de estos sentimientos en si misma (o).

VIII. Sentirse devaluada.

Se refiere a sentir que a consecuencia del aborto será valorada (o) negativamente por su pareja, por si misma o por otros miembros de la sociedad.

IX. Negación.

Afirma que no aparecieron sensaciones dolorosas posteriores al aborto, o bien, aparentar que no pasó nada.

X. Resentimientos en contra de la pareja.

Manifiesta disgusto, inconformidad o insatisfacción con la pareja a consecuencia del aborto. Así como sentir que la pareja tomó una actitud injusta y/o poco solidaria con el o con ella durante las circunstancias del aborto.

XI. Depresión.

Manifestada por estar pensando constantemente en el aborto ocurrido, con una marcada disminución del interés por actividades de trabajo, de estudio o de relaciones afectivas.

XII. Frustración.

Implica sentirse inconforme, enojado, bloqueado e impotente, por no haber continuado con el embarazo.

- () 1.- Siento que el habernos enfrentado al aborto ha provocado que nos alejemos uno del otro.
- () 2.- Siento que mi pareja es culpable de que haya ocurrido el aborto.
- () 3.- Desde que ocurrió el aborto siento que la desprecio.
- () 4.- Estoy muy resentido con ella por haber abortado.
- () 5.- La decisión de abortar o no abortar debe ser tomada en pareja.
- () 6.- Yo no deseaba este embarazo pero mi pareja si.
- () 7.- La decisión de abortar o no abortar la debe de tomar solo la mujer.
- () 8.- Me siento molesto con ella por haber abortado.
- () 9.- Me sentiría muy triste si mi compañera volviera abortar.
- () 10.- Por haber abortado, seguramente mi compañero no podrá volver a embarazarse.

- () 11.- Constantemente estoy pensando que sería de mi vida si mi compañero continuado con el embarazo.
- () 12.- Siento que esta experiencia, (abortar), no has unido más.
- () 13.- Tengo temor de que mi compañera no pueda volver a embarazarse como consecuencia del aborto.
- () 14.- Dios castiga a quien ha abortado negándole la oportunidad de volverse a embarazar.
- () 15.- El hombre que no apoya a la mujer que aborta, lo hace porque la quiere.
- () 16.- Cuando ocurrió lo del aborto, sentí deseos de dejar el trabajo (o la escuela)
- () 17.- Desde ocurrió el aborto, muchas veces he pensado en terminar nuestra relación.
- () 18.- Para mí lo del aborto no tiene ninguna importancia.
- () 19.- Frecuentemente me arrepiento de que mi compañera haya abortado.

- () 11.- Constantemente estoy pensando que sería de mi vida si el compañero continuado con el embarazo.
- () 12.- Siento que esta experiencia, (abortar), no has unido más.
- () 13.- Tengo temor de que mi compañera no pueda volver a embarazarse como consecuencia del aborto.
- () 14.- Dios castiga a quien ha abortado negándole la oportunidad de volverse a embarazar.
- () 15.- El hombre que no apoya a la mujer que aborta, lo hace porque la quiere.
- () 16.- Cuando ocurrió lo del aborto, sentí deseos de dejar el trabajo (o la escuela)
- () 17.- Desde ocurrió el aborto, muchas veces he pensado en terminar nuestra relación.
- () 18.- Para mí lo del aborto no tiene ninguna importancia.
- () 19.- Frecuentemente me arrepiento de que mi compañera haya abortado.

- () 20.- Después de esta experiencia, la del aborto, no quisiera tener relaciones sexuales durante mucho tiempo.
- () 21.- Si en mi religión no se considerara el aborto como un pecado, yo no me sentiría culpable.
- () 22.- Nosotros deseábamos este embarazo, pero no fue posible continuarlo.
- () 23.- Desde que ocurrió lo del aborto, sentido que nuestra relación ha empeorado.
- () 24.- Desde que ocurrió el aborto tengo la sensación de que no puedo estar tranquilo en lugares cerrados, me dan ganas de salir corriendo.
- () 25.- No tengo capacidad para ser padre.
- () 26.- Por ningún motivo debe interrumpirse un embarazo.
- () 27.- Siento coraje cada vez que pienso que nosotros deseábamos este embarazo, pero no fue posible continuarlo.
- () 28.- Siento que el hecho de habernos enfrentado al aborto ha enriquecido nuestra relación.

- () 29.- Si a mi pareja le hubiera sido totalmente imposible abortar, y me hubiera sentido muy mal.
- () 30.- Me siento muy triste de que mi pareja haya abortado, en cambio ella sigue sintiéndose feliz la mayor parte del tiempo.
- () 31.- Mi compañera se siente culpable de haber abortado, porque siente que ha cometido un pecado.
- () 32.- Yo deseaba este embarazo pero mi pareja no.
- () 33.- Siento que al abortar mi pareja, "me quite un peso de encima".
- () 34.- Mi pareja y yo nunca hemos vuelto a hablar acerca del aborto.
- () 35.- Debido al aborto ocurrido, tengo temor de no poder tener hijos cuando yo lo desee.
- () 36.- Desde que ocurrió el aborto noto que no puedo quedarme solo en casa.
- () 37.- Lo que me hace sentir culpable de que mi pareja haya abortado es mi religión.

- () 38.- El aborto es sólo responsabilidad de la mujer.
- () 39.- creo que mi pareja hubiera preferido que le fuera totalmente imposible abortar, pues ahora se siente culpable.
- () 40.- El hombre que apoya a su compañera cuando ésta decide abortar, lo hace porque no la quiere.
- () 41.- Desde que aborto mi compañera cada vez estamos menos tiempo juntos.
- () 42.- Después del aborto me sentía muy enojado con ella.
- () 43.- Desde que mi compañera aborto, cada día platicamos menos.
- () 44.- Al haber abortado mi compañera, hemos cometido un pecado y eso ha hecho que ya no nos llevemos bien.
- () 45.- Me siento culpable por el aborto de mi pareja.
- () 46.- Debido al aborto he pensado en suspender mis relaciones sexuales con ella.
- () 47.- Un embarazo no deseado debe interrumpirse.

- () 48.- Desde que ocurrió el aborto pocas veces deseo estar con ella.
- () 49.- Desde que ocurrió lo del aborto siento poco entusiasmo por seguir trabajando o estudiando.
- () 50.- Abortar es pecado.
- () 51.- Cuando recuerdo lo del aborto, pienso "ella es culpable, yo no".
- () 52.- Creo que mi compañera se hubiera sentido muy mal de no haberse podido realizar el aborto.
- () 53.- Después del aborto realmente perdí el interés por vivir.
- () 54.- Lo que más deseo es que mi compañera se vuelva a embarazar.
- () 55.- Siento que al interrumpirse el embarazo de mi pareja , perdí una parte muy importante de mí mismo.
- () 56.- Desde que supe que estaba embarazada, siento que ya no quiero estar con ella.
- () 57.- Desde que ocurrió el aborto no soporto estar solo.

- () 58.- Desde que decidimos interrumpir el embarazo sentí que ya no quería estar cerca de ella.
- () 59.- Si las personas de mi religión supieran que el embarazo de mi compañera ha sido interrumpido, seguramente nos rechazarían.
- () 60.- Posteriormente al aborto sentí deseos de cambiar completamente mi estilo de vida.
- () 61.- Me hubiera gustado mucho que mi compañera continuara con el embarazo.
- () 62.- Desde que supe que mi compañera estaba embarazada, todo empezó a ir mal entre nosotros.
- () 63.- Debido al aborto, ya no me dan ganas de tener relaciones sexuales con ella.
- () 64.- Desde que abortó ella, siento que la rechazo.
- () 65.- Si ella no me culpara por el aborto, yo no me sentiría culpable.
- () 66.- Poco tiempo después del aborto, no soportaba estar solo en lugares cerrados.

- () 67.- El aborto es responsabilidad del hombre y de la mujer.
- () 68.- El hecho de interrumpir el embarazo de mi compañera, no causó en mí ningún sentimiento.
- () 69.- Constantemente me pregunto ¿por qué permití que se interrumpiera el embarazo de mi compañera?
- () 70.- Gracias al apoyo de mi compañera pude sobreponerme emocionalmente al hecho del aborto.
- () 71.- Siento que mi pareja ya no siente respeto por mí desde que ocurrió lo del aborto.
- () 72.- Creo que estuvo muy mal interrumpir el embarazo de mi compañera.
- () 73.- La gente siempre desprecia a alguien que ha tenido un aborto.
- () 74.- Desde que ocurrió lo del aborto perdí el entusiasmo por la vida.
- () 75.- Constantemente recuerdo que en mi religión el aborto es considerado un crimen y esto me hace sentir mal conmigo mismo.

- () 76.- Mi pareja se siente arrepentida de haber interrumpido su embarazo, pero yo no.
- () 77.- Me siento desesperado cuando recuerdo que mi compañera interrumpió su embarazo.
- () 78.- Desde que mi compañera interrumpió su embarazo me he alejado de mis amistades.
- () 79.- Por ningún motivo deseo volver a embarazarse a mi compañera.
- () 80.- De no haber contado con el apoyo de mi pareja durante el aborto, me hubiera sentido terriblemente mal.
- () 81.- Me siento culpable de que el embarazo de mi compañera se haya interrumpido porque mi religión condena el aborto.
- () 82.- Cuando alguien ha abortado recibe como castigo el desprecio de la gente que lo rodea.
- () 83.- Desde que ocurrió lo del aborto no tengo deseos de salir a ningún lado.
- () 84.- Por ningún motivo me gustaría que mi compañera volviera a abortar.

- () 85.- Creo que una mujer que aborta, será criticada por la sociedad.
- () 86.- Me da rabia que no haya continuado el embarazo de mi compañeras.
- () 87.- Cuando tuvimos que enfrentarnos al aborto, yo sentí ningún tipo de apoyo de parte de mi pareja.
- () 88.- Lo mejor que pudo haber pasado es que mi compañera abortara.
- () 89.- Después de que ocurrió el aborto, no soporto que mi pareja me acaricie.
- () 90.- Físicamente no tengo capacidad para ser padre.
- () 91.- Desde que mi compañera abortó, ya no me siento bien conmigo mismo.
- () 92.- Antes de que mi compañera abortara me gustaba estar solo, en cambio ahora no lo soporto.
- () 93.- Desde que ocurrió el aborto me incómoda que mi compañera me bese.
- () 94.- Siento que todo lo del aborto ha sido un sueño.
- () 95.- Creo que por lo del aborto de mi compañera, Dios me castigará.

APENDICE 3

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE EMPEZAR A CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO, GRACIAS.

INSTRUCCIONES

A CONTINUACION ENCONTRARA USTED UNA SERIE DE AFIRMACIONES, SEGUIDAS DE UNA NUMERACION (1 2 3 4 5), LA CUAL DEBERA UTILIZAR PARA MARCAR EL NUMERO CORRESPONDIENTE A SU OPINION:

1. COMPLETAMENTE DE ACUERDO, 2 ACUERDO, 3 INDECISO, 4 EN DESACUERDO, 5 COMPLETAMENTE EN DESACUERDO; CON LO QUE SUGIERE CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES.

EJEMPLO:

0. A MI COMPANERERO LE GUSTA MUCHO IR AL CINE, 1 2 3 4 5
SI USTED ESTA COMPLETAMENTE DE ACUERDO CON ESTA AFIRMACION, DEBERA TACHA EL NUMERO 1.

COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	(5)
EN DESACUERDO	(4)
INDECISO	(3)
DE ACUERDO	(2)
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	(1)

- 1.- Desde que ocurrió lo del aborto siento poco entusiasmo por seguir trabajando o estudiando. 1 2 3 4 5
- 2.- Después del aborto realmente perdi el interés por vivir. 1 2 3 4 5
- 3.- Siento coraje cada vez que pienso que nosotros deseábamos este embarazo, pero no fue posible continuarlo. 1 2 3 4 5
- 4.- Me da rabia que no haber podido continuar con mi embarazo. 1 2 3 4 5
- 5.- Desde que decidimos interrumpir el embarazo sentí que ya no quería estar cerca de él. 1 2 3 4 5
- 6.- Desde que supe que estaba embarazada, siento que ya no quiero estar con mi pareja. 1 2 3 4 5
- 7.- Creo que mi compañero hubiera preferido que me fuera totalmente imposible abortar, pues ahora se siente culpable. 1 2 3 4 5

- 8.- Desde que ocurrió el aborto me incómoda
que mi compañero me base. 1 2 3 4 5
- 9.- Poco tiempo después del aborto, no
soportaba estar en lugares cerrados. 1 2 3 4 5
- 10.- Me siento culpable de que mi
embarazo (de mi compañera), se haya interrumpido
porque mi religión condena el aborto. 1 2 3 4 5
- 11.- Frecuentemente me arrepiento de haber abortado. 1 2 3 4 5
- 12.- Desde que ocurrió el aborto noto que no puedo
quedarme sola en casa. 1 2 3 4 5
- 13.- Mi pareja se siente arrepentido de haber
interrumpido el embarazo, pero yo no. 1 2 3 4 5
- 14.- Lo que me hace sentir culpable de haber
abortado es mi religión. 1 2 3 4 5
- 15.- Desde que aborte, cada vez estamos menos
tiempo juntos. 1 2 3 4 5
- 16.- Desde que supe que estaba embarazada,
todo empezó a ir mal entre nosotros. 1 2 3 4 5

- 17.- Desde que aborte, cada día platicamos menos. 1 2 3 4 5
- 18.- Dios castiga a quien ha abortado, negándole la oportunidad de volverse a embarazar. 1 2 3 4 5
- 19.- Si las personas de mi religión supieran que mi embarazo ha sido interrumpido, seguramente nos rechazarían. 1 2 3 4 5
- 20.- Desde que ocurrió lo del aborto muchas veces he pensado en terminar nuestra relación. 1 2 3 4 5
- 21.- Debido al aborto tengo temor de no poder volver a embarazarme. 1 2 3 4 5
- 22.- Desde que ocurrió el aborto pocas veces deseo estar con él. 1 2 3 4 5
- 23.- Desde que aborte, ya no me siento bien conmigo mismo. 1 2 3 4 5
- 24.- Creo que estuvo muy mal interrumpir mi embarazo. 1 2 3 4 5
- 25.- Creo que una mujer que aborta será criticada por la sociedad. 1 2 3 4 5

- 26.- Cuando alguien ha abortado recibe como castigo el desprecio de la gente que le rodea. 1 2 3 4 5
- 27.- Desde que ocurrió el aborto, he sentido que nuestra relación ha empeorado. 1 2 3 4 5
- 28.- Si el no me culpaba por el aborto, yo no me sentiría culpable. 1 2 3 4 5
- 29.- Desde que ocurrió el aborto perdí el entusiasmo por la vida. 1 2 3 4 5
- 30.- Siento que mi pareja ya no siente respeto por mí desde que ocurrió el aborto. 1 2 3 4 5
- 31.- Después de esta experiencia, la del aborto, no quisiera tener relaciones sexuales, durante mucho tiempo. 1 2 3 4 5
- 32.- Debido al aborto ocurrido, tengo temor de no poder tener hijos, cuando yo lo desee. 1 2 3 4 5
- 33.- Siento que mi pareja es culpable de que haya ocurrido el aborto. 1 2 3 4 5
- 34.- La gente siempre desprecia a alguien que ha tenido un aborto. 1 2 3 4 5

- 35.- Constantemente estoy pensando en lo que sería de mi vida si hubiera continuado con el embarazo. 1 2 3 4 5
- 36.- Desde que se interrumpió el embarazo me he alejado de mis amistades. 1 2 3 4 5
- 37.- Un embarazo no deseado debe interrumpirse. 1 2 3 4 5
- 38.- Para mí lo del aborto no tiene ninguna importancia. 1 2 3 4 5
- 39.- Desde que ocurrió el aborto tengo la sensación de que no puedo estar tranquila en lugares cerrados, me dan ganas de salir corriendo. 1 2 3 4 5
- 40.- Desde que ocurrió el aborto no soporto estar sola. 1 2 3 4 5
- 41.- Debido al aborto ya no me dan ganas de tener relaciones sexuales. 1 2 3 4 5
- 42.- Después de que ocurrió el aborto no soporto que mi pareja me acaricie. 1 2 3 4 5
- 43.- Me siento molesta con él por haber abortado. 1 2 3 4 5
- 44.- Siento que todo lo del aborto ha sido un sueño. 1 2 3 4 5

- 45.- Después del aborto me sentía muy enojada con él. 1 2 3 4 5
- 46.- Por haber abortado, seguramente mi pareja ya no volveré a embarazarme. 1 2 3 4 5
- 47.- El hecho de interrumpir mi embarazo, no causó en mí ningún sentimiento. 1 2 3 4 5
- 48.- Lo que más deseo es volverme a embarazar. 1 2 3 4 5
- 49.- Debido al aborto he pensado en suspender mis relaciones sexuales con él. 1 2 3 4 5
- 50.- Me hubiera gustado mucho haber continuado con el embarazo. 1 2 3 4 5
- 51.- Antes del aborto me gustaba estar sola, en cambio ahora no lo soporto. 1 2 3 4 5
- 52.- Mi pareja y yo nunca hemos vuelto a hablar acerca del aborto. 1 2 3 4 5
- 53.- Cuando ocurrió lo del aborto, sentí deseos de dejar el trabajo (o la escuela). 1 2 3 4 5
- 54.- Mi compañero se arrepiente de haber abortado porque siente que hemos cometido un pecado. 1 2 3 4 5

- 55.- Siento que el habernos enfrentado al aborto, ha provocado que nos distanciamos el uno del otro. 1 2 3 4 5
- 56.- Si en mi religión no se considerara el aborto un pecado, yo no me sentiría culpable. 1 2 3 4 5
- 57.- Cuando recuerdo lo del aborto, pienso " el es el culpable, yo no". 1 2 3 4 5
- 58.- Me siento muy culpable por haber abortado. 1 2 3 4 5
- 59.- Por ningún motivo debe interrumpirse un embarazo. 1 2 3 4 5
- 60.- Desde que ocurrió el aborto no tengo deseos de salir a ningún lado. 1 2 3 4 5
- 61.- Siento que esta experiencia -la de abortar nos ha unido más. 1 2 3 4 5
- 62.- El aborto significa que soy incapaz de ser madre. 1 2 3 4 5
- 63.- Estoy muy resentido con el por haber abortad 1 2 3 4 5
- 64.- Al haber abortado, hemos cometido un pecado y eso ha hecho que no nos llevemos bien. 1 2 3 4 5

65.- Creo que por haber abortado Dios nos castigará. 1 2 3 4 5

66.- Cuando que tuvimos que enfrentarnos al aborto 1 2 3 4 5
yo no sentí ningún tipo de apoyo de parte de mi pareja.

APENDICE 4

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE EMPEZAR A CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO, GRACIAS.

INSTRUCCIONES

A CONTINUACION ENCONTRARA USTED UNA SERIE DE AFIRMACIONES, SEGUIDAS DE UNA NUMERACION (1 2 3 4 5), LA CUAL DEBERA UTILIZAR PARA MARCAR EL NUMERO CORRESPONDIENTE A SU OPINION:

1. COMPLETAMENTE DE ACUERDO, 2 ACUERDO, 3 INDECISO, 4 EN DESACUERDO, 5 COMPLETAMENTE EN DESACUERDO; CON LO QUE SUGIERE CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES.

EJEMPLO:

O. A MI COMPASERO LE GUSTA MUCHO IR AL CINE, 1 2 3 4 5

SI USTED ESTA COMPLETAMENTE DE ACUERDO CON ESTA AFIRMACION, DEBERA TACHA EL NUMERO 1.

COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	(5)
EN DESACUERDO	(4)
INDECISO	(3)
DE ACUERDO	(2)
COMPLETAMENTE DE ACUERDO	(1)

- 1.- Desde que ocurrió lo del aborto siento poco entusiasmo por seguir trabajando o estudiando. 1 2 3 4 5
- 2.- Después del aborto realmente perdi el interés por vivir. 1 2 3 4 5
- 3.- Siento coraje cada vez que pienso que nosotros deseábamos este embarazo, pero no fue posible continuarlo. 1 2 3 4 5
- 4.- Me da rabia que no haya continuado el embarazo de mi compañera. 1 2 3 4 5
- 5.- Desde que decidimos interrumpir el embarazo sentí que ya no quería estar cerca de ella. 1 2 3 4 5
- 6.- Desde que supe que estaba embarazada, siento que ya no quiero estar con ella. 1 2 3 4 5
- 7.- Creo que mi compañera hubiera preferido que le fuera totalmente imposible abortar, pues ahora se siente culpable. 1 2 3 4 5
- 8.- Desde que ocurrió el aborto me incómoda que mi compañera me bese. 1 2 3 4 5

- 9.- Poco tiempo después del aborto, no soportaba estar en lugares cerrados. 1 2 3 4 5
- 10.- Me siento culpable de que el embarazo de mi compañera, se haya interrumpido porque mi religión condena el aborto. 1 2 3 4 5
- 11.- Frecuentemente me arrepiento de que mi compañera haya abortado. 1 2 3 4 5
- 12.- Desde que ocurrió el aborto noto que no puedo quedarme solo en casa. 1 2 3 4 5
- 13.- Mi pareja se siente arrepentida de haber interrumpido el embarazo, pero yo no. 1 2 3 4 5
- 14.- Lo que me hace sentir culpable de que mi pareja haya abortado es mi religión. 1 2 3 4 5
- 15.- Desde que abortó mi compañera, cada vez estamos menos tiempo juntos. 1 2 3 4 5
- 16.- Desde que supe que mi compañera estaba embarazada, todo empezó a ir mal entre nosotros. 1 2 3 4 5
- 17.- Desde que mi compañera abortó, cada día platicamos menos. 1 2 3 4 5

- 18.- Dios castiga a quien ha abortado, negándole la oportunidad de volverse a embarazar. 1 2 3 4 5
- 19.- Si las personas de mi religión supieran que el embarazo de mi compañera ha sido interrumpido, seguramente nos rechazarían. 1 2 3 4 5
- 20.- Desde que ocurrió lo del aborto muchas veces he pensado en terminar nuestra relación. 1 2 3 4 5
- 21.- Tengo temor de que mi compañera ya no pueda volver a embarazarse a consecuencia del aborto. 1 2 3 4 5
- 22.- Desde que ocurrió el aborto pocas veces deseo estar con ella. 1 2 3 4 5
- 23.- Desde que mi compañera abortó, ya no me siento bien con algo mío. 1 2 3 4 5
- 24.- Creo que estuvo muy mal interrumpir el embarazo de mi compañera. 1 2 3 4 5
- 25.- Creo que una mujer que aborta será criticada por la sociedad. 1 2 3 4 5
- 26.- Cuando alguien ha abortado recibe como castigo el desprecio de la gente que le rodea. 1 2 3 4 5

- 27.- Desde que ocurrió el aborto, he sentido que nuestra relación ha empeorado. 1 2 3 4 5
- 28.- Si ella no me culpara por el aborto, yo no me sentiría culpable. 1 2 3 4 5
- 29.- Desde que ocurrió el aborto perdí el entusiasmo por la vida. 1 2 3 4 5
- 30.- Siento que mi pareja ya no siente respeto por mí desde que ocurrió el aborto. 1 2 3 4 5
- 31.- Después de esta experiencia, la del aborto, no quisiera tener relaciones sexuales, durante mucho tiempo. 1 2 3 4 5
- 32.- Debido al aborto ocurrido, tengo temor de no poder tener hijos con ella, cuando yo lo desee. 1 2 3 4 5
- 33.- Siento que mi pareja es culpable de que haya ocurrido el aborto. 1 2 3 4 5
- 34.- La gente siempre desprecia a alguien que ha tenido un aborto. 1 2 3 4 5
- 35.- Constantemente estoy pensando en lo que sería de mi vida si hubiera continuado con el embarazo. 1 2 3 4 5

- 36.- Desde que se interrumpio el embarazo me he alejado de mis amistades. 1 2 3 4 5
- 37.- Un embarazo no deseado debe interrumpirse. 1 2 3 4 5
- 38.- Para mí lo del aborto no tiene ninguna importancia. 1 2 3 4 5
- 39.- Desde que ocurrió el aborto tengo la sensación de que no puedo estar tranquilo en lugares cerrados, me dan ganas de salir corriendo. 1 2 3 4 5
- 40.- Desde que ocurrió el aborto no soporto estar solo. 1 2 3 4 5
- 41.- Debido al aborto ya no me dan ganas de tener relaciones sexuales. 1 2 3 4 5
- 42.- Después de que ocurrió el aborto no soporto que mi pareja me acaricie. 1 2 3 4 5
- 43.- Me siento molesto con ella por haber abortado. 1 2 3 4 5
- 44.- Siento que todo lo del aborto ha sido un sueño. 1 2 3 4 5
- 45.- Después del aborto me sentía muy enojado con ella. 1 2 3 4 5

- 46.- Por haber abortado, seguramente mi pareja ya
ya volverá embarazarse. 1 2 3 4 5
- 47.- El hecho de interrumpir el embarazo
de mi compañera, no causó en mí ningún sentimiento. 1 2 3 4 5
- 48.- Lo que más deseo es que mi compañera se vuelva
a embarazarse. 1 2 3 4 5
- 49.- Debido al aborto he pensado en suspender mis
relaciones sexuales con ella. 1 2 3 4 5
- 50.- Me hubiera gustado mucho que mi compañera
hubiera continuado con el embarazo. 1 2 3 4 5
- 51.- Antes del aborto me gustaba estar sólo
en cambio ahora no lo soporto. 1 2 3 4 5
- 52.- Mi pareja y yo nunca hemos vuelto a hablar
acerca del aborto. 1 2 3 4 5
- 53.- Cuando ocurrió lo del aborto, sentí deseos de
dejar el trabajo (o la escuela). 1 2 3 4 5
- 54.- Mi compañera se arrepiente de haber abortado,
porque siente que hemos cometido un pecado. 1 2 3 4 5

- 55.- Siento que el habernos enfrentado al aborto, ha provocado que nos distanciamos el uno del otro. 1 2 3 4 5
- 56.- Si en mi religión no se considerara el aborto un pecado, yo no me sentiría culpable. 1 2 3 4 5
- 57.- Cuando recuerdo lo del aborto, pienso " ella es la culpable, yo no". 1 2 3 4 5
- 58.- Me siento muy culpable por el aborto de mi pareja. 1 2 3 4 5
- 59.- Por ningún motivo debe interrumpirse un embarazo. 1 2 3 4 5
- 60.- Desde que ocurrió el aborto no tengo deseos de salir a ningún lado 1 2 3 4 5
- 61.- Siento que esta experiencia -la de abortar- nos ha unido más. 1 2 3 4 5
- 62.- El aborto de mi compañera significa que soy incapaz de ser padre. 1 2 3 4 5
- 63.- Estoy muy resentido con ella por haber 1 2 3 4 5

64.- Al haber abortado, hemos cometido un pecado y 1 2 3 4 5
eso ha hecho que no nos lleveos bien.

65.- Creo que por haber abortado Dios nos castigará. 1 2 3 4 5

66.- Cuando tuvimos que enfrentarnos al aborto yo 1 2 3 4 5
no sentí ningún tipo de apoyo de parte de mi pareja.

BIBLIOGRAFIA.

Ackerman, N. (1982), Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. México; Ed. Fondo de Cultura Económica.

Acosta, M. et. al. (1976), El Aborto en México. México; Ed. Fondo de Cultura Económica.

Alvarez, G. & Mazín, R. (1983), Elementos de Sexología. México ; Edit. Interamericana.

Aray, J. (1968), Aborto Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires, Ed. Hormé.

Arellano, E. (1989), Entorno Psicosocial que Dificulta la Elaboración de Duelo en el Aborto. Tesis U.N.A.M., Facultad de Psicología.

Bernhard, Y. (1986), Cómo Manejar Conflictos de Pareja. México, Ed. Pax-México.

Blalock, H. (1978) Introducción a la Investigación Social. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.

Bob & Blood, M. (1980) Sociología del Matrimonio Actual. México, Ed. Pax-México.

- Bueno, M. (1985) Relaciones de Pareja. Principales Modelos Teóricos. Bilbao, Ed. Desclee de Brouwer.
- Cáceres J. (1986) Reaprender a Vivir en Pareja. Barcelona-México, Ed. Plaza & Janes.
- Calandra, D. y Col. (1973), Aborto: Estudio Clínico, Psicológico, Social y Jurídico. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana.
- Casiodoro de Reina (1569), La Santa Biblia. Antigua y Nueva Testamento. Revisión de 1960, Ed. Sociedades Bíblicas en América Latina.
- Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales. (1970), México, Ed. Porrúa.
- Coromias, J. (1961), Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. Madrid, Ed. Gredos.
- Cuell, J. (1980) El Aborto en el Marginado Psicológico. (Leal, L.) El Problema del Aborto en México. p. p. 141 - 157 México, Ed. Miguel Angel Porrúa.
- Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina (C. I. D. H. A. L.), (1982), Cuerpo de Mujer. México.

Bueno, M. (1985) Relaciones de Pareja. Principales Modelos Teóricos. Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer.

Cáceres J. (1986) Reaprender a Vivir en Pareja. Barcelona-México, Ed. Plaza & Janes.

Calandra, D. y Col. (1973), Aborto: Estudio Clínico, Psicológico, Social y Jurídico. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana.

Casiodoro de Reina (1569), La Santa Biblia, Antigua y Nuevo Testamento. Revisión de 1960, Ed. Sociedades Bíblicas en América Latina.

Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales. (1970), México, Ed. Porrúa.

Coromias, J. (1961), Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. Madrid, Ed. Gredos.

Cueli, J. (1980) El Aborto en el Marginado Psicológico. (Leal, L.) El Problema del Aborto en México. p. p. 141 - 157 México, Ed. Miguel Angel Porrúa.

Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina (C. I. D. H. A. L.), (1982), Cuerpo de Mujer. México.

Consejo Nacional de Población (CONAPO), (1982) La Educación de la Sexualidad. Sociedad y Sexualidad tomo 2, Familia y Sexualidad. México.

Dalsace, J. (1971) Por y Contra el Aborto. Buenos Aires. Ed. Garnica.

DeLille, L. (1981), El Aborto y Prepaternidad en la Pareja. Tesis de Maestría en Psicología Clínica U.N.A.M.

Deutsch, H. (1971), La Psicología de la Mujer. Vol.II. Buenos Aires. Ed. Losada.

Di Meglio & Valentini, N. (1980) La Pareja al Desnudo. Barcelona-México, Ed. Grijalbo.

Dolto, F. (1984), Sexualidad Femenina. Buenos Aires, Ed. Paidós.

Eichenlaub, J. (1986), Los Problemas Sexuales de la Pareja. México, Ed. Pax - México.

English, H. B. & English, A. Ch. (1977), Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires, Ed. Paidós.

Espejel, E. (1988), La Expresión Afectiva del Hombre y su Repercusión en la Familia, p. p. 97 - 108. Los Afectos su Expresión Masculina. México, Ed. I. I. P. C. S.

Fenichel, O. (1979), Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires, Ed. Paidós.

Fournier, M. y Col. (1974), Historia Natural del Aborto. Revista de la Facultad de Medicina. Marzo 1974 Vol. XVII Año 17 No. 3 México.

Freud, S. (1917), Duelo y Melancolía. Obras Completas tomo II, Madrid Ed. Biblioteca Nueva.

Fuentes, L. (1978), El Aborto desde el Punto de Vista Psicoanalítico. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología U.N.A.M.

González, S. (1991), Información verbal.

Grinberg, L. (1983), Culpa y Depresión. Madrid, Ed. Alianza.

Havemann, E. et. al. (1967), Como Practicaban el Control de la Natalidad Nuestros Antepasados. Rev. Life p. p. 21 - 25.

Hostrom, W. (1983), La Cultura en México. Rev. Fem No. 39 Año 8 México.

Howgrd, C. (1974), Diccionario de Psicología. Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Kerlinger, F. (1981), Investigación del Comportamiento Técnica y Metodología. México, Ed. Interamericana.

Klemer, R. (1982), Encuentro Hombre-Mujer. México, Edit. Pax-México.

Langer, M. (1983), Maternidad y Sexo. Barcelona, Ed. Paidós.

Leal, L. et. al. (1980), El Problema del Aborto en México. México, Ed. Miguel Angel Porrúa.

Leal, L. (1982), Maternidad Voluntaria: Anticoncepción y Aborto. Ponencia presentada en el seminario "Feminismo, Política y Movimiento

Feminista", organizado por el Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo. México.

Leret de Matheus, M. (1977), Aborto, Prejuicios y Ley. México, Ed. Cota-Amic.

Mailer, S. (1982), Algunos Efectos del Aborto en la Mujer. Tesis de Posgrado, Facultad de Psicología U.N.A.M.

Martínez, R. (1984), Delitos Sexuales. México, Edit. Porrúa.

Maza, E. (1979), Ante el Aborto Clandestino el Estado guarda Silencio. Rev. Proceso p. p. 14 -20 Mayo .

Minuchin, S. (1983), Familias y Terapia Familiar. México Edit. Gedesa.

Orozco y Berra M, (1967), Historia Antigua y de la Conquista de México, libro III, Cap. I, p.405. España, Ed. Nueva España.

Padilla, T. (1988), " Masculinidad y Aborto" p. p. 43 -51 Los Afectos, su Expresión Masculina. México, Ed. I. I. P. C. S.

Pick, B. & López, A. (1983), Cómo Investigar en Ciencias Sociales. México Ed. Trillas.

Publicaciones Médicas de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, (1981) Manual de Planificación Familiar para Médicos. Inglaterra, Ed. I. P. P. F.

Ramírez, B. (1977), El Mexicano, Psicología y sus Motivaciones. México Ed. Grijalbo.

Roemer, R. (1980), Leyes del Mundo (Hall, R.), El Aborto en un Mundo Cambiante. p.p. 95 - 103, México, Ed. Extemporáneos.

Thévenet, E. (1978), El Aborto en el Uruguay. Uruguay, Ed. Montevideo.

Tietze, C. (1983), Informe Mundial sobre el Aborto. Madrid, Ministerio de Cultura, Instituto de la Mujer.

Tordjam, B. (1973), La aventura de la pareja. Buenos Aires, Ed. Granica.

Varios. (1974), Historia Natural del Aborto. Rev. de la Facultad de Medicina U.N.A.M. Vol. XVII Año 17 No. 8 p. p. 4 - 28.

Westermarck, E. (1984), Historia del Matrimonio. Barcelona, Ed. Laertes.

Young, R. & Veldman, D. (1979), Introducción a la Estadística Aplicada a las Ciencias de la Conducta. México, Ed. Trillas.