

01962 8  
20.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE POSGRADO

ESTRUCTURA FAMILIAR EN UN GRUPO DE MUJERES  
MEXICANAS REINCIDENTES EN ABORTO PROVOCADO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA  
PRESENTA  
LIC. MARTHA LUZ ROJAS KAUFFMANN

DIRECCION DE TESIS: DR. BENJAMIN DOMINGUEZ TREJO  
DR. RAYMUNDO MACIAS AVILES, DRA. NELLY HEREDIA CARRILLO  
SINODALES: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ N. MTRO. JORGE PEREZ ESPINOZA.



## **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.

## RESUMEN

Se realizó un estudio clínico exploratorio con diseño ex-post-facto, con una muestra de veinte mujeres mexicanas reincidentes en aborto provocado, cuyo propósito central fue identificar y describir retrospectivamente algunas características de la estructura familiar (hogar directo) que contextuó cada una de sus experiencias abortivas, desde una perspectiva sistémica, privilegiando de entre los modelos clínicos del funcionamiento familiar el modelo estructural desarrollado por Minuchin (1974) tanto en el diseño como en la interpretación de los resultados. Los instrumentos empleados para la obtención de los datos fueron; Fichas de datos personales de las entrevistadas, un cuestionario no estandarizado de indicadores de estructura familiar disfuncional (IEFD), y un cuestionario guía para la elaboración de mapas estructurales o familiogramas (GEME). Se muestra la representación diagramática de algunas características del hogar directo que contextuó cada experiencia de aborto de las 20 mujeres entrevistadas. Se realizó un análisis de distribución de frecuencias, se obtuvo la media  $\bar{X}$ , y la desviación estandar S, de las puntuaciones totales obtenidas a través del cuestionario IEFD, en la primera, segunda y tercera exploración retrospectiva de las correspondientes experiencias de aborto provocado de las 20 entrevistadas. Se presenta también el análisis interpretativo de tres casos clínicamente representativos del conjunto de veinte. Los resultados obtenidos sugieren, de acuerdo a la hipótesis de trabajo propuesta, que efectivamente las experiencias de aborto provocado de las entrevistadas estuvieron contextuadas por estructuras familiares con características de disfuncionalidad, así mismo, que desde la perspectiva sistémica, la conducta de las reincidentes pudo ser conceptualizada, por lo menos en estos casos, como una conducta sintomática.

# INDICE

Página

1.	INTRODUCCION	
1.	PANORAMA GENERAL DEL ABORTO PROVOCADO, A NIVEL MUNDIAL	1
2.	EL ABORTO PROVOCADO, EN MEXICO	4
	2.1 Aspectos Legislativos	4
	2.2 Aspectos Socioeconómicos y Culturales	7
	2.2.1 La mujer y la Familia Mexicana	7
	2.3 Aspectos Médicos	13
	2.3.1 Definición y Concepto de Aborto	13
	2.4 Datos Estadísticos y Epidemiológicos	15
	2.5 El Problema de la Reincidencia en Aborto Provocado	17
	2.5.1 Investigaciones Relacionadas	20
	2.6 Planteamiento del Problema	21
	2.6.1 Objetivo General	22
	2.6.2 Hipótesis Clínico Conceptuales	22
	2.6.3 Hipótesis de Trabajo	22
	2.6.4 Hipótesis Clínica Alternativa	22
	2.7 Población	23
	2.8 Instrumentos	23
	2.9 Definición de Términos	25
	2.10 Limitaciones del Estudio	29
3.	MARCO TEORICO	30
	3.1 La Familia Como Sistema	30
	3.2 Modelos Clínicos del Funcionamiento Familiar Normal-Funcional y Disfuncional	34
	3.2.1 Modelo Estructural	47
	3.2.2 Modelo Interaccional	55
4.	METODO	58
	4.1 Procedimiento	58
	4.1.1 Selección de la Muestra	58
	4.1.2 Aplicación de Instrumentos	58
	4.2 Análisis Estadístico	59
5.	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	60
	5.1 De las Fichas de Datos Personales de las Entrevistadas	60
	5.1.1 Datos Actuales	60
	5.1.2 En Cada Experiencia de Aborto Provocado	64
	5.2 Del Cuestionario I E F D	70
	5.3 Del Cuestionario G E M E	73
	5.3.1 Análisis Interpretativo de Tres Casos Clínicamente Representativos del Conjunto de Veinte	130
6.	DISCUSION Y CONCLUSIONES	147
7.	APENDICES	149
8.	REFERENCIAS.	178

## INTRODUCCION

Los estudios clínicos respecto al tema de la reincidencia en aborto provocado escasean, y los que se encuentran, en una perspectiva psicológica, lo han abordado desde el enfoque teórico del discurso psiquiátrico tradicional, es decir, que el problema se examina bajo la óptica de las características de personalidad y el comportamiento individual de las reincidentes en relación con causas inconcientes prestando poca atención a las características del sistema familiar del que forman parte y dentro del cual se mantienen relaciones de mutua influencia.

Se realizó un estudio clínico exploratorio con diseño ex-post-facto, cuyo propósito central fué identificar y describir retrospectivamente algunas características de la estructura familiar en una muestra de veinte mujeres mexicanas reincidentes en aborto provocado, desde una perspectiva sistémica, privilegiando de entre los modelos clínicos del funcionamiento familiar, el modelo estructural desarrollado por Salvador Minuchin (1974) tanto en el diseño como en la interpretación de los resultados.

Así se intentó un rescate retrospectivo experiencial para explorar desde la percepción que de sí mismas y de la interacción familiar propia se formaron estas mujeres; que características en su estructura familiar (hogar directo) contextualizaron cada una de sus experiencias de aborto provocado.

Los instrumentos utilizados para la obtención de los datos fueron diseñados de manera propositiva y específica para el presente estudio, a saber; fichas de datos personales de las entrevistadas, un cuestionario no estandarizado de indicadores de estructura familiar disfuncional (IEFD), y un cuestionario guía para la elaboración de mapas estructurales (GEME).

Este último, permitió realizar la representación diagramática de algunas características de la estructura familiar (hogar directo) que contextualizó cada experiencia de aborto provocado de las veinte mujeres entrevistadas. Para su diseño se tomó como marco de referencia el modelo de entrevista para la elaboración de genogramas propuesto por McGoldrick y Gerson (1987) quienes refieren una serie de pasos que hacen posible adaptar la entrevista de genograma a los fines de la investigación empírica sobre familias. En tanto herramienta clínica interpretativa subjetiva no cuenta con una escala de medición cuantitativa.

Se realizó un análisis de distribución de frecuencias, se obtuvo la media  $\bar{X}$ , y la desviación estandar  $S$ , de las puntuaciones totales obtenidas a través del cuestionario IEFD, en la primera, segunda, y tercera exploración retrospectiva de las correspondientes experiencias de aborto provocado de las 20 entrevistadas.

Se presenta el análisis interpretativo de tres casos clínicamente representativos

**del conjunto de veinte. De acuerdo a la hipótesis de trabajo propuesta, los resultados obtenidos sugieren que efectivamente desde la perspectiva teórica privilegiada, la conducta de las reincidentes en aborto provocado, por lo menos en estos casos, pudo ser conceptualizada como una conducta sintomática, disfuncional, que no era sino sintomática a su vez de la disfunción en su estructura familiar.**

# 1. PANORAMA GENERAL DEL ABORTO PROVOCADO, A NIVEL MUNDIAL

Un problema de actualidad en todo el mundo, que alcanzó su punto álgido hacia 1975 al declararse éste como el Año Internacional de la Mujer por las Naciones Unidas y su sede establecida en México, lo es el relativo a la interrupción deliberada del proceso de gestación, lo que suele llamarse aborto provocado.

Complejo y controversial tema que se encuentra relacionado con la estructura no ya solo de cada familia, sino que concierne a la sociedad por entero, añade a su vertiente estrictamente médica otras de carácter jurídico, sociológico, religioso, demográfico, etc... lo que ha motivado una gran cantidad de estudios al respecto y más aún debido a que en muchos países las legislaciones respectivas han experimentado cambios, o se encuentran en discusión aún, abanderadas fundamentalmente por los movimientos feministas que entre las exigencias inmediatas se plantean el derecho de la mujer a la libre disponibilidad de su propio cuerpo, lo que entraña la liberación del aborto, considerándolo no como un sistema normal de control de la natalidad sino como un recurso extremo en una situación dramática, para cuya solución las mujeres corren además de otros, el peligro de la sanción penal, por lo cual consideran desde una óptica político-ideológica, que el asunto debe pasar a ser ahora objeto de acción política.

La posición esencial del movimiento feminista a nivel mundial respecto a la legislación sobre el aborto la podemos resumir aludiendo al planteamiento de Kate Millett, (1975) una de las principales exponentes teóricas del feminismo norteamericano quien se cuenta entre las autoras que con mayor lucidez ha analizado el fenómeno universal del patriarcado, en su libro "Política Sexual" nos dice:

"Así como el gobierno se asienta en el poder, que puede estar respaldado por el consenso o impuesto por la violencia, así la política sexual se asienta sobre la superioridad masculina que somete por la vía de la fuerza o controla, por medio del derecho y otros aparatos ideológicos al servicio del Estado, al género femenino".

Añadiendo que "Una expresión de esa superioridad masculina se expresa en la forma que utiliza la legislación para controlar la sexualidad de las mujeres". (p.19)

Según los países, la legislación sobre el aborto varía, pero se puede dividir en tres categorías básicas: restrictiva, moderada y liberal.

Las leyes restrictivas; prohíben totalmente el aborto, o lo limitan a aquellos casos en que se juzga necesario para salvar la vida de la mujer.

Las leyes moderadas; amplían las causas admisibles, incluyendo razones

como la preservación de la salud mental y/o física de la mujer, problemas socioeconómicos y posibles malformaciones del feto. A veces requieren seguir un procedimiento estricto para obtener la autorización.

Las leyes liberales; no restringen los abortos salvo en casos de embarazos avanzados.

De acuerdo con Abraham y Pasini (1980) hacia 1972 en 27 países no había prácticamente ninguna posibilidad de tomar en consideración una demanda de interrupción de embarazo. Por el contrario, en siete países, que abarcan la tercera parte de la población mundial (Alemania del Este, China, Dinamarca, URSS, Estados Unidos y Túnez), habían llegado a la solución llamada de plazo, que autorizaba al médico a adoptar una decisión de interrupción legal en el curso de las doce primeras semanas, de acuerdo con su paciente y con el eventual conocimiento del conyuge o compañero.

Había en 103 países -sobre un total de 136 legislaciones conocidas- indicaciones para interrumpir el embarazo por motivos médicos, eugenésicos, éticos, médico-sociales, o sociales eventualmente combinados con acción médica más o menos estrictamente ligada.

Para 1974, se calculaba (Acosta "et al", 1976), que más de la mitad de la población mundial tenía acceso a una u otra forma de aborto legal.

"Actualmente, en la mayoría de los países altamente desarrollados (en especial entre los Europeos, Nórdicos y Centrales, E.E.U.U., Rusia y Japón) se observa una marcada tendencia a la liberalización de la legislación sobre el aborto". (Valle, G.A. 1990 julio 2).

En estos países el aborto voluntario sigue siendo un recurso de planificación familiar que no ha podido ser remplazado por la anticoncepción aún cuando ésta ha sido y es una prioridad en los renglones de salud y educación. Al parecer, impera la urgencia por interrumpir el avance de embarazos meramente accidentales, impensados, evitando con ello, el nacimiento de hijos no deseados, por sobre el proceso de educación sexual, y el diseño de métodos anticonceptivos eficaces, reversibles y cómodos tanto para el hombre como para la mujer.

Cabe resaltar, que uno de los argumentos de mayor peso que se ha utilizado en los países que ya han liberalizado el aborto, logrando disminuir las medidas restrictivas que obligan a recurrir al claudestinaje, ha sido la profilaxis de las complicaciones post-aborto.

Ha privado la concepción pragmática de que si las mujeres están decididas a interrumpir el embarazo en cualquier forma, es preferible que el aborto se realice en las mejores condiciones desde el punto de vista médico, lo que implícitamente las provee de un clima de seguridad emocional, quedando demostrado con la instrumen-

tación de dicha práctica una notable disminución de la morbimortalidad post-aborto.

Es importante tomar en cuenta que las legislaciones específicas no son interpretadas con el mismo rigor en todos los países, de manera que su existencia no explica siempre de forma inequívoca la actitud real ante el aborto por parte de una nación. Pero si "podemos tomar este hecho como un indicador entre otros, de la situación social de la mujer en un lugar y tiempo determinados". Ibid. p.5.

La experiencia francesa resulta un claro ejemplo de orientación liberal doblemente atractivo en virtud de las características situacionales en que se desarrolló.

A finales de 1974 la Ley Francesa que databa de 1917 e imponía pena de cárcel hasta por seis meses, se sumó a la llamada solución de plazo, simplemente suspendiendo por un término de cinco años la vigencia del código penal, la suspensión fue prorrogada al término de dicho plazo y actualmente sigue en vigor.

Al mando de la sociedad francesa estaba el presidente Valery Giscard D'Estaing quien se confesó católico, declarando que no corresponde a la ley civil imponer prohibiciones de tipo eclesástico y mucho menos sancionarlas jurídicamente. (Granados, Ch., 1989, Marzo 29)

Giscard consideraba que siendo presidente de una república cuyo estado era laico, no debía ni tenía porqué imponer sus convicciones personales a sus representados y sí en cambio, proceder en el sentido de procurar que la ley fuera acorde con la situación real del problema del aborto ya que en esa medida podría ser respetada.

La intención última que persiguen los países al liberalizar la legislación respecto al aborto, es transformar en una cuestión de responsabilidad individual, lo que hasta antes quedaba en el ámbito de la ley.

## 2. EL ABORTO PROVOCADO, EN MEXICO

### 2.1 Aspectos Legislativos

La legislación vigente sobre el aborto en México data de 1931, en sus artículos 329 a 334, y legalmente lo define como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez (Núñez, C.J., 1978) estipulando sanciones diversas tanto a la madre como a las personas que intervengan en la interrupción del embarazo. Este marco jurídico ha ocasionado la clandestinidad del aborto, con sus consecuencias, y por lo tanto un problema de salud pública.

En materia legislativa, la discusión sobre la maternidad voluntaria, iniciada hacia 1975, aún se pretende circunscribir al terreno exclusivamente moral, haciendo grandes esfuerzos por soslayar su trascendencia como problema social y de salud pública.

"Son de tipo moral las principales razones que se aducen para rechazar la liberación de las leyes que sancionan la maternidad voluntaria, cuando en realidad el aspecto moral es asunto personal e íntimo y debe quedar fuera de la jurisdicción legal, al no ser materia de moral pública. No corresponde a los diputados y senadores de un estado laico regir la conciencia individual o colectiva de la ciudadanía en éste caso, igual que no sucede en el caso del divorcio en el que son los individuos quienes consideran la necesidad o nó de hacer uso de ese derecho" (Grupo Parlamentario Comunista - Coalición de Izquierda (GPC - CI), 1979).

El 29 de diciembre de 1979, este grupo puso a consideración de la Honorable Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, una serie de Proposiciones de Reformas y Adiciones al Código Penal para el Distrito Federal y al Código Sanitario y sus Disposiciones Reglamentarias\*, presentando un Proyecto de Inclusión del Aborto en el Código Sanitario\*\*.

A los 18 años de distancia, el debate es el mismo. Aún continúa la negatiga a incluir las proposiciones, reformas y adicione relativas al aborto en los códigos penal y sanitario.

Basta una mirada a la serie de eventos ocurridos a partir del pasado mes de octubre de 1990, fecha en que se dió a conocer a través de los diarios de circulación nacional, que "en Chiapas con la aprobación del Congreso del Estado, desde el 9 de octubre de 1990, el aborto fue despenalizado" (López, G.G., 1991)a.

Al aprobarse esa reforma en el código penal, dicha legislación pasaba a incluirse a nivel mundial en la categoría de las leyes liberales, las cuales no restringen los abortos salvo en casos de embarazo avanzado (más de 12 semanas).

\* Ver descripción detallada en Apéndice A.

\*\* Ver descripción detallada en Apéndice B.

A partir de este hecho la Sociedad Mexicana se vió sometida a una avalancha periodística de opiniones encontradas.

Ante la presión de las opiniones en contra de la despenalización del aborto en Chiapas, desde el 31 de diciembre de 1990, la medida quedó suspendida.

Cabe resaltar que si bien a 18 años de distancia el debate es el mismo, el aspecto que hace 2 años hizo la diferencia fue, que se expresaron todo un espectro de opiniones surgidas de los sectores más diversos tanto a nivel local como nacional a través de los diferentes medios masivos de comunicación; obispos, arzobispos, grupos católicos como pro-vida, gobernadores, secretarios de gobernación, procuradores de justicia, diputados locales y federales, asambleístas y senadores, partidos políticos, grupos y organizaciones de mujeres feministas y no feministas, intelectuales, columnistas, especialistas y no especialistas, médicos, legistas, organizaciones sindicales, populares estudiantiles, civiles y campesinas.

Una serie de acciones en pro y en contra se sucedieron en los diversos ámbitos con el fin de hacer que los representantes de las Secretarías de Salud y Educación se involucraran, así como la sociedad por entero, abarcando desde foros, movimientos, campañas, conferencias, pláticas, seminarios, mesas redondas, hasta marchas, mítines y plantones.

Destacaron a favor, las acciones del Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y por la Despenalización del Aborto, constituido el 8 de enero de 1991, conformado por 62 organizaciones, y que el 16 de febrero del mismo año efectuó un foro interno donde acordaron como primer punto emprender una lucha en el terreno político y social para que se respeten los derechos de las mujeres a ejercer su maternidad de manera libre y voluntaria, y segundo, apoyar con acciones en el Distrito Federal y en Chiapas al Congreso de esa entidad para que no diera marcha atrás en la despenalización del aborto. (López, G.G., 1991)b.

La primera acción en ese sentido se dió el lunes 27 de mayo cuando el citado frente, junto con representantes de la Coordinadora de Mujeres Benita Galeana, el Comité Metropolitano de apoyo al encuentro internacional de lesbianas y homosexuales, así como con candidatas de la Convención Nacional de Mujeres por la Democracia, demandaron la presencia de una comisión del congreso local chiapaneco en el Distrito Federal para que explicara la suspensión de la medida adoptada en materia legislativa, en un plantón de cuatro días ante la representación del gobierno de Chiapas en la ciudad de México. (Cuéllar, M., 1991, Mayo 28).

Con el mismo fin, el citado frente convocó y realizó en Tuxtla Gutierrez, Chiapas, del 20 al 22 de junio un Foro Nacional, a efecto de profundizar en el debate público, al término del cual resolvieron firmar el llamado Pacto Federal por la Maternidad Voluntaria. (Parra, A., 1991, Julio 3).

A partir de este hecho la Sociedad Mexicana se vió sometida a una avalancha periodística de opiniones encontradas.

Ante la presión de las opiniones en contra de la despenalización del aborto en Chiapas, desde el 31 de diciembre de 1990, la medida quedó suspendida.

Cabe resaltar que si bien a 18 años de distancia el debate es el mismo, el aspecto que hace 2 años hizo la diferencia fue, que se expresaron todo un espectro de opiniones surgidas de los sectores más diversos tanto a nivel local como nacional a través de los diferentes medios masivos de comunicación; obispos, arzobispos, grupos católicos como pro-vida, gobernadores, secretarios de gobernación, procuradores de justicia, diputados locales y federales, asambleístas y senadores, partidos políticos, grupos y organizaciones de mujeres feministas y no feministas, intelectuales, columnistas, especialistas y no especialistas, médicos, legislistas, organizaciones sindicales, populares estudiantiles, civiles y campesinas.

Una serie de acciones en pro y en contra se sucedieron en los diversos ámbitos con el fin de hacer que los representantes de las Secretarías de Salud y Educación se involucraran, así como la sociedad por entero, abarcando desde foros, movimientos, campañas, conferencias, pláticas, seminarios, mesas redondas, hasta marchas, mítines y plantones.

Destacaron a favor, las acciones del Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y por la Despenalización del Aborto, constituido el 8 de enero de 1991, conformado por 62 organizaciones, y que el 16 de febrero del mismo año efectuó un foro interno donde acordaron como primer punto emprender una lucha en el terreno político y social para que se respeten los derechos de las mujeres a ejercer su maternidad de manera libre y voluntaria, y segundo, apoyar con acciones en el Distrito Federal y en Chiapas al Congreso de esa entidad para que no diera marcha atrás en la despenalización del aborto. (López, G.G., 1991)b.

La primera acción en ese sentido se dió el lunes 27 de mayo cuando el citado frente, junto con representantes de la Coordinadora de Mujeres Benita Galeana, el Comité Metropolitano de apoyo al encuentro internacional de lesbianas y homosexuales, así como con candidatas de la Convención Nacional de Mujeres por la Democracia, demandaron la presencia de una comisión del congreso local chiapaneco en el Distrito Federal para que explicara la suspensión de la medida adoptada en materia legislativa, en un plantón de cuatro días ante la representación del gobierno de Chiapas en la ciudad de México. (Cuéllar, M., 1991, Mayo 28).

Con el mismo fin, el citado frente convocó y realizó en Tuxtla Gutierrez, Chiapas, del 20 al 22 de junio un Foro Nacional, a efecto de profundizar en el debate público, al término del cual resolvieron firmar el llamado Pacto Federal por la Maternidad Voluntaria. (Parra, A., 1991, Julio 3).

En dicho pacto, proponían concretar la maternidad voluntaria como un derecho humano esencial de todas las mujeres.

Desde la perspectiva de quienes suscribieron el pacto, la maternidad voluntaria implica:

a) El reconocimiento de la capacidad inalienable de las mujeres a decidir sobre su sexualidad, su maternidad, en particular sobre su fecundidad, y en concreto, sobre su embarazo y parto.

b) La educación para la sexualidad libre, objetiva, científica e integral; la obtención directa y pública de recursos contraceptivos para hombres y mujeres, así como el acceso a éstas últimas a la interrupción del embarazo como recurso voluntario ante un embarazo no deseado. La protección de la ley cuando sea contra su voluntad. El requerimiento de normas y mecanismos ágiles y eficientes para acceder a la interrupción del embarazo en las mejores condiciones y para hacer efectiva la voluntad de las mujeres así como poner en práctica lo establecido en el Art. 4°. Constitucional que dice "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos".

c) La eliminación social de la morbilidad y la mortalidad por causas asociadas con la maternidad. Erradicar el aborto como un hecho parcial y la disminución del número de mujeres que tengan que acceder a interrumpir un embarazo no deseado, mediante su atención, y la generalización de la anticoncepción. Suprimir la esterilización realizada sin el conocimiento y la voluntad de las mujeres.

d) Que el estado asuma una ética de previsión social y de protección de la maternidad en el bienestar de las mujeres y sus criaturas. Requiere la eliminación de políticas demográficas autoritarias. El reconocimiento de las mujeres como sujetos con voluntad, y su deseo de participar como protagonistas en el diseño, en la toma de decisiones y en la planificación de cualquier programa de población que incida en la sexualidad, y particularmente en su maternidad.

e) Su protección a través de instituciones públicas que garanticen el ejercicio de ese derecho con el personal y el equipo idóneo.

f) el acceso al bien vivir de las mujeres, sus criaturas y sus familias, mediante vivienda digna, salud integral, educación, trabajo, salario y seguridad social suficientes. Maternizar a la sociedad y desmaternizar a las mujeres, estableciendo que los cuidados vitales sean parte de la paternidad, logrando que ésta se concrete en responsabilidades compartidas en la vida cotidiana de los hijos. Lo anterior precisa socializar el trabajo doméstico y su transformación, de un hecho individual y servil, a un hecho que la sociedad asuma y resuelva de manera colectiva, mixta, mediante instituciones públicas.

Finalmente planteaban que mientras la maternidad siga siendo compulsiva

y no un acto de voluntad, las mujeres no serán seres libres.

Por otro lado, a la cabeza de las acciones en contra, grupos como pro-vida, realizaban con intensidad sus campañas en contra de la despenalización del aborto, exhibiendo videos en escuelas privadas y públicas, distribuyendo carteles con imágenes de fetos desgarrados, y editando folletos con pronunciamientos religiosos. (López, G.G., 1991)c.

Hasta el momento, una comisión del multicitado frente se encarga de analizar y enriquecer la ya también citada iniciativa de ley emitida en 1970 por feministas y organizaciones diversas, actualizando cifras y datos, retomando el discurso actual así como los hechos que en la materia se han venido sucediendo en los últimos dos años, con el fin de presentarlo para su discusión y aprobación ante la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

Informaciones periodísticas recientes indican que el pasado 31 de enero en Guatemala, ante funcionarios de salud, legisladoras y ciudadanas de diez países latinoamericanos, incluido México, el Banco Mundial recomendó a los gobiernos de la región que legislen sobre el aborto provocado, hoy ilegal y cuya clandestinidad ha hecho que éste sea la primera causa de muerte materna en América Latina y uno de los rubros más costosos para la sociedad y la economía de las naciones. Surgiendo iniciar una consulta nacional con los diversos sectores sociales, especialmente con las mujeres. (Lovera, S., 1992, marzo 2).

Paralelamente, en la Cámara de Diputados de México se iniciaron las consultas para presentar en noviembre un proyecto legislativo que encare el problema del aborto.

Menciona Lovera que diputadas mexicanas encabezadas por la presidenta de la comisión de población y desarrollo de la misma Cámara, presentaron el 21 de febrero las líneas de acción legislativa. Haciendo un llamado a las 40 diputadas representantes de 10 partidos políticos para "revisar objetivamente las cuestiones del aborto y su relación con la salud materno-infantil, los derechos de la mujer y otras, y así poder arribar a propuestas legislativas".

Las líneas indican la necesidad de realizar esfuerzos conjuntos con el ejecutivo para determinar fórmulas de concertación con todos los sectores de la sociedad, incluyendo a la iglesia, en los programas de población.

## **2.2. Aspectos Socioeconómicos y Culturales**

### **2.2.1 La Mujer y la Familia Mexicana**

Es necesario contemplar el problema del aborto dentro del contexto socioeconómico y cultural en que se realiza.

En nuestro país dicho contexto de hecho afecta a hombres y mujeres de

manera desigual; ya que son las mujeres en general quienes reproducen la fuerza de trabajo, y las que en numerosas ocasiones enfrentan solas la reponsabilidad de la sobrevivencia de sus familias. Para nadie resulta un hecho desconocido el alarmante número de madres soltera y abandonadas después de ser embarazadas por ejemplo, que no encuentran desde el punto de vista de las instituciones públicas y otros servicios asistenciales redes de apoyo confiables a que recurrir con objeto de hacer menos desgastante física y emocionalmente las nuevas responsabilidades que implican dicho status.

"La incapacidad del Estado para ofrecer mejores condiciones sociales a la reproducción de la fuerza de trabajo se evidencia en la imposibilidad de asegurar a la población los mínimos requerimientos de bienestar; alimentación equilibrada y suficiente, servicios médicos, vivienda, educación y posibilidades de empleo, más la carencia de servicios como guarderías, comedores colectivos económicos, lavanderías y otros, obligan a la mujer a luchar en condiciones muy difíciles para contribuir y con bastante frecuencia sustituir al hombre en la satisfacción que debiera ser compartida, de las necesidades fundamentales de la familia" (GPC-CI, 1979).

La creciente participación de las mujeres en la fuerza de trabajo asalariado no se acompaña de la ejecución práctica de leyes y reglamentos que les permitan compartir simultáneamente con el compañero si es que lo tienen, y cumplir con las funciones de asalariadas y de reproductoras de la fuerza de trabajo.

La mujer trabajadora además de enfrentarse a problemas de origen laboral, asume una doble y en ocasiones hasta triple jornada de trabajo; la que realiza en su centro laboral, la de las labores del hogar y el trabajito extra; empleandose a sí misma, a fondo para aumentar los ingresos.

"Con la estructura de la familia en nuestro país, y dada la ideología prevalente respecto a la correspondencia de los quehaceres domésticos a la mujer, ésta se encuentra en la mayoría de los casos obligada a realizarlos" (ibid, p.6).

La familia mexicana está basada en dos proposiciones fundamentales: la incuestionable supremacía del padre y el autosacrificio abnegado y necesario de la madre (Díaz, G.R. 1975).

En México, podemos afirmar que en general al padre se le teme y es la madre quien desempeña un papel central en la estructura familiar.

El que la madre ocupe un papel central se puede explicar si consideramos dos aspectos; por un lado la ausencia total o parcial del padre y por otro, que en muchas ocasiones aunque el padre esté físicamente presente, hay una ausencia de apoyo emocional de su parte hacia los miembros de su familia.

A la madre se le quiere y se le respeta no como un individuo por sí mismo, sino por tolerar calladamente todos los sufrimientos que el hombre impone a todos los

miembros de la familia.

"El varón es un individuo que representa poder y que lo ejerce para su propio placer y cuidado, socioculturalmente el mundo pertenece a él" (Ramírez, S. 1977).

A decir de este autor, la psicología del mexicano se inicia a raíz de la prolongada dependencia del seno materno, de la abrupta interrupción del mismo, del temprano enfrentamiento de la supervivencia en las calles, y de la falta de una identificación masculina apropiada.

De lo anterior, de acuerdo con Paz, O. (1970), se derivarían las dos únicas posibilidades que tenía entonces el mexicano en la vida; él infringe la acción de "chingar", o la sufre él mismo en las manos de otro y como el hombre es el agente activo de la mujer debe ser el agente pasivo o sea la "chingada".

Según este autor, las expresiones anteriores, metafóricamente describen la situación de la mujer en México.

Por otro lado, la característica de emotividad e impulsividad de la personalidad del mexicano aún es posible de observar sobre todo en la fiestas, donde se desprende de las inhibiciones al grado de producir escenas de violencia debido a la embriaguez o los celos.

González, P.F. (1985) afirma que todo lo que se ha escrito acerca de la mujer mexicana ha sido obra de hombres y presenta vívidamente la ambivalencia que tienen hacia ellas, fragmentan a la mujer, y usan las partes resultantes para formar prototipos e idealizaciones. Básicamente se refieren a tres tipos de mujer:

- La mujer abnegada, reverenciada, representante de lo valioso de la feminidad; ella siempre recibe al hijo con el corazón abierto.

- La mujer mala que lo elude, le angaña, se prostituye, lo traiciona, es cruel, inaccesible, fría y destructora, es la mujer que no amó al héroe del cuento y que no es real, porque este tipo de mujer solo "existe para otros".

- La mujer buena, casta, inocente, físicamente pura, tierna, amorosa, cariñosa, comprensiva, protectora.

En el interior del hombre nunca se tocan el mundo de las mujeres buenas y malas. La mujer pretendida y la novia representan la máxima idealización de la mujer buena, pero a la que se asedia y tantea para comprobar que no caerá en el rango de las malas a través del coito. Si cae, se le rechaza, se le abandona y se le humilla. La esposa se convierte en la idealización fracasada; el ser humano común que se descubre hasta el casamiento, y al que se agradece por no corresponder a la imagen ideal.

Afortunadamente, es evidente que México es un país que está sufriendo un proceso de modernización acelerado que corre paralelo a un igual proceso de industrialización. Estos factores están produciendo cambios en las creencias y

actitudes hacia la familia y hacia el papel y situación social de la mujer.

En investigaciones posteriores. Díaz, G.R., (1982) encontró que las mujeres se sentían menos supeditadas a la autoridad o a la superioridad masculina. En cuanto al papel que juegan dentro de la sociedad, se vió una disminución de las premisas referentes a su papel de ser dóciles y de querer ser como sus madres, de que su lugar esta exclusivamente en el hogar, y en relación con sus padres, aunque el respeto se mantuvo, disminuyó el nivel de obediencia casi ciega.

Almolda, A.E., (1983) menciona que en la actualidad se presenta una disminución en las barreras psicológicas hacia la equidad entre los sexos, pero que aún falta mucho para que las creencias bajo los roles sexuales y el estatus masculino en México, se puedan considerar instrumentales en promover las normas de no discriminación hacia la mujer.

Por lo que se refiere a las condiciones de vida de la población mayoritaria como por la perspectiva que plantea el crecimiento acelerado de la población. Otro factor de suma importancia para una mejor comprensión del problema del aborto en México lo constituye el aspecto demográfico; que al mismo tiempo implica toda una serie de fenómenos relacionados con la problemática de la familia y la constitución de su dinámica interna.

Weiss, (1979) mencionaba que en México el uso extendido de la planificación familiar presentaba muchas dificultades debido a que la mayoría de las veces las parejas no contaban con el menor grado de integración o los conocimientos requeridos. Señalaba que existía una fuerte resistencia cultural o derivada de las normas no solo en lo que respecta a la estructura familiar sino también ante la mayoría de los cambios que amenazaban hace una década con transformar el modo tradicional de vida.

Sin embargo, actualmente dadas las condiciones económicas que en las amplias mayorías de la población son precarias debido por ejemplo: al recién implementado pacto de solidaridad económica que implicó el acuerdo -forzado- de solidaridad de los diversos sectores de la población trabajadora, los bajos salarios y los aumentos desproporcionados con el alto costo de la vida, se observa que la penetración de la política demográfica que apunta a controlar el crecimiento acelerado de la población, va teniendo eco en las mujeres, las parejas, y las familias, que ven amenazado su derecho a tener una familia numerosa no por falta de deseo sino por falta de recursos económicos para poder sostenerla y salir adelante. De esta forma vemos como a nivel macro social, las políticas demográficas delimitadas a su vez por condiciones de dependencia fundamentalmente económica de los países subdesarrollados a los altamente desarrollados así como de los que están en vías de desarrollo -como es el caso de nuestro país-, permiten imponer cambios a nivel de

la composición de la estructura familiar como una unidad microsocia, a la que se pretende cambiar en su sentido procreativo.

Las familias mexicanas necesariamente reflejan la problemática del país, la de su historia y la de su condición actual. Son un microcosmos que reproduce en su seno la problemática social que la enmarca.

Es así como, independientemente de que la estructura y los miembros de una familia puedan constituir una unidad relativamente sólida y bien integrada, van a experimentar las tensiones, conflictos e impulsos que aparecen a diversos niveles de la estructura social. De ésta, recibe sus características y sus valores fundamentales. La modificación y la variedad macroestructural determinan el tipo y el cambio de la vida familiar.

Si ante una transformación de la sociedad, la familia se resiste al cambio, aparece necesariamente una situación crítica, por el desajuste de ambas influencias sobre las personas. Si por el contrario, la familia se ve afectada por nuevos factores internos sin una correspondiente educación social hacia ella -por ejemplo el trabajo de la mujer sin otras instituciones que contribuyan a la función familiar- entonces también se presenta una situación problemática.

Ahora bien, por otro lado, con gran frecuencia la caracterización de los estereotipos es utilizada para entender de una manera equívoca la vida familiar del mexicano actual. El estereotipo no es sino una simplificación y homogeneización de las ideas y características que se atribuyen a las personas, grupos y categorías sociales. Creencia popular, imagen o idea aceptada por un grupo, cargada de emoción. (Hernández, M.A., y Narro, L., 1987).

Leñero, (1983) agrega que un estereotipo es más bien un producto ideológico con carta de naturalización popular, el cual está íntimamente ligado al prototipo cultural, es decir, crea pautas y normas de comportamiento, que son utilizadas para inducir consciente o inconscientemente la conducta y conformarla a las instituciones y grupos sociales que las presuponen dentro de su función.

En este sentido, la vida familiar queda íntimamente ligada a múltiples estereotipos que la propia cultura popular integra una vez generada por el sentido ideológico de quienes son sus beneficiarios.

La idea del machismo ha sido un lugar común donde se ha tratado de describir el carácter del mexicano y del "latino" en general. En esta perspectiva se suele cometer un grave error, pues además de que el machismo puede adquirir múltiples formas y grados, según el tiempo, lugar y grupo a que se refiere en concreto con frecuencia se confunde el patrón ideal de conducta "machista" como norma más o menos vigente y aceptada con la conducta realmente vivida.

Lo mismo sucede con el estereotipo correlativo de la mujer abnegada y la

maternidad como caracterización idealizada de la contrapartida machista.

Sin embargo, los datos de investigadores empíricos recientes nos permiten diferenciar el estereotipo del perfil real de la actual mujer mexicana. En donde resalta el hecho de que ya no responde al menos en la medida que lo establecía el estereotipo, al patrón de madre abnegada, resignada y abandonada, no soporta pasivamente su deber sexual de esposa y no es totalmente dependiente en las decisiones de su vida familiar y personal.

De cualquier manera es preciso reconocer que aún se mantienen rasgos de los estereotipos en grados variables en un gran número de familias mexicanas.

Lo mismo se puede afirmar en cuanto a la vigencia relativa de otros estereotipos que derivaron de la cultura tradicional religiosa; por ejemplo: la familia mexicana como "unidad santa" donde se supone, se conservan "las más limpias tradiciones del país".

Estas y otras concepciones prototípicas y estereotípicas dan lugar a la formación de mitos que impiden lograr un conocimiento realista de lo que de hecho es la familia mexicana. Convirtiéndose en una barrera para reeducar sobre bases realistas a las nuevas generaciones, al impedir el sano juicio crítico sobre la familia de origen y sobre los propios padres y sus intereses, al considerar que todo ello representa algo sagrado que no puede ser tocado. El resultado es que los hijos repiten los mismo errores que sus padres, sobre la base de que su comportamiento familiar, como padres de familia, está a su vez protegido por el toque sagrado de su función.

Obras como la de Oscar Lewis, en las que abiertamente se describe la incoherencia entre el estereotipo sacral familiar y la situación real muy alejada de ese modelo, provocan un escándalo y mucho recelo al reconocer que un amplio sector de la población -no sólo en las capas marginales- vive de hecho fuera del estereotipo de "familia santa".

En esta lógica, en el prototipo de "dios bendice a las familias numerosas" "hay que aceptar los hijos que dios mande" y "cada hijo nace con su torta bajo el brazo", además de lo anteriormente mencionado al respecto, se observa que a mayor educación, mayor conducta de regulación de la fecundidad y menor número de hijos no deseados. La procreación está siendo vista cada vez más como un acto volitivo, de responsabilidad personal y social, y no como una consecuencia sagrada del respeto a una ley también sacralizada, fuera del alcance del hombre.

Pero no solamente en la cultura tradicional se generan estereotipos ideológicos. Las clases elitarias de la vida moderna y los medios masivos de comunicación a su servicio crean también formas actuales equívocas de identificación de la realidad social. Generalizando imágenes falsas de lo que está sucediendo, de las características de instituciones, grupos y personas.

Encontrándonos con todo un proceso de generación estereotípica para demostrar que la vida ordinaria moderna por ejemplo está representada por el tipo de familia pequeño-burguesa.

Por todo lo expuesto, es importante enfatizar que el estudio objetivo y realista de nuestra realidad familiar requiere distinguir en una tipología plural de familias mexicanas los fenómenos que se viven en esta época, que refleje la diversidad de condiciones y de subsistemas de una sociedad tan contrastante como la nuestra.

Con todo, existen teóricamente funciones generales comunes a todas. Mencionaremos tres tipos de factores macroestructurales que dan lugar a una diversidad significativa de tipos familiares;

a) La cultura o subcultura de las comunidades a las que pertenecen; familias de cultura indígena, familias de comunidad tradicional rural y familias urbanas, industrializadas o cosmopolitas.

b) La pertenencia a un nivel determinado de estratificación socioeconómica y de clase; familias de estratos marginados y subproletarios; familias de estratos populares proletarios; familias de estratos medios; y familias de estratos elitarios de dominio que tienen un nivel de consumo alto.

c) La ubicación geosocial regional, local y residencial; según la región del país, según redes de relación ecológica, según su grado sedentario o migración desde el origen de sus miembros hasta el asentamiento del núcleo familiar constituido.

Existen otras clasificaciones de tipo antropológico, que atienden a la composición de la estructura familiar, así como otras que ameritan un tratamiento distinto en su comprensión y análisis.

Como se puede observar, existe una vasta gama de categorías que se encuentran entrelazadas, haciéndose aún más complejo el panorama tipológico, permitiendo sin embargo percibir diferencias que realmente nos llevarían a hablar objetivamente de "las familias mexicanas" en lugar de "la familia mexicana".

La breve panorámica expuesta nos permite una mejor comprensión de las condiciones socioeconómicas y culturales en las cuales centenares de miles de mujeres mexicanas se ven en la difícil situación de tomar la decisión de vivir la experiencia del aborto provocado, clandestinamente, y en muchos casos, de repetirla.

## **2.3 Aspectos Médicos**

### **2.3.1 Definición y Concepto de Aborto**

Se entiende por aborto la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable, capaz de llevar una vida extrauterina independiente.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido el límite del aborto en 20 semanas y de 400 gramos respecto al peso.

Desde el punto de vista obstétrico, según la F.I.G.O., (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), el aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la veintidoseava semana, y que el producto pese 550 gramos o menos, (Ordóñez, B. R; Mateos, F. M.; Sánchez, N.C., 1974) clasificándolo en base a su etiología en:

1.- **Aborto espontáneo** y puede ser:

- a) Esporádico
- b) Habitual

2.- **Aborto provocado** y puede ser:

- a) Legal, por causa médica o violación.
- b) Ilegal o criminal que puede ser autoinducido o realizado por otra persona, y considerando sus causas, sus riesgos y consecuencias, se califica de precoz o tardío, siendo la décima segunda semana de embarazo el límite aproximado entre ambos.

Variedades de aborto clínicas, se distinguen:

- a) Aborto incompleto
- b) Aborto consumado
- c) Aborto diferido y,
- d) Aborto séptico o infectado.

En el marco del presente estudio nos interesa ésta última por cuanto puede ser una complicación de cualquiera de las anteriores, y que generalmente tiene el antecedente de encontrarse relacionada con maniobras uterinas de tipo abortivo "criminales", cursando con la presencia de otras características sintomatológicas como son; sangrado frecuentemente fétido, infección del contenido uterino, dolor, vómito, paresia intestinal, tanquiesfigmia, alteraciones del útero, presencia de fiebre, signos de irritación peritoneal, leucocitosis y neutrofilia.

Clasificación topográfica de aborto séptico:

Grupo I. Infección confinada al útero y su contenido.

Grupo II. Infección que haya revasado el útero pero que aún sea genital sin peritonitis.

Grupo III. Infección que se haya extendido más allá de la pelvis.

Las pacientes con aborto séptico deben ser motivo de vigilancia estrecha puesto que su evolución es imprevisible sin importar el grupo al que pertenezca. Los casos de los grupos I y II deben ser motivo de mayor vigilancia aún.

Lo antes mencionado resulta de la mayor importancia si tomamos en cuenta como se observará más adelante, en la mayoría de los casos, el aborto provocado,

al ser ilegal, se realiza en el clandestinaje lo que implica desde ya, peligrosas condiciones higiénicas y de espacio emocional para la salud de las mujeres, cuyas complicaciones incluso llegan a provocarles la muerte, sin perder de vista la relación de dependencia directa que guarda el problema con la falta de preparación y de recursos técnicos adecuados en las personas que lo llevan a cabo.

#### **2.4 Datos Estadísticos y Epidemiológicos**

Uno de los enfoques fundamentales para considerar un fenómeno como relativo a la salud pública, es el estudio del mismo a través del método epidemiológico, basado en datos estadísticos.

En el caso del aborto provocado, clandestino, en México, esta situación ya es obvia y sin embargo no ha bastado para que así sea considerado ya que actualmente muchos sectores de la sociedad aún tienden a negar los costos que acarrea, en lo que se refiere tanto a sus consecuencias sociales como de salud, que incluyen factores físicos y psicológicos, encontrandonos así, en la práctica, con que no hay congruencia más que en el discurso de tipo declarativo-político fundamentalmente, con la definición de salud propuesta por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) como; el completo estado de bienestar físico, psicológico y social de los individuos. En dicha definición queda implicado el concepto de salud sexual, expresado como; "la integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y que realcen la personalidad, la comunicación y el amor". (Alvarez, G. J.L., 1985).

En este sentido, quizás las principales razones de dicha tendencia a negar el problema sean en realidad la cantidad de falsas concepciones acerca del riesgo que implica para la mujer la realización -más aún en el caso de la reincidencia- del aborto provocado. El uso y el abuso de la información disponible acerca del fenómeno y la falta de una evaluación sistemática sobre la efectividad de los programas de prevención, por ejemplo recientemente se hacía la observación de que antes de pasar a implementar programas de planificación familiar en zonas con población de cultura indígena, era indispensable que quienes se encuentren como responsables de éstos, realicen un estudio lo más completo posible de dichas comunidades para reducir al mínimo los resultados desfavorables y planteando que en un segundo momento conociendo la ideosincracia a que responden, poder sensibilizar a la misma en el sentido de los beneficios que conllevan el conocimiento y la utilización de los métodos de control de la natalidad, siendo así más probable que se incrementen los índices de prevención de embarazos no desados, o deseados pero no posibles, en la medida en que las mujeres conozcan, aprendan, y se decidan a utilizar alguno en específico, que a su vez responda a su situación y necesidades. En éstos y otros

factores podemos encontrar la explicación de la tendencia a visualizar este problema más como un problema moral que como un problema de salud pública a nivel nacional.

Un impedimento para conocer con exactitud la magnitud en términos estadísticos, del problema del aborto provocado, lo constituye el clandestinaje en que se realiza. Gran parte de los datos que existen se derivan de los casos en que las mujeres acuden a centros de salud por complicaciones postaborto.

En la conferencia sobre población de las Naciones Unidas celebrada en 1965, se mencionaba que ocurrían entre abortos legales e ilegales 30 millones al año, de los cuales, 1,400.000 ocurrieron en México. (Schroeder, 1975; Neubardt, y Overs-treet, 1975).

"Para 1974, Ordoñez reporta que tan sólo en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 1 del D.F., se calculaba que el 10% de la población femenina derechohabiente entre 15 y 44 años, se inducía un aborto al año.

Foppa, A., y Poniatowska, E., (1977) mencionan que en México, el aborto ocupaba para ese año, el tercer lugar en morbilidad y el 20% de la mortalidad femenina.

Actualmente, el I.M.S.S. (Instituto Mexicano del Seguro Social) reconoce que actualmente se practican 700,000 abortos clandestinos al año y que sus secuelas indican que se trata de la quinta causa de muerte materna. Según sus estadísticas hospitalarias, reportan que entre las primeras cuatro causas de hospitalización y uso de camas, el aborto inducido es la tercera y que se atendió en un año sólo en el área metropolitana 69,699 casos sin tomar en cuenta el resto de los hospitales especializados en ginecología. (Lovera, S., 1989, Marzo 27).

Mencionando además que el fenómeno del aborto en México debe definirse como un problema de salud pública y social según han establecido las seis consultas nacionales que han sido realizadas desde 1976 y no como una cuestión moral. Según datos de la encuesta nacional sobre fecundidad y salud realizada en 1987, se concluía que; al aborto se llega como último recurso, que su incidencia es 20 veces superior en las áreas metropolitanas, que representan el 9.2% del uso de camas de hospital en el campo, el 33 por ciento de las encuestadas que no deseaban tener más hijos y reconocían haber abortado no utilizaban anticonceptivos, las consecuencias más comunes en la salud de las mujeres eran las hemorragias y las infecciones las cuales pueden causar la muerte. Detectándose que; el 64.7% de las encuestadas en edad fértil, casadas, expresaron no desear tener más hijos. El 50% de éstas tenían entre 25 y 29 años y ya eran madres, algunas reconocieron haber recurrido al aborto. El 80% provenía de la clase media baja y no había terminado la secundaria. El 1.3% reconoció que se embarazó a pesar de utilizar algún método anticonceptivo. Cerca

del 50% de las encuestadas estaban indecisas acerca del tamaño que desearían tener su familia y muchas -no específica- reconocieron no conocer los métodos anticonceptivos.

## **2.5 El Problema de la Reincidencia en Aborto Provocado**

Por lo que se refiere al problema de la reincidencia en aborto provocado, resulta evidente que conocer las dimensiones del mismo en términos estadísticos supone una mayor dificultad en la medida en que se entiende que si con trabajo muchas mujeres reconocen haber abortado aún cuando se les garantiza la confidencialidad a través del anonimato al llevar a cabo un estudio, más difícil que reconozcan haber abortado en más de una ocasión. Sin embargo es posible sensibilizarlas a colaborar cuando saben que contribuyen de alguna forma a mediano o largo plazo a tomar medidas de tipo preventivo por parte de los servicios de salud pública del estado a través de sus representantes encargados del diseño e implementación de éstas políticas y expresando así su deseo de evitar que otras mujeres resulten afectadas al enfrentar la necesidad de vivir la experiencia del aborto en condiciones de clandestinidad poniendo así en alto riesgo no solo su salud sino su vida.

Así, los estudios sobre el tema escasean, y los que se encuentran, en su mayoría son de tipo estrictamente estadístico, con fines epidemiológicos.

En un estudio basado en los registros de la FEPAC, una organización privada afiliada a la Federación Internacional de la Paternidad Planeada, Keller (1973) encontró que el 9 por ciento de las 5381 pacientes que ingresaron entre 1966 y 1969 a las cinco clínicas más importantes de la ciudad de México, admitió haberse sometido a uno o más abortos provocados.

Según datos que aportan Lovera, S., y Castellanos, L., (1989, mayo 8) en una consulta realizada entre un total de 56 mujeres mexicanas, con el objeto de conocer quiénes, en qué circunstancias y por qué abortan las mujeres en nuestro país. Encontrando que en su mayoría pertenecían a un sector de clase media, a profesionales de las ciencias sociales y las artes, cineastas, cantantes, actrices, locutoras hasta amas de casa. 37 aceptaron haber abortado, de las cuales 17 reconocieron haber recurrido al aborto inducido de manera voluntaria más de una vez. En su mayoría, sus motivos tenían que ver con su situación socioeconómica y la falta de preparación psicológica para enfrentar la responsabilidad de ser madres. El 50 por ciento de las encuestadas tenían hijos. Un porcentaje igual declaró profesar la religión católica. 48 de las 56 entrevistadas cuyas edades fluctuaban entre los 25 y 45 años, se manifestaron a favor de la despenalización del aborto.

En un estudio realizado por Valle, G.A., (1990, Julio 2) en la Unidad de Genecobstetricia del Hospital General de México de la SSA, con cien pacientes que

ingresaron por aborto encontramos los siguientes datos: en el país se realizan un millón y medio de abortos, de los cuales sólo en el Hospital General de la ciudad de México entre 1985 y 1990 el 18 por ciento de los 4 mil 500 ingresos fueron paciente por aborto, y de ese porcentaje, 65 a 75 por ciento tuvieron complicaciones. El 25 por ciento de los ingresos diarios a dicha institución obedecen a complicaciones por aborto. Según la encuesta practicada:

**Edad de las abortantes:**

10 a 15 años: 2 por ciento.  
15 a 20 años: 26 por ciento.  
21 a 25 años: 30 por ciento.  
25 a 30 años: 25 por ciento.  
31 a 35 años: 14 por ciento.  
36 a 40 años: 2 por ciento.  
40 a 45 años: 1 por ciento.

**Número de embarazos anteriores:**

Nulíparas (sin embarazo previo): 36 por ciento.  
Múltiparas (entre 1 y 5 embarazos previos): 50 por ciento.  
Grandes múltiparas (con más de 5 embarazos previos): 14 por ciento.

**Número de hijos:**

De uno a cuatro hijos vivos: 50 por ciento. Sin hijos: 26 por ciento. Con 5 o más hijos vivos: 19 por ciento. Hijos muertos: 3 por ciento. Nac. de feto muerto: 2 por ciento.

**Condiciones de vivienda, nivel de instrucción y religión:**

90 por ciento reportó malas condiciones de vivienda y el 88 por ciento vivir en condiciones de hacinamiento. El 16 por ciento eran analfabetas, 44 por ciento no terminó la primaria, 28 por ciento reportó haber terminado la primaria.

El 12 por ciento había realizado cursos postprimaria (belleza, corte y confección). Un 6 por ciento tenía secundaria y sólo el 3 por ciento eran profesionistas de carrera. El 88 por ciento dijeron ser católicas.

**Ocupación y Estado Civil:**

El 80 por ciento eran amas de casa y domésticas. Sólo el 20 por ciento eran asalariadas. El 47 por ciento eran solteras y el 24 por ciento casadas.

**Abortos Provocados Previos:**

El 46 por ciento declaró que nunca antes había recurrido a él. El 53 por ciento declaró haber abortado antes entre 1 y 6 veces. El 1 por ciento declaró haber abortado siete veces.

#### **Métodos anticonceptivos empleados:**

Remedios populares inefectivos: 28 por ciento, un 17 por ciento reportó no utilizarlos y no conocerlos. Sólo el 6 por ciento utilizaba anticonceptivos orales con irregularidad. El 33 por ciento utilizaba métodos mecánicos (lavados vaginales, DIU, o preservativos) y un 16 por ciento métodos combinados (ritmo y óvulos).

#### **Tipos de abortivos y practicantes del aborto.**

El 36 por ciento de las encuestadas mencionó haberlo intentado a través de la ingestión de tés. El 14 por ciento declaró haber utilizado ocitócicos o inyectables. El 12 por ciento fue a través de sonda. Un 8 por ciento dijo haber utilizado alguna sustancia cáustica. Otro porcentaje igual declaró que fue a través de un legrado antiséptico que resultó complicado con perforación y desgarres.

En cuanto a quién practicó el aborto, el 4 por ciento reportó automaniobras. El 22 por ciento mencionó enfermeras y parteras. Un 38 por ciento mencionó a empíricas. El 6 por ciento mencionó que médicos en consultorio privado, y un 30 por ciento no accedió a decir quien se los practicó.

#### **Complicaciones más frecuentes, leves y complicadas:**

Fiebre: 96 por ciento.

Hemorragias: 28 por ciento.

Perforación uterina: 6 por ciento.

Desgarres cervicales o vaginales: 3 y 4 por ciento.

Quemaduras por cáustico: 18 por ciento.

Deciduiometritis: 13 por ciento.

Absceso pélvico: 6 por ciento.

Pelvipерitonitis: 8 por ciento.

Shock séptico o hipovolémico: 5 y 4 por ciento.

Aborto molar: 1 por ciento.

Síndrome de coagulación intravascular: 1 por ciento.

Esterilidad: 1 por ciento.

Muerte: 3 por ciento.

#### **Motivos que las llevaron al aborto:**

El 34 por ciento mencionó problemas económicos, un 16 por ciento mencionó el deseo de mejor educación y futuro para sus hijos. El 12 por ciento por problemas

conyugales. Un nueve por ciento por problemas familiares. Un 5 por ciento por problemas de salud. Y el 24 por ciento mencionó no haber pensado en ello.

### **2.5.1 Investigaciones Relacionadas**

Desde el punto de vista médico, el interés por parte de los investigadores se ha centrado en torno a dos aspectos fundamentalmente: el primero ha sido tratar de conocer y demostrar si las mujeres que han tenido experiencias repetidas de aborto provocado sustituyen aborto por anticoncepción, de lo cual no han hallado evidencia al respecto tal como reportan Steinhott, et al. (1979) y Novaes, (1982), el segundo,; tratar de demostrar si existe una relación directa entre el incremento en el riesgo de abortos espontáneos, así como el decremento en la fertilidad, posteriores a la interrupción ilegal o no de uno o más embarazos previos. Ambas hipótesis han sido invalidadas ya que como menciona Obel, (1979; 1980) sólo cuando el aborto inducido legal o ilegal ha tenido complicaciones severas como por ejemplo; inflamación pévica, desgarres, perforación uterina, y otras, se observa lógicamente tanto un decremento en la fertilidad como un incremento del riesgo de abortos espontáneos posteriores.

Por otra parte, en una perspectiva psicológica, el comportamiento de las reincidentes en aborto provocado usualmente es interpretado como algo irracional, inapropiado y hasta patológico (Novaes, 1982).

En la literatura científica sobre el tema, es posible advertir que se han indagado con cierta sistematización tanto las características psicológicas de las mujeres que abortan ilegalmente como las repercusiones psicológicas que dicha experiencia acarrea, siendo las más frecuentes psicosis postaborto, neurosis obsesivo-compulsiva, estados depresivos, sentimientos de culpa, melancolía y ansiedad, según reportan Brawer, (1978) y Lipper y Fsigenbaum (1976), quienes fundamentalmente abordan dichas problemáticas desde la perspectiva teórica del discurso psiquiátrico tradicional; características de personalidad y el comportamiento individual con causas inconscientes.

En 1974, Robert y Pasini, se interesaron por un grupo de pacientes reincidentes en la interrupción o el aborto ilegal. Según reportan de dichos estudios realizados en Ginebra, New York y Lausana; "había razones para esperar que las mujeres que habían vivido al menos dos situaciones traumáticas de este tipo presentáran con vigor, rasgos en su estructura de personalidad perturbados, y reportan que en efecto se puso de manifiesto la abundancia de perturbaciones y de traumatismos afectivos durante la infancia y de conflictos inconscientes con la madre, que más tarde desembocaron en una deficiente maduración sexual (frigidez, conflictos con el compañero, anticoncepción insuficiente), si bien con permanencia del deseo de embarazo".

Clayson y Paiva; (en Abraham y Pasini, 1980) Confirmaron resultados obtenidos en Estados Unidos, interesándose no solo por el pasado de sus pacientes, sino también por un período reciente de su vida anormalmente cargada de acontecimientos penosos, como fallecimientos, divorcios o fin de una relación sentimental, otras separaciones familiares, frecuente recurso al psiquiatra en el medio norteamericano, lo que plantea el problema de la reparación narcicista inconsciente que se espera de un embarazo aún en condiciones racionalmente desfavorables.

Gibb, (1984) a través de un estudio comparativo, examinó diferencias de personalidad en las áreas de locus de control e impulsividad entre 159 mujeres con abortos repetidos, 22 no reincidentes y 65 nulíparas. Les fueron administradas; la escala Rotter's de Locus de Control Interno-Externo y la escala de Impulsividad del Inventario Psíquico Bipolar, así como ficha de datos personales. Los resultados indicaron que quienes solicitaron repetir un aborto, por el tipo de personalidad obtenido, se percibieron a sí mismas como bajas en impulsividad, un resultado similar se obtuvo en las nulíparas pero que han solicitado servicios anticonceptivos y en las no reincidentes. Variando en cambio los patrones de respuesta en la escala de locus de control en los tres grupos. No se hallaron diferencias significativas en antecedentes étnicos y edad entre las mujeres que abortan y las que utilizaban anticonceptivos, encontrando que para los grupos pertenecientes a éstas últimas, abortos repetidos fueron menos probables.

## **2.6 Planteamiento del Problema**

La panorámica desarrollada respecto a diversos factores relacionados con el problema del aborto a nivel mundial así como la situación del mismo en el caso de México, y dado el estado de conocimiento sobre el tema de la reincidencia en aborto provocado que desde una perspectiva psicológica ha sido abordado fundamentalmente desde el enfoque teórico del discurso psiquiátrico tradicional - características de personalidad, y el comportamiento individual con causas inconscientes-, lo cual se refleja en la escasa bibliografía hallada respecto al tema, permite indicar que se realizó un estudio clínico-exploratorio con diseño ex-post-facto, cuyo propósito central fue identificar y describir retrospectivamente algunas características de la estructura familiar en un grupo de mujeres mexicanas reincidentes en aborto provocado, desde una perspectiva sistémica, privilegiando de entre los modelos clínicos del funcionamiento familiar, el modelo estructural desarrollado por Salvador Minuchin tanto en el diseño como en la interpretación de los resultados.

Así, se intentó un rescate retrospectivo experiencial para explorar; desde la percepción que de sí mismas y de la interacción familiar propia se formaron éstas mujeres **¿Qué características en su estructura familiar (hogar directo) contextualizaron cada una de sus experiencias de aborto provocado?**

### **2.6.1 Objetivo General**

Estimular a los clínicos a abordar el estudio de una realidad concreta que viven con intensidad cientos de mujeres mexicanas - el aborto provocado, y la reincidencia- desde una perspectiva científica, con una óptica no individual sino desde una concepción sistémica, es decir, en el contexto del sistema familiar del que forman parte y dentro del cual se mantienen relaciones de mutua influencia, alejándose de esquemas explicativos de causalidad lineal.

### **2.6.2 Hipótesis Clínic Conceptuales**

a) El estudio científico de la reincidencia en aborto provocado, desde un punto de vista clínico puede ser abordado desde la perspectiva sistémica; estructural e interaccional.

b) La conducta reincidente puede ser conceptualizada desde la perspectiva sistémica como una conducta sintomática.

De las hipótesis anteriores podemos desprender, que la conducta reincidente que a menudo es vista como patológica, en tanto evento repetitivo, recursivo, puede ser vista como una conducta sintomática ante una situación que tiene determinadas propiedades o características y no como una enfermedad localizada en la mente de éstas mujeres, y que dicha conducta es explicable en términos del contexto interaccional, estructural, y por lo tanto implícitamente comunicacional que a ellas como a todo ser humano les es significativo desde muchos puntos de vista aunque especialmente desde el afectivo-emocional; su familia.

### **2.6.3 Hipótesis de Trabajo**

La conducta de reincidencia en aborto provocado se relaciona con una estructura familiar disfuncional.

Desde el marco conceptual privilegiado (modelo estructural) el criterio de disfuncionalidad es definido en un contexto temporal y social, el cual varía con las diferentes demandas internas y externas que requieren adaptación a lo largo del ciclo vital de la familia. Así, el término disfuncional no deberá ser entendido como sinónimo de psicopatología sino en términos de la utilidad o no de un patrón de comportamiento estructural en cuanto a lograr objetivos.

### **2.6.4 Hipótesis Clínica Alternativa**

La conducta de reincidencia en aborto provocado no se relaciona con una estructura familiar disfuncional.

## **2.7 Población**

Acorde con la naturaleza metodológica del estudio, participó un grupo representativo de mujeres mexicanas reincidentes en aborto provocado.

La población de estudio se constituyó por mujeres que asistieron al servicio gratuito de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, del Hospital de la Universidad Autónoma de Puebla, en cuyas hojas de datos clínicos se registraba el antecedente de más de un aborto provocado.

La muestra quedó integrada en un lapso de tres meses, por 20 mujeres mexicanas dentro de un rango de 23 a 38 años de edad, de las cuales 11 (55%) tenían el antecedente de 2 abortos provocados; 7 (35%) tenían el antecedente de 3 abortos provocados; 1 (5%) con el antecedente de 4 abortos provocados; y sólo 1 (5%) con el antecedente de 5 abortos provocados.

## **2.8 Instrumentos**

### **- Fichas de Datos Personales de las Entrevistadas:**

Solicitaron datos sociodemográficos de cada entrevistada y su pareja actual, así como los de ellas y la pareja responsable del embarazo en cada una de sus experiencias de aborto provocado (Apéndice C).

### **- Cuestionario de Indicadores de Estructura Familiar Disfuncional**

**(IEFD):** Se trata de un cuestionario tipo lista de cotejo, elaborado específicamente para el presente estudio, consta de 30 preguntas en total; 26 dicotómicas que se contestan "SI" o "NO", y 4 de opción múltiple que se contestan de la misma forma. A través de éste se pretendió explorar retrospectivamente una mayor, regular, o menor presencia de indicadores de disfuncionalidad en la estructura familiar (hogar directo) de las 20 mujeres que formaron parte de la muestra, en cada una de sus experiencias de aborto provocado (Ver cuestionario en Apéndice D, y la descripción del mismo en Apéndice E). En éste último se incluyen la forma y criterios con los cuales debido a limitaciones de tiempo se procedió a determinar la validéz de los reactivos; a elaborar la escala convencional que permitió establecer de manera tentativa un criterio de mayor, regular, o menor presencia de indicadores de estructura familiar disfuncional; y la hoja para el vaciado de datos que incluye a su vez la clave de calificación.

Para su diseño se privilegió como marco de referencia teórico conceptual el marco exploratorio propuesto por Salvador Minuchin (1974).

### **- Cuestionario Guía para la Elaboración de Mapas Estructurales (GEME):**

Este cuestionario constituyó una guía útil a través de la cual se obtuvieron datos relevantes para realizar la representación diagramática de la estructura familiar

(hogar directo) que contextualizó cada experiencia de aborto provocado de las 20 mujeres entrevistadas (Apéndice F).

Consta de seis preguntas. A continuación se describe el tipo de información que se obtuvo a través de cada una;

I) Información sobre todos aquellos miembros que integraban el hogar de la entrevistada; miembros nucleares o anexos de la familia, así como miembros que no pertenecían a la misma pero que vivían con ella. Datos de tipo sociodemográfico de cada miembro tales como sexo, edad, ocupación, y escolaridad. Relación biológica y legal entre la entrevistada y cada miembro. Y tipo de relación vincular con cada uno de ellos (con sólo tres opciones de respuesta; Buena - B, Conflictiva -C, o Distante - D).

II) Información sobre posibles sucesos críticos o hechos nodales, tensionantes; capaces de provocar en un momento dado que algún miembro de la familia o todo el sistema familiar experimentara disfunción. En particular se consideraron los relacionados con el ciclo vital familiar; transiciones importantes como casamientos, embarazos, nacimientos, muertes, divorcios, separaciones y jubilaciones. Migraciones, privación u obtención legal de la libertad, cambio o pérdida de residencia o trabajo. Accidentes, lesiones o enfermedades graves. Deudas económicas, éxitos súbitos, y problemas entre parientes cercanos.

III) Aspectos del funcionamiento médico, emocional, y/o de comportamiento de miembros de la familia.

IV) Información sobre la posible existencia de un "chivo expiatorio" en la familia.

V) Rol (es) de la entrevistada en la familia.

VI) Signos de funcionamiento familiar exitoso.

Al final del cuestionario se localiza un espacio destinado al registro de datos adicionales que aportaran las entrevistadas y que se considerara permitieran una mayor comprensión de su estructura familiar.

Para su diseño se tomó como marco de referencia el modelo de entrevista para la elaboración de genogramas propuesto por McGoldrick, M., y Gerson, R. (1987). p.p. 25-54.

Estos autores proponen una serie de pasos que hacen posible adaptar la entrevista de genograma a los fines de la investigación empírica sobre familias, mencionando la necesidad de utilizar para tal efecto un formato uniforme.

La diferencia entre un mapa estructural y un genograma estriba en que éste último representa diagramáticamente la información registrada sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante tres generaciones, no así el mapa estructural que representa diagramáticamente la información registrada sobre los miembros de

una familia y sus relaciones en un momento determinado de su desarrollo a lo largo de su ciclo vital.

En ambos casos, para su construcción, es posible realizar como en el presente estudio, una cronología especial para un período crítico y por lo mismo significativo de tiempo para un miembro particular dentro de su contexto familiar. Se les asocia con la teoría de los sistemas familiares (Bowen, 1978; Carter & McGoldrick, 1980; Guerin & Pendagast, 1976; McGoldrick, 1977; Pendagast & Sherman, 1977; Bradt, 1980) compartiendo igualmente el supuesto básico de que los problemas y síntomas reflejan la adaptación de un sistema a su contexto total en un momento determinado. No tienen una escala de medición cuantitativa en tanto herramientas clínicas interpretativas subjetivas y sí permiten con fines de investigación generar hipótesis tentativas posibles de ser sometidas a prueba en investigaciones posteriores.

## 2.9 Definición de Términos

**Aborto** Interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable, capaz de llevar una vida extrauterina independiente (Ordóñez, Mateos, y Sánchez, 1974)

**Aborto Provocado** Aquel que puede ser; legal, por causa médica o violación; ó ilegal, mismo que puede ser autoinducido o inducido por otra persona. (Ibidem) En el presente estudio nos referimos al aborto provocado ilegal.

**Mujeres Reincidentes en Aborto Provocado** Aquellas mujeres que han vivido en más de una ocasión la experiencia del aborto provocado. En el contexto del presente estudio el término reincidente está despojado de la connotación de delito que en el discurso legal le es asignado. Lo mismo se aplica cuando se habla de reincidencia y conducta reincidente.

**Conducta Reincidente** Se entenderá en su acepción de evento repetitivo, recurrente.

**Conducta Sintomática** Un tipo particular de conducta recurrente, mostrada por uno de los miembros del sistema familiar. Que funciona como mecanismo homeostático regulador de las transacciones familiares; esto es, que mantiene el equilibrio dinámico entre los miembros (Jackson, 1965).

Desde la pragmática de la comunicación humana, la conducta perturbada (sintomática) es conceptualizada como una reacción comunicacional, explicable en términos de contexto interaccional, estructural e implícitamente comunicacional, del sujeto que muestra dicha conducta .

El comportamiento sintomático del individuo se hace lógico y por tanto comprensible al observarse incrustado en un patrón de interacción deteriorado. En esta perspectiva, la psicopatología es redefinida como un problema de relaciones.

Toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación y una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo impone conductas; reacciones comunicacionales (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1983).

### **Síntoma**

Acto comunicativo. Expresión analógica de lo que ocurre entre las personas integrantes de una organización social (sistema interpersonal); metafóricamente se le considera como una especie de contrato implícito entre dos o más miembros de un sistema interpersonal que viven una situación constrictiva, que ocurre cuando una persona está en una situación imposible y trata de salir de ella (Haley, 1980).

### **Paciente Identificado (P.I.)**

Usada por los terapeutas familiares, esta expresión se refiere al fenómeno observado de qué persona etiquetada como "enferma" expresa las dificultades familiares (Fernández, 1981) p. 9.

El miembro de una familia, que ostenta un diagnóstico psiquiátrico o de delincuencia (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1983) p. 251.

En el presente estudio nos referimos como paciente identificada (P.I.) a cada mujer entrevistada; que formó parte de la muestra. Particularmente en los apartados 5.3. y 5.3.1.

### **Estructura Familiar**

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que representan los modos en que los miembros de una familia interactúan y se organizan. La estructura de una familia no es estática ni inmutable sino que representa una red dinámica de eventos, cuyas reglas de conducta no deben ser vistas como completas en sí mismas, sino en términos de su función para cada miembro individual, así como para la familia como un todo (Minuchin, 1974).

**Hogar Directo** Término utilizado para señalar el contexto familiar, o la composición del hogar de un individuo en un lugar y tiempo determinados. Entre las composiciones más frecuentes encontramos; hogar compuesto por la familia de origen; hogar compuesto por la familia nuclear intacta; hogar compuesto por familias con un solo padre; hogar compuesto por una familia de segundas nupcias, de parte de uno o de ambos conyuges; hogar compuesto por una familia binuclear; hogar de familia formada por adopción; encontramos también hogares compuestos por alguna de las anteriores incluyendo a miembros no familiares; y por último, podemos encontrar otros hogares con alguna configuración inusual (McGoldrick, y Gerson, 1987) p. 173.

En virtud del carácter retrospectivo del presente estudio, la composición familiar de las entrevistadas podía ser variado, y en cada caso distinta de un aborto a otro.

Por tal motivo se utilizó el término hogar directo para indicar la estructura familiar específica que en cada caso contextualizó cada experiencia de aborto provocado de las entrevistadas.

**Disfuncional** Desde el marco conceptual privilegiado (modelo estructural) el término disfuncional se entiende como la no utilidad de un patrón de comportamiento estructural en cuanto a lograr objetivos. Así, el criterio de disfuncionalidad es definido en un contexto temporal y social, el cual varía con las diferentes demandas internas y externas que requieren adaptación en el curso del ciclo de vida familiar (Minuchin, 1974).

Término utilizado entre los terapeutas familiares para referirse a una pérdida de equilibrio del sistema familiar o algún otro sistema interpersonal, ó al hecho de que para conservarlo se impongan presiones, se asignen roles inadecuados, se someta a alguno o algunos de sus miembros por medio de reglas rígidas o inconsistentes (Fernández, 1981) p. 22.

**Mapa Estructural o Famillograma** Representación diagramática y descriptiva que permite apreciar algunas características estructurales de la familia en un momento determinado de su desarrollo a lo largo de su ciclo vital. Minuchin, (1974) empleó el concepto de mapa estructural para

organizar el material clínico y formular hipótesis para la planificación del tratamiento. En ellos es posible mostrar las coaliciones (alianzas), los conflictos, los límites, y otras características estructurales relevantes para la comprensión del funcionamiento familiar; evaluación diagnóstica.

En el contexto del presente estudio ambos términos se utilizaron para referirnos a la representación diagramática de algunas características de la estructura familiar (hogar directo) que contextuó cada experiencia de aborto provocado de las entrevistadas. Su utilización fue no con fines de tratamiento sino de investigación, ya que la exploración nos permite precisar variables e hipótesis a someter a prueba en investigaciones posteriores.

**Genograma**

Forma gráfica de organizar la masa de información reunida durante una o más entrevistas de evaluación familiar, facilitando la generación de hipótesis clínicas interpretativas sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo (McGoldrick, y Gerson, 1987).

**Indicadores  
de Estructura  
Familiar  
Disfuncional**

Lo que pretendió explorar retrospectivamente el cuestionario IEFD, diseñado de manera propositiva y específica para esta investigación. Dicho cuestionario se elaboró partiendo de la siguiente base; los modelos teóricos de la familia que han tenido mayor utilidad para los investigadores y clínicos se han visto influenciados por la teoría general de sistemas. Con los más representativos se ha integrado el marco teórico del presente estudio. Estos modelos que sirven de guía para la acción terapéutica con familias, contienen conceptos sobre los elementos o aspectos que hacen que en un momento dado una familia sea funcional o disfuncional. (Ver cuestionario en Apéndice D, y su descripción en Apéndice E).

## **2.10 Limitaciones**

La presente investigación muestra las siguientes:

- a) El cuestionario IEFD no tiene una validez y confiabilidad plenamente establecidas.
- b) El cuestionario GEME en tanto herramienta de trabajo clínico con fines exploratorios en la investigación sobre familias no tiene una escala de medición cuantitativa.  
Ambos cuestionarios fueron elaborados de manera propositiva a los fines del presente estudio.
- c) La información sobre la familia fue obtenida a través de un solo miembro (las mujeres entrevistadas) por lo que puede considerarse parcial y/o sesgada. Su descripción se basa en la percepción que de sí mismas y de la interacción familiar propia se formaron estas mujeres. Por ende, tiene la desventaja de ser una interpretación subjetiva de lo que ocurrió y ocurre en su familia.
- d) Lo mismo se observa en relación al factor tiempo; dado que se trata de un estudio exploratorio retrospectivo, es evidente que las posibilidades de distorsión de la información se incrementan.
- e) La hipótesis sustentada, no fue probada estadísticamente.
- f) Debido a las consideraciones anteriores, y lo reducido de la muestra, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a toda la población.
- g) El estudio en su totalidad constituye una primera aproximación clínica al fenómeno de la reincidencia en aborto provocado, desde la perspectiva teórico metodológica de los sistemas familiares y más específicamente del modelo estructural.

### 3. MARCO TEORICO

#### 3.1 La Familia Como Sistema

La implicación íntima que tiene la familia por su carácter biológico y psicosocial, de ser moderador profundo de la persona es primordial. De ahí, que la comprensión que de ella se tenga puede ayudar a entender mejor la dinámica de la vida humana (Leñero, 1983).

Desde la década de los cincuentas, en la psiquiatría, el marco alrededor del individuo se ha roto, y las preguntas del "porqué" una persona hace lo que hace, se responden en términos de las relaciones que ella crea y vive.

Para Haley, (1959) las razones de éste cambio han sido, por un lado; la continua importancia que se ha concedido a las relaciones interpersonales a través de los años, y por otro al reciente desarrollo de las ideas sobre los sistemas.

El cambio se basa en el enfoque del individuo y su naturaleza a los modelos de conducta habituales y sistemáticos que los hombres desarrollan cuando se relacionan en la intimidad.

La manifestación directa de éste cambio se advierte en el campo de la investigación de la familia y de la terapia familiar, donde se observa una clara tendencia a evitar describir al hombre como si fuera autónomo y a enfatizar en el intercambio de actos en una relación.

Desde el punto de vista sistémico; que se refiere a la "Epistemología de patrones", introducida en las ciencias sociales por Gregory Bateson, (1972) se propone un salto de la sustancia al patrón, en el estudio de la comunicación humana. Es decir; que el objeto de la observación se desplaza desde los elementos concretos hacia los patrones que conectan y dan un sentido diferente a esos elementos. Así, pasa, de una epistemología tradicional newtoniana de fuerzas e impactos, donde la causalidad es lineal, a una epistemología cibernética de la información, donde la causalidad es circular y recursiva.

Dentro de la práctica de las terapias sistémicas, lo anterior significa observar patrones, diferencias, procesos y relaciones.

Así, desde una visión sistémica, nos es posible estudiar los problemas en su contexto, variando la amplitud del mismo, dependiendo de la orientación específica del investigador así como la unidad de análisis que se proponga.

Desde la perspectiva de la teoría general de los sistemas (Bertalanfy, 1968), los teóricos de los sistemas familiares conceptualizan a la familia como un sistema abierto, o sea una totalidad que se autorregula y se mantiene en constante interacción con su medio, iniciando un circuito de influencia recíproca. Esto se da en un proceso de equilibrio dinámico entre la estabilidad (morfoestásis); que permite la permanencia

del sistema y la tendencia al cambio (Morfogénesis); que posibilita los ajustes necesarios para responder tanto a las modificaciones internas como externas (Minuchin, 1979/1974; Walsh, 1982).

Internamente la familia debe organizarse en respuesta a nuevos imperativos de desarrollo mientras sus miembros -y la familia como un todo- evolucionan sobre el curso del ciclo de la vida. Así un cambio de reglas se requiere en cada transición de una etapa de desarrollo a la siguiente, para poder adaptarse a las nuevas tareas (Carter, McGoldrick, 1980).

En relación al mundo social, los eventos de crisis, tales como pérdidas importantes y cambios de circunstancias, tensionan a la familia y requieren cambios de adaptación para la continuidad familiar y el ajuste de sus miembros.

Desde la perspectiva de la cibernética, que Norbert Wiener llamó a la teoría de la comunicación y del control, la familia puede considerarse como un sistema compuesto por individuos que se comunican entre sí, que intercambian mensajes y que generan información. De esta manera, la familia puede considerarse como un sistema cibernético que se autorregula por medio del procesamiento de información y la corrección de sus errores. Esto es un proceso de retroalimentación, o sea una cadena donde la operación A influye sobre B, B a su vez influye sobre C, y C cierra la cadena influyendo a su vez sobre A.

La retroalimentación puede ser negativa y promover la tendencia a la estabilidad del sistema, o ser positiva y promover la tendencia al cambio. En ambos casos las operaciones del sistema producen información.

Aplicando este concepto a los sistemas interpersonales, se les puede ver como circuitos de retroalimentación, puesto que el comportamiento de cada individuo afecta y es afectado por el comportamiento del otro (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).

Las reglas familiares, tanto explícitas como implícitas organizan la interacción familiar y la función para mantener un sistema estable, prescribiendo y limitando el comportamiento de los miembros. Suministran expectativas acerca de los papeles, acciones y consecuencias que guían la vida en la familia. A través de la operación de un principio de redundancia una familia tiende a interactuar en secuencias redundantes de modo que las operaciones de la familia son gobernadas por un grupo relativamente pequeño de reglas modelo y predecibles (Jackson, 1965).

Según este autor, los valores se originan por medio de influencias extrafamiliares tales como religión y cultura, que intervienen en las relaciones de la familia reforzando o afirmando las normas familiares.

A fin de mantener un estado firme y estable en el sistema de interacción, las normas son delimitadas, reforzadas por mecanismos homeostáticos. Todos los

miembros de la familia contribuyen al balance homeostático a través de un lazo de retroalimentación y esfuerzo mutuo, así como del comportamiento complementario o recíproco. Demasiada desviación de la norma familiar puede ser contrarrestada en el proceso de retroalimentación negativo a fin de regular la tensión y restaurar el equilibrio u homeostasis de la familia ( Jackson, 1968/1984).

La angustia del individuo puede funcionar como regulador homeostático, restaurando la estabilidad familiar expresando y desviando la tensión familiar. La psicopatología es así definida como un problema de relación (Haley, 1970). El comportamiento sintomático del individuo se vé como incrustado en un patrón de interacción deteriorado, disfuncional.

En esta perspectiva, el síntoma es un acto comunicativo que sirve como una especie de contrato entre dos o más miembros y ocurre cuando una persona está en una situación imposible y trata de salir de ella (Haley, 1973). De esta forma, sin importar el origen de los síntomas, dada la naturaleza circular de causalidad, la respuesta de la familia a la angustia del individuo es un factor importante en el reajuste o recuperación del individuo portador del síntoma o síntomas.

El Mental Research Institute da la siguiente definición de sistema, siguiendo a Hall y Fagen (1956): "es un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos, en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones mantienen unido al sistema".

Los sistemas como ya se ha observado pueden ser abiertos o cerrados: en los primeros, hay intercambio de información con el medio; en los sistemas cerrados tal intercambio de información no existe.

Con el modelo conceptual de sistema abierto, resulta fácil checar un sistema interaccional de dos personas dentro de una familia más grande, a éste dentro de una comunidad y a la comunidad dentro de una nación.

A continuación se citan algunas propiedades de los sistemas abiertos tal y como se aplican a la interacción familiar:

- No sumatividad: (el todo es más que la suma de las partes), el sistema no se entiende como la suma de sus partes, sino como una gestalt (Watzlawick, et al. 1967).

- Totalidad: el cambio en una de las partes del sistema provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total. Como se ha visto, en las familias, la conducta de un individuo está relacionada con la de los otros al mismo tiempo que depende de ellos (Jackson, y Weakland, 1969).

- Equifinalidad: En un sistema de retroalimentación, no importan las condiciones iniciales, sino la naturaleza del proceso, esto significa que condiciones iniciales

distintas pueden llevar al mismo resultado final. Así, dos familias que pueden considerarse funcionales, pueden haber evolucionado desde circunstancias bastante diferentes (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).

Dicho de otra manera, las condiciones iniciales del evento no determinan los resultados.

Siguiendo el enfoque de sistemas, cada individuo puede ser visto al mismo tiempo como un sistema cuyo funcionamiento se relaciona al del sistema familiar como un todo, la familia es un sistema que participa y se relaciona en y con otro sistema más amplio que incluye otros sistemas como son las instituciones educativas, industrias, y diversos tipos de organizaciones sociales a las que los miembros de la familia pertenecen (Bertalanffy, 1968).

- Retroalimentación: "es un método de controlar un sistema reinsertándole los resultados de su ejecución pasada" (Simon, Stierlin & Wynne, 1985).

Desde la perspectiva constructivista -otra de las orientaciones teóricas que integran el pensamiento sistémico-, el concepto de objetividad pierde sentido. Se postula que no existe separación entre el observador y lo observado. De ahí que es el observador el que participa activamente en la construcción de su universo experiencial, donde lo que el organismo detecta como su mundo depende de su comportamiento, y ambos son inseparables (Varela, 1988).

Lo anterior resulta de suma importancia a los fines del presente estudio, aplicado a la comprensión de la percepción que de sí mismos y de la interacción familiar propia se forma tanto cada uno de los elementos que integran un sistema familiar como por parte de los investigadores y observadores estudiosos de la familia. Percepción que puede entenderse desde otras perspectivas como subjetiva, pero que finalmente encaja con la realidad del sujeto que describe su propia existencia tal y como él la ha vivido.

El constructivismo propone, por lo tanto, que el observador no puede reconocer una realidad en espejo, pues no existe una correspondencia unívoca (match) entre la realidad exterior y la realidad que el observador construye internamente, a través de sus sentidos. Únicamente existe una acomodación (fit), la construcción subjetiva de una imagen o imágenes que encajan con la realidad exterior.

Según Minuchin, (1981) en este proceso, la familia representa un factor importante. Es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. La considera al mismo tiempo como un sistema sociocultural abierto, que enfrenta continuas exigencias de cambio, que se convierte en disfuncional cuando responde ante estas exigencias con un funcionamiento estereotipado.

Así, bajo un enfoque sistémico se busca el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia mediante la transformación de los procesos interpersonales en disfunción.

### **3.2 Modelos Clínicos del Funcionamiento Familiar Normal- Funcional y Disfuncional.**

Dependiendo del marco de referencia, el concepto de normalidad, adquiere diferentes significaciones. La experiencia personal, el conocimiento profesional, los valores y las expectativas influyen la perspectiva de cada persona sobre la normalidad.

A menudo el término "normal" es intercambiado por los términos; "sano, típico o adecuado".

Offer, y Sabshin (1976) identificaron en la literatura clínica y las ciencias sociales, varias definiciones de normalidad. Las sintetizaron en cuatro perspectivas sobre normalidad.

1) Normalidad como salud: incluye el enfoque médico-psiquiátrico tradicional y sostiene una definición negativa de normalidad como la ausencia de patología. Todas las personas asintomáticas, que no manifiestan problemas severos, son consideradas normales -o sea saludables-.

2) Normalidad como utopía: este enfoque incorporó la teoría psicoanalítica y la teoría humanista. Concibe la normalidad como un funcionamiento ideal u óptimo, o como autorealización del potencial.

3) Normalidad como promedio: se refiere a la forma estadística o promedio. Se basa en la distribución normal, o la curva de campana, con el rango medio como normal y los extremos como desviación.

4) Normalidad como proceso: desde esta perspectiva, la conducta normal es vista en el contexto de múltiples procesos circulares en los sistemas transaccionales. Ve a la normalidad como un proceso en el tiempo.

En su concepto de normalidad como proceso, estos autores, concluyen que hay un gran número de posibles rutas adaptativas y que cada persona desarrolla su estilo propio de competencia basado en una interacción de variables biopsicosociales. Postulando que los individuos más sanos tienen una mayor variedad de técnicas para hacer frente a los problemas, utilizan estrategias más adaptativas y muestran más flexibilidad al tratar con eventos de su vida interna y externa.

Los conceptos que definen la normalidad de la familia, pueden agruparse en cuatro perspectivas básicas, relacionadas con las categorías antes mencionadas: 1) funcionamiento asintomático; 2) funcionamiento óptimo; 3) funcionamiento promedio; 4) procesos transaccionales.

### 1) Funcionamiento asintomático de la familia.-

Desde esta perspectiva clínica, una familia es considerada normal si no hay síntomas recientes de disfunción o psicopatología en ninguno de sus miembros. La ausencia de síntomas se iguala con la "salud" este concepto negativo o conservador ha sido utilizado por investigadores de la familia para dos propósitos, estudiar a las familias normales como un grupo homogéneo para su comparación con familias de pacientes emocionalmente trastornados; y con el fin de no imponer otras definiciones o criterios que aún carecen de validez empírica (Jacob, 1975; Riskin, y Faunce, 1972).

Por esta última razón Riskin (1976) prefiere utilizar el término "no clínicas" o familias "no terapéuticas".

### 2) Funcionamiento Optimo de la Familia.-

Este acercamiento a la normalidad busca definir una familia exitosa en términos de características positivas o ideales.

Las familias de funcionamiento óptimo son visualizadas en la cima de un continuum, con promedio de familias asintomáticas en el grado medio y familias severamente deterioradas en el extremo inferior. El término "familia saludable " generalmente se refiere a una familia exitosa o ideal que se ajusta a un modelo basado en los valores de un paradigma conceptual particular. Más a menudo, el juicio está basado en los resultados en términos de un cumplimiento de las tareas familiares, particularmente el desarrollo exitoso de la descendencia.

### 3) Funcionamiento de la Familia Promedio.-

Una familia es considerada como normal, desde la perspectiva de su promedio, si se ajusta a un patrón que es típico o predominante en la mayoría de las familias. Este concepto es utilizado con bastante frecuencia por psicólogos que usan medidas estadísticas de tendencia central. Una familia se denomina normal si cae dentro de la escala normal; las familias fuera de la escala se consideran anormales.

Desde este punto de vista una familia de funcionamiento óptimo es poco común y por lo tanto sería anormal o severamente deteriorada. Más aún, desde esta definición, las familias normales no son necesariamente asintomáticas. Si se tiene que la mayoría de las familias tienen problemas ocasionales; la presencia de un problema en sí mismo no implica que la familia no sea normal. Esta perspectiva desúne entonces los conceptos de salud, normalidad y ausencia de síntomas.

### 4) Procesos Transaccionales en la Familia.-

Desde esta perspectiva las familias normales están conceptualizadas en términos de procesos universales que son característicos de todos los sistemas.

Los procesos básicos envuelven la integración, mantenimiento y crecimiento de la unidad familiar, en relación tanto a sistemas individuales como sociales. Lo

que es normal -ya sea típico u óptimo- se define en contextos temporal y social, y varía con las diferentes demandas internas y externas que requieren adaptación sobre el curso del ciclo de vida familiar (Walsh, 1982).

Desde esta última perspectiva, la disfunción individual es vista como sintomática de la disfunción familiar actual.

El término "Funcional" se refiere a un juicio acerca de la utilidad de un patrón de comportamiento estructural en cuanto a lograr objetivos.

Lo que puede ser funcional a un nivel de análisis, individual, familiar o social; puede no ser funcional en otros niveles (Price, 1979).

Un patrón funcional a una etapa en el ciclo de la vida familiar puede ser disfuncional en otra fase (Walsh, 1982).

Casi todos los terapeutas de la familia han prestado mucha atención al concepto de "ciclo de vida familiar" por ser una herramienta de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico, en la medida que permite llegar con menos tropiezos al diagnóstico y la planificación de las intervenciones, ofreciendo al mismo tiempo la oportunidad a través de la revisión de casos clínicos de reconocer fenómenos y procesos similares en otras familias.

Hill, (1970) observó que los investigadores o clínicos que trataban de hacer generalizaciones respecto de las familias sin tomar en cuenta la etapa de desarrollo encontraban una enorme fluctuación (varianza) que no podían comprender.

Al enfocar el "sistema familiar" atravesando por un ciclo vital, podemos hacer algunas consideraciones, ya sea de tipo práctico, teórico o clínico, para su mejor comprensión.

A diferencia de algunas posturas teóricas que sostienen que los primeros años de la vida determinan el desarrollo y comportamiento del hombre, la perspectiva sistémica, sin olvidar la importancia de esos años, sostiene que a lo largo de su vida el hombre se enfrenta a varias experiencias que pueden modificar su desarrollo, por lo que el conocimiento del ciclo vital de la familia nos proporciona un marco teórico de referencia que promueve la comprensión de los diferentes fenómenos por los que atraviesa el hombre durante su vida (Carter, E.A, & McGoldrick, M. 1980).

Desde esta perspectiva, para estudiar a la familia adecuadamente se considera necesario referirse a ella como un sistema emocional que involucra por lo menos a tres generaciones, donde la ansiedad la afecta desde dos ejes; horizontal y vertical.

El eje vertical corresponde a la ansiedad producida por los patrones de relación y funcionamiento que son transmitidos de una generación a otra, como sería el caso de los prejuicios, las expectativas, las actitudes, los tabúes, etc.

El eje horizontal incluye la ansiedad producida por el stress que se presenta

en la familia al enfrentarse a los cambios y transiciones propios del ciclo vital de la misma, así como de aquellos impredecibles que pueden afectar o interrumpir dicho ciclo.

Cuando el eje horizontal se encuentra sobrecargado con eventos estresantes, la familia mostrará un comportamiento disfuncional, y así cualquier evento estresante sobre el eje vertical propicia un rompimiento en el sistema.

La hipótesis general del enfoque sistémico afirma que existen tareas emocionales en cada fase del ciclo vital de la familia que tienen que ser llevadas a cabo por el sistema familiar, y en las que se requiere de un cambio de estatus de sus miembros, produciéndose así, un proceso emocional complejo que envuelve la transición de una fase a otra.

En esta perspectiva, el propósito de las familias es el proveer un contexto que sustente la necesidad de logro para todos sus miembros. La estructura de la familia en un momento dado de su desarrollo histórico corresponde entonces a la interacción y combinación de la necesidades primarias de sus miembros en ese momento.

Una familia se considera suficientemente funcional cuando proporciona los elementos específicos que solucionan las necesidades específicas. La aparición de una nueva necesidad primaria en un miembro pone en movimiento una nueva secuencia de logro que permitirá satisfacer esa necesidad, lo que causa una desestabilización temporal en los elementos existentes, lo que lleva a una nueva estructura en donde los mismos elementos sufren una modificación.

La superestructura del ciclo vital de la familia se forma en relación a las evoluciones de primer y segundo orden; las de primer orden corresponden a la capacidad de transformación de la estructura con fines adaptativos, mientras que las de segundo orden involucran transformaciones de status y de significado. El síntoma aparece en un miembro de la familia cuando una evolución de segundo orden no es acompañada de una transformación apropiada y suficiente de la estructura.

En el desarrollo de las familias encontramos transformaciones debidas a eventos normativos (de segundo orden) que ocurren regularmente en la mayoría de las familias como son; casamiento, nacimiento de un niño, la entrada de un niño a la escuela, el niño entra a la adolescencia, el joven se convierte en adulto, nacimiento de un nieto, retiro laboral, o jubilación, senectud.

Encontramos también transformaciones debidas a eventos paranormativos, que modifican el momento normativo de la familia, matizados por el conflicto, enfermedad, asesinato, suicidio, etc.

Los eventos y transiciones normativas están marcados frecuentemente por rituales. Apoyados en símbolos, metáforas y acciones que contienen múltiples significados, estos rituales funcionan reduciendo la ansiedad relativa al cambio.

Como los rituales están limitados en el tiempo y en el espacio, crean un contexto seguro y manejable para la expresión de sentimientos y emociones fuertes, pudiendo prevenir el aislamiento disfuncional a que se tiende en momentos de tristeza o pérdida.

Todos los individuos y las familias viven algunas de las transiciones normativas del ciclo de vida y participan en rituales que las facilitan, pero muchos individuos y familias se enfrentan a eventos y transiciones paranormativas, también llamadas indiosincráticas del ciclo vital, que dada su naturaleza aparentemente inusual o distinta, suelen carecer de rituales que las marquen. Tales transiciones indiosincráticas incluyen el nacimiento de un niño discapacitado; un aborto espontáneo; un embarazo no deseado; una separación forzada por hospitalización, encarcelamiento o terror; la reunión tras estas separaciones forzadas; emigración; convivencia sin matrimonio y el final de una relación así; uniones homosexuales; poner un niño bajo tutela y el reencuentro posterior con su familia; muerte repentina, prematura, inesperada o violenta, incluyendo el suicidio; familias formadas por adopción y cuando éstas carecen de apoyo abierta o encubiertamente por parte de los familiares; el alejamiento del hogar de un joven adulto mental o físicamente impedido, especialmente si éste alejamiento no estaba previsto, y enfermedades crónicas y discapacitantes.

Carter y McGoldrick señalan que la lista es más indicativa que exhaustiva, y que se define a través de procesos macrosociales que pueden cambiar con el tiempo o diferir entre distintos grupos culturales y socioeconómicos. Un embarazo sin matrimonio puede ser o no considerado un evento del ciclo de vida indiosincrático, dependiendo de las normas familiares, del grupo de referencia de la familia y de la reacción de la comunidad más extensa.

Mencionan que aunque la lista puede parecer una combinación poco habitual, todas las transiciones mencionadas tienen varios elementos en común:

1.- No existen los rituales habituales, reiterados y ampliamente aceptados para facilitar los cambios necesarios y vincular individuo, familia y comunidad.

2.- Todos deben pasar por la compleja reelaboración de las relaciones como en las transiciones normativas del ciclo de vida, pero no disponen de mapas respecto de las transiciones más esperadas.

3.- A menudo falta el apoyo contextual de la familia de origen, la comunidad y la cultura más amplia. Los eventos y procesos del individuo o de la familia no son ratificados por la familia de origen, los sistemas más grandes o la comunidad.

4.- Difícilmente se logra el equilibrio de ser ambas cosas: igual a los demás (una familia con un miembro gravemente discapacitado comparte muchos rasgos con otras familias) y diferente (hay aspectos en el funcionamiento de una familia con un

miembro gravemente discapacitado que son distintos a los de otras familias), y de esto resulta una posición oblicua que niega la diferencia, o la maximiza hasta excluir el sentimiento de conexión con otros.

5. A menudo se siente estar estigmatizado debido a los prejuicios de la comunidad más extensa. Esto a su vez puede llevar al surgimiento de secretos y conspiraciones de silencio que constriñen las posibilidades relacionales.

6. El involucramiento con sistemas más grandes es a menudo problemático. Las familias con miembros discapacitados, hospitalizados, encarcelados, o adoptivos tienen que relacionarse con sistemas mayores en formas que alteran límites y relaciones familiares y que pueden durar muchos años. Las familias que emigran por la fuerza o por razones económicas a menudo se ven envueltas en sistemas más amplios intimidantes. Familias cuya organización y miembros no son afirmados por su cultura, como las parejas homosexuales y sus hijos, a menudo son estigmatizados por los sistemas más amplios. En la medida en que la identidad y el sentido de capacidad de las familias reflejan los macrosistemas más amplios con los cuales interactúan, las familias que enfrentan cualquier evento o transición idiosincrática del ciclo vital corren un riesgo mayor de incorporar imágenes negativas.

7. La familia puede abandonar o interrumpir rituales familiares que contribuyen a su sentido de sí misma, especialmente si despiertan recuerdos dolorosos. Por ejemplo, tras la pérdida de un miembro por muerte repentina, hospitalización o encarcelamiento la familia puede llegar a evitar los rituales familiares. Las familias incapaces de aceptar las relaciones homosexuales de sus hijos o las relaciones heterosexuales sin matrimonio pueden interrumpir su participación en rituales. Ese abandono, paradójicamente impide la curación y el desarrollo relacional.

Los teóricos del ciclo vital familiar (Carter, y McGoldrick, 1980; Haley, 1980; Terkelson, 1980) describieron la conexión entre la desviación del evento normativo del ciclo vital y la aparición de síntomas en individuos y familias. Carter y McGoldrick alertan a los clínicos a evaluar los hechos tensionantes en el desarrollo de las familias tanto horizontal como verticalmente, y Terkelson agrega la categoría paranormativa para incluir transiciones como la separación marital, enfermedades y sucesos graves extrínsecos e inesperados que debe enfrentar una familia y bajo cuya presión puede tornarse sintomática. Las familias que viven procesos idiosincráticos, del ciclo de vida, está particularmente expuestas a un desarrollo sintomático en sus miembros. La convergencia de la falta de apoyo social, interrupción de relaciones y aislamiento, estigma, secreto, vergüenza en uno o más miembros, y frecuentemente, relaciones tensionantes con sistemas más amplios con los cuales la familia debe interactuar pueden así reflejarse en la escasez de rituales que marquen los cambios evolutivos. Siendo los síntomas y las interacciones reiteradas y rígidas de los miembros de la

familia en respuesta a los síntomas, la expresión metafórica de su situación atascada  
Coinciden en señalar que el clínico puede descubrir la prominencia de procesos idiosincráticos del ciclo vital, y que a menudo están ocultos, en su búsqueda de problemas normativos en el ciclo vital a fin de establecer hipótesis respecto a la aparición de síntomas.

Un problema metodológico en el estudio del ciclo de la vida familiar es que no se ha llegado a un acuerdo sobre la cantidad de etapas que deben reconocerse, sin embargo una versión que se utiliza comunmente comprende las siguientes etapas principales:

1. Entre familias: Adulto-soltero
2. Unión a otra familia mediante el matrimonio (la pareja recién casada)
3. Familia con hijos pequeños
4. Familia con hijos adolescentes
5. Cuando los hijo se van (el despegue de los hijos fuera de la familia)
6. La familia en etapa tardía

En cada etapa, el ciclo de vida del individuo encaja como una rueda dentada en el ciclo de vida familiar. Mientras transcurre el ciclo de vida familiar, la fases y crisis transicionales son inevitables con entradas y salidas de la familia.

En cada una de estas fases encontramos tareas específicas con las que la familia se encuentra y que debe resolver para continuar su crecimiento saludable.

1. Entre familia: adulto-soltero. El lograr una identidad le permite al adolescente hacerse cabalmente responsable de su vida, de seguir una carrera profesional y de poder relacionarse íntimamente con otra persona.

Las dos grandes tareas que debe de alcanzar un joven son la elección de una ocupación que le significará la elección de un estilo de vida y la elección matrimonial. Estas elecciones pueden estar determinadas, en alguna medida por factores familiares como expectativas y actitudes hacia determinadas ocupaciones o personales como el propio deseo, disciplina o dedicación.

A lo largo de todo el ciclo vital de la familia se pueden presentar de una manera interrelacionada entre generaciones aspectos emocionales, financieros y funcionales. De estas categorías, es la emocional la que más impacta de una generación a otra.

En esta etapa se debe promover la independendencia de los hijos con la aceptación de los padres.

2. Unión a otra familia mediante el matrimonio. Llegar a formar una pareja es una de las transiciones más difíciles en el ciclo vital de la familia, aunque debido a una idea romántica y optimista, se ha considerado al matrimonio como una solución a todos los problemas del hombre, principalmente los relacionados con la soledad.

El cambio de rol de la mujer, la movilidad social y el uso de los métodos anticonceptivos, han modificado la idea del matrimonio.

La relación dentro del matrimonio en la pareja requiere negociar una serie de cosas que previamente ya estaban definidas de manera individual.

En el matrimonio, y a diferencia de otros animales en donde la unión únicamente involucra a dos, en el hombre están presentes dos enormes sistemas muy complejos. Haley ha comentado que lo que distingue al hombre de los otros animales, es el hecho de que el hombre tiene familia política.

Es recomendable que antes del primer embarazo cuente la pareja con suficiente tiempo para acoplarse.

Uno de los mayores problemas que se le presentan a la pareja es la confusión a la que se enfrentan entre distinguir lo que significa cercanía y fusión. Existe una clara diferencia entre establecer una relación íntima con otra persona y el utilizar una relación de pareja para tratar de completar el yo de uno mismo o mejorar la propia autoestima. Es decir, la pareja que busca la fusión en su relación, se debe a que no pudo lograr una diferenciación completa con su familia de origen, en donde han fallado en resolver la relación con sus padres y son incapaces de entablar una relación de pareja basada en el respeto y la libertad de cada uno.

Es importante comprender que los problemas que no se resolvieron en la familia, estarán afectando la relación de pareja e interferirán en lograr un balance marital.

Otro factor que influye de una manera importante en la relación de pareja, es el de poder asumir que muchas ocasiones uno no es responsable de los sentimientos de la pareja, lo que permitirá no sentirse culpable y adoptar una conducta más empática y de apoyo que ayudará más efectivamente a la otra persona.

Referente a la relación con sus familias extensas, las parejas pueden adoptar diferentes maneras de relacionarse: conflicto, de involucración, de distancia o de cortar con la relación. La imposibilidad de poder negociar y dar solución a esta situación, puede convertirse en el problema principal de la pareja durante esta etapa de su ciclo vital.

De manera general se puede predecir que el ajuste marital será más difícil de lograr si se presentan algunas de las siguientes situaciones:

- \* Las parejas se conocen o se casan poco después de haber sufrido una pérdida importante.
- \* El deseo de separarse o alejarse de su familia de origen es un factor importante para decidir casarse.
- \* Los antecedentes de las familias de la pareja son significativamente diferentes (religión, educación, clase social, raza, edad de la pareja y

gustos).

- \* La pareja vive o muy cerca de las familias de origen o muy lejos.
- \* La pareja depende de la familia extensa ya sea económica, física o emocionalmente.
- \* La edad de la pareja al casarse es menor a los 20 años o mayor de los 30.
- \* La relación de noviazgo duró menos de 6 meses o más de 3 años.
- \* La boda se llevó a cabo sin la presencia de la familia o de amigos.
- \* La esposa se embaraza antes o dentro del primer año del matrimonio.
- \* Cualquiera de los esposos mantiene una mala relación con sus padres o hermanos.
- \* Cualquiera de los esposos considera que su infancia o adolescencia fue infeliz
- \* Los patrones maritales de cualquiera de la familia extensa son inestables.

De una manera general, el primer año de bodas es considerado especialmente por la mujer, como uno de los años más felices del ciclo vital de la familia.

Para lograr una adecuada estabilidad es recomendable que se cuente al menos con un año de vida matrimonial antes de decidir embarazarse. El decidir tener hijos requiere tener conciencia de una gran responsabilidad, ya que como es sabido los lazos matrimoniales pueden ser rotos, pero no así los de la paternidad.

Es importante en esta época poder compartir las responsabilidades entre la pareja, así como las amistades.

3.- Familia con niños pequeños.- Al llegar los hijos a una familia, se pueden encontrar que no hay un espacio para ellos en la pareja, que si hay un espacio para ellos o que existe un vacío que ellos tienen que llenar.

La concepción y el nacimiento de los hijos pueden activar fantasías en los padres relacionadas con su propia infancia.

La llegada de los hijos puede afectar las actividades y prácticas sexuales de la pareja, ya que la presencia de un hijo puede afectar la privacidad de los padres.

Durante esta etapa, es muy importante que los padres comprendan que sus hijos requieren para su sano desarrollo de amor, atención y cuidado.

En aquellas parejas en donde se da más una relación de fusión que de intimidad, el arribo de un hijo puede promover una triangulación en el afecto ya que la presencia y conducta del bebé puede hacer que un padre se acerque más mientras el otro se aleja.

En esta etapa las relaciones extramaritales se pueden presentar con más frecuencia, especialmente en la época cercana al embarazo.

La presencia de los hijos puede ayudar a que se solucionen problemas entre los abuelos, aunque también pueden ser utilizados los hijos para estabilizar un

matrimonio o como pretexto para que la pareja se aleje de su familia de origen.

Como conclusión podemos decir que ser padres es un evento nodal en el ciclo de la familia y como todos los eventos de esta importancia, puede estimular el crecimiento y fortaleza del sistema familiar o puede propiciar una disfunción.

Los cambios de segundo orden que se llevan a cabo en esta etapa son: El ajuste en el sistema para hacer espacio a los niños. Asumir el papel de padres y replantear la relación con la familia extensa para incluir los roles de padres y abuelos.

4.- Familia con hijos adolescentes. - En esta etapa de la familia los adolescentes están diariamente retando a la familia con sus nuevos estilos, nuevo lenguaje, nuevos manierismos y nuevos valores, en el adolescente se da una mezcla de niño y adulto que confunde a la familia.

De todos los eventos naturales que se presentan en el ciclo de la familia es el trato con adolescentes el que pone a prueba la flexibilidad de la organización familiar, ya que la conducta del adolescente puede variar en un momento de un extremo al otro, sin dar tiempo a la familia a adaptarse a los cambios.

Este cambio también se puede presentar en relación a la intensidad de sus relaciones.

Los cambios de segundo orden que se presentan en esta etapa se encuentran al cambiar la relación padre-hijo existente, para permitir al adolescente la posibilidad de moverse dentro y fuera del sistema. Reenfocar los aspectos de la carrera y vida marital en la etapa de la madurez.

5.- Cuando los hijos se van. - Con relación a la edad de los padres esta etapa usualmente comprende de los 40 a los 60 años, y en la actualidad tomando en cuenta las actividades, intereses y posibilidades que tiene la pareja, esta edad debe relacionarse ya no como la del "síndrome del nido vacío", sino más bien la de una etapa en donde la pareja cuenta con fuerzas y posee una fuente de posibilidades que ayudarán a lograr su desarrollo.

Durante esta etapa se debe fomentar el que la familia viva esta fase productivamente y que no se abandone o aisle únicamente porque ya se terminaron sus obligaciones en relación al cuidado de los hijos.

Esta etapa se caracteriza por un constante movimiento en lo relacionado a entradas y salidas de miembros de la familia. Se inicia con la salida de los hijos del hogar, en la relación de noviazgo y posteriormente en el casamiento, lo que trae consigo la incorporación de la familia política. Esta proliferación de relaciones familiares se ve aumentada por la aparición de los descendientes, los nietos.

Es esta una etapa en donde se puede presentar el síndrome del nido vacío. Una de las maneras de poder predecir como se comportará la familia frente a los problemas que esta etapa presenta, es observar como se ha ido comportando ante

situaciones anteriores nodales.

El grado de éxito que hayan obtenido los padres en manejar problemas relacionados con la autonomía, la responsabilidad y cercanía con sus respectivas familias de origen, tendrá un impacto definitivo en el éxito que obtengan en el manejo de estos conceptos con sus hijos mayores.

Aquellos problemas que no se resolvieron adecuadamente pueden servir como detonador de cualquiera de las tres generaciones.

A continuación se mencionan las tareas principales a las que se pueden enfrentar las tres generaciones:

**a) Generación de los abuelos**

- \* El retiro laboral puede causar diferentes grados de ansiedad por el manejo que hagan con la utilización de su tiempo libre así como por posibles problemas de tipo económico.
- \* Pueden presentarse ciertas dificultades en la relación de pareja, ya que ahora pasan más tiempo juntos, por lo que si no se ha trabajado adecuadamente la interdependencia de la pareja se pueden producir tensiones maritales.
- \* Pueden presentarse problemas de tipo físico y psicológico producidos por la edad o por el stress de la vida.
- \* La muerte de uno de los esposos es uno de los principales problemas a los que se enfrenta esta generación.

**b) Generación de los hijos (Generación más joven)**

- \* Los jóvenes tienen que desarrollar la habilidad para alcanzar su independencia y libertad, así como para determinar sus metas futuras.
- \* Buscar y relacionarse con su pareja, lo que puede conducir al matrimonio. La presencia de la familia política.
- \* Establecer una comunicación adulta y madura con sus padres y demás miembros de la familia.

**c) Generación de los padres**

- \* Decece la necesidad de dedicar mucho tiempo al cuidado de los hijos.
- \* Al casarse los hijos se establecerán relaciones nuevas con la familia política de sus hijos.
- \* De manera simultánea al disminuir el tiempo que se dedica a los hijos se dispone de mayor tiempo para dedicarlo a los intereses particulares de cada esposo.
- \* En esta época es probable que se requiera modificar algunos acuerdos preestablecidos en la relación de pareja.
- \* En ocasiones el desequilibrio en la relación de la familia producido por la

autonomía de la esposa y los hijos, puede conducir a la pareja a tener alguna relación extramarital, lo que se conoce como la crisis de la edad madura.

- \* En esta fase se requiere que la pareja tenga la capacidad de explorar nuevos intereses.
- \* Los padres se convierten en abuelos. Los abuelos representan figuras de autoridad que ayudan en la socialización de los niños. Los abuelos pueden compartir con ellos momentos de diversión y alegría.
- \* En esta época se afrontan los cambios que se presentan en los propios padres, como es el retiro laboral, problemas o incapacidades físicas y la muerte.

En esta etapa se puede dar también la posibilidad de alcanzar las potencialidades de la pareja, logrando una estabilidad económica y una estabilidad intelectual y emocional.

6. - La familia en etapa tardía. - Generalmente se teme tanto llegar a ser viejo como el no poder llegar a alcanzar la vejez. Durante la última época de la vida la familia como sistema enfrenta junto con sus miembros más viejos retos muy importantes de adaptación.

El stress que produce la jubilación y el retiro laboral, la viudez, el rol de abuelos y las enfermedades o incapacidades, requiere de ayuda y apoyo de la familia para realizar ajustes adecuados que les permitan elaborar las pérdidas y lograr una adecuada reorientación y reorganización en la estructura familiar.

El retiro y jubilación pone a prueba la relación de pareja y su capacidad de ajuste.

La viudez es otro cambio importante que se presenta en esta etapa. La mujer tiene cuatro veces más de probabilidades de perder a su pareja que el hombre y también es probable que la viudez se presente cuando todavía tiene mucha vida por delante la mujer, por lo que debe de poder elaborar la pérdida y pensar en la posibilidad de alcanzar un funcionamiento productivo en el futuro. Este proceso de ajuste se presenta en tres fases: a) Romper con los lazos que la unían con el esposo y aceptar el hecho de que está muerto, transformando las experiencias vividas juntos, en recuerdos. b) Esta fase se presenta en el primer año de la viudez, en donde la mujer tiene que enfrentarse a la realidad y solucionar los problemas cotidianos y de su manutención. c) En el transcurso de 1 ó 2 años, la mujer debe ser capaz de interesarse en los otros y comprometerse con nuevas actividades.

La situación económica de la viuda influye ampliamente para lograr su independencia ya que si no cuenta con ese apoyo tendrá que recurrir a sus hijos, hermanos o a sus padres muy ancianos.

La posibilidad de un nuevo matrimonio es una opción para muchas personas de edad, sobre todo para el hombre quien puede encontrar una compañera más fácilmente. Esto le puede presentar problemas con sus hijos, ya que pueden considerarlo como un acto de deslealtad para su pareja muerta.

El asumir el rol de abuelos puede proporcionarles una nueva posibilidad de volver a ser felices, porque reviven sus propias experiencias y les da un sentido de inmortalidad y trascendencia. Este rol ofrece una gran gama de posibilidades y oportunidades de nuevas interacciones, ya que la relación con sus nietos se puede disfrutar muy ampliamente, porque no conlleva las responsabilidades, obligaciones y conflictos que están inherentes en la relación padre-hijo. Se dice que los abuelos y los nietos se llevan muy bien porque tienen un enemigo en común.

El deterioro tanto físico como mental es el mayor temor o preocupación de los ancianos y este deterioro puede ser exacerbado por depresiones, sentimientos de desamparo y desesperanza y por temores a la pérdida de control y autosuficiencia.

Carter y McGoldrick (1980) han esbozado las dislocaciones del ciclo de vida familiar relacionadas con el divorcio. Lo anterior es importante si consideramos la gran cantidad de divorcios que se suscitan en la actualidad, lo que a su vez da cuenta de la gran cantidad de madres solas y familias sin padre, lo que hace necesario modificar el esquema del ciclo de vida familiar en la medida en que dicha situación obliga a muchas mujeres a dejar la crianza de sus hijos a cargo de los abuelos, regalar a sus hijos, darlos en adopción, presionadas en muchos casos por la necesidad de salir a trabajar para sostener el hogar.

Otro problema es el que se presenta debido a la variabilidad del ciclo de vida familiar por las diferencias culturales (Falicov y Carrer, 1980), así como el efecto de la migración y la transición cultural.

Describir la estructura emocional de la vida familiar no es nada fácil. Quizás podamos entenderla mejor si pensamos en la complejidad que implica describir lo que son los roles emocionales, en las relaciones finas que se suscitan entre sus miembros, en su capacidad para resolver los problemas y en que las formas que utilizan pueden ser muy distintas, en sus comunicaciones, en el clima emocional dado por sus estados de ánimo, y en su capacidad de ejercer funciones a veces tan intangibles como la libertad, la autonomía, la individualidad y la independencia.

Todas estas facetas y otras más, para las cuales no existen palabras, son parte de la estructura y textura de la fibra emocional que forma una familia (Estrada 1982).

Sin embargo, a pesar de que por momentos toda esa riqueza emocional que se presenta en la vida familiar pareciera no ser posible de ser investigada sistemáticamente, no es así, como se verá en la descripción de los modelos clínicos del

funcionamiento familiar.

Estrada, (1982) menciona en su estudio acerca del ciclo de vida familiar, algunas categorías útiles para investigar a la familia:

- a) la capacidad para reconocer y resolver problemas emocionales.
- b) la intensidad y calidad de la comunicación.
- c) la clase y graduación de la expresión afectiva.
- d) el nivel de autonomía que se permite a sus miembros.
- e) la presencia o ausencia de problemas psicopatológicos en tres o más miembros de la familia.

Al plantear el "mito de normalidad", Jackson (1967) renuncia a la falsa seguridad nacida de etiquetar lo que uno hace como "correcto" o "normal", utilizando a cambio el término "convencional", el cual considera más exacto. Desde su punto de vista, los estudiosos de la familia podrían evitarse muchos problemas adheriéndose a un concepto estadístico de normalidad al que podemos aproximarnos con el uso del término "convencional".

Al respecto, Bott, (1957) menciona que los standards de lo que es costumbre, o de lo que debería hacerse se establece a través de leyes, del folklore y modos individuales de cada cultura. En esta línea de ideas, Walsh, (1982) plantea que las normas pueden o no corresponder a la norma estadística de una población o al patrón familiar típico promedio, y éstos a menudo pueden quedar atrás de los cambios familiares y sociales.

Los modelos teóricos de la familia que han tenido mayor utilidad para los investigadores y clínicos se han visto influenciados por la teoría general de los sistemas.

Habiendo bosquejado en el capítulo anterior las características de la familia como sistema así como las suposiciones básicas acerca del deterioro del individuo y de la familia, pasaremos a examinar aspectos más específicos del funcionamiento de la familia que están arraigados en una orientación de sistemas con enfoques clínico-teórico particulares.

La atención estará dirigida a los siguientes aspectos:

- ¿Cuáles se piensa que son las características esenciales para distinguir a las familias disfuncionales de las familias normales?
- ¿Cuáles se piensa que son las características de estructuras familiares disfuncionales?.

Haremos especial énfasis en los modelos estructural y estratégico dada la naturaleza del problema de investigación y las hipótesis planteadas.

### **3.2.1. Modelo Estructural.**

La terapia estructural de familia desarrollada por Minuchin y sus colegas

(Minuchin, Montalvo, Guernsey, Rosman & Shumer, 1967) enfatiza la importancia de la organización de la familia para el funcionamiento de la unidad familiar y el bienestar de sus miembros.

Minuchin sostiene que una familia normal u ordinaria no puede ser distinguida de una familia anormal por la ausencia de problemas. Ataca el mito de la "normalidad plácida", el preponderante aspecto idealizado de la familia normal como no-tensionada, viviendo en armonía constante y cooperación mientras se enfrenta a la relación social sin inquietarse. (Walsh, 1982). Afirmando que tal imagen se desmorona siempre que uno mira a una familia con problemas ordinarios.

Minuchin, (1978) presenta entrevistas con familias funcionando efectivamente, de diferentes culturas para ilustrar las dificultades normales de la vida familiar que superan las diferencias culturales. El describe una "familia ordinaria, esto es, la pareja tiene muchos problemas de relación entre uno y otro, criando hijos, tratando con parientes y enfrentándose con el mundo exterior. Como todas las familias normales están luchando constantemente con estos problemas y negocian los compromisos que hacen posible la vida en común" (p. 16).

Minuchin sugiere a los terapeutas no basar juicios de normalidad o anormalidad de la familia sobre la presencia o ausencia de problemas, en lugar de eso, él propone un esquema conceptual de funcionamiento familiar para guiar a los terapeutas en la valoración de la familia.

Este modelo está basado en la perspectiva de la familia como sistema social, operando dentro de contextos sociales específicos y teniendo tres componentes:

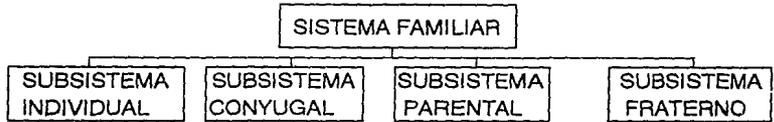
Primero: la estructura de la familia es la de un sistema sociocultural abierto en transformación.

Segundo: la familia pasa por el desarrollo con el tiempo, progresando a través de etapas sucesivas que requieren re-estructuración.

Tercero: la familia se adapta a circunstancias cambiadas en modos que le permiten mantener continuidad y promover el crecimiento psicosocial de sus miembros.

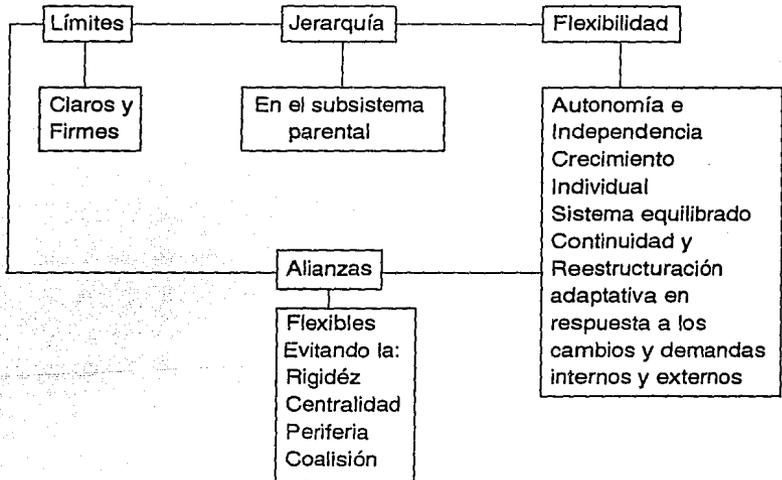
Minuchin realiza el diagnóstico de la estructura sistémica de la que surgen los problemas, enfatizando en: la funcionalidad o disfuncionalidad de los subsistemas (conyugal, parental, fraterno), las áreas límites o reglas transaccionales. Además tiene en cuenta la etapa del ciclo vital familiar así como cambios en el contexto.

## ESQUEMA DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR



La estructura familiar se define por medio de su organización y patrones de interacción (Minuchin, 1974) a través de los cuales se puede conocer el grado de funcionalidad y disfuncionalidad en la familia (Bowen, 1976; Minuchin, 1974).

## ELEMENTOS DE FUNCIONALIDAD EN LA FAMILIA PATRON DE INTERACCION



Descripción de los esquemas anteriores

Sistema Familiar en el sistema familiar al igual que en cualquier sistema existe una serie de subsistemas, los cuales permiten el funcionamiento de la familia y se forman por generaciones, sexo, interés o funciones.

Todo individuo pertenece a un subsistema o varios. Cada uno posee diferentes niveles de poder y aprende habilidades específicas.

En el Subsistema Individual cada miembro de la familia es un subsistema que

afecta y es afectado por los demás miembros. Por ejemplo, cuando uno de los hijos presenta un problema, la familia en su totalidad se ve afectada y a la vez ésta afecta y retroalimenta la conducta problema del hijo, en cuyo caso el hijo resulta ser solo el paciente identificado, el portador del síntoma.

El Subsistema Conyugal está constituido por dos adultos de diferente sexo que se unen con la intención expresa de formar una familia. Posee funciones y tareas específicas, vitales para el funcionamiento familiar.

Las principales cualidades requeridas para la implementación de estas tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad, para lograr un sentido de pertenencia.

El subsistema conyugal tiene que estar protegido por un límite que evite las interferencias de los demás subsistemas y sistemas, en particular del subsistema fraterno y de las familias de origen. Así los adultos tendrán un territorio psicosocial propio.

Este subsistema es vital para el crecimiento de los hijos y una disfunción en él, repercute en el subsistema fraterno.

El Subsistema Parental tiene su origen en el nacimiento del primer hijo. En la familia intacta, el subsistema parental debe diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar al hijo, sin renunciar al mutuo apoyo y las tareas que corresponden al subsistema conyugal.

En este subsistema debe existir un límite claro y flexible que permita al niño acceso a ambos padres y que a la vez lo excluya de las funciones maritales y parentales.

La disciplina es una función importante de los padres. Su autoridad debe ser racional, flexible y adaptable a las demandas que corresponden a las necesidades propias del niño en sus diferentes etapas de desarrollo.

El Subsistema Fraterno es el primer laboratorio de aprendizaje social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. Aquí los niños se apoyan, se alimentan, se cuidan y se desahogan mutuamente.

Aprenden a negociar, a cooperar, a competir, a hacer amigos, aliados y a lograr el reconocimiento por sus habilidades. Las pautas aprendidas en este subsistema serán generalizadas a otros subsistemas, tanto en la infancia como en la vida adulta (Minuchin, 1974).

#### Elementos Fundamentales de la Estructura y Funcionamiento Familiar

Para que cada uno de estos subsistemas exista y lleve a cabo satisfactoriamente sus funciones, es necesario que estén protegidos por barreras invisibles llamadas límites.

### Límites

Los límites son esenciales para el funcionamiento familiar y se definen como las reglas que designan quienes participan y de que manera, en un subsistema determinado (Minuchini, 1974).

La función de los límites es proteger la determinación de los subsistemas. Cada subsistema establece roles, funciones y demandas específicas a sus miembros. Para que éstos lo puedan lograr exitosamente, deben tener la suficiente libertad de acción y no verse impedidos por las interferencias de otros sistemas.

Los límites deben ser claros, es decir, estar claramente definidos pero ser flexibles. De esta forma, los miembros de un subsistema tienen contacto con miembros de otros subsistemas aunque evitando intromisiones.

### Jerarquía

Se refiere al orden establecido en cuanto a nivel de autoridad, tanto en el sentido de poder, como en el de crédito, que se le reconoce a cada persona dentro de la familia (Barragan, 1975).

Haley, (1978) señala que la familia en términos de jerarquía tiene una organización consistente, en varias generaciones, con miembros de diferentes grupos de inteligencia e ingresos, aspectos que junto con otros establecen diferentes niveles de poder.

Comúnmente los padres tienen mayor jerarquía que los hijos en la familia nuclear. En ocasiones se confunden los niveles jerárquicos, por ejemplo cuando los padres o uno de ellos delega en alguno de los hijos funciones y/o tareas que corresponde a ellos realizar, lo cual facilita la aparición de síntomas (Minuchin, 1974).

### Flexibilidad

Se refiere a la capacidad de cambiar permitiendo la reestructuración de la familia y el desarrollo de los individuos acorde a las demandas internas y externas. En otras palabras, a la capacidad de adaptación de la familia como respuesta a los cambios internos - desarrollo- y externos -ambiente- (Walsh, 1982).

### Alianza

Consiste en la cercanía entre dos o más miembros de la familia. Esta proximidad se manifiesta a través del afecto que se muestran, que tanto platican y el grado en que comparten actividades (Faure, y Gozález, 1986).

A través de las alianzas nos es posible conocer el grado de ligazón entre miembros de la familia, así como el grado de reforzamiento dado (Lowman, 1980).

Las alianzas positivas -de manifestación de cariño- son aquellas donde los miembros están cercanos y las podemos distinguir de las negativas -de muestras de enojo- por el distanciamiento entre los miembros. Según Haley, (1978) ambos tipos de alianzas se forman cuando dos individuos concuerdan en sus intereses, sin que

esto implique una maniobra en contra de un tercero.

La alianza afecta a todo el sistema, que a su vez repercute en los miembros de la alianza (Simon, 1985).

La formación de alianzas al interior de la familia es natural y necesaria, éstas son cambiantes, flexibles y deben permitir a cualquier miembro la convivencia con otros.

Sin embargo Wynne, (1961) menciona que las alianzas pueden ser patológicas y no permitir un adecuado funcionamiento familiar. Así, una alianza rígida intergeneracional puede romper los límites entre subsistemas e influir negativamente en la jerarquía.

En el mismo sentido, Faure, y González (1986) plantean que las alianzas extremas como son la "centralidad" y la ausencia de alianzas como sería el caso de la "periferia" provocan disfuncionalidad en todo el sistema familiar.

#### Centralidad-Periferia- Coaliciones

Un miembro es central, cuando participa en un mayor número de alianzas y acapara más la atención de los demás; lo cual le permite estar expuesto a más información de lo que ocurre a su alrededor, generalmente a expensas de que otro miembro mantenga una posición lejana y por lo mismo con menor oportunidad de recibir y de dar información a los demás miembros de la familia.

La persona que ocupa una posición central estará agobiada por la constante información de los que la rodean, interfiriendo tal situación en su proceso de autonomía, mientras que una periférica, puede carecer del apoyo necesario para su adecuado sentido de pertenencia al grupo (Faure, y González, 1986).

Las coaliciones según Haley (1978) son uniones de dos personas que a diferencia de las alianzas, implican un proceso de acción en contra de un tercer individuo.

Bowen (1976) señala que las alianzas que se convierten en coaliciones, suelen producir irregularidades en la jerarquía, pudiéndose formar triadas o triangulaciones.

Al igual que las alianzas, las coaliciones se presentan en cualquier familia y son flexibles, sin embargo, al volverse rígidas, impiden el adecuado funcionamiento familiar.

Como se ha observado, la estructura de familia, común a todas las familias es definida como el grupo de demandas funcionales que organizan los modos en los cuales los miembros de la familia interactúan. Desde la perspectiva del modelo estructural, los patrones transaccionales que definen las relaciones y regulan el comportamiento son mantenidos por dos restricciones: la organización de la familia gobernada por reglas universales, especialmente la jerarquía de poder, y espectati-

vas mutuas en familias particulares, contratos implícitos o explícitos que persisten fuera de hábito, adaptación mutua y efectividad funcional. Cada sistema así, se mantiene a sí mismo de acuerdo a los patrones preferidos, resistiendo el cambio más allá de una cierta proporción acostumbrada, al mismo tiempo, la familia funcional debe poder adaptarse a las demandas internas y externas de cambio.

Minuchin enfatiza que la "claridad" de las fronteras del subsistema es mucho más importante que la composición particular de los mismos. Por ejemplo: Un sistema paterno que incluye a un abuelo o a un hijo parental puede funcionar bastante bien en tanto que las líneas de autoridad y responsabilidad estén claramente trazadas.

Así, la claridad de los límites o fronteras familiares, es para Minuchin un parámetro útil de funcionamiento familiar. Todos los patrones familiares son concebidos como puntos en un continuum, con un amalgamamiento caracterizado por límites difusos en un extremo. En un patrón de familia amalgamado la diferencia entre sus miembros es difusa, borrosa, la distancia es disminuida y el sentido de pertenencia interfiere con la autonomía, problemas de mando y capacidades cognoscitivo-afectivas, tal sistema puede llegar a estar sobrecargado y carecer de recursos para adaptarse y cambiar bajo tensión, los límites rígidos impiden la comunicación y el ejercicio adecuado de las funciones protectoras de la familia; mientras la autonomía individual de los miembros es lograda a expensas de su relación y de la respuesta de uno a otro.

En esta perspectiva, ambos patrones de interacción-amalgamamiento y desligamiento-, son vistos como estilos transaccionales o preferencias para un tipo de interacción, y no como indicaciones de diferencias cualitativas entre familias funcionales y disfuncionales. La mayoría de las familias caen dentro de la amplia escala normal sobre el continuum con subsistemas algo amalgamados o algo desligados. Las normas culturales varían; un estilo de familia amalgamado por ejemplo es típico y funcional en muchos grupos étnicos. Los patrones pueden también variar con diferentes requerimientos en varias etapas del ciclo de vida. Por ejemplo, el subsistema padre-hijo normalmente tiende a proteger la desunión mientras el hijo se desarrolla y se separa de la familia.

Los patrones extremadamente unidos o extremadamente desunidos indican áreas posibles de patología. Por ejemplo: un subsistema padre-hijo altamente unido o amalgamado quebranta los límites generacionales, socavando tanto la unidad parental como la autonomía del hijo, y parece ser un factor importante en el desarrollo de síntomas (Haley, 1959; Lidz, 1976; Walsh, 1979).

Minuchin enfatiza la importancia de la jerarquía para el funcionamiento efectivo del sistema familiar. Primero: el subsistema conyugal debe establecer un

límite para protegerse de las interferencias y demandas de otros, tales como los hijos y miembros de la familia extensa. Los adultos en una familia deben tener su propio territorio psicosocial. El subsistema del conyuge requiere complementariedad y adaptación mutua para ejecutar tareas vitales.

En este proceso, los conyuges deben apoyar las mejores características y aspectos creativos de su pareja. En otras ocasiones ellos tal vez activen aspectos negativos o socaven sus patrones al intentar mejorar o rescatarlos tales patrones negativos, declara Minuchin, pueden existir en parejas promedio sin que impliquen necesariamente motivación malévola ni patológica severa.

En una familia intacta, los conyuges deben establecer un fuerte subsistema parental para ejecutar tareas de crianza de los hijos. Minuchin afirma, que el ser padres se ha vuelto un proceso difícil en el mundo rapidamente cambiante y complejo de hoy. La incuestionada autoridad del modelo tradicional patriarcal ha sido reemplazado por un concepto de autoridad racional y flexible. Minuchin (1974) nota, que la familia ideal a menudo es descrita como una democracia: "pero ellos equivocadamente suponen que una democracia no tiene líder, o que la familia es una sociedad de compañeros"(p. 58). Mas bien, el funcionamiento efectivo requiere el uso diferenciado de la autoridad por el subsistema parental. Para efectuar sus funciones, los padres deben tener el poder de hacerlo así.

Por consiguiente, la terapia familiar estructural sostiene como objetivo primario la reorganización de un sistema de tal modo que el subsistema parental y la jerarquía son reforzados.

Minuchin sugiere, a los terapeutas que concentran su atención en la patología y las dinámicas relacionadas con la familia, que pueden prestar mayor atención al proceso de continuidad y cambio en la adaptación de la familia. En el que todas las familias deben responder a presiones internas asociadas con cambios de desarrollo, así como a demandas externas para adaptarse a la sociedad y a sus instituciones, que tienen un impacto innegable sobre la familia. Las tensiones de adaptación son inherentes y pueden venir de cuatro fuentes: fuerzas extrafamiliares en una familia completa tales como el receso económico o discriminación racial; puntos de transición en la familia, tales como el comienzo de una fase de evolución y problemas idiosincráticos, tales como enfermedad o incapacidad.

Cada nueva situación tensiona a la familia y requiere reorganización .

Los procesos transicionales de adaptación llevan la falta de diferenciación y la ansiedad que caracteriza a todos los procesos nuevos y que pueden ser mal juzgados o mal clasificados como patológicos. Minuchin, (1974) insiste a los terapeutas a que se enfoquen a la familia como un sistema social en transformación.

"Con esta orientación, muchas más familias que entran a terapia seran vistas

y tratadas como familias promedio en situaciones transicionales, sufriendo penas de adaptación a cada nueva circunstancia que enfrenta a lo largo de su ciclo vital. La etiqueta de patología sería reservada para familias que, frente al stress aumentan la rigidez de sus patrones transaccionales y límites, y evitan resistir cualquier exploración o alternativas. En las familias promedio, el terapeuta confía en la motivación de los recursos familiares como una senda a la transformación. En las familias patológicas, el terapeuta necesita volverse actor en el drama familiar, entrando en las coaliciones transicionales a fin de sesgar el sistema y desarrollar un nivel diferente de homeostásis" (p. 60).

En suma, desde una perspectiva estructural, ningún estilo de familia es inherentemente normal o anormal, funcional o disfuncional. Una diferenciación particular de la familia es indiosincrática, dependiendo de su propia composición, etapa de desarrollo y subcultura, cualquier modelo es trabajable. Cada familia tiene una estructura y preferencia para ciertos patrones transaccionales que pueden llenar las demandas ordinarias. La fuerza del sistema depende de su capacidad para movilizar patrones de alternativa cuando se encuentra tensionada por demandas de cambio interno o externo.

Los límites del sistema deben ser claros y firmes, aún el sistema debe ser lo suficientemente flexible, por que es un cambio entre autonomía e interdependencia para la promoción de crecimiento psicosocial de sus miembros y el mantenimiento de la integridad del sistema, y para la continuidad y reestructuración, en respuesta al stress.

En esencia Minuchin propone un modelo óptimo de normalidad el cual es finalmente definido en términos de logro funcional.

Aponte y Deusen (1981) afirman que lo funcional y disfuncional en una estructura familiar está determinado por la capacidad de la familia para ajustarse a su propio desarrollo y a su medio ambiente.

### **3.2.2 Modelo Interaccional**

El modelo es mejor representado por el Grupo de Palo Alto, el equipo de Milán y el acercamiento de Solución de Problemas de Haley, los terapeutas estratégicos en el grupo de Palo Alto (Watzlawick, Weakland y Fish, 1974; Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin, 1974) se han interesado primordialmente en el asunto de cómo las familias intentan manejar o resolver los problemas normales de la vida.

Los teóricos estratégicos afirman que la mayoría de las familias hacen lo que hacen porque creen que es el correcto o el mejor modo de enfrentar un problema, o porque es el único plan que saben tomar. La tarea terapéutica por lo tanto consiste en detectar e interrumpir modos de manejar problemas que no se solucionan.

Es necesario para ello, conocer el lenguaje y la conceptualización de cada

familia, a fin de ver el problema desde la perspectiva de cada uno de sus miembros, por lo que el conocimiento de los valores y expectativas de cada familia por parte del terapeuta le permite así, acercarse, manejar el problema y su resistencia al cambio. (Sluzki y Ranson, 1976; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1976).

El grupo de Palo Alto y el equipo de Milán observan a las familias "normales" como extremadamente flexibles, utilizando un gran repertorio de comportamientos para hacer frente a los problemas, en contraste con la familia patológica, que demuestra rigidez e insuficiencia de alternativas. Más allá de esta generalización, ellos creen que cada familia debe definir lo que es normal o saludable, para sí misma. La responsabilidad del terapeuta está limitada a iniciar un cambio que "desatore" a la familia de patrones interaccionales que no funcionan y sí mantienen los síntomas.

Al igual que Minuchin, Haley enfatiza la importancia de considerar a la familia en el contexto de su actual ecosistema y etapa en el ciclo de vida.

Se plantea que los síntomas surgen cuando las familias no pueden ajustarse a las transiciones del ciclo de vida y se atorán dentro de una fase.

Haley como otros terapeutas estratégicos, ha estado interesado en desarrollar una teoría de cambio terapéutico más que un modelo de familia.

De acuerdo con Haley, (1978) la organización de la familia en términos de jerarquía incluye a miembros de diferentes generaciones y diferentes niveles de ingresos, inteligencia y habilidades. Las complejas líneas jerárquicas están relacionadas con diversas funciones de la familia y son mantenidas por todos los participantes. La jerarquía más básica incluye la línea de generación, crianza y disciplina de los hijos (Walsh, 1982).

Dependiendo de la composición de la familia tres o hasta cuatro generaciones están involucradas, con diferentes niveles de poder o estado social, relacionadas en parte a normas culturales. Haley observa que en la familia tradicional como aún se evidencia en Asia, el estado más elevado y poder residen en la generación más vieja, con los padres en segundo lugar y los hijos al último. En la sociedad occidental, especialmente en el tiempo presente, con los arreglos de vida del núcleo familiar y rápido cambio social, la fuerza y poder residen más en los padres, los abuelos se han cambiado a una posición de consejeros, e incluso a una posición superflua.

En las casas de un solo padre, los abuelos pueden funcionar en capacidades más importantes de lo que lo hacen en familias con los dos padres. Una variedad de arreglos puede ser funcional. El asunto crucial es que, cualquiera que sea el arreglo, cada familia debe tratar con el asunto de organizar una jerarquía, y debe establecer reglas claras para gobernar.

Como Minuchin, Haley afirma que los síntomas individuales ocurren cuando como sucede con gran frecuencia, el arreglo jerárquico, es confuso (Walsh, 1982).

Haley asegura que la organización se vuelve disfuncional y sus miembros experimentan angustia cuando ocurren coaliciones a través de los niveles de jerarquía, particularmente cuando tales coaliciones son encubiertas, y cuando las secuencias transaccionales se vuelven repetitivas.

Las reglas básicas de organización son violadas cuando un miembro de un subsistema constantemente forma coaliciones contra un compañero con un miembro de otro subsistema. Así, una coalición padre-hijo contra el otro padre, viola las reglas básicas de organización pudiendo resultar una angustia patológica.

El grado de molestia se vé como proporcional al número de jerarquías malfuncionantes, o triángulos en los cuales los miembros están incrustados.

En una jerarquía que funciona mal, los padres no están relacionados como compañeros en una capacidad ejecutiva. Las dificultades de unos con otros y sus intentos por protegerse unos a otros, interfiere con su definición de una clara jerarquía familiar.

Haley al igual que Minuchin coinciden en definir a una familia saludable como aquel sistema funcional que realiza sus tareas. Enfatizan la importancia de la jerarquía como necesaria para la adaptación funcional del sistema familiar (Walsh, 1982).

## **4. METODO**

### **4.1. Procedimiento**

#### **4.1.1 Selección de la Muestra**

Para la selección de los sujetos se empleó la técnica de muestreo no probabilístico de acuerdo a las siguientes condiciones; sólo se seleccionó hasta completar un número de veinte, a aquellas mujeres mexicanas que además de haber tenido más de un aborto provocado, aceptaron proporcionar la información requerida en las fichas de datos personales y contestar los cuestionarios IEFD y GEME.

Se procedió a solicitar al Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación Médica del Hospital de la Universidad Autónoma de Puebla su autorización y las facilidades necesarias para asistir al Servicio de Detección Oportuna de Cáncer, y llenar las fichas de datos personales así como aplicar los cuestionarios a aquellas mujeres mexicanas (20) que en su expediente clínico registraran el antecedente de más de un aborto provocado, no importando su edad, estado civil, nivel socioeconómico, su escolaridad, ni su ocupación.

Las veinte mujeres fueron canalizadas por la jefa del servicio de detección oportuna de cáncer durante un lapso de tres meses.

Una vez que se tenía acceso al diálogo con cada mujer identificada como probable miembro de la muestra, se procedía a explicarles brevemente la finalidad del estudio, lo valioso de su cooperación, y el uso estrictamente confidencial que se daría a sus respuestas, garantizándoles un total anonimato en caso de aceptar formar parte de la muestra.

La aplicación de los instrumentos a las mujeres se realizó en un consultorio asignado para el efecto y fue en forma individual.

Como una forma de retribución por su participación en el estudio, a las veinte mujeres se les ofreció de considerarlo conveniente atención psicoterapéutica gratuita en el consultorio privado de la autora.

#### **4.1.2 Aplicación de instrumentos**

Durante tres meses, tiempo en el que se logró reunir la muestra, fue necesario asistir al hospital y permanecer tres horas diarias en el consultorio asignado para llevar a cabo el trabajo.

En cada caso, una vez que la entrevistada aceptaba participar en el estudio, se le preguntaba si en ese momento disponía de tiempo para proporcionar la información requerida en las fichas de datos personales y contestar los cuestionarios o si prefería que la aplicación fuera en un día posterior. Esto último no fue necesario ya que todas prefirieron que fuera en ese momento argumentado que regresar otro día les sería más difícil.

La aplicación de los instrumentos a las mujeres, en todos los casos fue

individual y la realizó la autora del presente estudio, prodediendo en el siguiente orden; orden; primero se llenaba la ficha de datos personales (se utilizó una por cada entrevistada; en seguida se aplicaba el cuestionario IEFD (se utilizó uno por cada entrevistada); y despues el cuestionario GEME (por cada entrevistada se utilizaron tantos como experiencias de aborto provocado tenían como antecedente cada una de ellas, más uno para los datos actuales con el fin de obtener un panorama más completo de su estructura familiar).

El tiempo requerido para la aplicación de los instrumentos fluctuó en función del antecedente numérico de abortos provocados de cada entrevistada, siendo necesarios entre 45 y 90 minutos, con excepción de un caso (entrevistada con cinco abortos provocados) en el que fueron necesarias dos horas para el acopio de datos.

#### **4.2 Análisis Estadístico**

En el caso de los datos obtenidos a través de las fichas de datos personales de las entrevistadas, se relativizaron las cantidades de respuestas, expresándose en porcentajes.

De las puntuaciones totales obtenidas a través del cuestionario de indicadores de estructura familiar disfuncional (IEFD); en la primera, segunda y tercera exploración retrospectiva de las correspondientes experiencias de aborto provocado de las veinte entrevistadas, se realizó un análisis de distribución de frecuencias, se obtuvo la media  $\bar{X}$ , y la desviación estándar S.

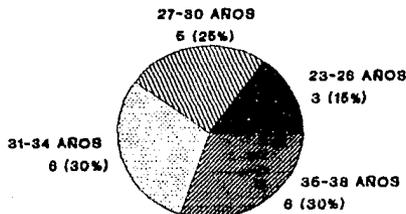
## 5. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

### 5.1 PRESENTACION DE RESULTADOS DE LAS FICHAS DE DATOS PERSONALES DE LAS ENTREVISTADAS

#### 5.1.1 DATOS ACTUALES

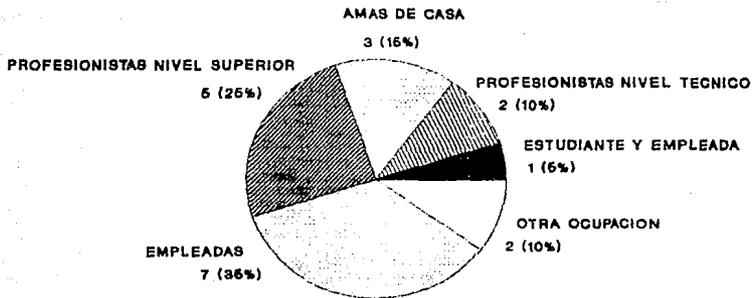
DE LA MUESTRA INTEGRADA POR 20 MUJERES MEXICANAS  
REINCIDENTES EN ABORTO PROVOCADO, SE OBSERVO QUE 3 (15%) DE  
ELLAS TIENEN ENTRE 23 Y 26 AÑOS; 5 (25%) ENTRE 27 Y 30 AÑOS;  
6 (30%) ENTRE 31 Y 34 AÑOS; Y OTRAS 6 (30%) ENTRE 35 Y 38

AÑOS



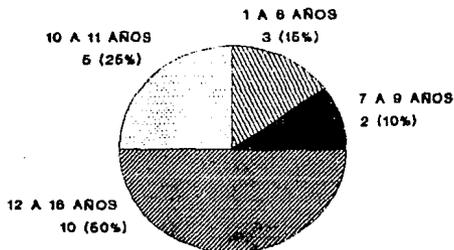
EDAD

## OCUPACION



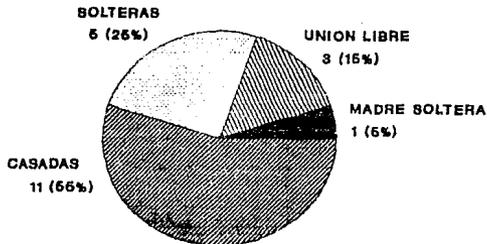
RESPECTO A SU OCUPACION, SE ENCONTRO QUE 1 (5%) ES ESTUDIANTE Y EMPLEADA; 2 (10%) SON PROFESIONISTAS DE NIVEL TECNICO; 3 (15%) SON AMAS DE CASA; 5 (25%) SON PROFESIONISTAS DE NIVEL SUPERIOR; 7 (35%) SON EMPLEADAS; Y 2 (10%) TIENEN OTRA OCUPACION

## AÑOS DE ESCOLARIDAD



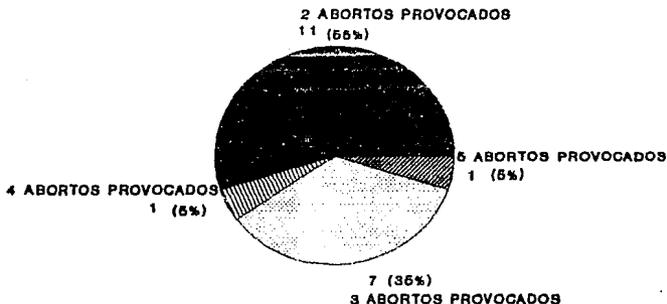
EN CUANTO A LOS AÑOS DE ESCOLARIDAD (A PARTIR DE LA EDUCACION PRIMARIA) DE LAS ENTREVISTADAS, SE OBSERVO QUE 2 (10%) TIENEN ENTRE 7 Y 9 AÑOS DE ESCOLARIDAD; 3 (15%) TIENEN ENTRE 1 Y 6 AÑOS DE ESCOLARIDAD; 5 (25%) TIENEN ENTRE 10 Y 11 AÑOS DE ESCOLARIDAD; Y 10 (50%) TIENEN ENTRE 12 Y 16 AÑOS DE ESCOLARIDAD.

## ESTADO CIVIL



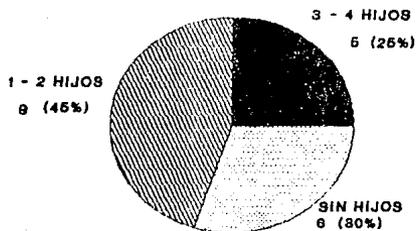
EN CUANTO AL ESTADO CIVIL DE LAS ENTREVISTADAS, SE OBSERVO QUE 1 (5%) ES MADRE SOLTERA; 3 (15%) VIVEN EN UNION LIBRE; 5 (25%) SON SOLTERAS; Y 11 (56%) SON CASADAS

## TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS



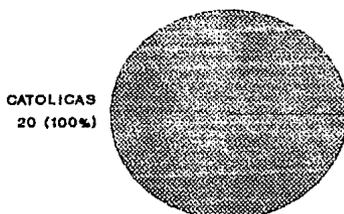
EN CUANTO AL NUMERO TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS DE LAS ENTREVISTADAS, SE ENCONTRO QUE 11 (55%) TUVIERON UN TOTAL DE 2 ABORTOS PROVOCADOS; 7 (35%) TUVIERON UN TOTAL DE 3 ABORTOS PROVOCADOS; 1 (5%) TUVO UN TOTAL DE 4 ABORTOS PROVOCADOS; Y 1 (5%) TUVO UN TOTAL DE 5 ABORTOS PROVOCADOS.

## NUMERO DE HIJOS



RESPECTO AL NUMERO DE HIJOS, QUE TIENEN, SE OBSERVO QUE 5 (25%) TIENEN ENTRE 3 Y 4 HIJOS; 9 (45%) TIENEN ENTRE 1 Y 2 HIJOS; Y 6 (30%) NO TIENEN HIJOS.

## RELIGION



DE LAS MUJERES QUE FORMARON PARTE DE LA MUESTRA, SE ENCONTRO QUE 20 (100%) REPORTARON SER CATOLICAS.

## 5.1.2 DATOS PERSONALES DE LAS ENTREVISTADAS EN CADA EXPERIENCIA DE ABORTO PROVOCADO.

Respecto a la **edad** que tenían las 20 mujeres que formaron parte de la muestra cuando vivieron la **primera experiencia de aborto**, se observó que 5 (25%) tenían entre 15 y 18 años; 10 (50%) tenían entre 19 y 22 años; 2 (10%) tenían entre 23 y 26 años; y 3 (15%) tenían entre 27 y 31 años.

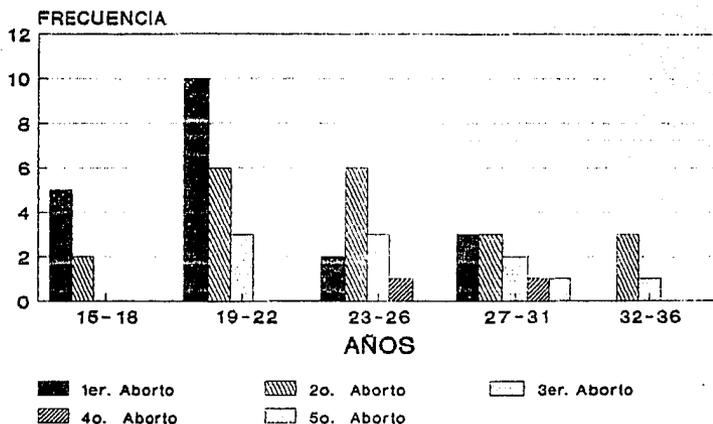
En cuanto a su **edad** cuando vivieron la **segunda experiencia de aborto**, se observó que 2 (10%) tenían 18 años; 6 (30%) tenían entre 19 y 22 años; otras 6 (30%) tenían entre 23 y 26 años; 3 (15%) tenían entre 27 y 31 años; y otras 3 (15%) tenían entre 32 y 36 años.

De las 20 mujeres que formaron parte de la muestra, 9 (45%) vivieron una **tercera experiencia de aborto provocado**, de estas se observó que 3 (15%) tenían entre 23 y 26 años; 2 (10%) tenían entre 27 y 31 años; y 1 (5%) tenía 32 años.

De las 20 mujeres que formaron parte de la muestra, 2 (10%) vivieron una **cuarta experiencia de aborto provocado**, de ellas se observó que 1 (5%) tenía 24 años cuando vivió dicha experiencia; y la otra: 1 (5%) tenía 28 años.

Sólo 1 (5%) de las entrevistadas reportó haber vivido una **quinta experiencia de aborto provocado**, a la edad de 30 años.

## EDADES



En relación a la ocupación que tenían las 20 mujeres entrevistadas en el tiempo en que vivieron cada experiencia de aborto provocado, se encontró lo siguiente:

En la **primera experiencia de aborto** 1 (5%) era ama de casa; 6 (30%) eran empleadas; otras 6 (30%) eran estudiantes; 5 (25%) eran estudiantes y empleadas; 1 (5%) era profesionalista técnica; y otra: 1 (5%) tenía otra ocupación.

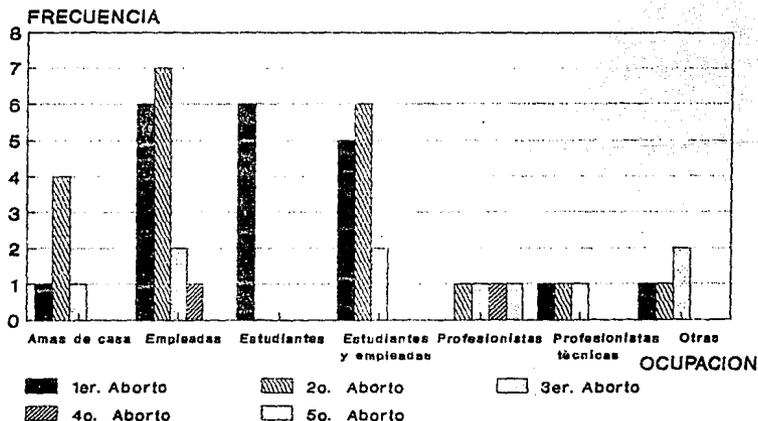
En la **segunda experiencia de aborto** 4 (20%) eran amas de casa; 7 (35%) eran empleadas; 6 (30%) eran estudiantes y empleadas; 1 (5%) era profesionalista; 1 (5%) era profesionalista técnica; y otra: 1 (5%) tenía otra ocupación.

De las 9 (45%) que reportaron una **tercera experiencia de aborto** 1 (5%) era ama de casa; 2 (10%) eran empleadas; 2 (10%) eran estudiantes y empleadas; 1 (5%) era profesionalista técnica; y 2 (10%) tenían otra ocupación cuando vivieron dicha experiencia.

De las 2 (10%) entrevistadas que reportaron una **cuarta experiencia de aborto** 1 (5%) era empleada; y la otra: 1 (5%) era profesionalista.

De éstas últimas 1 (5%) que reportó un **quinto aborto**, era profesionalista

## OCUPACIONES



En cuanto a los años de escolaridad que tenían las 20 mujeres entrevistadas, en el tiempo en que vivieron cada experiencia de aborto provocado, se observó lo siguiente:

Cuando vivieron el **primer aborto** 3 (15%) tenían entre 1 y 6 años de escolaridad; 4 (20%) tenían entre 7 y 9 años de escolaridad; 5 (25%) tenían entre 10 y 11 años de escolaridad; y 8 (40%) tenían entre 12 y 16 años de escolaridad.

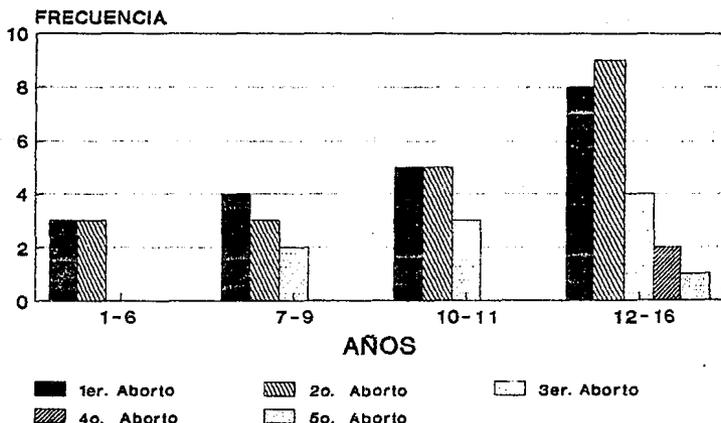
Cuando vivieron el **segundo aborto** 3 (15%) tenían entre 1 y 6 años de escolaridad; 3 (15%) tenían entre 7 y 9 años de escolaridad; 5 (25%) tenían entre 10 y 11 años de escolaridad; y 9 (45%) tenían entre 12 y 16 años de escolaridad.

De las 9 (45%) entrevistadas que reportaron un **tercer aborto** 2 (10%) tenían en ese tiempo entre 7 y 9 años de escolaridad; 3 (15%) tenían entre 10 y 11 años de escolaridad; y 4 (20%) tenían entre 12 y 16 años de escolaridad.

Las 2 (10%) entrevistadas que reportaron un **cuarto aborto** tenían en ese tiempo entre 12 y 16 años de escolaridad.

De éstas últimas 1 (5%) que reportó un **quinto embarazo**, tenía entre 12 y 16 años de escolaridad cuando vivió dicha experiencia.

## AÑOS DE ESCOLARIDAD



En cuanto al **estado civil** de las 20 mujeres entrevistadas, en cada experiencia de aborto provocado, se encontró lo siguiente;

En la **primera experiencia de aborto** 3 (15%) eran casadas; y 17 (85%) eran solteras.

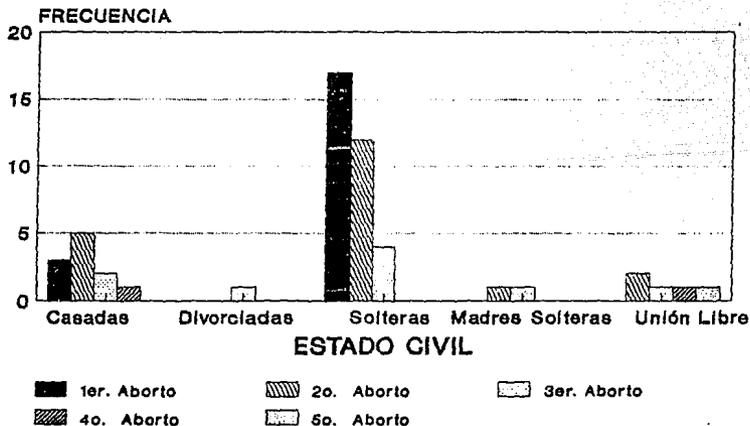
En la **segunda experiencia de aborto** 5 (25%) eran casadas; 12 (60%) eran solteras; 1 (5%) era madre soltera; y 2 (10%) vivían en unión libre.

De las 9 (45%) mujeres que reportaron **tres abortos provocados**, se observó que 2 (10%) eran casadas; 1 (5%) era divorciada; 1 (5%) era madre soltera; 4 (20%) eran solteras; y 1 (5%) vivía en unión libre.

De las 2 (10%) mujeres que reportaron **cuatro abortos provocados**, 1 (5%) era soltera; y la otra 1 (5%) vivía en unión libre.

De la única entrevistada que reportó haber vivido una **quinta experiencia de aborto provocado**, vivía en unión libre.

## ESTADO CIVIL



Por lo que respecta al **vínculo legal** entre las 20 mujeres que formaron parte de la muestra y el responsable del embarazo en cada experiencia de aborto provocado, se observó lo siguiente;

En la **primera experiencia de aborto** 3 (15%) estaban unidas en matrimonio con el responsable del embarazo; y 17 (85%) no tenían ningún vínculo legal con el responsable del embarazo.

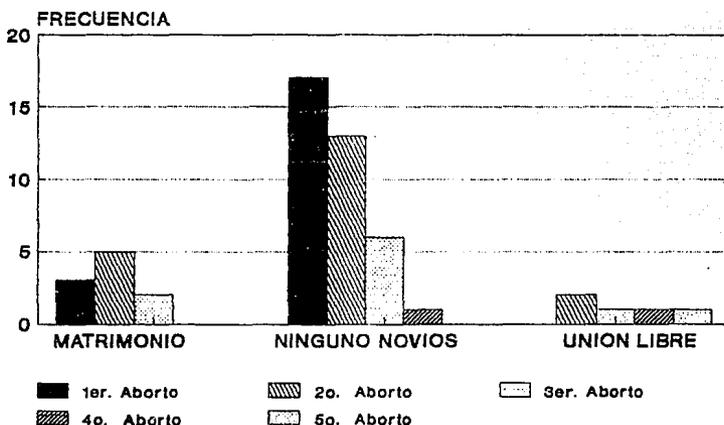
En la **segunda experiencia de aborto** 5 (25%) estaban vinculadas con el responsable del embarazo a través del matrimonio; 13 (65%) no tenían ningún vínculo legal con el responsable del embarazo; y 2 (10%) vivían en unión libre con el responsable del embarazo.

De las 9 (45%) mujeres que reportaron un **tercer aborto**, 2 (10%) estaban vinculadas con el responsable del embarazo a través del matrimonio; 6 (30%) no tenían ningún vínculo legal con el responsable del embarazo; y 1 (5%) vivía en unión libre con el responsable del embarazo.

De las 10 (50%) mujeres que reportaron haber vivido una **cuarta experiencia de aborto**, 1 (5%) no tenía ningún vínculo legal con el responsable del embarazo; y la otra: 1 (5%) vivía en unión libre con el responsable del embarazo.

De las últimas 1 (5%) que reportó una **quinta experiencia de aborto**, vivía en unión libre con el responsable del embarazo.

## VINCULO LEGAL CON EL RESPONSABLE DEL EMBARAZO



## 5.2 Presentación de Resultados del Cuestionario IEFD

**TABLA 1**

Puntuaciones totales por sujeto, de indicadores de estructura familiar disfuncional, obtenidas en cada exploración retrospectiva de sus experiencias de aborto provocado.

S s	1º exploración *(5 a 21 años) Primer aborto	2º exploración *(2 a 14 años) Segundo aborto	3º exploración *(2 a 7 años) Tercer aborto	4º exploración *(7 a 10 años) Cuarto aborto	5º exploración *(7 años) Quinto aborto
1	20	16			
2	14	14			
3	15	15			
4	14	10			
5	14	16			
6	13	14			
7	15	13			
8	18	16			
9	10	17			
10	13	13			
11	15	13			
12	18	18	18		
13	14	3	18		
14	9	17	8		
15	8	8	8		
16	22	22	22		
17	18	13	3		
18	15	15	15		
19	15	15	15	14	
20	16	18	18	18	17

\*(Se indica entre paréntesis el intervalo de tiempo mínimo y máximo en años que abarcó cada exploración retrospectiva). El dato se obtuvo calculando el tiempo transcurrido entre la edad que tenían las entrevistadas cuando vivieron cada experiencia de aborto y su edad actual.

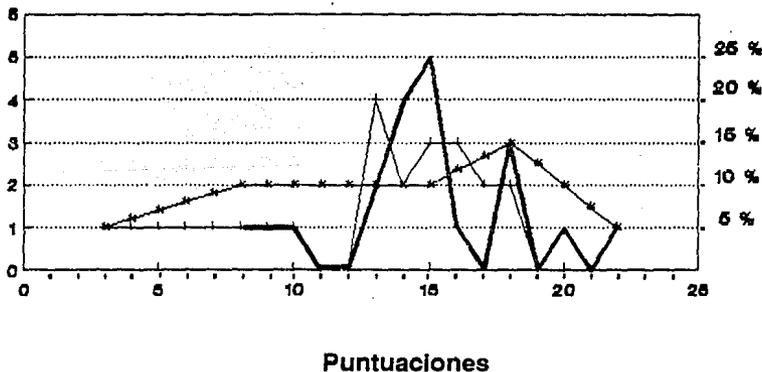
La tabla 1 muestra las puntuaciones totales de indicadores de la presencia de disfuncionalidad en la estructura familiar de las 20 entrevistadas, obtenidas a través de la exploración retrospectiva de cada una de sus experiencias de aborto

provocado.

De las puntuaciones totales obtenidas en la primera, segunda, y tercera exploración, se realizó un análisis de distribución de frecuencias, se obtuvo la media =  $\bar{X}$ , y la desviación estandar = S.

En la figura 1 se aprecian dos aspectos importantes, el primero, que la frecuencia más alta de indicadores de estructura familiar disfuncional se registró en el tiempo en que las entrevistadas vivieron su primer aborto, disminuyendo dicha frecuencia para el segundo y tercer abortos. Por otro lado se observa que; 15 (70%) entrevistadas registraron una puntuación total de 13 o más indicadores de estructura familiar disfuncional cuando vivieron el primer aborto; 17(80%) registraron una puntuación de 13 o más indicadores de disfuncionalidad en su estructura familiar cuando vivieron el segundo aborto; y de entre las 9 (45% del total ) entrevistadas que vivieron un tercer aborto 6 (30%) registraron una puntuación total de más de 13 indicadores de estructura familiar disfuncional cuando vivieron dicha experiencia.

### Frecuencia



1ª expl. {n=20}  
PRIMER ABORTO

2ª expl. {n=20}  
SEGUNDO ABORTO

\*\*\*\*\*  
3ª expl. {n=9}  
TERCER ABORTO

Fig. 1. Distribución de frecuencias de las puntuaciones totales de indicadores de disfuncionalidad en la estructura familiar de las entrevistadas, obtenidas en la primera, segunda, y tercera exploración retrospectiva de sus experiencias de aborto.

Como se muestra en la tabla 2 no se observaron variaciones importantes entre las puntuaciones medias de indicadores de disfuncionalidad en la estructura familiar de las entrevistadas en las tres experiencias de aborto, apreciándose la mayor dispersión en las puntuaciones correspondientes al tercer aborto.

**Tabla 2**

Medias y desviación estandar de las puntuaciones totales de indicadores de estructura familiar disfuncional de las entrevistadas, obtenidas en la primera, segunda, y tercera exploración retrospectiva de sus correspondientes experiencias de aborto provocado.

Exploración	N°. de Casos	$\bar{X}$	S	Punt.Total.máx.mín.
1er. aborto	20	14.9	3.4	8 - 22
2do. aborto	20	14.4	4	3 - 22
3er. aborto	9	13.9	6.1	3 - 22

De acuerdo a la hipótesis de trabajo, planteada desde un punto de vista clínico, los resultados ponen de manifiesto que efectivamente las experiencias de aborto provocado de las 20 mujeres que formaron parte de la muestra, en su mayoría estuvieron contextualizadas por estructuras familiares con un elevado número de características de disfuncionalidad.

Es necesario señalar, que los resultados obtenidos de la aplicación del presente cuestionario (utilizado con fines exploratorios) deben ser vistos con reserva debido a que su validéz y confiabilidad no han sido plenamente establecidas, y constituyen parte de un primer intento de aproximación clínica al fenómeno de la reicidencia en aborto provocado, desde la perspectiva teórica de los sistemas familiares y más específicamente del modelo estructural.

Se sugiere para futuros estudios como un primer paso continuar el proceso de validación y confiabilización del cuestionario.

### 5.3 PRESENTACION DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO G E M E

Dados la naturaleza y objetivo del presente estudio, la información obtenida a través del presente cuestionario fué organizada para su presentación siguiendo un enfoque casuístico.

A continuación se proporciona un resumen de los símbolos y criterios descriptivos utilizados de manera uniforme en la construcción de los mapas estructurales (filiogramas) correspondientes a cada experiencia de aborto provocado de las 20 entrevistadas, permitiendo su fácil lectura y comprensión;



Paciente identificada; persona alrededor de la cual se construye y gira cada filiograma, en el presente estudio la entrevistada.



Responsable del embarazo; en cada filiograma se indica el tipo de relación que existe entre éste y la entrevistada, su edad, ocupación, así como aquella información adicional que respecto a él proporcionó la entrevistada.



Símbolo de género masculino



Símbolo de género femenino

Cada miembro está representado por un círculo ó un cuadrado según su género. El tamaño de las figuras no tiene por sí mismo ninguna significación.



La edad de las personas se indica dentro de cada figura, y sólo en algunos casos por motivos de espacio se indicó fuera de ellas en la parte inferior.



El fallecimiento se indica con líneas cruzadas por encima de la figura



Embarazo

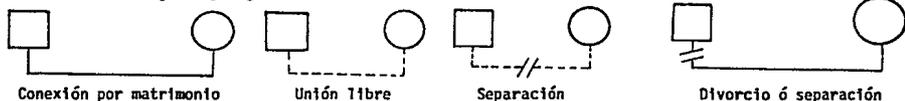


aborto espontáneo



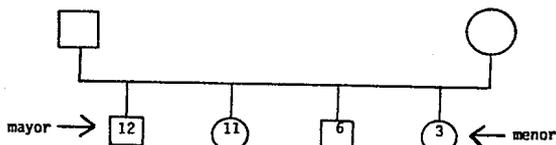
aborto provocado

Las figuras que representan a los miembros de la familia se conectan por líneas que indican sus relaciones biológicas y legales;

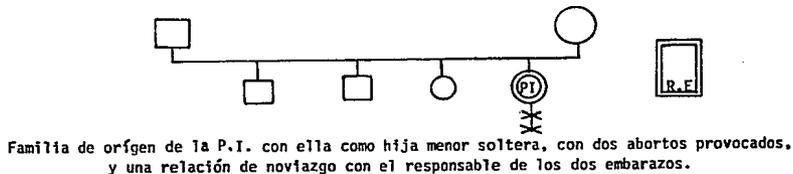
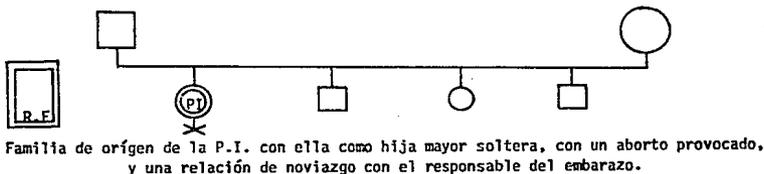
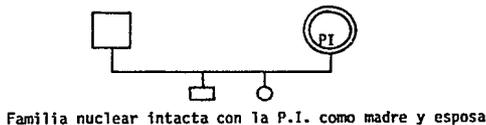


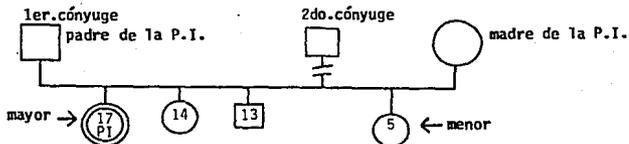
En todos los casos se sitúa el varón a la izquierda y la mujer a la derecha excepto en algunos casos en que la P.I. es ó era soltera y tenía una relación de noviazgo con el responsable del embarazo (R.E), en cuyo caso por cuestiones de espacio éste último se situó a la derecha y sin línea de conexión.

Las paralelas que indican divorcio ó separación aparecen también sobre la parte horizontal de la línea de conexión.

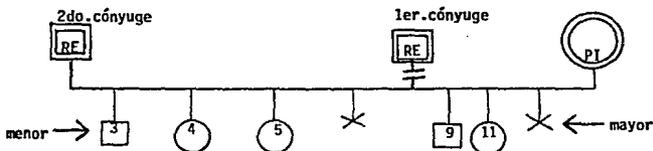


Pareja casada con cuatro hijos, y orden de nacimiento de éstos. En todos los casos los hijos penden de la línea que conecta a la pareja. La variación en el largo de las líneas verticales carece de significado.

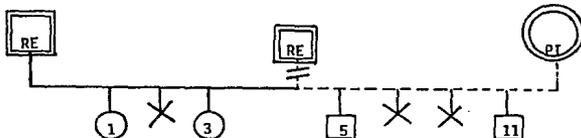




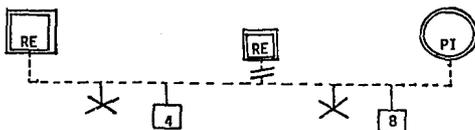
Orden de presentación de los hijos y cónyuges para las familias de origen de las entrevistadas (de segundas nupcias por parte de la madre).



En el caso de entrevistadas con una segunda relación (sea de matrimonio, ó unión libre) el orden de presentación de los hijos, abortos, y cónyuges, se invierte;

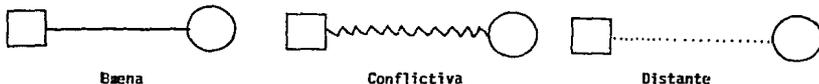


P.I. separada y después casada, con dos hijos y dos abortos provocados del primer cónyuge, y dos hijas y un aborto provocado del segundo cónyuge;



P.I. que vivió dos veces en unión libre, con cada cónyuge tuvo primero un hijo y en seguida un aborto provocado. De manera que rápidamente podemos identificar a él ó los respectivos responsables de sus correspondientes embarazos.

Pautas de interacción familiar; conforman la información menos precisa en el familiograma:



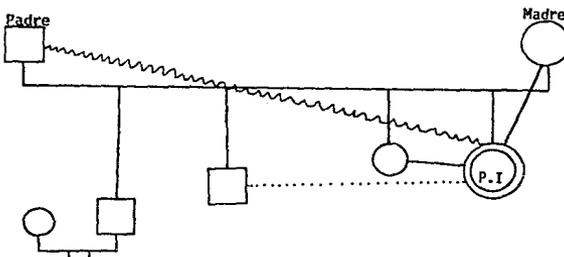
Líneas utilizadas para simbolizar el tipo de relación vincular entre la entrevistada y cada miembro de la familia u otras personas con las que no tenía un parentesco biológico pero que vivían en su hogar directo.

Se decidió trabajar sólo con éstas tres pautas de relación vincular, a efecto de reducir la complejidad en el trazo, descripción e interpretación de los familiogramas. Sin embargo dado que se realizaron tantos familiogramas como experiencias de aborto, tal situación brinda la oportunidad de apreciar en distintos periodos de tiempo si las pautas de relación vincular sufrieron variaciones.

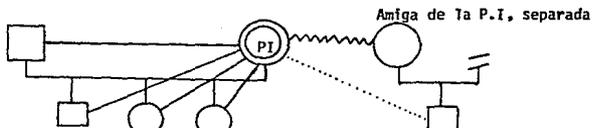
En todos los casos éstas líneas fueron trazadas desde el doble círculo que simboliza a la en entrevistada (P.I) hacia cada miembro de la familia u otras personas que vivían con ella.

En algunos casos, cuando la entrevistada proporcionó la información respectiva, se trazaron líneas entre otros miembros de la familia.

En general fácilmente se puede apreciar por la presencia ó no de las líneas vinculares a las personas que vivían en el hogar directo de cada entrevistada;



Familia de origen de la P.I., con ella como hija menor soltera; En el familiograma de observa una relación conflictiva con el padre, buena con la madre y hermana, y distante con el menor de los hermanos varones.



Familia nuclear de la P.I., con amiga e hijo viviendo en casa.

En algunos casos se encontró que personas no familiares de las entrevistadas vivían en el hogar, en cuyo caso éstas personas fueron colocadas del lado derecho de los familiogramas, indicándose tal situación por medio de las líneas vinculares, especificándose el tipo de relación entre ellas.

Sr. Luis  
Desempleado

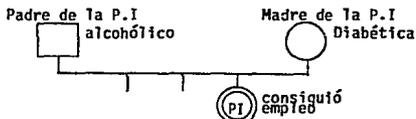


Padre de la P.I



muere en accidente un mes -  
antes.

La información obtenida respecto a sucesos críticos y hechos nodales, u otros eventos capaces de provocar (funcionar como disparadores) disfunción, tensionantes para la familia o - particularmente para la entrevistada, se describe arriba o al lado de las figuras de género;



De igual forma, la información sobre comportamiento médico y/o emocional de la P.I ó de -- otros miembros de la familia, así como sobre signos de funcionamiento exitoso, se colocó arriba o al lado derecho de las figuras de género.

Como se indicó anteriormente, el punto focal de cada mapa estructural (filiograma) es la entrevistada a quien nos referimos como paciente identificada (P.I.), de manera que la información sobre los demás se muestra y describe en relación con ella. Para su elaboración además de utilizar la información obtenida a través del cuestionario GEME, se empleó la información - obtenida a través de las fichas de datos personales de las entrevistadas.

Los casos fueron numerados del 1 al 20, siguiendo el orden de presentación de la Tabla 1 ( apartado 5.2 )

Se presentan tantos diagramas de la estructura familiar (hogar directo) de las entrevistadas como experiencias de aborto provocado reportó cada una, más uno de su estructura familiar (hogar directo) actual.

En el primer diagrama de cada caso, correspondiente a la estructura familiar de las entrevistas en el tiempo en que vivieron su primer aborto, se registra el número de caso y el número - total de abortos provocados por ejemplo;

Caso N° 20

Total de abortos provocados 5

En todos los casos dependiendo del número de abortos, se emplearon letras minúsculas entre paréntesis como sufijo del número de caso en cuestión, de forma que fácilmente se identifica el número de caso, el aborto en cuestión y la estructura familiar correspondiente, así como la estructura familiar actual de cada entrevistada.

Así, por ejemplo para el caso N° 20 , con un total de 5 abortos provocados, se presentan seis diagramas;

- Diagrama 20 (a) estructura familiar (hogar directo) de la entrevistada, correspondiente al tiempo en que vivió su primera experiencia de -- aborto provocado;
- Diagrama 20 (b) estructura familiar (hogar directo) de la entrevistada, correspondiente al tiempo en que vivió su segunda experiencia de -- aborto provocado;
- Diagrama 20 (c) estructura familiar (hogar directo) de la entrevistada, correspondiente al tiempo en que vivió su tercera experiencia de -- aborto provocado;
- Diagrama 20 (d) estructura familiar (hogar directo) de la entrevistada, correspondiente al tiempo en que vivió su cuarta experiencia de -- aborto provocado;
- Diagrama 20 (e) estructura familiar (hogar directo) de la entrevistada, correspondiente al tiempo en que vivió su quinta experiencia de -- aborto provocado; y
- Diagrama 20 (f) estructura familiar (hogar directo) actual de la entrevistada.

No siempre fué posible mantener la continuidad en la presentación de la información obtenida entre el primero y último familiogramas de cada caso, debido a limitaciones de tiempo de las entrevistadas para proporcionar información mas detallada.

Se seleccionaron solo tres casos clínicamente representativos del conjunto de 20 para efectuar y presentar un análisis interpretativo. Siendo éstos los casos 18, 19, y 20.(El citado análisis se presenta en el apartado 5.3.1 ).

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

En todos los casos los nombres, edades, ocupaciones, lugares de residencia y trabajo, así como cualquier otra información que pudiera descubrir la identidad de cualquier involucrado en los famillogramas, fueron cambiados por otros similares, haciendo así efectiva la garantía de anonimato ofrecida a todas las entrevistadas que accedieron a compartir información tan íntima y significativa para ellas.

**A CONTINUACION SE PRESENTAN UN TOTAL DE 72 DIAGRAMAS**

**(MAPAS ESTRUCTURALES O FAMILIOGRAMAS)**

**QUE NOS MUESTRAN ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR (HOGAR DIRECTO) QUE CONTEXTUA CADA EXPERIENCIA DE ABORTO PROVOCADO DE LAS 20 MUJERES QUE FORMARON PARTE DE LA MUESTRA INCLUYENDO LOS CORRESPONDIENTES A SU ESTRUCTURA FAMILIAR (HOGAR DIRECTO) ACTUAL**

**CASO No. 1**  
**TOTAL DE ABORTOS**  
**PROVOCADOS 2**

**RODOLFO**

**23**  
**R.E.**

**NOVIO**  
**ESTUDIANTE**  
**BOLTERO**

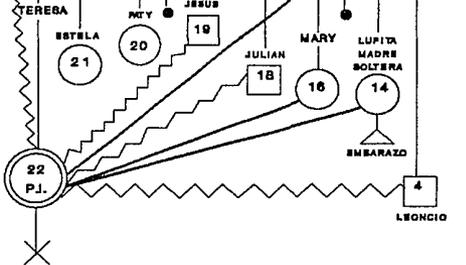
**Gr. CARMELO**

**43**

**PADRE DE LA P.I. ALCOHOLICO**  
**CAMPESINO**

**Sra. Ms. TERESA**  
**MADRE DE LA P.I.**  
**AMA DE**  
**CABA**

**37**



**Diagrama 1 (a)**

**Primera experiencia de aborto.** Hace trece años. Familia de origen de la P.I., con ella como hija mayor soltera constituya su hogar directo. Familia que en cuanto a su ciclo vital transitaba la etapa del despegue de los hijos, al mis mo tiempo que con hijos adolescentes y uno pequeño.

**Reporta la P.I.** que en tanto hija mayor le tocó cuidar a sus hermanos menores. Haber tenido muchas responsabilidades hasta la secundaria. De manera que lo ú timo que deseaba era casarse y tener hijos "estaba harta de cuidar chamacos". El padre alcohólico con frecuencia llegaba ebrio a gritar y golpear a su madre y hermanos. En su casa "la palabra del padre era ley". En ocasiones se quedaba en la calle tirado de borracho. Hasta hace dos años la madre (que en dos ocasiones abortó a consecuencia de los golpes propinados por éste) lo convenció - de ir a alcohólicos anónimos donde hasta la fecha asiste. Mencionó la P.I. que sus padres le destruyeron su infancia ya que no le dieron cariño ni atención - sino solo problemas y sufrimientos.

De su abuela materna comentó que tuvo siete hijos todos de diferente padre, y que tal situación había hecho sufrir mucho a su madre quien le decía que aguan taba al padre para que ella (la P.I) y sus hermanos no sufrieran por tener que convivir con un padrastro.

De las dos hermanas que le siguen casadas ambas, comentó que vivían aparte con sus respectivas familias.

Comentó que era estudiante y trabajaba cuando vivió su primer aborto, y que se embarazó nuevamente a los 26 años decidiendo tener a su hijo como madre solte- ra, teniendo que vivir como tal con su familia de origen hasta la edad de 28 - años en que se casó.

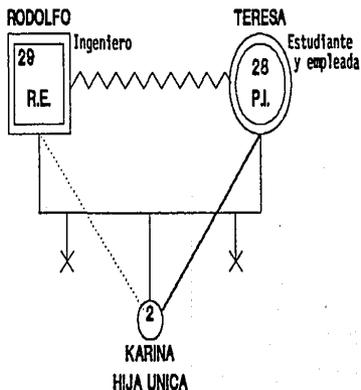


Diagrama 1(b)

Segunda experiencia de aborto, hace siete años. Familia nuclear de la P.I. con ella como madre constituita su hogar directo. Con hijos pequeños de acuerdo al ciclo vital familiar.

El segundo aborto lo realiza estando casada (trabajaba y le faltaba un año para concluir su carrera como odontóloga). No deseaba tener más hijos. Recuerda que cuando tuvo a su hija Karina su esposo aún no quería tener hijos y fué motivo de problemas entre ellos, no tuvo apapachos ni para ella ni para la niña. De modo que el no querer continuar su tercer embarazo fué "como una pequeña venganza" contra su esposo porque entonces él sí quería. Aproximadamente tres años después decidió hacerse para no tener más hijos.

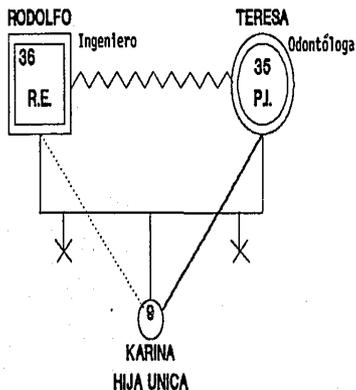
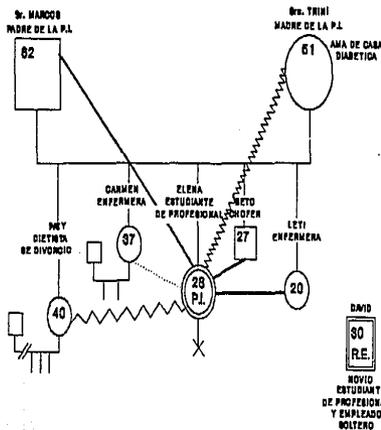


Diagrama 1(c)

Actualmente. Familia nuclear de la P.I. intacta, con ella como madre constituye su hogar directo, hace 3 años terminó su carrera misma que ejerce. La relación con su esposo continúa siendo conflictiva, entre otras cosas porque él piensa que ella consiente demasiado a su hija y cree y le dice que las mujeres no deben pensar, la ofende y espera además que sea sumisa lo cual ella no soporta aunque no se violenta demasiado por no causar más problemas, a ella le disgusta que su esposo no sea cariñoso con su hija. A seis años de que le practicaron la salpingoclasia (ligadura de trompas de falopio), no se arrepiente.

## DIAGRAMA 2(a)

CASO No. 2  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 2



Primera experiencia de aborto. Hace siete años. Familia de origen de la P.I. intacta, con ella como tercera hija de seis, constituía su hogar directo. Atravesando la etapa del despegue de los hijos.

Reporta la P.I. que en ese tiempo la hermana mayor se divorció, alternando mucho a la familia, se mantenía sola y los padres le ayudaban en lo que podían. El hermano menor y único hijo varón que era el consentido de los padres anunció que se casaba. El padre sufre un serio accidente y la madre que tenía diabetes se encontraba delicada de salud. Menciona que uno de los motivos principales de conflicto dentro de su familia eran las críticas constantes que recibía ella por no haber concluido aún su carrera (le faltaba un año), y que la madre y hermana mayor cuantas veces podían la acusaban de manipular al padre porque el le toleraba más a ella que a ninguno de los otros hijos.

Comenta que el embarazo fué accidental ya que ella a veces utilizaba óvulos y su compañero el condón. Que tuvo que pedir prestado para pagar el aborto por lo que quedó más endeudada de lo que ya estaba pues no trabajaba y el novio no tenía recursos económicos disponibles. No deseaba casarse aún y su novio tampoco de manera que la decisión de abortar fué de común acuerdo.

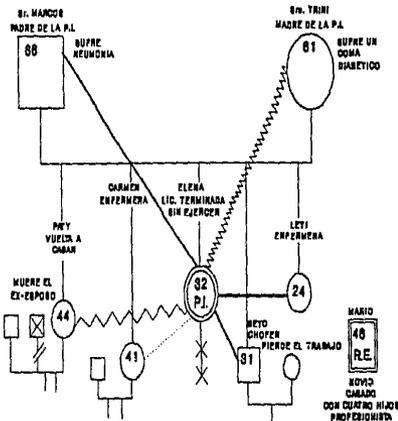


DIAGRAMA 2(b)

Segunda experiencia de aborto. Hace tres años. Familia de origen de la P.I. con ella como hija soltera, en la etapa del despegue de los hijos, constituyó su hogar directo.

Reporta la P.I. que en ese tiempo el ex-esposo de la hermana mayor muere. El hermano que ya se había casado perdió el trabajo y se trasladó a vivir al hogar paterno con su esposa e hijo. El padre estaba afectado de neumonía, y la madre sufrió un coma diabético al enterarse que ella había abortado. Al parecer lo supo por la hermana menor que fue la única persona de la familia que estaba enterada porque la ayudó.

Mencionó que seguía debiendo dinero pues no trabajaba y al gustaba de adquirir cosas en abonos. Cerca de un año antes había terminado su carrera profesional y fue motivo de orgullo para la familia pero como no ella continuaban reorinmandola y más aún por enterarse todos que había abortado además de que se dedicaba a estar en casa y salir con amigas. Su familia se molestó al enterarse que andaba con un casado

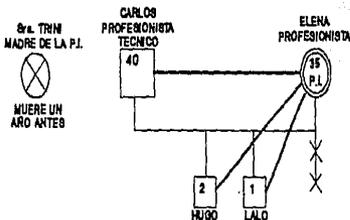


DIAGRAMA 2(c)

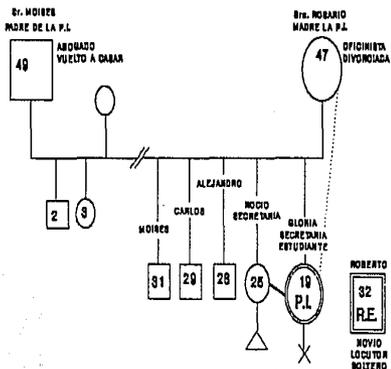
Actualmente. Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de dos hijos pequeños, constituye su hogar directo.

Reporta la P.I. que actualmente se encuentra "felicemente casada" y tener dos hijos hermosos. Ejerce su carrera profesional y gozar de una situación económica estable aunque aún hijos.

Menciona que su madre después del coma diabético, ya no se repuso, muriendo aproximadamente un año después del segundo aborto. La hermana menor se casó y dejó el hogar paterno, y el hermano menor con esposa e hijos son los únicos que viven con el padre. Todas las demás incluida ella lo visitan con frecuencia. Se encuentra ligada (salinguoclasia) porque no deseaba tener más hijos. Dijo estar muy grande para tener más. Comentó sentirse muy mal cuando recuerda a su madre y ahora desear ser ella una buena madre.

DIAGRAMA 3(a)

CASO No. 3  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 2



Primera experiencia de aborto. Hace doce años. Familia de origen con un solo padre, con la P.I. como hija menor de cinco hermanos, soltera, constituida su hogar directo. Familia atravesando por la etapa de despegue de los hijos. Reporta la P.I., que cuando ella tenía quince años, sus padres se divorciaron, casándose nuevamente el padre. Ella vivía con la madre y hermana. Comenta que los tres hermanos mayores al poco tiempo de divorciarse los padres, adquirieron un departamento donde vivían aparte. El motivo, que la madre se hizo de un novio, con el que se veía y no les agradaba la situación.

En el tiempo en que ella aborta, la hermana mayor estaba embarazada teniendo por ello problemas con la madre. De modo que no se atrevía a "ser la segunda que salía con su domingo siete". Además se sentía muy chica, no amaba a su novio y éste no pensaba casarse aún pues "quería llegar a triunfar en su carrera". Que ella había oído de los anticonceptivos pero no sabía como se usaban ni dónde comprarlos. Menciona que se sentía abandonada pues su madre casi no estaba en casa y cuando estaba no había comunicación con ella. Ella y su familia vivían en Nuevo León. Al padre y a sus hermanos los veía muy pocas veces. La única persona de la familia que supo del aborto fué su hermana, con quien se llevaba bien.

Dr. MOJIBER  
MADRE DE LA P.I.

60 ABOGADO  
VUELTO A CASAR

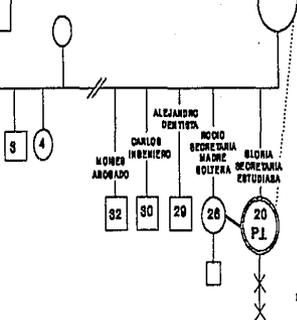


DIAGRAMA 3(b)

Segunda experiencia de aborto: Hace once años. Familia de origen con un solo padre, con la P.I. como hija menor soltera constituía su hogar directo. Familia cursando aún la etapa del despegue de los hijos.

Reporta la P.I. que en ese tiempo la situación familiar se complicó más por el nacimiento del hijo de su hermana. Esta última perdió el trabajo y la situación económica era difícil. Los hermanos seguían teniendo problemas con la madre porque persistía en su relación amorosa. Comenta que ella tampoco estaba de acuerdo pero no lo expresaba abiertamente. Decide abortar de común acuerdo con el novio quien pensaba que tenían que seguir estudiando y que eran muy jóvenes para pensar en casarse. La doctora que le practicó el aborto le sugirió utilizar el dispositivo intrauterino y así lo hizo por varios años.

Dr. ROBARDO  
MADRE LA P.I.

48

SERGIO  
ESPOSO

42 ABOGADO

GLORIA  
AMA DE CASA

31 P.I.

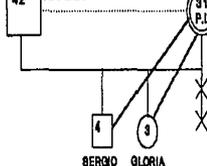


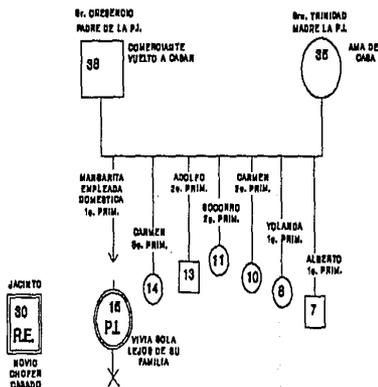
DIAGRAMA 3(c)

Actualmente: Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de dos hijos pequeños constituye su hogar directo. Reporta la P.I. haberse casado hace cinco años, y tener dos hijos.

Que se lleva bien con el esposo, del que no se casó enamorada sino porque al embarazarse por primera ocasión, éste le propone matrimonio. Lo acepta porque era un hombre bueno, maduro y sentía que la amaba. Además ella no quería otro aborto. Piensa que el esposo la consiente demasiado, sabe de los abortos y nunca le ha reprochado nada. Que por motivos de trabajo del esposo radican desde hace cuatro años en la ciudad de Puebla, no le gusta la ciudad y preferiría vivir cerca de su familia y trabajar pero el esposo no está de acuerdo en eso último sino hasta que los niños estén más grandes. Comentó que al nacer su segundo hijo le hicieron la salpingoclasia. Que desde entonces sufre jaquecas constantes, le han hecho estudios médicos y le dicen que no tiene nada. Mencionó que su mayor preocupación son sus hijos y el bienestar de ellos. Respecto a su familia de origen, reportó que los tres hermanos se encuentran casados, la hermana vive desde hace tres años con el padre de su hijo, la madre vive sola y continúa su relación amorosa con la misma pareja.

DIAGRAMA 4(a)

CASO No. 4  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 2



Primera experiencia de aborto. Hace trece años. La P.I. vivía sola lejos de su familia, en casa de sus patronas. En el diagrama se muestra su familia de origen con hijos pequeños y adolescentes.

Reporta la P.I. que tenía poco tiempo que se había venido a la ciudad de Puebla a trabajar como empleada doméstica. Con solo el primer año de primaria, se embarazó sin saberlo, no sabía de anticonceptivo alguno. Su madre solo le advertía que no se fuera a meter con ningún hombre. Se da cuenta del embarazo porque "no le bajaba su mes". Una amiga también empleada doméstica le dice que de seguro está embarazada. Aconsejándole "tomar cerveza con orégano hervida, flor de nochebuena con mucha canela y apretarse fuerte".

Comenta que se hizo tantas cosas que del miedo se regresa al pueblo confiesa a su madre que está embarazada diciéndole que el novio la había obligado a meterse con él y que era casado. La madre la lleva a escondidas del padre con una señora que la hace abortar. El padre se entera porque en la noche en su casa se pone muy mal y la tienen que llevar con él médico del pueblo. El padre la insulta y se niega a acompañarla, le dice que el regresa a su casa la va a matar, que más le valía olvidarse que tenía familia. Su familia era muy pobre y a ella siempre le gusto trabajar y ganar su dinero en lugar de quedarse con su familia allá en el pueblo.



DIAGRAMA 4(B)

Segunda experiencia de aborto. Hace diez años. La P.I. vivía sola lejos de su familia de origen, en un cuarto de vecindad.

**Reporta la P.I.** que en ese tiempo trabajaba también como empleada de limpieza pero en una zapatería en la ciudad de Puebla, y por las tardes aprendía corte de pelo.

Comenta que después del primer aborto estuvo viviendo en casa de una tía materna (en una localidad cercana a su lugar de residencia) hasta que regresó a trabajar de nuevo. No regresó al hogar materno. Que se embaraza de nuevo y decide abortar porque sabía que en su trabajo no la iban a dejar seguir y sola, no tenía quien le ayudara con una criatura.

El novio al conocer de su embarazo, le dice que de seguro es de otro porque vivía sola sabía dice con cuántos más se meía en la cama.

El aborto le costó su paga de un mes y no volvió a ver al responsable del embarazo.

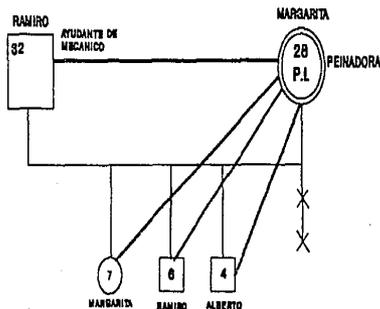


DIAGRAMA 4(C)

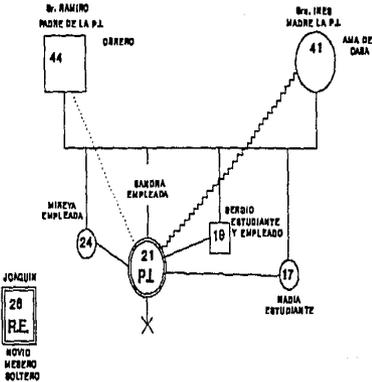
**Actualmente.** Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de tres hijos, constituye su hogar directo.

**Reporta la P.I.** Haberse casado hace siete años con un compañero de trabajo, empleado también, lo que motivó el retorno al hogar paterno y la obtención del 'perdon del padre' después de seis años.

Dice llevarse bien con el conyuge y encontrarse como propietaria de un pequeño salón de belleza donde la hermana que la sigue (ver diagrama 4(a)) y que vive con ella, le ayuda y cobra su dinero. Comenta que ambas ayudan a sus padres con lo que pueden. Todas las demás hermanas están casadas y sólo los hermanos tomas razones viven con sus padres. Menciona que actualmente toma pastillas anticonceptivas, aunque también quiere ligarse ya. No lo hace porque su esposo no está de acuerdo.

Diagrama 5(a)

CASO No. 6  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 2



Primera experiencia de aborto. Hace diez años. Familia de origen de la P.I., con ella como segunda hija de cuatro, constitula su hogar directo. Familia en la etapa del despegue de los hijos.  
Reporta la P.I. que en ese tiempo, su padre era muy enojón y por todo se molestaba, y su madre, se ponía de lado de él, regañandola a ella y a sus hermanos por tonterías. Comenta que a pesar de haber problemas en la familia, como hermanos estaban muy unidos. Decide abortar porque no quería a su novio y pensaba que el tampoco la quería a ella. La decisión la toman de común acuerdo ya que no deseaban responsabilidades. Dijo haberse quitado un gran peso de encima ya que por ningún motivo deseaba que su padre se llegara a enterar de que se había embarazado sin cesaree. Comento que el embarazo fue accidental, ella y su novio llevaban el método del ritmo y al parecer les fallo.

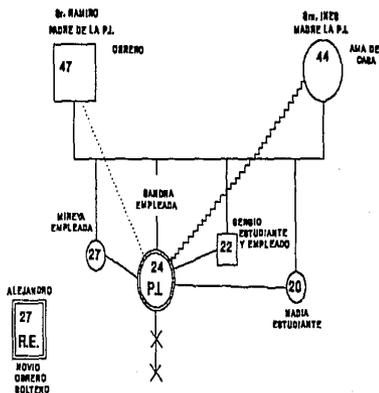


Diagrama 5(b)

**Segunda experiencia de aborto.** Hace siete años. Familia de origen de la P.I., con ella como segunda hija de cuatro, constituía su hogar directo. Atravesando la etapa del despegue de los hijos.

**Reporta la P.I.** que en ese tiempo, la situación familiar se mantenía igual, solo que a ella le molestaba más el ver que su madre no le decía nada a su padre para que modificara su conducta, sino que por el contrario lo apoyaba. Ella pensaba que su padre no le interesaban ni ella ni sus hermanas. Comentó que éste segundo aborto le causó mucha tristeza porque esta vez el amaba al responsable del embarazo pero decidió abortar dado que sabía que su novio se iría a otra ciudad a trabajar. Se sintió abrumada porque hubiera querido continuar su embarazo, pero pensó que sola no iba a soportar los maltratos de su padre al saber que se embarazaba sin casarse.

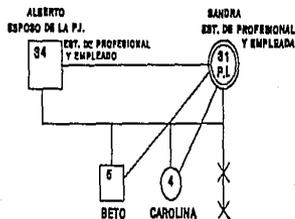


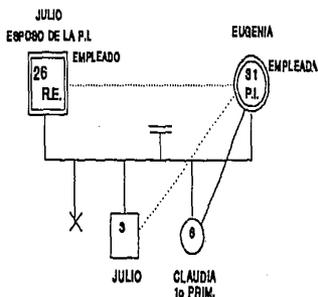
Diagrama 5(c)

**Actualmente,** Familia nuclear de la P.I., con ella como esposa y madre de dos hijos pequeños, constituye su hogar directo.

**Reporta la P.I.** haberse casado hace seis años y llevarse bien con su esposo. Comentó que a veces tienen problemas pero no fuertes, que ambos desean concluir sus estudios profesionales y que sólo le preocupan problemas de tipo laboral, que la ponen de pésimo humor. Quiere mucho a sus hijos y desearían ella y su esposo pasar más tiempo con ellos pero no es posible. Comentó también que su esposo no sabe de sus dos abortos y que eso le produce sentimientos de culpa. Plena que a lo mejor algún día tenga un problema en su cuerpo por los abortos. No le dice porque está segura que de saberlo la dejaría. Actualmente utiliza el dispositivo intrauterino.

Diagrama 6(a)

CASO No. 6  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 2



Primera experiencia de aborto, Hace cuatro años. Familia nuclear de la P.I., con ella como esposa y madre de dos hijos pequeños, constituida su hogar directo. Reporta la P.I. que en ese tiempo descubrió que su marido la engañaba con otra mujer y estaba esperando un hijo de él, igual que ella. Comenta que el embarazo no fué deseado que ella y su esposo constantemente peleaban porque ella ya no deseaba tener más hijos y él lo sabía pero como era muy católico, no quería que ella abortara diciendole "no lo hagas porque ya me lo dijiste a mí y me vas a condenar sin que yo tenga la culpa". Decidió abortar aún en contra de su voluntad de su esposo, de modo que éste, en venganza la "acusa" con sus hermanos y su madre que aunque no vivían con ellos, se gustaban de intervenir y tomar decisiones por ellos. Al enterarse su madre, la ofendió y le dio de golpes, sus hermanos le dejaron de hablar. Dijo haberle dolido mucho todo lo sucedido, pero con todo, prefirió abortar y no traer al mundo a un hijo a sufrir por no tener para mantenerlo. Pensaba que eran injustos con ella porque a su esposo no lo recriminaban y desde su punto de vista era más pecado lo que habla hecho él (tener un hijo fuera de matrimonio). Comentó también que cuando se casó, ella ya habla tenido una hija y como su esposo la habla aceptado así, eso a ella le hacía tolerarle muchas cosas.

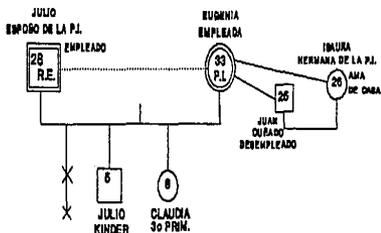


Diagrama 6(b)

Segunda experiencia de aborto. Hace dos años. Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de dos hijos pequeños en edad escolar, constituye su hogar directo. Reporta la P.I. que en ese tiempo, sus hijos no vivían con ella y solo los veía el fin de semana. Vivían en la casa de su madre debido a que ella casi no estaba en su casa y regresaba muy tarde y no podía atenderlos bien, y porque además, los platos con su esposo habían subido de tono a tal punto de llegar a golpearse ambos, esto último porque ella se enteró que su esposo andaba con una de sus cuñadas. Lo anterior motivó que la P.I., al saberse embarazada decidiera abortar sin comunicarlo a su esposo, pues sabía que reaccionaría como la vez anterior. Comentó que vivían con ella una hermana y su esposo que estaba desempleado, en parte para ayudarlos mientras ésta conseguía trabajo y en parte porque pensó que a lo mejor así ella y su esposo dejarían de pelear tan feroz. Expresó que también peleaba mucho con su madre porque consentía mucho a sus hijas y ella sentía que éstas ya no la querían ni la respetaban. Su hija mayor le decía "ta odio, nadámás vienes a regañarme". Utilizaba el ritmo como método anticonceptivo y dijo que por segunda vez lo había fallado.

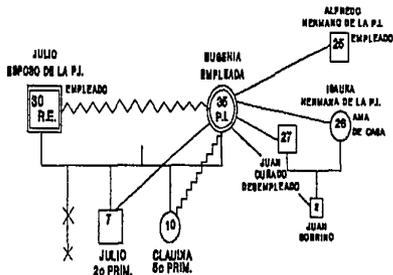


Diagrama 6(c)

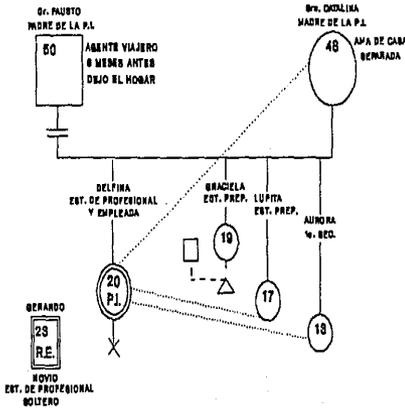
Actualmente. Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de dos hijos pequeños, constituye su hogar directo.

Reporta la P.I. que actualmente viven con ella sus hijos, y ella piensa que su esposo no está contento de que así sea pues nunca sale con ella y sus hijos. Ella sabe que él continúa teniendo relaciones extramaritales con otras mujeres, pero no le reclama porque teme que se enoje y la abandone.

También viven en su casa una hermana, y su esposo, y su sobrino, se lleva bien con ellos y sólo le disgusta que su cuñado es "medio aprovechado pues aunque ya trabaja no quiere dar dinero". Uno de sus hermanos llegó a vivir a su casa, a raíz de problemas con su madre. La P.I. lo convenció inatendientemente en que era lo mejor para él. Por lo anterior, el esposo de la P.I. se molestó mucho siendo motivo de discusiones entre ellos. Actualmente lleva odioso dispositivo intrauterino pues no quiere volverse a arriesgar y quedar embarazada. Su esposo no está de acuerdo con esto último pues le dice que va contra la religión.

Diagrama 7(a)

CASO No. 7  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 2



Primera experiencia de aborto provocado. Hace siete años. Familia de origen de la P.I. con ella como hija mayor soltera, constituía su hogar directo. Familia con un solo padre y con hijos adolescentes.

Reporta la P.I. que meses antes el padre había abandonado el hogar, motivo por el que la familia vivía una difícil situación emocional y económica, viéndose ella como hija mayor con la responsabilidad de sostener a su madre y hermanas.

Comenta que en ese tiempo la hermana que le sigue también se embarazó y dejó el hogar materno para irse a vivir en unión libre con su pareja.

Decide abortar porque el embarazo fué accidental, no estaba enamorada de su novio, estudiaba, deseaba terminar su carrera, y sobre todo, se sentía muy presionada por su madre que le decía que no se fuera a casar, qué iba a ser de ella y sus hijas si dejaba de trabajar. Menciona que no se sentía como hija sino como mamá.

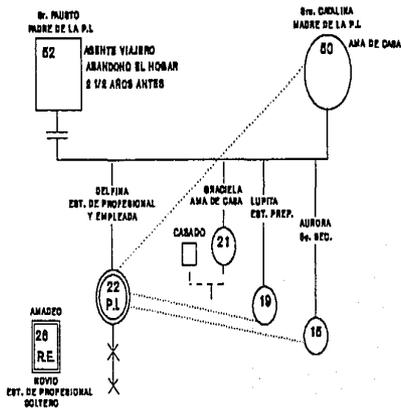


Diagrama 7(b)

Segunda experiencia de aborto precoz. Hace cinco años. Familia de origen de la P.I. con ella como hija mayor soltera, constituida su hogar directo. Familia con un solo padre, y con hijos adolescentes.

Reporta la P.I. que aparte de continuar siendo el sostén de la familia, era ella quien daba los permisos a sus hermanas menores.

Comentó que decidió abortar porque cuando su novio supo del embarazo no aceptó la responsabilidad y se negó a casarse con ella, terminando definitivamente su relación con él y haciéndose inmediatamente amante de su jefe. Mencionó haberse sentido muy desilusionada por todo lo sucedido, y dijo sentirse avergonzada de sí misma porque en ese tiempo sostuvo relaciones sexuales con 'varios amigos' a la vez, sin sentirse enamorada de ellos, lo cual solo le produjo una gran insatisfacción tanto física como emocional.

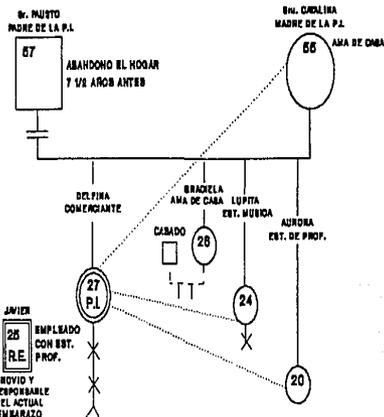


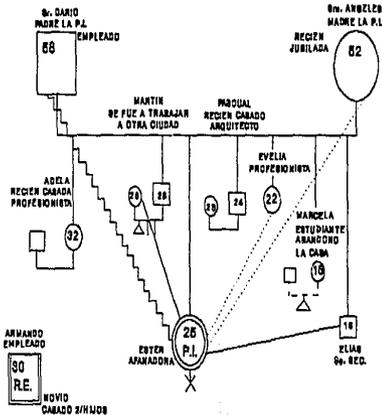
Diagrama 7(c)

Actualmente, familia de origen de la P.I. con ella como hija mayor soltera, constituye su hogar directo. Familia con un solo padre, atravesando la etapa del despegue de los hijos.

Reporta la P.I. que continúa siendo quien sostiene a la familia. Ha concluido sus estudios profesionales y se encuentra embarazada de su actual novio, quien le ayuda económicamente y con quien piensa casarse una vez concluya su carrera. Ella por su parte dice sentirse muy contenta con el embarazo, al igual que su madre y hermanas. De éstas últimas, comentó que la tercera se embarazó decidiéndose a abortar. Respecto a éste, dijo haberla apoyado y ayudado económicamente.

Diagrama 8(a)

CASO No. 8  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 2



Primera experiencia de aborto. Hace siete años. Familia de origen de la P.I., con ella como la tercera hija de siete, constituta su hogar directo. Familia atravezando la etapa del despegue de los hijos.

Reporta la P.I. que en ese tiempo la situación familiar era muy conflictiva debido a la rigidez del padre, a quien ella y sus hermanos veían como una persona autoritaria, despectiva y fría (no cariñoso ni afectuoso con nadie). Recuerda que continuamente su madre y su padre peleaban por los motivos ya mencionados. Comentó que nadie de su familia sabía que tenía novio pues ella sabía que no lo aprobarían dado que éste era casado. Decide abortar porque el responsable del embarazo no se divorció como le había prometido y por el contrario, la P.I. se enteró que la esposa de su novio acababa de tener un bebé, de manera que no se sintió con valor para enfrentar la situación como madre soltera y además deseaba continuar viviendo con su madre, además ya una de sus hermanas recientemente se había salido de su casa porque estaba embarazada y el padre no quería que se casara, decía que era muy joven y que esperaba a terminar su carrera, (lo que el padre ignoraba era que su hija estaba embarazada) de modo que optó por salirse de la casa, antes de enfrentar la ira del padre. Expresó que durante un tiempo, el hecho de haber abortado la hizo sentirse muy mal, por lo que decidió hacer algo que la hiciera sentirse bien y olvidarse de lo ocurrido iniciando así sus estudios profesionales.

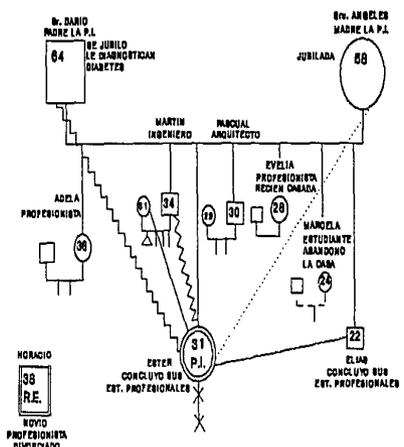


Diagrama 8(b)

Segunda experiencia de aborto. Hace un año. Familia de origen de la P.I. con ella soltera, constitula su hogar directo. Familia cursando el final de la etapa del despegue de los hijos.

Reporta la P.I. que en ese tiempo al padre le diagnosticaron diabetes, lo que al parecer hizo que éste se tornara más irritable por cualquier motivo. El hermano varón mayor regresó a vivir con ellos y su hermana menor se casó. El hermano menor y ella concluyeron sus estudios profesionales siendo motivo de orgullo en la familia.

Mencionó que decidió abortar porque se embarazó y no sabía si era de su novio ya que sostenía relaciones con dos parejas al mismo tiempo. Los datos que se muestran acerca del responsable del embarazo son los de su novio. Nadie de su familia supo del aborto, lo ocultó porque como estaba insegura del responsable del mismo, ni a ellos les dijo nada al respecto.

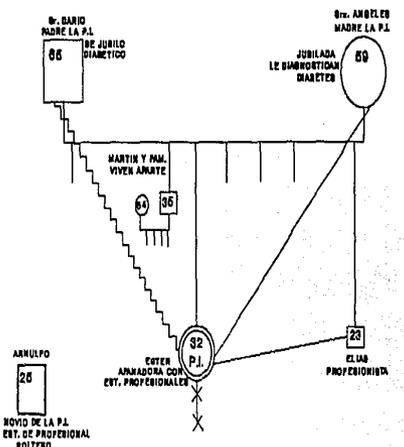


Diagrama 8(c)

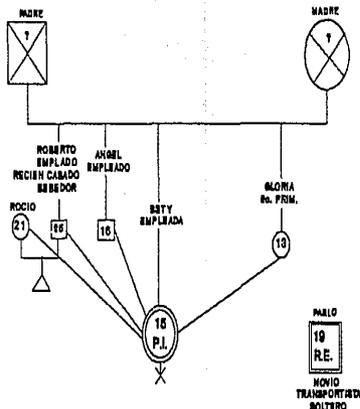
Actualmente. Familia de origen de la P.I. constituye su hogar directo. Hacia el final de la etapa del despegue de los hijos fuera de la familia.

Reporta la P.I. que recientemente su hermano mayor adquirió su casa nueva, trasladándose con su esposa e hijos, lo que han resentido bastante sus padres quienes extrañan mucho a sus nietos. Ahora sólo viven en el hogar paterno ella y su hermano menor. Comentó que su padre continúa siendo autoritario e impositivo, por lo que con frecuencia hay problemas en casa.

Dijo sentirse muy preocupada pues al quedarse sola con sus padres se siente responsable de ellos, llegando al punto de que en ocasiones no sale de casa por no dejarlos solos. Ella y su actual novio tienen planes de matrimonio, aunque se siente insegura de si realmente lo ama o no. Expresó que lo que más le preocupa actualmente es como separarse de sus padres sin lastimarlos.

Diagrama 9(a)

CASO No. 9  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 2



Primera experiencia de aborto. Hace diecisiete años. Familia de origen de la P.L., con ambos padres muertos, constituida su hogar directo. Reporta la P.L. que ella y sus hermanos quedaron huérfanos desde muy pequeños, por lo que todos excepto la hermana menor se vieron en la necesidad de trabajar y ya no pudieron seguir estudiando. Dijo recordar que en ese tiempo su hermano mayor tomaba mucho, llevó a vivir a su novia con ellos pues estaba embarazada. Comenta que decidió abortar porque su novio y responsable del embarazo no quiso apoyarla y ella no se atrevió a enfrentar la situación sola. Pensaba que de enterarse sus hermanos podrían hacer algo en contra de su novio pues eran muy celosos. Manifestó que se trató de su primera experiencia sexual y no sabía de anticonceptivos. Ahora piensa que le habría gustado que hubiera comunicación entre ella y sus hermanos pues tal vez así las cosas hubieran sido distintas.

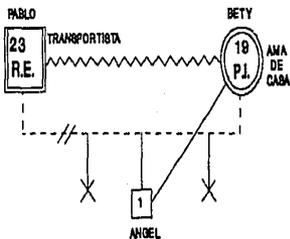


Diagrama 8(b)

Segunda experiencia de aborto. Hace trece años. Familia nuclear de la P.I. con ella como conyuge y madre de un hijo pequeño, constituya su hogar directo.

Reporta la P.I. que en ese tiempo vivía en unión libre con su pareja (responsable del embarazo en las dos experiencias de aborto) quien la dejó con su bebé recién nacido para, según se enteró al poco tiempo, casarse con otra mujer por las dos leyes. Comentó que no se llevaban bien y que discutían mucho porque él era muy celoso. Decidiéndose a abortar porque no quería tener otro hijo de su pareja a quien odiaba y guardaba mucho resentimiento.

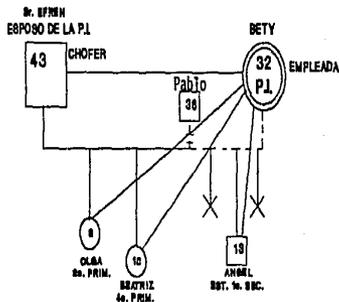


Diagrama 8(c)

Actualmente, Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de tres hijos en edad escolar, constituya su hogar directo.

Reporta la P.I. estar casada y haber tenido dos hijos con su actual conyuge. Menciona llevarse bien con su esposo e hijos, y tener problemas comunes con ellos.

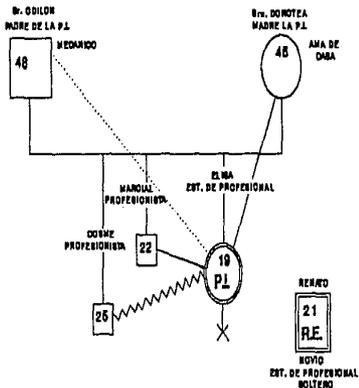
De su familia de origen, que se visitan muy poco y a quien más ve es a su hermana menor, también casada, pues sus centros de trabajo están cerca.

Del ex-conyuge y padre biológico de su primer hijo, que no lo volvió a ver desde que la abandonó.

Reportó que al nacer su tercera hija la ligaron.

Diagrama 10(a)

CASO No. 10  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 2



Primera experiencia de aborto, Hace cinco años. Familia de origen de la P.I., con ella como hija menor soltera, constituida su hogar directo. En la etapa del desapeque de los hijos fuera de la familia. Reporta la P.I. que tenía la posible reacción de su padre y hermanos de saber que estaba embarazada. Su padre siempre se manifestaba en contra del libertinaje. El principal motivo de conflicto en la familia era el comportamiento del hermano que le sigue y que desagradaba al padre por juzgarle libertino, cuando llegaba tarde tomado, discutían a gritos terminando por despertar a todos y armando un escándalo. Según dijo, después del aborto, que fue decidido de común acuerdo con su novio, empezaron los problemas entre ellos (ella le tenía rencor porque hubiera querido tener su bebé y casarse con él, lo que no había sido posible porque ambos estudiaban y casarse implicaba abandonar la carrera y tener que trabajar) así que terminaron definitivamente. Que el embarazo fue accidental pues utilizaba el ritmo.

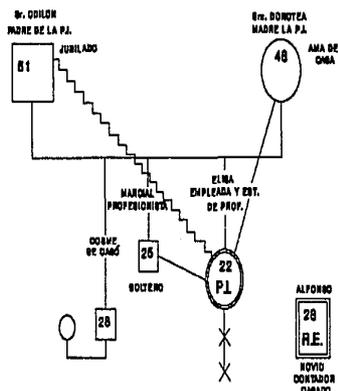


Diagrama 10(b)

Segunda experiencia de aborto. Hace dos años. Familia de origen de la P.I. con ella como hija menor de tres, constituita su hogar directo. Atravezando la etapa del despegue de los hijos fuera de la familia.

Reporta la P.I. que en ese tiempo el hermano mayor se casó y su padre se jubiló.

Que decidió abortar porque su novio al enterarse del embarazo le contó que era casado y que tenía dos hijos; el coraje y la desconfianza la llevaron a decidir así, sin el acuerdo del responsable, que lo propuso tuviera al bebé y apoyarla, pero no vivir con ellos.

Comento que el R.E. insistió en buscarla y continuar la relación, así sucedió, y al poco tiempo se embaraza de él por segunda vez, decidiendo no interrumpirlo, de común acuerdo con su pareja que seguía casado. Ver diagrama 10(c).

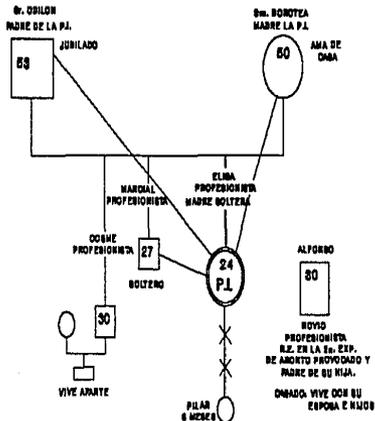


Diagrama 10(c)

Actualmente. Familia de origen de la P.I. con ella como hija menor y madre soltera, constituye su hogar directo. Atravezando la etapa del despegue de los hijos fuera de la familia.

Reporta la P.I. que al principio de su tercer embarazo, la situación familiar era insostenible por todo lo que dijeron, pero amaba a su pareja y decidió enfrentar a todos. Concluyó sus estudios profesionales trabajando, estudiando y estando embarazada. Siguió viviendo con sus padres porque su pareja seguía casado. Al nacimiento de la niña todo cambió en su casa y ahora es la adoración de todos. Ella sigue viéndose con el padre de la niña. Piensa que su relación es un poco rara pero con su trabajo ahora como profesionalista, el apoyo de su pareja y el de sus padres está mucho más tranquila. Utiliza dispositivo intrauterino.

CASO No. 11  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 2

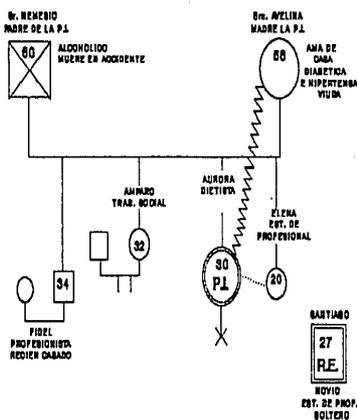


Diagrama 11(a)

Primera experiencia de aborto, Hace seis años. Familia de origen de la P.J., con un solo padre, constituía su hogar directo. Familia cursando la etapa del despegue de los hijos.

Reporta la P.J. que en ese tiempo, la situación familiar era desesperada. Su hermano mayor recientemente había terminado su carrera, contrajo nupcias, dejando el hogar paterno. Sus padres habían sufrido un accidente automovilístico en el cual perdiera la vida su padre y resultando gravemente herida su madre que además sufría de diabetes e hipertensión. A raíz de éstos sucesos ella tuvo que hacerse cargo de la situación económica, abandonando sus estudios.

Comentó que su novio al saber que estaba embarazada le pidió que se casaran, negándose porque sentía que no podía abandonar a su madre y hermana en esas circunstancias. Decide abortar sin el acuerdo de su novio quien se alejó de ella durante más de un año, reanudándose después la relación entre ellos.

Manifestó que la relación con sus padres siempre había sido muy conflictiva pues la consideraban "la oveja negra de la familia" de manera que esa era la oportunidad de demostrarse ella misma y a su madre y hermanos que podía ser buena y útil.

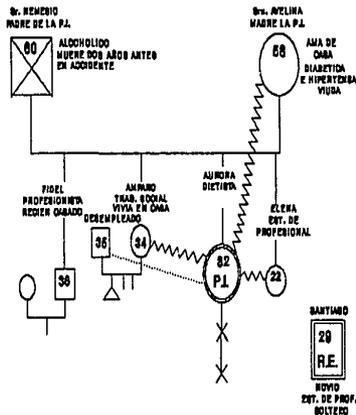


Diagrama 1f(b)

**Segunda experiencia de aborto.** Hace cuatro años. Familia de origen de la P.I. con un sólo padre, constituye su hogar directo. Familia cursando la etapa del despegue de los hijos.

**Reporta la P.I.** que en ese tiempo, las relaciones con su familia seguían siendo muy conflictivas. Comenta que su madre se molestaba con ella cada que iba a salir por motivos que no fueran de trabajo. Dijo sentirse entonces como al fuera el médico de la familia; haciéndose cargo hasta de la atención de su hermana que tenía problemas de embarazo, y también de sus sobrinas. A partir de que su cuidado se quedara sin empleo, se habían trasladado a vivir en casa de la madre. A ella le daba mucho coraje ver que su madre a ésta hermana no le exigía una aportación económica para sostener a la familia como lo hacía con ella. Manifiesto que ésta ocasión sí deseaba tener el bebé pero ahora fué su novio quien no quiso, argumentándole que no tenía trabajo con que mantenerlos. Decidió abortar, resultando sí poco tiempo, que su novio en realidad había empezado una relación aparte con otra chica de su edad, con la actualmente se encuentra casado.

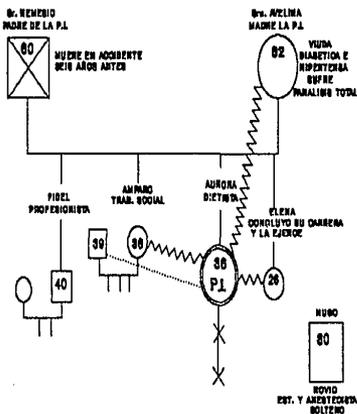


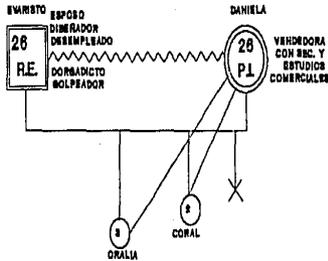
Diagrama 1f(c)

**Actualmente.** Familia de origen de la P.I. con un solo padre, constituye su hogar directo. Familia aún en la etapa del despegue de los hijos.

**Reporta la P.I.** que actualmente continúan viviendo en casa su cuñado, hermana mayor e hija, a pesar de que su situación económica ya no es suficiente. Esa situación le molesta porque piensa y así se lo ha hecho saber a su hermana, que no está bien que sigan en el hogar materno porque su madre necesita reposo y tranquilidad. Por otro lado, su hermana menor concluyó su carrera y ejerce, ayudando ahora a sostener a la familia. Manifiesto que su principal problema y preocupación es que siente que su familia nunca reconoce sus logros y esfuerzos, sino por el contrario la critican por cualquier motivo; por ejemplo, que ayuda económicamente a su novio para que pueda consolidar un negocio que le permita casarse y tener la situación económica resultante. Piensa que su madre la chantajea con sus enfermedades. Siente ramordimientos porque ahora que quisiera embarazarse no ha podido. Mantiene relaciones sexuales con su novio actual, sin protección pues ambos desean un hijo y están de acuerdo que si ella se embaraza, de inmediato se casarían.

Diagrama 12(a)

CASO No. 12  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 3



Primera experiencia de aborto. Hace seis años. Familia nuclear de la P.I., con ella como esposa y madre de dos hijas pequeñas, constituía su hogar directo.

Reportó haberse casado a los 21 años con el responsable del embarazo en las tres experiencias de aborto, y padre de sus dos hijas. Ella no sabía si era drogadicto hasta sorprenderlo drogándose en el patio de la casa donde vivían cuando se casaron. Comenta que al principio él trabajaba como diseñador, pero al poco tiempo de casados, él perdió el trabajo y desde entonces ella sola estuvo económicamente el hogar. Que su matrimonio era un fracaso pues él endaba abiertamente con otras mujeres y cuando reclamaba la golpeaba. Manifiesta que por eso, después de que nacieron sus dos hijas ya no soportaba la idea de tener otro hijo más con él. Sus embarazos según dijo textualmente "fueron producto de virtuales violaciones". Considera que éste embarazo fué accidental pues lle vaba el ritmo. Su esposo estuvo de acuerdo en que abortara.

Reporta la P.I. Haber sido la cuarta de diez hermanos, haber perdido a su padre del que solo recuerda que tomaba mucho, cuando tenía cinco años, y haber sido golpeada con frecuencia en su infancia por su madre. Recuerda que cuando tenía diez años, su madre fue enviada a prisión durante tres años motivo que hizo que ella y todos sus hermanos fueran distribuidos con distintos parientes hasta que la liberaron. Recorrió que al salir de la cárcel su madre no era la misma, pues había recibido ayuda psicológica en el penal; sin embargo dijo no conservar un buen recuerdo de ella, entre otras cosas porque siempre se opuso a que ella estudiara, sacandola de las escuelas en que la inscribían sus parientes. Comenta que a pesar de todo pudo concluir la primaria, la secundaria, y después estudios comerciales.

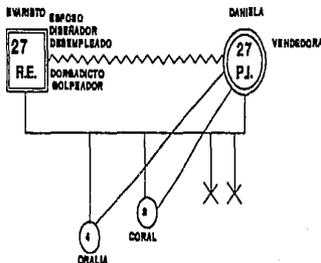


Diagrama 12(b)

Segunda experiencia de aborto. Hace cinco años. Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de dos hijas pequeñas, constitula su hogar directo.

Reporta la P.I. que en ese tiempo la situación familiar seguía difícil, su esposo continuaba sin trabajo, seguía drogándose, y le era infiel. Comentó que su marido se quejaba de que no lo comprendían y ella se quejaba por lo mismo. Según dijo, cuando discutían acababan violentándose. Manifestó que el aborto fué decidido de común acuerdo. Continuaba llevando el ritmo como método de control de la natalidad.

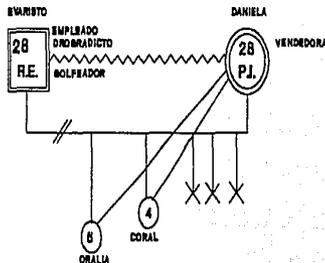
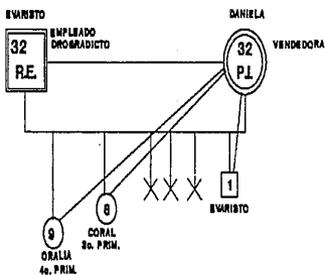


Diagrama 12(c)

Tercera experiencia de aborto provocado. Hace cuatro años. Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de dos hijas pequeñas, constitula su hogar directo.

Reporta la P.I. que en ese tiempo la situación conyugal estaba en su peor momento porque su esposo consiguió trabajo pero no le daba para el gasto, lo que motivó que ella fuera a quejarse abiertamente con la madre de éste. A su conyuge no le agradó la acción de su esposa argumentándole a ésta que él tenía algún problema con él, con él era con quien tenía que arreglarlo, después de golpearla (a sabiendas de que estaba embarazada), le pidió el divorcio. Comenta que poco tiempo después del aborto, la situación estaba tan mal entre ellos que decidió abandonarlo e irse a vivir a una ciudad cercana. Estuvieron separados durante dos años, al término de los cuales se reconciliaron. Manifestó haber recibido psicoterapia individual y posteriormente ambos continuaron asistiendo a sesiones de terapia de pareja.

Diagrama 12(d)

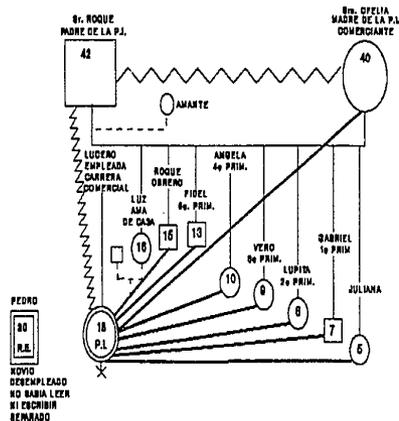


**Actualmente.** Familia nuclear de la P.I., con ella como esposa y madre de tres hijos; uno pequeño y dos en edad escolar, constituye su hogar directo. **Reporta la P.I.** que a partir de haber estado asistiendo a psicoterapia de pareja, la relación con su esposo ha mejorado bastante, ella volvió a embarazarse y decidieron llevar adelante el embarazo. Decidieron además de común acuerdo que la ligaran al nacer su tercer hijo.

Comentó que lo que más le preocupa actualmente es ayudar a su esposo para que deje de drogarse ya que es lo que ella siente que más les perjudica y su esposo no ha logrado controlar.

DIAGRAMA 13(a)

CASO No. 15  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 3



Primera experiencia de aborto. Hace 20 años. Familia de origen de la P.I. con ella como hija mayor soltera cons- tituía su hogar directo.

Reporta la P.I. que en ese tiempo ella había terminado su carrera comercial, era soltera y trabajaba como empleada. Que siendo ella la mayor tenía que ayudar a su madre con los quehaceres de la casa por lo que inventaba que traba- jaba extra para poder andar de novia. Le advertían que no fuera a dar un "mal paso" como la hermana que le sigue y que unos meses antes se había ido de la casa a vivir con su novio porque estaba embarazada. Mencionó que en su casa había muchas riñas entre sus padres además de que sufrían una fuerte estrechez económica pues el padre tenía una amante.

Decide abortar por miedo a que los padres se enteraran que estaba embarazada.

Del responsable del embarazo no dió más datos que los que se muestran en el diagrama.

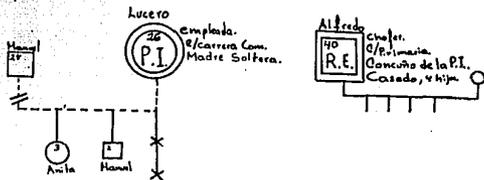


DIAGRAMA 13(h)

**Segunda experiencia de aborto.** Hace doce años. Familia con un sólo padre; la P.I. Con ella como madre soltera y dos hijos pequeños, constituía su hogar directo.

**Reporta la P.I.** que a los 21 años se embarazó por segunda ocasión dejando el hogar paterno para irse a vivir con el responsable de ése embarazo y padre de sus dos hijos. Este la deja para irse a vivir con otra.

Vivía sola con sus dos hijos cuando se embaraza por cuarta ocasión y decide abortar porque no quería tener otro hijo sin casarse. El responsable de éste cuarto embarazo era su concueto, era casado y cuando le propuso que se divorciara para casarse con ella éste se negó y le propuso abortar.

Contentó que ella estaba orgullosa de sí misma ya que sostenía sola su hogar.

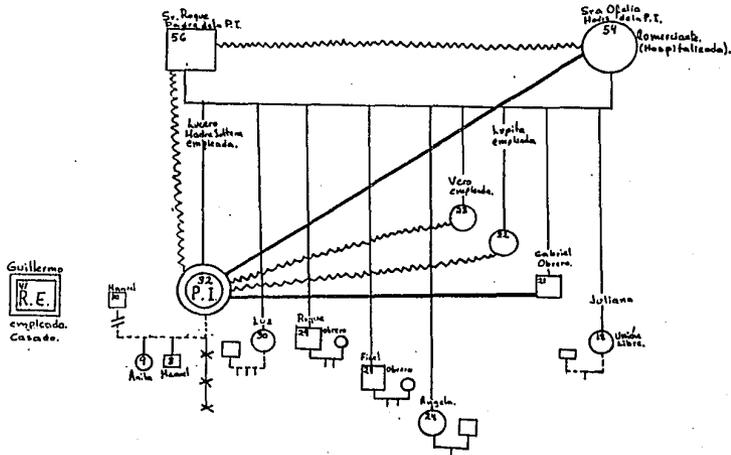


DIAGRAMA 13(c)

**Tercera experiencia de aborto.** familia de origen de la P.I. con ella como hija y madre soltera, constituía su hogar directo.

**Reporta la P.I.** que debido a problemas económicos y laborales volvió al hogar paterno donde vivió por varios años. Tenía muchos problemas con el padre que le recriminaba el no haber sido capaz de retener a su lado al padre de sus hijos. Con las hermanas también porque los niños daban lata y le decían que no los sabía educar. mencionó que decidió abortar de común acuerdo con el responsable del embarazo porque éste era casado y además no quería tener problemas económicos ni familiares, ni ella tampoco. Comentó igualmente, que el ambiente familiar era muy difícil porque los problemas entre sus padres continuaban. Que en ese tiempo su madre estuvo en el hospital por enfermedad y creían que se moría.

DIAGRAMA 13(d)

Actualmente, Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de dos hijos adolescentes y uno pequeño constituye su hogar directo. Segundas nupcias del conyuge actual.

La P.I. sólo reportó que Actualmente; Se encuentra casada, desde hace aproximadamente cuatro años y tener una hija del conyuge actual con quien lleva una buena relación.

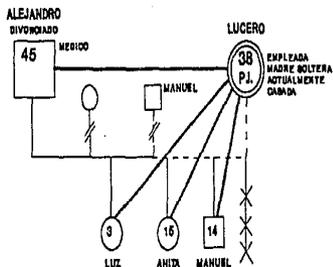
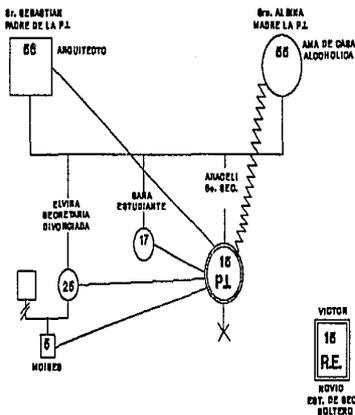


Diagrama 14(a)

CASO No. 14  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 3



Primera experiencia de aborto, Hace doce años. Familia de origen de la P.I., con ella como la menor hija de tres, soltera, constituta su hogar directo. Familia con hijos adolescentes. Reporta la P.I., que en ese tiempo su hermana mayor se divorció y vivía en casa de los padres. De éstos últimos, comentó que tenían muchos problemas y siempre estaban peñados porque la madre se había aficionado a la bebida, y no le hacía caso a nadie de dejar de beber. Cuando bebía se ponía muy agresiva con todos. El comportamiento de su padre según dijo, era ejemplar. Decide abortar porque tenía miedo de la reacción de sus padres y porque ella y su novio eran demasiado jóvenes, no utilizaban ningún anticonceptivo, y en realidad no habían pensado en la responsabilidad de un embarazo.

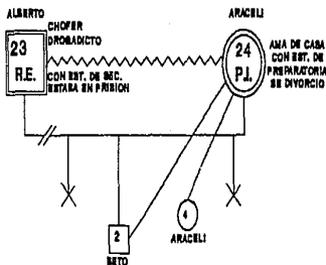


Diagrama 14(b)

**Segunda experiencia de aborto provocado.** Hace tres años. Familia nuclear de la P.J., con ella como esposa y madre de dos hijos pequeños, constituta su hogar directo.

**Reporta la P.J.** haberse casado a los veinte años, y haber tenido dos hijos con su esposo.

Comentó que en ese tiempo su esposo era drogado, además de irresponsable y mujeriego, estuvo en la cárcel durante varias meses debido a su implicación en un homicidio imprudencial. Según dijo, se llevaban muy bien al principio pero con el tiempo se reconocieron como incompatibles en ideas, gustos, formas de educar a sus hijos, etc. Durante ese tiempo su padre fué quien la ayudó económicamente, incluyendo los gastos del aborto. Decide abortar porque no deseaba otro hijo más de su esposo, se sentía completamente desilusionada de él. Al salir su esposo de la prisión tuvieron un encuentro violento porque él no estuvo de acuerdo en que ella solicitara el divorcio aprovechándose de la situación.

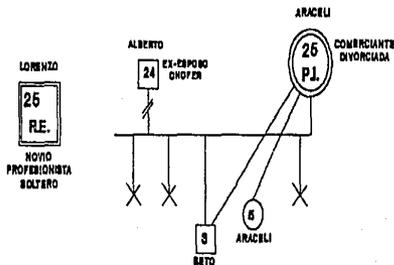


Diagrama 14(c)

**Tercera experiencia de aborto.** Hace dos años. Familia nuclear de la P.J., con ella como madre de dos hijos pequeños, constituta su hogar directo. Familia con un solo padre: (la P.J.).

**Reporta la P.J.** que en ese tiempo estaba divorciada y había empezado a relacionarse con otra persona, que dicha relación marchaba bien y hubiera deseado no abortar sin embargo, comenta que se sentía bastante alterada porque sus hijos veían cada fin de semana a su papá y ella sentía que los alejaba de ella y los ponía en su contra. Que su menor hijo le había pedido irse a vivir con su papá y eso la tenía muy mal. Trabajaba como comerciante y su situación económica era suficiente para mantener a sus hijos, de lo cual estaba muy orgullosa.

Diagrama 14(d)

Actualmente, Familia de la P.I. (Segunda unión de la P.I., ahora en la modalidad de unión libre) con ella como conyuge y madre de dos hijos pequeños, constituye su hogar directo.

Reporta la P.I. que actualmente vive con ella su madre, miama que recientemente se separó de su padre. Menciona que el principal motivo de conflicto en la familia es precisamente su madre ya que no está de acuerdo en que viva en unión libre y tampoco le agrada su pareja. Comenta que está embarazada de éste último, que ya lo saben sus hijos y todos están muy contentos excepto su madre. De quien dijo no saber como se las ingenia para comprarse botellas de ron.

Reporta que lo único que le preocupa por el momento es que su conyuge actual no consigue empleo, y que su menor hijo sigue queriendo irse a vivir con su papá.

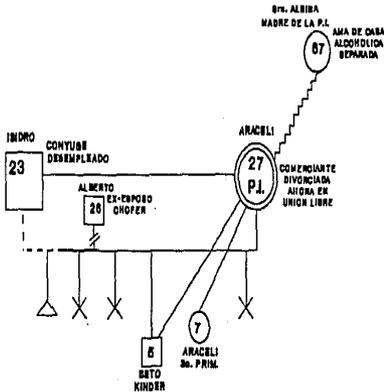


Diagrama 16 (a)

CASO No. 16  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 3

BERGIO

23  
R.E.

NOVIO  
EST. DE PROFESIONAL  
CASADO

LORENA

17  
P.I.

SECRETARIA



Primera experiencia de aborto. Hace seis años.

La P.I. vivía sola.

Reporta la P.I. que en ese tiempo se encontraba viviendo sola en un cuartito de azotea en el edificio donde se encontraban las oficinas donde laboraba. Su jefe le había permitido que así fuera a cambio de darle un salario bajo.

Comenta que decidió abortar porque su novio era casado y no la podía apoyar.

Mencionó haberse salido de su casa porque tenía frecuentes altercados con su madre debido a que ésta última vivía con un hombre que no era su padre.

Que no utilizaba ningún anticonceptivo sino que llevaba las cuentas en el calendario.

Que la decisión de abortar fue de común acuerdo con el responsable del embarazo.

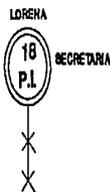
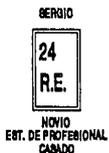


Diagrama 16(b)

Segunda experiencia de aborto. Hace cinco años. La P.I. seguía viviendo sola en un cuarto de azotea que le permitía habitar su jefe.

Reporta la P.I. que en ese tiempo su madre la fue a buscar para que regresara a su casa a vivir con ella. Dijo haberse negado porque no toleraba al compañero de su madre.

Comenta que decidió abortar de común acuerdo con el responsable del embarazo porque éste último seguía casado y no podía estar con ella para apoyarla. Seguirán llevando el método del "calendario".

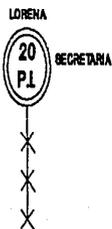


Diagrama 16(c)

Tercera experiencia de aborto. Hace tres años. La P.I. continuaba sola.

Reporta la P.I. que en ese tiempo seguía viviendo sola pero esta vez en una pensión donde pagaba muy poca renta, a cambio de ayudar a la dueña de la pensión a hacer por las noches la limpieza.

Reporta la P.I. que nuevamente se embarazó accidentalmente y aunque a ella le hubiera gustado tener a su bebé, era imposible porque le pesaba más la idea de ser madre soltera, y por otro lado tampoco deseaba destruir el hogar de su compañero. Pensaba que solo traería al mundo a un inocente y de pensar en que su bebé tendría que estar solo y sin todo lo necesario, le dolía, por lo que prefería armarse de valor para vivir nuevamente otro aborto.

Comentó que amaba mucho a su novio pues le daba todo su apoyo moral y todo su amor y compañía.

### Diagrama 15(d)

BERGIO  
29  
R.E.  
NOVIO  
PROFESIONISTA  
DIVORCIADO

LORENA  
23  
P.I.  
ESTUDIANTE  
Y EMPLEADA  
X  
X  
X

Actualmente, La P.I. continúa viviendo sola en la pensión.

Reporta la P.I. que actualmente su novio y ella están haciendo planes de matrimonio.

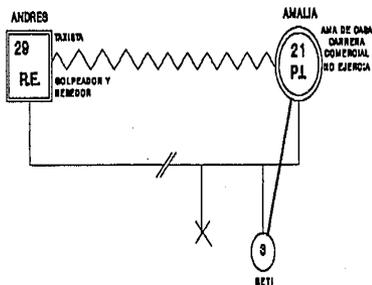
Comentó que lo anterior era posible porque éste finalmente se había divorciado y le ha dicho que desea que formen una familia juntos, que le va a recompensar por todos los sufrimientos que ha tenido que vivir a su lado. Según le dijo su novio sólo faltan algunos detalles para que sea posible que puedan casarse.

Expresó que actualmente se siente orgullosa de sí misma por haber podido salir adelante sola. Desde hace unos meses estudia un curso de auxiliar de contador y está muy contenta de asistir a la escuela, pues según dijo, a ella le gusta superarse.

## DIAGRAMA 16(a)

CASO No. 16

TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 3



Primera experiencia de aborto. Hace 10 años. Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de una hija pequeña constituida su hogar directo.

Reporta la P.I. Haberse casado a los 18 años. Y, que cerca de un año antes de éste primer aborto venía pensando en separarse de su esposo, el motivo era que no había sido lo que ella pensaba, que era un desobligado, borracho y ella no lo había conocido así. Comunica a su madre (viuda) su deseo y no estuvo de acuerdo. Decide abortar porque ya no estaba a gusto con su esposo y no encontraba la manera de solucionar las cosas. El marido llegaba borracho en las noches queriendo forzarla a hacer el amor cosa que le molestaba mucho. Una amiga le ayuda para poder abortar y un mes después se separa del esposo durante dos meses. Regresa al hogar conyugal aconsejada por la madre y pensando que, como le prometía el esposo, "las cosas iban a ser diferentes". Tomaba pastillas anticonceptivas a escondidas del marido hasta que la descubre y la golpea como en otras ocasiones, aún así, las sigue tomando a escondidas con mucho temor. Comentó que el conyuge quería tener siquiera cinco hijos y que ella habría concedido si no hubiera sido borracho y agresivo con ella.

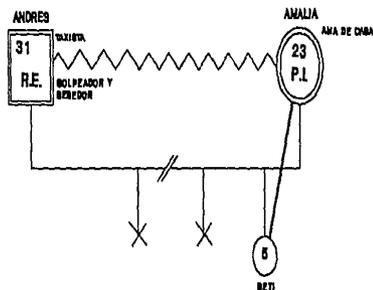


DIAGRAMA 16(b)

**Segunda experiencia de aborto.** Hace ocho años. Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de una niña pequeña.

**Reporta la P.I.** haberse embarazado de nuevo por accidente al dejar de tomar pastillas. Temía ser descubierta y pensó que sería mejor llevar el "ritmo".

Fantaseaba en irse lejos pues ya no soportaba la situación, el esposo un rato se portaba bien y luego lo mismo. Comunica a su madre su deseo de divorciarse y no la apoyó, le decía que "debía comprenderlo más, que de seguro algo hacía ella para que el fuera así, y que si le pagaba era porque lo provocaba pues de otra forma no entendía porque le habla de pegar".

Comentó que cuando hablaba al conyuge de divorciarse éste la amenazaba con quitarle a su hija al lo hacía. Que optó por "llevarla tranquila con él" y no hacer más problemas. Se embarazó por cuarta ocasión pocos meses después del segundo aborto y decide no abortar por temor a morir. Nace así su segunda hija: Lulú (ver diagrama 16(c)).

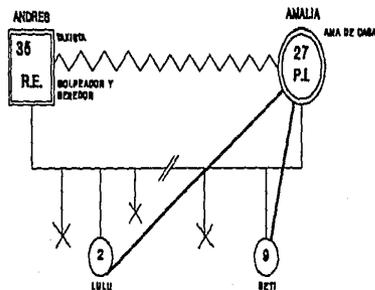


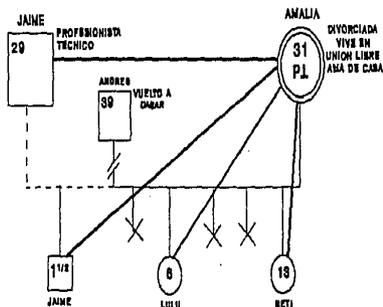
DIAGRAMA 16(c)

**Tercera experiencia de aborto.** Hace cuatro. Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre con dos hijas pequeñas constituida su hogar directo.

**Reporta la P.I.** que al nacer su segunda hija el marido dejó de pegarle tanto pero seguía de borracho y llegando tarde a casa. Que en ese tiempo le dijeron que el conyuge andaba con otra y al reclamarle éste le contestó que "a ella eso no le importaba, que era hombre y podía hacer de su casa para afuera lo que quisiera, y que si no le gustaba hielera lo que quisiera". Lo que hizo fue llorar y llorar y dejar al hogar conyugal trasladándose al hogar materno donde "fue mal recibida".

Al parecer el marido ya tenía otra mujer e hijo. Ella pensaba en buscar trabajo e independizarse cuando conoce a su actual pareja con quien tuvo un hijo y vive actualmente en unión libre (ver diagrama 16(d)).

## DIAGRAMA 16(d)

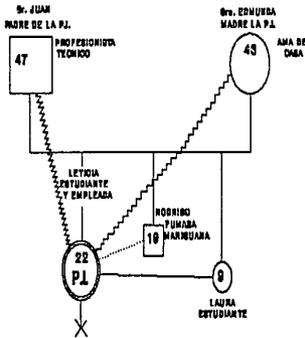


Actualmente, Familia nuclear de la P.I. con dos hijos pequeños y una púber, constituye su hogar directo.

Reporta la P.I. que alguna ocasión el ex-marido llegó borracho hasta su nuevo hogar gritando que quería ver a sus hijos, lo que ocasionó problemas con el conyuge actual, sin embargo éste ha aprendido a verse las con ésta situación y está de acuerdo en que vea a las hijas aunque eso no es frecuente ya que éstas no lo desean. Dice estar de acuerdo con su conyuge en tener un sólo hijo más dentro de un año o dos y luego ligarse. Que desde el nacimiento de su menor hijo toma píldoras anticonceptivas y el conyuge está de acuerdo, se llevan bien y éste quiere mucho a su hijo e hijas que lo ven como a un padre

Diagrama 17(a)

CASO No. 17  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 3



Primera experiencia de aborto. Familia de origen de la P.I. con ella como hija mayor soltera, constituida su hogar directo. Familia en la etapa del despegue de los hijos. Reporta la P.I. que en ese tiempo tenía muchos problemas sus padres ya que eran muy exigentes con respecto a las normas morales. A ella y a su hermano les recriminaban no asistir a eventos religiosos.

La situación familiar era insoportable porque los padres se enteraron de que su hermano fumaba marihuana de tiempo atrás y de paso a ella la responsabilizaban porque le decían que era la mayor y debía poner el ejemplo. Menciona que sus padres discutían constantemente por ese y otros motivos. De forma que todo lo que sucedía la hacía sentirse enloquecer. Sólo sentía apoyo de su novio. Sin embargo al decirle que estaba, embarazada, éste le dice que no podían casarse pues aún no terminaban sus carreras y no tenían solvencia económica para llevar adelante la situación. Nadie de su familia se enteró del aborto. Una amiga cercana la llevó a una clínica clandestina y le ayudó económicamente para poder pagarlo. No utilizaba ningún método anticonceptivo por temor de caer en pecado. En ocasiones utilizaba el ritmo.

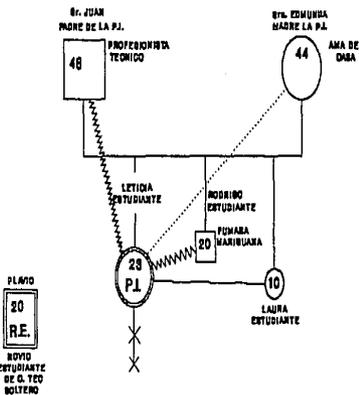


Diagrama 17(b)

Segunda experiencia de aborto provocado. Familia de origen de la P.I., con ella como hija soltera, constituta su hogar directo. Atravesando la etapa del despegue de los hijos. Reporta la P.I. que los problemas y las discusiones continuaban. Menciona que en ese tiempo, ella se volvió muy rebelde y de plano los ignoraba. El padre la corría de la casa y ella no se iba porque no le alcanzaba el poco dinero que cobraba. Se embarazó de su nuevo novio con quien sostenía relaciones sexuales utilizando sólo el método del ritmo, sin embargo en ésta ocasión no lo comenta con éste porque ella de antemano sabía que no la iba a poder apoyar económicamente. (Menciona que tuvo que tener relaciones sexuales obrando para poder ir a la misma clínica donde le practicaron el primer aborto). En ese tiempo abandonó sus estudios.

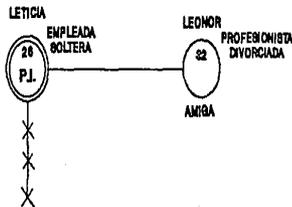


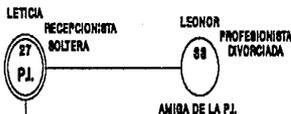
Diagrama 17(c)

Tercera experiencia de aborto provocado. La P.I. vivía sola compartiendo apartamento con una amiga. Reporta la P.I. que su padre finalmente la corrió de su casa y decidió vivir sola porque ya no aguantaba la situación en casa. Su padre la atendió mucho y por eso en cierta forma decidió abortar, pues no quería que se enteraran de que tenía un hijo sin padre y se pudieran burlar de ella. Su novio le dijo que si ella quería tener al bebé él la apoyaría económicamente pero no podía casarse aún sin terminar su carrera.

### Diagrama 17(d)

Actualmente, La P.I. vive sola, compartiendo apartamento con una amiga.

Reporta la P.I. que se siente bien viviendo sola, que le gustaría formar su propia familia pero que en esos momentos no lo ve posible con su actual novio. Ella piensa que éste último, anda con otras chicas además de ella. Comentó que sin embargo le interesa más en estos momentos, su superación personal, como ser humano, hacer bien su trabajo y sentirse bien con ella misma, tratando de olvidar todo el pasado.



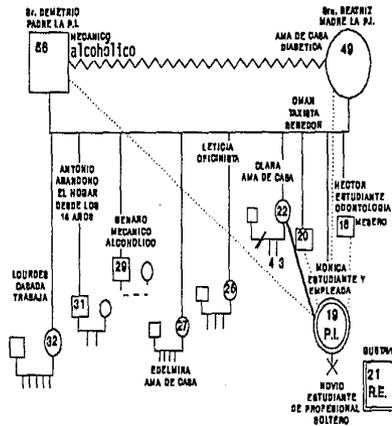
MARCOS

27

NOVIO  
EMPLEADO  
FRANQUE DE ADMON. DE EMP.  
SOLTERO

DIAGRAMA 18(a)

CASO No. 18  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 3



Primera experiencia de aborto. Hace siete años. Familia de origen de la P.I. con ella como penúltima hija de nueve, consultó su hogar directo. Atravesando la etapa del despegue de los hijos.

Reporta la P.I. que en ese tiempo, su padre y hermanos mayores tomaban mucho, ocasionando fuertes disgustos a su madre. El padre era impositivo y ofensivo. Cuando llegaba a casa invariablemente se ponía a tomar unas copas, pretendiendo que se le atendiera de inmediato en todos sus deseos. Del mayor de los hermanos Genaro, comenta que abandonó el hogar desde los catorce años de edad, perdiéndole la pista por varios años hasta que la madre recibe una carta dándole de su paradero y situación. Del tercer hijo, (segundo hermano) que vivía en unión libre con una mujer que no era bien vista por los padres. La cuarta hija, (segunda hermana) vivía aparte con su familia. El esposo era una persona agresiva que maltrataba a su esposa e hijos. La quinta hija, (tercera hermana) estaba casada pero visitaba con mucha frecuencia a su madre. La sexta hija, (cuarta hermana) en ese tiempo vivía con sus hijos en casa de sus padres. Por problemas conjugales se había separado de su esposo. El séptimo hijo, (tercer hermano) ocasionaba fuertes disgustos a todos por andar involucrado con una señora casada y vecina de la familia. Ella y su menor hermano eran los que menos problemas daban, sus padres estaban muy orgullosos de ellos. Como ambos trabajaban y estudiaban pasaban mucho tiempo fuera de casa. Recuerda que con la única que a veces platicaba de sus cosas personales era con la hermana separada que vivía con ella. Sin embargo comenta que no le dijo lo del aborto. Menciona que siempre había alguna hermana y sobrinos en casa y que cuando se juntaban varias era la locura, que no se llevaban bien ni mal con nadie. Decide abortar porque tanto ella como su novio estaban estudiando y aún no querían casarse. Comenta que el embarazo fué accidental. Llevaban el ritmo y les falló. No deseaba defraudar a sus padres.

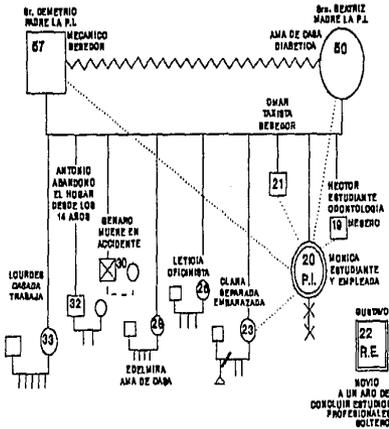


DIAGRAMA 18(b)

Segunda experiencia de aborto. Hace seis años. Familia de origen de la P.I. con ella como penúltima de nueve hijos, soltera, constituita su hogar directo. Familia transitando la etapa del despegue de los hijos.  
Respecto a la P.I. que en ese tiempo muere el tercer hijo (segundo hermano) en un accidente automovilístico, por lo que todos se alteraron bastante. En palabras de la P.I. "fue algo que conmocionó a la familia". Que la sexta hija (cuarta hermana) estaba embarazada y andaba animándose a regresar al hogar conyugal. El séptimo hijo (tercer hijo) continuaba con sus estudios. Ella y su hermano menor seguían siendo el motivo de orgullo familiar pues ambos estaban cerca de terminar sus estudios. Al padre, comenta que a raíz de la muerte del hermano, le dió por beber más seguido. Estaba enfermo y el médico le había prohibido ingerir alcohol, aún así continuaba bebiendo. La madre envejeció más por la pena del hermano muerto. Debido a todos los sucesos mencionados se incrementaron las visitas de familiares y amigos. Debió abortar porque no quería defraudar a sus padres ni darles más problemas de los que ya tenían. El responsable del embarazo estuvo de acuerdo, aún no terminaba su carrera y deseaba esperar más tiempo antes de casarse. Comenzó haberse embarazado a pesar de utilizar óvulos. Ningún miembro de su familia conoció del aborto.

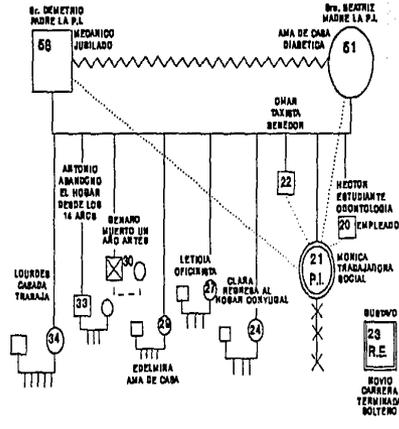


DIAGRAMA 18(a)

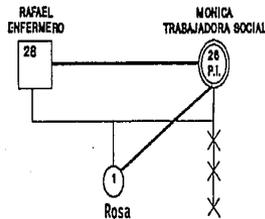
Tercera experiencia de aborto. Hace cinco años. Familia de origen de la P.I. con ella como penúltima hija de nueve hermanos, soltera, constituita su hogar directo. Familia cursando aún la etapa del despegue de los hijos.  
Respecto a la P.I. que en ese tiempo ella y su novio habían terminado sus estudios. Ella ejercía y él estaba por conseguir trabajo. Decide abortar en contra de su voluntad. Ella deseaba casarse pero su novio aún no, este último deseaba esperar más tiempo. Piensa ahora como entonces, que su novio en realidad no pensaba casarse con ella, le puso un ultimátum y él prefirió terminar la relación.  
Respecto a su familia menciona que había muchos problemas en casa. Las cosas seguían peor con el séptimo hijo (tercer hermano) que desoludaba el trabajo por andar con la amante, ocasionando tensiones familiares fuertes; y porque se dedicaba a la bebida con más frecuencia justificado en la pena por la muerte de su hermano. El padre se jubila y le queda más tiempo libre para estar en casa, tiempo que utilizaba en familiar con lo que no le agradaba.  
 Más discusiones, comenta la P.I. que había una situación de mucha tensión.

DIAGRAMA 18(d)

Actualmente, Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa y madre de una hija pequeña constituye su hogar directo.

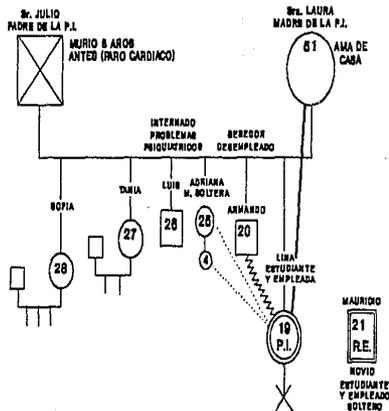
Reporta la P.I. haberse casado y tener una hija de un año de edad. Ella y su esposo desean tener otro hijo más solamente. Desde el nacimiento de su hija lleva dispositivo intrauterino. Continúa trabajando y su madre le ayuda con la pequeña mientras lo hace.

Respecto a su familia de origen (ver diagramas anteriores) menciona que su padre murió hace dos años víctima de cirrosis hepática, motivo por el cual su madre se vió muy afectada en su estado de salud pero ya se encuentra estable. Su hermano Omar recientemente ingresó a un grupo de alcohólicos anónimos. Ha desistido de sus relaciones amorosas con la señora casada, iniciando una nueva relación con una joven soltera. Héctor terminó su carrera, la ejerce y le va bien. Ambos hermanos son los únicos que aún viven en el hogar materno.



## DIAGRAMA 19(a)

CASO No. 19  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 4



Primera experiencia de aborto, Hace once años. Familia de origen de la P.I., con un solo padre, con ella como hija menor soltera constitula su hogar directo. Atravesando la etapa del despegue de los hijos. Reporta la P.I. que en ese tiempo estudiaba y trabaja y no se sentia preparada para tener y educar a un hijo. Su familia tenia problemas económicos ya que al hermano mayor lo tuvieron que internar en un hospital psiquiátrico (permaneció ahí cerca de un año), lo pensionaron por incapacidad mental, y el menor perdió el trabajo por recorte de personal. Desde la muerte del Padre ambos eran el principal sostén económico de la familia. Así que la internación del primero ocasionaba serios gastos y gran preocupación a todos y el menor que aumentó la ingestión de alcohol motivaba frecuentes dificultades y discusiones en casa. Las dos hermanas mayores, casadas ambas, vivían aparte con sus respectivas familias y sus esposos ayudaban a solventar la situación económica de la familia. No se sentía apoyada ni comprendida aunque sí piensa que su madre estaba orgullosa de ella porque era la única que continuaba estudiando pero no lo expresaba abiertamente de modo que se sintiera reconocida. Comentó que su situación familiar pesaba mucho más que sus principios religiosos. Piensa que de haberse enterado de su embarazo la situación habría empeorado.

Sr. JULIO  
PADRE DE LA P.I.



Sra. LAURA  
MADRE DE LA P.I.

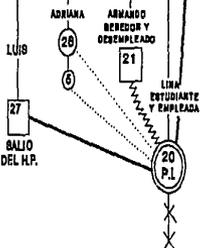


DIAGRAMA 19(b)

Segunda experiencia de aborto. Hace 10 años. Familia de origen de la P.I. durante la etapa del despegue de los hijos, con ella como hija menor soltera constituida su hogar directo.

Reporta la P.I. que en ese tiempo el hermano mayor salió del hospital psiquiátrico y se tramitaba su pensión por incapacidad. La familia se encontraba muy angustiada y triste porque se tenía una recalcada. La madre lo protegía demasiado. Lo trataba como a un bebé.

Mencionó que se sentía muy angustiada y sin ganas ni de trabajar ni estudiar en parte por los problemas familiares y en parte porque pensaba que podía morir a consecuencia del aborto. Que el embarazo había sido accidental pues solo tenía relaciones sexuales esporádicamente y se confiaba, aunque en ocasiones utilizaba óvulos anticonceptivos.

Sr. JULIO  
PADRE DE LA P.I.



Sra. LAURA  
MADRE DE LA P.I.

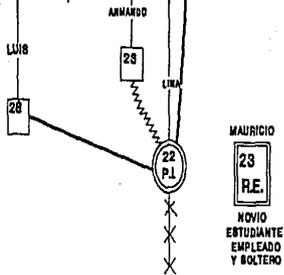


DIAGRAMA 19(c)

Tercera experiencia de aborto. Hace ocho años. Familia de origen de la P.I. con ella como hija menor soltera constituida su hogar directo. Aún en el despegue de los hijos fuera de la familia.

Reporta la P.I. que en ese tiempo estaba cerca de terminar su carrera profesional siendo ese el motivo principal por el que decidió abortar.

La relación con su novio había terminado y ésta no estaba de acuerdo en que ella abortara y tampoco con que terminara la relación. Le propone matrimonio y ella no acepta porque desea vivir otro tipo de relación pues la que llevaba con el responsable del embarazo en palabras de ella "era enfermiza, con muchas agresiones mutuas" y pensaba que no lo iba a superar. Además se llevaba mal con la suegra. Comentó que estaba muy angustiada porque era el temor aborto pero al mismo tiempo se sentía segura de su decisión pues la situación familiar era un poco más estable. El hermano menor había conseguido trabajo y la hermana e hija que vivían con ella (ver diagrama 19(b)) se fueron a vivir aparte.

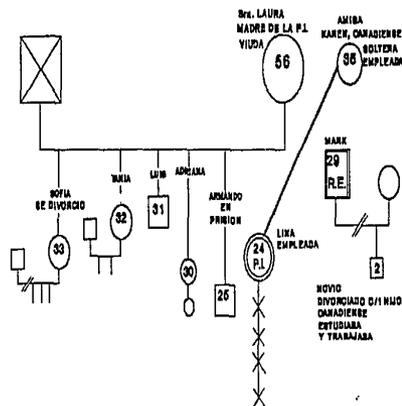


DIAGRAMA 19(d)

**Cuarta experiencia de aborto.** Hace seis años. La P.I. comparó departamento con una amiga.  
**Reporta la P.I.** que dos años antes aproximadamente se decidió a probar fortuna en otro país, siendo Canadá el que eligió, siendo el mismo donde vivió la cuarta experiencia de aborto. Que en este tiempo económicamente le iba muy bien, no así en el aspecto emocional. El hermano menor (ver diagrama 19(a)) fue privado de su libertad por involucrarse en actividades delictivas, y la hermana mayor se divorció.

Comenta que se sentía muy presionada, tenía pesadillas y a veces no podía ni dormir. Se sentía responsable de ayudar económicamente a su familia y sentía no poder estar con ellos para apoyarlos. Por todo ello y en virtud de tratarse del cuarto aborto, vivió la experiencia "triplemente angustiada". Decidió abortar principalmente porque sostenía relaciones sexuales con dos parejas al mismo tiempo y tenía dudas sobre quién era el responsable del embarazo. Al respecto, los datos que se muestran en el diagrama corresponden a "la pareja más estable". Recuerda haberse sentido muy sola y muy inestable emocionalmente.

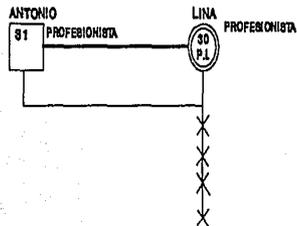


DIAGRAMA 19(e)

**Actualmente.** Familia nuclear de la P.I. con ella como esposa, sin hijos constituye su hogar directo.

**Reporta la P.I.** que hace cinco años aproximadamente, se regresó a México.

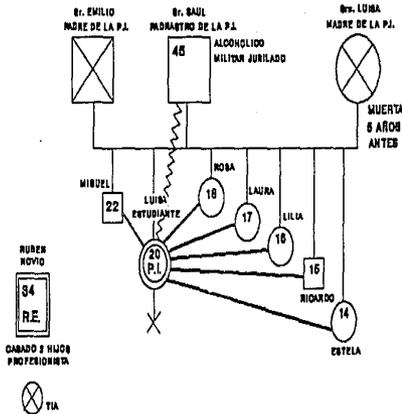
El hermano mayor sufrió recaídas que requirieron hospitalización y actualmente vive con la madre.

Ella les ayuda económicamente. El hermano menor aún continúa privado de su libertad.

Que lleva 2 años de casada, y no desea vivir otra experiencia de embarazo no deseado con lo que su esposo está de acuerdo. Ambos de sean consolidarse profesional, emocional, y económicamente antes de tener un hijo. Dijo utilizar dispositivo intrauterino desde el último aborto.

## DIAGRAMA 20(a)

CASO No. 20  
TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 5



Primera experiencia de aborto. Hace 17 años. Familia con puesta por hermano, padraastro y hermanastro (as) de la - P.I. continúa su hogar directo. En la etapa del desapeque de los hijos y con hijos adolescentes.

Reporta la P.I. que a los trece años el padraastro la intenta violar, lo dice a su madre que aún vivía y no le cree. Por tal motivo la manda a vivir con una tía (hermana de la madre) durante un año. Cuando tenía 15 años muere su madre y el padraastro se hace alcohólico. Todos estudiaban menos el hermano mayor pues ayudaba al sostén de la familia. Meses después de morir la madre, muere la tía con quien vivió un año y a quien quería mucho. En ese tiempo y hasta la fecha sufre asma.

El padraastro era grosero, impositivo y autoritario lo que generaba muchos problemas. Comento que hubiera deseado no abortar y poder independizarse pero no terminaba su carrera aún, no contaba con el apoyo del responsable del embarazo y no deseaba dejar a sus hermanastras pues las quería mucho, las veía muy jovencitas e indefensas. Pensaba que podrían sufrir mucho por el alcoholismo de su padre y sin la madre.

Continuó su relación con Rubén, de modo que a los pocos meses se embarazó de éste por segunda vez, pero en esta segunda ocasión decide continuar su embarazo aún en contra de la negativa del responsable del mismo. Desilusionada decide terminar definitivamente sus relaciones con él y acepta por novio a un joven que de -- tiempo atrás la pretendía y que le propone vivir juntos en unión libre. Ya viviendo juntos nace su primera hija. Inmediatamente se embarazó por tercera ocasión (esta vez de Ramón) y nace su segunda hija). Poco tiempo después vive su cuarto embarazo, también de Ramón y debido a la corta edad de las pequeñas decide abortar por segunda ocasión a la edad de 24 años ver diagrama 20(b).

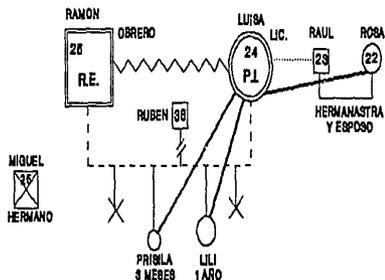


DIAGRAMA 20(b)

Segunda experiencia de aborto, Hasee 13 años. Familia nuclear de la P.I. con hijos pequeños con ella como madre constituita su hogar directo.

Reporta la P.I. que se trataba de su cuarto embarazo, habla terminado su carrera profesional misma que ejercía, cuidaba a las niñas y apenas se daba abasto con los quehaceres. Menciona que en ese tiempo murió su único hermano (ver diagrama anterior) de 22 años y el padrastro dejó el hogar debido a los constantes pleitos con ella y las hermanastras. Ella, su conyuge e hijas así como una hermanastra y su esposo que tenían problemas económicos habitaban la casa. Las hermanastras se casaron excepto la menor que se fué a vivir con una de ellas. El hermanastro 'solo andaba de vago; no trabaja ni estudiaba.

La relación con el conyuge y padre de su segunda hija era muy conflictiva; él la repriminaba con motivo de celos y quejas de que no era una buena madre y ella le echaba en cara no hacer nada para mejorar la difícil situación económica por la que atravesaban.

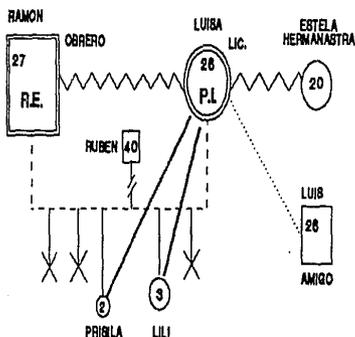


DIAGRAMA 20(c)

Tercera experiencia de aborto, Hasee 11 años. Familia nuclear de la P.I. con hijos pequeños con ella como madre constituita su hogar directo.

Reporta la P.I. que en ese tiempo un amigo de su conyuge -- ligo a vivir con ellos un tiempo y lo mismo sucedió con la hermanastra menor con quien tenía muchos problemas por ser muy rebelde y noviera. La relación conyugal estaba peor en la medida en que los problemas económicos también aumentaban. El esposo de la hermanastra consiguió empleo y dejaron el hogar.

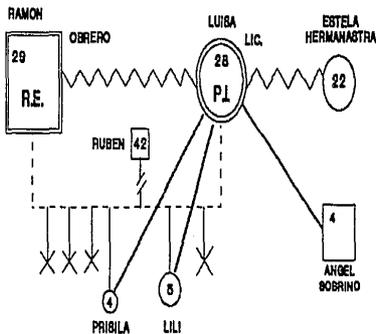


DIAGRAMA 20(d)

Cuarta experiencia de aborto. Hace 8 años. Familia nuclear de la P.I. con hijos pequeños y ella como madre, constituida su hogar directo.

Reporta la P.I. que en ese tiempo un sobrino estuvo viviendo con ella ya que la madre (hermanstra) tenía que salir a buscar trabajo y no podía dejarlo solo (se había separado del esposo). Los principales problemas con el conyuge eran económicos ya que éste continuaba percibiendo un salario mínimo y en ella recaía la responsabilidad y a su vez el salario que percibía no alcanzaba pues lo repartía también entre sus hermanastras. No se sentía apoyada por nadie. La hermanstra menor le ayudaba a regañadientes con las niñas y los que haceros sin embargo discutía con ella porque por las tardes baila y regresaba hasta muy tarde.

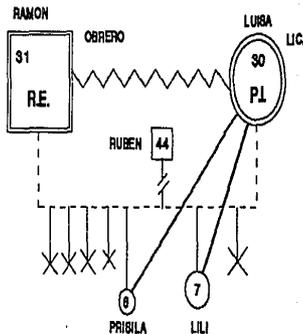


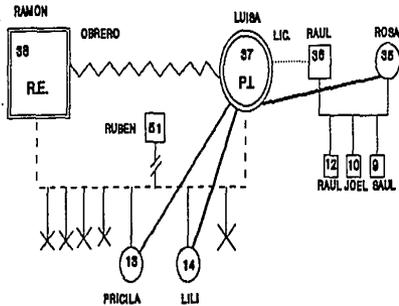
DIAGRAMA 20(e)

Quinta experiencia de aborto. Hace 7 años. Familia nuclear de la P.I. con ella como madre constituida su hogar directo. Familia con hijos pequeños, en edad escolar.

Reporta la P.I. que tenía demasiados problemas con su conyuge al punto de pedirle que se fuera porque ya no lo aguantaba "lo detestaba" pero él no deseaba irse. Como se aprecia en el diagrama, la hermanstra menor y el sobrino ya no vivían con ella. Menciona que el padre de su primera hija nunca hizo ningún intento de acercarse a ella para saber de la niña.

En ese tiempo muere el padrastro en forma dramática por causa de una enfermedad incurable.

DIAGRAMA 20(f)



Actualmente, Familia nuclear de la P.I. con hijos adolescentes y ella como madre, constituye su hogar directo.

Reporta la P.I. que actualmente viven con ella una hermanastra, el esposo y sus tres hijos, (los mismos de la vez anterior) ver diagrama 20b, por motivos de desempleo.

Menciona deprimirse con frecuencia pero esforzarse por no sentirse mal. Dice tener muchos problemas que no sabe por cual empezar. Se siente responsable de ayudar a sus hermanastras ya que para ella son autenticas hermanas y las quiere como si fueran hijas suyas. Últimamente los accesos de asma que antes eran espaciados le vienen con frecuencia. Está delicada y ha tenido que guardar cama. Aún continúa pidiéndole al conyuge que se vaya de la casa pero éste no accede por más que lo ofende. Menciona que hace poco dijo a su hija mayor quien es su padre biológico, que recibió la noticia tranquila y hasta con agrado y que al comentario al conyuge, éste se disgustó. A raíz de lo cual empezó a haber dificultades fuertes entre el conyuge y la hija. Hace un año aproximadamente decidió hacerse la salpingoclastia, se internó diciendo a sus familiares que tenía apendicitis.

### **5.3.1. Análisis Interpretativo de Tres Casos Clínicamente Representativos del Conjunto de Veinte**

#### **CASO No. 18**

#### **EDAD ACTUAL DE LA ENTREVISTADA (P.I) 26 AÑOS.**

#### **TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 3**

Como se puede apreciar en los diagramas 18 (a), 18 (b), y 18 (c) la P.I vivió las tres experiencias de aborto siendo hija de familia soltera, a la edad de 19, 20, y 21 años respectivamente. Como adulta joven de acuerdo a su ciclo vital individual, y con el mismo novio adulto joven también como pareja responsable de los tres embarazos. Ambos estudiaban y solo ella trabajaba al mismo tiempo.

Su familia de origen (atravesando la etapa del despegue de los hijos) constituía el hogar directo que contextuó sus tres experiencias de aborto.

Contexto familiar que mostraba los siguientes indicios clínicos de disfuncionalidad;

- Presencia de jerarquía disfuncional en el subsistema parental, expresado en la imposibilidad de los padres para relacionarse como compañeros en una capacidad ejecutiva que les permitiera desempeñar adecuadamente su rol de padres.

Al respecto Haley y Minuchin, en Walsh (1982) coinciden en señalar la importancia de una jerarquía funcional como necesaria para la adaptación funcional del sistema familiar.

En este caso las fuertes y constantes tensiones maritales en el subsistema parental debido al alcoholismo y la conducta grosera e impositiva del padre interferían con el logro de una clara jerarquía familiar que estableciera a su vez reglas claras y flexibles para gobernar.

- Presencia de límites internos disfuncionales entre el subsistema fraterno y el subsistema parental, que se manifiesta en la ausencia de una comunicación adulta y madura entre padres e hijos adultos jóvenes.

- Presencia de límites individuales disfuncionales, de lo cual particularmente da cuenta el hecho de que la P.I. no comunicara a ningún miembro de la familia de sus embarazos, y mucho menos de su decisión de abortar en las tres ocasiones.

- Presencia de una pauta de comportamiento alcohólico en los miembros varones (excepto el hijo menor) de la familia.

- Un hecho crítico de la historia familiar de la P.I. que llama la atención porque con bastante probabilidad dejó un importante legado emocional, es que el mayor de los hijos varones haya abandonado el hogar a la edad de 14 años, justamente cuando la familia se encontraba en un momento de transición; de familia con hijos pequeños

y en edad escolar, a la etapa de familia con hijos adolescentes. McGoldrick & Walsh (1983) plantean que los cambios, transiciones, y hechos traumáticos de la vida pueden tener un impacto dramático sobre un sistema familiar y sus miembros, en especial las pérdidas (en éste caso la pérdida se dió en términos de una salida del sistema por abandono del hogar) y que es más probable que una familia tenga dificultades para reajustarse después de sufrir una pérdida que de cualquier otro cambio. Plantean también que las familias son más vulnerables al cambio, incluyendo la disfunción, cerca de los momentos de transición en su ciclo vital.

Si bien no poseemos la información suficiente para determinar con certeza los efectos de este suceso para la familia de la P.I. así como para cada uno de sus miembros, este hecho adquiere relevancia como un indicador de las dificultades que mostraba esta familia tanto para reajustarse a la pérdida como para reorganizarse adaptativamente, funcionalmente, al pasar de una etapa a otra a lo largo de su ciclo vital.

La muerte del segundo hermano varón (tercer hijo) en el tiempo en que la P.I. vive su segundo aborto y que como ella expresara "fue algo que conmocionó a la familia" (ver diagrama 18 (b)), muestra nuevamente sus dificultades para reajustarse a la pérdida, al responder a la misma con un funcionamiento estereotipado como se evidenció particularmente en la conducta del padre que a raíz de sufrir esta pérdida incrementó la ingestión de alcohol ignorando la prohibición médica. Reacción similar se observa por parte del (séptimo hijo) tercer hermano de la P. I. en el tiempo en que ésta vive su tercer aborto (ver diagrama 18 (c)).

En esta línea de interpretación, es interesante notar que en el tiempo en que la P.I. vivió las tres experiencias de aborto, su familia se encontraba nuevamente muy cercana a un momento de transición, experimentando dificultades para pasar de la etapa del despegue de los hijos fuera de la familia a la etapa del nido vacío.

Las tres experiencias de aborto de la P.I. coinciden con un período particularmente crítico en la historia vital de su familia. Período en el que se observa también, la presencia coincidente de otras situaciones críticas y hechos nodales en la familia como son; el desacuerdo de los padres respecto a la relación de pareja que sostenían el tercero y séptimo hijos, así como la entrada al sistema de la sexta hija con sus pequeños por su separación conyugal cuando la P.I. vivió su primer aborto; el posterior embarazo de la sexta hija que permanecía en el hogar paterno cuando la P.I. vivió su segundo aborto; y la jubilación del padre así como la salida de la sexta hija del sistema familiar por retorno al hogar conyugal en el tiempo en que la P.I. vivió su tercer aborto.

Durante este período crítico la enfermedad de la madre seguramente era una variable que contribuía a incrementar el clima de tensión de la familia.

McGoldrick, y Gerson (1987) proponen que cuando varias experiencias críticas en la familia se dan alrededor de la misma época, al analizarse con detalle pueden revelar conexiones que expliquen pautas emocionales importantes y sistemáticas en la familia.

Según estos autores las "coincidencias" indicarían un período de tensión en la historia de la familia. No se refieren a que un hecho cause otro, sino a la asociación de hechos que pueden influir en el desarrollo de pautas familiares disfuncionales, como al parecer sucedió en el caso que nos ocupa.

En esta perspectiva, que evidencia que los períodos críticos de esta familia han ocurrido en momentos de transición en su ciclo vital, adquiere sentido que la conducta de la P.I. fuese motivo de orgullo familiar por mantener un comportamiento como hija ejemplar que estudiaba y trabajaba, contrastando por otro lado con su conducta de reincidencia en aborto provocado que como ella misma expresara, de saberlo su familia y en especial sus padres, se habrían sentido defraudados.

Dicho rol de hija ejemplar (compartido con el hermano menor) la colocaba en una situación insostenible por el desgaste emocional generando por la presión adicional que le suponía el responder a las expectativas de los padres, y al mismo tiempo, desear entre otras cosas, de acuerdo a su etapa de desarrollo individual, independizarse, casarse y formar su propia familia; dar pasos concretos en ese sentido y a la vez sentir que de ella dependía el hacer que sus padres se sintieran bien.

Debió experimentar un serio conflicto de lealtades; consigo misma y sus deseos y expectativas; entre ella con sus expectativas y las de su pareja; y no menos importante, entre ella y las expectativas familiares.

De manera que ante la multiplicidad de demandas (expectativas) la P.I. respondía en cada ámbito relacional ( en términos de proceso transaccionales) adecuándose a las mismas, mostrando un rol específico complementario.

### CONCLUSIONES

El análisis desarrollado nos permite elaborar las siguientes;

**1a.** En efecto, las tres experiencias de aborto provocado de la P.I. estuvieron contextualizadas por un período particularmente crítico en la historia vital de su familia, cuyo análisis nos permite concluir que efectivamente se trataba de un contexto familiar con características de disfuncionalidad.

**2a.** Al inscribir la conducta de reincidencia en aborto provocado de la P.I. en dicho contexto, podemos interpretarla como una conducta disfuncional que como plantea Walsh (1982) no sería más que sintomática a su vez, de la disfunción familiar. Cuya función era contribuir a mantener la homeostásis o equilibrio del sistema, aun que éste era obviamente disfuncional.

**3a.** A los fines de la teoría, de acuerdo a lo expuesto por Bowen, (1976) y

Minuchin, (1974) respecto a que la estructura familiar no es estática ni inmutable, así como al proceso de continuidad y cambio en la adaptación de la familia, no podríamos omitir, como se observa en el diagrama 18 (d) correspondiente a la estructura familiar (hogar directo) actual de la P.I., que ésta última muestra un comportamiento funcional, adaptativo (hasta donde la información obtenida nos permite deducir) lo que evidencía que debió resolver las dificultades que experimentaba para separarse de su familia de origen, pasando a formar su propia familia, y con relación a su familia de origen, que ésta se encuentra en vías de establecer un equilibrio funcional.

**ANALISIS INTERPRETATIVO**  
**CASO No 19**  
**EDAD ACTUAL DE LA ENTREVISTADA (P.I.) 30 AÑOS**  
**TOTAL DE ABORTOS PROVACADOS 4**

La P.I. vivió las primeras tres experiencias de aborto siendo hija de familia (menor) soltera, a la edad de 19, 20 y 22 años respectivamente. Con el mismo novio como pareja responsable de los embarazos, ambos en la etapa de la adultéz joven, estudiando y trabajando al mismo tiempo.

Experiencias contextualizadas en un hogar directo constituido por su familia de origen; atravesando la etapa del despegue de los hijos. Ver diagrama 19 (a), 19 (b), y 19 (c).

Su cuarto aborto lo vive como adulta joven, soltera, en calidad de extranjera, viviendo lejos de su familia de origen, a la edad de 24 años. Su hogar directo lo integraba una compañera de trabajo con quien compartía departamento, y como probable pareja responsable del embarazo, un adulto joven, extranjero, divorciado, que estudiaba y trabajaba. Ver diagrama 19 (d).

Actualmente tiene 30 años, está casada desde hace dos, y su hogar directo lo constituye su familia nuclear con ella como esposa y conyuge, sin hijos. Esto último debido a un acuerdo entre ella y su esposo de esperar a consolidarse profesionalmente, así como emocional y económicamente. Lleva dispositivo intrauterino desde el último aborto, para evitar otro embarazo no deseado. Ver Diagrama 19 (e).

Dado que, como es posible apreciar en los diagramas 19 (a), 19 (b), 19 (c), y 19 (d), el período (seis años) que abarca las cuatro experiencias de aborto de la P.I. y hasta el momento actual como se deduce de la información que describe el diagrama 19 (e), su familia de origen continúa aún en la etapa del despegue de los hijos, una primera hipótesis sistémica sobre esta familia se refiere a la posible manifestación de conductas sintomáticas en varios miembros de la misma (problemas psiquiátricos en el mayor de los hermanos varones; problemas con la bebida, desempleo, y conducta delictiva por parte del menor hermano varón; así como la conducta modelo de la P.I. al ser la única de todos los hermanos que continuaba estudiando, contrastando con su conducta reincidente en aborto provocado y de la cual ningún miembro de la familia tuvo conocimiento), como expresión de una crisis transicional exacerbada para pasar de la etapa del despegue de los hijos, a la etapa de nido vacío.

Al respecto, los teóricos del ciclo vital (Carter, y McGoldrick, 1980; Haley, 1980; Terkelson, 1980) han descrito la conexión entre la desviación de los eventos normativos del ciclo vital y la aparición de síntomas en individuos y familias. Alertando a los clínicos a evaluar los hechos tensionantes en el desarrollo de la familia tanto vertical como horizontalmente, particularmente Terkelson (1980) agregó la categoría

"Paranormativa" para incluir transiciones como la separación marital, enfermedad, y sucesos graves extrínsecos e inesperados que debe enfrentar una familia y bajo cuya presión puede tornarse sintomática. Concluyendo que las familias (como en éste caso) que viven eventos y procesos idiosincráticos del ciclo de vida, están particularmente expuestas a un desarrollo sintomático en sus miembros.

De lo anterior se desprende y desarrolla una segunda hipótesis que se refiere a que en este caso los hechos y situaciones críticas coincidentes en gran parte se explican como derivados en sus inicios, de la presencia de un solo padre (en este caso la madre) en la familia.

En este sentido, de la información que describe el diagrama 19 (a) se deduce que probablemente el impacto por la muerte repentina y prematura del padre 8 años antes del primer aborto de la P.I. cuando la familia aún con hijos adolescentes iniciaba la etapa del despegue de los hijos, haya alterado el momento normativo de la misma, con las consecuentes implicaciones hasta el presente para cada uno de sus miembros, así como para la familia como totalidad.

Al morir el padre de la P.I.; inevitablemente se eliminó el subsistema conyugal, se desestabilizó la jerarquía, y los miembros de la familia se cohesionaron desdibujando las fronteras generacionales y por lo tanto los límites individuales, así como los límites internos entre el subsistema fraterno (de los hermanos) y el subsistema parental (de los padres), dando paso a una pauta de alianzas rígidas y triangulaciones; de lo cual da cuenta particularmente la presencia en especial de un hijo (el mayor que actualmente a los 37 años es de todos los hijos el único que vive con la madre en una relación de dependencia debido a que ha presentado problemas psiquiátricos) parentalizado, y la presencia constante de alianzas rígidas de afecto entre la P.I. y su madre; entre la P.I. y el citado hermano mayor; y entre la madre y el hijo mayor, como se puede apreciar en los diagramas correspondientes al caso que nos ocupa a través de las líneas de relación vincular.

Al parecer la madre de la P.I. hasta la fecha no ha podido superar el stress que seguramente le produjo la prematura viudez, si bien en un primer momento debió requerir de apoyo y ayuda de la familia (p. ejem. los dos hijos varones que desde la muerte del padre con 18 y 12 años, y hasta el tiempo del primer aborto de la P.I. con 26 y 20 años, compartieron un rol parental al ser los proveedores económicos principales de la familia) para ajustarse a la pérdida, debió como regularmente sucede en un lapso de tres o cuatro años lograr una adecuada reorientación de su estructura familiar. Ama de casa, a los cuarenta y dos años, con toda una vida por delante, al parecer no pudo ni a podido pensar a futuro en la posibilidad de alcanzar un funcionamiento productivo, o de rehacer su vida si fuese el caso.

Wynne, (1961) menciona que las alianzas se convierten en patológicas cuando

no permiten un adecuado funcionamiento familiar, y que una alianza rígida intergeneracional (como las que se observan en este caso) rompe los límites entre subsistemas influyendo negativamente en la jerarquía.

En el mismo sentido, Faure, y González, (1986) plantean que la "centralidad" así como la ausencia de alianzas como sería el caso de la "periferia" provocan disfuncionalidad en todo el sistema familiar.

Por su parte Bowen, (1976) refiere que el subsistema padre-hijo comúnmente tiende a proteger la desunión mientras el hijo se desarrolla y se separa. Refiriendo a su vez que las alianzas que se convierten en coaliciones, suelen producir irregularidades en la jerarquía, pudiéndose formar triadas o triangulaciones.

Por otra parte, se observa al igual que en el caso N° 18, que las cuatro experiencias de aborto provocado de la P.I. estuvieron contextualizadas por la presencia coincidente de otras situaciones críticas en su familia;

#### "COINCIDENCIAS"

- Primer aborto.....** Hermano mayor ingresa al psiquiátrico (permaneció 1 año aproximadamente);  
Desempleo del menor hermano por recorte de personal, quien además aumentó la ingestión de alcohol;  
Entrada a la familia de la tercera hermana (4ª. hija) y sobrina;  
Problemas económicos derivados del costo de tratamiento del hermano mayor, así como por la separación laboral que sufrieran ambos hermanos varones cuyo salario era la principal fuentes de ingresos familiares;
- Segundo aborto....** Hermano mayor sale del psiquiátrico y se reincorpora al hogar (se tramitaba su pensión por incapacidad mental);
- Tercer aborto.....** Salida de la familia de la tercera hermana (4ª. hija) y sobrina;  
El menor de los hermanos consigue trabajo;
- Cuarto aborto.....** Despegue de la P.I. fuera de la familia (sale al extranjero, donde permaneció 1 año aproximadamente);  
Encarcelamiento del menor hermano por involucramiento en actividades delictivas;  
Divorcio de la hermana mayor;

- Un año después...** El hermano mayor reingresa al psiquiátrico del que es dado de alta (se desconoce tiempo de estancia);
- Actualmente.....** El hermano mayor a los 37 años es de todos los hijos el único que vive con la madre;  
El hermano menor continúa privado de su libertad;

En este caso podemos conjeturar que justificada en la enfermedad psiquiátrica del hijo mayor, la madre de la P.I. continúa protegiendo la desunión de manera que seguramente sin proponerselo, libre de intención malévola, impide los esfuerzos de separación y diferenciación de este hijo mayor en particular con respecto a su familia y con respecto a ella misma.

Diversos autores (Haley, 1976; Lidz, 1963; Walsh, 1979) mencionan al respecto, que los patrones vinculares extremadamente unidos o extremadamente desunidos indican posibles áreas de disfuncionalidad y hasta psicopatología. Que un subsistema padre-hijo o madre-hijo altamente unido o amalgamado quebranta los límites generacionales, socavando tanto la unidad parental como la autonomía de los hijos, constituyendo un factor importante en el desarrollo de síntomas.

### CONCLUSIONES

**1a.** Hemos visto que la muerte del padre de la P.I. en tanto evento paranormativo debió obligar a la familia en un afán de ajustarse a la pérdida, a modificar su estructura, organización y formas de relación que quizás en un primer momento resultaron funcionales pero que al volverse rígidas y no satisfacer las necesidades de sus miembros provocaron que se tornase disfuncional.

**2a.** Estos antecedentes en la historia vital familiar de la P.I., más la ansiedad propia de la etapa transicional (del período que abarca las cuatro experiencias de aborto provocado de la P.I.) determinan la característica de "atascamiento" de esta familia para pasar a la etapa de nido vacío. Confirmando a su vez la hipótesis sobre la manifestación de conductas sintomáticas en diversos miembros de la familia incluída la conducta abortiva reincidente de la P.I. como expresión de una crisis transicional exacerbada para pasar de la etapa del despegue de los hijos, a la etapa de nido vacío.

**ANALISIS INTERPRETATIVO**  
**CASO Nº 20**  
**EDAD ACTUAL DE LA ENTREVISTADA (P.I.) 37 AÑOS**  
**TOTAL DE ABORTOS PROVOCADOS 5**

En el caso que nos ocupa, el análisis interpretativo se realizó en dos partes: un primer momento centrado en el análisis de la estructura familiar (hogar directo) que contextualizó la primera experiencia de aborto provocado de la P.I., rescatando a los fines del mismo algunos antecedentes relevantes de su historia personal - familiar vital; y un segundo momento donde teniendo como base el anterior, se identifican y analizan a la luz del marco teórico algunas de las características de la estructura familiar (hogar directo) que contextualizó su segunda, tercera, cuarta, y quinta experiencias de aborto provocado. Desembocando así, en las conclusiones del caso.

**Primer momento.** Se aprecia en el diagrama 20 (a); que la P.I. vivió su primer aborto provocado a la edad de 20 años, siendo adulta joven, estando soltera y cursando estudios profesionales. En cuanto al responsable del embarazo; se observa que era un hombre adulto, profesionalista, casado y con dos hijos. A decir de la P.I. mantenían una relación de noviazgo.

En el mismo diagrama se aprecia que el hogar directo que contextualizó esta primera experiencia, tenía una configuración inusual, es decir; que la familia de la P.I. estaba compuesta por su hermano mayor, padrastro, hermanastro y cuatro hermanastras. Por lo que inferimos se trataba de una familia con un solo padre (el padrastro de la P.I.). En cuanto a la etapa de su ciclo vital podríamos ubicarla como familia atravesando la etapa del despegue de los hijastros ( la P.I. y su hermano) y con hijo-as adolescentes.

Como antecedentes relevantes en la historia vital personal - familiar de la P.I. que nos permiten indicar que se trataba de un contexto familiar sumamente conflictuado, disfuncional , encontramos una serie de eventos y situaciones paranormativos que a su vez coinciden con la aparición de conductas sintomáticas en miembros de la familia incluida la P.I. a saber:

Antecedentes relevantes de la historia personal-familiar de la P.I.

- A los 13 años el padrastro la intenta violar. La P.I. lo dice a su madre que aún vivía y ésta se niega a creerle, enviandola por tal motivo a vivir durante un año a casa de una tía materna.

- A los 14 años regresa al hogar, tras la separación forzada.

- A los 15 años, encontrándose en plena adolescencia muere su madre.

- Coincidiendo con el evento anterior, el padrastro empieza a presentar el problema del alcoholismo.

- El hermano de la P.I., que entonces tenía 17 años, a raíz de la muerte de su madre pasa a desempeñar el rol de proveedor económico de la familia, teniendo que abandonar sus estudios.

- Meses despues de la muerte de su madre muere la tía materna con quien convivió un año y a quien la P.I. quería mucho.

- Coincidiendo con el evento anterior, la P.I. a los 16 años empieza a presentar un problema de asma bronquial. Padecimiento que sigue presentando hasta el momento actual, a la edad de 37 años.

Eventos paranormativos, sucedidos todos en un lapso de cuatro años, durante la adolescencia de la P.I., que no pudieron menos que afectar profundamente el momento normativo tanto de la P.I., el de cada uno de los demás miembros del hogar, y el de la familia como totalidad. Propiciando la aparición de conductas sintomáticas.

Carter y McGoldrick, 1980; Haley, 1980; y Terkelson, 1980; mencionan al respecto, la estrecha relación entre la desviación del evento normativo del ciclo vital y la aparición de síntomas en individuos y familias. Enfatizando, que aquellos que viven eventos y procesos idiosincráticos o paranormativos, están particularmente más expuestos a un desarrollo sintomático.

Hasta donde la información obtenida nos permitió, se identificaron los siguientes indicios de disfuncionalidad en la estructura familiar (hogar directo) de la P.I. que contextuó su primera experiencia de aborto provocado;

- Presencia de límites individuales disfuncionales (Minuchin, 1974); que se manifiesta específicamente en el hecho de que la P.I. no comunicara a ningún miembro de la familia acerca de su embarazo, ni su decisión de abortar.

- Presencia de límites internos dsifuncionales (Minuchin, 1974) entre el subsistema fraterno y el subsistema parental. Lo cual se muestra y explica particularmente en el diagrama 20 (a) por la línea de relación vincular conflictiva entre el padrastro y la P.I.

- Presencia de límites externos disfuncionales (Minuchin, 1974); entre la familia y el ambiente exterior. Esto último debido quizás a la conducta irresponsable del padrastro, y posiblemente a una actitud de retraimiento de los demás integrantes del hogar como resultado de las vivencias pasadas.

- Presencia de jerarquía disfuncional (Minuchin, 1974) en el subsistema parental cuyo antecedente principal al parecer se dió cinco años antes, a raíz de la muerte de la madre. Hecho que obligó a reorganizar a la familia y particularmente este subsistema, pasando el hermano de la P.I. a desempeñar el rol de proveedor económico de la familia. Por otra parte, es posible que la P.I. pasara en tanto hijastra mayor, a desempeñar un rol parental, realizando las funciones ejecutivas que antes

correspondían a la madre.

Minuchin, (1974) menciona que muchas ocasiones los niveles jerárquicos se confunden cuando los padres o uno de ellos delega en algún -os de los hijos funciones y / o tareas que corresponde a ellos realizar. Facilitando la aparición de síntomas.

De manera, que es fácil inferir la serie de confusiones, desacuerdos, ambigüedades, e inconsistencias que presentaría particularmente este subsistema debido a los resentimientos y hostilidad generados entre el padrastro y la P.I. desde la adolescencia de ésta última, no solo por el intento de violación de que fue objeto por el padrastro, sino por las repercusiones que tuvo el evento, es decir; implicó que la P.I. se expusiera a la falta de credibilidad de su madre, lo que quizá interpretó como una falta y / o retiro de sus afectos; su separación del hogar durante un año, y su retorno posterior, tiempo en el que se vería privada de la convivencia con sus seres queridos.

Resentimiento y hostilidad incrementados dada la gama manifiesta de conductas irresponsables del padrastro.

Al inscribir en este contexto el embarazo de la P.I. adquiere sentido su decisión de abortar. Ella comentó que hubiera querido llevar adelante su embarazo, aún contra la negativa del responsable del mismo, sin embargo no terminaba su carrera aún y eso le impedía independizarse, además de que no deseaba dejar a sus hermanastras a quienes quería mucho, las veía muy jovencitas e indefensas y pensaba que podían sufrir mucho por la conducta del padrastro y sin la presencia de su madre.

En estas circunstancias, la P.I. continuaba su relación con el responsable del primer embarazo que culminó en aborto, de manera que se embaraza de éste por segunda ocasión decidiendo no abortar aún con la negativa del mismo, que por ser casado y vivir con su familia, no la podía apoyar. Por tal motivo desilusionada termina definitivamente con esta relación y acepta por novio a un expretendiente que la acepta estando embarazada y quien le propone vivir juntos en unión libre. Nace así su primera hija. Inmediatamente queda embarazada por tercera ocasión ( ésta vez del conyuge) y nace así su segunda hija.

**Segundo momento.** En los diagramas 20 (b), 20 (c), 20 (d), y 20 (e) se aprecia que la P.I. vivió su segunda, tercera, cuarta y quinta experiencias de aborto provocado a la edad de 24, 26, 28, y 30 años respectivamente. Que su familia nuclear constituyó el hogar directo que contextualizó dichas experiencias. Que su conyuge, con quien vivía en unión libre (padre de su segunda hija) fue el responsable de dichos embarazos.

En los citados diagramas encontramos como una constante en el hogar directo de la P.I. las siguientes características estructurales:

1. Subsistema conyugal/ parental conflictuado; que se aprecia por la línea de relación vincular conflictiva ente la P.I. y su cónyuge.
2. La P.I. y su cónyuge convivían bajo la modalidad de unión libre.
3. Necesidad manifiesta de la P.I. de responsabilizarse de sus hermanastras; lealtad al legado emocional de la madre.
4. Una constante de entradas y salidas de miembros no nucleares de la familia, y amistades, alternadas con pérdidas significativas; muerte del único hermano de la P.I. en el tiempo en que ésta vive su segundo aborto provocado, y la muerte de su padrastro en el tiempo en que vive el quinto aborto provocado.
5. Problemas económicos serios.

Características todas, que como se puede apreciar en el Diagrama 20 (f) persisten hasta el momento actual.

Alrededor de las cuales se centra y desarrolla el resto del análisis, retomando algunos aspectos relevantes de la historia personal-familiar vital de la P.I. para luego desembocar en las conclusiones del caso.

1. Hasta donde la información obtenida nos permite deducir, es posible que el matiz de constante conflicto de la relación entre la P.I. y su conyuge tuviera su origen en relación con la serie de hechos y situaciones que precedieron la etapa de formación de esta pareja-familia.

Minuchin, (1979) conceptualiza el comienzo de la familia como el momento en que dos adultos, hombre y mujer se unen con el propósito expreso de formarla. Señalando que este acuerdo no necesita ser legal para poseer significación. Que en este proceso de formar un sistema nuevo las pautas de interacción que poco a poco se elaboran no son discernidas con conciencia. Sino que simplemente se dan; son necesarias pero no objeto de reflexión. Otras pautas de interacción son el resultado de un acuerdo formal. En algún momento queda elaborada una estructura que constituye la base de las interacciones de los cónyuges.

En el caso que nos ocupa, la P.I. estaba embarazada y seguramente enamorada de otro; el responsable del embarazo, catorce años mayor que ella, y del que por desilusión decide terminar definitivamente esa relación.

En estas condiciones de crisis emocional y por lo tanto de vulnerabilidad, la P.I. se lanza precipitadamente a aceptar la propuesta de su expretendiente (hasta la fecha cónyuge) en un intento; quizás de liberarse de su desdichada red familiar; quizás de evitar las reprimendas familiares; quizás por evitar el estigma de ser madre soltera; quizás por venganza hacia el responsable del embarazo.

De manera que probablemente la pauta de interacción implícita que se estableciera entonces entra la P.I. y su cónyuge en la etapa de formación de pareja, fuese del tipo complementario siguiente:

**Cónyuge (obrero) -----a-----P.I (est. de profesional)**

Te acepto embarazada de otro y te propongo vivir juntos en unión libre.

A nivel metacomunicacional, lo anterior podría significar; **me propongo con mi propuesta como el hombre bueno y fuerte (tu salvador) que necesitas, y también del hijo que traes en la entrañas.**

En situación emocional crítica decide aceptar.

**Su proceso de elección - decisión tenía visos de haber sido una respuesta de desvalimiento y a la vez rencorosa (víctima) a la maraña familiar y al responsable del embarazo respectivamente.**

Definiéndose de tal suerte, tanto la relación como sus reglas de funcionamiento, y estableciéndose las bases tanto de un sólido enganche emocional como de un equilibrio (inestable) disfuncional.

En diversas relaciones interpersonales (Fernández, 1981) se libra una lucha por el poder, misma que puede ser más o menos abierta o encubierta. Que en muchas ocasiones guarda relación con la definición inicial de la relación. Como sería el caso de personas que comienzan a relacionarse llevadas por necesidades, pero sin un propósito claro de lo que quieren, sin un proyecto o una meta, y cuya interacción va configurando un tipo de relación que no es satisfactoria para los involucrados. Como al parecer sucedió en el presente caso.

Haley (1970) nos dice que es inherente a la naturaleza de las relaciones complementarias, el que una definición del self solo pueda mantenerse si el otro participante desempeña el rol específico complementario.

De manera que posiblemente este patrón interaccional basado en la complementariedad haya resultado emocionalmente vital para la P.I. y su cónyuge durante su etapa de formación como pareja-familia, en tanto fuente mutua de confirmación. Convirtiéndose posteriormente desconfirmador en las etapas posteriores de su ciclo vital familiar al tornarse en un rígido patrón interaccional basado en la simetría.

De lo anterior da cuenta el hecho de que en el tiempo en que la P.I. vive su segundo aborto provocado (diagrama 20 (b)) el cónyuge la recriminaba por motivos de celos y diciéndole que no era una buena madre, y ella le echaba en cara no hacer nada para mejorar la difícil situación económica por la que atravezaban. En palabras de la P.I. la relación era muy conflictiva.

Al respecto Minuchin (1974) plantea que si las reglas en el subsistema conyugal son tan rígidas que no permiten a sus miembros asimilar las experiencias previas mutuas, o fuera del sistema familiar, los cónyuges pueden quedar atados a reglas inadecuadas de supervivencia que son el relicto de acuerdos explícitos o implícitos del pasado; y que en ese caso, sólo cuando estén uno lejos del otro podrán

desplegar aspectos más diversificados de su personalidad. Y que en esta situación, el subsistema de los cónyuges se empobrece más y más perdiendo vitalidad, volviéndose por último inutilizable como fuente de crecimiento para sus miembros. Que si tales condiciones persisten puede ocurrir que los cónyuges o uno de ellos encuentre necesario desmantelar el sistema.

Esto último se evidencía en el presente caso, en el hecho de que la P.I. tenía demasiados problemas con su cónyuge, al punto de pedirle que se fuera de la casa porque ya no lo aguantaba, lo detestaba, pero el no deseaba irse (Ver Diagrama 20 (e) ). Situación que persiste hasta el momento actual (Ver descripción en Diagrama 20 (f) ).

Por otra parte, si bien resulta válida la hipótesis desarrollada acerca de los orígenes del matiz de constante conflicto de la relación entre la P.I. y su cónyuge, igualmente válido resulta señalar aún con la escasa información que tenemos al respecto, que en el período inmediato posterior a la etapa de formación de esta pareja; la P.I. y su cónyuge debieron enfrentar situaciones de conflicto y tensión adicional generadas por y durante el nacimiento y crianza de la primera hija de la P.I. Que las tensiones debieron incrementarse debido a que en un breve lapso de tiempo ésta última se embaraza por tercera ocasión (ésta vez del cónyuge) viéndose seguramente abrumada por el nacimiento de la segunda hija y la crianza de las dos menores.

2. La convivencia entre la P.I. y su cónyuge, bajo la modalidad de unión libre, es otra característica estructural que aparece como una constante en el hogar directo que contextuó de la segunda a la quinta experiencias de aborto provocado de la P.I. y que persiste hasta el momento actual. Llama nuestra atención debido a la significación que adquiere por ser una situación paranormativa que dado el monto de tensión que con seguridad generó, se adiciona a la serie de situaciones que ya hemos analizado y que determinan en su conjunto que el ajuste marital haya sido hasta el momento actual difícil de lograr.

Al respecto Carter y McGoldrick, (1980) mencionan que la convivencia sin matrimonio en tanto transición idiosincrática del ciclo vital, por su naturaleza inusual, carece de un ritual que la marque, dificultando los cambios necesarios para vincular individuo, familia y comunidad. Falta el apoyo contextual de las familias de origen, de manera que el proceso transicional no es ratificado ni por éstas ni por la comunidad y sistemas más amplos. Por tanto, convergen todas estas situaciones para facilitar o propiciar un desarrollo familiar disfuncional.

3. En cuanto a la necesidad manifiesta de la P.I. de responsabilizarse de sus hermanastras. Es posible que tal necesidad fuese una expresión de lealtad a su madre muerta cuando tenía quince años.

Borzomenyi - Nagy y Spark, (1983) enfatizan como un aspecto importante en el diagnóstico y tratamiento de parejas y familias, la identificación de los conflictos de lealtades no admitidos o inconcientes. En el concepto de lealtad nos dicen, se implica una paradoja profundamente arraigada que reside en la relación antitética entre la individuación y la lealtad familiar.

Al parecer, efectivamente la P.I. era presa de dicha paradoja existencial. Si bien habrá deseado y desearía separarse-individuarse de las hermanastras, cada paso dado en ese sentido le hacía y le hace seguramente experimentar un serio conflicto de lealtad a la madre en tanto simbolizan su legado.

La P.I. al no tener la posibilidad de resolver con su madre los problemas suscitados cuando a los trece años el padrastro la intenta violar. No pudo por tanto hasta la fecha lograr una diferenciación completa con su familia extensa inusual.

De lo anterior se desprende quizás, su especial manera de relacionarse; configurando una pauta de conflicto-involucración-desvalimiento.

4 . En indisoluble relación con el aspecto anterior, encontramos también como una característica constante en el hogar directo que contextuó de la segunda a la quinta experiencias de aborto provocado de la P.I. y hasta el momento actual, la presencia de miembros no nucleares, y amistades, alternando con pérdidas significativas; muerte del único hermano en el tiempo en que vive su segunda experiencia de aborto provocado, y la muerte del padrastro en el tiempo en que vive su quinta experiencia de aborto provocado.

Si bien podemos considerar que la presencia casi constante de alguna hermanastra en el hogar directo de la P.I. obedece a motivaciones de afecto y lealtad. También podemos considerar que la circulación constante de miembros no nucleares, incluidas hermanastras, sobrinos, cónyuges de las hermanastras, y amistades; constituyen evidencia de límites disfuncionales. Pareciera que el hogar directo de la P.I. y su cónyuge fuera una plataforma de apoyo para este universo extrafamiliar. Pareciera también como si la P.I. evitase delimitar las fronteras familiares, como una forma de evitar la creación y mantenimiento de un ambiente de privacidad.

En relación a lo anterior Minuchin, (1979) plantea que una de las tareas más vitales del sistema de los cónyuges es la fijación de límites que los protejan procurándoles un ámbito para la satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos u otras personas. Que el tino con que estén trazadas estas fronteras es uno de los aspectos más importantes que determinan la viabilidad de la estructura familiar. Que es necesario que se establezcan mediante negociación las fronteras que regulan la relación con las respectivas familias de origen, los amigos, el mundo del trabajo, así como con el vecindario y otros contextos importantes. La pareja define las pautas de relación con los demás. La

tarea consiste en mantener importantes contactos y al mismo tiempo crear un holón cuyas fronteras sean nítidas en la medida suficiente para permitir el crecimiento de una relación íntima de pareja.

El crecimiento de una relación íntima de pareja parece estar ausente en el caso de la pareja que nos ocupa dada su manifiesta imposibilidad de trazar límites claros, si bien flexibles, que les permitiesen cercanía e intimidad emocional.

Al parecer, excepto en el tiempo en que la P.I. vive su segunda y quinta experiencias de aborto provocado, estaba su hogar directo sin la presencia de algún miembro no nuclear en casa, lo cual se explica quizás debido a que en dichas ocasiones los cónyuges y en especial la P.I. se enfrentaba a las significativas pérdidas de su único hermano y del padrastro respectivamente.

5 . Finalmente, resulta aparentemente contradictorio que teniendo tantos problemas económicos, la P.I. y su cónyuge, aceptáran con frecuencia la estancia en su hogar, de personas extrafamiliares, puesto que tales situaciones debían implicar serias erogaciones económicas, teniendo que hacer seguramente los correspondientes recortes y ajustes al presupuesto destinado a satisfacer las propias necesidades.

En virtud de ello es factible que en realidad los problemas económicos y las disputas en torno a las tales cuestiones sólo fuesen la justificación que encubría los serios problemas conyugales que tenían. Esto ultimo probablemente era un factor importante entre otros para que la P.I. no deseara tener más hijos con su cónyuge, y si por el contrario decidir en cuatro ocasiones abortar.

### **CONCLUSIONES**

- 1a.** Del análisis tanto de la estructura familiar (hogar directo) que contextualizó la primera experiencia de aborto provocado de la P.I. como de algunos antecedentes relevantes de su historia personal-familiar vital, podemos desprender que efectivamente se trataba de una estructura familiar (hogar directo) disfuncional.
- 2a.** El análisis de las características de la estructura familiar (hogar directo) que contextualizó la segunda, tercera, cuarta y quinta experiencias de aborto provocado de la P.I., evidenció que en efecto dicho contexto también presentaba disfuncionalidad.

Cabe referir que en este caso las características en torno a las cuales se centró el segundo momento de análisis, hasta el momento actual persisten. Lo que no implica que la estructura familiar haya permanecido estática, sino más bien que dada la información limitada con que se contaba, se identificaron las características constantes de manera que fuese posible apreciar en el tiempo la continuidad de las

pautas de disfuncionalidad.

- 3a.** La conducta de reincidencia en aborto provocado de la P.I. puede conceptualizarse como una conducta sintomática, disfuncional. Conducta que en base a lo propuesto por Walsh (1982) no sería más que sintomática a su vez de la disfunción familiar. Del segundo al quinto abortos, en tanto conducta disfuncional metafóricamente estaría expresando de manera analógica los serios desajustes conyugales que ya el análisis ha puesto de relieve.

## 6 . DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio y los de otros autores no son comparables debido fundamentalmente al marco teórico metodológico que privilegiamos tanto para el diseño del estudio como para la interpretación de nuestros resultados.

En una perspectiva psicológica (Brawer, 1978; Lipper, y Fsigenbaum, 1976) el fenómeno de la reincidencia en aborto provocado ha sido abordado desde la perspectiva teórica del discurso psiquiátrico tradicional; características de personalidad y el comportamiento individual con causas inconscientes. En esta óptica (Novaes, 1982) el comportamiento de las reincidentes en aborto provocado usualmente ha sido interpretado como irracional, inapropiado y patológico. Algunos autores (Robert, y Pasini, 1974; Clayson, y Paiva, 1980) refieren de las reincidentes, rasgos en su estructura de personalidad perturbados.

A través del presente estudio exploratorio, se cubrió el propósito de identificar y describir retrospectivamente algunas características de la estructura familiar (hogar directo) que contextualizó cada experiencia de aborto provocado de las veinte entrevistadas.

Observandose que en efecto es posible abordar clínicamente el fenómeno de la reincidencia en aborto provocado desde la perspectiva teórica de los sistemas familiares y más particularmente del modelo estructural (Minuchin, 1974) es decir; en el contexto del sistema familiar dentro del cual se mantienen relaciones de mutua influencia, y no sólo desde la perspectiva psicopatológica.

Si bien los resultados obtenidos a través de la aplicación del cuestionario IEFD apoyan la hipótesis de trabajo al poner de manifiesto que efectivamente las experiencias de aborto provocado de las veinte entrevistadas en su mayoría estuvieron contextualizadas por estructuras familiares con un elevado número de características de disfuncionalidad, dichos resultados deben ser vistos con reserva ya que la validez y confiabilidad del instrumento no han sido plenamente establecidas.

En cuanto a los resultados obtenidos a través del cuestionario GEME, éstos cumplieron el propósito de permitirnos elaborar los mapas estructurales o familiogramas (72 en total) a fin de identificar y describir gráfica y retrospectivamente algunas características de la estructura familiar (hogar directo) que contextualizó cada experiencia de aborto de las veinte entrevistadas (apartado 5. 3).

Particularmente a través del análisis interpretativo de los casos 18, 19, y 20, (apartado 5.3.1) hemos visto que efectivamente desde la perspectiva sistémica, la conducta de las reincidentes en aborto provocado, por lo menos en estos casos, pudo ser conceptualizada como una conducta sintomática, disfuncional, (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1983; Walsh, 1982 ) que no era sino sintomática

a su vez de la disfunción en su estructura familiar.

Análisis que nos permite indicar que al abordar en retrospectiva el fenómeno de la reincidencia desde un enfoque sistémico, se enfatizó hasta donde la información lo permitió en cada uno de los citados casos, en los determinantes estructurales organizacionales e interaccionales, así como en los implícitamente comunicacionales del contexto familiar de las entrevistadas en el tiempo en que vivieron sus experiencias abortivas.

Cabe mencionar que si bien se trató de privilegiar de entre los modelos clínicos del funcionamiento familiar el modelo estructural desarrollado por Salvador Minuchin, tanto en el diseño como en la interpretación de los resultados, fue necesario recurrir a diversos referentes conceptuales provenientes de autores igualmente enmarcados en la perspectiva teórico metodológica de los sistemas familiares.

En atención a las limitaciones del estudio (apartado 2.10) debemos considerar que los resultados obtenidos, así como las conclusiones derivadas de la interpretación de los mismos no pueden ser generalizadas a toda la población, siendo válidas sólo para la muestra estudiada, y constituyen una mínima contribución a la comprensión clínica del fenómeno de la reincidencia en aborto provocado, desde la perspectiva teórico metodológica de los sistemas familiares.

Por último, podemos concluir, sin soslayar por un lado el contexto sociocultural de las reincidentes, y sin pretender por otro excluirlas de la responsabilidad individual que les atañe, que el problema de la reincidencia en aborto provocado se incarta en una compleja red de niveles de contexto cuya influencia recíproca vista desde una perspectiva sistémica presenta a su vez múltiples niveles posibles de análisis, de entre los cuales el presente estudio es sólo un ejemplo de contribución para su comprensión clínica, por lo que fue necesario restringirnos al contexto familiar (propuesto como unidad de análisis), ya que de no haberlo hecho así, el monto de la información obtenida habría sido enorme, y su estudio poco menos que imposible.

Se sugiere como un primer paso para futuros estudios continuar la validación del cuestionario IEFD, y aplicarlo a muestras más grandes con el fin de que los resultados obtenidos puedan ser generalizados a toda la población.

## 7. APENDICES

**APENDICE A**  
**Proposiciones de Reformas y Adiciones al Código Penal**  
**Para el Distrito Federal y al Código Sanitario**  
**y sus Disposiciones Reglamentarias**

Proyecto de Reformas del Capítulo VI,  
Título XIX, del Código Penal.

Capítulo VI. Aborto

Artículo 329. Se reforma, quedando el texto como sigue:

Aborto punible es la muerte del producto de la concepción después de doce semanas de embarazo.

(...)

Artículo 330. Texto actual.

Artículo 331. Texto actual.

Artículo 332. Se deroga.

Artículo 333. Texto actual

Artículo 334. Texto actual

Proyecto de Reformas al Código Sanitario

Título primero. De la salubridad general y de las autoridades sanitarias

Capítulo I. De la salubridad general

Artículo 3º. En los términos de este Código es materia de salubridad en general:  
I a IV.

V. La prevención y tratamiento del aborto inducido que representa un problema de salud pública.

(Se recorrerá el contenido de las demás fracciones, hasta comprender este artículo dieciseis fracciones).

Título segundo. De la promoción y mejoramiento de la salud se agregará un Capítulo V. de la prevención y el tratamiento del aborto inducido.

Artículo 44. La Secretaría de Salubridad y Asistencia dictará de inmediato las medidas necesarias para prevenir y tratar el aborto como un problema de salud pública.

Artículo 45. La Secretaría de Salubridad y Asistencia está facultada para dictar las normas técnicas y los instructivos que estime pertinentes para que la prestación del servicio se realice en forma gratuita y en óptimas condiciones.

Artículo 46. Toda mujer que lo solicite, independientemente de que sea o no derechohabiente, tendrá derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, realizado en las instituciones de seguridad social, de salubridad y asistencia.

Artículo 47. La acción sanitaria para la prevención del aborto inducido comprende:

I. La educación sexual y la acción preventiva general mediante la debida utilización

de los programas de planificación familiar.

- II. La orientación técnica sobre educación sexual que deben recibir los profesores, educadores encargados de guarderías y en general personas destinadas a guiar a los niños, a los adolescentes y a los jóvenes.

Para los fines de este artículo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia coordinará el ejercicio de sus funciones con las dependencias competentes.

Artículo 48. A fin de lograr el propósito señalado en el artículo 44, la Secretaría de Salubridad y Asistencia deberá:

- I. Fijar normas generales para impartir la educación sexual.
- II. Promover e impartir adiestramiento al personal encargado de la educación sexual.
- III. Inscribir a toda mujer a la que se le practique un aborto a un programa de información sexual y de uso de anticonceptivos.
- IV. Realizar investigaciones sobre la tecnología anticonceptiva, con énfasis en métodos no biológicos.
- V. Evaluar el desarrollo de la tecnología anticonceptiva.
- VI. Promover la investigación de técnicas anticonceptivas masculinas.
- VII. Realizar evaluaciones permanentes de los programas de planificación familiar.
- VIII: Efectuar las demás tareas que estime convenientes en materia de educación sexual y planificación familiar.

Proyecto de Reformas al Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados.

Capítulo IV. De los derechos y obligaciones de los parteros empíricos capacitados:

Artículo 13. Los parteros empíricos capacitados podrán:

- a) Texto actual.
- b) Atender las interrupciones del embarazo que se realicen con el método de succión.
- c) texto actual.

Artículo 14. Los parteros empíricos capacitados no podrán:

- d) Se suprime.

Artículo 15...

Fracción VIII. Se reforma, quedando como sigue:

"Enviar a un centro de salud de su comunidad los casos de aborto que requieran la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina".

(Se recorren las fracciones, con su contenido, hasta la X.)

Transitorios

Artículo 1º. Estas reformas y adiciones entrarán en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**Artículo 2º. En el caso de procesados y sentenciados por los delitos que comprende esta Ley, se aplicará lo previsto en el artículo 57 del Código Penal.**

## **APENDICE B**

### **Proyecto de Inclusión del Aborto en el Código Sanitario**

Toda mujer que solicite la inducción del aborto será atendida en forma oportuna y eficaz de acuerdo con los procedimientos y las funciones y técnicas aprobadas para su práctica en todo el territorio nacional.

#### **I. Organización**

Será responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia proporcionar las normas para los programas en todos los niveles de aplicación.

##### **a) Personal y funciones**

###### **Médico:**

- a) Médico jefe, ginecobstetra, calificado por el Consejo Mexicano de Obstetricia, presidente de un comité encargado de la supervisión y del establecimiento de normas y procedimientos en la práctica del aborto, así como de los programas para el adiestramiento del personal necesario.
- b) Médicos calificados en la adaptación y aplicación de los procedimientos señalados, y responsables de:
  - 1. Designar médicos calificados para la práctica de los abortos y supervisar la práctica y los cuidados pre y postoperatorios de los mismos.
  - 2. Establecer mecanismos para la observación de las pacientes por personal calificado durante el período postoperatorio.
  - 3. Supervisar que el personal de trabajo social oriente y canalice a las pacientes hacia los servicios de planeación familiar.
  - 4. Supervisar que las pacientes salgan del servicio con conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

###### **Enfermeras:**

- a) Una enfermera obstétrica debe supervisar directamente todos los trabajos de enfermería.
- b) Deberá adiestrarse a enfermeras supervisoras, ayudantes y personal auxiliar en los cuidados de la atención del aborto, técnicas habituales de emergencia para el pre y postoperatorio.
- c) En el medio rural deberá capacitarse a enfermeras empíricas para que colaboren con el servicio médico más cercano.

###### **Trabajo social:**

- a) Deberá seguir la evolución de la paciente hasta cerciorarse de que quede incluida en un servicio de planeación familiar.
- b) Su objetivo será prevenir la práctica del aborto.

c) Deberá evaluar las condiciones económicas de la paciente, y descubrir los casos difíciles para canalizarlos adecuadamente.

d) Procedimientos.

Todo servicio asistencial deberá contar con la historia completa y con un registro de casos que incluya datos de identificación, tiempo de gestación, método de terminación del embarazo, evolución, etcétera, datos que pasarán al servicio de bioestadística correspondiente para evaluaciones periódicas del aborto inducido que permitan una mejor política preventiva del mismo.

De acuerdo con el tiempo de gestación se seguirán los siguientes lineamientos para la inducción del aborto:

Antifertilidad postovulatoria e inducción de la menstruación.

Método: Succión

Personal: Médico o enfermeras adiestradas.

Aborto por microcesárea

Este método se utilizará cuando haya detección de una grave malformación o la vida de la madre corra peligro.

II. Recursos

a) Recursos humanos

Personal Médico;

Se incorporará al personal médico adscrito a los servicios de medicina general y de obstetricia que labora en los servicios de salud.

Personal de enfermería:

Se incorporará al personal adscrito a los servicios de salud existentes.

Personal de trabajo social:

Se incorporará al existente, debidamente adiestrado.

b) Recursos materiales

Instalaciones. Se utilizarán las instalaciones de los servicios de ginecobstetricia y de los servicios de salud para abortos de más de ocho semanas. Se utilizarán consultorios debidamente equipados y clínicas de campo para casos de antifertilidad postovulatoria e inducción de la menstruación.

Material y equipo. Se dotará a los consultorios designados para la inducción del aborto con los materiales y equipos necesarios.

## APENDICE C

### Ficha de Datos Personales de la Entrevistada

Caso Nº.	Datos actuales	1er. Aborto	2do. Aborto	3er. Aborto	4to. Aborto	5to. Aborto
Edad de la P.I.						
Nacionalidad						
Ocupación						
Escolaridad						
Estado Civil						
Religión						
	Pareja actual	R.E.	R.E.	R.E.	R.E.	R.E.
Nombre						
Edad						
Ocupación						
Escolaridad						
Estado Civil						
Vínculo legal con la P.I.						

## APENDICE D

### Cuestionario de Indicadores de Estructura Familiar Disfuncional (IEFD)

**INSTRUCCIONES:** Con el fin de conocer lo mejor posible a su familia en el tiempo en que usted vivía cada experiencia de aborto, a continuación le haré una serie de preguntas que tienen relación con la vida familiar. Tenga la bondad de contestar SI o NO a cada pregunta (elijá una sola contestación).

**Nota para el entrevistador:** Las preguntas se harán en tiempo pasado:

Ejemplo: En el tiempo en que usted vivió la  experiencia de aborto ¿  SI o NO.

1. ¿Cuando alguien se enojaba en casa, lo decía abiertamente?
2. ¿Si estaba enojada lo decía abiertamente?
3. ¿Cuándo se enojaba se aislaba?
4. ¿Cuando se enojaba mostraba su enojo llorando o peleando?
5. ¿Cuando estaba triste se aislaba?
6. ¿Cuando estaba triste mostraba su tristeza llorando o hablando?
7. ¿Sus padres o alguno de ellos le platicaban a usted o a sus hermanos (as) sus problemas?.
8. ¿Su familia era sociable y amistosa con los vecinos o familias del rumbo?

**Instrucciones para el Entrevistador:**  
**Antes de continuar con las preguntas 9 a 18 indague y señale el (os) rol (es) de la P.I. cuando vivía la  experiencia de aborto:**

1. Madre/ Esposa ( )

Caso N°. _____							
Experiencia;							
1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª

2. Madre / Compañera: vivía en unión libre con su pareja ( )
3. Hija / Hermana, Soltera viviendo sola o Madre Soltera ( )
- Si señaló la opción 1, haga las preguntas tal como están redactadas.
  - Si señaló la opción 2, al hacer las preguntas utilice la palabra pareja en lugar de la palabra esposo.
  - Si señaló la opción 3, pase a la pregunta 19
9. ¿Existía un sentimiento de unión entre ud. y su esposo?
10. ¿Ante los problemas y dificultades Ud. se sentía apoyada por su esposo?
11. ¿Si Ud. trabajaba fuera de casa era motivo de disgustos entre usted y su esposo?
12. ¿Había confianza entre usted y su esposo para hablar sobre cualquier tema?
13. ¿Ud. y su esposo peleaban por cualquier motivo?
14. ¿Si Ud. o su esposo tenían un proyecto personal se animaban y apoyaban?
15. ¿Ud. y su esposo estaban dispuestos a resolver los problemas?
16. ¿Ud. y su esposo visitaban con frecuencia a sus respectivas familias?
17. Lo anterior provocaba problemas entre ustedes?
18. Algún familiar de Ud. o de su esposo intervenía en las decisiones de la familia?
19. En su familia los padres se hacían obedecer por sus hijos?

Caso N°. _____								
Experiencia;								
1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	

Caso No. \_\_\_\_\_

Experiencia;

- |   | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª | 7ª | 8ª |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 20. ¿Quién autorizaba los permisos a los hijos?<br>a) Padre y / o Madre<br>b) Los hijos   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 21. ¿Quién daba las órdenes a los hijos?<br>a) Padre y / o Madre<br>b) Otra   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 22. ¿Convivía el padre con la familia?  |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 23. ¿En su familia había un gran apego entre:<br>a) Padre - Madre (P.I.)<br>b) Padre - Hijo /a<br>c) Padre - Hija (P.I.)<br>d) Madre (P.I.) - Hijo/a<br>e) Madre - Hijo /a<br>f) Madre - Hija (P.I.)<br>g) Hijo - Hija (P.I.)<br>h) Hijo - Hijo<br>i) Hija (P.I.) -Hija<br>j) Hija - Hija |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 24. ¿En su familia se enojaban mucho entre:<br>a) Padre - Madre (P.I.)<br>b) Padre - Hijo /a<br>c) Padre - Hija (P.I.)<br>d) Madre (P.I.) - Hijo/a<br>e) Madre - Hijo/a<br>f) Madre - Hija (P.I.)<br>g) Hijo - Hija (P.I.)<br>h) Hijo - Hijo<br>i) Hija (P.I.) - Hija<br>j) Hija - Hija   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 25. ¿En su familia se dejaban los problemas sin resolver?   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 26. ¿En su familia trataban de estar alegres todo el tiempo?  |    |    |    |    |    |    |    |    |

Caso N°. \_\_\_\_\_

Experiencia;

27. ¿Ud. prefería estar callada cuando se discutía algún problema en la familia?
28. ¿Su familia bromeaba cuando se trataba de hablar de algún problema?
29. ¿No le gustaba intervenir en las discusiones por no hacer más grande el problema?
30. ¿Existía en su familia alguna persona con una enfermedad psicológica o emocional?

1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª

## HOJA - CLAVE DE CALIFICACION - (I E F D)

Presencia = P: 1 punto.

Ausencia = A: 0 puntos.

Caso N°

Item	Contestación:	SI	NO	Experiencia									
				1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª		
1		A	P										
2		A	P										
3		P	A										
4		A	P										
5		P	A										
6		A	P										
7		P	A										
8		A	P										
9		A	P										
10		A	P										
11		P	A										
12		A	P										
13		P	A										
14		A	P										
15		A	P										
16		P	A										
17		P	A										
18		P	A										
19		A	P										
20-a		A	P										
b		P	A										
21-a		A	P										
b		P	A										
22		A	P										
23-a		P	A										
b		P	A										
c		P	A										
d		P	A										
e		P	A										
f		P	A										
g		P	A										

h	P	A																		
i	P	A																		
j	P	A																		
24-a	P	A																		
b	P	A																		
c	P	P																		
d	P	P																		
e	P	A																		
f	P	A																		
g	P	P																		
h	P	A																		
i	P	A																		
j	P	A																		
25	P	A																		
26	P	A																		
27	P	A																		
28	P	A																		
29	P	A																		
30	P	A																		
Puntuaciones Totales:																				

13 o más puntos = Mayor Presencia

10 a 12 puntos = Regular Presencia

9 puntos o menos = Menor Presencia

## **APENDICE E**

### **Descripción del Cuestionario IEFD**

El cuestionario pretendió explorar retrospectivamente la presencia de disfuncionalidad en los siguientes aspectos fundamentales de la estructura familiar; límites individuales, límites internos, límites externos, jerarquía, alanzas rígidas, evitación del conflicto, y psicopatología en algún miembro del sistema.

Consta de 30 preguntas en total, 26 dicotómicas que se contestan "SI o NO", y 4 de opción múltiple que se contestan de la misma forma.

Las preguntas fueron agrupadas por factores como se muestra a continuación;

- Primer factor. Preguntas que exploraron la presencia de límites individuales disfuncionales con la entrevistada (P.I.) como hija/hermana, o como madre/esposa: ítems 1,2,3,4,5 y 6.
- Segundo factor. Pregunta que exploró la presencia de límites internos disfuncionales entre el subsistema fraterno con la entrevistada (P.I.) como hija/hermana, o madre/esposa viviendo con sus padres, o alguno de ellos en su hogar, y el subsistema parental: ítem 7.
- Tercer factor. Pregunta que exploró la presencia de límites externos disfuncionales entre la familia y el ambiente exterior con la entrevistada (P.I.) como hija/hermana, o madre/esposa: ítem 8.
- Cuarto factor. Preguntas que exploraron la presencia de límites internos disfuncionales en el subsistema conyugal con la entrevistada (P.I.) como madre/esposa/compañera: ítems 9,10, 11,12,13, 14 y 15.
- Quinto factor. Preguntas que exploraron la presencia de límites externos disfuncionales entre el subsistema parental con la entrevistada (P.I.) como madre/esposa/compañera, y las familias de origen: ítems 16, 17 y 18.
- Sexto factor. Preguntas que exploraron la presencia de jerarquía disfuncional en el subsistema parental con la entrevistada (P.I.) como hija/hermana, o como madre/esposa: ítems 19, 20, 21, y 22.
- Séptimo factor. Preguntas que exploraron la presencia de alianzas rígidas disfuncionales en la familia, con la entrevistada (P.I.) como hija/hermana o como madre/esposa; ítems 23 y 24.
- Octavo factor. Preguntas que exploraron la presencia de evitación del conflicto en la familia, con la entrevistada (P.I.) como hija/hermana o como madre/esposa; ítems 25, 26, 27, 28 y 29.

Noveno factor. Pregunta que exploró la presencia de psicopatología en algún miembro de la familia, con la entrevistada (P.I.) como hija/hermana o como madre/esposa; ítem 30.

Preguntas distractoras no fueron incluidas, con lo cual se pretendió disminuir al máximo el cansancio de las entrevistadas. Lo anterior se consideró después de realizar una aplicación piloto del cuestionario a 5 mujeres reincidentes, tres de ellas con dos abortos provocados y las dos restantes con un antecedente de tres abortos provocados cada una.

Antes de la aplicación piloto, como un primer paso para determinar la validez de contenido de los reactivos, bajo un criterio de expertez clínica, se utilizó el método de jueces independientes. Se redactaron 55 reactivos y se solicitó a cuatro jueces, terapéutas familiares con experiencia clínica en la práctica privada, en docencia y en investigación, que en base a su juicio clínico señalaran aquellos reactivos cuyo contenido consideraran no pertinente a lo que pretendía explorar retrospectivamente cada factor. Una vez hecho esto, se realizó un proceso de eliminación simple, descartándose aquellos reactivos que fueron señalados como no pertinentes por al menos uno de los jueces. En total se descartaron 25 reactivos, unos debido a ambigüedad en la redacción y otros porque exploraban el mismo factor.

Después de la aplicación piloto, se hicieron los cambios necesarios a la redacción de algunas preguntas y se realizaron modificaciones de formato y distribución con el objeto de facilitar el manejo del cuestionario para el acopio de la información requerida para el estudio.

**En cuanto a la calificación,** la mayor puntuación total posible es de 50 puntos. Las contestaciones "SI" a los ítems 3, 5, 7, 11, 13, 16, 17, 18, 20-b, 21-b, 23-a -b -c -d -e -f -g -h -i -j, 24 -a -b -c -d -e -f -g -h -i -j, 25, 26, 27, 28, 29 y 30, se califican con un punto cada una e indicarían la presencia de disfuncionalidad. Lo mismo se aplica para las contestaciones "NO" a los ítems 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 19, 20-a, 21-a, y 22.

Respecto a los ítems 9 a 18, (ver en el cuestionario instrucciones para el entrevistador) no se aplican y por lo tanto no se califican si se señala la opción 3, en cuyo caso la mayor puntuación total posible es de 40 puntos.

A partir de las puntuaciones totales obtenidas como resultado de la aplicación piloto, se procedió a evaluar la media aritmética, la mediana y el modo, así como el nivel de significación de cada uno de los totales, con el objeto de elaborar una escala convencional que permitiera establecer de forma tentativa un criterio de mayor, regular y/o menor presencia de indicadores de estructura familiar disfuncional con la cual contrastar las puntuaciones obtenidas una vez realizada la aplicación definitiva del cuestionario.

Estableciéndose los siguientes valores convencionales:

13 o más puntos = Mayor presencia de indicadores de estructura familiar disfuncional.

10 a 12 puntos = Regular presencia de indicadores de estructura familiar disfuncional.

9 puntos o menos = Menor presencia de indicadores de estructura familiar disfuncional.

A fin de facilitar el análisis estadístico de los datos, se diseñó una hoja para el vaciado de los mismos, que incluye la clave de calificación así como la escala con los citados valores convencionales.

## Estimación Cualitativa y Cuantitativa del Nivel de Sensibilidad Clínica del Cuestionario IEFD

Un vez aplicado a las 20 mujeres que formaron parte de la muestra y antes de proceder a la calificación, bajo un criterio clínico se elaboró una serie de expectativas de respuesta global a cada factor que posteriormente fueron confrontadas con los resultados obtenidos en cada exploración retrospectiva de la estructura familiar (hogar directo) de las entrevistadas en el tiempo en que vivieron cada experiencia de aborto provocado, con el fin de conocer el nivel de confirmación o discrepancia entre ambas. Para el efecto se utilizó el siguiente código:

- 2 Si se cumplió la expectativa
- 1 Si no se cumplió la expectativa
- 0 Si las entrevistadas no contestaron al factor.

Obteniéndose lo siguiente:

**Primer Factor.** Exploró la presencia de límites individuales disfuncionales; Items 1 a 6.

Item	Clave
1	NO = P
2	NO = P
3	SI = P
4	NO = P
5	SI = P
6	NO = P

Expectativas de respuesta global al factor;	Código
tres o más P en el 80% o más de los casos por exploración	2
Una o dos P en el 80% o más de los casos por exploración	1
Ningna P, o nó contestaron	0

**Puntuaciones obtenidas por exploración retrospectiva (E.R.):**

<b>N</b>	<b>1ªE.R.</b>	<b>2ªE.R.</b>	<b>3ªE.R.</b>	<b>4ªE.R.</b>	<b>5ªE.R.</b>
1	6 P	6 P			
2	3 P	3 P			
3	6 P	6 P			
4	6 P	6 P			
5	6 P	6 P			
6	No C	No C			
7	3 P	4 P			
8	5 P	3 P			
9	4 P	4 P			
10	4 P	3 P			
11	5 P	5 P			
12	3 P	3 P	3 P		
13	6 P	1 P	6 P		
14	3 P	No C	3 P		
15	4 P	4 P	4 P		
16	6 P	6 P	6 P		
17	6 P	4 P	No C		
18	6 P	6 P	6 P		
19	4 P	4 P	4 P	6 P	
20	3 P	3 P	3 P	3 P	3 P
	19(95%) 3 o más P	17(85%) 3 o más P	8(88%) 3 o más P	2(100%) 3 o más P	1(100%) 3 o más P
	2	2	2	2	2

Nivel de confirmación 100%

Nivel de discrepancia 0.0%

**Segundo Factor.** Exploró la presencia de límites internos disfuncionales entre el subsistema fraterno y el subsistema parental. Item 7.

Ítem Clave  
7 SI = P

**Expectativa de respuesta global al factor;** **Código**  
 P en el 50% o más de los casos por exploración 2  
 P en menos del 50% de los casos por exploración 1  
 No contestaron 0

**Puntuaciones obtenidas por exploración retrospectiva (E.R.);**

N	1ªE.R.	2ªE.R.	3ªE.R.	4ªE.R.	5ªE.R.
1	P	P			
2	P	P			
3	P	P			
4	P	N.C			
5	A	P			
6	P	P			
7	P	P			
8	A	P			
9	A	A			
10	P	P			
11	A	A			
12	P	P	P		
13	P	N.C	P		
14	A	A	A		
15	A	A	A		
16	P	P	P		
17	A	P	N.C		
18	P	P	P		
19	P	P	P	P	
20	P	N.C	N.C	N.C	N.C
13(65%)P	13(65%)P	5(55%)P	1(50%)P	1(100%)P	
2	2	2	2	0	

Nivel de confirmación 80%  
 Nivel de discrepancia 20%

**Tercer Factor.** Exploró la presencia de límites externos disfuncionales entre la familia y el ambiente exterior. Item 8.

Item Clave  
8 No = P

<b>Expectativa de respuesta global al factor</b>	<b>Código</b>
P en el 50% o más de los casos por exploración	2
P en menos del 50% de los casos por exploración	1
No contestaron	0

**Puntuaciones obtenidas por exploración retrospectiva (E.R);**

N	1ºE.R.	2ºE.R.	3ºE.R.	4ºE.R.	5ºE.R.
1	P	A			
2	A	A			
3	P	P			
4	N.C	N.C			
5	P	P			
6	P	P			
7	P	A			
8	P	P			
9	A	A			
10	P	P			
11	P	P			
12	P	P	P		
13	A	N.C	A		
14	A	A	A		
15	A	A	A		
16	A	A	A		
17	P	P	N.C		
18	A	A	A		
19	A	A	A	A	
20	A	P	P	P	P
10(50%)P	9(45%)P	2(22%)P	1(50%)P	1(100%)P	
2	1	1	2	2	

Nivel de confirmación 60%  
Nivel de discrepancia 40%

**Cuarto factor.** Exploró la presencia de límites internos disfuncionales en el sub-sistema conyugal. (Se aplicó sólo a casadas o viviendo en unión libre). Items 9 a 15

Item	Clave
9	NO = P
10	NO = P
11	SI = P
12	NO = P
13	SI = P
14	NO = P
15	NO = P

<b>Expectativa de respuesta global al factor</b>	<b>Código</b>
Cuatro o más P en el 90% o más de los casos por exploración	2
Tres o menos P en el 90% o más de los casos por exploración	1
Ninguna P, o no contestaron.	0

**Puntuaciones obtenidas por exploración retrospectiva (E.R.);**

N	1ªE.R.	2ªE.R.	3ªE.R.	4ªE.R.	5ªE.R.
1		5 P			
2					
3					
4					
5					
6	4P	5 P			
7					
8					
9		6 P			
10					
11					
12	5 P	5 P	5 P		
13					
14		7 P			
15					
16	6 P	6 P	6 P		
17					
18					
19					
20		7 P	7 P	7 P	7 P
	3(100%)	7(100%)	3(100%)	1(100%)	1(100%)
	4 o más P				
	2	2	2	2	2

Nivel de confirmación 100%  
 Nivel de discrepancia 0.0%

**Quinto factor.** Exploró la presencia de límites externos disfuncionales entre el subsistema parental y las familias de origen. (se aplicó sólo a casadas o viviendo en unión libre). Items 16 a 18.

Item	Clave
16	SI = P
17	SI = P
18	SI = P

<b>Expectativa de respuesta global al factor:</b>	<b>Código</b>
Dos o más P en el 50% o más de los casos por exploración	2
Una P en el 50% o más de los casos por exploración	1
Ninguna P, o no contestaron	0

**Puntuaciones obtenidas por exploración retrospectiva (E.R.);**

N	1ªE.R.	2ªE.R.	3ªE.R.	4ªE.R.	5ªE.R.
1		1 P			
2					
3					
4					
5					
6	2 P	2 P			
7					
8					
9		1 P			
10					
11					
12	3 P	3 P	3 P		
13					
14		3 P			
15					
16	3 P	3 P	3 P		
17					
18					
19					
20		2 P	2 P	2 P	2 P
	3(100%)	5(80%)	3(100%)	1(100%)	1(100%)
	2 o más P				
	2	2	2	2	2

Nivel de confirmación 100%

Nivel de discrepancia 0.0%

**Sexto factor.** Exploró la presencia de jerarquía disfuncional en la familia.  
 Ítems 19 a 22.

Item	Clave
19	NO = P
20 -a	NO = P
-b	SI = P
21 -a	NO = P
-b	SI = P
22	NO = P

<b>Expectativa de respuesta global al factor:</b>	<b>Código</b>
Una o más P en el 50% o más de los casos por exploración	2
Ninguna P en el 50% o más de los casos por exploración	1
Si no contestaron al factor	0

**Puntuaciones obtenidas por exploración retrospectiva (E.R.);**

N	1ºE.R.	2ºE.R.	3ºE.R.	4ºE.R.	5ºE.R.
1	0 P	1 P			
2	0 P	0 P			
3	2 P	2 P			
4	No C	No C			
5	1 P	1 P			
6	1 P	2 P			
7	4 P	4 P			
8	0 P	0 P			
9	2 P	2 P			
10	0 P	1 P			
11	0 P	0 P			
12	1 P	1 P	1 P		
13	1 P	1 P	1 P		
14	3 P	2 P	1 P		
15	1 P	1 P	1 P		
16	1 P	1 P	1 P		
17	1 P	1 P	No C		
18	0 P	0 P	0 P		
19	1 P	1 P	1 P	1 P	
20	4 P	0 P	0 P	1 P	1 P
	13(65%)	14(70%)	6(66%)	2(100%)	1(100%)
	una o má P	una o más P			
	2	2	2	2	2

Nivel de confirmación 100%

Nivel de discrepancia 0.0%

**Séptimo factor.** Exploró la presencia de alianzas rígidas en la familia. Items 23 y 24, con diez opciones de respuesta cada uno.

Item	Clave	Item	Clave
23 -a	SI = P	24 -a	SI = P
-b	SI = P	-b	SI = P
-c	SI = P	-c	SI = P
-d	SI = P	-d	SI = P
-e	SI = P	-e	SI = P
-f	SI = P	-f	SI = P
-g	SI = P	-g	SI = P
-h	SI = P	-h	SI = P
-i	SI = P	-i	SI = P
-j	SI = P	-j	SI = P

<b>Expectativa de respuesta global al factor:</b>	<b>Código</b>
Una o más en el 50% o más de los casos por exploración	2
Ninguna P en más del 50% de los casos por exploración	1
Si no contestaron al factor	0

**Puntuaciones obtenidas por exploración retrospectiva (E.R.);**

N	1ªE.R.	2ªE.R.	3ªE.R.	4ªE.R.	5ªE.R.
1	9 P	1 P			
2	7 P	7 P			
3	0 P	0 P			
4	2 P	1 P			
5	5 P	5 P			
6	2 P	1 P			
7	3 P	1 P			
8	9 P	8 P			
9	1 P	1 P			
10	4 P	3 P			
11	6 P	4 P			
12	1 P	1 P	1 P		
13	2 P	0 P	5 P		
14	0 P	0 P	0 P		
15	1 P	1 P	1 P		
16	2 P	2 P	2 P		
17	2 P	2 P	No C		
18	3 P	3 P	3 P		
19	4 P	4 P	4 P	1 P	
20	5 P	2 P	2 P	2 P	1 P
	18(90%)	17(85%)	7(77%)	2(100%)	1(100%)
	una o más P				
	2	2	2	2	2

Nivel de confirmación 100%, Nivel de discrepancia 0.0%

**Octavo factor.** Exploró la presencia de evitación del conflicto en la familia.  
 Ítems 25 a 29.

Items	Clave
25	SI = P
26	SI = P
27	SI = P
28	SI = P
29	SI = P

<b>Expectativa de respuesta global al factor:</b>	<b>Código</b>
Dos o más P en el 80% o más de los casos por exploración	2
Una o ninguna P en el 80% o más de los casos por exploración	1
Si nó constataron al factor	0

**Puntuaciones obtenidas por exploración retrospectiva (E.R.);**

N	1ºE.R	2ºE.R	3ºE.R	4ºE.R	5ºE.R.
1	3 P	1 P			
2	3 P	3 P			
3	5 P	5 P			
4	5 P	3 P			
5	2 P	3 P			
6	2 P	2 P			
7	3 P	3 P			
8	3 P	3 P			
9	3 P	3 P			
10	3 P	4 P			
11	3 P	3 P			
12	2 P	2 P	2 P		
13	4 P	1 P	5 P		
14	2 P	4 P	3 P		
15	2 P	2 P	2 P		
16	3 P	3 P	3 P		
17	3 P	3 P	3 P		
18	5 P	5 P	5 P		
19	4 P	4 P	4 P	4 P	
20	3 P	3 P	3 P	2 P	2 P
20(100%)	18(90%)	9(100%)	2(100%)	1(100%)	
Dos o más P					
2	2	2	2	2	

Nivel de confirmación 100%, nivel de discrepancia 0.0%

**Noveno Factor.** Exploró la presencia de psicopatología en algún miembro de la familia. Item 30.

Ítem                      Clave  
30                            SI = P

<b>Expectativa de respuesta global al factor</b>	<b>Código</b>
P en el 50% o más de los casos por exploración	2
P en menos del 50% de los casos por exploración	1
Si no contestaron al factor	0

**Puntuaciones obtenidas por exploración retrospectiva (E.R.);**

<b>N</b>	<b>1ªE.R.</b>	<b>2ªE.R.</b>	<b>3ªE.R.</b>	<b>4ªE.R.</b>	<b>5ªE.R.</b>
1	A	A			
2	A	A			
3	A	A			
4	A	A			
5	A	A			
6	A	A			
7	A	A			
8	A	A			
9	A	A			
10	A	A			
11	A	A			
12	P	P	P		
13	A	A	A		
14	P	P	P		
15	A	A	A		
16	A	A	A		
17	A	A	A		
18	A	A	A		
19	P	P	P	P	
20	A	A	A	A	A
<b>3 (15%)P</b>	<b>3(15%)P</b>	<b>3(33%)P</b>	<b>1(50%)P</b>	<b>1(100%)A</b>	
1	1	1	2	1	

Nivel de confirmación 20%

Nivel de discrepancia 80%

Respecto al Noveno factor; ítem 30, que pretendió explorar retrospectivamente la presencia de psicopatología en algún miembro de la familia, es posible que el nivel de discrepancia se explique de la siguiente manera: sólo si algún miembro de la familia de las entrevistadas había sido diagnosticado médicamente éstas contestarían afirmativamente al reactivo, lo cual no excluye efectivamente que algún miembro de su familia tuviese problemas psicológicos o emocionales y que sin embargo desde la perspectiva de las entrevistadas éstos pasaran desapercibidos como tales, al carecer de elementos cognitivo intelectuales que les permitiesen establecer tal criterio y aplicarlo correctamente.

**APENDICE F**  
**Cuestionario Guía Para la Elaboración de los Mapas Estructurales**  
**(G E M E)**

**Instrucciones:** Con el objeto de conocer como era su situación en casa en el momento de que usted vivía cada experiencia de aborto, y como es actualmente, le agradeceré su cooperación para contestar a las siguientes preguntas:

Nota para el entrevistador: Utilizar y aplicar tantos cuestionarios como experiencias de aborto provocado reporte la P.I. (Las preguntas se harán en tiempo pasado, excepto las que correspondan al registro de los datos actuales, que se harán en tiempo presente)

T. Pasado: En el tiempo en que ud. vivió la  experiencia de aborto ¿                ?

T. Presente: Actualmente ¿                ?

**INFORMACION SOBRE LA FAMILIA (HOGAR DIRECTO)**

Caso N° \_\_\_\_\_  
 Experiencia N° \_\_\_\_\_

(l) ¿Con quién vivía?

Nombre	Sexo y Edad	Tipo de relación con la P.I.: Buena - B, Conflictiva - C, o Distante - D.	Ocupación	Escolaridad	Estado Civil	Parentesco con la P.I.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

(II) De las personas con las que vivía (hogar directo) alguna:

	SI	NO	¿Quién?	Utilice (I) N°:
-Murió _____	( )	( )		_____
- Se divorció _____	( )	( )		_____
- Abandonó la casa _____	( )	( )		_____
- Se fue a trabajar a otra ciudad _____	( )	( )		_____
- Fue sentenciado a prisión _____	( )	( )		_____
- Estaba en prisión _____	( )	( )		_____
- Regresó por término de condena _____	( )	( )		_____
- Se accidentó gravemente _____	( )	( )		_____
- Se lesionó gravemente _____	( )	( )		_____
- Sufría alguna enfermedad grave _____	( )	( )		_____
- Se casó _____	( )	( )		_____
- Perdió el trabajo _____	( )	( )		_____
- Se jubiló _____	( )	( )		_____
- Se embarazó _____	( )	( )		_____
- Tuvo un bebé o lo adoptó _____	( )	( )		_____
- Debía mucho dinero _____	( )	( )		_____
- Tenía problemas con los parientes cercanos _____	( )	( )		_____
- Tuvo un éxito muy importante _____	( )	( )		_____

(III) ¿Cuales eran en su opinión los principales motivos de conflicto dentro de su familia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(IV) ¿Según su opinión, que miembro de su familia (hogar directo) con más frecuencia ocasionaba problemas y disgustos?

Utilice (I) y registre el N° \_\_\_\_\_

(V) ¿Qué lugar ocupaba ud. en su familia (hogar directo)?

Madre ( )

Primer hijo sexo femenino ( )

Segundo hijo sexo femenino ( )

Tercer hijo sexo femenino ( )

Cuarto hijo sexo femenino ( )

Quinto hijo sexo femenino ( )

Sexto hijo sexo femenino ( )

Séptimo hijo sexo femenino ( )

Octavo hijo sexo femenino ( )

Noveno hijo sexo femenino ( )

Décimo hijo sexo femenino ( )

(VI) ¿Cuál era en su familia (hogar directo) el principal motivo de orgullo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datos adicionales.**

Nota p. el entrevistador: En este espacio se registrará toda información que aporte la P.I., y que se considere premita una mejor comprensión de su estructura familiar. \_\_\_\_\_

## 8. REFERENCIAS

## REFERENCIAS

- Abraham, G, Pasini, W. (1980) Introducción a la Sexología Médica. Grupo Editorial Grijalbo, Barcelona.
- Acosta, M., Botton-Burlá, F., Domínguez, L., Molina, I., Novelo, A., Nuñez, K. (1976) El Aborto en México. Fondo de Cultura Económica: México.
- Almeida, A.E., Rodríguez, A.C., Mercado, C., Rivero, W. y Sánchez, A.E. (1983) Psychological characteristics of male and female students and status of women in México. International Journal of Psychology. 18, 67-81.
- Alvarez, Gayou, J.L. (1985) Sexoterapia Integral. Manual Moderno: México.
- Aponte, H., & Van Deusen, J. (1981) Structural family therapy. In A Gurman (Ed), Handbook of Family Therapy. New York. Brunner/Mazel.
- Barragán, M.N. (1975) Estructura de la Familia en una Zona Marginada de la Ciudad de México.
- Bateson, G (1972) Steps to an ecology of mind: A revolutionary approach to Man's understanding of himself. Ballantine Books, New York. en El Enfermo Crónico y su Familia: de Robles de Fabre, T., Jenkins, R.E., Fernández de Cerruti, M. Nuevomar, S.A. de C.V. México, 1987.
- Bertalanffy, L.V. (1968) Teoría General de los Sistemas. Fondo de Cultura Económica, México.
- Borzomenyi-Nagy, I. y Spark, R. (1983) Lealtades Invisibles. Amorrortu, Buenos Aires.
- Bott, E. (1957) Family and social network: Roles, norms and external relationships in ordinary urban families. London: Tavistok.
- Bowen, M. (1976) Theory in the practice of psichoterapy. In P.J. Guerin (Ed). Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 42-90.
- Bowen, M. (1978) Theory in the practice of psichoterapy. In Family therapy in clinical practice. New York: Arison.
- Bradt, J. (1980) "The Family Diagram", en Mcgoldrick, M. y Gerson, R. Genogramas en la Evaluación Familiar. Gedisa: México, 1987. p. 19.
- Brawer, C.L. (1978) Incidence of post-abortion psychosis. Br. Med. J.I: 476.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1982) Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social. Amorrortu, Buenos Aires.
- Carter, E., & McGoldrick, M. (Eds), (1980) The family life cycle. New York: Gardner Press.
- Clayson, D., Paiva, F. (1980) "Unwanted Pregnancy" en Abraham, G. y Pasini, W. (ibidem) pp. 186-188.
- Cuellar, M. (1991, mayo 28) "Plantón por la despenalización del aborto aplazada en

- Chiapas". La Jornada, México, p.6.
- Díaz, Guerrero, R., (1975) Psicología del Mexicano. Austin, Texas, Universidad de Texas Press. en Pick de Weiss, S. Un Estudio Social Psicológico de la Planificación Familiar. Siglo XXI., México, 1979. p. 53.
- Díaz Guerrero, R., (1982) Psicología del Mexicano. México. Editorial Trillas.
- Estrada, Inda, L. (1982) El ciclo vital de la familia: La ayuda terapéutica a la familia a través del análisis de su nacimiento, reproducción y muerte. México: Xochitl Editores.
- Falicov, C.J. y Karrer, B.M. "Cultural variations in the family life cycle: The Mexican-American family", en Carter, E., & McGoldrick, M. (Eds) The family life cycle. New York, Gardner Press, 1980, 283-425.
- Faure, E., González, R.M. (1986) Representación gráfica de las alianzas y centralidad de la estructura familiar a través del escalamiento multidimensional y el test sociométrico. Tesis de maestría en psicología. Universidad de las Américas. México, D.F.
- Fernández, V. (1981) Psicoterapia Estratégica. Ed. Razo, Puebla. p.p. 9,22.
- Foppa, A., y Poniatowska, E. (1977) Fem. Edit. Nueva Cultura Feminista, S.C. México, D.F. 1:2, 1977.
- Gibb, G.D. (1984) A comparative study of recidivists and contraceptors along the dimensions of locus of control and impulsivity. International Journal of Psychology, 19(6), 581-591.
- González Pineda, F. (1985) El mexicano: Psicología de su destructividad. México: Ed. Pax-México.
- Good, y Hatt. (1980) Métodos de investigación social. Trillas: México.
- Granados Chapa, M.A. (1989, Marzo 29). "El Aborto en Francia: Una experiencia aprovechable". La Jornada. México. pp. 1,4.
- Grupo Parlamentario Comunista-Coalición de Izquierda, (1979) "Maternidad Voluntaria", en UNIVERSIDAD: Organo de disfunción de la U.A.P., Puebla, Año VII N° 21, Agosto de 1987. pp. 4-8.
- Guerin, P.J. y Pendagast, E.G. (1976) "Evaluation of family system and genogram". en McGoldrick, M y Gerson, R. Genogramas en la Evaluación Familiar. Gedisa: México, 1987. p. 19.
- Haley, J. (1959) Hacia una teoría de los sistemas patológicos. en Zuck, C., y Nagy, I.B. (Comps). Terapia Familiar y Familias en Conflicto. Fondo de Cultura Económica: México. 1985. pp. 28-46
- Haley, J. (1970) Approaches to Family Therapy. Int. J. Psychiat. 9:233-242. In Haley, J. 1980. Tratamiento de la Familia. Toray, Barcelona. 21:227-328. El trabajo original fue presentado en el Primer Congreso Argentino de Psicopatología

- del Grupo Familiar, Buenos Aires, 1970.
- Haley, J. (1973) "La drogadicción y la familia". en Andolfi, M., y Zwerling, I. (Comps.) Dimensiones de la Terapia Familiar. Paidós: Buenos Aires, 1985. p. 50.
- Haley, J. (1976) Problem Solving Therapy. San Francisco: Jossey Brass.
- Haley, J. (1978) "Ideas wich handicap therapist", en M.M. Berger (Comp.), Beyond The double bind: Communication and family sistems. theories. and techniques with schizoprenics. New York, Brunner/ Mazel, 1978, 65-82,
- Haley, J. (1980) Terapia no Convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Amorrortu, Buenos Aires.
- Hall, A.D., y Fagen, R.E. (1956) "Definition of System" General Systems Yearbook, 1: 18-28. en Pragmatics of Human Comunication. Watzlawick, P., Helmick, B.J. y Jackson, D.D. Norton & Company, Inc., 1987. pp. 144-172.
- Hernández, M.A., Narro, L. (1987) Como somos los mexicanos Ed. Centro de Estudios Educativos, A.C.
- Hill, R. (1970) Family development in three generations, Cambridge, Schenkman. en Simon, F.B., Stierlin, H., y Wynne, L.C. Vocabulario de Terapia Familiar. Gedisa: Argentina. 1988. p. 56.
- Jackson, D.D. (1965) "The study of the family". Family Process. 4, 1-20.
- Jackson, D.D. (1967) Handbook of Family Therapy. Gurman & Kniskern, New York: Brunner/ Mazel.
- Jackson, D.D. Comp. (1968) Human Comunication, Vol. 1: Comunication, family, and marriage, Vol. 2: Therapy, comunication, and change, Palo Alto, Science and Behavior Books. en Simon, F.B., Stierlin, H., y Wynne, L.C. Vocabulario de Terapia Familiar. Gedisa: Argentina. 1988. pp. 351-353.
- Jackson, D.D., Weakland, J. (1969) Conjoint Family Therapy: Some Considerations on Theory Technique and Results. Psychiatry, Vol. 24.
- Jackson, D.D. Comp. (1984) Comunicación Familia y Matrimonio. Ed. Nueva Visión: Buenos Aires. p. 16.
- Jacob, T. (1975) Family interaction in disturbed and normal families. A methodological and substantive review. Psychological Bulletin. 82,133-165.
- Keller, A.B. (1973) "Patient attrition in five México city family planning clinics" en Un Estudio Social Psicológico de la Planificación Familiar. de pick de Weiss, S., Siglo XXI. México, 1979. p. 28
- Kerlinger, F.N. (1983) Investigación del Comportamiento. Interamericana, México.
- Leñero Otero, L. (1983) El fenómeno familiar en México. Su estudio sociológico. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales A.C.
- Lidz, T. (1963) The family and human adaptation: three lectures. New York. International Universities Press.

- Lidz, T. (1976) The person. (rev. ed.) New York: Basic Books.
- Linton, M. (1983) Manual Simplificado de Estilo. Trillas, México.
- Lipper, S., y Fsigenbaum, W.M. (1976) Obsessive compulsive neurosis after viewing the fetus during therapeutic abortion. Am. J. Psichoter. 30:666.
- López, G.G. (1991)a. Aborto: Chiapas y su repercusión. Fem. Edit. Nueva Cultura Feminista, S.C. México, D.F. 15: 98, 11-14.
- López, G.G. (1991)b. Aborto: Un debate continuo. Fem. Edit. Nueva Cultura feminista, S.C. México, D.F. 15: 100, 33-36.
- López, G.G. (1991)c. Debate sobre el aborto: Seguimiento. Fem. Edit. Nueva Cultura Feminista, S.C. México, D.F. 15: 102, 27-29.
- Lovera, S. (1989, marzo 27) El aborto clandestino: Quinta causa de muerte en México, IMSS. La Jornada. México. pp. 1, 10.
- Lovera, S., y Castellanos, L. (1989, Mayo 8) Quienes abortan. La Jornada. México. p. 13.
- Lovera, S. (1992, marzo 2) Lagislar sobre el aborto, propone el BM a 10 países latinoamericanos: Inicia la cámara de Diputados consultas para presentar un proyecto legislativo en noviembre. La Jornada. México. p. 3.
- Lowman, J. (1980) Measurement of family affective structure. Journal of Personality Assesment, 44 (2), 130-131.
- McGoldrick, M (1977). "Some data on death and cancer in schizophrenic families", en McGoldrick, M. y Gerson, R. Genogramas en la Evaluación Familiar. Gedisa: México, 1987. p. 19.
- McGoldrick, M. & Walsh, F. (1983) "A systemic view of family history and loss", en Wolberg, L.R. & Aronson, M.L. (comps.) Group and Family Therapy. New York, Brunner/Mazel.
- McGoldrick, M. y Gerson. R. (1987) Genogramas en la Evaluación Familiar. Gedisa: México.
- Millet, K. (1975) Política sexual. Aguilar. México. p. 19.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerny, B.C., Jr., Rosman, B.L., & Shumer, F. (1967) Families of slums: An exploration of their structure and Threatment. New York. Basic Books.
- Minuchin, S. (1974) Familias & Family Therapy. Harvard University Press, Cambridge, Massachusets. pp. 58.60.
- Minuchin, S. (1978) Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge Harvard University Press. p. 16.
- Minuchin, S. (1979) Familias y Terapia Familiar. (Trad. de Victor Fishman). México: Gedisa Mexicana, S.A. (Trabajo Publicado en 1974).
- Minuchin, S., Fishman, H. (1981) Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós

Ibérica, S.A.

- Neubardt, S., & Overstreet, E.W. (1975) El aborto. Life International, 12: 99.
- Novaes, S.B. (1982) Les recidivists, Recidivists (repeat abortions). Revue Francaise de Sociologie, Jul-Sep, 23(3), 473-485. (Del PSYCINFO Corp. Am. Psych. Assn.), 1982, 69, Resumen N°.12622).
- Núñez, C.J. (1978) Aspectos legales del diagnóstico prenatal. Rev. Invest. Clínic. Fac. Méd. México. 30: 321.
- Obel, E.B. (1979) Fertility Following legally induced abortion. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 58 (6), 539-542.
- Obel, E.B. (1980) Risk of spontaneous abortion following legally induced abortion. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 59 (2). 131-135.
- Offer, D., & Sabshin, M. (1976) Normality. en Normal Family Process. Froma Walsh, Guilford Press, New York, 1982.
- Ordóñez, B.R., Castelazo, A., Sánchez, N.C. (1974) Algunos aspectos de actualidad en el aborto inducido. Simposio.
- Ordóñez, B.R., Mateos, F.M., Sánchez, N.C. (1974) Historia natural del aborto. Rev. Méd. Méx. 17:4
- Parra, A. (1991, Julio 3) "Pacto federal por la maternidad voluntaria". La Jornada, México. p. 28.
- Paz, O. (1970) El Laberinto de la Soledad. Ed Trillas, México.
- Pendagast, E. G., Sherman, C.O. (1977) "A guide to the genogram", en McGoldrick, M. y Gerson, R. Genogramas en la Evaluación Familiar. Gedisa: México, 1987, p. 19.
- Pick, W.S., López, A.L. (1982) Como Investigar en Ciencias Sociales. Trillas, México.
- Price, D. (1979) Normal functional, and unhealthy. Family Coordinator. 28, 109-114.
- Ramírez, S. (1977) El Mexicano. Psicología de sus motivaciones. México: Ed. Grijalbo.
- Riskin, J., & Faunce, E. (1972) An evaluative review of family interaction research. Family Process. 11, 365-455.
- Riskin, J. (1976) Non-labeled family interaction: Preliminar report on a prospective study. Family Process. 15, 433-439.
- Robert, A.L. y Pasini, W. (1974) Sexualité el ginecologie psychosomatique. Masson: París, en Abraham, G., y Pasini, W.1980. ibidem.
- Schroeder, R.C. (1975) Políticas de población en el mundo. Population Reference Bureau. Inc. 5: 2.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1978) Paradox and Counterparadox. New York: Jasson Aronson.
- Simon, B.F., Stierling, H., Wynne, L.C. (1985) The language of family therapy: A

- Systemic Vocabulary and Sourcebook. New York: Family Process Press. (versión en castellano; Vocabulario de terapia familiar Gedisa: Argentina, 1988).
- Sluzki, C.E., & Ranson, D.C. (Eds.). (1976) Double-bind: The foundation of the communicational approach to the family. New York: Grune & Stratton.
- Steinhott, P.G., Smith, R.G., Palmore, J.A., Diamond, M., Chung, C.S. (1979) Women who obtain repeat abortions: A study based on record linkage. Family Planning Perspectives, 11(1), 30-31, 33-38. (del Mental Health Abstracts, 1979, 86, Resumen N° 33678).
- Terkelson, K.G. (1980) "Toward a theory of the family cycle". In Carter, E., & McGoldrick, M. (Eds.) The family life cycle. New York: Gardner Press.
- Valle, G.A. (1990, julio 2) Legalizar el aborto, urgente acción humanitaria. Doble Jornada (sup. Mens.), La Jornada, México. pp. 4,5.
- Varela, F. (1988) El círculo creativo; Esbozo histórico natural de la reflexividad, en Watzlawick, P. (comp.), La Realidad Inventada, Gedisa, Argentina, 1988. 4., pp. 251-261.
- Walsh, F. (1979) Breaching of family generation boundaries by schizophrenics, disturbed and normals. International Journal of Family Therapy, 1, 254-275.
- Walsh, F. (1982) Normal family process: Implications for clinical practice. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (1983) The timing of symptoms and critical events in the family cycle. en McGoldrick, M., y Gerson, R. Genogramas en la Evaluación Familiar, Gedisa, México, 1987. pp. 86-99.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., y Jackson, D.D. (1967) Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes. New York, W.W. Norton & Co. (Versión castellana: Teoría de la comunicación humana, Barcelona, Herder, 1983. 3ª. ed.).
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1974) Change: Principles of problem formation and problem resolution, New York, W.W. Norton & Co. (Versión castellana: Cambio, Barcelona, Herder, 1981, 3ª. ed.).
- Weakland, J.H., Fisch, R., Watzlawick, P., y Bodin, A.M. (1974) Brief therapy: Focused problem resolution. Family Process, 13: 141-168.
- Weiss, S.P. (1976) Porque quiere la gente hijos, Manuscrito inédito.
- Weiss, S.P. (1979) Un estudio social psicológico de la planificación familiar, Siglo XXI Editores, México. pp. 53-57.
- Wynne, L.C. (1961) The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory therapy. In N. Ackerman, F.L. Beatman & S.N. Sherman (Eds.). Exploring the base for family therapy. New York: Family Service Association of America. 95-115.