

370825
A
20



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

LA DEPRESION EN MUJERES QUE ACUDEN A
REALIZARSE UN ABORTO.

TESIS QUE PRESENTA:
YESSICA FABIOLA CASTILLO OLVERA
LORENA LILIA PARDO LLANOS
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ASESOR DE TESIS: LIC. JOSE LORENZO SANCHEZ IRIANDA

MEXICO, D. F.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi Padre y Madre:

Javier y Tere;
con respeto, cariño y admiración

A mis Abuelos:

Guillermo y Josefina,
Por su incondicional apoyo.

A mi hermana:

|||

Agradecemos a :

Lic. José Sanchez Irianda
Ing. José Luis Gutiérrez
Ing. Rafael Santillan
Dr. Víctor Manuel Perez
Lic. Ana Carolina Fontes Martínez
Margarita Olvera
Raúl Ortiz

Por su colaboración en este trabajo.

GRACIAS.

A todas las personas que me apoyaron:

**A ti Mamá, a ti Papá, Pepe y Mónica.
Y muy especial a mi amiga Yessica y Daniel.**

Agradecemos a :

Lic. José Sanchez Irianda
Ing. José Luis Gutiérrez
Ing. Rafael Santillan
Dr. Víctor Manuel Perez
Lic. Ana Carolina Fontes Martínez
Margarita Olivera
Raúl Ortiz

Por su colaboración en este trabajo.

GRACIAS.

CAPITULO I

	Página
1.1 Concepto de depresión	16
1.2 Antecedentes de la depresión	20
1.3 Teorías de la depresión	23
Teorías Psicoanalíticas Sigmund Freud Otto Finchel Melanie Klein	
1.4 Consecuencias Psicológicas en la mujer que aborta	31
1.5 Teoría Cognoscitiva	35
1.6 Características de la depresión	46
1.6.1.Síntomas Físicos	
1.6.2.Síntomas Orgánicos	
1.6.3.Características Conductuales	
La Tristeza La Culpa La Angustia Inhibición Suicidio Trastornos del pensamiento	
1.7 Clasificación de la depresión	55
1.8 Algunas Investigaciones Realizadas	57

CAPITULO II

	Página
2.1 Antecedentes del aborto	59
2.2 Definición del aborto en México	68
2.3 Tipos y Clasificaciones de aborto	71
Inducido	
Espontáneo	
2.4 Procedimientos a los que recurre la mujer cuando decide abortar	75
2.5 Algunas Investigaciones	85

CAPITULO III

	Página
3.1 Breve Historia de la Mujer Mexicana	90
3.2 Estructura Psicológica de la mujer en la familia Mexicana	95
3.3 Situación psico-social de la mujer que aborta en nuestro país.	99

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

	Página
4.1 Problema	103
4.2 Objetivo General	103
4.3 Objetivo Específico	103
4.4 Hipótesis	104
4.5 Variables	104
4.5.1 Definición de variables	105
4.6 Población	106
4.7 Muestra	106
4.7.1 Tipo de muestreo	106
4.7.2 Tamaño de la muestra	107
4.7.3 Técnica de muestreo	107
4.8 Tipo de estudio	107
4.9 Instrumento	108
4.10 Procedimiento	114

CAPITULO V

RESULTADOS

	Página
5.1 Análisis de los resultados	116
5.2 Conclusiones	120
5.3 Sugerencias	126
Bibliografía	129
Anexos	134

RESUMEN

Durante los últimos años, las investigaciones sobre aborto y depresión han aumentado, dada la situación actual de nuestra sociedad, ya que ambos son problemas de índole biológico, psicológico y social.

La presente investigación aporta un estudio más por el interés de estos dos factores, que están afectando nuestra realidad, en donde la mujer juega un papel primordial. Ya que como es citado en la Conferencia sobre Maternidad sin riesgo (1987) , se concluye que el aborto clandestino causa aproximadamente del 25 a 50 % de muertes así como otras alteraciones de orden afectivo, dado por no tener información suficiente sobre control natal o acceso a intervenciones seguras para las complicaciones del aborto .

La investigación consta de tres capítulos , en los cuales el primero describe en forma general conceptos, antecedentes, características, síntomas y las diferentes corrientes psicológicas que han estudiado la depresión.

El segundo capítulo describe antecedentes, conceptos, prácticas y métodos utilizados para el aborto .

Y el tercer capítulo es una descripción de la mujer a través de las diferentes etapas de la historia . Este capítulo pretende esquematizar las características de la mujer para así entender las razones que le llevan a la práctica de un aborto.

El objetivo es identificar depresión en mujeres que acuden a practicarse un aborto, las variables fueron la edad, estado civil, escolaridad y ocupación. Utilizándose un muestreo no probabilístico que constó de 35 sujetos. Se eligieron arbitrariamente a los sujetos, siendo una investigación de campo, descriptiva y transversal.

Finalmente para determinar si existía relación entre la depresión y el aborto se aplicó la escala de automecisión de la depresión (Zung) . El método estadístico utilizado fue el análisis de varianza que nos permitió responder a la hipótesis planteada.

INTRODUCCIÓN

En México como en la mayoría de los países del mundo se reconoce que todos los individuos tienen el derecho para decidir el número de hijos y el momento del nacimiento de sus hijos, de acuerdo a sus propias decisiones y de sus convicciones sociales éticas o religiosas.

Se considera además que este derecho de planificar la familia, puede ser por los diferentes métodos anticonceptivos, ya sean naturales o artificiales, lo cual les permite, en mayor o menor grado, una eficiencia en la regulación de su fertilidad.

Esto nos hace pensar que dado el caso en que fallara el método anticonceptivo hay dos caminos a seguir: La mujer acepta continuar el embarazo, o bien recurre a algún procedimiento para interrumpirlo antes de que el feto adquiera la capacidad de sobrevivir y mantener una vida fuera del seno materno. Este último procedimiento recibe el nombre de "aborto inducido o provocado"

El aborto inducido es de nuestro interés porque es una realidad que se practica y que puede traer serias complicaciones para la mujer que se somete a este tipo de operación, las cifras reportadas tanto en México como en el resto del mundo son significativas y alarmantes ya que hay mucha muerte materna por abortos mal realizados.

Los abortos realizados en buenas condiciones higiénicas y seguras representan muy elevados costos, esto hace que las mujeres que cuentan con recursos económicos sean las únicas que puedan pagar a un médico.

La depresión es un factor que puede acompañar a la mujer que decide abortar , ya que aunque se realice el aborto en condiciones seguras y con anestesia no deja de ser una secuela importante en la vida de la mujer , y aunado a la crítica social y moral que cada persona tenga del tema hace más difícil una recuperación de los sujetos.

La investigación en el primer capítulo se remontará a la cultura Occidental en donde los Griegos tienen sus primeros ensayos acerca de lo que hoy se conoce como depresión hasta llegar a la época actual, y de como se ha ido desarrollando esta enfermedad, el concepto de la depresión será enfocado en las diferentes corrientes tanto Psicológicas, como para el Psiquiatra y el Neurofisiólogo, posteriormente se tratarán las diferentes teorías que han hablado acerca de la depresión, retomándose la Psicoanalítica, con sus diferentes representantes como Freud, Otto Fenichel y Melanie Klein; y por otra parte la teoría cognoscitiva con Beck. Para una mejor comprensión se hace una división de las características físicas, orgánicas y conductuales de la depresión, se diferencia depresión psicótica de la neurótica, presentando también algunas investigaciones realizadas en torno a la depresión.

En el segundo capítulo se hablará de como se ha desarrollado el aborto en diferentes épocas y lugares hasta llegar al México contemporáneo, así como del concepto aportado por diferentes autores y sus diferentes clasificaciones, se retoma lo que dice el código penal acerca del aborto así como algunos artículos que se considero importante plantear; se diran las diferentes formas a las que recurre la mujer cuando está decidida a abortar dándose una explicación de los métodos y recursos a los que recurre. Finalizando con algunas investigaciones que tratan el tema.

El tercer capítulo se planteó para poder comprender a la mujer y su historia a través del tiempo y de como desde la conquista ha ido cambiando y evolucionando para poder adquirir y modificar los conceptos que se tienen de ella, y poder ver que existe un dilema, el seguir un embarazo o el prepararse para poder alcanzar un mejor nivel de vida.

El objetivo de la investigación es determinar si existe depresión en mujeres que acuden a practicase un aborto , para este fin se contactó una clínica que proporcionó a las sujetos que iban saliendo de la intervención para así poderles proporcionar el cuestionario de Autoaplicación de la depresión (Zung) y determinar si existía o no tal depresión , la muestra fue de 35 sujetos, en un muestreo no probabilístico ya que eran las sujetos que iban llegando a realizarse la intervención , fue un estudio de campo porque se realizo en la clínica donde se practicaba la intervención, es descriptivo y transversal, ya que unicamente describirá las características más importantes del fenómeno y en un momento determinado.

Para poder responder a las hipótesis planteadas se utilizó el método estadístico de análisis de varianza , llegando a la conclusión de que contrario a lo que se suponía las sujetos no cuersaban con depresión.

MARCO TEORICO

1.1 CONCEPTO DE DEPRESION

A través de la revisión bibliográfica realizada, uno de los factores que dificulta la comprensión del concepto depresión es la percepción que cada corriente psicológica y psiquiátrica le atribuye. Mendels (1982), menciona que son muchas las teorías que proponen explicaciones sobre las causas de la depresión patológica y considera a éstas dentro de dos grandes grupos: "Los que afirman que la depresión es primariamente una perturbación del estado de ánimo, es decir, un trastorno afectivo, y los que sostienen que la depresión es primariamente un trastorno cognoscitivo, a saber, una perturbación en el proceso mental". (P.57,58),

El Psiquiatra, Dr. Ramón de la Fuente (1975) P.508, establece que "depresión es la expresión común de una variedad de procesos que pueden iniciarse a nivel orgánico o psicosocial y que posiblemente comparten un mismo sustrato. Así, la confusión entre depresión y otros estados de ánimo, patológicos o no tales como la tristeza, el pesimismo o el aburrimiento tiene consecuencias para el enfermo". Menciona que el reconocimiento y el manejo adecuado de la depresión influyen substancialmente en la clase de medicina que se practique.

"Para el neurofisiólogo el término depresión se refiere a cualquier decremento en la actividad fisiológica como es la depresión cortical, o es la expresión de una carencia en el metabolismo de los neurotransmisores aminérgicos" (Sabanés, 1993 P.13.)

Para el Psiquiatra, el término depresión cubre un amplio rango de cambios en los estados emocionales. Este rango puede ir desde fluctuaciones leves a severas en la conducta de la vida diaria del paciente, llegando hasta episodios psicóticos severos (Sabanés ,1993.)

Caso(1979) Proporciona el siguiente concepto:

La Depresión puede definirse como un síndrome que se caracteriza por los siguientes síntomas cardinales primarios:

a) Humor esencialmente depresivo: El enfermo se siente triste, deprimido, sombrío. En ocasiones abrumado por la tristeza y la desesperanza. Es frecuente que tenga ideas de acabar con su vida. Tiene falta de esperanza en el futuro y asentado pesimismo. puede mostrarse angustiado o indiferente. El enfermo se siente solo y llora con facilidad, afirma que a perdido el interés y el entusiasmo.

b) Dificultad para pensar (inhibición de la Ideación): La Ideación es pobre, inhibida, la indecisión domina el pensamiento y provoca ansiedad. Son frecuentes los pensamientos obsesivos de tipo egocéntricos. Los enfermos se quejan de la dificultad para concentrarse ya que no pueden retener lo visto, lo oído o leído.

c) Retardo Psicomotor (Inhibición de la iniciativa) o angustia y agitación: La iniciativa se encuentra Inhibida. Los enfermos ejecutan los movimientos con lentitud, se cansan fácilmente, salen poco de casa, y cuando lo hacen, es en forma forzada. Muchas veces dejan de trabajar, hablan en voz lenta, en ocasiones con monosílabos . Otros hablan de sus molestias siempre con voz quejumbrosa. algunas veces se presenta agitación psicomotriz.

d) Trastornos somáticos diversos: Los principales son los trastornos del sueño y trastornos del apetito. También son frecuentes las cefáleas. El enfermo se siente solo, llora fácilmente, él mismo dice que ha perdido el interés y el entusiasmo, los pensamientos son pobres, la indecisión domina al pensamiento y provoca ansiedad. Los enfermos se quejan de dificultad para concentrarse y de que su iniciativa se encuentre inhibida. Se cansan fácilmente .(Caso, 1979 pag. 783-786.).

Freud P.180 (1917) concluía su definición de la siguiente forma: " La depresión es un proceso narcisista dirigido hacia el interior en vez de estarlo hacia el exterior marcado por un carácter sadomasoquista y una dependencia oral exagerada. ".

En las últimas clasificaciones que se han hecho encontramos que las depresiones se incluyen en el grupo de los trastornos afectivos.

La razón de esta clasificación no es otra cosa que considerar como rasgo característico de la depresión la alteración de la capacidad afectiva, que es patente no sólo en el caso de la tristeza, sino también en la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean.

El concepto de Depresión que engloba lo arriba citado es el que maneja el Dr. Sabanes (1993, p.25) que afirma: " Es una evidente alteración de la capacidad de captar, sentir y manifestar los afectos."

A nuestro juicio el modelo cognoscitivo elaborado por Beck en 1970 y en 1976 atribuye un papel fundamental al pensamiento y al juicio de los pacientes depresivos en el desarrollo y el mantenimiento de la depresión . De acuerdo con Beck las personas que desarrollan una depresión manifiestan una alteración previa en la manera de pensar que provoca la alteración en el estado de ánimo.

1.2 ANTECEDENTES DE LA DEPRESION

El vocablo "Depresso" proviene del Latín que significa hundimiento.

Desde la más remota antigüedad y en diferentes culturas existen descripciones del inexplicable fenómeno depresivo. Son parecidas a las de hoy, aunque expresadas en diferentes lenguajes y con interpretaciones religiosas o mágicas, o de tipo científico oficial según los criterios de la época.

En la cultura Occidental, la cual casi todo su precedente se encuentra entre los Griegos, las escuelas organistas o llamadas Biologistas intentaron explicar el trastorno a partir de errores, insuficiencias o intoxicaciones de tipo material, de ahí la explicación clásica de la escuela griega que entendía a la depresión como un exceso de humor o bilis negra.

En las Sagradas Escrituras hay varios relatos minuciosos acerca de estados depresivos; por ejemplo la de un Rey enemigo de Israel que "lleno de turbación púsose en cama y enfermó de tan intensa pena que permaneció así en aquel lugar muchos días, porque iba aumentando su tristeza de forma que pensó que se moría de tan abatido y oprimido de pesares de como se encontraba." (Vallejo 1989 p.40 Este podría ser el resumen de muchas historias clínicas de deprimidos actuales: Contiene Insomnio, tristeza, sensación de muerte, inactividad, etc.

Al eclipsarse la cultura Greco-Romana en Occidente los eruditos y pensadores son casi todos religiosos, aquí aparece un enfoque nuevo de la depresión, "El espiritual". Esta interpretación de la enfermedad como una alteración del espíritu, de carácter probablemente sobrenatural, tuvo notables consecuencias en la Edad Media y es cuando se denominan endemoniados a los sujetos con trastornos Psiquiátricos (Ackernecht, 1959).

Algunos de los libros sobre la depresión de fines del siglo XVI y del XVII causaron gran impacto en su tiempo y siguieron reeditándose hasta entrado el siglo XIX. Destacan "A Treatise of Melancholy" de Bright, y el famoso "Anatomy of Melancholy" de R. Burton publicado en 1624 y que influyó en el pensamiento clínico durante dos siglos, este libro formaría parte de los pilares para la base de la clasificación de los estados depresivos (Ackernecht, 1959).

Fue en la época de la Revolución Francesa y de la renovación del Espíritu Humanístico, y con la idea acuñada por Pinel de "Romper las cadenas de los alienados", cuando la medicina empezó a mostrar un interés más acusado por las enfermedades mentales, entre ellas la depresión. (Sabanés 1993).

A principios de nuestro siglo, la teoría del Inconsciente propuesta por Sigmund Freud hizo tambalearse a muchas conceptualizaciones ya existentes y entendió a la enfermedad mental como un proceso dinámico e individualizado. En los últimos años el gran desarrollo de las llamadas ciencias básicas (Biofísicas, Bioquímicas,

etc) y de la Psicología conductual y cognitiva han aportado nuevas luces sobre la Génesis y el tratamiento de la depresión.

De esta forma hoy en día se sabe mucho más sobre cómo es la enfermedad y cómo debe tratarse, aunque algunos autores sigan sin saber con claridad absoluta por qué se produce.

1.3 TEORIAS DE LA DEPRESION

FREUD

Freud (1917) , para él la melancolía era un concepto fluctuante que se presentaba en múltiples formas clínicas las cuales sugerían afecciones somáticas más que psicógenas.

La conjunción de la melancolía y duelo parecen justificadas según Freud por el cuadro total de estos dos estados . El duelo es por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A muchas personas se les observa, en lugar de duelo, melancolía. Además de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se ocurre considerarlo un estado patológico, ni remitirlo al médico para su tratamiento. Se confía en que pasado cierto tiempo, se le superará, y se juzga inoportuno y aun dañino perturbarlo.

En un intento de sistematizar el trastorno maníaco-depresivo, en 1911 Abraham (citado en Freud ,1917) comparó la depresión con el duelo luctuoso . Según este autor la diferencia esencial entre depresión y duelo luctuoso radica en que la persona afectada por el duelo luctuoso es consciente de su preocupación por la pérdida de un ser querido y , en cambio el individuo depresivo está inmerso en imprecisos sentimientos de pérdida , de culpa y de poca autoestima. Según este autor el individuo depresivo interioriza la pérdida como un rechazo de sí mismo y la

confunde o la relaciona inconscientemente con sus propias experiencias tempranas .

Para Freud (1917) la melancolía se singulariza en lo anímico por una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda la productividad y un aumento en el sentimiento que se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. Además de existir una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, y un enorme empobrecimiento del yo. El enfermo describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; y espera repulsión y castigo. El cuadro se completa con el Insomnio, el rechazo del alimento y un desfallecimiento.

Ahora bien , en la melancolía, el examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto, pudiendo ser ésta pérdida real o de naturaleza ideal; esto ocurre por que, se supone una pérdida pero no se atina a discernir lo que se perdió, y con mayor razón se puede pensar que tampoco el enfermo puede captar en su conciencia lo que ha perdido. Aun siendo notorio para el enfermo la pérdida que es ocasionadora de la melancolía; cuando él sabe a quien perdió, pero no lo que perdió en él, esto lleva a una pérdida de objeto, que a diferencia del duelo no hay nada Inconsciente en lo que atañe a la pérdida ni perturbación del sentimiento de sí.

La tendencia a culpabilizarse y los autoreproches del individuo depresivo están dirigidos en realidad, de manera inconsciente a la persona perdida. El individuo depresivo asume los atributos que percibía en esa persona y a partir de ese momento la depresión se convierte en un proceso narcisista dirigido hacia el interior de la persona, en lugar de estar dirigido hacia el exterior.

El resultado de la melancolía no es normal, ya que la libido se tendría que pasar de ese objeto a un desplazamiento nuevo, pero en consecuencia queda libre y como no se desplaza sino que recae sobre el yo, sirve a este para hacer una identificación del yo con el objeto resignado. De esta manera la pérdida de objeto se muda a una pérdida del yo.

La relación con el objeto no es en ella simple; la complica el conflicto de ambivalencia. Por lo que hay una batalla parcial por el objeto, una pugna por desatar la libido del objeto, y el otro por salvar esa posición libidinal.

De esta batalla, sobreviene un desenlace característico de la melancolía. Este consiste en que, la investidura libidinal amenazada abandona finalmente al objeto para retirarse al lugar del yo. Tras esta regresión de la libido, el proceso puede devenir consciente y se presenta ante la consciencia como un conflicto entre una parte del yo, y la instancia crítica. Por consiguiente lo que la consciencia experimenta del trabajo melancólico no es la pieza esencial de su problema.

OTTO FENICHEL

Para Otto Fenichel (1944 - 45) la depresión se presenta en casi todas las neurosis y en su forma más intensa como un estado psicótico de la melancolía .

Para él, La depresión se basa en la fijación del estado en el que su autoestima es regulada por suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa han hecho regresar a ese estado, siendo una necesidad vital de tales suministros .

Se habla de una fijación pregenital, y una dependencia oral.

Algunas de las características de las personas que lo padecen, Fenichel las califica como " Adictos al amor", ya que recurren a suministros que procuren su satisfacción sexual, elevando simultáneamente su autoestima .

Otra característica , es la dependencia y su tipo narcisístico de elección de objeto. La relación de objeto, se halla mezclada con rasgos de identificación y tiende a cambiar de objeto con frecuencia ya que ningún objeto es capaz de satisfacerlos.

Dentro de los acontecimientos que dan origen a una depresión se encuentra la pérdida de la autoestima o pérdida de suministros.

En la fenomenología , se halla una pérdida más o menos grande de autoestima debido primeramente a la falta de suministros externos y en segundo lugar a la falta de suministros internos del superyó .

La actitud característica no es tanto la de "Nadie me quiere" o "Todos me odian" ; como la de "Me odio a mi mismo". El paciente depresivo no puede quererse a sí mismo más de lo que puede querer a los objetos externos, ya que es tan ambivalente consigo mismo como lo es con los objetos.

Fenichel (1944 - 45) hace referencia de cómo Freud compara la depresión con un fenómeno normal llamado duelo; y afirma que cuando una persona se relaciona con un objeto crea un vínculo . La disolución del vínculo se va dando separadamente para cada uno de estos recuerdos, lo cual lleva tiempo y a esto se le conoce como "Trabajo de duelo". Toda persona en trabajo de duelo trata de simplificarlo creando un mecanismo de defensa : "La regresión" (O.Fenichel 1944 - 45).

Para una persona normal es más fácil aflojar los lazos que la unen a un objeto introyectado que aquellos que la atan a uno externo . Por eso al realizar la introyección facilita el desligamiento final con el objeto; En este sentido, el duelo se compone de dos actos: El primero la introyección y el segundo poner fin a los lazos de unión del objeto introyectado .

Para Otto Fenichel las personas deprimidas trata de anular la pérdida, pero en lugar de anularla la agrava más con una introyección patognómica (síntoma que caracteriza una enfermedad) del objeto ambivalente amado .

La introyección es un intento por anular la pérdida del objeto pero es también un intento de lograr una unión " Mística" con una omnipotente persona externa, de transformarse en el "Compañero"; es decir, convertirse en sustancia de éste y hacer que él se transforme en sustancia de uno mismo.

Después de la introyección, el sadismo se pone de parte del superyó y ataca al yo, que ha sido modificado por la introyección desarrollando sentimientos de culpa. El superyó trata al yo de la misma manera, que el sujeto, inconscientemente había querido tratar al objeto que ha perdido .

En una situación normal prevalece el estado protector. En la depresión, este aspecto protector ha sido abolido por la regresión. El yo , sin embargo no cesa en sus intentos de reconciliación .Y el proceso depresivo tiene la apariencia de un intento de reparación destinado a restaurar la autoestima que ha sido lesionada.

Los deprimidos conducen su lucha por mantener la autoestima de una manera similar a como lo hacían cuando niños , bajo la influencia de fijaciones orales.

MELANIE KLEIN

Para introducirnos en el tema es necesario proporcionar un breve esbozo acerca de cómo el niño se desarrolla hasta una etapa que permite que la depresión aparezca por primera vez.

Desde el más temprano período de la vida, un aspecto de estas actividades es la de respirar aire, succionar leche, eliminar agua y heces, moverse y dormir; Todas estas actividades en el niño son normalmente placenteras, si alguna de ellas es frustrada, el niño se enoja . Un aspecto de estas actividades en especial, es la dirección del movimiento o intercambio entre los que pueden llamarse los mundos Interno y externo, o la dirección del intercambio entre estos mundos Interno y el externo. Sólo lentamente en el evolucionante esquema de las cosas se incluye la "gente", como la conoce el adulto . Con anterioridad, el mundo se compone de lo que el adulto llamaría "partes", pechos, caras, manos, etc. Sólo lentamente en el esquema de las cosas aparece un "yo" como persona "total" y "otras" personas como "personas totales"; sólo lentamente surgen las distinciones entre lo que más tarde se llamarán percepciones, recuerdos, imágenes, etc. A lo largo de esta línea evolutiva pueden descubrirse puntos decisivos, y parece que en uno de ellos la depresión se hace factible por primera vez. Es en relación a la manera en que surgen y son manejados estos tempranos sentimientos depresivos que podemos ver y comprender los síntomas de las depresiones posteriores y la forma en que puedan ser manejados. Es aquí donde vemos los comienzos del desarrollo de la tolerancia normal de la depresión de las maneras normales de tratar con ella, y también los comienzos de los estados depresivos patológicos

A juicio de Klein (1940) todos los niños atraviesan por un estado evolutivo al que llama actitud depresiva y que en su opinión, está caracterizado por un período de tristeza , temores y culpa. Al sentirse frustrado por la carencia o pérdida del amor, el niño se vuelve contra la madre y desarrolla fantasías de tipo sádico y destructivo dirigidas hacia ella .

Esta situación provoca en el niño estados de ansiedad y de culpa. Además debido a la incapacidad del niño para distinguir el mundo exterior (madre) del interior (él mismo) y de las imágenes que interioriza de la madre, todo se transforma en un intenso temor a autodestruirse.

La base patológica para el desarrollo de la depresión en la edad adulta se da cuando el niño no ha comprobado que la madre a la que odia y a la vez ama es la misma persona. Esto es una falla en la institución del objeto bueno interno .

La forma más temprana de depresión es el sentimiento que resulta: Primero, de la comprensión de que es el mismo yo el que puede amar y puede odiar; Segundo, de la comprensión de que el yo puede tanto amar como odiar al mismo objeto, y Tercero, es la comprensión de que el mismo objeto puede a la vez ser gratificante o frustrante, o puede aparecer como amante o maligno .(W.Clifford M.Scott 1946, artículo incluido en Obras Completas Melanie Klein).

1.4 CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DE LA MUJER QUE ABORTA: A continuación se hablara del aborto y sus consecuencias psicológicas retomándose conceptos y autores de la corriente psicoanalista que se consideran importantes para el tema.

Cuando se presenta un aborto existe una depresión para elaborar el duelo por la pérdida. Su intensidad varía desde reacciones maníacas y fobias hasta los cortes paranoides como podrían ser de esterilidad, perforaciones uterinas , etc.

Las variaciones para elaborar el duelo están de acuerdo al grado de desviación de la personalidad antes de ocurrir el aborto , por la capacidad yoica para tolerar la ansiedad, culpa, reparación y por las condiciones afectivas y sociales en que el aborto se realiza. (Aray. 1962).

Julio Aray en su libro Aborto , hace un análisis del duelo en los casos de aborto como son:

1. Relación previa con el objeto muerto.

a) ambivalencia. Es la presentación simultánea de sentimientos de amor y odio hacia un mismo objeto y este sentimiento antagónico genera culpa y negación que en una personalidad inmadura puede llevar a la anulación de todo duelo. Esta ambivalencia aparece en la perturbación del duelo por el aborto en términos de una lucha entre el instinto de vida que tiende a la procreación y a la preservación de la especie, y al instinto de muerte, que tiende a la destrucción del feto. Según Armida Aberastury en Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños esta polaridad antagónica ocurre en menor escala en un embarazo normal y se hace más evidente en los casos de aborto.

El superyó también exige la interrupción del embarazo ;ya sea por la presión social o el juicio de realidad o por situaciones en que es necesario interrumpir el embarazo como en los casos particulares de que no se le desea , ya sea por incesto consumado, violaciones, etc. El aborto vivido como juicio de realidad (de que se ha matado a un ser) incrementa la culpa y la desesperanza. Y se considera que a mayor perturbación en el juicio de realidad mayor dificultad para realizar el duelo.

b) La falta de unión del objeto: El hecho de sufrir una pérdida , hace más difícil su reparación, pues el juicio de realidad (sino está muy perturbado) auxilia al Yo e impide su negación; con ello el trabajo de duelo se ve favorecido. Pero el hecho de que la mayoría de los abortos son de pocos meses y se realizan bajo anestesia, hace que se favorece la negación .

2) El duelo por el objeto

El feto abortado es un doble de la paciente (Julio Aray ,1962) ,es una parte de la personalidad que muere donde se han proyectado considerables fantasías vitales.

a) Las características del objeto: Su indefensión . Cuando más indefenso es un objeto, aumentan en proporción los sentimientos de culpa por el odio hacia el mismo, y se establece un círculo vicioso.

b) El triunfo sobre el objeto: El sentimiento de triunfo está estrechamente relacionado con los estados o defensas maníacas, particularmente con la denigración del objeto interno bueno, característico de la manía: Se ha observado que muchas pacientes tienen un verdadero sentimiento de triunfo ante un aborto. En éstas el duelo patológico se hace más complicado.

3) El daño al Yo corporal y psicológico.

Muchas veces, independientemente de como fue la relación previa con el objeto , y aún admitiendo que puede haber sido positiva, podrá resultar un duelo patológico determinado esencialmente por el estado del yo y por la perturbación inherente a su propio duelo. Sólo cuando el duelo por el yo ha sido bien elaborado y éste se haya recuperado suficientemente, se encontrará en condiciones adecuadas para elaborar en forma normal, el duelo por el objeto y repararlo.

Al profundizar en la psicopatología del aborto en el tratamiento psicoanalítico, aparece claramente este duelo por el yo; entonces son frecuentes las preocupaciones por el maltrato al cuerpo, y la culpa por haberse expuesto a sufrir el vaciamiento vaginal (castración). Observándose una esterilidad secundaria después del aborto, llamada "esterilidad funcional".

Lo que es también llamativo, y que no ha sido suficientemente investigado, es la participación del hombre en este duelo. También la pérdida del feto es una pérdida de "partes" del hombre, para ser más exactos, de un "doble" suyo con el que sea identificado parcialmente. Evidentemente no hay tanta participación

corporal como en la mujer que hace un aborto, pero muchos episodios depresivos, fracasos, situaciones fóbicas y paranoicas se comprenden mucho mejor si se estudian estas reacciones emocionales del aborto en el hombre y de la identificación de una parte de su yo con el feto abortado.

4) La intensidad y la calidad de la culpa:

Todo el cuadro del aborto está coloreado por la culpa que adquiere un carácter persecutorio, si bien ésta puede ser reprimida. Este sentimiento de culpa persecutoria también dificulta la labor del duelo. De acuerdo con L.Grinberg (1973), las emociones acompañantes de la culpa persecutoria serían el resentimiento, el temor, el dolor, los auto reproches, la desesperación y la desesperanza. En el caso extremo de culpa persecutoria es la melancolía. Estos elementos de la culpa persecutoria se encuentran constantemente en el análisis del aborto. Algunos autores como Rosen (1974) han descrito suicidios después de abortos provocados.

1.5 TEORIA COGNOSCITIVA

Antes de explicar en que consiste el modelo cognoscitivo de la depresión, es importante definir la depresión desde el punto de vista de Beck. Para él la depresión es un desorden afectivo, cuyas manifestaciones cognoscitivas (baja autoestima, desesperanza, desamparo) se consideran secundarias a la perturbación afectiva. Afirmaba que estas secuencias secundarias se presentan en sujetos normales como en depresivos. A diferencia de la cognición normal, la cognición depresiva es dominada por acontecimientos idiosincrásicos, dicha condición determinará la respuesta afectiva de la depresión.

El modelo cognoscitivo de la depresión se desarrolla de la observación clínica, sistemática y pruebas experimentales (Beck, 1963, 1962, 1967). El modelo cognoscitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

- 1.) La tríada cognoscitiva.
- 2.) Organización estructural del pensamiento depresivo (los esquemas).
- 3.) Procesamiento erróneo de la información.

1.) El concepto de la tríada cognoscitiva

Consiste de tres patrones cognitivos que causan que el paciente tenga una visión negativa de él mismo, su futuro y sus experiencias, desde un punto de vista ideocinético. El primer componente de esta tríada, hace que el paciente se vea a él mismo de manera negativa. Se percibe como defectuoso, no adecuado, enfermo o desprovisto. Este tipo de sujetos tienden a atribuir sus experiencias

implacenteras a aspectos psicológicos, morales o defectos físicos. Desde su punto de vista , él paciente cree, por los defectos que presume, que es indeseable y sin valor, por tal motivo se sobrestima y critica. Finalmente estos sujetos creen no tener atributos considerados esenciales para lograr la felicidad y la satisfacción.

El segundo componente de la triada cognoscitiva, consiste en la visión negativa para interpretar su futuro. Los pacientes sienten que el mundo les hace grandes demandas, y le presenta insuperables obstáculos para lograr y alcanzar sus metas . Mal interpretan su interacción con el medio ambiente animado o inanimado como representando ruina o privación. Esta mala interpretación es evidente cuando se observa como el paciente construye situaciones negativas cuando más razonable, es la realidad.

La persona depresiva puede relacionar que la interpretación negativa puede cambiar , si el paciente es persuadido a reflexionar sobre estas interpretaciones de la realidad. De esta manera, él paciente puede relacionar que tiene factores apropiados para ajustarse a sus preformadas conclusiones negativas.

El tercer componente consiste en sus experiencias. Las personas depresivas hacen planes largo plazo, por lo que las dificultades comunes, para el sujeto depresivo continúan indefinidamente. Estos pacientes presentan un incesante y severo sufrimiento, frustración y privación. Cuando planean una labor a futuro generalmente esperan fracasar.

Cuando esta tríada cognoscitiva va dominando la situación del sujeto depresivo, la depresión aumentará progresivamente, apareciendo síntomas no cognoscitivos, y el modelo cognoscitivo considera estos signos y síntomas como consecuencia de la activación de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el se siente fuera de la sociedad, que no encaja, como consecuencia se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales como por ejemplo, inhibición en el pensamiento, fuga, y deseos anulados, pueden ser explicados como consecuencia de esta cognición negativa. La inhibición resulta de los pacientes pesimistas y sin esperanza. Si el paciente espera resultados negativos sus metas no se lograrán. Los deseos suicidas pueden ser entendidos como una expresión extrema de los deseos de escape (fuga) de lo que parece ser un problema insoluble o una situación intolerable. La persona depresiva se ve a sí misma sin valor y consecuentemente cree que cada uno, incluyéndose a sí mismo, estarían mejor estando muertos.

El incremento de la dependencia es también comprensible en términos cognitivos porque el paciente se ve a sí mismo como inepto, y sobrestima cualquier dificultad normal de cualquier labor. Estos pacientes tienden a pedir ayuda y a recurrir a otros ya que se perciben incompetentes.

Finalmente el modelo cognoscitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión, como son la apatía y la baja energía. Las cuales son el resultado de la creencia que el paciente tiene a fracasar en cualquier esfuerzo.

2) Organización estructural del pensamiento depresivo. (Los esquemas)

Según Beck (1963) cada persona "tiene un esquema", una forma de pensar con la que ve y percibe la vida. Beck sugirió que existe una alteración previa en la manera de pensar, que precisamente provoca el desarrollo de la alteración del estado de ánimo. (Beck 1963 citado en Sabanés, p. 47 Op Cit).

Dicho concepto es usado para explicar por que un paciente deprimido mantiene su dolor constante y su actitud derrotista, evidencia objetiva de resentimiento, rencor o desprecio de los factores positivos de su vida.

Los patrones cognoscitivos, (esquemas), forman la base para regular la interpretación de una situación específica. El término "esquema" es la conceptualización específica que cada persona hace de una situación en particular y tiende a ser consistente en su respuesta a eventos de tipo similar.

Cuando una persona se enfrenta a una situación particular, el esquema se conecta y la situación funciona como activadora. Los esquemas son la base para moldear datos de la cognición.

Un esquema puede estar inactivo por largo periodo de tiempo, y puede ser activado por una información específica de las circunstancias (por ejemplo el stress). El esquema activado es una situación específica que determina como va a responder la persona. En estados psicopatológicos, como en el caso de la depresión, la conceptualización que tienen los pacientes son deformadas para encajar en el esquema disfuncional. El ordenamiento apropiado de un esquema,

es perturbado por la intrusión de un esquema especial, así estos esquemas, llegan más activados y son evocados por un rango de estimulación, el cual no se relaciona con ellos. Los pacientes pierden mucho de su control interno sobre el procesamiento de su pensamiento y son incapaces de evocar apropiados esquemas.

En una depresión media el paciente es capaz de ver sus pensamientos negativos con objetividad. Cuando la depresión empeora, los pensamientos negativos empiezan a incrementarse, dominando ideas negativas. Cuando los esquemas negativos conforman diferente las cosas, compiten para distorcionar la realidad, lo mismo sucede con el pensamiento del depresivo; es decir, por este proceso, la persona será incapaz de notar que las interpretaciones que hace de la realidad son erróneas. En estados más severos de depresión, el pensamiento del paciente puede estar completamente dominado por estos esquemas, y como consecuencia el paciente estará preocupado por lo persistente y repetido de estos pensamientos negativos, y puede encontrar que le es difícil la concentración sobre la estimulación externa.

Beck (1967) infiere que la organización cognitiva, idiosincrásica se a vuelto autónoma. La organización cognitiva depresiva puede volverse tan independiente de la estimulación externa, que el individuo no responde al cambio de su ambiente inmediato.

3.) Procesamiento erróneo de la información .

Estos errores sistemáticos en el pensamiento del depresivo, mantienen al paciente en la creencia de que dichos pensamientos negativos, son válidos y descartan toda posibilidad de evidencia contradictoria. (Beck, 1967)

Los principales errores cognitivos en que incurren los pacientes depresivos son, según Beck (1970 -76) los siguientes:

a) Deducciones arbitrarias. Se trata de toda tendencia a sacar conclusiones de hechos irrelevantes.

b) Abstracción selectiva. Esta actitud consiste en concentrarse en un aspecto de situación tomada fuera de contexto y llevada a la exageración.

c) Generalización excesiva. Este error es consecuencia de llegar a conclusiones de carácter general fundadas en experiencias o accidentes concretos, a menudo de escasa importancia.

d) Errores que consisten en minimizar o en magnificar . Respectivamente los propios aciertos o desaciertos. Este es el caso de las personas que exageran sus dificultades y sus limitaciones y minimizan sus logros y capacidades .

e) Imperativos categóricos. Tales como "debo" o "tengo que" cierran la posibilidad de otras conductas alternativas.

Una manera de entender, en la depresión, el desorden en el pensamiento, es conceptualizándolo en términos de "pensamiento primitivo contra pensamiento maduro". Las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de una manera primitiva. Tienden a hacer decisiones negativas que chocan con la realidad. La respuesta por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema. En contraste a este tipo de pensamiento primitivo, el pensamiento maduro automáticamente integra situaciones de la vida dentro de dimensiones o cualidades (en vez de una sola categoría), en términos cuantitativos en vez de cualitativos y acorde a lo relativo en vez de estándares absolutos. En el pensamiento primitivo, la complejidad, variabilidad y diversidad de la experiencia humana y su conducta es reducida dentro de pequeñas categorías.

La característica típica del pensamiento depresivo, parece ser análoga a lo descrito por Piaget (1923/1960 citado en Beck 1967) en su descripción del pensamiento del niño. El autor ha aplicado la etiqueta de primitivo a esta clase de pensamientos, que se distinguen del más adaptado observado en procesos avanzados del desarrollo. Las diferentes características de estas formas de pensamiento se esquematizan a continuación:

Pensamiento primitivo

1. Global y no dimensional

Yo soy temeroso

2. Absolutista y moralista:

Yo soy un cobarde despreciable

3. Invariante:

Yo siempre he sido y seré cobarde

4. Diagnóstico del carácter:

Yo tengo un defecto en mi carácter

5. Irreversibilidad

Desde que soy básicamente débil, no hay nada que se pueda hacer.

Pensamiento maduro

1. Multidimensional:

yo soy algo temeroso, del todo generoso, y medianamente inteligente.

2. Relativo y sin juicio:

Yo soy más temeroso que las demás personas que conozco.

3. Variante:

Mis temores varían de tiempo en tiempo y de situación a situación

4. Diagnóstico del comportamiento:

Yo evito muchas situaciones y tengo muchos temores

5. Reversibilidad

Yo puedo aprender formas de encarar situaciones y luchar con mis temores

Acorde a esta representación esquemática, se observa que el sujeto depresivo tiende a ver sus experiencias como una privación total (no dimensionales) y como irreversible (fijo). Concretamente el paciente se categoriza como perdedor (categórico) y tonto (déficit del carácter irreversible).

PREDISPOSICIÓN Y PRESIPITACIÓN DE LA DEPRESIÓN

El modelo cogoscitivo ofrece un hipótesis acerca de la predisposición que tienen los individuos para la depresión . Esta hipótesis propone que las experiencias tempranas son la base para formar conceptos negativos acerca de uno mismo ,el futuro y el mundo externo .

Beck (1967) observó que cada persona tiene un marco o norma de pensar y esto determina las respuestas del individuo a diferentes situaciones, marcando que aquellas personas que se encuentren predispuestas a la depresión presentan un esquema relacionado con la depreciación de sí mismas.

Según Beck (1967) los esquemas pueden estar latentes o ser activados por circunstancias específicas, las cuales son análogas a una experiencia inicial; dicha experiencia será la responsable de desarrollar la actitud negativa . Por ejemplo, cuando un matrimonio es interrumpido se puede activar el concepto de irreversible asociado a la pérdida con muerte de un pariente en la niñez. Alternativamente la depresión puede ser disparada por una anomalía física o enfermedad, que activa creencias latentes que son destinadas por la vida para sufrir. Las situaciones en la vida no son necesariamente activadoras de la depresión , a menos de que la persona sea particularmente sensible a situaciones específicas dadas por la naturaleza de su organización cognitiva .

Las investigaciones hechas por Beck (1970 - 76) apoyan la idea de que la depresión se desarrolla y mantiene en un autoconcepto y representación negativa de sí

mismo determinado por sus experiencias, actitudes y opiniones de los demás, su autolmagen influye en las experiencias posteriores.

Si se considera inepto se comportará de acuerdo a esta idea y ante los problemas de una tarea la abandonará reafirmando su concepto negativo hasta convertir dicha idea en parte de su autoesquema corporal.

De acuerdo con Beck (1976) las personas que desarrollan una depresión tienen un esquema de autodesprecio y de autoacusación y esto los lleva a etiquetar o interpretar los acontecimientos ajustándose a esos esquemas previos.

Entre las maneras de pensar que Beck (1976) considera características de los pacientes depresivos se pueden enumerar las siguientes: La subestimación de uno mismo, las ideas de pérdida, la autocrítica, la autoinculpación, las ideas exageradas del deber, de responsabilidad, frecuentes autoimposiciones, mandatos y deseos de huir o suicidarse.

Para Beck (1967) los desordenes depresivos son el resultado de la atención selectiva prestada a un grupo de pensamientos que aparecen de manera automática en el individuo sin que los perciba adecuadamente. Dichos pensamientos se caracterizan por ser irracionales, son mensajes compuestos de pocas palabras, o en ocasiones por sólo una imagen visual, entran de golpe en la mente y a menudo se expresan en términos tales como "habría de", "tendría

que", o "debería". Son pensamientos que tienden a la dramatización, pensamientos a sí generan emociones dolorosas y desagradables, y para evitarlos es fundamental que el individuo los perciba y los modifique. (Beck 1967)

1.6 CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION

CUADRO CLINICO

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos , uno con alteración en la esfera afectiva que permite un diagnóstico rápido y seguro y otro, en el cual éstos se encuentran emboscadas; predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificados, como elementos constituyentes de un cuadro depresivo .

Con objeto de facilitar la exposición se dividirán los síntomas de la depresión en dos síntomas:.

1.6.1 SINTOMAS FISICOS

En la depresión neurótica el aspecto físico contempla: el desarreglo, tristeza en el rostro, insatisfacción, fastidio, la persona se ve decaída y si ríe, la sonrisa se ve forzada. En la depresión psicótica encontramos que la expresión del rostro es de tristeza, insatisfacción, perplejidad, desesperanza, y tal vez miedo; la frente y el entrecejo están fruncidos, las comisuras de la boca se encuentran hacia abajo. Su cara es pálida y los ojos están muy abiertos con la mirada fija. El sujeto permanece inmóvil con el cuerpo doblegado y la cabeza flexionada hacia delante. Hay desaliño , hay abatimiento y no se habla , tan sólo se gime o llora. Si se esboza una sonrisa, ésta es fría y superficial, los movimientos son lentos y con dificultad aparente, hay fatiga, apatía, y disminución de los impulsos.

1.6.2 SINTOMAS ORGANICOS

A nivel del organismo los síntomas que se aprecian son: a nivel de aparato digestivo en donde hay trastornos como anorexia, náuseas, constipación, estreñimiento que se altera con diarrea, vómito, pesadez epigástrica, y por consiguiente una alarmante baja de peso.

Hay casos en que la depresión se manifiesta como una excesiva ingesta de alimentos con el consiguiente aumento de peso. A nivel cardiovascular son frecuentes las perturbaciones del pulso y tensión arterial, taquicardia que provoca disnea, en las formas estuporosas hay hipotomía y en las formas ansiosas hipertomía, hay amenorrea. En cuanto al sistema nervioso encontramos disminución de los reflejos e hipoestesia, cefaleas acompañadas de rigidez de nuca, sensación de depresión cefálica y zumbido en los oídos, dolor vago y obnubilación. Se presentan también trastornos neurovegetativos en el sentido de un síndrome vagotónico, en estados de angustia estuporosa, o reacción estresante adrenérgica. Se altera la atención, la concentración y la memoria. En relación a la sexualidad encontramos alteraciones en la menstruación y pérdida del impulso sexual. Los trastornos del sueño también son característicos, si la depresión es endógena hay dificultad para conciliar el sueño, y si es depresión exógena se presenta despertar temprano.

1.6.3 CARACTERISTICAS CONDUCTUALES

La conducta del depresivo también es característica ; son sujetos prudentes , tímidos , denotan sensibilidad, y capacidad para apreciar las cosas, escrupulosos en la observancia de las reglas éticas, y morales por lo mismo se distinguen como personas meticulosas y perfeccionistas, que desprecian los éxitos y hay constantes autoreproches. En el fondo estas personas son inseguras y excesivamente dependientes de las fuentes externas, a estos los psicoanalistas les llaman dependencia oral, sobre todo de personas significativas de quienes buscan, y a veces exigen, apoyo, aprobación, amor, confianza en sí mismo o consideración . Esto es importante para fortalecer la confianza en sí mismo y mantener un equilibrio emocional racional, si el suministro de las fuentes externas falla se provoca un desequilibrio y sobreviene la depresión.

Son personas con una débil relación con la realidad, viven pasivamente el presente y evocan activamente el pasado, pues sienten que el pasado les ofrece protección. De este modo se da lo que se llamaría * presentización del pasado, merced al recuerdo y por lo tanto permiten que condicionen el presente, lo que provoca que la realidad aquí y ahora se escape de sus manos. Vive así la pérdida del objeto como culpable, y la angustia surge en él , siempre en un ambiguo barajar lo que pudiera a ver sido y no fue, precisamente por su culpa* (Castilla del Pino ,1982).

TRISTEZA

La tristeza, o dolor moral para Henry Ey, (Castilla del Pino 1982,p.173Op.Cit) invade casi todo el campo de la consciencia, empieza por expresarse con sentimientos intensos y vagos de aburrimiento, disgusto, descorazonamiento, desespero y deriva en expresiones de autodesprecio, autocastigo y sentimientos de culpa. Puede manifestarse también como angustia y dan muestra de irritabilidad Se da poco o nulo crédito a la realidad, se desconfía de los demás. En apariencia es una tristeza sin motivo, pero lo que hay detrás es culpa , generalmente no por lo que se hizo , sino por lo que muy en el fondo se deseaba hacer.

CULPA

La culpa no puede aparecer si antes no hay en el sujeto un sistema de valores aprendido durante el crecimiento y en una sociedad determinada . Esto es importante por que de ello se explica por qué se siente culpa por una cosa y no por otra . Además queda claro que la culpa es la expresión de la conciencia que se ha roto como algo establecido y que se debe pagar por ello .

Según Grimberg 1963 (citado en Castilla del Pino,1982,p.174), Hay dos tipos de culpa una persecutoria , la cual es proyectada fuera del sujeto para esconder la culpa real ante sí mismo , y otra depresiva, en la que la culpa se vive una y otra vez en movimiento constante de reversión sobre sí mismo .

Bonine 1966 (citado en Mendels) asegurará que la culpa es de algún modo manipulada por el sujeto: éste exagera su falta de responsabilidad y su incapacidad, de manera que los demás se ven forzados a creer que el sujeto no

tiene fundamentos para sentirse culpable. Así el depresivo se libera de la responsabilidad de producir un cambio en su conducta y las consecuencias de las mismas .

LA ANGUSTIA

La angustia surge porque el sujeto oscila entre si es culpable o no, y es muy fuerte el temor de aceptarse culpable, responsable, sobre todo , en la pérdida de un objeto. Así , la angustia cumple el papel de autocastigo pues hace evidente ante los demás y para consigo mismo , el dolor y remordimiento que siente por lo que pasó(Castilla del Pino1982,p. 129,130,156,Op. Cit).

La finalidad de la angustia es alarmar al sujeto y exigirle un arreglo de cuentas consigo mismo, ésta podría entonces servir para que el sujeto superara los conflictos que ponen en peligro la estabilidad de la persona, .Cuando la angustia es reprimida se utiliza como defensa frente a sí mismo , bloqueando la posibilidad de acción de la persona, es decir, el sujeto no puede salir, y según Kierkegaard (1982), " no quiere", pues superar la angustia implica responsabilizarse ante la realidad "(Castilla del pino1982 ,p 164-165 Op Cit),y es precisamente lo que trata de evitar.

La angustia también coloca al sujeto ante la necesidad de expresarla, es decir, de comunicarla, de compartirla con los demás. Según Castilla del Pino (1982) éste compartir la angustia tiene por objeto hacerla extensiva para que junto con los demás se supere. Así nuevamente la responsabilidad de dar solución al conflicto no

recae sobre el sujeto únicamente, sino que se hace una responsabilidad compartida.

LA INHIBICION

Otro síntoma es la inhibición, que se caracteriza por ser * una especie de frenaje o lentitud de los procesos psíquicos de la Ideación que reduce al campo de la consciencia y los intereses, el se encuentra ensimismado y rehuye a lo a los demás. Subjetivamente el sujeto experimenta una lasitud moral, una dificultad para pensar, para evocar, y una fatiga psíquica. Paralelamente experimenta una astenia física y un elentesimiento de la actividad motriz que se asocia con malestares somáticos variados. Hecho importante , el enfermo tiene una consciencia dolorosa y muy penosa de esta inhibición. Para Henry Ey , *Esta situación puede ser una reacción normal como consecuencia de un acontecimiento doloroso; la exageración y prolongación de este estado es lo que se torna patológico".(Castilla del Pino 1982 p. 166 op.cit).

A medida que la depresión se agrava estos síntomas se asentúan hasta llegar , a veces, a la inmovilidad total.

SUICIDIO

Una constante de todo deprimido es la idea de la muerte. Se manifiesta con la verbalización del deseo, hasta el rechazo abierto y obstinado de la alimentación, acompañado del abandono total de su persona, así como verdaderos intentos de suicidio. Finalmente lo que se busca es el suicidio como una obligación, un castigo

y una solución a su pesar . Esta idea se intensifica o decrece, pero nunca desaparece.

El suicida se caracteriza por ser un sujeto no integrado a la sociedad ni a la familia, generalmente se encuentra en edad madura, y alguna o variadas veces a hecho comentarios sobre su deseo de morir.

Stengel, (Citado por Castilla del Pino 1982 p.246 Op Cit) señala los siguientes indicadores de riesgo suicida en el depresivo:

- 1.- Sentimientos de culpa, autodesprecio, autoreproche, angustia y agitación.
- 2.- Graves contenidos hipocondríacos.
- 3.- Insomnio.
- 4.- Miedo a perder el control, a dañarse a sí mismo, y a otros.
- 5.- Previos Intentos de suicidio.
- 6.- Preocupación y habla reiterada sobre el suicidio.
- 7.- Aislamiento social y familiar.
- 8.- Antecedentes suicidas en la familia.
- 9.- Enfermedades físicas graves
- 10.- Sueños de catástrofe, caídas o autodestrucción.
- 11.- Ingesta de alcohol o drogas.
- 12.- Desempleo o dificultades económicas.
- 13.- Al final del periodo depresivo, cuando regresa la iniciativa pero persiste la tristeza.

Las ideas de muerte aparecen cuando el sujeto siente que ya no hay esperanzas, cuando las ideas de culpa y desesperación se acentúan de tal modo que para el

sujeto es evidente y sin lugar a dudas , su fracaso en el compromiso de vivir. El futuro se presenta negro y no hay nada que hacer.

La finalidad del suicidio es autocastigo, el defenderse y evadir definitivamente la realidad que muestra reiteradamente el fracaso y finalmente, es el castigo y la inculpación a otros, de lo que al suicida sucede, se destruye y con ello destruye a todos y a todo.

TRANSTORNOS DEL PENSAMIENTO

En cuanto a los trastornos del pensamiento estos se van a caracterizar por poseer una fuerte carga emotiva, es decir, una importante sobreestimación a las vivencias. Se presentan ideas delirantes y están íntimamente ligadas con la angustia y aunque parecen falsas a los demás son reales a los sujetos, y como tal poseen un significado, que pueda ser variado, y un propósito, que es presentarse ante los demás como castigado y así obtener su perdón.

Kolb (1978) dice " que las ideas delirantes son una expresión de los sentimientos internos , reflejo de un estado de ánimo y a su vez una racionalización de los afectos."

Es frecuente que la sensoropercepción se encuentre disminuida, lo que determina que al examinar al paciente tenga que repetírsele la pregunta. La memoria se encuentra francamente disminuida, siendo esto uno de los síntomas que más

molesta al paciente. La atención y la comprensión son lábiles, el curso del pensamiento está lentificado y con notorias ideas de culpa y de fracaso.

(Calderón Narvaez 1981).

1.7 CLASIFICACION DE LA DEPRESIÓN

Los Estados depresivos no son una entidad monolítica invariable. Si se aceptan las clasificaciones que se han hecho hasta el presente, se verá que han sido descritos más de cien tipos depresivos que se suponen distintos unos de otros.

La clasificación de los estados depresivos siempre ha sido objeto de muchas investigaciones, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes; se dice entonces que estos factores desencadenan la depresión llamada exógena o reactiva. Guthell (1959) citado por Mendels (1982) define a la depresión reactiva como un sentimiento agudo de desaliento y tristeza, de intensidad y duración variables, según el se trata de una respuesta subjetiva en grado sumo, no de una enfermedad, sino de una reacción, de una respuesta a situaciones de fracaso y decepción. Si la reacción ante el dolor o la pérdida llegan a ser exagerada o intensa, puede desembocar en una situación patológica. En otros, no hay factores desencadenantes evidentes, y la depresión es considerada como endógena. Tal como lo concibe Gulliespi, citado por Aguilar Ma. Norma y Patak Esther (1983), constituye una tendencia a reaccionar a factores cuya causa es interna. Algunos casos de depresión, se desarrollan independientemente de cualquier influencia favorable del medio ambiente. La etiología de la depresión endógena se ha atribuido a agentes bioquímicos, tóxicos, a factores hormonales o alteraciones metabólicas. Se considera la autonomía de los estímulos del medio ambiente como una característica fundamental de la depresión endógena.

La dicotomía entre cuadros depresivos psicóticos y neuróticos ha sido siempre un problema para la clasificación de los trastornos mentales . Este problema se ha incrementado al presentarse en los últimos años un gran número de cuadros depresivos cuya clasificación no corresponde a ninguno de los cuadros anteriores, ya que es un hecho común para cualquier psiquiatra clínico , que un gran número de pacientes con trastornos de tipo depresivo no puede ser considerado como neurotíco ni mucho menos como psicótico. (Calderón Narváez, 1984).

Dentro de la corriente psicodinámica, Bellak y Small (1986) , señalan que en la literatura abundan los intentos por establecer las diferentes variedades de depresión: la depresión endógena de la reactiva, la depresión psicótica de la neurótica, etc. Y mencionan la probabilidad de que dinámicamente no existan tales diferencias entre las varias formas de depresión, excepto en los grados de intensidad, en los grados de presencia , en el deterioro del yo , en los grados de regresión que acompañan a la depresión, y en las variaciones respecto a la observación de los factores precipitantes .

1.8 ALGUNAS INVESTIGACIONES REALIZADAS

Rosas (1985) realizó un estudio sobre depresión exógena con estudiantes de la UNAM. La muestra constó de 100 alumnos que asistieron al Centro Médico Universitario, el objetivo era conocer la incidencia de depresión y realizar una comparación entre los sexos.

Se aplicó una escala de automedición (Zung). Los resultados mostraron un índice de depresión del 76%, la comparación realizada entre los sexos mostró que en las mujeres fue de 47% y en los hombres del 26%. Concluyendo que las mujeres fueron más afectadas en proporción del 2.56 por cada hombre.

Bolon y Barling (1980) realizaron un estudio multidisciplinario en la Universidad de Witwatersrand. Su objetivo era realizar una descripción de la conducta depresiva. La muestra fue de 96 sujetos de los cuales 48 eran hombres y 48 eran mujeres, las edades fluctuaban entre los 19 y 33 años de edad.

Los resultados obtenidos fueron que del 35.7% del total de la población tuvo una depresión fantaseada. El 13.8% del total de la población se encontró con una depresión psicológica y el 12.6% del total de la población con una depresión en la alteración conductual.

Moss (1972) realizó un estudio con la finalidad de hacer un análisis funcional de la depresión con las factibles maneras en que inicia y se mantiene una conducta depresiva.

Se utilizó únicamente la entrevista llegando a la conclusión de que:

1. Una insuficiente duración o falta de reforzamiento podría presentar depresión (por ejemplo: Trabajar demasiado para obtener un reforzamiento).
2. Retiro permanente del reforzamiento positivo (la muerte de un ser).
3. Interpretación de una conducta que lleva al reforzamiento (perder el empleo cuando se deseaba obtener un ascenso).

2.1 ANTECEDENTES DEL ABORTO

2.1a. Antes de la Era Cristiana

Hace ya más de 3 000 años , viendo que en el mundo se alegaban una serie de razones para abortar , se promulgó en el Código de Hammurabi (1728 A.C), severas medidas contra el aborto que iban desde penas económicas con monedas de plata, hasta la muerte, según los casos.

Según los últimos hallazgos de la Arqueología en Ashur (Citado en Serrano Limon,1987), se sabe que recogen esa misma severidad para castigar el aborto los Asirios y Babilonios, en cuyas leyes se prevén penas económicas a pagarse en las minas de plomo, azofo y pena de muerte cuando se presume que el feto abortado esta vivo, precisando que está pena se cumplirá aun cuando el feto fuese femenino, lo cual s muestra con claridad dos cosas:

Primero, que estos pueblos se encontraban en un atraso tal que se consideraba a la mujer como un ser inferior ; Segundo, apesar de tener en menos a la mujer, daban un alto valor a la vida, ya que la muerte del feto se pagaba con la vida de quienes provocaban el aborto.(Serrano Limon 1987)

Entre los Hebreos, se consideraba al aborto con mayor severidad, esto es entre mayor fuera el tiempo de la gestación mayor era el castigo.

En la literatura Veda, entre los Hindúes se condena igualmente al aborto, sea provocado directamente por la madre, o se practique con el consentimiento de ella, afirmando que las causas del aborto se encuentran en el olvido de las enseñanzas de los Vedas. En cuanto al pensamiento relacionado con el Budismo, se observan los textos Vinayas que incluyen al aborto entre toda otra forma reprobable de causar la muerte a otro. La misma condena se encuentra en el Código Manú, y en el Zenda-Vesta se encuentra un largo discurso antiabortista.(Serrano Limon,pag.13 op.cit).

En Grecia y Roma se repite el mismo fenómeno, la legislación de tipo socialista consideraba a los hijos como propiedad del estado de donde, la mentalidad jurídica licurjiana consideraba que las mujeres no engendrasen, con quien no fuese hijos eugenésicamente perfectos para los fines militares del estado. Los Espartanos siguieron condenando el aborto, con todo y vivir en la Grecia de grandes pensadores que a su vez practicaban un selectivo método de control natal asesinando a los nacidos con deficiencias para evitar que fueran una carga social.(Niceto Blázquez, 1978,pag123).

La corrupción que algunos autores refieren como la declinación del Imperio Griego, hacen que Platón lleve a predicar el amor libre, y afirma que los hijos siendo propiedad del estado, este deberá encargarse de su educación, debiendo ahogar a todos aquellos niños que no sean aptos para el estado o que nazcan defectuosos y abortar a los que sean producto de relaciones incestuosas.

La llegada de Aristóteles marca una nueva era, ya que rehabilita el valor de la familia y condena el adulterio como agresión al amor, y aunque admite que se mate a los niños defectuosos, no acepta que se elimine a ninguno de los hijos concebidos por razones demográficas, es decir, no se debe matar a ningún niño aun cuando rebase el número de hijos que fijaba como límite el estado.

El aborto alcanzó su apogeo en la época Imperial, llegando a ser una práctica habitual sin problemas de clandestinidad, entre las gentes sencillas, pero ante todo entre la aristocracia.

2.1.b. La irrupción del Cristianismo

Con la llegada del Cristianismo al mundo de los Romanos, sobreviene un choque al recordar la "auténtica jerarquía" de los valores de los cuales se había renegado. Si bien con la legislación Romana se superó el concepto socialista de los pensadores Griegos, que concebían al feto y al infante como propiedad del estado, la nueva ley deja al feto como una propiedad privada del padre, de donde la patria protestada se extendía a dar al padre legalmente todo el derecho y aún el deber jurídico de autorizar el aborto; El derecho también para matar el recién nacido deforme, en función del estado.

Tal legislación excluía a la madre, al grado que, sería indignante que una mujer privase al marido de los hijos impunemente, por lo que si abortase debía ser

desterrada. La misma pena era aplicada a la mujer divorciada, ya que negaba la descendencia al marido separado.

Hasta aquí la legislación no reconoce al feto ningún derecho ni valor humano, pero la influencia aún débil pero cada vez más notoria de los Cristianos, a comienzos del S.III de nuestra era, con el derecho Justiniano llega a reconocer al feto por lo menos como un sujeto potencial de derecho, incluso al producto nacido fuera del legítimo matrimonio .

La aparición del Cristianismo fue influyendo en el mundo Romano y entre las primeras legislaciones Cristianas se encuentra la doctrina de los doce apóstoles, en cuyas normas se encuentra lo siguiente: No matar, no hacer sortilegios, no abortar ni eliminar lo que ya fue engendrado.

El pensamiento Cristiano se expresa también por Atenógenes diciendo que " El feto en el seno materno no es un animal , sino que existe ahí por la gracia de Dios, por lo que las mujeres que destruyen al feto sirviéndose de abortivos, son homicidas de cuyo crimen habrán de rendir cuentas ante el tribunal de Dios." (Serrano Limon,pag.18).

Durante la Edad Media se condenó al aborto con penas que iban de 1 a 10 años de penitencia, hasta con la pena de muerte, poniéndose énfasis en sí se había cometido o no un homicidio; ejem. " No es homicida el provocar un aborto antes de la animación racional del feto " (Decreto Graciano 8.32.2,Serrano limon,pag.

19), ya que según los conocimientos de aquella época, suponían que el feto tenía animación racional retardada.

El pensamiento de la Iglesia fue prevaleciendo en el mundo a partir de la conversión de Constantino y con él de todo el Imperio Romano, a cuya caída se dio la conversión de los bárbaros y la extensión de la fe a través de los misioneros.

Hoy la Iglesia Católica al igual que todos sus pensadores, se basan en la genética moderna para condenar al aborto en todo momento, a partir de la concepción.

2.1.c El Aborto en México.

Presentar una estadística cierta del aborto es una utopía, ya que desde las épocas más remotas se ha practicado, al menos parcialmente, en la clandestinidad. Sin embargo, los datos que han arrojado las estadísticas provienen de los países en donde el aborto se encuentra legalizado, y en los demás existen los datos de las mujeres atendidas en las clínicas y hospitales por un aborto incompleto o mal atendido. Tal es el caso de México, donde sobre todo el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, y de las clínicas privadas, que atienden diariamente a mujeres con complicaciones por un aborto.

En la década de los 70's el movimiento feminista en México levanta entre otras demandas la despenalización del aborto. Las mujeres luchan por igualdad de

derechos, salarios iguales al del hombre, seguridad en el empleo, y prestaciones propias de la maternidad como son: Licencia por gravidez, guarderías, etc. se habla del aborto como un problema de salud y como un hecho sobre el cual la mujer debe decidir.

En una sociedad como la nuestra, la salud y la educación son privilegios de una minoría. Esto significa que la mayoría de las mujeres no tiene acceso a la educación, no tiene información sobre la sexualidad y sobre métodos anticonceptivos; y si en realidad la tienen, como lo podrían indicar los Programas Nacionales de Educación Sexual y Planificación Familiar, no utilizan los métodos anticonceptivos, ya sea por razones como el "machismo", o por motivos de orden religioso. Generalmente la mujer asume para sí la responsabilidad de ser madre, siendo incluso en muchos casos madre soltera. En caso de un embarazo no deseado, el costo de un aborto realizado en buenas condiciones higiénicas es muy elevado. Esto hace que sólo las mujeres con recursos económicos puedan pagar un aborto realizado por un médico. La mayoría de las mujeres que abortan exponen su vida al recurrir a métodos caseros que pueden ser peligrosos.

El movimiento feminista, organizado en el Frente Nacional por la Liberación de los derechos de las mujeres (FNALIDM) hace llegar la demanda de despenalización del aborto a la Coalición de Izquierda. Se forma una comisión para redactar un proyecto de ley que se lleve a las cámaras en Diciembre de 1979 y se discuta en Septiembre de 1980. Se organiza un movimiento de apoyo a esta iniciativa, enfrentándose a otro movimiento en contra de la despenalización, encabezado principalmente por la Iglesia. (Revista Procesos, 1982).

En 1982, el tema de la despenalización del aborto es retomado por el PRI y por un organismo oficial, a través de un documento denominado "Proyecto del Plan de Acción para la Integración de la mujer al Desarrollo". Gustavo Cabrera, Secretario General del Consejo Nacional de Población (CONAPO), declara que :

" La despenalización del aborto debe ir aparejada con toda una infraestructura médica y profesional que destierre definitivamente el clandestinaje del aborto, así como una verdadera planificación familiar y de educación sexual para evitar hijos no deseados, cuyo costo social es inestimable, por el atraco y chantaje de que son víctimas las mujeres, además del sufrimiento moral de las mismas " (Revista Proceso.No.290,24 de Mayo de 1982) . La diputada Priísta y coordinadora del proyecto, Guadalupe Rivera Marín , sintetiza la necesidad de despenalizar el aborto, diciendo que " El aborto es tratado como una discriminación sexista y económica. Mientras que para las mujeres ricas es un privilegio, para las pobres significa la muerte " ("El Consejo Nacional de Población presenta el plan que el PRI rechazó al PCM". Revista proceso.No.290).

El proyecto presentado habla de problemas que ya señalaba la iniciativa de ley presentada por el Partido Comunista Mexicano, como son: El que el aborto conlleve un riesgo y un trauma físico: el que la decisión de abortar es producto de la necesidad , en general por aquellas situaciones económicas y sociales que impiden mantener y educar un hijo.

Basado en las estadísticas elaboradas con datos del IMSS y el ISSTE; y de la SSA, el proyecto de CONAPO (Trabajo presentado con asesoría de la O.N.U), calcula que se realizan 1,600,000 abortos al año, de los cuales solo el 8 % se lleva acabo en

óptimas condiciones . Se estima que mueren entre el 12 y 14 % de las mujeres que se practican un aborto, esto es debido principalmente a abortos autoprovocados . Las mujeres llegan a las instituciones de Salud Pública cuando su vida ya esta en grave peligro.

Se señala que de el total de mujeres en edad fértil, sólo el 11,2 % utiliza algún método anticonceptivo y se espera que este porcentaje se eleve y que el aborto sea un último recurso, que no se utilice en vez de métodos anticonceptivos (Anteproyecto de ley para despenalización del aborto, presentado Comisión Femenil del Partido Comunista Mexicano, 1979). Sin darse ninguna explicación, en Agosto de 1982 se congela, ya no sólo la discusión en las Cámaras, sino también la presentación de los resultados obtenidos en este estudio.

Núñez (1989) afirma que por las características especiales de la estructura socio-económicas de México , la incidencia del aborto parece ser mayor en las zonas urbanas y suburbanas que en las rurales. En las áreas rurales siguen prevaleciendo patrones de conducta tradicionales que favorecen la procreación de familias numerosas, y los hijos representan generalmente una carga menor que en la ciudad, pues colaboran con el trabajo agrícola. Podría esperarse entonces que de no tomarse medidas preventivas , el aborto inducido iría paralelamente en aumento al crecimiento de la urbanización y al crecimiento total de la población.

Para ejemplificar lo anterior el Comité Nacional Provida, A.C afirma que tan solo en México las cifras oficiales se acercan a los 80,000 abortos anuales , mientras que las feministas partidarias del aborto elevan la cifra a 2' 000.000 de abortos anuales.

En el punto anterior, según el "aborto legal" quien mejor analiza las estadísticas sobre aborto son: Los boletines médicos del IMSS en México, las Revistas de la calidad de Tribuna Médica y los informes sobre población, presentados por el consejo de población de la República de Colombia.(Serrano Limon 1987,p.48 Op Cit).

2.2 DEFINICIÓN DEL ABORTO

Según el Consejo Nacional de la Población (CONAPO,1982) El aborto es la expulsión o extracción de toda (completa) o una parte (incompleta) de la placenta o de las membranas, sin un feto identificable o con un feto vivo o muerto que pese menos de 500gr.

Para Eugenio Trueba Olivares (1978) El aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal , con expulsión del huevo y sus membranas; Al mismo tiempo es la expresión del fracaso de una de las más trascendentes y asombrosas funciones del hombre.

Médicamente no se ha podido establecer el momento exacto de la viabilidad, aunque generalmente se acepta como aborto el que se produce antes de la décima séptima semana de gestación.

También desde la literatura común se entiende por aborto la interrupción de la gestación antes de que el feto haya adquirido condiciones de viabilidad para continuar su desarrollo fuera del claustro materno (Aproximadamente las 28 primeras semanas) (Selecciones del Reader's Digest 1970).

En el Código Penal en el título Décimo noveno se estipulan los delitos contra la vida y la integridad corporal. El capítulo VI habla del aborto y dice:

Artículo 329 oburto es: " La muerte del Producto de la concepción en cualquier momento de la preñez" .

Artículo 330 : Al que hiciese abortar a una mujer se le aplicará de 1 a 3 años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella, cuando falte consentimiento, la prisión será de 3 a 6 años, y si mediase violencia física o moral, se impondrán al delincuente de 6 a 8 años de prisión.

Artículo 331 : Si el aborto lo causare un médico, cirujano , comadrona o partera, además de las sanciones que le correspondan al anterior artículo, se le suspenderá a 5 años en el ejercicio de su profesión .

Artículo 332: Se impondrán de 6 meses a 1 año de prisión a la madre que voluntariamente procure un aborto o consienta en que el otro la haga abortar, si concurre estas tres circunstancias:

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

Faltando alguna de las circunstancias mencionadas, se le aplicaran de 1 a 5 años de prisión .

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

Artículo 334: No se aplicará sanción:

- Cuando de no provocarse el aborto, la mujer corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.

2.3 TIPOS Y CLASIFICACIONES DE ABORTO

La primera clasificación que se puede hacer de los abortos, es la de considerarlos como espontáneos e inducidos:

Se entiende por aborto ESPONTANEO aquel que se produce sin ninguna interferencia deliberada y por aborto INDUCIDO el que se verifica por la interrupción deliberada del embarazo por cualquier medio.(CONAPO 1982, Citado en Serrano Limon).

2.3.1 Por lo que se refiere específicamente a la inducción del aborto , podríamos hacer la clasificación del aborto de carácter inducido en la siguiente forma:

a) Por razones médicas en relación con la madre (Terapéutico) Es el que se efectúa cuando la continuación del embarazo puede causar la muerte de la madre o agravar cualquier enfermedad física o mental que padezca,determinando que su salud puede ser seria y permanentemente dañada.

b) Por razones médicas en relación con el feto (Eugenésico), Es el que se realiza con el fin de prevenir enfermedades congénitas de naturaleza ambiental o genética.

c) Por razones éticas o humanitarias. Es el que se realiza por ser el embarazo producto de una violación, incesto, trato sexual con menores o personas en enfermedad o deficiencia mental.

d) Por razones sociales. Es el que se realiza por motivos sociales (Comunidad, Familiares, Planificación Familiar, ilegitimidad, etc.).

e) Por razones personales. Es el que se realiza por motivos personales o por voluntad propia (Strictu Sensu) y sin necesidad de dar pruebas de cualquier indicación.(CONAPO 1982).

En México, la legislación vigente considera que el aborto provocado intencionalmente es siempre punible, salvo el aborto Terapéutico realizado para salvar la vida de la madre, o el aborto practicado para interrumpir un embarazo provocado por la violación, en cuestión, muy controvertida últimamente, ha creado dos corrientes de opinión opuestas, favorable una y contraria otra a la legislación del aborto.

En general, los partidarios de la liberalización o de una mayor permisividad del aborto provocado citan como argumento a su favor la realización, por lo general en deplorables condiciones higiénico - médicas , de una enorme cantidad de abortos anualmente.

Admiten a grandes rasgos los conceptos arriba citados para justificarlo, y frente a esta postura, los adversarios del aborto argumentan el carácter moralmente condenable de toda interrupción de la vida humana, incluso en estado embrionario y afirman que el ser humano tiene entidades propias desde el momento de la concepción.

Ciertos expertos embriólogos están convencidos de que el nonato es un ser con plena percepción, sensible a los sonidos, al dolor y a otros estímulos y que merece por tanto todas las protecciones y salvaguardias legales.

2.3.2 El aborto espontáneo representa la complicación más frecuente durante la gestación aunque resulta sumamente difícil de valorar, ya que no todas las mujeres que abortan necesitan de un tratamiento u hospitalización. La mayoría de las estadísticas de la literatura común le atribuyen una incidencia aproximada de 10 % de las gestaciones. Otros autores elevan la frecuencia del aborto hasta el 23 % de las gestaciones.(Reader's Digest 1983) Los abortos disminuyen progresivamente conforme a la etapa de la gestación, pues es menor su frecuencia a medida que progresa el embarazo. Sin embargo, aumenta notablemente tanto en las mujeres con abortos repetidos como en relación con la edad de las mismas.

En muchos casos, la mujer nunca llega a saber que ha estado embarazada puesto que el aborto se produce unas cuatro semanas después del último periodo menstrual y , por lo tanto, pasa desapercibido. En otros casos el aborto puede

ocurrir una o dos semanas más tarde, y la mujer cree simplemente que tiene una menstruación tardía, generalmente abundante.

a) Causas Ovulares. Recibe la denominación de huevos abortivos los que de manera espontánea sufren interrupción de su desarrollo normal, originando su muerte y posteriormente expulsión. Estos abortos suelen producirse antes de la quinta semana del embarazo y se atribuyen a anomalías cromosómicas, es decir causas genéticas.

b) Causas Maternas. Circunscritas exclusivamente al aparato genital y motivan abortos frecuentes cuyo diagnóstico es previsible mediante el estudio por un ginecólogo.

Algunas causas generales afectan a la mujer antes o durante la gestación, pueden ser endocrinas (Diabetes, Insuficiencia Tiroidea, Alteraciones Suprarrenales, enfermedades de hipertensión e infecciones que cursan con altas temperaturas aunque estas últimas raramente suelen provocar la interrupción de la gestación. La Rubiola, la más grave de las infecciones virales de la madre gestante, es más causa de alteraciones y malformaciones fetales que de aborto, aunque lo motiva en caso de contagio precoz. La nicotina del tabaco representa otra amenaza para la gestación y aumenta la frecuencia del aborto espontáneo.

2.4 PROCEDIMIENTOS A LOS QUE RECORRE LA MUJER CUANDO DECIDE ABORTAR

PRACTICAS DEL ABORTO

Recursos y Procedimientos

Los procedimientos en la práctica del aborto llevarían tres puntos importantes:

- a) Los procedimientos que se han usado en México.
- b) Procedimientos usados en el momento actual en otros países que tiene legalizado el aborto.
- c) Requisitos para la práctica del aborto, así como recursos físicos y humanos necesarios.

Procedimientos que se han usado en México:

1) Pociones y tés:

En México todos los grupos indígenas conocen alguna práctica anticonceptiva. Hay en el campo mexicano una variedad de yerbas y plantas consideradas como abortivas y curativas. Entre ellas tenemos la herbolaria, la ruda, el toloache, el barbasco, el xoapatli, la gobernadora, la planta de pastor etc. (Conapo 1982).

En el trabajo de campo etnográfico se descubren más prácticas abortivas que anticonceptivas. Estas prácticas camplranas llegan a las ciudades a través de los mercados y sus administradoras son las llamadas "yerberas".

Los médicos resumen que en general el uso de estas plantas son de baja eficacia como abortivos y poseen propiedades tóxicas como es el caso de la gobernadora(vomitiva) y el barbasco (venenoso).

Esto no es privativo de los niveles socio-económicos y culturales débiles, ya que también se observa su práctica a nivel citadino, en la clase media y alta.

2) Automaniobras

La introducción de objetos en la vagina y útero es una práctica frecuentemente observada. Todos los médicos que han trabajado en instituciones que reciben pacientes de nivel campesino, obreros o grupos populares han observado la presencia de objetos introducidos en la vagina. Se usa con frecuencia la aguja de tejer con la idea de abrir el huevo. Práctica eventualmente eficaz y de gran peligro, ya que para que logre llegar a las membranas ovulares, la aguja tiene que introducirse a través del cerviz y dirigirla adecuadamente a la cavidad del útero. Las variaciones de posición del útero hace que las perforaciones uterinas sean frecuentes y las lesiones de cerviz y vagina también. La gran frecuencia de infecciones vaginales de la mujer de niveles socio-económicos bajos hacen que las lesiones ocasionadas por los instrumentos utilizados sean rápidas y severas.

3). Sondas Intrauterinas

Otros de los hallazgos frecuentes en la vagina es la presencia de sondas utilizadas en medicina para extraer orina de la vejiga urinaria. Estas son introducidas al útero a través del cerviz por personal no calificado, o por parteras, con la idea de despertar el proceso expulsivo o por la presencia del cuerpo extraño. Como es

alojada en el interior del útero por varias horas y hasta por días, la sonda comunica el medio vaginal y vulvar con la cavidad del útero y las infecciones son muy frecuentes. Es un procedimiento de eficacia eventual y la mujer frecuentemente tiene que ser intervenida médicamente con complicaciones de hemorragia o infección.

4). Cáusticos Vaginales

También es una práctica frecuentemente observada: La introducción de cáusticos vaginales, principalmente las pastillas de permanganato de potasio, recomendadas por personal no calificado.

Es extraordinariamente peligrosa porque ocasiona hemorragias severas que obligan a la aplicación de varios litros de sangre y hacen que las instituciones reciban a la mujer en condiciones de anemia aguda y frecuentemente en inminencia de muerte.

Su acción no es abortiva y frecuentemente el embarazo continúa pero obliga a reparar quirúrgicamente la lesión que deja la acción cáustica de la pastilla introducida en la vagina.

5). Fármacos Orales

Entre los fármacos orales empleados como abortivos se encuentran: La quinina La apioilina, el cornezuelo de centeno o su alcaloide la ergotamina en forma de tartrato y otros.

Su eficacia es baja a las dosis terapéuticas pero es elevada a dosis tóxicas. Como la quinina y la ergotamina tienen acción sobre el aparato cardiovascular a dosis altas existe el riesgo de muerte.

Son aconsejadas frecuentemente por dependientes de farmacias y a veces por parteras. Cuando por efecto de estos fármacos se logra desprender el huevo, éste no siempre se expulsa, favoreciéndose la complicación infecciosa o la hemorragia.

6) Tallos de Laminaria

Los tallos de Laminaria son pequeños cilindros de madera intensamente hidróscopica extraídos de una planta del Océano del mar Girdie que aumenta su volumen con la humedad cuando son introducidas al cerviz. En seis a ocho horas aumenta de tres a cinco veces su volumen, hecho que ocasiona contractibilidad uterina y aborto.

Actualmente son accesibles en el comercio de Norte América, se puede esterilizar y se vende en cuatro medidas, extrafino, delgado, mediano y grande.

Su aplicación toma sólo unos minutos con escasas molestias del paciente . Usando los recursos técnicos de asepsia y antisepsia, las complicaciones sépticas son mínimas. Los cultivos practicados en 151 casos demostraron gérmenes sólo en el 3.3 %.(La Educación de la Sexualidad Humana, Vol. 2 1982. pag. 316).

7). Hormonas Como Abortivos

Los estrógenos, la progesterona, la gonadotropina coriónica, han sido experimentadas como abortivos con resultados negativos.

Los estrógenos pueden modificar la capa uterina del útero (endometrio), impidiendo la implantación del huevo. Cuando se administra en la segunda mitad del ciclo no son capaces de desprender el huevo implantado.

Sin embargo, es frecuente que dependientes de farmacia, parteras y hasta médicos aconsejen su administración en las primeras semanas del retraso menstrual. Son ineficaces y poco peligrosas.

8) Dilatación y Legrado

Es el procedimiento actual para el tratamiento del aborto en el primer trimestre. En México se observa que médicos generales y parteras frecuentemente practiquen dilataciones sin legrado, con vías de inducir el aborto o extracciones parciales del huevo en espera de su expulsión posterior. Esto provoca aumento en el número de

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

infecciones, hemorragias y transforma el procedimiento en peligroso, para la vida y la función posterior.

En otros casos se intenta practicarlo en embarazos de más de doce semanas con imposibilidad de extraer el embrión y las membranas, teniendo que recurrir a maniobras violentas y laceración de útero o cuello uterino.

Procedimientos en la actualidad en otros países que tienen legalizado el aborto se observa una mortalidad extremadamente baja, es 6.5/ 100.000. es cien veces menor que con histerotomía y 7 a 9 veces menor que con las soluciones salinas, bajo los siguientes requisitos:

- Medio Hospitalario
- Anestesia
- Técnica de asepsia y antisepsia
- Estudio Clínico Integral
- Personal Calificado.

La hospitalización en más del 90% de los casos del primer trimestre puede no ser mayor de seis horas. El periodo más seguro para su práctica es entre las siete y ocho semanas. El riesgo aumenta de la novena a la doceava. Antes de las siete semanas, el procedimiento más seguro es la succión.

9). Dilatación y Curetraje

El método más frecuente que consiste en dilatar el cuello del útero, raspando las paredes interiores utilizando un instrumento llamado curette. Se puede usar

anestesia general o local. Si el cuello del útero no se dilata fácilmente, se puede emplear una especie de tapón de gasa que produce la dilatación en uno o dos días. A veces, se suministra hormonas para mejor preparación del útero y así destruir el producto.

El cirujano trabaja a ciegas en una superficie delicada, se corre el peligro de que se perfora la pared del útero, se produzca una hemorragia o se deje parte del tejido que pertenecía al feto o a la placenta. Este método se utiliza generalmente cerca de la séptima semana, cuando las partes del feto son reconocibles a medida que se extraen pedazo a pedazo.

10). Dilatación y raspado

Procedimiento utilizado entre la sexta y doceava semana de gestación. El procedimiento consiste en dilatar el canal cervical con dilatadores graduados, procediéndose a la extracción del huevo con pinzas especiales para tal fin, y completando la intervención con raspado con cureta metálica. Requiere anestesia general o local. Y se debe practicar por personal médico capacitado, ya que de lo contrario habrá desgarros del cuello uterino, perforación del útero, perforación con lesiones intestinales, hemorragias, por perforación por retención de restos, infecciones.

11). Succión

Una técnica nueva es la aspiración al vacío. Desarrollada primeramente en China Comunista seguida por la URSS, Israel y Gran Bretaña. Un tubo de cristal, metal o plástico se une a una botella cuya presión se reduce por medio de una bomba de

succión. Esta técnica generalmente se utiliza en las doce primeras semanas. El cuello del útero se dilata menos de lo que se requiere para el aborto por medio del curete y en algunos casos la dilatación no es necesaria. La aspiración suele durar cerca de tres minutos y es una técnica fácil de dominar. Aunque se requiera de equipo especial que no es complejo ni caro. Con esta técnica se necesita menos anestesia que lo normal y en algunos casos se puede prescindir de ella.

Los estudios histólogos nunca han demostrado que se aspire más allá de la cara interna del útero, los riesgos de perforación son mínimos, se reduce un 18% a un 35% la cantidad de sangre perdida en un legrado y las infecciones son menos frecuentes que con el legrado.

12) Histerotomía e Histerectomía

Se practica una operación cesárea llamada histerotomía en la cual quirúrgicamente se extrae el huevo mediante un corte del útero (microcesárea) se usa en el segundo trimestre del embarazo, y su riesgo es diez veces mayor que los procedimientos de soluciones salinas intra- amnióticas. Y es preciso distinguir de la histerectomía o ablación del útero. Tal operación no sólo se realiza en caso de aborto, sino cuando el útero está seriamente dañado o enfermo.

13). Soluciones intra-amnióticas (dentro del huevo)

Es la técnica actual de elección en embarazos de 16 semanas o más. Data de 1934, su mortalidad es diez veces menor que la histerotomía.

A través de punciones el abdomen se llega a la cavidad en donde se encuentra el producto (cavidad amniótica) y se introduce solución salina, glucosada o con prostaglandinas, o solución de urea 53% . Se logra el aborto entre 30 y 36 horas después . Falla en el 5 % de los casos.

No debe practicarse entre la tercera y quinceava semanas por el elevado número de complicaciones.

Se refiere la solución salina (sal: cloruro de sodio) a la solución glucosada (glucosa: azúcar), por el riesgo elevado de infecciones con esta última. Sus desventajas son alteraciones de la coagulación, mayor porcentaje de hemorragias e infecciones, alteraciones de composición química de la sangre de la madre, laceraciones uterinas y lesiones vasculares, pero sus resultados son mejores que otros procedimientos .

14). Radiación

Ha sido ensayado como abortivo, es muy agresivo, lesiona órganos y sólo se usa en casos de embarazo con cáncer pélvico .

15) Drogas Citotóxicas

La aminopterina y el ácido fólico han sido estudiadas como abortivos. Son además teratogénicas (producen malformaciones embrionarias) , generalmente llegan a fallar y son muy tóxicas .

16) Prostaglandinas

Son sustancias extraídas del líquido prostático, han sido ensayadas por la vía Intra-amniótica, aunque presentan menor riesgo ya que no existen cambios en la química de la sangre, la sola punción con aguja gruesa ya lo hace también un procedimiento especializado. Puede aplicarse sin riesgo por vía intramuscular o en supositorios. Es probablemente el procedimiento del futuro próximo.

17) Métodos Inmunológicos

Están en investigación métodos consistentes en vacunas contra el embarazo. Provocando una hormona hacia la hormona del embarazo (gonadotropina) . Este se elimina por reacción anafilática (antígeno-anticuerpo). Se encuentra en estudio pero se esperan resultados próximos.

2.5 ALGUNAS INVESTIGACIONES REALIZADAS

En seguida se procederá a relatar aquellas investigaciones que se consideraron más relevantes con respecto al aborto.

Barglow y Weinstein en 1973, realizaron una investigación con el objeto de describir las reacciones psicológicas de 25 mujeres adolescentes que se practicaron un aborto durante el primer trimestre del embarazo. Estos autores encontraron dos factores principales en las respuestas emocionales de las mujeres adolescentes:

1) La Inmadurez del desarrollo contribuyó a la ambivalencia respecto a la decisión de abortar, creando una percepción distorsionada del procedimiento y una variedad de reacciones patológicas.

2) La decisión de las jóvenes para abortar estuvo más dirigida por los padres, núcleo social y pareja más que por ellas mismas.

Todos los sujetos resolvieron un cuestionario llamado "neuroticism scale questionnaire" la cual es una escala de neurosis para detectar las reacciones psicológicas.

Los resultados arrojaron culpa por la actividad sexual y reacciones ante la pérdida y trastornos del carácter (acting out), hubo también presencia de proceso de duelo más que una pérdida de objeto.

Hatcher en 1973 tubo como objetivo comparar las actitudes y conductos de mujeres que decidían abortar . Se entrevistaron a 13 mujeres adolescentes solteras que buscaban hacerse un aborto . El autor considero los siguientes criterios de inclusión para su estudio: Razones del embarazo, la condición física, características de la personalidad, antecedentes familiares, historia social , historia sexual y el posible aborto.

A los sujetos se les aplico las siguientes pruebas: Una modificación del test de pintar a una persona (draw a person test) ,seis tarjetas del T.A.T., y la prueba "alga dos recuerdos cercanos" (two early memories).

Los resultados obtenidos indicaron que la experiencia del aborto y del embarazo están determinadas en gran parte por los conflictos específicos de cada fase de la adolescencia , ya sea esta, temprana , media y tardía.

Smetana realizó en 1981 un estudio con la finalidad de comparar la moralidad con respecto al aborto, la muestra estuvo compuesta de 80 mujeres, las cuales estaban divididas en 25 mujeres que iban a abortar, 23 continuaron el embarazo y 22 nunca se habían embarazado. Las edades fluctuaban entre los 13 y 31 años de edad, todas solteras .

El procedimiento se realizo bajo una entrevista semiestructurada acerca del aborto y dos problemas de juicio moral hipotético.

El análisis del contenido de los protocolos reveló que la respuesta a la entrevista del aborto se distinguía entre conceptos de moralidad y principios personales y por su coordinación y falta de la misma. Las sujetos que trataban al aborto como un principio moral era más probable que continuaran su embarazo, mientras que las mujeres que tomaban el aborto como un principio personal era más probable que abortaran. Las respuestas morales a la entrevista de aborto estuvieron altamente relacionadas con los juicios morales hipotéticos.

Silver en 1981 realizó un estudio con el objeto de examinar la contribución que tiene el pensamiento bio-ético sobre el aborto. El estudio estuvo compuesto de 35 adolescentes que habían decidido abortar.

El autor se interesó por examinar la relación que tiene el principio de autonomía, derechos y responsabilidades de las adolescentes. Se hace una descripción del desarrollo de la moral en las adolescentes y un análisis de este principio.

El resultado reportó un egoísmo hedonista (preocupación principal en evitar el dolor físico), y un amplio concepto de realización personal ("yo debo encontrarme a mí misma como persona primero"), el autor llega a la conclusión de que las pacientes evaluaron al aborto como un derecho personal.

Vadles y Hate en 1977 realizaron un estudio para investigar el papel que existe en la prevención de las concepciones no deseadas (embarazos no deseados) . Este artículo reporta los resultados del estudio efectuado en 1,017 mujeres blancas y negras sobre la actitud frente al embarazo, planificación familiar y sexualidad .

El estudio se efectuó en un período de dos años y constaba de secciones educacionales conducidas por la asociación de paternidad planeada del área de Chicago .

Los resultados indicaron que las mujeres tienden a ver la responsabilidad de la anticoncepción como un proceso dual que como sólo de la mujer. Los descubrimientos revelaron también un sentimiento fuerte en contra del aborto por parte de jóvenes negras entre los 13 y 19 años, lo contrario en mujeres blancas de la misma edad.

Rosen en 1974 estudio la actitud frente al aborto en estudiantes universitarios (de enfermería). Se aplicó una escala de actitud tipo Lickert, a 80 estudiantes, las variables fueron el grado asociado al tipo de estudio, el bachillerato y el patrocinio católico o no católico . El cuestionario era de actitud frente al aborto por motivos de salud, aborto voluntario, y sobre la voluntad para ayudar a una persona a que se practicara un aborto.

Los resultados arrojaron que los estudiantes no titulados estuvieron a favor del aborto voluntario , pero hubo diferencias para aceptar ayudar a una persona a practicarse un aborto y la práctica del aborto por motivos de salud .

3.1 BREVE HISTORIA DE LA MUJER MEXICANA

Revisando un poco la historia de fines del siglo XVI y principios del XVII en México se puede resumir dos grupos sociales; por una parte el indígena, que tuvo que renunciar a sus antiguas formas tanto de expresión como mitos y religión. Y por otro lado el mestizaje que fue constituido principalmente por varones españoles y mujeres indígenas, dando como resultado de esta unión una transculturación. De esta forma la mujer es incorporada bruscamente a una cultura para la cual no se encontraba preparada, y su unión la llevaba a cabo traicionando a su cultura original. Por lo tanto el nacimiento de su hijo es la expresión de alejamiento a su cultura original. Pero no la puerta abierta a otra distinta.

La mujer es devaluada, en la medida en que paulatinamente se identifica con la indígena; el hombre es sobre valorado en la medida en que se identifica con el conquistador, lo dominante y prevalente. Y esto forma en nuestra cultura que la mujer sea objeto de conquista y posesión violenta y sádica, su intimidad es profundamente violada y hendida.

Este sentirse superiores frente de las mujeres a establecido aspectos estructurales del matrimonio mexicano.

Seguramente en la organización prehispánica existía la supremacía del varón pero no tenía la totalidad de la nueva.

Con el paso del tiempo el español manda traer a mujeres Europeas, de esta unión nacen los Criollos, las mujeres Españolas pronto se hicieron ayudar en el cuidado de sus hijos por mujeres Indígenas llamadas nanas. Es aquí donde vemos que el niño criollo se encuentra en presencia de dos objetos : por un lado una mujer altamente valorizada (madre), y por otro lado una mujer desvalorizada (nana).

De la unión del Español con el Indígena surge el Mestizo el cual va a equiparar una serie de categorías como la fuerza , masculinidad, capacidad de conquista, predominio social y filiación ajena al suelo. Es por eso que al hablar de Criollos y Mestizos nos encontramos con dos tipos de hombre los cuales se encuentran con grave conflicto. Uno de estos problemas es que la mujer que les ha dado calor y afecto en la infancia es un ser devaluado.

Con el paso del tiempo, el destino de uno y de otro será diverso. Por un lado el padre del Criollo se enorgullece del hijo y trata de proveerlo de todo lo que el careció. El Criollo siempre tuvo ante sus ojos a un padre fuerte, que lo impulso y lo defendió de todos los contra tiempos También vemos que en estos niños Criollos , cuando la madre adquiere una jerarquía social y económica la nana es imprescindible, ella será la madre sustituta y satisficará las necesidades básicas de niño, al lado de ella el niño se desarrolla y expresa. Este Criollo tendrá en su psiquismo todos los conflictos derivados de esta situación . Sus identificaciones primarias le llevaran a querer jugar , compartir y participar con lo nativo, pero por otra parte sus padres trataran de sobrevalorar un pasado con el cual el pequeño criollo no tuvo contacto.

El Mestizo como se dijo anteriormente es producto de una unión difícil. Su padre es un hombre fuerte , su cultura y forma de vida prevalecen , y contempla a su hijo como el producto de una necesidad sexual . La participación de este padre en el hogar es limitada.se trata más bien de un ser ausente que aparece eventualmente con violencia, y una madre abnegada y pasiva. Cuando el padre se vincula con la esposa o con los hijos más lo hace por culpa que por amor y la característica fundamental de este tipo de hogar es la de un padre ausente.

La imagen que el niño se forma de este tipo de familia es peculiar ya que por un lado el padre mantiene poco contacto con él, y por la otra le niega la identificación masculina, y cuando el niño trata de identificarse con él , este padre le reprime con violencia y con un pretendido principio de autoridad.

En esta constelación , mestizaje de madres indias y padres españoles , en donde a ella le toco la peor parte , ya que tuvo que renunciar a sus formas y estilos de vida , el hijo va a ser el depositario del afecto materno . La mujer al no realizarse en su relación femenina con su compañero , es decir como esposa, buscará una maternidad cuantitativamente intensificada para repararse, a través de uno y otro hijo.

Conforme los años de la colonia pasan el Mestizo ejerce en la fisonomía de la época una presión más intensa . La lucha de Independencia , es la necesidad de afirmación y de rebeldía en contra del padre. Justamente en ella se erige como estandarte simbólico a una virgen india : La virgen de Guadalupe .

Las leyes de Reforma y la lucha contra el Imperio Francés hicieron que se buscara el apoyo de los Estados Unidos ; en estos momentos la agresión que se tiene hacia el padre recae en los Franceses.

La Revolución es la única forma en que la mujer pudo hacer expresiva su sexualidad reprimida siendo un momento en la historia de México en el que la mujer tal vez como nunca hasta entonces ni después , pudo expresar su femineidad más como mujer que como madre otorgándole el hombre una jerarquía de compañera.

La actitud de la mujer en nuestra cultura es el resultado de muchas de las circunstancias; la desvalorización que el padre hace de ella, el rechazo que recibe del mundo social, mundo de hombres, hace que se refugie y exprese a través de los hijos siendo la única forma de reparar el abandono.

El mundo del Mexicano tiene una doble moral sexual contrastadas con los papeles que juega el hombre y la mujer. El varón es dueño de prerrogativas, usan sin restricción el dinero, se permite placeres que niega a la mujer etc. El mundo en México desde el punto de vista sociocultural de tipo sexual es un mundo de hombres.

La mujer se acerca a la edad adulta con miedo a la sexualidad que le han remarcado desde pequeña, estando los padres y hermanos vigilantes de la virginidad de la hija.

Actualmente la mujer poco satisfecha y realizada en su conducta genital , y aunado a la falta de seguridad y apoyo que no tiene del compañero, prueba que cuatro de cada diez mujeres carecen de compañero (Santiago Ramírez 1977).

En la clase media y alta, la satisfacción a nivel sexual es optima y la participación de la mujer en la cultura es cada vez mayor. Las limitaciones de la función procreativa mediante medidas anticonceptivas , la interferencia del embarazo, la lactancia escasa, el abandono temprano de los hijos ya por el trabajo o por la vida social, están transformando la vida procreativa de la mujer en algo precario y limitado. Aunado a las dificultades económicas, hacen poco deseables a los hijos . Vivimos en una cultura que demanda del ser humano , es este caso la mujer , cualidades y aptitudes cada vez más alejadas de la satisfacción procreativa.

Esto trae como consecuencia que la mujer se encuentre en un dilema. Optar por una condición maternal satisfaciendo sus necesidades o renunciar a satisfacciones procreativas, originando otro conflicto entre el deseo procreativo y el temor a embarazarse reaccionando de manera ambivalente; por un lado frustrada en su deseo de concebir y por el otro liberada de ese temor.

3.2 ESTRUCTURA PSICOLOGICA DE LA MUJER EN LA FAMILIA MEXICANA

Según Díaz Guerrero (1967) la estructura de la familia mexicana se fundamenta en dos proposiciones principales:

- a) La supremacía indiscutible del padre y,
- b) El autosacrificio de la madre.

Desde tiempos inmemorables, el papel de la madre a adquirido su adecuada expresión en el término "abnegación" que significa la negación absoluta de toda satisfacción egoísta.

Estas presuposiciones fundamentales de la familia mexicana parecen derivar de orientaciones valorativas "existenciales" implicadas en la cultura mexicana o, de premisas generalizadas implícitas, o presupuestos socioculturales generalizados que sostienen la superioridad indudable, biológica y natural, del hombre sobre la mujer.

Esto se corrobora con el texto preparado por el Dr. Chelala para la Organización Mexicana de la Salud en donde afirma que la mujer Latinoamericana experimenta grandes desventajas que se manifiestan en menores oportunidades sociales, laborales, y educativas que las que tienen los hombres.

Cuando se da el nacimiento de una niña, tiene rasgos emotivos. En el pasado con más seriedad, y el presente con sentido del humor, la virilidad de un padre que da nacimiento a una niña significa :

a) Económicamente hablando: mal negocio.

b) Desgaste físico y preocupación moral de la familia, la cual cuidara el honor de la familia , (en realidad en lo fundamental, es la pérdida de la virginidad en la mujer fuera del matrimonio y la abnegación en la mujer).

c) La mejor solución del problema anterior a través del matrimonio forza dentro de la familia a un intruso del sexo masculino.

d) Además, en caso de no casarse, se convertirá en quejas neuróticas siendo una carga para la familia .

Las mujeres una vez adulta, sufren una distribución desigual de recursos y responsabilidades , legitimizadas por costumbres ancestrales. Tradicionalmente dentro de la familia la mujer tiene acceso y control limitado a recursos productivos, tales como la tenencia de la tierra, el acceso a la tecnología y oportunidades de capacitación. Al mismo tiempo, la división sexual del trabajo hace que sus tareas sean muchas veces las más pesadas y peor remuneradas.

La niña de pequeña se entienda jugando con muñecas y a la casita. Deberá mantenerse alejada de Juegos bruscos, ya que la misma sociedad le explica que no es propio de una mujercita. Muy temprano empieza la niña a ayudar a sus

madre en sus labores domésticas : una área que es tabú para el varón. . Es interesante hacer notar que uno de los postulados que elaboró la Educación Pública en México, fue hacer que los hombre fuesen más típicamente hombres y las mujeres más típicamente mujeres.

Durante la adolescencia , las jovencitas son la codiciada de los jóvenes, ya que durante esta etapa se desarrolla un extraño fenómeno: La persecución de la hembra. Esta persecución se inicia en dos aspectos. En uno el adolescente hombre se lanza a la búsqueda de la mujer ideal, aquella que desearía convertir en su esposa. Esta debe poseer todos los atributos de la femineidad perfecta; como ser casta, delicada, hogareña, dulce, maternal, soñadora, religiosa etc. . El papel de la sexualidad es secundario. En el otro aspecto, el adolescente hombre se lanza a la búsqueda de la hembra sexualizada y con el claro propósito en mente de la relación sexual. En este caso, la redondez de las líneas y su cantidad son el factor determinante. Es interesante destacar que en casi todos los casos, tan pronto se encuentre el hombre a la mujer que idealiza, todas las otras mujeres se convierten en objetivos sexuales y tentadores sujetos de seducción.

Según Díaz Guerrero en la clase baja en algunos casos después de terminada la primaria a la mujer se le retorna al hogar, siendo muy común en provincia. Durante la adolescencia las mujeres aprenden mejor los variados aspectos de su papel en la vida, sustituyendo o ayudando a la madre en su cuidado y atención a los varones. Plancha, lava, cocina, etc.

Una vez casada y después de concluir la luna de miel, se convertirá en la mujer ideal de un hombre. El esposo pasa a ser el rey de la casa y la mujer entra en la prueba más dura de su vida. El idealismo del varón se canaliza rápidamente hacia la madre y para empeorar la situación, no se considera a la esposa como objeto sexual en un amplio sentido, ya que los maridos opinan que la sexualidad debe ser practicada de manera distinta con la esposa que con la amante. La esposa se somete, y privada, de su previa idealización deberá servir en su entera satisfacción al hombre en la misma forma en que su madre lo hizo con su padre. Es así que mucho antes de la maternidad la mujer entra en el camino real de la abnegación, y la negación de todas sus necesidades.

3.3 SITUACION PSICOSOCIAL DE LA MUJER QUE ABORTA EN NUESTRO PAÍS

En nuestro país , la mujer que opta por el aborto inducido, enfrenta una serie de conflictos emocionales y morales que ponen en peligro su salud mental, dado que nuestra sociedad, el principal papel de la mujer ha sido el de ser madre, esposa, y ama de casa; bajo el desempeño de estas funciones es que se le ha valorado, y entonces, le han sido adjudicadas, igualmente características tales como: dependencia, conformismo, pasividad, o sumisión . Tal contenido acerca de lo femenino; como señala Frida Saal citado por Isabel Martínez (1987); no está ligada necesariamente a una naturalidad biológica, sino que tal imagen es más bien producto de una determinada situación social histórica e ideológica .

Es importante , señalar que , aparentemente los roles sexuales se han ido transformando en algo más flexible, actualmente se continúa manteniendo una misma jerarquía de poder, donde el rol sexual masculino ocupa un estatus superior y el rol sexual femenino un estatus inferior, misma que impide que tales roles no se vean transformados en su estructura (Isabel Martínez 1987).

Por otra parte, el último aspecto que generalmente se toma en cuenta, cuando se habla del problema del aborto, es el psicológico ;algunos autores, entre otros Diana Rozenfaing (1977), señalan que la mujer que aborta en nuestro país se enfrenta, por una parte, ante unas leyes severas y represivas, que condenan antes que analizar la decisión de la abortante como un acto delictivo, sin contemplar que el aborto puede ser la solución responsable ante un embarazo

contraindicado; y por otra parte, nuestra sociedad tradicional e injusta frente al rol materno, ya gratificándolo, pero sin un apoyo efectivo frente a las necesidades más elementales para cumplir tal rol.

Así, el aborto se convierte, en una experiencia traumática, más grave aún cuando se lleva a cabo en condiciones deplorables de higiene, con carencias marcadas en cuanto recursos médicos y dentro de un contexto social de clandestinaje.

Puede decirse que el aborto constituye un problema social, más que individual, y que se agrava más entre los grupos marginados y de escasos recursos, en donde se aborta con condiciones de abandono, miseria, promiscuidad, alimento insuficiente, carencia extrema de afecto; por otro lado las mujeres pertenecientes a la clase acomodada tienen mayor oportunidad de acudir a recibir atención médica, clandestina en el país o legal en el extranjero, sin que corra peligro su vida por la práctica del aborto (José Cuelí, 1980).

Sin embargo, aún para las mujeres en quienes la situación económica no es un problema, la punibilidad del aborto ejerce un impacto intenso, que suscita la aparición de un sentimiento de culpa, autodestrucción, depresión, y frecuentemente rechazo de la pareja, precisamente por actuar en contra de una norma socialmente introyectada, lo que hace siempre del aborto, una experiencia traumática, que determina que ninguna mujer desee el aborto (Clara Elena Molina 1977).

El aborto inducido en cuanto a su relación con la sexualidad, comparte los sentimientos de suciedad, pecado, vergüenza y condenación, motivo por el cual el llevarlo a cabo, aparte de ser vivido como una pérdida, se agrava por las condiciones en que se haya realizado o de lo conveniente que haya sido o no tal decisión . De tal manera las fantasías de destrucción que rodean al aborto se manifiestan en la idea de muchas mujeres de haber quedado frías o estériles después del mismo (Diana Rosenfaing 1977 pag.21).

"La condena frente al aborto no es , sólo la ley, sino también el desprecio, el ocultamiento, y el reproche que rodea a la mujer, quien no sólo afronta un hecho quirúrgico, una problemática psicológica, sino también una sanción social" (Rosenfaing 1977).

METODOLOGÍA

METODOLOGIA

4.1 PROBLEMA

¿Prevalecerá la depresión en mujeres que acuden a practicarse un aborto?

4.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar la depresión en mujeres que acuden a practicarse un aborto.

4.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir la depresión que presentan las mujeres que acuden a practicarse un aborto.

Describir la relación que existe entre el aborto y la depresión.

Establecer si existen diferencias en los estados depresivos dependiendo de la edad.

Establecer si existen diferencias en los estados depresivos dependiendo de la ocupación.

Establecer si existen diferencias en los estados depresivos dependiendo el estado civil.

Establecer si existe deficiencia en los estados depresivos dependiendo de la escolaridad.

4.4 HIPOTESIS

Hf1.: Las mujeres cursan con depresión cuando acuden a practicarse un aborto.

HO : Las mujeres no cursan con depresión cuando acuden a practicarse un aborto.

Hf2: Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la depresión en mujeres que acuden a practicarse un aborto dependiendo de la edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

HO: No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la depresión en mujeres que acuden a practicarse un aborto dependiendo de la edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

4.5 VARIABLES ATRIBUTIVAS

Edad

Ocupación

Nivel Socioeconómico

Estado Civil

Escolaridad

Las variables mencionadas pueden ser cualitativas o atributivas; y * son aquellas que solo toman un número limitado de valores como por ejemplo el sexo, ocupación, estado civil, etc. , y pueden adquirir una infinidad de valores a lo largo de un continuo, aunque en la práctica no lo hagan* (Rojas Soriano Pag.113) .

4.5.1 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Edad: Tiempo que ha vivido una persona, cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida. (Warner 1977)

Ocupación: En sentido colectivo , los sujetos dedicados ha un oficio especial (Waren 1977)

Nivel Socioeconómico: Es el poder adquisitivo determinado en función de los siguientes factores:

- a) Vivienda, morada, casa, género de vida.
- b) Servicios. Administración determinada a satisfacer necesidades .(García Pelayo 1987)

Estado Civil: Condición de un individuo en lo que toca ha sus relaciones con la sociedad en la cual tiene derechos y obligaciones. (Código Civil).

Escolaridad: Es el conjunto de los cursos que un estudiante realiza en periodos determinados.(García Pelayo 1987).

4.6 POBLACIÓN

Mujeres que acudieron a una clínica de maternidad a practicarse un aborto.

4.7 MUESTRA

La muestra quedó constituida por 35 mujeres entre los 18 y 38 años de edad, con escolaridad que iba de primaria completa, hasta profesional; de diferentes ocupaciones y diferentes estados civiles, que iban a practicarse un aborto.

Los criterios de inclusión fueron :

- Pacientes embarazadas que fueran a practicarse un aborto.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que fueran a consulta general.

4.7.1 TIPO DE MUESTREO

No probabilístico: " Procedimiento en el que se elige arbitrariamente a la persona entrevistada" (Baena G. 1981, P.69) Su utilización se justifica por que la muestra esta disponible, pero tiene el inconveniente de que los resultados de la muestra no pueden generalizarse a toda la población. (Rojas Soriano, pag 171). Sin embargo se puede generalizar a la población de la presente investigación.

Existen dentro de éste diferentes tipos, el manejado será :

Muestreo a criterio: Se entrevista a cualquier persona .

4.7.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue de 35 mujeres y es representativa porque los datos obtenidos aumentan proporcionalmente con la raíz cuadrada del número de los casos incluidos en la muestra. (Cantrill 1944, citado en Psicología experimental).

4.7.3 TÉCNICA DE MUESTREO

Muestras Disponibles.

Este tipo de técnica es aquella en que los sujetos se prestan a participar en el experimento. (Matheson, pag.69).

4.8 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se caracterizó por ser de campo , descriptiva y transversal (Pick y López 1979) .

De campo: Su principal característica consiste en que se realiza en el medio natural que rodea al individuo y puede o no ser experimental. Se tiene que hacer en el campo , es decir, en el lugar en el que se manifiestan las variables (Pick y López 1979).

Descriptivo: Este tipo de estudio solo pretende describir las características más importantes del fenómeno tal como se presenta en la realidad. Los estudios descriptivos tienen varias características en común:

- a) Los resultados describen a un grupo determinado de individuos, más no explican la naturaleza de las variables en cuestión o de la interacción que existe entre éstas.
- b) El investigador sabe lo que quiere estudiar en cuanto a objetivos y diseños.

c) El Investigador ha determinado lo que quiere investigar, por consiguiente conoce los instrumentos que tendrá que utilizar.

d) Ha delimitado tanto la población como la muestra que va a utilizar (Pick y López pag.30 ,1979)

Transversal: Este tipo de estudio se realiza en un momento determinado, nos interesa el fenómeno en el presente. El principal objetivo es estudiar el fenómeno en un momento determinado (Pick y López Pag.33,1979)

4.9 INSTRUMENTO

En 1964 , Zung y Durham realizaron una investigación de la depresión ,y en 1965 publicaron los resultados. En el proyecto debían correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros , como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se logran con el tratamiento . Zung y Durham se dieron cuenta de que las escalas para medir la depresión existentes hasta ese entonces, eran inadecuadas, pues por su extensión requerían de mucho tiempo para su aplicación, eran especialmente difíciles de resolver para enfermos depresivos con trastornos psicomotores, y por otra parte, no eran autoaplicables, por lo que los resultados podían ser matizados por la interpretación personal del entrevistador. Por tanto, Zung y Durham decidieron elaborar una escala que reuniera los siguientes requisitos:

1. Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
2. Que incluyera , por tanto, los síntomas más representativos de depresión.

3. Que fuera breve y sencilla .

4. De aplicación más cuantitativa directa.

5. Que pudiera ser autoaplicada por el enfermo, a fin de recabar su respuesta

Con tal finalidad, el primer paso fue la elaboración de una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión. Después de analizar los estudios de Grinker , Overall y Friedman, Zung y Dutham concluyeron que estos síntomas deberían abarcar :

Alteraciones del afecto,

Equivalentes fisiológicos y psicológicos .

Después de un estudio cuidadoso consideraron que deberían incluir:

I. Talante bajo:

a) Deprimido triste:

b) Acceso de llanto

II. Equivalentes fisiológicos:

a) Alteraciones de los hábitos:

1. Variación diurna, exageración de los síntomas en la mañana y alivio parcial en el transcurso del día.

2. Despertar del sueño temprano y frecuente .

3. Pérdida del apetito

4. Pérdida de peso

5. Disminución de la libido

b) Otras alteraciones :

1. Constipación

2. Taquicardia

3. Fatiga

III. Equivalentes psicológicos :

a) Actividades psicomotoras

1. Agitación
2. Lentificación

b) Ideacionales :

1. Confusión
2. Sensación de vacío
3. Desesperanza
4. Indecisión
5. Irritabilidad
6. Insatisfacción
7. Devaluación personal
8. Ideación suicida

Una vez definidas las áreas por investigar, se elaboraron 20 reactivos que se referían a las mismas, planteando 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio . Se puede apreciar que en los enunciados de la escala están redactados en un lenguaje común , aunque el orden de los mismos no coincide con las áreas correspondientes. En los planteamientos negativos, las palabras en letras cursivas destacan el elemento que no corresponde a la realidad clínica del paciente .

Para la cuantificación de los síntomas se plantearon cuatro categorías en la presentación del mismo correspondiendo a:

Muy pocas veces

Algunas veces

La mayor parte del tiempo

Todas las veces

Calificando con un valor de 1,2,3, y 4 en orden variable según si la pregunta estaba formulada en sentido positivo o negativo .

Con el objeto de ser más válida la prueba, se tomaron algunas medidas de precaución, comunes a todas las pruebas psicológicas, en las declaraciones y en los encabezados de las columnas de calificación . Como ya se dijo , el paciente no podrá discernir alguna tendencia en su respuesta, pues la mitad de las declaraciones está redactada de manera sintomáticamente positiva y la otra mitad como sintomáticamente negativa. Por ejemplo, el primer tema : "me siento abatido y melancólico ", es positivo . El segundo : "en la mañana me siento mejor", es una declaración negativa que refleja lo contrario del estado de ánimo de la mayoría de los pacientes deprimidos, que se sienten peor en las mañanas .

El primer estudio de Zung y Durham se realizó con todos los pacientes que fueron admitidos al servicio de psiquiatría del Hospital de Veteranos del Duke Medical Center, con un diagnóstico de depresión durante un periodo de 5 meses . De los 56 enfermos admitidos con diagnóstico de ingreso de depresión primaria, en 31 se confirmó el diagnóstico integrando el grupo DD (diagnóstico- depresión), y en 25 se establecieron otros diagnósticos, grupo OD (otros - diagnósticos), que correspondían a reacciones de ansiedad, trastornos de personalidad, y trastornos psicofisiológico.

Para la aplicación de la prueba se le da al paciente la lista de 20 reactivos, y se le pide que ponga una marca en el paréntesis que más se aplique en el momento de hacer la prueba. Para la obtención de la depresión, la escala terminada se coloca debajo de una cubierta transparente para ser calificada, se escribe en el margen el valor indicado para cada respuesta y luego se suma. Esta calificación es la calificación básica, se convierten luego a un índice basado en 100 llamado índice AMD promedio. La escala está planteada de tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

Aunque la escala está diseñada para ser autoaplicada por el paciente, durante su resolución, personal entrenado deberá de asistirlo para resolver las dudas que se puedan presentar. Por lo general no es común que el paciente haga preguntas, pero cuando las hace, demuestra su deseo de cooperar con el aplicador.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

En 1965 W. W. Zung y sus colaboradores realizaron un estudio con el objeto de validar la escala de automedición de la depresión (EAMD) con 152 pacientes de consulta externa. A estos pacientes les fue aplicado previamente el Ohio Literacy Test, esta prueba se califica por niveles y los sujetos elegidos para este estudio fueron los que quedaban clasificados en el quinto nivel. Después de una consulta inicial a estos pacientes del quinto nivel les eran aplicados el MMPI y la EAMD. El MMPI fue utilizado como prueba control por ser válida y confiable.

Los datos con los que se trabajó para la validación de la escala fueron: El resultado de las pruebas, Ohio Literacy Test, MMPI y EAMD; Impresión clínica y el diagnóstico final.

A estos datos se les aplicó el análisis de correlación múltiple del que se obtuvo la ecuación de regresión .

$$y=0.75 +31.7$$

Para medir el índice de correlación entre la EAMD y las 11 escalas del MMPI se utilizó la correlación de Pearson Producto - Momento de donde se observó que el mayor índice de correlación entre ambas escalas es con la escala "D" (depresión) que contiene un valor de $r=0.70$. El siguiente índice en importancia es con la escala "PT" (psicostenia) $r=0.68$, que se da por el tipo de población que fue estudiada y por la alta correlación entre las escalas D y PT que es de $r=0.79$. La menor correlación es con la escala "MA" (manía) donde $r=0.13$.

El análisis de varianza para la escala D del MMPI diferencia los grupos depresivos y con reacciones de ansiedad a un nivel de significancia de 0.05 ; mientras que el análisis de los índices de la EAMD los diferencia a un nivel de significancia de 0.01, lo que sugiere que ésta puede ser un parámetro más sensible para medir la depresión .

En 1967 W. W. Zung realizó un estudio para medir los factores que pudieran influir en la EAMD . Utilizó una población de 159 pacientes que recurrieron a consulta externa en un periodo de 6 meses (enero-junio) durante 1966, en este estudio fueron tomados en cuenta los factores demográficos que pueden influir en los resultados de la escala. Estos factores son: Edad, nivel educativo, Ingreso anual y estado civil, también se les aplicó el Ohio Literacy Test .

A este test y los factores demográficos mencionados se les analizó su correlación con respecto a la escala AMD . Los resultados obtenidos indicaron un bajo índice de correlación , por lo que se concluyó que los factores demográficos no afectan la escala elaborada por Zung. En México, el Dr. Héctor Lara Tapia y Col. adaptaron la prueba en nuestro país , teniendo un alto índice de confiabilidad y validez, los cuales se obtuvieron por varios estudios con una correlación ($r=76$) con la escala 'D' del MMPI.

4.10 PROCEDIMIENTO

Primeramente se solicitó una entrevista con el Doctor y dueño de la clínica ,para explicarle el objetivo de la investigación . Una vez aceptado se tuvo una reunión con los médicos y se sugirió que se entrará a unas cuantas consultas de primera vez antes de la intervención quirúrgica de las pacientes, con el objeto de observar como es que llegan a pedir un aborto, y además de conocer un poco de sus motivos para hacerlo.

Posteriormente se acordaron los días en los cuales se iba a ir a aplicar el cuestionario de la depresión (Zung), esta aplicación se realizó después de la intervención. La clínica consta de dos pisos donde en el primero se encuentra una sala de espera y el consultorio; en el segundo piso hay otra sala de espera y el quirófano donde a las pacientes conforme iban llegando se les pasaba ya que tenían que llenar una forma de un texto que el doctor les proporcionaba, con el fin de que el doctor se amparara por si llegaba a ver alguna complicación. Posteriormente bajan a recepción para que la hoja sea también firmada por su acompañante. Al regresar con la hoja firmada entran a una habitación en la cual se les indica que se cambien de ropa y se les proporciona una bata quirúrgica.

Pasan a la sala de operaciones donde se les aplica anestesia general quedando instantáneamente dormidas realizando inmediatamente la intervención. Dura aproximadamente 5 min. Cuando se finaliza el procedimiento quirúrgico se les despierta pasándolas a una sala de recuperación.

Posteriormente vuelven a salir a la sala de recepción a donde a las pacientes se les pedía su colaboración para contestar el cuestionario, el cual consta de 20 preguntas y una hoja de datos confidenciales, en la cual se le pedía su edad, escolaridad, estado civil y ocupación.

Para la aplicación de la prueba se les proporcionaba el cuestionario con 20 declaraciones, y se les pedía que pusieran una marca en el paréntesis más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba.

Si bien algunas pacientes no proporcionaban voluntariamente mucha información, la mayoría de ellas cooperaban si se les pedía que marcaran la escala, con la explicación de que esto nos ayudaría en los resultados de la Investigación.

5.1 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizó el análisis de varianza para hacer comparaciones entre los grupos (edad, ocupación, escolaridad, y edo. civil) . Para realizar el análisis de varianza, se trata la variación total en un conjunto de puntajes, dividiéndose en dos componentes, la variación dentro de los grupos y la variación entre los grupos.

El procedimiento paso por paso, para verificar la significancia estadística de la diferencia obtenida entre las medidas de los grupos es como sigue:

Paso 1 : Encontrar la media de cada muestra.

$$\bar{X}_1 = \sum X_1 + N$$

$$\bar{X}_2 = \sum X_2 + N$$

$$\bar{X}_3 = \sum X_3 + N$$

$$\bar{X}_4 = \sum X_4 + N$$

Paso 2 : Encontrar la suma total de cuadrados .

$$SC_{total} = \sum x_{total} \frac{(\sum x_{total})}{N_{total}} =$$

Paso 3 : Encontrar la suma de cuadrados entre los grupos.

$$SC_{Cent} = \left[\sum \frac{(\sum x)}{N} \right] - \frac{(\sum x_{total})}{N_{total}}$$

Paso 4 : Encontrar la suma de los cuadrados dentro de los grupos .

$$SC_{dentro} = SC_{total} - SC_{Cent}$$
$$SC_{dentro} = \sum \left[(\sum x) - \frac{(\sum x)}{N} \right]$$

Paso 5 : Encontrar los grados de libertad entre los grupos.

$$gl = K - 1$$

Paso 6 : Encontrar los grados de libertad dentro de los grupos

$$gl_{dentro} = N_{total} - 1$$

Paso 7 : Encontrar la media cuadrática entre grupos.

$$\mu_{Cent} = \frac{SC_{Cent}}{gl_{ent}}$$

Paso 8 : Buscar la media cuadrática dentro de los grupos .

$$\mu C_{dentro} = \frac{SC_{dentro}}{g_{dentro}}$$

Paso 9 : Obtener la razón F

$$F = \frac{\mu_{Cent}}{\mu C_{dentro}}$$

Paso 10 : Comparar la razón F obtenida con la razón F correspondiente con la tabla D.

TABLA DE RESULTADOS

VARIABLES	F CALCULADA	PROBABILIDA ASOCIADA	≤	∞
EDAD	.1699	.9158	≤	.05
ESCOLARIDAD	.9352	.4030	≤	.05
OCUPACIÓN	.5522	.5505	≤	.05
EDO.CIVIL	.4429	.7240	≤	.05

Si P es $\leq .05$ se rechaza H_0 , por lo tanto, de acuerdo a lo obtenido, " No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la depresión en mujeres que acuden a practicarse un aborto dependiendo de la edad, estado civil, escolaridad, y ocupación."

Para los resultados en base a la prueba del Zung se manejó la siguiente clasificación para detectar si cursaban con depresión.

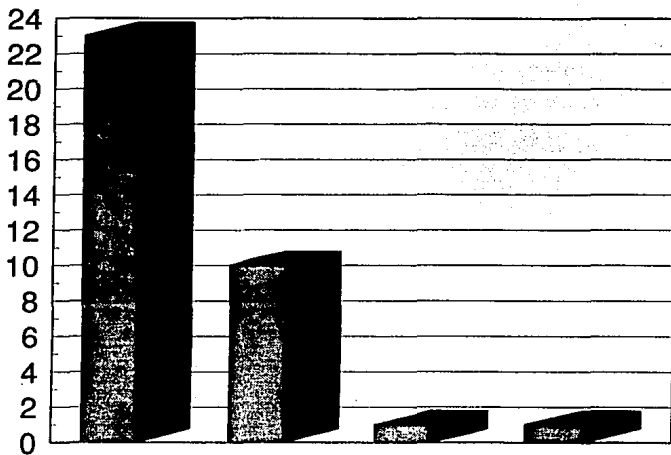
Debajo de 50	Dentro de lo normal
50 - 59	Presencia de depresión mínima
60 - 69	Presencia de depresión moderada
70 o más	Presencia de depresión severa

Los resultados arrojados por esta prueba se localizan en la tabla (1a), en donde 23 sujetos no presentaron síntomas de depresión, 10 en el rango de depresión mínima y una moderada y severa respectivamente, de lo que se puede concluir en base a la hipótesis H_{T1} que :

H_0 : Las mujeres no cursan con depresión cuando acuden a practicarse un aborto.

RESULTADOS CON RESPECTO A LA PRUEBA DEL ZUNG

Frecuencia

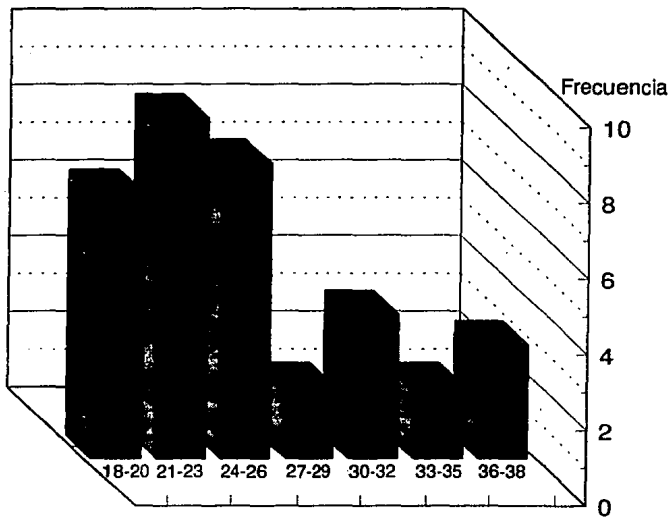


Normal	Mínima	Moderada	Severa
23	10	1	1

DEPRESION

Tabla 1a

EDAD VS FRECUENCIA



Edad (Años)

Tabla 2a

En lo referente a la edad, la tabla muestra que las sujetos entre los 18 y 26 años acuden frecuentemente a practicarse un aborto.

OCUPACION VS FRECUENCIA

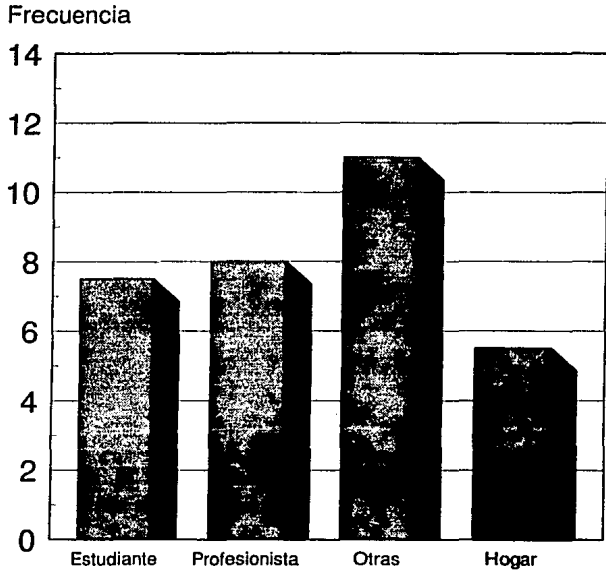


Tabla 2b

En lo referente a la ocupación las sujetos que recurrieron a practicarse un aborto, se clasifican como otras y son aquellas que desempeñan labores como secretarías, empleadas de gobierno, cajeras de banco, etc.

ESCOLARIDAD VS FRECUENCIA

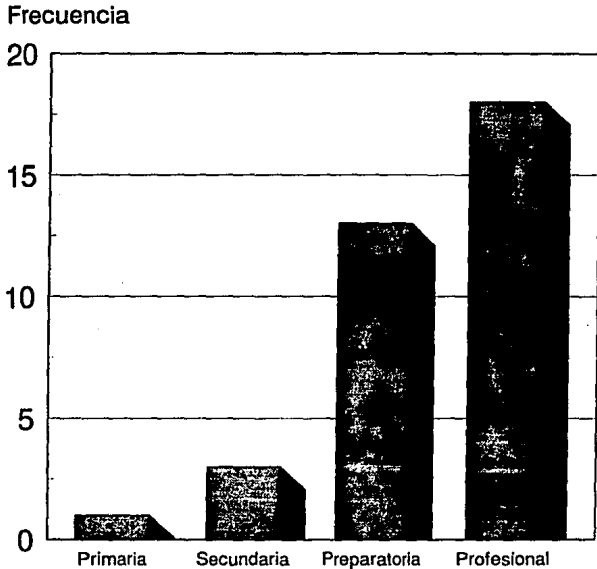


Tabla 2c

En relación a la variable escolaridad, la tabla nos muestra que las sujetos que más acuden a practicarse el aborto son las sujetos que tienen escolaridad media superior.

ESTADO CIVIL VS FRECUENCIA

Frecuencia

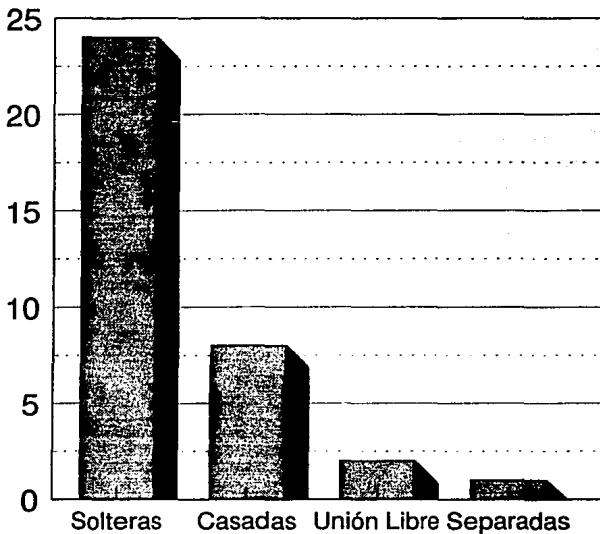


Tabla 2d

Con respecto a la variable estado civil, la tabla muestra que las que más acuden a practicarse el aborto son las sujetos solteras.

DEPRESION VS EDAD

Número de personas

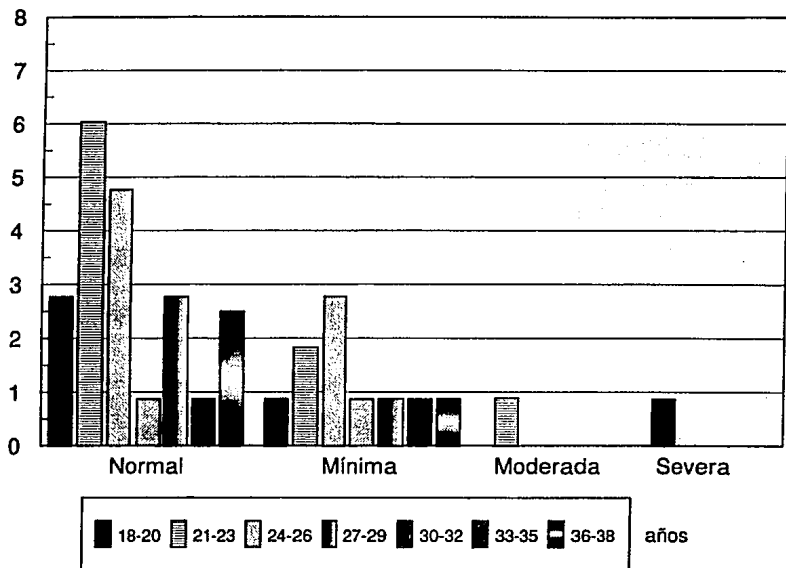


Tabla 3a

Los resultados obtenidos nos muestran en la tabla que la edad con respecto a la depresión oscila para las que no cursan con depresión entre los 21 y 23 años, para las de depresión mínima, las que más puntuaron fueron entre los 24 y 26 años, para la depresión moderada, las que más puntuaron fueron las de 21 y 23 años, y las de depresión severa, las que más puntuaron fueron las de 18 y 20 años.

DEPRESION VS ESTADO CIVIL

Número de personas

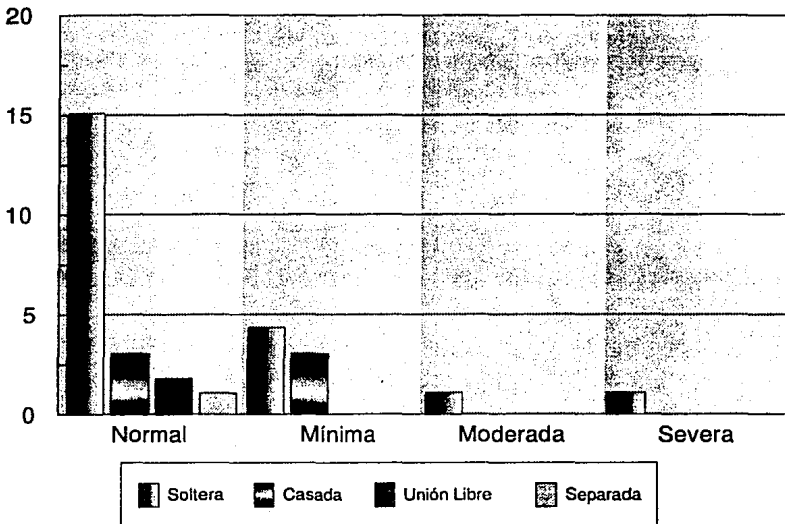


Tabla 3b

Con respecto a la tabla, los resultados arrojados con respecto a la depresión y el estado civil muestran: que en el rango de las normales, depresión mínima, moderada y severa, las que más alto puntaje fueron las sujetos solteras.

DEPRESION VS ESCOLARIDAD

Número de personas

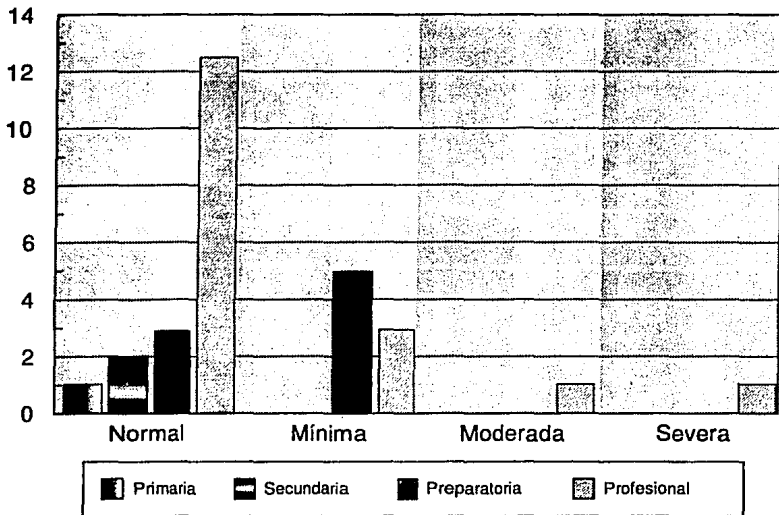


Tabla 3c

Los resultados en la tabla nos muestran que con respecto a la depresión y la escolaridad para los sujetos normales, las que más puntuaje fueron las profesionistas. Para la depresión mínima, las que más puntuaron se encontraban cursando educación media superior. Para la depresión moderada, el resultado obtenido más alto fue para las profesionistas y en el caso de la depresión severa, las que más puntuaron fueron las de educación media superior.

DEPRESION VS OCUPACION

Número de personas

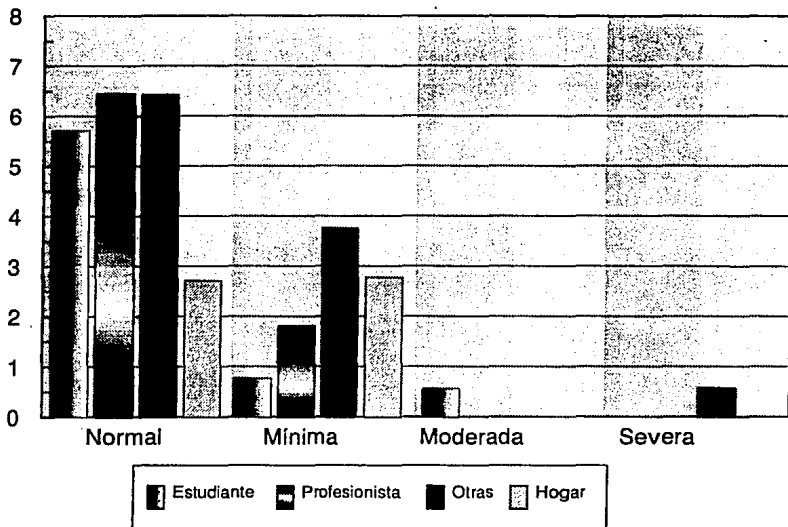


Tabla 3d

Con respecto a la depresión y la ocupación, el puntaje más alto dentro del rango de las normales, lo obtuvieron las profesionistas, y las clasificadas como otras (secretarias, cajeras, empleadas, etc.); en el caso de la depresión mínima, las que más puntuaron fueron las clasificadas como otras; para la depresión moderada, las que más puntuaron fueron las estudiantes; y con respecto a la depresión severa, las que más puntuaron fueron las clasificadas como otras.

TABLA COMPARATIVA DE DEPRESION

	NORMAL	MINIMA	MODERADA	SEVERA	Ocupacion	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL
E D A D	2	1			ESTUDIANTE	HASTA PREPA	S O L T E R A
					PROFESIONISTA		
	4	3		1	OTRAS		
	4		1		ESTUDIANTE	DESPUES PREPA	
1				PROFESIONISTA			
18 A Ñ O S					OTRAS	HASTA PREPA	C A S A D A
					ESTUDIANTE		
	1				PROFESIONISTA		
					OTRAS	DESPUES PREPA	
				ESTUDIANTE			
E D A D					PROFESIONISTA	HASTA PREPA	S O L T E R A
	1				OTRAS		
					ESTUDIANTE	DESPUES PREPA	
					PROFESIONISTA		
25 A Ñ O S					OTRAS	HASTA PREPA	S O L T E R A
	5	2			ESTUDIANTE		
	1				PROFESIONISTA	DESPUES PREPA	
					OTRAS		
E D A D					ESTUDIANTE	HASTA PREPA	C A S A D A
	1	2			PROFESIONISTA		
					OTRAS	DESPUES PREPA	
					ESTUDIANTE		
E D A D					PROFESIONISTA	HASTA PREPA	S O L T E R A
					OTRAS		
					ESTUDIANTE	DESPUES PREPA	
					PROFESIONISTA		
32 A Ñ O S					OTRAS	HASTA PREPA	C A S A D A
	1			1	ESTUDIANTE		
					PROFESIONISTA	DESPUES PREPA	
	1	2			OTRAS		
E D A D					ESTUDIANTE	HASTA PREPA	C A S A D A
					PROFESIONISTA		
	1				OTRAS	DESPUES PREPA	
	1				ESTUDIANTE		
A Ñ O S					PROFESIONISTA	HASTA PREPA	C A S A D A
	1				OTRAS		
					ESTUDIANTE	DESPUES PREPA	
	1	2			PROFESIONISTA		
				OTRAS			

5.2 CONCLUSIONES

Toda mujer que busca el medio de abortar al niño del que se encuentra embarazada, se plantea la siguiente pregunta: '¿ Tengo que dejarlo venir al mundo en la miseria en la que me encuentro, moral o material, y en una situación en la que, con este niño, estaría más desprotegida?. ¿ Tengo que dejar venir al mundo esta vida, tengo derecho de hacerlo en tanto sea responsable de mis actos?.'

Una mujer cuyo cuerpo es adulto, y este es a veces el caso de niñas de 13 o 14 años, y que en un impulso se entregan a un deseo, poco consciente de las consecuencias, o que debido a una debilidad se dejan ir a la sensualidad, o se ven sometidas al deseo por intimidación , y poco después descubren que están embarazadas, sino quieren a ese niño , hay que escucharlas. Hay que escucharlas por que no es natural que una mujer no esté feliz y alegre de gestar en su ser a un hijo.

Se ha visto que son cada vez menos las mujeres que al practicarse un aborto el origen sea por no saber del uso de métodos anticonceptivos, sino al contrario hay más conocimiento de estos métodos pero hay desconocimiento de su uso , ya que las campañas de planificación familiar están dirigidas a los matrimonios y no a los jóvenes solteros . Esto provoca que se vea en la mujer una figura claramente problemática; es decir tenemos a una mujer instruida e informada que falla en la contracepción, y se encuentra de esta manera obligada a recurrir a la intervención abortiva.

Las mujeres de clase media o alta pueden abortar con el mismo riesgo que lo hacen las Europeas o las Americanas . En el caso de las Mexicanas estos procedimientos se llevan a cabo en cuartos disimulados de los consultorios del Doctor, se practican a horas muy tempranas , pero prácticamente sin riesgo : Anestesia , aspirador, recuperación, inyecciones que contraen la matriz para evitar cualquier infección , familiares, amigos o conocidos.

Son las mujeres de clase baja las que mueren al abortar , ellas no tienen posibilidad de elegir el Ginecólogo o el lugar, solo se les presenta una opción , la más barata en la mayoría de los casos. En informaciones estadísticas recientes, soló el 3.7% abortan por legrado uterino, el 48.7% utilizo maniobras, y el 27.6% procedimientos empíricos.(González Ruth 1990).

De 800,000 a 3,000,000 de mujeres que abortan al año, 30,000 mueren y no son las que abortan por el medio de aspiración, anestesia, o recuperación , etc. Sino las que utilizan maniobras o procedimientos empíricos.(González Ruth 1990)

La llamada maternidad no deseada , en la situación actual de la mujer Mexicana, se ha tornado en una maternidad no pensada, ya que la maternidad implica, además de la preparación de un útero receptivo, también la elaboración de un proceso psíquico, donde el niño que nacerá pueda ser esperado; es decir, pensado y amado, incluso antes de ver la luz. Si esto no ocurre, surgen las mismas condiciones de rechazo del cuerpo hacia él. 'Si conservan al niño' como se dice

en el lenguaje común, no se sienten en absoluto responsables por él , lo soportan y se sentirán culpables del trato hacia él.

Es así que por cobardía, acompañada por la conciencia superficial, las madres apoyadas o rechazadas en sus embarazos "no deseados" se "embarcan" en la gestación de un bebé, que desde el comienzo de su vida será frustrado al derecho de todo ser humano; que es el de la alegría . Este niño será traído al mundo por una madre que no lo ha querido , que soportara la maternidad como víctima vergonzosa de un necesidad física y de su compañero irresponsable.

Las hipótesis de la investigación que se plantearon fueron lo siguiente :

Hf1: Las mujeres cursan con depresión cuando acuden a practicarse un aborto.

HO: Las mujeres no cursan con depresión cuando acuden a practicarse un aborto.

Hf2: Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la depresión en mujeres que acuden a practicarse un aborto dependiendo de la edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

HO: No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la depresión en mujeres que acuden a practicarse un aborto dependiendo de la edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

De la hipótesis de trabajo Hf1 , por la gráfica mostrada se concluye que las mujeres no cursan con depresión cuando acuden a practicarse una borto.

Por el método estadístico utilizado (análisis de varianzo) se rechazo la hipótesis alterna, aceptándose la hipótesis nula con lo que se concluye que No existen

diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la depresión en mujeres que acuden a practicarse un aborto dependiendo de la edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

De lo expuesto anteriormente las mujeres que más acuden a abortar fluctúan entre las edades de 18 a 26 años, siendo todas estas solteras, la mayoría estudiantes o profesionistas y su actividad laboral va desde ser hija de familia, secretarías, cajeras, empleadas hasta profesionistas. Esto corrobora los postulados de Ramírez (1977), donde comenta que en la clase media y alta, la satisfacción sexual de la mujer es óptima, así como su participación en el área laboral. El resultado de esto es la limitación de la función procreativa de la mujer mediante el uso de algún anticonceptivo, poniendo a la mujer en un dilema: Renunciar a la satisfacción procreativa, u optar por una condición materna satisfactoria. La mayoría de los sujetos en la investigación realizada no cursaron con depresión ya que los embarazos "eran no deseados". En este sentido parecería ser que tiene mayor peso el desarrollo personal que el hecho de un embarazo; y más que causarles una pena, significaba una liberación.

Los resultados con respecto a la depresión y el estado civil pueden concluir que los sujetos solteras tenían más posibilidad de deprimirse, que las casadas, viudas, unión libre, separadas o divorciadas. Esto puede ser debido a que la familia deposita patrones culturales que hacen que la mujer deba embarazarse después del matrimonio, ya que estando solteras el juicio de realidad les muestra una situación económica mala, la ausencia de una pareja que haga las veces de

padre para el hijo , o bien se puede presentar un determinado rechazo del medio social.

En cualquiera de estos casos, para una mujer soltera un hijo significaría, más bien un problema que una alegría, implicándoles una responsabilidad que aunque muchas veces deseada, no se puede o quiere asumir.

Los resultados con respecto a la depresión y escolaridad arrojaron que las profesionistas y de educación media superior son las que que puntuaron más alto en los rubros de depresión mínima , moderada y severa; de lo que se puede concluir que ha mayor preparación escolar hay más información de los diferentes métodos anticonceptivos , esto no quiere decir que aunque se usen, no habrá fallas; ya que en las entrevistas realizadas antes de la intervención, las sujetas comentaban fallas en el uso de algún método anticonceptivo, por lo cual el hecho de estar embarazada era frustrante para las sujetas, ya que les truncaba su desarrollo profesional o escolar , y además la sociedad por el hecho de tener una preparación a nivel superior no permite que se den este tipo de fallas.

Otro aspecto importante es el papel que juega la depresión con respecto a la ocupación, donde se aprecia que las sujetas que trabajan y que representan una economía fuerte para el país tampoco se les permite embarazarse, por el hecho de que dejan de producir paralizándose los diferentes tipos de economía ya sea familiar, personal o social.

Finalmente podemos concluir que la situación actual de la mujer es una situación difícil en donde juega diferentes papeles dentro de la sociedad ; por un lado es profesionalista , ama de casa, madre de familia, esposa , etc. etc. Situaciones que no le permiten alcanzar niveles óptimos, esto se comprueba en la incidencia de casos depresivos en los consultorios de Psicólogos y Psiquiatras .

5.3 SUGERENCIAS

En el caso , en que la mujer decida abortar, la mayoría de ellas y también la mayoría de los médicos , creen que con el aborto , una vez efectuado y bien hecho, todo está terminado. Esto es falso . Un aborto es siempre, lo sepa la mujer o no, un acontecimiento muy importante para su vida, un suceso inconsciente estructurante o destructurante de la vida de la mujer y del hombre responsable con ella de este embarazo interrumpido, y esto, según la manera en que se integre, como algo importante o no en la vida de ambos, en tanto que constituye una experiencia plenamente responsable. No quiere decir que por esto el aborto deba sentirse como algo culpable . Pero más que todos los otros acontecimientos de la vida, la concepción de un ser viviente es fuente de una responsabilidad.

El papel de cualquier Psicólogo que reciba la confianza de una mujer que está embarazada y esta además decida a rechazar a su feto , es en primer lugar, obligación del Psicólogo oír lo que dice, comprender su angustia, devolverle la confianza en sí misma y quizás en ese "otro" futuro que ella gestará.

Como Psicólogos queda mucho trabajo por hacer, uno de ellos sería el que la mujer encuentre su camino y aproveche para su desarrollo psíquico y social la experiencia que implica el aborto. Otro punto sería que si la mujer opta por la decisión de abortar

La labor del Psicólogo consistirá en reconfortarla, sostenerla después del aborto cuando la situación de peligro inminente ya este resuelta y superada la inquietud material y espiritual.

Después de un aborto, el más grande apoyo que el Psicólogo puede proporcionar a la mujer, es el de dar la confianza en su deseo de encuentros sexuales, de orientarla en medios técnicos para enfrentar las consecuencias y que no llegue a recaer en una situación parecida.

Si una mujer decide libremente conservar un embarazo, aunque en primera instancia el propósito sea abortar, quizá sólo se deba a que ha descubierto una esperanza, una promesa de alegría o para su familia, si el niño que ella gesta es hijo de su amor por lo que ella lo engendro, será lo único que pudo decidir a que ella personalmente no abortara. Es entonces que como Psicólogos se habrá hecho un buen trabajo mediador con ella.

La despenalización del aborto favorecería a todas las mujeres. A las que no comulguen con esta idea, la ley no las obliga. La experiencia de abortar es muy traumática, aun con cirujano, cama, anestesia y aspiración. No se puede pensar que cada mujer que aborta lo haga a la ligera y también creemos lo que las estadísticas hablan, que una mujer aborta con o sin el castigo de la ley, con o sin la ayuda del médico.

Una de las consecuencias de la despenalización del aborto sería ofrecer condiciones físicas y psicológicas seguras y dignas a las mujeres que arriesgan y seguirán arriesgando su vida.

Si el aborto se declara legal, nunca habría que practicarlo sin una o varias entrevistas que hagan surgir de la mujer todo lo que este acto bien meditado puede tener de enriquecedor para ella.

En la presente investigación no se detectó depresión, esto no quiere decir que las mujeres que participaron en el estudio no se depriman pasado un tiempo. Como sugerencia para futuras investigaciones sería interesante hacer un seguimiento de las sujetos que se realizaron un aborto, aplicándoles nuevamente el cuestionario de autoevaluación del Zung, para así corroborar la presencia de depresión.

BIBLIOGRAFIA

Aberatury Armlid (1962) : **Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños**. Ed. Paidós.

Ackeerknecht E. H. (1959) : **A short history of psychiatry**. Hafner publishing Co.Londres.

Agullar Ma. Norma y Patak Esther (1983) : **La depresión durante el climaterio entre mujeres que trabajan fuera del hogar y en amas de casa**. Tesis de Licenciatura , Facultad de Psicología , UNAM.

Aray-Julio(1968) : **Aborto. Estudio Psicoanalítico**. Buenos Aires, Argentina. Ed. Hormé.

Baena Paz Guillermina. (1981) : **Instrumentos de Investigación**. Ed. Editores mexicanos unidos . Quinta edición , México.

Barglow, Peter. y Weinstein Susan (1973) : **Therapeutic abortion during adolescence: Psychiatric observations**. Journal of Youth and adolescence.1973. Dec vol. 2 (4).

Beck Aaron T (1962) : **Reliability of psychiatric diagnoses**. Critique of systematic studies.Rev. American Journal Psychiatric Vol. 119 .

Beck Aaron T (1967) : **Depression: Clinical experimental and theoretical aspects**.Harper and Row Publishers, New York.

Beck Aaron T. (1970) : **El espectro analítico**. En depresión , MEDCOM; New York.

Beck Aaron T. (1976) : **Cognitive therapy of depression**. Meck Sharp and Dohme, Filadelfia 1976.

Bellak y Small (1986) : **Psicoterapia breve y de emergencia**. Ed Pax México.

Blázquez Niceto. (1978) : **El aborto**. Ed. Edicsa, S.A.

Bolon k y Barking j, (1981) :**The measurement of self-rated depression. A multidimensional approach.** Journal of Genetic Psychology 1981 . Vol. 137 (2) p. 309-370.

Calderón Narváez. G. (1984): **Depresión. Causas, Manifestaciones y Tratamiento.** Ed. Trillas. 1984.

Cantrill H. (1944) : **Gauging public opinion.** Princeton: Princeton University Press, 1944.

Castilla Del Pino, Carlos (1982) : **Introducción a la Psiquiatría.** Colección Allianza 1982

Caso Muñoz, Agustín (1979): **Fundamentos de Psiquiatría.** Ed. Limusa. México, D.F. p. 771-773.

Código Penal (1976) : **Código Penal para el Distrito Federal.** Ed. Porrúa 1976.

CONAPO (1982) : **La educación de la sexualidad humana.** Familia y sexualidad. Vol 2.

Cuelí, José (1980) : **El aborto en el Marginado Psicológico.** En: El Problema del aborto en México. México. Ed. Porrúa.

De la Fuente, Ramón (1975) : **Papel de la Depresión en la Patología Humana.** (Dir) en : Neurología de la Conducta Humana. México. Simposio Syntex.

Díaz Guerrero Rogello (1967) : **Psicología del Mexicano.** Ed Trillas.

Fenichel, O. (1979): **Teoría Psicoanalítica de las Neurosis.** Argentina. Ed. Paidós.

Freud, Sigmund (1916-1917): **Duelo y Melancolía.** En: Obras Completas. Tomo XIV. Ed. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1976.

González Ruth (1990) : **El aborto : "Un análisis de factores Biopsicosociales".** Boletín del Instituto de Ingeniería , UNAM, 1990.

Grinberg L. (1973) : **La Identidad en el adolescente**. Ed Paidós Buenos Aires.

Grinberg L.(1983) : **La culpa y depresión**. Madrid España. Ed. Allanza.

Hatcher, S. (1973) : **The adolescent experience of pregnancy and abortion, a developmental analysis**. Journal of Youth and adolescence. 1973 . Mar vol. 2 (1) .

Henry Ey .Bernard : **Tratado de psiquiatría**. Ed. Fondo editorial México.

Klein. Melanie. (1940) : **Obras Completas de Melanie Klein**. Ed. Paidós-Horme, Buenos Aires, Argentina.

Kolb. Lawrence.(1978) : **Psiquiatría Clínica Moderna**. Prensa Médica Mexicana. México, 1978

Laplanche Jean : **Diccionario de Psicoanálisis**. Ed. Labor S.A.

Lara T.H, Ramirez L.(1976) : **Algunas normas para la medición de la depresión, neurología, neurocirugía y psiquiatría**. México, D.F. Vol 17 (1) 1976 P. 5-15.

Levin Jack (1979) : **Fundamentos de estadística en la Investigación social**. Ed. Harla p.150-168.

Matheson D. (1983) : **Psicología experimental**. Diseño y análisis de Investigación. Ed. Continental S.A de C.V. , México.

Martínez Isabel (1987) : **El rol sexual y la autoestima en las mujeres**. Facultad de psicología. UNAM.

Mendels S. Joseph (1982): **La Depresión**. Ed. Herder. **Biblioteca de Psicología**. No. 11. Barcelona, España.

Molina, Clara Elena (1977) **Aspectos sociales del aborto**. En Fem Ene-Mar Vol, 1 (2)

Moss B. (1972) : **Some social psychological factor relate fo depression.** Journal Behavior. Vol. 12 (4) p. 195-209.

Núñez Adriana (1989) : **El aborto en México.** Ed. Fondo de Cultura Económica.

Peralta Sanchez Jorge. (1988). : **Pena de Muerte, Aborto y Eugenesia.** La vida como Valor y el Derecho Positivo. Ed. Joaquin Porrúa, S.A de C.V. México.

Pick, Susan (1979) : **Un estudio Social Psicológico de la Planificación familiar.** S. XXI,Ed. México. 1979.

Ramírez Ignacio.(1982) : **Carpetazo a la Propuesta del Consejo Nacional de Población para Despenalizar el Aborto.** Proceso. México. No. 301. Agosto 1982. p. 18-21.

Ramírez Santiago. (1977) : **El Mexicano, Psicología de sus Motivaciones.** Ed. Enlace Grijalbo. México,D.F. 1977.

Rojas Soriano Raúl. (1987) : **Guía para realizar Investigaciones sociales.** Ed. Plaza y Valdes. México 1987.

Rosas A. (1985) : Tesis: **Un estudio sobre depresión exógena en estudiantes de nivel superior.** En UNAM. 1985

Rosen , Hudson .(1974) : **Some organizational correlates of nursering students attitudes toward abortion.** Nursering research 1974. May.Vol. 23 (3).

Rozenfaing Diana (1977) : **El Psicoanálisis y el aborto.** En : Fem. Ene-Mar. Vol 1 , No. 2 p. 20 - 22.

Sabanés. Francisco. (1993) : **La Depresión.** Ed: Diana, México 1993

Selecciones del Reader's Digest (1970) : **El gran libro de la salud.**

Selecciones del Reader's Digest (1983) : **Consejero medico familiar.**

Serrano Limon Francisco (1983) : **El aborto legal.** Aniquillar al México Joven. Ed. Comité Nacional Pro-vida, A.C.

Silver , T.J. (1980) : **Values relating abortion as expressed by the inner city adolescent girl:** Report of a physician's experience. *Adolescence*, 1980, Spr.Vol. 15 (57).

Smetana, J. P. (1981) : **Reasoning in the personal and moral domains : adolescent and young adult women's decision making regarding abortion.** *Journal of Applied developmental psychology*, 1981, Fal. Vol. 2 (3).

Trueba Olivares Eugenio (1978) : **El aborto.** Ed. Jus México.

Vadles, E. Hale, D. (1977) **Attitudes of adolescent women toward abortion , contraception and sexuality,** *Social work in health care*, 1977, Win. Vol. 3 (2).

Vallejo Nájera.Juan.A. (1987) : **Ante la Depresión.** Ed. Planeta, Barcelona,México 1989.

Warren Howard C. (1948) : **Diccionario de Psicología.** Ed. Fondo de cultura económica.

Wayne W. Daniel.(1974). :**Bioestadística.** Base para el análisis de las ciencias de la salud. Ed.Limusa,México.

Zung, W. W (1965). : **A self rating depression scale.** *Archives of general psychiatry*, p. 63-70.

Zung W.W. (1983) : **Identification and treatment of masked depression in general practice.** *Journal clinical psychiatry*, p.365-368.

ANEXOS

HOJA DE DATOS

EDAD:

ESTADO CIVIL

Soltera

Casada

Divorciada

Unión libre

Separada

Viuda

ESCOLARIDAD

Sin educación escolar

Primaria Incompleta

Primaria completa

Secundaria preparatoria o equivalente

Comercio

Técnico

Profesional

OCUPACION

Campesino

Obrera

hogar

Técnica

Estudiante

Profesionista

Otra

Ninguna o pocas veces	1
Algunas veces	2
La mayor parte del tiempo	3
Todas las veces	4

1. Me siento abatido y melancólico ()
2. En la mañana me siento mejor ()
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar ()
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche ()
5. Como igual que antes solía hacerlo ()
6. Todavía disfruto las relaciones sexuales ()
7. Nota que estoy perdiendo peso ()
8. Tengo molestias de constipación, estreñimiento ()
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre ()
10. Me canso sin hacer nada ()
11. Tengo la mente tan clara como antes ()
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro ()
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto ()
14. Tengo esperanza en el futuro ()
15. Estoy más irritable de lo usual ()
16. Me resulta fácil tomar decisiones ()
17. Siento que soy útil y necesario ()
18. Mi vida tiene bastante interés ()
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome ()
20. Todavía disfruto de las mismas cosas. ()