

64 11226



# Universidad Nacional Autónoma de México

HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON No. 29  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## T E S I S

EL ABORTO Y SUS REPERCUSIONES AFECTIVAS  
EN LA PAREJA.

Que para obtener el Grado de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
p r e s e n t a n

DR. ALEJANDRO GOMEZ DELGADO  
DR. R. SERGIO CAMPOHERMOSO LOPEZ



ASESOR:  
DR. RIGOBERTO TAVERA ESCORZIA  
MAT. 1702077

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2002



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

  
Vo. Bo.

JEFE DE ENSEÑANZA.

DR. SALVADOR RODRIGUEZ PENAFLO

  
Vo.Bo.

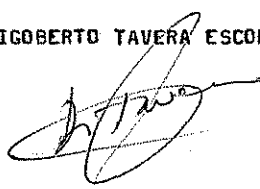
COORDINADORA DE LA RESIDENCIA DE  
MEDICINA FAMILIAR.

DRA. REYNA MERCADO MARIN.

Vo.Bo.

ASESOR DE TESIS.

DR. RIGOBERTO TAVERA ESCORZIA.

SECRETARIA DE ENSEÑANZA  
CLINICA HOSPITAL No. 29

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I N D I C E

- I.- Antecedentes : Históricos y científicos.
- II.- Planteamiento del Problema.
- III.- Hipótesis y Objetivos.
- IV.- Material y Metodos:
  - a) Recursos Humanos y Físicos.
  - b) Técnica de Registro de Datos.
  - c) Administración del Cuestionario.
- V.- Resultados.
- VI.- Resumen
- VII.- Conclusiones
- VIII.- Bibliografía.

A todos los que de una u otra manera  
hicieron posible la realización  
de ésta tesis.

Gracias.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I.- ANTECEDENTES

I.1. El Aborto es uno de los métodos más antiguos para evitar el embarazo no deseado (hasta hace poco, uno de los más peligrosos), entre la gente analfabeta, el uso del aborto y el infanticidio excedía el empleo de medidas que evitaban la concepción. La primera referencia escrita de cualquier método de control de la fecundidad, según Norman Himes en Medical History of Contraception, fue la receta de un abortivo oral. Esta mezcla que posiblemente contenía azogue, se encuentra en un antiguo texto chino de medicina, escrito por el emperador Shen Nung en el período 2737-2696 A.C.

El Aborto era una práctica común en la antigua Grecia y en Roma. Una revisión de las prácticas griegas, efectuada en 1922, incluye 12 páginas que enuambran los abortivos más los instrumentos, inyecciones y pesarios o tampones medicados.

Hipócrates aconsejó a una mujer que saltara en el aire golpeando sus talones sobre sus caderas para provocar un aborto. También en la antigua Roma el aborto era una práctica frecuente. Los métodos utilizados incluían agentes orales (por lo general purgantes fuertes), duchas (con frecuencia cáusticas), y raspado.

Aunque no existen datos para determinar los peligros ni la eficacia de los métodos, está claro que representaban un riesgo.

(1)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los purgantes y agentes cáusticos se administraban a menudo hasta que se lograba el aborto u ocurría la muerte. Las perforaciones y la sepsis eran de común ocurrencia como resultado de sus procedimientos de raspado.

En el antiguo testamento se puede observar una crítica del aborto, pero ésta se hizo más fuerte en la era cristiana. Durante la edad media se condenó el aborto, y como el procedimiento se practicaba en secreto, la información médica sobre los métodos y complicaciones no era fácilmente disponibles (se utilizaban ampliamente drogas y hierbas, especialmente materiales de árboles que no producen fruta, como el sauce, el cornezuelo del centeno, del hongo en las plantas cereales, se utilizaba tanto para apresurar el parto como para provocar el aborto, para el aborto se recomendaba tomar cinco a siete granos. La muy escasa información disponible sugiere que generalmente éstos abortivos no era eficaces y si lo era, también eran tóxicos para la mujer). (2,29)

No se tienen noticias de él hasta 1772; en éste tiempo, William Cooper, consideraba el aborto terapéutico en casos de pelvis estrecha, con la finalidad de prevenir dolores "terribles" durante los esfuerzos del parto. Muchos médicos destacados aceptaron sus enseñanzas y durante la segunda mitad del siglo XIX se extendió el aborto terapéutico a casos de tuberculosis, enfermedades del corazón, nefritis y ciertos tipos de psicosis.

(3)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como vemos el aborto existe desde tiempo inmemorial, en todas las sociedades, se ha practicado por múltiples razones no siempre considerado como acto delictivo, siendo ambigua su condenación legal o moral; así por ejemplo, las leyes asirias lo castigaban rigurosamente, mientras que los griegos eran partidarios del aborto con la finalidad de controlar los nacimientos, sobre todo en las clases económicas de menores recursos.

En Roma, especialmente durante el imperio, el aborto fue aprobado por necesidad social.

Durante siglos se discutió en que momento el producto tenía alma. En 1869 el Papa Pío IX abolió la distinción entre feto animado e inanimado. Desde entonces la Iglesia Católica al considerar que la vida humana debe ser favorecida desde sus comienzos, ha decretado la ilegitimidad del aborto, considerándolo moralmente injustificable.

La revolución industrial y el desarrollo del capitalismo habían generado una demanda de mano de obra barata y abundante, lo cual repercutió en establecimiento de leyes que castigaban el aborto.

En la actualidad, la situación es diferente: ha habido cambios sensibles tanto en la moral social como en los factores económicos, demográficos y sociales que contribuyen a determinar las posiciones restrictivas; lo que ha llevado a países como; Gran Bretaña, Suecia, Japón, Bulg

(3)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



ria, Hungría, Polonia, Checoslovaquia, China, Cuba, etc.; a la liberación de su legislación referente al aborto, - que ha traído como consecuencia la disminución de los problemas de salud pública provocados por el aborto clandestino no reglamentado. (1,21,29,40)

Es evidente que lo anterior significa un cambio fundamen-  
tal de la conciencia social que desembocará necesariamen-  
te en la integración total de hombres y mujeres, con beneficio directo en el núcleo social que es la familia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I. 2. CONCEPTO DE ABORTO

Aborto, del latín "abortus", de "ab", privación y "ortus" nacimiento. Equivale en términos generales a "mal parto", "parto anticipado", "nacimiento antes de tiempo".

Generalmente se dice de lo que no ha podido llegar a su perfecta madurez y debido desarrollo. (8)

Desde el punto de vista obstétrico, el aborto es la interrupción del embarazo en una fecha cualquiera antes de que el feto haya alcanzado un estado de viabilidad. Desde el punto de vista legal, es la muerte del producto de la concepción, en cualquier época de la preñez antes de su término. En el primer caso, se necesita fijar el límite de viabilidad, y suele aceptarse que hasta el sexto mes, el producto no es viable; sin embargo, y para fines prácticos se acepta la definición de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia que considera viable al feto de 22 semanas de gestación y que pese 500 gramos. Haciendo la aclaración de que la última revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades para la Certificación de Defunciones, fija el límite de 28 semanas. En el caso del punto de vista jurídico-delictivo, el aborto es la muerte del feto y presume intencionalidad. (8,9,34,38 39

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### I. 3. CLASIFICACION

De manera general, el aborto puede clasificarse en Espontáneo y provocado (inducido). En el primer caso ocurre - sin ayuda de fuerzas externas o artificiales; en el segundo, es el resultado de maniobras cuyo objeto es interrumpir el embarazo. La diferencia entre ambos reside en la - intencionalidad. (38,39)

El Aborto espontáneo puede dividirse a su vez en esporádico y habitual; y el Aborto provocado en legal o ilegal.

Si además se tiene en cuenta el tiempo de evolución, el - Aborto se clasifica en ovular, embrionario o fetal; y en función de causa, riesgos y consecuencias, el Aborto se divide en precoz y tardío. Por lo cual se hace necesario establecer la nomenclatura para cada caso:

- Aborto Espontáneo: Terminación del embarazo antes que - el fruto sea viable, debido a causas naturales sin intervención mecánica o médica.
- Aborto Provocado: Interferencia deliberada en un embarazo con la intención de determinarlo por parte de la - propia embarazada o de otra persona.
- Aborto Habitual: Tres o más abortos espontáneos en forma consecutiva, o bien 5 abortos espontáneos presentados en forma alterna.

6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Aborto Legal: La ley aclara que el aborto no será punible cuando sea el resultado de una imprudencia de la madre, o bien cuando el embarazo sea consecuencia de una violación. Asimismo la ley prevee, que el aborto no será objeto de sanción, cuando de no provocarse, la mujer corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste la declaración de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora (Aborto Terapeutico).
- Aborto Ilegal: Terminación del embarazo sin justificación médico-legales.
- Aborto Ovular: Terminación del embarazo hasta antes de dos meses de gestación.
- Aborto Embrionario: Terminación del embarazo del tercero al cuarto mes.
- Aborto Fetal: Terminación del embarazo del quinto al sexto mes.
- Aborto Precoz y Tardío: El límite entre ambos, se sitúa entre la décimosegunda y décimocuarta semana de embarazo. (9,38,39,40)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I.4 ABORTO ESPONTANEO

### I.4.1. Incidencia

Tomando en consideración revisiones anterospectivas, así como el análisis de tablas de mortalidad, se calcula que aproximadamente el 20% de todas las gestaciones, durante las primeras 20 semanas de embarazo, terminan en aborto y que cerca de 4% de éstos, son de tipo habitual. A éste respecto es sumamente difícil obtener datos estadísticos exactos, por dos razones fundamentales, la primera porque en las series estudiadas, no se incluyen los abortos progresivos o bien porque se incluyen en ellas los abortos provocados. (38,39)

### I.4.2. Etiología

Los factores que llevan al útero a entrar en actividad y que son capaces de lesionar y expulsar el huevo pueden dividirse en dos grupos principales: de origen ovular y de origen materno. (9,38,39)

Entre las causas ovulares se encuentran las de origen fetal propiamente dicho, o bien las que encuentran su origen en los anexos ovulares. Por lo que se refiere a las de origen fetal deben mencionarse en primer lugar las alteraciones cromosómicas (malformaciones congénitas) ocupando un porcentaje bastante elevado (60-90%) en los casos de aborto espontáneo, esporádico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se ha mencionado asimismo a los factores inmunológicos - (hizo-inmunización a los factores sanguíneos del grupo - A-B-O.v.gr.) como causas de origen fetal.

Las infecciones que atraviezan la barrera placentaria y alteran al embrión pertenecen ac. embrionario.

De los casos de aborto originados en los anexos ovulares, se pueden mencionar los siguientes:

- Anomalías en la cantidad de líquido amniótico (oligohidramnios-polihidramnios); anomalías del cordón umbilical (nudos verdaderos y falsos, torceduras, circulares, con con flictos entre los cordones en los embarazos gemelares - univitelinos, inserción baja o velamentosa); inserciones bajas de placenta, hemorragias, deciduales, de generación quística de las vellosidades corrales que constituyen - las molas y pueden coexistir con la de un feto.

Las causas maternas se subdividen en causas de orden ge neral y causada de orden local. Entre las primeras se - cuentan: las infecciones agudas y crónicas, que afectan a la madre y repercuten sobre el embarazo sin alterar di rectamente, al embrión que en términos generales, se in- vocan rara vez como causa de aborto.

Las intoxicaciones exógenas (alimenticias, medicamentosas o por metales) o endógenas (insuficiencia hepática o renal etc.)

pueden ser causa de aborto, lo mismo que los traumatismos, sobre todo directos.

Otras causas maternas de orden general, son la diabetes y el hipotireoidismo.

Entre las causas de origen materno, locales, pueden señalarse como causa de aborto las malformaciones congénitas del (útero doble, útero didelfo, úteros unicornes, etc.).- En este mismo orden, procesos infecciosos de los órganos genitales, desviaciones anormales del útero, tumores pelvianos; (miomas intracavitarios, etc), incompetencia del cérvix, ya sea por multiporidad, por desgarros profundos en partos anteriores como consecuencia de operaciones mutilantes sobre cuello, v.gr. la operación de Manchester para tratamiento del prolapso uterino. (9,21,38,39)

En términos generales, se puede mencionar, que entre el 75 y 85% de abortos espontáneos esporádicos, son de origen ovular y que del 60 al 70% se deben a alteraciones genéticas, desconociéndose las causas del 30% restante.

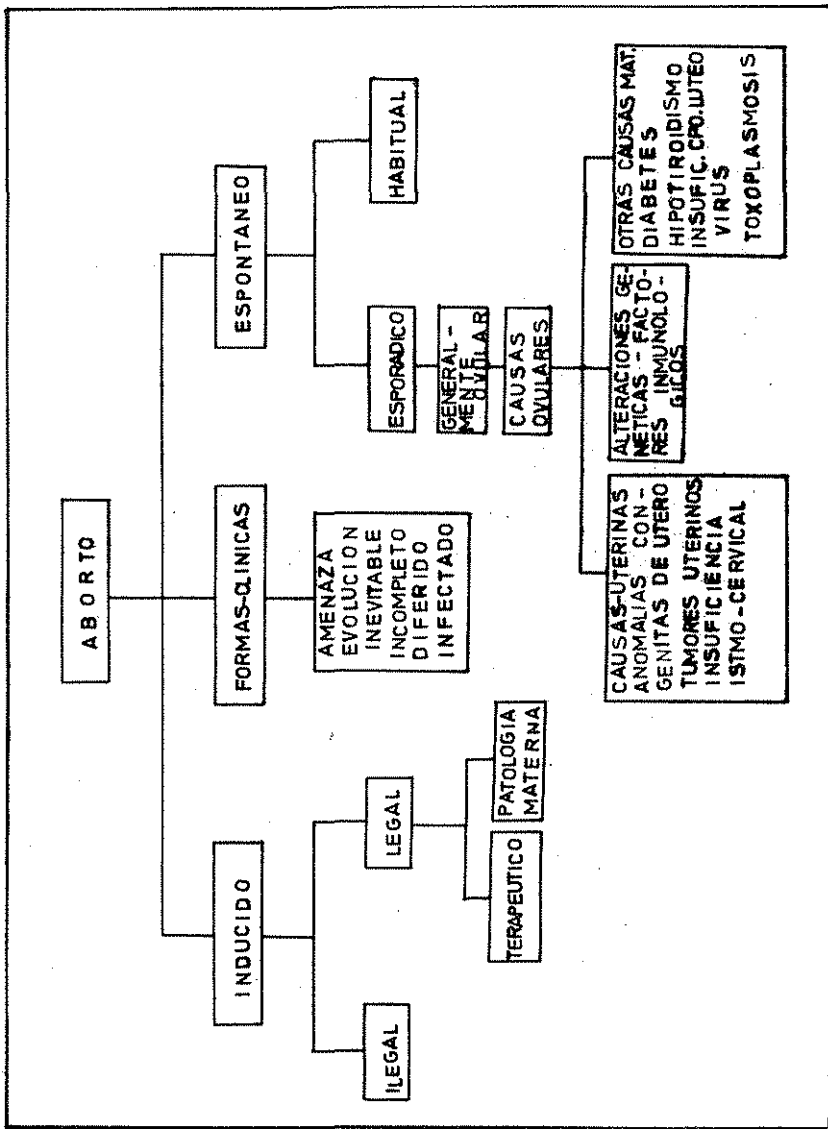
#### I.4.3. Signos y Síntomas del Aborto, según la etapa de Evolución.

##### FORMAS CLINICAS (39)

- Amenaza de aborto. Se considera que hay amenaza de aborto, cuando una vez comprobado el embarazo, se presenta sangrado que, por su cuantía, no es incompatible con la evolución del embarazo, pudiéndose acompañar de dolor tipo cólico en epigastrio; no hay modificaciones cervicales.

- Aborto en Evolución. Se habla de aborto en evolución en presencia de contracciones uterinas dolorosas, que se manifiestan por cólicos hipogástricos, acortamiento y/o dilatación del cérvix. El sangrado puede ser discreto o copioso.
  
- Aborto inminente. Constituye una etapa evolutiva, más adelantada del anterior en el cual el huevo se está expulsando. Cuando en una gestación menor de 22 semanas ocurre ruptura evidente de las membranas, o sangrado profundo e incompatible con la evolución del embrión, en ausencia de modificaciones del cuello uterino y es imposible que el embarazo siga adelante, se habla de aborto inevitable.
  
- Aborto incompleto. El aborto es incompleto cuando el cérvix está dilatado y hay sangrado y cólicos hipogástricos rítmicos seguidos de expulsión de fragmentos ovulares.
  
- Aborto consumado. Para poder afirmar que se trata de un aborto consumado es indispensable la observación directa del huevo expulsado y encontrar en la exploración que el útero está totalmente involucionado, el cuello formado y cerrado y su orificio interno prácticamente no es permeable.
  
- Aborto diferido. Debe tener el antecedente de manifestaciones clínicas de amenaza de aborto, que algunas veces pueden persistir y el único dato diagnóstico es la discrepancia entre el tiempo probable del embarazo y la evolución clínica del mismo que hacen pensar que el huevo pueda tener seis semanas o más de muerto.





TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- Aborto Séptico. Cuadro séptico de origen endouterino agrgado a cualesquiera de las formas anteriormente descritas.

#### I.4.4. TRATAMIENTO

El tratamiento de las diferentes formas clínicas del aborto, es diferente para cada una de ellas: (34,38,39,40).

- Amenaza de Aborto

El reposo físico y sexual es el primer paso en el tratamiento de la amenaza de aborto, si bien es cierto, que hasta la fecha no existe ningún trabajo que arroje, suficiente evidencia estadística seria y digna de crédito de que el índice de salvamento del producto no es mayor en los grupos de reposo que en los grupos con actividad moderada normal. De la misma manera se han indicado los antiespaemódicos sin que exista referencia bibliográfica alguna al respecto. En lo que se refiere a hormonales basta decir que no están indicados en el tratamiento de la amenaza de aborto es espontáneo esporádico.

- Aborto incompleto

Existe el consenso general, en la actualidad de que tanto en el caso del aborto incompleto, como en las otras formas clínicas de aborto, la conducta a seguir es el vaciamiento del útero, a la brevedad posible, generalmente mediante legrado; con la finalidad de evitar complicaciones posteriores tales como la hemorragia masiva o la infección agregada. Cabe hacer la aclaración de que en casos de Aborto séptico, es prioritario manejar las condiciones generales de la paciente y tratamiento de la infección, antes de proceder al legrado uterino.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Es importante señalar que, aunque escasa, en la literatura médica, se comenta la necesidad de tratamiento de tipo psiquiátrico en el post-aborto, ya que "frecuentemente, la mujer experimenta el aborto como una pérdida, como una pequeña muerte" y caen en estados de depresiones; sobre todo tratándose de abortadoras habituales.

## 1.5. ABORTO INDUCIDO

### 1.5.1. Magnitud del problema.

La incidencia del aborto provocado es, por razones obvias desconocida a nivel mundial. En México se hacen estimaciones indirectas de su magnitud, recurriendo básicamente a dos fuentes: las estadísticas de los hospitales, - (que únicamente se refieren a abortos complicados) y las encuestas. (1,38,39,40).

Con base en lo anterior, se calcula que actualmente hay un aborto provocado por cada cinco embarazos, lo que da una total de 600 a 700 mil abortos anuales, con una tasa de 48 abortos por 100,000 mujeres embarazadas, en edades comprendidas de los 15 a los 44 años de edad. Las estadísticas de los hospitales de Gineco Obstetricia - del Seguro Social indican que aproximadamente el 10% de la población femenina derechohabiente entre los 15 y 44 años de edad se induce un aborto al año. (1,39)

Ajustando estas cifras a la población en general, la proporción se acerca al 5% al año para mujeres del mismo grupo de edad. Las encuestas indican que el 26.7% de las mujeres de este grupo de edad han tenido por lo menos un aborto en su vida

#### 1.5.2. Métodos usados para practicar el aborto

El procedimiento utilizado para provocar el aborto, depende, en gran parte, del medio socioeconómico. En los medios más bajos se usan hierbas como la ruda, el azafrán, el apiol y el ajeno. Estas sólo provocan el aborto cuando se ingieren cantidades tóxicas.

En un estrato social un poco más elevado, ya se tiene conocimiento de cómo es el útero y se introducen cuerpos extraños en la cavidad, por ejemplo, sondas, agujas de tejer, plumas de ave; en la vagina se depositan sustancias como la aspirina y pastillas de permanganato que producen quemaduras sin provocar el aborto. Los abortadores profesionales tratan de romper la bolsa introduciendo cuerpos extraños o inyectando sustancias dentro de la matriz. En niveles superiores se recurre al médico abortador que practica legrados o en embarazos avanzados, practica una histerotomía, como si se tratara de una cesárea por vía vaginal o abdominal. (39)

En lo que se refiere al aborto legal es deseable que se realice en el primer trimestre, lo que permite practicar la técnica de succión que es muy sencilla, y que comparada con el legrado tiene menor riesgo de complicaciones. De lo décimo segunda semana en adelante, ya se requieren medios para inducir el trabajo de aborto.

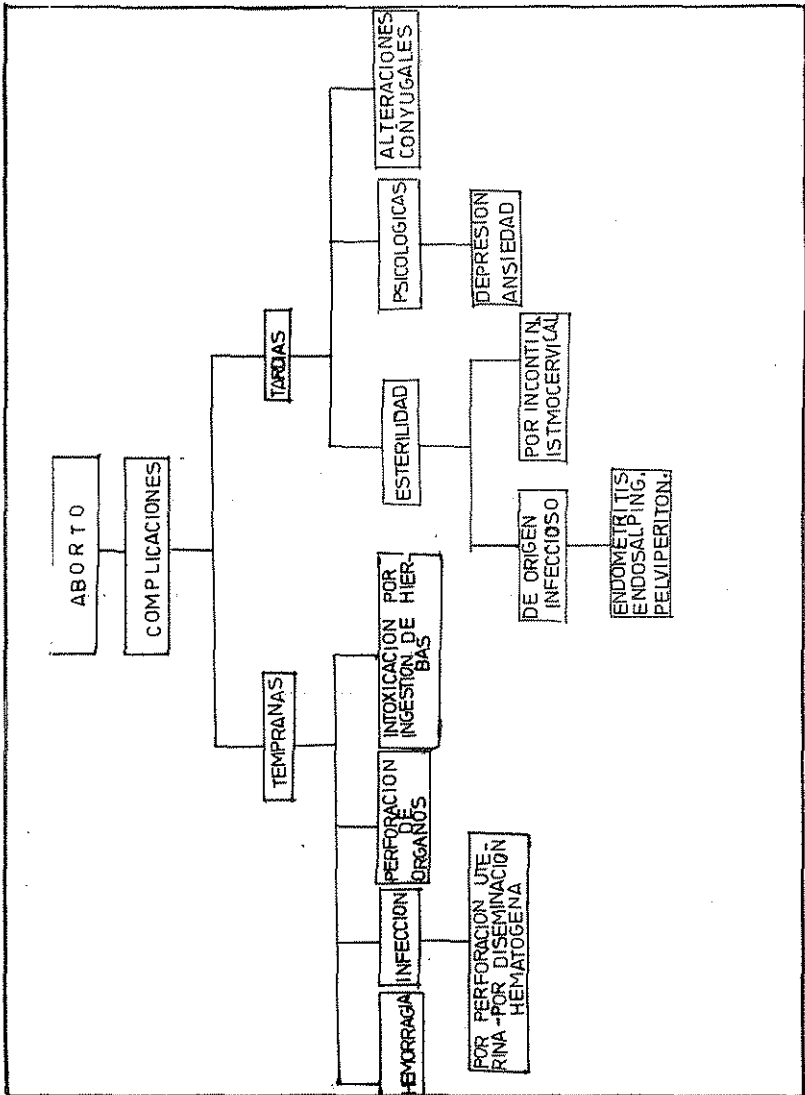
(34).

## I. 6. COMPLICACIONES

Además del estado general de salud de cada mujer, cuatro factores principales determinan la mortalidad y la morbilidad del aborto legal y del ilegal:

- El método del aborto
- La habilidad del proveedor
- La duración del embarazo
- La facilidad de acceso y la calidad de las instalaciones médicas para tratar las complicaciones. (40)

Las complicaciones del aborto pueden dividirse en precoces y tardías. Las principales complicaciones precoces son la hemorragia profusa y la infección, ya sea por diseminación hematógena o por perforación uterina. Las hiebras pueden provocar intoxicaciones graves. Una complicación tardía es la esterilidad por secuelas de infección o por incontinencia istmo-cervical consecutiva al uso de cánulas de aspiración o de cucharillas para legrados. Otra complicación-discutible su calidad de tardía o no - tanto del aborto legal o ilegal, se refiere a las repercusiones psicológicas que llegan a tener lugar en la mujer. Cuando se trata de un aborto legalizado, las mujeres sienten cierto apoyo moral del que carecen las que sufren un aborto ilegal; de cualquier manera, si pueden "liberarse" de la ley, no se libran tan fácilmente de su conciencia y las reacciones pueden ser graves, particularmente en mujeres que han sido educadas muy rigidamente y que - por razones éticas o religiosas, consideran al aborto como un crimen. ( 39,8,4,20,29)



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Las condiciones mismas del aborto, las deficiencias del lugar donde se realiza, la clandestinidad de los contactos, colocan a la mujer en condiciones muy desfavorables. Las reacciones más frecuentes son la depresión y la ansiedad en grados variables. (5,28,39)

Por último, se debe mencionar la más grave de las complicaciones del aborto: la muerte de la mujer; y que llega al 1% en nuestro país. (Donde el aborto es legal y se practica precozmente, con técnicas y condiciones controladas se informan tasas de 1.4 y 4 por 100.000. (39)

#### 1.7. Características de la mujer que aborta en México:

Es más frecuente en mujeres entre los 20 y 30 años de edad.

La proporción de abortos es mayor en mujeres de educación media (sólo han cursado la primaria) que en las que tienen educación superior y en las analfabetas.

Según encuestas realizadas el 85% son católicas y el 15% restantes pertenecen a otras religiones.

En su mayoría (65%) son casadas o viven en unión libre y son madres de numerosos hijos en un 70%; con ingresos familiares precarios o insuficientes (76%). En forma discutible, debido a diferentes resultados, en cuanto a las series consultadas, más frecuente en la mujer que trabaja que en la que no lo hace. (1,25)

Igualmente los estudios coinciden en las principales razones que aduce la mujer para decidirse al aborto: número excesivo de hijos, mala situación económica, falta de educación, (falta de conocimiento de los medios anticonceptivos), conflictos conyugales, abandono, y ocultación social, problemas profilácticos o terapéuticos; en ese orden de frecuencia.



## 2. ABORTO Y REPERCUSIONES AFECTIVAS EN LA PAREJA

(Planteamiento del Problema).

(Al abordar el tema, debemos partir de la premisa de que - existe muy escasa información al respecto y de que la mayoría de las veces se hace hincapié respecto a los trastornos psicológicos que el aborto provoca en la mujer - contradictorios las más de las veces - sin relacionarlos directamente con sus relaciones familiares o más concretamente en relación a la actitud que su pareja adopta y el grado - en que se afecta su relación conyugal posterior).

### 2.1 Secuela psicológica del aborto

Como se ha señalado en párrafos anteriores, los efectos psicológicos posteriores al aborto, han sido considerados como una de las complicaciones del mismo, pudiendo clasificarse, según Babikian (1975) de la siguiente forma: (3)

#### A) Efectos psicológicos inmediatos

- a) Sensación de alivio; sobre todo si la mujer no había establecido una liga emocional con el producto.
- b) Duelo o tristeza, si el aborto implicó para la madre la pérdida de un objeto ya amado.
- c) Culpa o angustia, por terminar intencionalmente o no con una vida que sentía dentro.

(2,3,5, 12,15,16,20).



Las variantes del remordimiento son muchas y puede ir - desde una reacción psicótica aguda (que es rara) hasta vagos sentimientos que desaparecen pronto. La culpa y la angustia aumentan en proporción directa al grado de religiosidad y educación restrictiva que la mujer haya vivido.

- d) Depresión endógena, cuando la culpa hace que la madre - se ataque a si misma o cuando siente que al abortar perdió parte de su feminidad.
  - e) Ira de la mujer contra las circunstancias, las personas involucradas contra ella misma, por haber terminado el embarazo intencional y prematuramente.
  - f) Ambivalencia respecto al aborto, ya que se efectuó; pero no antes.
  - g) Duda, de si fue buena decisión o no.
  - h) Miedo a volverse estéril.
  - i) Miedo a no volver a sentir un orgasmo.
  - j) Miedo a infecciones, dolores o consecuencias orgánicas vagas por haber abortado.
- B. Efectos Psicológicos a largo plazo.

La capacidad de la mujer para enfrentarse a todas las reacciones iniciales, determina que tan serias serán las secuelas del aborto al pasar los meses y los años.



La mujer psicológicamente vulnerable desarrollará síntomas psiquiátricos. La persona mejor integrada vivirá el aborto como una experiencia dolorosa pero enriquecedora.

## 2.2. ANTECEDENTES

Existe una referencia bibliográfica, en la que se comenta que en 1950 los suecos comenzaron a publicar las primeras observaciones en relación con la secuela que el aborto puede dejar en la psique femenina: Ekblod hizo un reporte sobre 479 mujeres que habían tenido un aborto legal por razones psicológicas. El 74% de aquéllas no había acusado ninguna pesadumbre; 14% estaban indecises; 11% eran víctimas de gran pesar; y solamente el 1% se había visto incapacitada de trabajar, por la depresión causada. (29)

En 1963, un estudio psiquiátrico, realizado en la escuela de medicina de UCLA, 74% manifestaron no haber observado jamás complicaciones psiquiátricas notables a consecuencia del aborto. (21)

En otra referencia, se analiza la entrevista realizada a 3400 mujeres casadas (China); de las cuales 743 informan que se habían hecho practicar abortos inducidos en el pasado sin ningún remordimiento o sentimiento de culpa persistente. Una tercera parte de ellas sintieron cierta culpa inicial, la cual desapareció; las dos terceras partes sintieron al contrario, alivio después del aborto. (20)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 2.3. SITUACION PSICOLOGICA DEL PADRE

De un estudio realizado en Chile, se concluye que las consecuencias psicológicas, como el complejo de culpa producido por la destrucción intencional de la vida humana, el quebrantamiento de alguna regla religiosa o el temor a sanciones legales, son entre las mujeres, al parecer muy poco frecuentes; e indica que la actitud del hombre chileno hacia el aborto a sido investigada desde obreros industriales y sea encontrado que es bastante similar a la actitud observada entre las mujeres. (29)

En un estudio psicoanalítico publicado en 1968 en Argentina su autor dedica varios capítulos de su libro a estudiar la situación psicológica del padre como resultado del aborto, insistiendo que ello crea una situación anormal en el psique del hombre, sin embargo a recibido objeciones a dicha postura, partiendo de la base de que su estudio se realice en un núcleo en el que predomina una vinculación estrecha entre la pareja, pero que en general, en el medio latinoamericano prevalece la unión muchas veces esporádica de la que él hombre se evade en cuanto sabe que la mujer esta embarazada. El hombre promedio (continua la crítica), esta tan absolutamente ausente de la mujer que abandona, que ni le preocupa, ni le importa, si aborta o no, o si muere incluso a consecuencia de ello. (29)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 2.4. PSICOANALISIS Y ABORTO

Abordar el problema del aborto, desde un punto de vista psicoanalítico, permite diseñar las implicaciones psicológicas de la mujer que aborta, y eventualmente de su familia, y también un intento de esclarecer los vínculos entre las mismas y la situación social de la mujer de nuestros días.

El aborto es una de las formas de expresión de la problemática de la sexualidad en nuestra sociedad. (28)

A pesar de los cambios que se han ido registrando en el transcurso histórico, podemos hablar todavía del "tabú" de la sexualidad. Este se expresa en primer término, en el alto grado de desconocimiento que rodea el tema. Desconocimiento en distintos niveles: anatómicos, funcionales, psicológicos. También encuentra su expresión en las conductas que, tanto hombres como mujeres, tienen con sus parejas, en ellos se encuentran frecuentemente una disociación entre el aspecto sexual y otros aspectos de sus relaciones.

Partiendo de la concepción de los elementos que el psicoanálisis maneja, cuando nos referimos a la mujer en situación de abortar (aborto provocado) debemos considerar que es una mujer que decide terminar con algo, que ella misma ha contribuido a gestar. Podríamos entonces decir, que el aborto es su decisión "consiente", pero que también ha habido, en el hecho del embarazo, otra voluntad, opuesta e inconsciente.

Esta duplicidad de voluntades permite entender que la -  
mujer en situación de abortar, está ante un conflicto -  
importante.

Por otra parte, el aborto es vivido como una pérdida. Es -  
to ocurre independientemente de en qué condiciones se -  
haya realizado o de lo conveniente o no de la decisión;  
y ésta pérdida esta referida no sólo al embrión como "Ob -  
jeto" sino a una parte de la mujer misma. Los modos de  
reacción ante esta pérdida no dependen sólo de la estruc -  
tura de la personalidad sino también de su ubicación -  
social y económica.

Basándose en algunos principios del psicoanálisis (sentí -  
miento de rivalidad del padre hacia el hijo; celos de -  
los niños hacia los nuevos hermanos); el aborto pareciera  
haber hecho realidad, deseos no concientes - fantasías -  
de destrucción - en cada uno de los miembros de la fami -  
lia. (28)

Estas fantasías de destrucción que rodean al aborto se -  
hacen presentes en la idea de muchas mujeres de haber -  
quedado frías o estériles después del mismo.

En el hombre se pueden hacer presentes a través de impo -  
tencia ú otros trastornos sexuales o por el temor de em -  
barazar a la mujer o después del aborto, por no sentir -  
que no puede tener relaciones sexuales con la compañera  
"destruida".

Desde un punto de vista psicológico, las posibilidades de  
que no repercuta negativamente sobre la mujer en ningún -  
sentido, estriba en sus características de personalidad,  
pero también en las condiciones sociales y afectivas en  
que se realice. (25).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Siendo el del aborto, un problema de salud pública de gran relevancia, dada su alta incidencia y sus elevados índices de morbi mortalidad, se constituye también en un problema social que afecta de manera directa a la familia, en sus costumbres, moral y salud física y mental.

En el Hospital General de Zona Aragón, el comportamiento estadístico del fenómeno es similar a lo descrito con anterioridad ya que como se observa en el cuadro No. 1, de un total de 1993 urgencias ginecoobstétricas; el 44.36 % correspondió a problemas por aborto. Esto ocurrió durante 1981. De dicho porcentaje 53 pacientes se reportaron con complicaciones del mismo (sepsis) y la mayor incidencia se apreció en mujeres mayores de 31 años.

Respecto del problema que nos ocupa se ha discutido durante largo tiempo y aún se discute:

1.-¿Si existen realmente repercusiones psicológicas importantes tanto en el hombre como en la mujer, considerados como pareja?

2.- Si el aborto per se es, ó son las circunstancias que lo rodean, el origen de las secuelas afectivas de que se habla.

3.-¿Si el aborto significa para la pareja, una situación de crisis, después de la cual se incrementa ó se inhibe la comunicación existente entre ellos.

#### JUSTIFICACION.

En vista de lo anterior, se hace indispensable, en primer lugar, la verificación de conceptos a éste respecto, ya que la información existente es, en su mayoría deficiente y controvertida; posteriormente identificar y analizar sus causas y por último establecer sus consecuencias, e intentar modificarlas en forma positiva, en caso de que resulte susceptible de hacerlo.

(1, 2, 7, 12, 14, 17, 19, 24, 30).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# INGRESOS Y EGRESOS EN GINECO-OBSTETRICIA EN 1981

MES	GINECO-INGRESOS		URGENCIAS	EGRESOS	SUMA	EGRESOS CON PASE A:		DEPUN. CIOTOMORTA	MORTALIDAD HOSP. CIOTOMORTA	TASA INFERMIDAD QUIRURGICA	DIAS DE ESTANCIA PROMEDIO				
	Nº CASAS	SOMA				CONS. CLINICO	SUB. ADSC. HOSP. RIGOS								
11	25	2020	627	1983	2602	1900	653	49	0	0	2383	6323	6323	2.43	
ENE	13	15	224	48	176	202	187	12	3	0	0	209	605	601	3.00
FEB	13	24	238	44	194	241	225	10	6	0	0	229	584	560	2.42
MAR	13	24	234	49	185	237	221	12	4	0	0	238	481	545	2.03
ABR	13	25	174	31	143	178	148	27	3	0	0	172	389	5187	2.19
MAY	13	27	165	40	125	166	142	19	5	0	0	131	447	534	2.69
JUN	13	27	1227	46	181	218	190	27	1	0	0	188	602	7432	2.76
JUL	11	27	211	59	152	211	169	40	2	0	0	173	464	5544	2.20
AGO	11	26	196	64	132	190	169	22	9	0	0	150	410	5087	2.16
SEP	11	26	208	70	138	198	98	97	3	0	0	165	556	7128	2.81
OCT	11	26	269	73	196	279	91	187	1	0	0	268	675	8375	2.42
NOV	11	26	241	51	190	239	166	62	11	0	0	237	573	7346	2.40
DIC	11	18	233	52	181	243	104	138	1	0	0	223	637	9624	2.21

FUENTE: ANUARIO GENERAL DE 1981  
 DEPTO. DE ESTADISTICA  
 H.G. Z.A., No 29  
 I.H.S.S.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



ABORTOS COMPLICADOS (SEPSIS )				
	14 - 19	20 - 24	25 - 30	31 o +
ENERO	0	3	2	2
FEBRERO	0	2	2	2
MARZO	0	2	2	2
ABRIL	0	0	1	0
MAYO	0	0	2	0
JUNIO	0	3	2	3
JULIO	1	3	3	6
AGOSTO	1	2	3	2
SEPTIEMBRE	0	0	3	0
OCTUBRE	0	1	0	0
NOVIEMBRE	0	1	3	0
DICIEMBRE	0	0	0	0
TOTAL	2	17	23	11

- 2 -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ABORTOS COMPLICADOS (SEPSIS )				
	14 -19	20-24	25-30	31. o †
ENERO	0	3	2	2
FEBRERO	0	2	2	2
MARZO	0	2	2	2
ABRIL	0	0	1	0
MAYO	0	0	2	0
JUNIO	0	3	2	3
JULIO	1	3	3	6
AGOSTO	1	2	3	2
SEPTIEMBRE	0	0	3	0
OCTUBRE	0	1	0	0
NOVIEMBRE	0	1	3	0
DICIEMBRE	0	0	0	0
TOTAL	2	17	23	11
- 2 -				

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ABORTOS POR GRUPOS DE EDAD				
	14 - 19	20 - 24	25 - 30	31 ó +
ENERO	1	28	39	39
FEBRERO	1	21	32	43
MARZO	3	27	29	49
ABRIL	5	19	39	30
MAYO	3	8	23	19
JUNIO	4	20	31	30
JULIO	7	17	29	13
AGOSTO	2	9	12	11
SEPTIEMBRE	1	7	15	20
OCTUBRE	1	15	22	43
NOVIEMBRE	4	19	18	25
DICIEMBRE	4	12	17	13
TOTAL	35	204	306	336

- 3 -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TOTAL DE PARTOS POR GRUPOS DE EDAD					
	14-19	20-24	25-30	31 y +	
ENERO	0	0	0	0	0
FEBRERO	0	0	0	0	0
MARZO	0	0	0	0	0
ABRIL	0	0	0	0	0
MAYO	1	2	3	2	8
JUNIO	2	5	1	7	15
JULIO	2	4	5	6	17
AGOSTO	1	3	3	2	9
SEPTIEMBRE	3	5	6	7	21
OCTUBRE	5	18	26	21	69
NOVIEMBRE	3	22	19	17	61
DICIEMBRE	1	22	15	23	61
TOTAL	18	81	77	85	261

- 6 -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TOTAL DE CESAREAS POR GRUPOS DE EDAD					
	14 - 19	20 - 24	25 - 30	31 ó +	
ENERO	0	0	2	0	2
FEBRERO	0	0	0	0	0
MARZO	0	0	0	0	0
ABRIL	0	0	0	0	0
MAYO	0	0	0	0	0
JUNIO	0	0	0	0	0
JULIO	0	1	0	0	1
AGOSTO	0	0	0	0	0
SEPTIEMBRE	0	1	1	1	3
OCTUBRE	3	6	4	1	14
NOVIEMBRE	0	1	1	1	3
DICIEMBRE	2	2	6	1	11
TOTAL	5	11	14	4	34

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### HIPOTESIS

- I.- H1 : El aborto produce alteraciones afectivas ( sentimiento de culpa, depresión, incomunicación, etc. ) en las parejas.
- Ho: El aborto no produce alteraciones afectivas ( sentimientos de culpa, depresión, incomunicación, etc.) en las parejas.
- II.- H1: La escolaridad es determinante en la actitud afectiva-conyugal, en el postaborto.
- Ho: La escolaridad no determina la actitud afectiva conyugal en el postaborto.

#### OBJETIVOS

- 1.- Demostrar que el aborto produce alteraciones afectivas importantes en la pareja.
- 2.- Demostrar que el nivel de escolaridad es un factor determinante en la actitud afectiva conyugal en el postaborto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PROGRAMA DE TRABAJO:

### Material y Métodos.

**Material Humano.-** Características de los pacientes.

Para el presente estudio se seleccionaron 30 pacientes del sexo femenino, y sus respectivas parejas, cuyas edades oscilaran entre los 18 y los 35 años; que ingresaron al servicio de GinecoObstetricia del Hospital General de Zona Aragón, a través del Servicio de Urgencias, con diagnóstico de Aborto, con evolución en su gestación de un periodo hasta de tres meses. Las pacientes se captaron durante el lapso de junio a agosto de 1982. No se especificó si el aborto era espontáneo ó inducido; respecto de sus antecedentes ginecobstetricos se tomó en cuenta que tuviesen un número de embarazos no mayor de cinco.

**Técnica de registro de datos. Características del cuestionario.**

Se les explicó la finalidad del estudio y se aplicó un cuestionario en su domicilio en un tiempo no mayor de un mes después de su intervención Quirúrgica.

En el cuestionario señalado se analizaron diversos factores tales como: escolaridad, religión, situación socioeconómica de la pareja, conocimientos sobre anatomía y fisiología sexual, información sobre uso de anticonceptivos, conocimientos sobre familia ( # de miembros, conocimiento de roles y dinámica familiar), todos ellos en relación a las diversas reacciones psicológicas esperadas.

**Administración del Cuestionario.-**

- Con la finalidad de obtener información fidedigna se omitió solicitar datos personales a los entrevistados.
- La aplicación del cuestionario se hizo en forma individual y bajo supervisión en tres sesiones: En la primera se obtuvieron datos generales; la segunda se utilizó para la obtención de datos concernientes a la mujer y en una posterior lo referente a su pareja con la finalidad de evitar distorsión en la información.

Finalmente se realizó una entrevista conjunta ( con la pareja), tres meses después del aborto, donde se les solicitó expresaran su estado afectivo, aplicando la misma escala de efectos psicológicos del inicio. ( tabla No. 15 ) • (3,4,8,10,11,13,22,23,26,27, 31,32,33 ).



## RESULTADOS:

### 1.- Efectos Psicológicos inmediatos.

En el grupo estudiado, se observó en primera instancia, mayor número de repercusiones en la mujer que en el hombre como se muestra en la tabla No. 6 ; entre las cuales destacan, en primer lugar, la depresión con 60%, sentimiento de culpa en el 11%; sensación de alivio en el 10%, temor a repercusiones orgánicas en el 8% y en el porcentaje restante , incomunicación, rencor hacia la pareja e indiferencia al problema. Por lo que respecta al hombre, el efecto predominante fué la sensación de alivio en el 85% de los casos, depresión en el 12%, e indiferencia en el 3%.

### 2.- Escolaridad. (tabla No. 7 )

Con respecto al grado de escolaridad del grupo, tanto hombres como mujeres tuvieron niveles similares, con primaria incompleta y completa en su mayoría ( 42 de ellos), y observando reducido número de miembros del grupo en los extremos de la escala ; es decir analfabetos y con bachillerato y profesional.

### 3.- Factor Económico. ( tabla No. 8 )

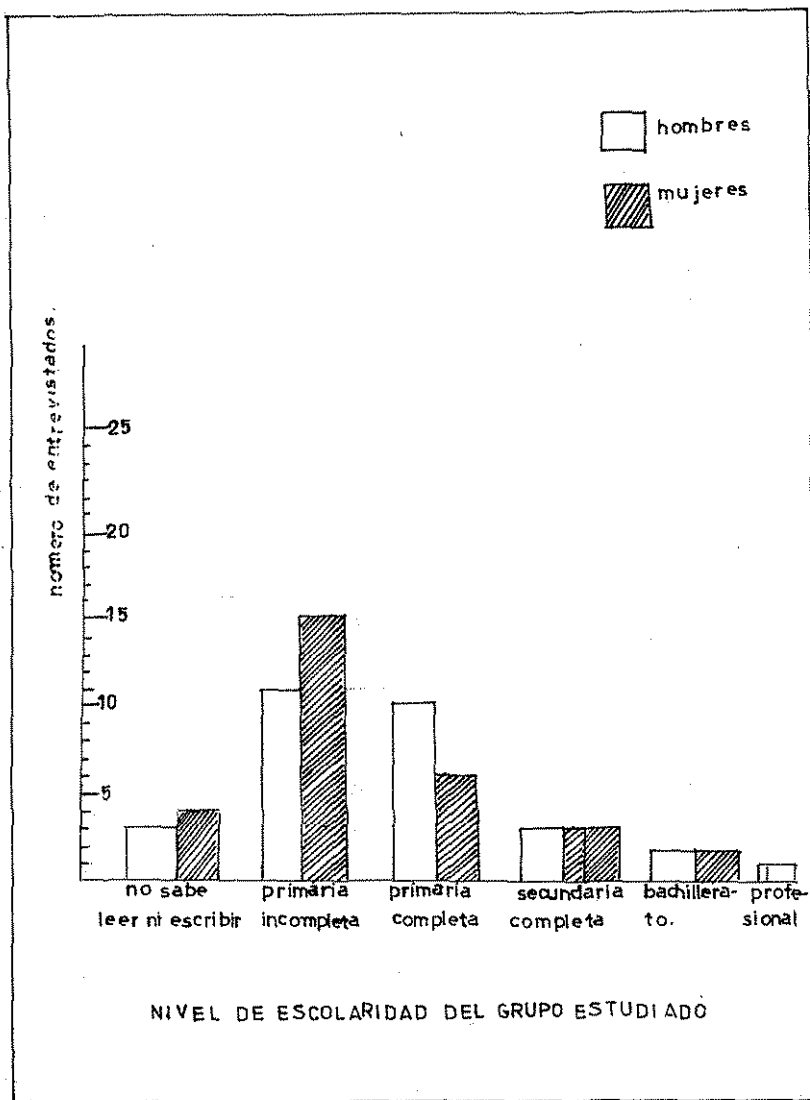
En el aspecto económico, el 37% de las familias tuvo ingresos entre los \$ 10,000 y 15,000.00 mensuales, mientras que solo el 7% del grupo reportó ingresos superiores a \$ 30,000.00

### 4.- Información General sobre diversos aspectos.

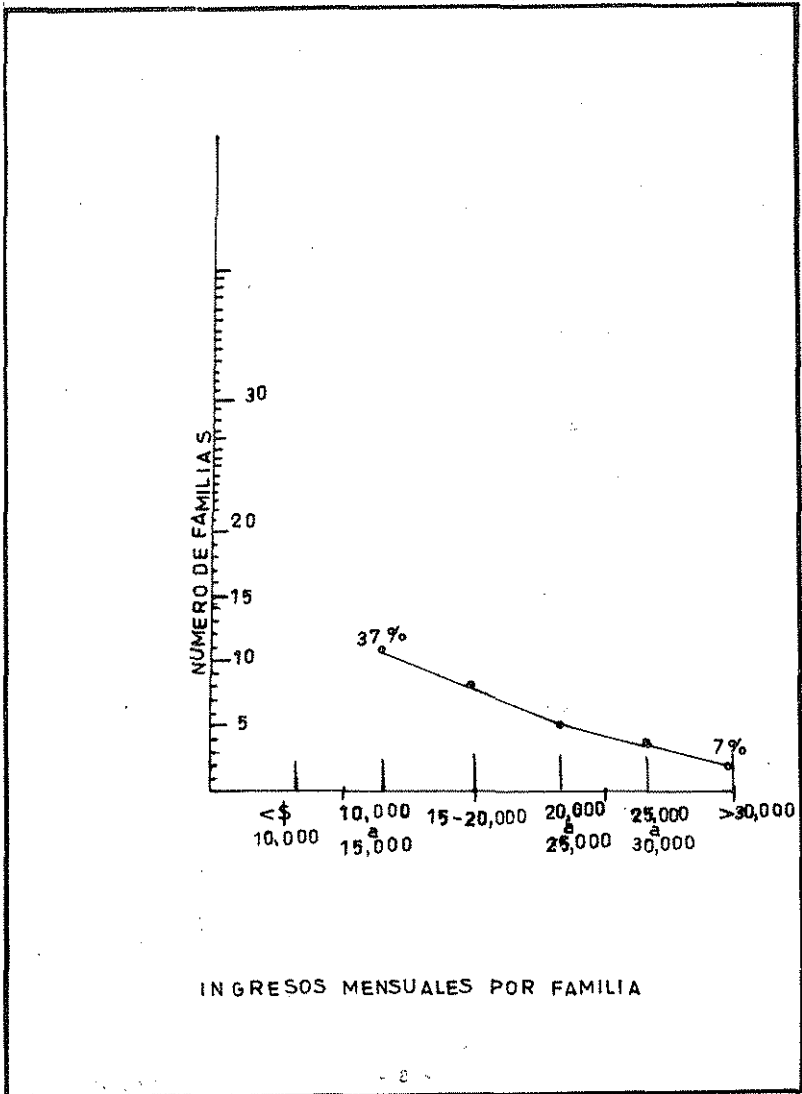
En el análisis de conceptos sobre anatomía y fisiología sexual información sobre anticonceptivos , conceptos de aborto y de pareja, se observó que los conocimientos del grupo en general eran deficientes, existiendo poca diferencia entre hombres y mujeres.(tabla No.9 )

### 5.- Religión.- El 97% de los encuestados refirió practicar la religión católica ; 2% el protestantismo, mientras que el 1% refirió la práctica de otras.

PORCENTAJE DE EFECTOS PSICOLOGICOS INMEDIATOS DETECTADOS EN EL GRUPO DE ESTUDIO			
TIPO DE EFECTO PSICOLOGICO	PORCENTAJE TOTAL DE HOMBRES	PORCENTAJE TOTAL DE MUJERES	TOTAL
SENSACION DE ALIVIO	85 %	10 %	
SENTIMIENTO DE CULPA	0	11 %	
DEPRESION	12 %	60 %	
INCOMUNICACION	0	5 %	
INDIFERENCIA	3 %	2 %	
TEMOR A REPERCUSION ORGANICA	0	8 %	
IDEAS DE SUICIDIO	0	0	
RENCOR HACIA SU PAREJA	0	4 %	
AMBIVALENCIA RESPECTO AL ABORTO	0	0	
TEMOR A SENTIRSE FUERA DE LA LEY	0	0	
TOTAL	100 %	100 %	



- 7 -



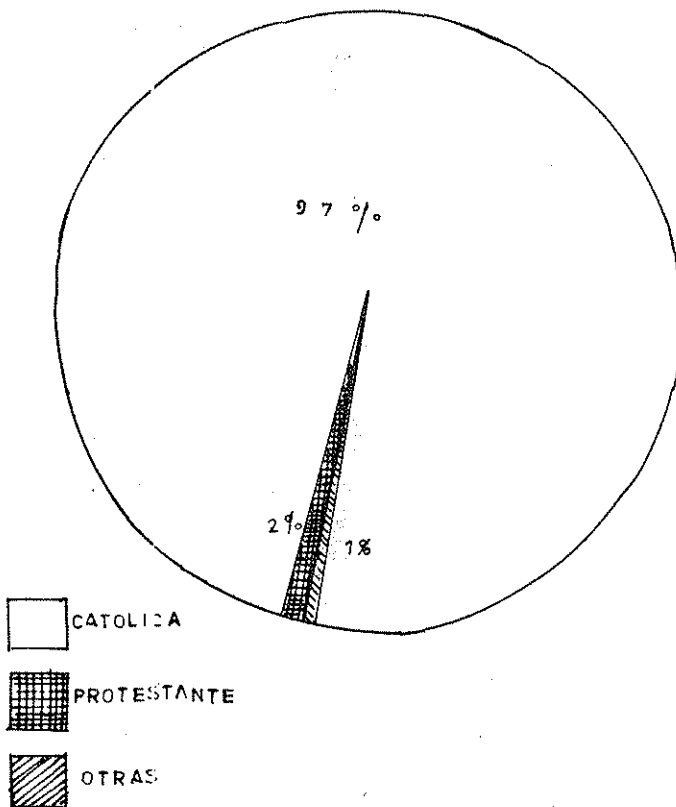
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

INFORMACION GENERAL SOBRE DIVERSOS ASPECTOS ( % )

	IGNORA TOTALMENTE		TIENE INFORMACION EQUIVOCADA		TIENE INFORMACION INSUFICIENTE		TIENE CONOCIMIENTOS BASICOS	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
ANATOMIA Y FISIOLOGIA SEXUAL	3%	7%	76%	79%	16%	12%	15%	2%
INFORMACION SOBRE USO DE ANTICONCEPTIVOS	0%	1%	88%	91%	9%	7%	3%	1%
CONCEPTO DE PAREJA	11%	7%	38%	46%	29%	43%	2%	2%
CONCEPTO DE ABORTO	4%	2%	93%	80%	2%	16%	1%	4%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TIPO DE RELIGION Y SU PORCENTAJE EN  
LAS FAMILIAS ESTUDIADAS



- 10 -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6.- Evaluación Básica. sobre Familia.

los aspectos evaluados en éste punto ( concepto, funciones, fases y roles) revelaron desconocimiento en la mayor parte del grupo; tanto en hombres como en mujeres. Cuadro núm. 13.

7.- Relación de abortos con el Número de embarazos.

La tabla No. 14 , nos permite evidenciar la proporción directa entre número de abortos con el número de de embarazos, la cual es similar a los reportados en otros estudios.

Asimismo en los cuadros No. II y 12 se aprecia la proporción existente en el Hospital General de Zona Aragón entre en Número de abortos reportados con el número total de partos y cesareas, con mayor porcentaje para los casos del problema motivo de estudio. Cabe señalar sin embargo que los primeros seis meses de 1982 no se atendían partos an forma regular en dicha unidad, aún con ésta salvedad la importancia del problema es enorme.

8.- Efectos Mediatos Postaborto. Psicológicos.

Durante las entrevistas subsecuentes postaborto con las parejas se apreció disminución importante en los porcentajes en comparación con los obtenidos previamente, valorados con la misma tabla No. 15 (2,4,6,14,17,25,27,32,33,25.)



TOTAL DE PARTOS Y CESAREAS EN 1981		
	PARTOS	CESAREAS
ENERO	0	2
FEBRERO	0	0
MARZO	0	0
ABRIL	0	0
MAYO	8	0
JUNIO	15	0
JULIO	17	1
AGOSTO	9	0
SEPTIEMBRE	21	3
OCTUBRE	69	14
NOVIEMBRE	61	3
DICIEMBRE	61	11
TOTAL	261	34
- 17 -		



NUMERO DE ABORTOS REGISTRADOS EN  
EL H.G.Z.A. N° 29 DURANTE 1981

	TOTAL DE ABORTOS	DE LOS CUALES SE COMPLICARON
ENERO	107	7
FEBRERO	97	6
MARZO	108	6
ABRIL	93	1
MAYO	53	2
JUNIO	95	8
JULIO	66	7
AGOSTO	94	8
SEPTIEMBRE	43	3
OCTUBRE	82	1
NOVIEMBRE	67	4
DICIEMBRE	46	0
TOTAL	881	53

FUENTE DEPARTAMENTO DE  
GINECOOBSTETRICIA  
H.G.Z.A. N° 29 I.M.S.S.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

44

EVALUACION BASICA SOBRE CONOCIMIENTOS DE FAMILIA (%)

	HOMBRES			MUJERES		
	ninguna	minima	suficiente	ninguna	minima	suficiente
CONCEPTO	97%	3%	0%	97%	3%	0%
FUNCIONES	75%	20%	5%	58%	12%	30%
FASES	98%	2%	0%	98%	2%	0%
ROLES	13%	82%	5%	10%	85%	5%

NUMERO DE ABORTOS EN RELACION AL NUMERO DE EMBARAZOS  
 QUE DEMUESTRA PROPORCION DIRECTA: A MAYOR NUMERO DE  
 EMBARAZOS CORRESPONDE MAYOR NUMERO DE ABORTOS.

Numero de parejas	Prome- de edad	Número de Embara- zos promedio.	Número de abortos Promedio.
16	mayor de 30 años.	5	4
9	Entre 21 y 29 años.	3	3
5	Entre 15 y 20 años.	1	1

46

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

PORCENTAJE DE EFECTOS PSICOLOGICOS MEDIATOS DETECTADOS EN EL GRUPO DE ESTUDIO			
TIPO DE EFECTO PSICOLOGICO	PORCENTAJE TOTAL DE HOMBRES	PORCENTAJE TOTAL DE MUJERES	TOTAL
SENSACION DE ALIVIO	74 %	35 %	
SENTIMIENTO CULPA		3 %	
DEPRESION		10 %	
INCOMUNICACION			
INDIFERENCIA	24 %	15 %	
TEMOR A REPERCUSIONES ORGANICAS		25 %	
IDEAS DE SUICIDIO			
RENCOR HACIA SU PAREJA			
AMBIVALENCIA RESPECTO AL ABORTO	2 %	12 %	
TEMOR A SENTIR SE FUERA DE LA LEY			
TOTAL	100 %	100 %	

RESUMEN:

Este estudio ha intentado determinar los efectos psicológicos tanto en el hombre como en la mujer, posteriores a un aborto, tema sobre el cual existe información contradictoria e insuficiente.

Con ésta finalidad se estudiaron 30 mujeres con diagnóstico de aborto, así como a sus respectivas parejas con el objeto de determinar los efectos psicológicos de dicho problema y su interrelación con diversos factores que pudieran intervenir en la génesis de los mismos. ( factores tales como escolaridad, económico, familiar, etc. ).

Se utilizaron cuestionarios para determinar dichos efectos y su relación con otros factores; encontrando efectivamente la presencia de alteraciones psicológicas tanto en el hombre como en la mujer, predominando la depresión en ésta, y la sensación de alivio en el primero, haciendo la aclaración de que éste tipo de efectos son generalmente transitorios.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES :

- 1.- El aborto produce alteraciones afectivas ( depresión, -  
sensación de alivio, sentimiento de culpa, etc. ) en el-  
hombre y en la mujer, mismas que se relacionaron de mane-  
ra directa con el nivel socioeconómico, religión y educa-  
ción sexual como factores principales. Este tipo de altera-  
ciones tienen como característica principal el de ser ---  
transitorias e intrascendentes.
- 2.- Los factores que se interrelacionan con el aborto, depen-  
diendo de si es ó no legal , haran variar, el grado de-  
su influencia en la psique de la pareja .  
  
En nuestro estudio, el hecho de que nuestras pacientes -  
sean derechohabientes, les otorga un gran margen de segu-  
ridad del orden legal, moral y sanitario, por lo que que-  
da por investigar si en otras circunstancias serían váli-  
das las conclusiones del primer apartado.
- 3.- La comunicación de la pareja no se ve influenciada de --  
manera trascendente por la crisis ( transitoria en nues-  
tro grupo de estudio ) que significa el aborto.
- 4.- El nivel de escolaridad no determina el grado de afecti-  
vidad conyugal en situaciones de crisis como la que re--  
presenta el aborto; tanto como lo deter mina la falta de  
información sobre orientación sexual, familia, etc..

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Acosta M. y Col. El Aborto en México.  
Fondo de Cultura Económica. Colección Archivo del Fondo  
Vol. 57 P. 10-23; 1976
- 2.- Aguirre Z. Historic, Cultural, legal, Psychosocial and edu-  
cational aspects of induced abortion. Gineco-Obstetrics, Méx.  
Aug. 1980; 48 (286): 111-135.
- 3.- Babikian H. Abortion. Comprehensive textbook of Psychiatry.  
Wilkins, Co. Baltimore 1975 p. 1496-1500.
- 4.- Bañuk U. Health professional perceptions of the psycological  
consequences of abortion.  
Am. J. Comunity Psycol. feb. 1980; 8(1) 67-75.
- 5.- Bagar A. Social Class and depressive symptomatology.  
The Journal of Nervous and Mental Disease 1981; 169(10).638-  
645.
- 6.- Bernatay A. The legal righth to abortion: what left.  
Hospitals, may. 1981; 55(9): 41-2; 92.
- 7.- Blotky. Normal female and male adolescent. Psychological -  
development and overview of theory and research.  
Adolescent Psychiatry, 1980; 8: 184-99
- 8.- Calandra D. : Aborto. estudio clínico, psicológico, social y  
jurídico. Edit. Méd. Panamericana, Buenos AÁres, 1973.
- 9.- Castelazo A. Obstetricia.  
Edit. Méndez Oteo, Vol. 1: 1976; 492-587 .
- 10.- Cohen M. Abortion on demand: Policy and implementation .  
Health soc. Work; feb. 1981 6(1): 65-72.
- 11.- Cooper : Short term treatment in sexual disfunctions. a review  
A.J. Compr. Psychiatry; mar-apr. 1981; 22(2): 206-17.
- 12.- Davis H. Children born to women denied abortion: an update.  
Famm. Plann. perspective; jan.- feb. 1981; 13(1): 32-4.
- 13.- Davis S. The place of cooperation in the examination of mental  
disorders.  
J.Nerv. Men. Dis. feb. 1981; 169(1) 127-37.
- 14.- Deshmekh M. Mortality associated with medical termination of  
pregnancy. J. Postgrad. Med. apr. 1980; 26(2): 121-6.
- 15.- Dulánto G. Embarazo, aborto y anticonceptivos en la adolescen-  
cia. Ed. Med. Hosp. Inf. Mex. Mexico 1977: 126-33.

- 16.- Edmund R. Prevalence of depressive symptoms among mexican americans. J.Nerv. Men. Dis. 1981 vol. 169(4): 213-17.
- 17.- Gavin A. Life event stress, social support coping style - and risk of psychological impairment. J.N.M.D. may.1978;166(5).
- 18.- Green P. Office Abortion: A human approach to a traumatic experience. J.Med. Soc.; nov. 1980; 77(12) 809-11.
- 19.- Grimes D. Abortion facilities and the risk of death. Famm. Plann. Perspect. jan. -feb. 1981; 13(1) 6-7; 10-8.
- 20.- Hall E. El aborto en un mundo cambiante. Ed. Extemporáneas, Mex. 1980.
- 21.- Henshaw. Abortion in the U.S. 1978 -79 Famm. Plann. perspect. 1981 jan.-feb. 13(1) 6-7;10-8;
- 22.- Helzer. The use of a structured diagnostic interview for routine psychiatric evaluations. J.Nerv.Men. Dis. jan. 1981; 169(1): 45-9.
- 23.- Ian R. The treatment of social phobia J.Nerv.Men. Dis. mar. 1981; 169(3) 180-4.
- 24.- Kan& Jr. F. Motivational factors in abortion patients. Am. J. Psych. 1973; 130: 290-93.
- 25.- Klein V. El caracter femenino. Edit. Peidos. Buenos Aires 1980.
- 26.- Knapp R. Doctor-patient relationships in fetal-infant death encounters. J.Med. Educ. oct. 1979; 54(10): 775-80.
- 27.- Kockott: Symptomatology and psychological aspects of female sexual inadequacy: results of an experimental study. Arch. Sex. Behav. Dec. 1980; 9(6) : 457-75.
- 28.- Psiquiatria Clínica Moderna. Edit. Prensa Medica Mexico 1977; 592-75.
- 29.- Leret M. Aborto, prejuicios y ley. E. Costa-Amic Edit. # Colección Ciencias sociales Vol. 18; Mexico 1977; 183-265.
- 30.- Lyon F. An abortion perspective; legal considerations. Minn. Med. Sep. 1980; 63(9): 659-61.
- 31.-Nancy D. Adolescent mother's . Vulnerability to stress. J.Nerv. Men. Dis. feb 1981; 169(1): 127-37.
- 32.- Narkavonnakit: Health consequences of induced abortion in - Rural Northeast Thailand. Stud. Famm. Plann. feb. 1981; 12(2); 58-65.

51

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



- 33.- Peppers L. "Maternal reactions to involuntary fetal/infant death."  
Psychiatric may. 1980; 43(2): 155-9.
- 34.- Persianinov L. Manual de Obstetricia y Ginecología.  
Edit. Mir. Moscú, 1981: 265-68.
- 35.- Seibel M. The psychological implications of spontaneous abortions.  
J. Reprod. Med. oct. 1980; 25(4): 161-5.
- 36.- Stack J. Spontaneous abortion and grieving.  
Annals Fam. Physician may. 1980;21(5): 99-102.
- 37.- Selick R. Behavioral factors contributing to abortion - deaths.  
Obstet. Gynecol. nov. 1981; 58(5): 631-5 .
- 38.- Williams: Obstetricia.  
Edit. Salvat Mex co 1975: 939-65.
- 39.- MacGregor y otros: Historia Natural del aborto. Mesa Redonda.  
Rev. Fac. Med. Vol. XIX año 21 No. 3. 1976.
- 40.- Population Reports: Interrupción del embarazo.  
Serie F. No. 7 mayo 1981 .

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN