

59
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“LA ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
COMO FUTUROS PROFESIONISTAS, ANTE EL
ABORTO PROVOCADO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
YURIA CASTRO LOPEZ

DIRECTORA: LETICIA MA. GUADALUPE BUSTOS DE LA TIJERA

REVISORA: BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ

ASESORA ESTADISTICA: GEORGINA LOZANO RAZO



MEXICO, D. F.

1997

**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 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.

*Yuria no quiere decir nada.
Es todo: es el amor, es el
viento, es la noche, es el
amanecer. Podría ser
también un país: ustedes
están en Yuria. O bien
una enfermedad: hace
tiempo que padecen yuria.*

*Yuria es una copa en la
que podrían caber otros
poemas, pero es ésta, con
este licor maltratado, la
que les ofrece*

Jaime Sabines

Quiero dedicar y agradecer a todos los que hicieron posible esta tesis de investigación:

a *Dios*: por renovarme cada día

a *Miriam y Daniel*: por darme una vez el aliento de vida, que me impulsó entonces para lograr ser lo que hoy soy

a *Aura*: por su amor, apoyo y espacio, por mostrarme el camino que en unos años también tendría que recorrer

a *Emma y Salvador*: in memoriam

a *Lucette*: por su nobleza de compañía

a *A. Irela*: por su amor y compañía

a *Fer*: por ayudarme a crecer siempre

a *Lety Bustos*: por su dirección y apoyo en todo este tiempo, por su hermosa sonrisa, su trato y su paciencia

a *Blanca Mancilla*: por su tiempo y dedicación en este año y medio, por su espacio y su experiencia

a *Georgina Lozano*: por su asesoramiento e inteligencia para enseñarme el largo camino de la investigación

a *Angelina Guerrero*: por sus conocimientos y su espacio

a *Lidia Díaz*: por su tiempo de dedicación

a *Guadalupe Santaella*: por su inmenso conocimiento, por su enseñanza y dedicación y por su apoyo en los momentos difíciles

a todos los *Profesores* que hicieron posible la aplicación de los instrumentos

que a los *200 estudiantes* que participaron en la investigación: ojalá aprendamos juntos con este estudio

a todos mis *Maestros* y muy en especial a:

Anita, Marbán, Neta, Dolores Carolina, Paty Piñones, Corina, P. A. Castro, M. A. Rigo, A. Bachá, M. A. Valenzuela, R. González, y todos los que compartieron conmigo sus conocimientos

a: *Coordinación de Psicología Clínica*

Unidad de Cómputo Informática e Instrumentación

Coordinación de Servicio Social y Bolsu de Trabajo

a *Alva, Linda y Mago*: por su interés y su apoyo, por sus palabras de aliento y sus consejos; son ÚNICAS

Con mucho cariño y sin ánimos de omitir a nadie a todos mis familiares en : *Zacatecas, Toluca, Guadalajara y E.U.*

a mis *amigos y compañeros*:

Claudia, Nancy, Vica, Angie, Vero, Adriana C., Mónica, Raquel, Angélica, Marisol, Emilio, Gaby, José Carlos, Santiago, Aland, Joel, Sagarrito, Normita, Adela

a los locos de *Sponte Sua* donde quiera que estén

a todos los de *Folder X*: Aura y Felipe, Ger, Isa, Lety, Flor

¡ en fin !, a todos:

GRACIAS

Quiero que sepas que estoy completamente de acuerdo en el sentido de que el derecho de abortar un feto no deseado durante los tres primeros meses de gestación reside en la mujer y en su médico. Pero si decides abortar, espero que también te sentirás en libertad de discutirlo conmigo. Entre las dificultades más obvias en que podría ayudarte están la búsqueda de un médico y los problemas económicos. Por lo menos, debes saber que deseo ayudarte.

Espero que no quedes embarazada antes del matrimonio a menos que tú lo desearas, pero si sucede, quiero que no consideres tu embarazo como un "castigo por sexo ilícito".

Es posible que no exhibieras una conducta contraceptiva responsable, pero tu embarazo ciertamente no es un castigo. Hay muchos embarazos no deseados ni planeados dentro y fuera del matrimonio, pero ninguno de ellos es visto como un "castigo".

Espero también que no considerarás el aborto como: "la persona que va a ser mi hijo nunca debe existir porque será infeliz". Tu hijo probablemente llegaría a ser una persona muy feliz. El hecho es éste: no debes sentirte culpable acerca de lo que podría haber sido tu hijo. Es derecho personal tuyo participar en el sexo y no tener hijos si así lo decides. Este derecho a la vida privada emana de la Ley General de Población cuando se menciona que toda persona tiene libertad de elegir el espaciamiento y número de hijos.

En mi opinión, no hay una buena razón para pensar que quienes abortan ocuparán una categoría de exclusión el día del juicio. En el mejor de los casos, el aborto es necesario por fracasos de los contraceptivos, y en el peor sólo es uno de la larga lista de errores humanos.

También debes saber que es una noción errónea pensar que "todo el mundo puede examinarme y saber que he abortado". Este no es el caso, aunque muchas mujeres se sienten perturbadas por el pensamiento del aborto después de haberlo practicado. El aborto, especialmente durante el primer trimestre de la gestación es una cuestión muy privada. Sólo aquellas personas a quienes decidas contárselo lo sabrán. Si decides alguna vez abortar, me gustaría figurar entre los que lo saben, pero si fuera excluida, respetaría tu derecho a la vida privada. Por lo contrario, es también derecho tuyo decirselo a cuantas personas quieras.

Es tu vida y lo que otras personas conocen acerca de ella es cuestión principalmente tuya. Si te casaras con un médico, no podrá saber que has tenido un aborto a menos que decidieras decirselo.

Aun si no estuvieras casada en el momento de quedar embarazada, desearía que supieras que también tienes derecho a tener un hijo si así lo deseas. No permitas a un hombre que podría ser responsable de tu embarazo convencerte de que cualquiera de tus actitudes personales hacia el aborto son meramente lavado de cerebro. Tú eres una persona con sentimientos que cuentan, no un blanco. Es decisión tuya.

Ciertamente es falso de realismo considerar el aborto como si fuera una "extracción de dientes". es una experiencia emocional que produce confusión, y no se gana nada negando este aspecto del aborto. Hay que afrontarlo decididamente. Algunas mujeres han obtenido un mayor dominio de sus vidas como consecuencia de una honesta decisión de recurrir o no recurrir a un aborto . Pero es una experiencia que origina confusión. No la pases sola. Sinceramente, espero que querrás discutirla conmigo.

ÍNDICE

Resumen	8
Introducción	9
Capítulo Uno	
El aborto y su historia	11
Capítulo Dos	
Tipos de aborto	18
Tecnología del aborto	24
Capítulo Tres	
Secuelas	28
Consecuencias individuales y sociales del aborto clandestino	30
Proceso de elaboración de duelo	32
Capítulo Cuatro	
El aborto: enfoque multidisciplinario	39
Disciplina legal	40
Disciplina médica	48
Disciplina social	55
Disciplina psicológica	58
Capítulo Cinco	
La actitud	65
Definiciones generales de actitud	65
Componentes de las actitudes	67
Estudios sobre la actitud hacia el aborto provocado	71
Capítulo Seis	
Método	73
Capítulo Siete	
Resultados	78
Capítulo Ocho	
Conclusiones	83
Capítulo Nueve	
Limitaciones y sugerencias	86
Anexos	88
Bibliografía c Iconografía	110

RESUMEN

El origen de esta tesis es conocer si existen diferencias en la actitud del futuro profesionista en los campos humanista, legal, social y de salud concernientes al tema del aborto provocado.

Se trata de un estudio de tipo exploratorio-comparativo de 5 muestras independientes.

El tipo de estudio es de campo, con un muestreo no probabilístico intencional por cuota.

La muestra comprende a 200 estudiantes de los últimos semestres: 100 mujeres y 100 hombres, distribuidos proporcionalmente en las facultades de Psicología, Derecho, Filosofía y Letras, Medicina y Arquitectura de la UNAM.

Se utilizan dos instrumentos: el primero recaba la información sociodemográfica de la muestra; el segundo está conformado por reactivos seleccionados de investigaciones que abordaron previamente el tema.

El proceso estadístico se analiza a través del Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales para Windows (Statistical Package of the Social Science), Nie, Hull, Steinbreber y Jenkins 1980. Dicho análisis se lleva a cabo para encontrar tanto la relación entre las variables, como el análisis de resultados del Cuestionario de Actitud hacia el Aborto para Futuros Profesionistas.

Este proceso se realiza en las instalaciones de la Unidad de Cómputo, Informática e Instrumentación (UCII) de nuestra facultad.

Los resultados obtenidos al finalizar la investigación mostraron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes de los diferentes profesionistas involucrados.

INTRODUCCIÓN

El aborto es una práctica universal, reflejo de las estructuras económicas de cada época, se realiza desde hace miles de años por todas las civilizaciones de que se tiene conocimiento. Una de sus clasificaciones más frecuentes considera al aborto en dos formas:

- Aborto espontáneo, interrupción natural antes de la viabilidad del producto y
- Aborto provocado, interrupción voluntaria mediante técnicas populares y/o quirúrgicas.

Esta investigación se centra únicamente en conocer la actitud de los universitarios (futuros profesionistas) con respecto al aborto provocado (técnica de mayor difusión y práctica a nivel popular).

La pareja que vive un aborto experimenta, cada uno de manera diferente, una pérdida importante: expresan depresión, estrés, angustia, deterioro de la relación de pareja, duelos, problemas físicos, psicológicos e inclusive psiquiátricos.

Los psicoanalistas estiman que los conflictos que acompañan a la mujer que aborta dependen menos del mismo aborto que de las dificultades inherentes a la situación que ella atraviesa.

Pocas situaciones son las que se encuentran despenalizadas (violación, peligro de la madre y/o el producto), por ello la mayoría de las mujeres se ven obligadas a recurrir de forma clandestina a infinidad de procedimientos que, en ocasiones, llevan incluso a la muerte.

La actitud de la población mexicana con respecto al aborto se determina principalmente por la situación social existente, así como la actitud que México tiene ante la sexualidad, los roles sexuales de hombres y de mujeres, etc.

Vivir un aborto es vivir una parte inconsciente desestructurante, un contacto con aspectos de vida y muerte.

A ninguna mujer se le debería disuadir de abortar, sin embargo, es muy importante que se le explique lo drástico de la medida que va a tomar y que lo comparta, ya sea con su pareja o su familia.

Mi intención es ubicar la actitud que tienen los jóvenes con respecto al aborto; estimar si las diferentes disciplinas a las que se dedican marcan pautas diferentes de pensar o es un aprendizaje de tipo puramente social.

Con dicha idea recopilé varios instrumentos de previas investigaciones sobre la actitud que se tiene hacia el aborto, reactivos que conforman un nuevo y más completo instrumento de actitud que permite reflejar lo que piensan los jóvenes con respecto a las mujeres que abortan; esta información reciente y directa puede emplearse como fundamento de posteriores investigaciones.

La población a la que dirijo mi investigación está conformada por estudiantes que, en un futuro no muy lejano, podrían verse involucrados directa o indirectamente con una situación de aborto; el tipo de intervención que ellos realicen dependerá inconscientemente de su propia actitud, ello influirá de manera significativa en la mujer que intenta abortar.

Por ello, la investigación teórica que presento evalúa cada uno de los aspectos con los que convive una mujer que aborta intencionadamente.

Mi interés es proporcionar información que concientice a la población universitaria que tenga el ejemplar en sus manos, deseo que su lectura demuestre que el aborto no es algo que deba hablarse en voz baja, sino de forma abierta e informada, responsable y consciente.

Aunque existe literatura netamente culpígena y negativa sobre el tema, procuré no detenerme mucho en ella, ya que obedece más a una actitud emocional, ámbito que no coincide con mi línea de investigación.

Sin embargo este tipo de literatura es la que más se encuentra al alcance, por ello es necesario difundir la literatura de autores serios tales como: Acosta, Bello y Ocampo, Calandra, Cueli, Cooper, Dalsace, Hall, Leal, Leret, Langer, Noriega, Pick de Weiss, Roemer, etc.; fuentes importantes para la realización de esta investigación.

EL ABORTO Y SU HISTORIA

1

La palabra aborto proviene de las raíces griegas "ab" (privación) y "ortus" (nacimiento), que equivale a un mal parto, parto anticipado o nacimiento antes de tiempo; se entiende como la interrupción del desarrollo o la destrucción de un organismo (Vázquez, 1994); generalmente se dice acerca de lo que no ha llegado a su perfecta madurez.

El aborto es un reflejo de las estructuras económicas de cada época y de cada pueblo, de la situación social de la mujer, de su ética y de su espíritu religioso; ha sido practicado desde hace miles de años por todas las civilizaciones de las que se tiene conocimiento (Havemann, 1967).

Los griegos consideraban el aborto como una práctica de la regulación de los nacimientos, entre las personalidades que estaban a favor de su práctica destacan Hipócrates, Platón, Sócrates y Aristóteles. Éste último aceptaba el aborto sólo si la mujer tenía un cierto número de hijos, y el nuevo ser se constituía en una carga que agravara la situación familiar, era necesario mantener un nivel de población estacionaria, lo cual sólo se lograría por medio del control de los nacimientos; sin embargo los métodos empleados eran primitivos y poco eficaces, existía medidas más severas como el aborto y la muerte de los recién nacidos no deseados, abandonándolos a la intemperie.

Platón proponía en su República la obligación de hacer abortar a las mujeres mayores de cuarenta años. Hipócrates no vacilaba en aconsejar a las parteras acerca del uso de abortivos y anticonceptivos. Sócrates hablaba de facilitar el aborto cuando la madre lo deseara.

Havemann (1967) menciona que según los historiadores, en la antigüedad, se desconocía la relación entre el acto sexual y el embarazo: la participación del hombre se ignoraba por completo, era la mujer a la que se le abultaba el vientre y quien después paría, por lo tanto, todos los intentos por evitar el embarazo eran dirigidos a ella. (la oración a los dioses, la utilización de objetos a modo de talismán o la ingestión de ciertas pócimas medicinales con el fin de evitar un nuevo nacimiento).

Según Bello y Ocampo (1992), Aristóteles ya relacionaba la función del semen con la preñez al decir que éste daba al embrión la mente y el alma, fijando este momento en 40 días para el feto masculino y 80 para el feto femenino. Esta teoría de la "animación mediata" fue adoptada más tarde por la iglesia católica.

Uno de los primeros métodos anticonceptivos conocidos en la historia fue el "coitus interruptus", que consiste en retirar el pene de la vagina antes de eyacular dentro de ésta. Según Freud (citado por Fawcett en 1970), este método es determinante en el desarrollo de la neurastenia y la neurosis de ansiedad, sin embargo ésta es una hipótesis difícil de

verificar.

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

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

En la antigüedad la mujer era considerada propiedad privada del hombre y en consecuencia también su fruto, por eso se encuentra que en el **Código de Hamurabi (2500 a. c.)** el aborto se considera como un delito contra los intereses del padre o del marido y sólo en algunos casos se consideraba la posibilidad de los daños hacia la mujer.

Entre los **hebreos** era el padre o el marido, según el caso, quien imponía el castigo ante una ofensa a la mujer. Así figura en el derecho hebreo: "Si algunos riñieren e hiriesen a mujer embarazada, y ésta abortare, pero sin haber muerte, serán penados conforme a lo que les impusiere el marido de la mujer y juzgaren los jueces. Más si hubiere muerte, entonces pagarás vida por vida". **Éxodo 21: 22 - 23.**

La actitud de la iglesia católica con respecto al aborto ha sido muy variada a través de los siglos: en 1312, el **Concilio de Viena**, adopta la teoría de la "animación mediata" no considerando al aborto como un crimen hasta en tanto el alma no animara el cuerpo; en 1588 el **Papa Sixto V** considera que todos los abortos son crímenes y los castiga con la excomunión; tres años más tarde, el **Papa Gregorio XIV** adopta nuevamente la teoría aristotélica y reestablece el concepto de que el aborto no es un crimen antes de la animación; hasta 1869 el **Papa Pío IX** hace desaparecer la distinción entre feto animado y feto inanimado, y condena al aborto en cualquier momento.

En cuanto a las **culturas prehispánicas**, se sabe que la fecundidad fue altamente valorada; la preñez era celebrada no sólo por la pareja, sino también por los abuelos, tíos y demás familiares, quienes a partir de ese momento se reunían varias veces hasta el alumbramiento, el cual celebraban con el corte del ombligo.

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

Si la madre fallecía en el parto, se le consideraba como una diosa, heroína, y se le rendían honores: su cuerpo era lavado y se le vestía con sus mejores prendas; al caer el sol el cadáver era sepultado en el Teocalli de las diosas Cihuapiltin o mujeres celestiales (Orozco y Berra 1967, citados por M.L.Leal en 1980).

Esta autora cita varias fuentes que comentan la actitud de diferentes grupos indígenas mexicanos respecto al aborto. Se menciona que a pesar de que el aborto estaba prohibido por las leyes indígenas, se sabe que durante la época prehispánica había personas dedicadas a favorecer la fertilidad de las mujeres estériles, pero también provocaban la interrupción de los embarazos cuando les era solicitado; a estas personas se les denominaba Tepillaliquio.

Es sabido que en México todos los **grupos indígenas** conocen alguna práctica abortiva y tienen conocimiento de métodos anticonceptivos; de acuerdo con la literatura etnográfica y con su trabajo de campo "saben más sobre aborto que sobre anticonceptivos" (Nolasco, citada por Leal, 1980). Los métodos más utilizados son la ingestión de hierbas como la ruda, la gobernadora, el toloache, el epazote, el barbasco, etc.

Entre los otomíes del valle del Mezquital, existe la creencia de que siempre una gestación puede ser interrumpida bruscamente si el monstruo Zozkafi roba el feto y lo lleva a los montes.

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

Los tzoltales y tzotziles de los altos de Chiapas aceptan a los hijos como el resultado natural y deseado de cualquier matrimonio; la esterilidad es considerada como un castigo sobrenatural y el aborto se considera como un acto del demonio.

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

Los tarascos consideran a la familia numerosa como la meta ideal del matrimonio, por lo que no utilizan ningún tipo de anticonceptivo.

Los mazatecos no practican el aborto, sin embargo sus descendientes mestizos sí tienen conocimientos sobre abortivos, que utilizan en caso de suma necesidad o para borrar un "desliz".

Los chinantecos en el estado de Oaxaca utilizan algunas hierbas como método anti-

conceptivo o abortivo.

Los zapotecas no practican el aborto pues consideran la fecundidad como un don sobrenatural.

Los mayas de Yucatán se encuentran dispuestos a aceptar los métodos anticonceptivos y reconocen que cuando éstos fracasan recurren al aborto.

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

De acuerdo con **Bello (1992)**, es importante considerar que estos datos sólo revelan lo que se espera en cada grupo social y no lo que verdaderamente es, pues el hecho de que el aborto sea ilegal en México, es un factor oscurecedor en un reporte objetivo.

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

En los pueblos orientales (árabes y judíos de la época bíblica), el aborto era aceptado tanto legal como moral y religiosamente, siempre y cuando fuese el padre el que lo dispusiera.

En **Roma**, el abortar o no era decisión de la mujer, aunque existieron autores que consideraban al aborto como delito de ella contra la potestad del padre; sólo se prohibió hasta el régimen de **Severo Marco Aurelio Alejandro**, emperador de Roma en el año 222 D. ; es entonces cuando el aborto cometido por la mujer en contra de la voluntad de su marido era castigado con la pena de muerte, castigos corporales o bien con el exilio, ya que se consideraba algo indigno y contra la moral.

En el año 380 el Imperio declara como religión oficial la católica e indica que sólo Dios puede disponer de la vida del hombre; pero con la **Edad Media**, aparecen diferentes ideologías contradictorias, este período es sumamente variable con respecto a la legislación del aborto (**Tarnesby, citado por Vázquez, 1994**).

En un principio, la iglesia medieval condena el aborto en cualquier momento del desarrollo, aunque con la influencia de Aristóteles -ya antes comentada- esto cambia (consideraba que el alma es la forma substancial del cuerpo y por lo tanto revelará su presencia en el momento en que el feto adquiriera forma humana); otros pensadores de la época, por ejemplo **San Agustín**, tomaron la misma posición hablando del feto animado o inanimado, es entonces cuando la iglesia cambia de opinión y ya no considera el aborto como un homicidio en tanto que el alma no animara el cuerpo.

En 1556, **Enrique II de Francia**, establece la muerte para las mujeres que aborten

voluntariamente.

En 1588 el **Papa Sixto V**, en su bula Efraena Tum, insiste en el antiguo concepto de que todos los abortos son crímenes.

En 1591 el **Papa Gregorio XIV** hace la distinción entre feto animado e inanimado.

En la cuarta constitución imperial de **Sajonia** (1964) se castiga con pena de muerte al cómplice y autor de un aborto después de la existencia de movimientos fetales.

En los estatutos del **Rein de Mulhausen**, se considera que después de cinco meses se podía aplicar la pena de muerte a la madre.

En Inglaterra, por la ley de **Lord Ellenboroughs** (1803) se señala por primera vez el aborto como un crimen.

Para 1828-1829, en la revisión de los estatutos de **Nueva York**, se prohíbe el aborto voluntario y, al mismo tiempo se permite el aborto terapéutico.

En 1860 el código penal de Nueva York indica que el aborto no es punible si se realiza de buena fe para mantener la vida de la madre, si se actúa con su consentimiento y tomando previamente las precauciones necesarias.

En 1864, en **Suecia** se castigaba a la mujer y al tercero.

En 1866, en **Buenos Aires** se incorpora la atenuante "honoris causam" a la legislación.

En 1869, el **Papa Pío IX** amenaza con la excomunión a toda mujer que aborte.

En el código penal de **Alemania** (1870) es reconocido el aborto terapéutico.

Tanto **México** (1871) como **Noruega** (1902) penalizan los abortos ilegales.

En 1912, en el Congreso de Ginecología de **Roma**, los médicos aprueban los abortos terapéuticos con el fin de salvar la salud o la vida de la madre.

Como hemos podido constatar, en muchas partes el aborto se encuentra legislado, no así despenalizado o legitimado como derecho. A continuación se enumeran algunos países donde éste se encuentra despenalizado: **Cuba, Estados Unidos, Francia, Hungría, Japón, República Popular China, Comunidad de Estados Independientes, Yugoslavia, Inglaterra, Austria, Suecia, Suiza, Portugal, Checoslovaquia, Polonia, Bulgaria, Chipre y Rumania.**

A pesar de que la **Comunidad de Estados Independientes** fue, mundialmente, la primera en despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo (1920), en 1926 se vió en la necesidad de prohibir el aborto en algunos casos específicos; es hasta la segunda guerra mundial cuando vuelve a permitir el aborto, permaneciendo así hasta nuestros días.

Uruguay fue el primer país en América Latina que permitió el aborto voluntario.

En 1952 **Japón** permitió el aborto debido a razones terapéuticas y médicas.

Desde 1956 **Polonia** permite el aborto voluntario durante los tres primeros meses del embarazo.

Cuba accede al aborto por razones de violación, eugenésicas, hereditarias y económicas; es importante tomar en cuenta que este país y Uruguay son los únicos en Latinoamérica que autorizan el aborto por mala situación económica.

Estados Unidos, a partir de 1960, acepta el aborto en los estados de California, Colorado, Carolina del Norte, Georgia, Maryland y New York.

Yugoslavia autoriza el aborto en 1969, ya sea por afectar la vida de la madre o bien por dificultades económicas o familiares.

Dinamarca permite el aborto voluntario (1972) con el único requisito de que sea durante las doce primeras semanas del embarazo.

Al igual que Dinamarca, **Austria** permite el aborto en iguales condiciones (1972).

Italia autoriza el aborto en 1973, sólo si es permitido por razones médicas, cuando afecta tanto física como psicológicamente a la madre o a causa de una anomalía en el producto.

Francia, en 1974, legaliza el aborto bajo las siguientes circunstancias: que el aborto se practique antes de la décima semana, que lo practique un personal médico capacitado y que sea efectuado en alguna institución pública o privada adecuada para tal fin.

Hungría establece que si alguna mujer deseara abortar tiene que pedir la solicitud ante un comité, el cual está constituido por tres miembros, entre los cuales puede existir un médico por si la interesada insiste en abortar

La **República Popular China** permite el aborto si existe dificultad económica, problemas de trabajo, si la mujer ha tenido numerosos embarazos, si el período comprendido entre dos embarazos ha sido muy corto, si las medidas anticonceptivas fallan.

De la Barrera Solórzano, citado por Vázquez en 1994, menciona que únicamente países como España, Bolivia, Chile, México, Colombia, Ecuador, e Italia, contemplan el aborto sólo para las mujeres de "buena fama" cuyo embarazo tendría como consecuencia devaluar su ética con respecto a su vida sexual afectando el honor individual o familiar.

A lo largo de la historia, el ser humano se las ha ingeniado para controlar la natalidad, así pues, tenemos que cuando existieron pestes, guerras, hambre, se consideraba la alta natalidad como digna y a la familia pequeña, como algo negativo; la mujer como una tarea primordial se ocupaba de engendrar, pero esto cambió con la llegada de la revolución industrial ya que la mujer se incorporó al trabajo y como consecuencia obtuvo una mayor independencia económica. Tal parece que cuando la sociedad ve la necesidad de modernizarse es necesario tener menos hijos ya que cada uno de los integrantes de la familia tiene ocupaciones y tiempo limitados.

Las sociedades poco desarrolladas económicamente, donde existe analfabetismo y poco progreso, tienden a controlar escasamente la natalidad, por lo que las tasas de fecundidad son elevadas a diferencia de las sociedades desarrolladas, donde la fecundidad es menor; cuando no se tiene el adecuado asesoramiento anticonceptivo, el tener un embarazo no deseado conlleva al aborto; el nivel de fecundidad depende de diversos factores como son: edad, estado civil, uso de anticonceptivos, atención médica, actitudes, normas, principios éticos, situación económica; por lo tanto cuando la educación, urbanización e industrialización son elevadas, la tasa de mortalidad infantil es menor, al igual que la natalidad (existe mayor control de los nacimientos). El aborto inducido es un procedimiento de control natal que ocurre cuando existe un embarazo no deseado y la anticoncepción es un procedimiento preventivo.

De acuerdo con diferentes autores, como **Calandra, Dalsace, Fournier,**

Cándano y El Consejo Nacional de Población; Bello Maldonado (1992) expresa que los abortos se clasifican primeramente en:

ABORTO ESPONTÁNEO ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO

El aborto espontáneo consiste en la interrupción del embarazo antes de la viabilidad del producto, que se presenta de manera natural, sin motivación externa o artificial tendiente a interrumpir dicho embarazo. Es aquél que se produce sin que exista algún tipo de intervención externa, puede ocurrir debido a una enfermedad de la madre o del producto; mientras que el aborto inducido o provocado se produce por la intervención médica, quirúrgica o de algún otro tipo con el fin de interrumpir el embarazo; esto se realiza de manera voluntaria tanto por parte de la mujer como de la persona que lo efectúa. Puede ser provocado intencionalmente por el uso de drogas, instrumentos, radiación u otros medios (**citando a Vázquez, 1994**).

ABORTO ESPONTÁNEO CLASIFICACIÓN

Accidental u ocasionado: debido a una causa patológica de la madre o del fruto, incompatible con la permanencia del producto en el útero.

Aborto diferido (retenido en el útero): el embrión muere, pero no es expulsado en un plazo razonable (desde algunos días como mínimo hasta ocho o más semanas), se le llama también "retención del feto muerto".

Habitual o iterativo: sin causa aparente el aborto se repite en tres o más ocasiones consecutivas. Existe una reincidencia en las acciones abortivas.

Esporádico: cuando ocurre en una sola ocasión.

Entre las causas del aborto espontáneo se encuentran las de origen fetal (falta de desarrollo del producto), anomalías en la cantidad de líquido amniótico, (ya sea aumento o exceso, polihidramnios y oligohidramnios, respectivamente); anomalías del cordón umbilical: (nudos, torceduras en embarazos gemelares univitelinos, problemas entre los cordones e

inserciones bajas de la placenta).

Las causas de aborto de origen materno pueden ser: edad de la embarazada, ya sea minoría o mayoría; empleo que desempeña; alimentación; emociones intensas que producen altas descargas de adrenalina capaces de provocar contracciones uterinas conducentes al aborto, especialmente en mujeres con predisposición a ello; clase social de la embarazada; infecciones por gérmenes o virus que atraviesan la barrera placentaria (productores de gripe, escarlatina, sarampión); intoxicaciones: (alimenticias, medicamentosas, etc.); incompetencia del cérvix debida a multiparidad que ocasiona flacidez del cérvix, a desgarros altos de las comisuras durante partos anteriores o por operaciones como la amputación parcial o total del cérvix; diabetes, alteraciones tiroideas, especialmente el hipertiroidismo. Entre las alteraciones congénitas causantes de aborto espontáneo se encuentran el útero doble, el útero didelfo; entre las anomalías adquiridas capaces de provocar aborto espontáneo se hallan los miomas intracavitarios.

ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO CLASIFICACIONES

Aborto de acuerdo a su tiempo de evolución:

Ovular: se le denomina así hasta los dos meses de gestación.

Embrionario y/o Fetal: cuando ocurre entre el quinto y el sexto mes de gestación.

Aborto por indicaciones médicas :

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

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

Los cuales tienen por objeto proteger la vida o la salud de la madre.

Se menciona entre las enfermedades más frecuentes motivadoras del aborto terapéutico y profiláctico, las de tipo renal, cardiopatías, tuberculosis, neurológicos y ciertos tipos de cáncer.

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

Aborto por razones éticas o humanitarias: se realiza cuando el embarazo es producto de una violación, incesto, trato sexual con menores o personas con enfermedad o deficiencia mental.

Aborto por razones sociales: se realiza tomando en cuenta factores como la comunidad, la familia, económicos, de planificación familiar, de ilegitimidad, etc.

Aborto por razones personales: se efectúa a simple petición de la mujer embarazada sin que para ello tenga la necesidad de exponer sus razones.

Aborto por sus características legales:

Abortos legales: cuando están autorizados por las leyes de un país.

Abortos ilegales: cuando carecen de esa autorización.

La autora menciona que también existen otras denominaciones del aborto, basadas en sus etapas o fases así como en sus formas clínicas, las cuales serán descritas más adelante.

Por su parte **González Sánchez (1978)**, concibe al aborto con tres significados, a saber:

- a) **obstétrico**
- b) **médico-legal y**
- c) **jurídico-delictivo**

El **obstétrico** supone la expulsión del producto de la concepción cuando no es viable, es decir, antes del final del sexto mes; la expulsión ocasionada en el último trimestre se denomina como parto prematuro.

El lenguaje obstétrico es más restringido porque se refiere a la época de no viabilidad del feto, este concepto médico no tiene aplicación jurídica.

La **medicina legal** limita la noción del aborto a aquellos casos que pueden ser constitutivos de delitos: los que son provocados, los que se originan por conducta intencional o imprudente del hombre.

No atiende a la edad cronológica del feto ni a su aptitud para la vida extrauterina.

Tardieu (citado por González, 1978) comenta que el aborto es la expulsión prematura, violentamente provocada, del producto de la concepción, independientemente de todas las circunstancias de edad, viabilidad y aun deformación regular.

Estas definiciones son incompletas ya que no prevén la muerte del feto dentro del claustro materno.

Lacassagne en 1881 (citado por González, 1978), fundamenta el delito en la intervención voluntaria que determina la muerte o expulsión del producto, modifica o suspende el curso normal del embarazo.

Cuello Calón (citado por González, 1978), para comprender la expulsión prematura del feto y su muerte dentro del claustro materno, señala la destrucción o aniquilamiento del fruto de la concepción en cualquiera de los momentos de la preñez.

Las diversas legislaciones presentan algunas variantes: unas definen la infracción, sin fijarse directamente en que dé o no por consecuencia la muerte del feto (sistema del **Código Penal Mexicano, 1871**); otras, por su parte, defienden el delito por su consecuencia final: la

muerte del feto; la maniobra abortiva es apenas un modo de realizar la infracción: aniquilamiento de la vida en gestación. El delito sólo presume la intención del abortador y la abortante, y no en la maniobra abortiva que es el modo de ejecución).

Mateos M. (1980), expone la siguiente clasificación.

Aborto temprano o de principio: antes de la décima semana, esto es, antes de 69 días a partir del primer día de la última menstruación.

Aborto tardío: a partir de la décima semana y antes de que termine la veinteva semana de embarazo.

Aborto inaparente o dudoso: el único síntoma es un leve sangrado transcervical de origen intrauterino, se desconoce la evolución del mismo.

Aborto complicado: se presenta una patología como consecuencia del mismo, es de tipo traumático, hemorrágico o infeccioso.

Amenaza de aborto: aparición de signos y síntomas de un posible aborto, sus indicadores son sangrado vaginal con o sin dolor intermitente; si no se interrumpe la adhesión al útero, puede continuar el embarazo.

Aborto inminente: estado caracterizado por sangrado y dolor progresivamente creciente.

Aborto incompleto: acompañado de sangrado uterino continuo por retención de los productos de la concepción, es necesario un vaciado quirúrgico del útero.

Aborto completo: se expulsan todos los productos de la concepción.

Aborto fallido: el feto muerto es retenido en el útero. Generalmente se espera la expulsión espontánea; ocasionalmente la cirugía abdominal es necesaria.

Aborto séptico: existe infección en los productos de la concepción, resultante de un intento de interferencia al comienzo de la gestación, es necesario el tratamiento con antibióticos y raspado.

Aborto criminal: la mujer lo provoca por sus propios medios o con ayuda de terceros, sin existir razón médica.

Marie Claire Acosta (1976), expone que, para provocarse un aborto, la mayoría de las mujeres recurren, en orden de importancia, a: médicos, comadronas, ellas mismas, parteras, enfermeras y estudiantes de medicina.

Es significativa la proporción de mujeres con escasos recursos que se provocan solas un aborto, exponiendo gravemente su salud.

En aquel entonces (1976), el aborto era considerado la quinta causa de mortalidad materna en todo el país... y va en aumento.

Se menciona que médicamente no se ha establecido el momento exacto de la viabilidad, aunque generalmente se acepta como aborto el que se produce antes de la décima séptima semana de gestación (Trueba, 1990).

El aborto eugenésico se practica por razones médicas que justifican o pretenden justificar la expectación de un defecto fetal somático o psíquico incurable debido a herencia mórbida trasmisible o a un daño cierto causado durante el embarazo; así se pretende evitar el nacimiento de un ser defectuoso.

Suele distinguirse también el aborto "por razones éticas o sentimentales", según terminología de Jiménez de Asúa, que es el consentido por la mujer para interrumpir un embarazo producto de una violación, pero que en realidad es un aborto voluntario.

El autor considera que el aborto voluntario strictu sensu presenta en estos momentos mayor interés y constituye motivos de mayor controversia.

En su Tratado de Psiquiatría, Kaplan (1989) expone ampliamente dos tipos de aborto:

1. Aborto retrasado o tardío : se practica después de la doceava semana de gestación. Algunos abortos tardíos son atribuibles a una irregularidad menstrual o a un error médico o de laboratorio que da lugar a un diagnóstico erróneo de ausencia de embarazo. Se ha comprobado que el aborto retrasado está en correlación con una historia de períodos menstruales irregulares, menos años de escolarización o actitudes negativas hacia el aborto. El aborto retrasado va asociado a una mayor morbilidad y mortalidad. Cuanto más avanzado sea el embarazo, más probable es que la mujer haya sentido apresuramiento y que haya desarrollado algún vínculo emocional con su embarazo.

2. Aborto reiterado: algunos abortos son consecuencia de fallos en los métodos contraceptivos o una mala aceptación en cuanto al método. Otros abortos van asociados a alteraciones de la relación con la pareja y a la asunción de riesgos contraceptivos. Hay un pequeño grupo de mujeres que se exponen a embarazos involuntarios y abortos una y otra vez; estas mujeres suelen expresar así conflictos psicológicos, pero su idoneidad para una intervención psicoterapéutica es muy variable.

Reyes del Loro (1978), citando a Ordóñez de la Mora (1974), clasifica al aborto:
De acuerdo a su intención:

•Aborto provocado legal: cuando no existe sanción penal alguna por su práctica, es

decir, cuando la ley autoriza su ejecución.

•Aborto provocado ilegal: cuando el aborto se ejecuta sin que la ley autorice su práctica, sino que la sanciona.

•Aborto provocado autoinducido: aborto inducido por la propia mujer embarazada.

•Aborto provocado realizado por terceros: aborto efectuado por otra persona a la mujer embarazada.

•Aborto provocado complicado: debido a las malas técnicas empleadas o a la incapacidad del ejecutante o a las condiciones sépticas; la salud de la mujer a la que se le practicó se ve minada y requiere atención médica hospitalaria, que consiste generalmente en antibioticoterapia, transfusión sanguínea, legrado uterino o histerectomía, según la gravedad del caso.

De acuerdo a sus formas clínicas:

•Amenaza de aborto: ya comprobado el embarazo, se presenta sangrado vaginal ligero, puede presentarse dolor tipo cólico en epigastrio, sin modificaciones cervicales.

•Aborto en evolución: hay contracciones uterinas dolorosas, manifestadas por cólicos en el hipogastrio; existe dilatación o acortamiento del cérvix o ambos, puede haber sangrado.

•Aborto incompleto: existe dilatación en el cérvix, sangrado vaginal y cólicos hipogástricos rítmicos con expulsión de fragmentos del óvulo.

•Aborto inminente: en éste hay expulsión del huevo.

•Aborto inevitable: se presenta en gestaciones menores de veintidós semanas, por ruptura de las membranas o sangrado abundante incompatible con el desarrollo del embrión sin modificación del cuello uterino y sin posibilidad de que el embarazo continúe.

•Aborto consumado: cuando el huevo ha sido expulsado, el útero se encuentra involucionado, el cuello formado y cerrado y su orificio interno es impermeable.

•Aborto diferido: hay antecedentes de manifestaciones clínicas de amenazas de aborto y discrepancia entre el tiempo probable de embarazo y la evolución clínica de éste, que hagan pensar que el huevo pueda tener seis o más semanas de muerto.

•Aborto infectado: presentación de cuadro séptico de origen endouterino ligado a cualquiera de las formas clínicas anteriormente descritas.

Hasta aquí, he tenido la intención de presentar la vasta información y clasificación que existe con respecto al aborto, considero importante mencionarla ya que la diversidad de opiniones refleja su génesis conceptual, enriqueciendo así la literatura correspondiente.

TECNOLOGÍA DEL ABORTO

Acosta (1976), señala que los métodos más usuales para realizar un aborto inducido son:

- legrado o raspado
- introducción intrauterina de cuerpos extraños
- ingestión de infusiones de diversas hierbas consideradas como abortivas
- inyecciones de sustancias salinas, jabonosas o avinagradas
- medicamentos orales
- ejercicios bruscos, golpes, etc.

La autora menciona que estos métodos, con excepción de un legrado bien hecho, suelen ser muy peligrosos, más aún si se recuerda que generalmente los aplican manos inexpertas y en condiciones antihigiénicas.

A continuación se mencionan algunas características sobre los procedimientos abortivos:

Dilatación y legrado: procedimiento actual considerado como el mejor para el tratamiento del aborto del primer trimestre, pero amerita consideraciones especiales. Frecuentemente se practican dilataciones sin legrado, como vías de inducir el aborto o extracciones parciales del huevo en espera de su expulsión posterior. Tal procedimiento propicia el número de infecciones, hemorragias y transforma la operación en un peligro para la vida y la función posterior de la mujer. Cuando se lleva a cabo después de doce semanas con imposibilidad de extraer el embrión y las membranas, se recurre frecuentemente a maniobras violentas y laceraciones de útero o cuello uterino.

Succión o aspiración ovular: **Hall (1980)** menciona que este método surgió en 1927 en la URSS, cuando Bicov usó presión intrauterina negativa en un esfuerzo por evitar un embarazo; cinco o diez días antes de la menstruación insertaba un tubo por el canal cervical herméticamente sellado, succionando con una jeringa. En 1958 algunos científicos chinos lo realizaron mediante la dilatación del cuello de la matriz e insertaron un tubo (legra) que fijaron por succión en ocho lugares distintos del útero. En 1961 Zubjev, científico ruso, inventó una aspiradora de vacío relativamente sencilla que se volvió un método popular en varios países. Posteriormente este aspirador fue modificado y actualmente está compuesto por legras de succión de varios diámetros con aberturas en un lado de la punta, un tubo de drenaje, un recipiente colector y una bomba de vacío eléctrica. Antes de emplear el aparato el cuello de la matriz debe ser dilatado.

Acosta (1976) menciona que la aspiración del huevo puede hacerse en etapas postovulatorias o en la etapa postmenstrual inmediata (15 días de retraso menstrual). En el primer caso se denomina antifertilidad ovulatoria y en el segundo inducción de la menstruación. En ambos casos, pocas veces se requiere de anestesia general, ya que por lo

común se utiliza la anestesia local.

Histerotomía: por medio de una operación quirúrgica se extrae el huevo mediante un corte del útero (microcesárea). se emplea en el segundo trimestre del embarazo a cargo de personal médico; su eficacia es absoluta y el riesgo puede considerarse moderado, sin embargo, a partir de tal intervención ya no habrá fertilidad subsecuente.

Cuando estas técnicas se utilizan de manera adecuada y en buenas condiciones, no representan gran riesgo para la salud y la vida de la mujer embarazada.

Histerectomía: extirpación del útero con todo y el huevo. Sólo se lleva a cabo cuando se registra enfermedad en el útero; su eficacia es absoluta y el riesgo se considera moderado, después de esta intervención ya no puede existir fertilidad subsecuente.

En general, estos procedimientos quirúrgicos mayores deberían evitarse, porque su índice de mortalidad es muy elevado. La histerotomía suele realizarse tras el fracaso de repetidas instilaciones o inserciones vaginales en la inducción del aborto. La histerectomía está indicada en las mujeres con una patología uterina asociada y que desean una esterilización permanente.

Soluciones intra-amnióticas (dentro del huevo): técnica actual de elección en embarazos de dieciséis semanas o más; a través de puncionar el abdomen se llega a la cavidad en donde se encuentra el producto (cavidad amniótica) y se introduce una mezcla salina, glucosada o solución de urea al 53%. Se logra el aborto entre 30 y 36 hrs. después. Falla en el 5% de los casos. No debe practicarse en la treceava y la quinceava semanas debido a que se eleva el número de complicaciones.

Sondas intrauterinas: estas son introducidas al útero a través del cérvix (cuello uterino) por personal calificado o no, con la idea de despertar el proceso expulsivo por la presencia del cuerpo extraño en el útero; como es alojado en su interior por varias horas, o hasta por días, la sonda comunica al medio vaginal y vulvar con la cavidad del útero y las infecciones son muy frecuentes.

Tallos de laminaria: pequeños cilindros de madera extraídos de una planta del océano del mar Girdie, aumentan su volumen con la humedad cuando son introducidos en el cérvix. Entre seis y ocho hrs. aumenta de 3 a 5 veces su tamaño, hecho que ocasiona contracciones uterinas y aborto. Su aplicación toma sólo unos minutos y se asocia a escasas molestias de la paciente. Usando los recursos técnicos de asepsia y antisepsia, las complicaciones infecciosas son mínimas.

Hormonas como abortivos: los estrógenos y la progesterona (hormonas femeninas que favorecen la gestación) pueden modificar la capa uterina (endometrio), impedir la implantación del huevo cuando se administran en la segunda mitad del ciclo, pero no son

capaces de desprender el huevo implantado)

Fármacos orales: se encuentran la quinina, la apiofina, el cornezuelo de centeno o la ergotamina en forma de tartrato y otros. Cuando por efectos de éstos se logra desprender el huevo, éste no siempre es expulsado, lo que ocasiona la complicación infecciosa o la hemorragia.

Cáusticos vaginales: Aspirinas, soluciones de jabón negro con agua caliente (**Reyes del Loro, 1976**) y, principalmente, introducción de pastillas de permanganato de potasio; que representan un riesgo altamente peligroso porque ocasionan hemorragias severas pues su acción no es abortiva y frecuentemente el embarazo continúa, lo que obliga a reparar quirúrgicamente la lesión que deja la acción caustica de la pastilla introducida en la vagina

Radiación: en ocasiones ha sido utilizada como abortiva, aunque se recomienda sólo en casos de cáncer pélvico, ya que lesiona algunos órganos y es muy agresiva.

Métodos inmunológicos: consisten en aplicar vacunas contra el embarazo, sin embargo aún se encuentran en investigación. Provocan una antihormona hacia la gonadotropina (hormona del embarazo). Esta se elimina por reacción anafiláctica (antígeno-anticuerpo).

Pociones y tés: tales como de apio, perejil, ruda, sabina, azafrán o xoapatli; planta que produce un alcaloide que provoca contracciones intensas, con las que puede haber algunos desprendimientos (**Reyes del Loro, 1978**).

Existen **hierbas y plantas** consideradas como abortivas, entre ellas se pueden citar: la ruda, el toloache, el barbasco, etc. Se ha observado que en la vida rural se descubren más prácticas abortivas que anticonceptivas.

Ingestión de minerales: sales de plomo, mercurio, fósforo blanco, etc.

Introducción de cuerpos extraños en la cavidad uterina: sondas, agujas de tejer, agujas de máquina de coser, lápices, ramas de vegetales, espinas de maguey, plumas de ave, alambres, etc.

La introducción de objetos en la vagina y el útero es una práctica frecuentemente observada. Se usa a menudo la aguja de tejer con la idea de abrir el huevo. Esto representa gran peligro, ya que para que logre llegar a las membranas ovulares, la aguja tiene que introducirse a través del cérvix y dirigirla adecuadamente a la cavidad del útero. La posición misma y normal del útero hacen que las perforaciones de éste sean frecuentes al igual que las del cérvix y la vagina. Las infecciones debidas a tal práctica aparecen de manera rápida y severa.

Ejercicios bruscos, golpes, etc.: en el abdomen, sentonazos, etc.

La efectividad de estas técnicas es variable, desde nula hasta inducción del aborto; los

riesgos también van de menor a mayor grado, según la técnica empleada, la capacidad técnica de quien realiza el aborto y las condiciones en que se realiza.

Kaplan en 1989, cataloga la tecnología del aborto en dos trimestres, a saber:

Aborto durante el primer trimestre

Se realiza dentro de las doce semanas posteriores al embarazo, calculadas desde el último período menstrual, y se realiza casi exclusivamente por raspado con succión.

•**Extracción menstrual**: se realiza dentro de los catorce días posteriores a la ausencia de período y no exige confirmación del embarazo. Puede realizarse en un consultorio con anestesia local o sin anestesia. La evaluación de la cavidad uterina se realiza mediante un pequeño tubo plástico calibrado. No es precisa la dilatación cervical. Los principales problemas de este procedimiento son la posible no necesidad de la intervención si la mujer no está embarazada (15 a 25% de los casos) y la mayor incidencia de evacuación incompleta (1% de los casos). Por ello, no es una técnica popular.

•**Raspado con succión**: la mayoría de los abortos de primer trimestre se realizan mediante este método, entre las seis y doce semanas de embarazo. El raspado con succión puede realizarse en régimen ambulatorio con anestesia local del bloque paracervical o anestesia general ligera. Se precisa dilatación cervical, y los contenidos uterinos son evacuados con un raspador de succión. Suele administrarse oxitocina durante la intervención para producir contracciones uterinas y disminuir así la hemorragia. Es importante un examen pélvico minucioso y el examen patológico del espécimen para descartar un embarazo ectópico o un embarazo molar.

Aborto de segundo trimestre

•**Instilación intraamniótica**: se utiliza entre las dieciséis y veinticuatro semanas de gestación. El aborto se induce mediante instilación intraamniótica de diversos agentes. El tiempo entre la instilación y la realización del aborto varía según el agente utilizado y la respuesta individual. Antes de comercializarse la prostaglandina se utilizaba solución salina hipertónica. En la actualidad se prefiere la prostaglandina porque la instilación de solución salina hipertónica aumenta el riesgo de coagulación intravascular diseminada potencialmente fatal y que si se perfunde directamente a la circulación puede producir convulsiones.

•**Supositorios intravaginales**: se inserta un supositorio de 20 mg. de prostaglandina cada tres a cuatro hrs. hasta que tiene lugar la expulsión fetal. Este método es más simple que el enfoque intraamniótico ya que puede utilizarse entre las trece y veinticuatro semanas de gestación. El tiempo de inducción, el índice de aborto incompleto y las complicaciones son similares a las de la prostaglandina intraamniótica.

•**Dilatación y evacuación**: este método quirúrgico ha sido muy utilizado en Europa. La mayoría de los ginecólogos son reacios a utilizar este método después de comenzado el segundo trimestre (de la semana trece a la quince) porque las partes fetales son más largas y es precisa mayor dilatación cervical. La dilatación cervical puede conseguirse con dilataadores metálicos o por preinserción de dilataadores laminares. Las partes fetales se extraen con instrumentos especialmente diseñados, y la placenta se extrae por raspado con succión. Este método es tan seguro, si no más, que los métodos intraamnióticos o intravaginales.

En nuestra cultura, el aborto deja en la psique de la mujer una secuela difícil de erradicar; según el **Dr. J. Aray (1974)** "...el aborto tiene que dejar secuelas psicológicas en la mujer, pero desgraciadamente sólo las tienen algunos hombres"

El aborto equivale a una pérdida importante del "yo" físico y psicológico, sobre todo en los lugares donde es ilegal y se le considera como una práctica criminal. Donde se ha permitido, los traumas desaparecen ya que al estar autorizado se lleva a cabo como una intervención quirúrgica más eficiente, sin dejar rastros físicos debido a la higiene y técnicas utilizadas.

Por otra parte, en países donde se considera criminal, gran parte de la población femenina que se ha practicado algún aborto, sufre de angustia, "shocks", conflictos morales que pueden ocasionarle la muerte. Los médicos han comprobado que problemas interiores (como el sentirse homicida al haber cegado una vida), la llevan a una depresión que bien puede ocasionarle también la muerte.

Puede salvarse de la hemorragia que le produce una técnica abortiva deficiente, pero no de la depresión resultante.

Los trastornos emocionales le restan felicidad a su vida, practicarlo puede exponerla a un cáncer, hemorragias internas graves y la posibilidad de una permanente esterilidad.

El miedo a un futuro embarazo es tan determinante que no le permite llevar a cabo una vida sexual satisfactoria, algunas mujeres pueden incluso padecer frigidez, reaccionan ante los estímulos de su pareja y le resta cariño a sus hijos, si es que existen previamente al aborto de su madre.

Los procesos son generalmente de tipo inconsciente, algunas mujeres llegan a odiar su propio sexo ya que éste no le ha ofrecido a lo largo de su vida más que hijos no deseados o abortos silenciosos. En términos psiquiátricos equivale a una castración física y psicológica.

La ciencia ha llegado a la conclusión de que es preferible, como medida preventiva, el camino de la anticoncepción que llegar al aborto, ya que éste sólo debe aplicarse en casos de extrema urgencia (**González Sánchez, 1978**).

Reyes del Toro en 1986, clasifica las complicaciones que implica un aborto provocado en tempranas y tardías:

Tempranas:

- a) Hemorragias

- b) Infecciones
- c) Perforación de órganos
- d) Intoxicaciones por ingestión de sustancias tóxicas

Tardías:

- a) Esterilidad, por endometritis, endosalpingitis o pelviperitonitis
- b) Alteraciones psicológica

Castelazo (1974) citado también por la autora, considera que dado que la mayoría de los estudios cuya finalidad es evaluar la repercusión psicológica del aborto provocado, carecen de bases previas de análisis o evaluación, y que por carecer de pruebas psicológicas completamente satisfactorias, es posible que se exageren la existencia de síntomas psicológicos.

Opina que los resultados que arrojan los estudios son variados y pudiera decirse que dependen de la actitud de los autores hacia la práctica del aborto provocado.

Algunos opinan que el patrón psicológico de las pacientes que solicitan aborto es de grado profundo de depresión, dificultad para obedecer los reglamentos, para controlar los impulsos, que las conducen a dificultades sociales, ansiedad, miedos irracionales y otros rasgos.

Otros investigadores, entre ellos **Montañés de Olmo (1975)** y **Trueba (1990)**, concluyen que la mujer que recurre al aborto provocado, rara vez cursa con sentimientos de culpa o depresión, sino que por el contrario, queda satisfecha de su decisión.

Kaplan (1989) cita algunos estudios en que las mujeres que antes del aborto inducido tienen problemas psiquiátricos o psicológicos, son las que después de esta práctica tienen reacciones psíquicas graves, al contrario de las que tienen adecuación psicológica buena, quienes después del aborto provocado tienen más probabilidades de reacciones benignas hacia tal práctica.

Puede decirse que la actitud hacia el aborto provocado influye en las mujeres la reacción psicológica hacia tal práctica; ya que en países donde la actitud hacia el aborto provocado es permisiva, no existen reacciones psicopatológicas por tal práctica.

Es factible encontrar consecuencias psicopatológicas por embarazos no deseados, entre las que se encuentran trastornos en el embarazo o en el parto, dificultades en la lactancia, desarreglos psicosociales, trastornos neurovegetativos, deterioro de las relaciones de la pareja y conducta ambivalente hacia el hijo impuesto.

CONSECUENCIAS INDIVIDUALES Y SOCIALES DEL ABORTO CLANDESTINO

Menciona **Reyes del Toro (1986)** que además de las complicaciones por aborto provocado practicado en la clandestinidad ya señaladas, la mujer que se arriesga a esta práctica pone en juego su vida, ya que cuando las complicaciones no son controladas, sobreviene la muerte.

Existen declaraciones (**Silva, 1977**) de que en nuestro país mueren aproximadamente al año 130.000 mujeres a consecuencia de abortos mal realizados y dado que la morbilidad por aborto depende de la técnica empleada, de la capacidad de quien practica el aborto, de las condiciones en que se practica, del desarrollo del embarazo y del grado de salud de la mujer embarazada, es factible que la mortalidad materna en nuestro país se deba en gran parte al aborto provocado, dada su clandestinidad y el bajo nivel socioeconómico y cultural de nuestra población.

Inmerso en las consecuencias sociales y debido a la clandestinidad del aborto provocado es difícil estimar con precisión la mortalidad materna, pero se calcula que entre el 30 y 40% de las muertes maternas, se deben a abortos complicados (**Castelazo, 1974**).

Otro problema social derivado de la práctica ilegal del aborto es la orfandad en que quedan los hijos de las mujeres que fallecen, ya que como se ha visto, generalmente las mujeres que recurren al aborto provocado son multiparas.

La atención de las mujeres con complicaciones por aborto provocado representan un costo elevado para el país, por lo que puede concluirse que no se justifica la existencia de prohibición del aborto provocado, ya que las consecuencias que esta prohibición acarrea son peores que la práctica del aborto, que realizado en condiciones adecuadas y por personal capacitado representa un riesgo mínimo para la salud y la vida de la mujer a la que se le practica.

Justifica tal aseveración el hecho de que en los países donde el aborto provocado no se prohíbe y se efectúa en condiciones óptimas, la mortalidad materna por esta práctica es muy baja, en contraposición con la elevada mortalidad materna de los países en que el aborto provocado está sancionado por la ley.

Además se ha comprobado que existe disminución gradual de abortos inducidos, al liberarse esta práctica y acompañarse del uso de métodos anticonceptivos.

Por otro lado, **Callahan (1970) citado por Estrada Menocal en 1993**, considera el embarazo de la mujer de vital importancia, ya que ella experimenta cambios tanto físicos, fisiológicos y psicológicos. Su actitud varía según la persona hacia la cual se dirija. Una mujer embarazada se cuestiona acerca de su naturaleza como mujer, su rol como madre, su

relación con terceros y su situación como persona.

De acuerdo con el mencionado autor, el embarazo es considerado una crisis, el cómo se resuelva dependerá de las condiciones biológicas de su embarazo y de su contexto social y cultural. Se ha encontrado que la mujer que pasa por esta situación presenta sentimientos de ambivalencia y ansiedad, y que los abortos espontáneos habituales en una mujer indican una dualidad hacia la maternidad, inseguridad hacia el rol femenino y una falta de identificación durante la infancia.

Calandra (1973) indica que existen mujeres que desean, a nivel inconsciente, interrumpir su embarazo provocando psicológicamente un aborto espontáneo; los conflictos que se presentan con mayor frecuencia en el aborto espontáneo son:

- El embarazo puede ser vivido como una realización de tipo edípica incestuosa, reactivado por sentimientos de culpa y de persecución por la imagen materna.

- La reactivación de fantasías infantiles resulta muy conflictiva, en un momento dado, el hombre o la mujer pueden vivir la fantasía de que el feto es un hez fecal o una herida peligrosa de la que es necesario desprenderse.

- La envidia del hombre por la maternidad puede llevar a que procure el aborto de su pareja, ya que el embarazo puede ser resultado de un coito de tipo sádico, cuya motivación a nivel inconsciente es destruir el interior de la mujer que simboliza a la madre de éste.

- El embarazo puede llegar a ser experimentado como se vivió el de la madre, reactivándose los celos e impulsos agresivos que inspira el hermano esperado; se vive cierto grado de regresión en la mujer, lo cual la lleva a identificarse con el feto, como una tentativa de volver al claustro intrauterino identificándose de esta forma con el papel de la madre. El motivo a nivel inconsciente que impulsa el aborto es la identificación yoica o superyoica de imágenes de la madre o del padre.

La clandestinidad, la presión cultural y la sordidez de los abortos ilegales provocan ansiedades intensas que pueden llegar a causar perturbaciones psicológicas, como son:

- 1) **Hipocondria:** temores de esterilidad definitiva, frigidez, somatizaciones, impotencia, eyaculación precoz o infertilidad.

- 2) **Fobias:** angustia de castración genital.

- 3) **Neurosis de fracaso:** se dan en personas jóvenes, angustiadas, frustradas; se producen por las reacciones fóbicas frente a los compromisos vitales.

- 4) **Disminución de los procesos sublimatorios** (sobre todo en la población masculina).

na).

5) Deterioro del vínculo de la pareja: después del aborto la pareja frecuentemente se separa ya que se interpone una realidad muy persecutoria debido a la culpa que genera la muerte del producto.

6) Fracasos en general en todas las relaciones objetales.

Según dicho autor, el aborto es en todos los casos una castración real ya que se castra el más alto nivel genital adulto. Debe considerársele como un síntoma neurótico resultante de identificaciones yoicas y superyoicas con figuras parentales internalizadas en la infancia temprana. Las características de estas imágenes maternas castradoras son de madres frías, dominantes y rechazantes.

Se han estudiado los perfiles del padre de pacientes con abortos, y se ha encontrado que se trata de padres ausentes, débiles, de rasgos ligeramente femeninos, seductores pero presentes como figuras idealizadas.

La mujer que se somete a un aborto provocado sufre un traumatismo psicológico, debido a que durante su vida ha fantaseado consciente e inconscientemente con el hijo que alguna vez tendrá; al enterarse de su embarazo estas fantasías se reactivan y quedan ligadas como promesas a lo que lleva dentro de sí. La mujer se considera a sí misma como una asesina ya que el inconsciente no destruye al óvulo fecundado, sino que asesina al bebé que es el centro de sus fantasías maternas.

La mujer que aborta buscará siempre la manera de autocastigarse y castigar a su compañero a quien considera cómplice del crimen que cometió; si la mujer ya tiene hijos, éstos percibirán consciente o inconscientemente el aborto de su madre, la sentirán muy peligrosa y se preguntarán "por qué ellos pudieron salvarse y nacer".

También se sentirán culpables ya que su madre al eliminar al futuro hermano está ejecutando las fantasías criminales de sus hijos.

Calandra (1973) afirma que los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados para prevenir o privar a las personas de su función reproductiva, tienden a producir conflictos psicológicos como son: sentimientos de tristeza, vergüenza, insuficiencia, envidia y hostilidad hacia las personas más afortunadas, así como angustia y depresión.

PROCESO DE ELABORACIÓN DE DUELO

Vergara (1979) plantea que el aborto es un duelo agravado, ya que no es únicamente una pérdida de objeto, sino de importantes partes del yo corporal psicológico; a menudo es un duelo patológico, una castración, ya que predominan defensas maníacas como la negación que evita el enfrentamiento con las profundas ansiedades persecutorias y depresi-

vas que despierta el aborto.

Por otra parte **López en 1982**, cita a **Abraham y Freud** cuando habla de que el proceso de duelo generalmente se presenta después de un evento (evento doloroso y traumático como lo es el aborto), donde primero la mujer se sorprende, después se enoja, la invade un sentimiento de tristeza, para finalmente consolarse y recuperar su equilibrio psíquico. Este proceso por lo general tiene una duración de cuatro a seis semanas y casi siempre se resuelve satisfactoriamente. Sin embargo, en otros casos, la mujer no se sobrepone a su duelo llevándola a una depresión mayor, donde puede sentirse culpable por motivos inconscientes después del aborto. La recuperación después de un aborto dependerá de los antecedentes psicológicos de cada mujer.

La literatura psiquiátrica de antes de mediados de los años 60 subrayaba los efectos emocionales supuestamente nocivos del aborto; sin embargo, los trabajos estaban sesgados; la metodología era defectuosa; y las conclusiones no estaban avaladas por los datos. Estos primeros estudios no solían diferenciar entre el aborto espontáneo, terapéutico y el ilegal, y no consideraban la influencia del estigma social o de los efectos sobre el resultado emocional de la búsqueda de un aborto ilegal.

Es por eso que **Kaplan en 1989**, menciona que los estudios más recientes han mostrado una incidencia mucho menor de secuelas psiquiátricas adversas. La mayoría de las mujeres se sienten aliviadas tras haber deseado el aborto, y las pruebas psicológicas realizadas antes y después del aborto han demostrado una espectacular disminución de los síntomas de malestar y alteración. Además, la notable mejora del uso de contraceptivos, tanto en la consistencia del uso como en la efectividad de los métodos utilizados, ha sido probada reiteradas veces después del aborto. El malestar emocional que experimentan algunas mujeres tras el aborto suele ser leve y autolimitado. Las secuelas adversas graves son raras. Un estudio inglés prospectivo ha hallado una incidencia postabortiva de psicosis de 0.3 por cada 1000 abortos legales, y en comparación con incidencia de psicosis postparto de 1.7 por cada 1000 alumbramientos.

No está claro si una historia anterior de alteración psiquiátrica va asociada a una superior incidencia de alteraciones postaborto. Los resultados de diversos estudios varían considerablemente en parte por las diferencias de terminología y criterios utilizados. Sin embargo resulta claro que el contexto social en el que tiene lugar el aborto y la disponibilidad de apoyo emocional de personas significativas son importantes factores que influyen en la reacción emocional posterior de la mujer. Un entorno social restrictivo y desaprobador suele producir sentimientos de culpa y vergüenza. La ausencia de apoyo de la pareja, los padres o amigos pueden aumentar considerablemente el estrés de la experiencia del aborto. Las actitudes valorativas y no comprensivas del personal médico y hospitalario son peligros emocionales adicionales. Hay pocos estudios de las diferencias en el seguimiento entre abortos de primero y segundo trimestre, pero los datos existentes muestran escasa interferencia en los efectos psicológicos a largo plazo.

La terminación de un embarazo mediante el aborto es definitivamente una fuente de mayor agitación y malestar emocional. Este estrés probablemente es más grave cuando se interrumpe el embarazo por motivos genéticos; esta eventualidad va asociada a una alta incidencia de depresión y, en algunos casos, a la separación de los cónyuges. El propio aborto suele ser una intervención de segundo trimestre usualmente mucho más traumática, e implica, además, la culpa y vergüenza adicionales asociadas a la enfermedad genética, constituyendo una amenaza a la autoestima. Sin embargo, la mayoría de las familias afectadas consideran preferible el aborto al nacimiento de un niño defectuoso. El aborto de un embarazo deseado por razones médicas, aunque es poco común actualmente, también resulta muy estresante. Los embarazos deseados también se interrumpen cuando la mujer se ve presionada a tener el aborto contra su voluntad. En algunos casos, sigue muy pronto otro embarazo.

Una grave ambivalencia hacia el aborto es también un preludio común a las alteraciones posteriores a la intervención.

Por su parte, **Reyes del Toro (1986)** menciona en relación a las alteraciones psicológicas debidas al aborto provocado, que existen dos corrientes, contradictorias entre sí y dependientes de la actitud personal hacia dicha práctica:

1. Los que desaprueban y rechazan tal actividad postulan que el aborto inducido altera, en mayor o menor grado, el equilibrio psicológico normal de las abortantes, ocasionándoles sentimientos de minusvalía, depresión, culpabilidad, ansiedades hipocóndricas, esterilidad, frigidez, claustrofobia, deterioro de relación con la pareja y neurosis de fracaso.

2. Quienes por considerar a la mujer capaz de decidir por sí misma una situación que más que a nadie le atañe a ella, respetan su decisión de enfrentarse a un aborto provocado, postulan:

La mujer que recurre a un aborto provocado, si bien pasa por un estado de ansiedad o de angustia, debidos en gran parte a la ilegitimidad de este acto, al llevar a cabo su decisión, recobra el equilibrio perdido de su estado emocional.

En caso de no lograr su cometido, los efectos contraproducentes de este fracaso se reflejan en la mala calidad del cuidado materno que proporcionan al niño.

Dependiendo en gran parte del nivel de salud mental del adulto, de los cuidados maternos recibidos en la infancia, al ser forzada la mujer a otorgar atenciones a un hijo indeseado o rechazado, se incrementa el peligro de desarrollar adultos depresivos, neuróticos, sociópatas o psicóticos, además del desequilibrio emocional de la mujer que se ve forzada a tener un hijo que no desea.

En **1990, Trueba** explica que la práctica del aborto deja muchas secuelas de tipo social y de tipo personal. Su aceptación significa abrir una puerta que dará paso a otras muchas tolerancias y que a la larga deteriora en alto grado las defensas morales individuales y colectivas.

El aborto, dice **N. Blázquez** (citado por Trueba,1990), contribuye al envejecimiento psicológico prematuro de la juventud, dado que muchas mujeres son inducidas a abortar a muy tierna edad.

Se ha divulgado mucho que el aborto practicado bajo atención médica, sobre todo en las primeras fases del embarazo, es algo absolutamente seguro y sin mayores consecuencias. Pero opiniones también médicas sugieren que el aborto en cualquier etapa del embarazo es, por lo menos, dos veces más arriesgado para la madre que el alumbramiento y son muchas las mujeres que mueren.

Según el autor encuestas realizadas en Japón muestran que los trastornos más frecuentes derivados son: esterilidad, abortos espontáneos habituales posteriores al provocado, embarazos extrauterinos, serias irregularidades en la menstruación, dolores, mareos y cefaleas. También apunta que otros especialistas mencionan como frecuente la pelvocopatía inflamatoria crónica y las adherencias uterinas, obstrucción cervical, hemorragias, etc.

El autor retoma a **Calandra** y a otros especialistas explicando que el aspecto psicológico del aborto deja siempre cicatrices retráctiles en el inconsciente, que al replegarse distorsionan el equilibrio anímico y sustraen energías y capacidades.

El aborto es, a su vez, un abortígeno de la vida anímica. Según los doctores **D. Rothman** y **N. Simon**, (citados en el libro de **Blázquez**), el aborto causa un alto grado de conflicto y perturbación psicológica. Se ha comprobado claramente un elevado nivel de tensión antes y después del aborto.

Leret de Matheus (1975) opina que si la madre, en base a la educación recibida (fundada en ciertas creencias religiosas) está segura de que ha cometido un homicidio en la persona del hijo, y la ley, asimismo se lo dice, ese convencimiento originará en ella graves perturbaciones psíquicas como a continuación se citan:

1) Así como hay una cicatriz uterina localizada, también en el aborto hay una "cicatriz emocional" que si bien puede no expresarse inmediatamente, lo hará con el correr del tiempo.

2) El juicio de realidad de que se ha matado a un ser incrementa la culpa, la esperanza de repararlo.

3) La culpa en un aborto se intensifica por varios motivos. Todo el cuadro del aborto está coloreado por la culpa que adquiere en carácter muy persecutorio.

4) Las emociones acompañantes de la culpa persecutoria son el resentimiento, el temor, el dolor, los autorreproches, la desesperación y la desesperanza.

5) Algunos autores como **H. Rosen**, han descrito suicidios después de abortos provocados (citado por **Aray, 1974**).

Los psicoanalistas, que en gracia a su profesión pueden apreciar las motivaciones conscientes e inconscientes de un embarazo, o de su interrupción, estiman que, en general, los conflictos profundos que acompañan o siguen al aborto, dependen menos del mismo aborto que de dificultades inherentes a la situación que atraviesa la mujer. En especial, los psiquiatras norteamericanos, estiman que debe dejarse la decisión en manos de la mujer y de su médico tratante (en caso de que exista).

Se ha encontrado también que las reacciones emocionales de culpabilidad, remordimientos y depresión, tienen como origen la actitud negativa del personal del hospital y de los consejeros psicólogos, y no del estado mismo de las mujeres.

Gerar Mendel, neuropsiquiatra, expresa que no es el acto de abortar, lo que provoca complicaciones psicológicas. Son las circunstancias en que ésto sucede: el peligro y las condiciones abominables en que se realiza el aborto. Las consecuencias no provienen del acto abortivo, sino de la clandestinidad.

Por su parte, **Montañés en 1975** expone las siguientes consecuencias:

Las hemorragias del desprendimiento placentario suelen poner en peligro la vida de la mujer en el aborto provocado más que en el espontáneo. De todos los modos no es corriente la muerte por hemorragia con los tratamientos actualmente en uso. Puede ser causa de muerte un disparatado traumatismo en las maniobras abortivas. Graves son también las perforaciones de útero o de fondos de sacos vaginales, con frecuencia múltiples y seguidas siempre de infección, con producción de anexitis y peritonitis. De estas infecciones es consecuencia nada rara una septicemia que será particularmente grave en las infecciones de tipo gangrenoso. Los procesos infecciosos pélvicos suelen originar flebitis que pueden producir embolias a distancia en órganos vitales.

Los casos de muerte consecutiva al aborto han sido y siguen siendo utilizados, en pro de su opinión, por los partidarios del aborto libre, sin clandestinidad y efectuado por médicos con arreglo a técnicas adecuadas, con lo que se evitarían esas muertes lamentables.

El aborto realizado por personal competente tiene también sus riesgos, empezando por el peligro de muerte, por más que los partidarios del aborto libre pongan todo cuidado en silenciarlo.

Cierto es que en el consenso de los médicos los riesgos del aborto han sido siempre estimados como mayores que los del parto.

Entre complicaciones graves se habla de sepsis y toxemias que afectan de manera

importante.

Algunos abortos mal realizados suelen producir que las abortadas precisen hospitalización, de ordinario, por retención de restos placentarios.

Abortos con la técnica de dilatación del cuello uterino y raspado subsiguiente pueden ocasionar desgarras de intestinos y necesidad de laparotomía para reparación de lesiones y extirpación de útero.

Algunos métodos (como el **Karman**) dejan frecuentemente restos placentarios que son infectados con facilidad y precisan raspado ulterior. La inyección salina intraamniótica no ha respondido a lo esperado por los técnicos del aborto de que iba a resolver los problemas de los efectuados después de las doce semanas de embarazo; incluso en algunos países (Japón, entre otros) ha sido desechado por haber causado complicaciones y muertes, mientras que en otros se continúa con su práctica (Inglaterra y Estados Unidos).

Algunos abortos mediante raspado tienen que ser atendidos posteriormente de emergencia debido a fuertes hemorragias o fiebres.

Las hemorragias del aborto es corriente que hagan precisa alguna transfusión sanguínea de urgencia lo que pondría a la mujer en los peligros de toda transfusión aumentados por ese carácter, ya que el riesgo aumenta siempre en relación con la cantidad de unidades transfundidas, siendo uno de los peligros el de la hepatitis que, como sorpresa, aparece más de una vez. También en alguna ocasión se ha transfundido sangre **Rh positiva** a mujer **Rh negativa** con sus desagradables consecuencias. No estará de más constatar que un aborto de feto **Rh positivo** puede sensibilizar a una mujer **Rh negativa** lo mismo que un parto en las mismas condiciones, con lo que, si hubiera un nuevo embarazo con hijo deseado, los efectos para éste serían funestos y todo ello motivo de reacciones maternas de culpabilidad muy posibles.

La realización de un aborto terapéutico es fácil que dé la sorpresa de una influencia mutua entre la enfermedad y el trauma físico y psíquico del aborto, y el resultado de ello sería ensombrecer el pronóstico de ambas cosas, con lo que el resultado apetecido se vería frustrado.

El autor también menciona que todo aborto provocado puede tener consecuencias muy dignas de ser tenidas en cuenta por la mujer que piensa en llevarlo a efecto. Son éstas la esterilidad permanente por sinequias o bridas cicatriciales en útero y trompas, la mayor frecuencia de embarazos extrauterinos por dificultades para el tránsito del huevo fecundado por la trompa, las inserciones bajas de placenta, abortos espontáneos y partos prematuros con fetos de viabilidad precaria.

Mucho se ha hablado de la acción depresiva sobre el psiquismo de los primeros sín-

tomas de la existencia de un hijo "no deseado" en el seno de su madre, con notorio peligro de suicidio y grande es el número de abortos que por esto se han practicado.

R. Budvari, citado por Montañés en 1975, califica de desastrosas las consecuencias del aborto autorizado sobre la natalidad y el crecimiento natural de la población y añade que aumenta el número de los prematuros, perturba la vida sexual de los jóvenes e influye desfavorablemente en la educación deontológica de los estudiantes de medicina.

A lo largo de la investigación, se han descrito diferentes aspectos que intervienen tanto en la toma de decisión de una medida abortiva como en los métodos y repercusiones que se presentan; esta decisión sin importar el momento de vida del individuo en que se lleva a cabo, es un suceso no sólo difícil de ejecutar, sino también de superar y de enfrentar; por lo tanto, al enfocarse la responsabilidad que conlleva la decisión de aborto y la etapa de desequilibrio tanto fisiológico, emocional y psicológico que representa, resulta de suma importancia conocer la actitud de los futuros profesionistas (psicólogos médicos, abogados, arquitectos y filósofos) acerca de dicho tópico.

EL ABORTO: ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

4

La terminación deliberada del embarazo es algo que tiene muchas implicaciones médicas, psicológicas y sociales. Es posible que una mujer elija el aborto si el término del embarazo pudiera afectar su salud; si sabe que existe riesgo de que nazca un bebé defectuoso, si su embarazo ha sido el resultado de una violación o de un incesto o si, por otras razones, no desea que nazca el bebé; quizá no sea casada, quizá quiera continuar su educación, tal vez sea pobre o tenga un matrimonio desafortunado.

Bajo el régimen de derecho consuetudinario inglés antes de 1803 y en la colonias norteamericanas, el aborto se consideraba legal si se daba antes de la "vivificación", o sea, del primer signo de movimiento fetal. Desde el punto de vista de la doctrina católica no llegó a ser pecado hasta 1869, a condición de que se hiciera antes de que el alma del feto llegara a ser considerada racional (40 días después de la concepción para un hombre y 80 o 90 días para una mujer).

En Estados Unidos, así como en otros países, el aborto ha vuelto a ser legal, mientras que en otros se considera ilegal. En 1973 la Corte Suprema de Estados Unidos decidió que el estado no podía prohibir a una mujer que un médico titulado le provocara un aborto; que después del primer trimestre el estado podía reglamentar el aborto, cuando dicha reglamentación estuviera razonablemente relacionada con la preservación o protección de la salud de la mujer, y después de que el feto se considerara viable (por lo común de 24 a 38 semanas), el estado podía reglamentar e incluso impedir todos los abortos, excepto aquellos necesarios para proteger la salud de la madre.

Los abortos ilegales son en extremo peligrosos, lesionantes, productores de esterilidad y aún causantes de la muerte de muchas mujeres. En cambio, el aborto legal puede ser un procedimiento muy seguro y simple, especialmente cuando se hace al comenzar el embarazo (Tietze y Lewit, 1977).

En un embarazo no deseado hay cierta cantidad de malestar psicológico, independientemente de la forma como la mujer resuelva su problema. Ninguna de las alternativas (interrompirla el embarazo, dar el niño en adopción o conservarlo a pesar de los problemas que ocasiona la crianza) está libre de tensión. Una revisión de la literatura indica que:

... la depresión moderada o los sentimientos de culpa experimentados por algunas mujeres después de un aborto, parecen ser sólo temporales, aunque en el caso de mujeres con previa historia psiquiátrica, el aborto puede causar mayor malestar y tensión.

(Instituto de Medicina, USA, 1975, citado por Papalia en 1990)

El aborto (ya sea provocado, inducido, etc.) ha sido y será un problema social del cual se posee poca información actualizada, por ende, suele tratarse con ligereza y bajo puntos de vista en ocasiones simplemente emocionales. Este tema ha sido motivo de conflicto a lo largo de la historia, dando origen a diferentes posturas que radican esencialmente en la existencia de vida del feto dentro de la madre

Entre otros, el aborto es usado como un método de control natal, que trae consigo problemas y consecuencias de índole moral, jurídico, de salud, social y psicológico principalmente. Es por ello que el presente capítulo comprende dichas disciplinas y los alcances que cada una tiene para la literatura del aborto, mostrando sus puntos más característicos:

DISCIPLINA LEGAL.

“El aborto es una prohibición legal, diariamente violada”.
(Anónimo)

Las leyes se elaboran, se promulgan y se imponen, coactivamente, de acuerdo con la mentalidad humana de un determinado momento, necesidad y creencia.

Actualmente, el aborto provoca millares de muertes por año, condena a la esterilidad a decenas de miles de mujeres; son inmensurables las que a causa de él, quedan mutiladas o enfermas. Ante este panorama tan deprimente muchos se preguntan si conviene o no legalizar el aborto, a fin de que pueda ser realizado por médicos y en condiciones adecuadas para que el riesgo de la intervención quirúrgica se reduzca al mínimo.

Tradicionalmente, el aborto es prohibido por nuestra civilización y severamente castigado por la ley tanto para la mujer que lo practica como para quien lo realiza y quien lo permite.

Blázquez en 1980 citado por Estrada Menocal (1993), menciona que la legislación del aborto ha sido considerada un problema entre la lucha por la existencia de la vida en gestación y aquellas tendencias que han tratado de negarla a lo largo de la historia.

Este autor indica que aproximadamente 2000 años A. C., en el **Código de Hammurabi**, los hititas castigan el aborto con penas económicas o con la muerte en algunos casos; entre los asirios y babilonios se encuentran leyes análogas; en la India, la literatura Veda condena el aborto por considerarlo como un homicidio, al igual que el **Código de Manú y el Zenda-Vesta**; en Esparta y Atenas se consideraba a los hijos como propiedad del estado, se practicaba una política eugenésica (aplicación de las leyes biológicas al perfeccionamiento del espacio humano) inspirada en el principio de selección biológica que autorizaba el infanticidio; era más prudente proteger el embarazo y eliminar posteriormente a las

criaturas que se consideraban indeseables.

Actualmente en México, algunas de las razones legales que se encuentran en contra del aborto, según indica **Castelazo en 1974 citado por Estrada Menocal en 1993**, son las siguientes:

- 1) El no nacido tiene todo el derecho a la vida.
- 2) No debe de haber una ley en contra de la vida, pues es el máximo valor que se posee.
- 3) La norma jurídica que se aparta del valor de la justicia no debe ser considerada como verdadera norma de derecho.
- 4) **El Código Civil** reconoce en calidad de derecho a los niños que se encuentran aún en el seno materno.
- 5) El derecho es para dignificar al hombre en sociedad y no para aniquilarlo.

Por su parte, **Giraldo (1986)**, indica que la legalización del aborto se puede dividir en cuatro tipos:

Prohibitivas : Penalizan el aborto sin ninguna excepción.

Restrictivas : Permiten que se practique cuando peligra la vida de la mujer.

Liberales : Se toma en cuenta la salud física de la mujer, existiendo razones moderadas que aceptan como motivo de aborto la salud mental de ella y razones amplias que justifican el aborto cuando la mujer tiene problemas socioeconómicos o hay malformaciones fetales.

Permisivas : Restringen el aborto sólomente cuando el embarazo es amenazado, pero durante los primeros meses puede realizarse siempre y cuando lo lleve a cabo un médico en el hospital.

Moreno en 1983, plantea que los abortos no punibles en México son

- 1) Los que se realizan por imprudencia de la mujer.
- 2) Cuando el embarazo es resultado de una violación.
- 3) Cuando la mujer corre peligro de muerte (terapéutico).

El artículo 22 del CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL afirma que:
"La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por

la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido entra bajo la protección de la ley para los efectos declarados del presente Código.

La protección que brinda la ley al concebido, pero no nacido es, según dicho Código, la posibilidad de ser nombrado heredero (Arts. 1314 y 1638), la posibilidad de ser designado legatario (Art. 1391), la posibilidad de recibir donaciones (Art. 2353)".

El aborto, desde el punto de vista de Núñez en 1980 se divide en:

•Aborto procurado: la mujer misma se provoca el aborto mediante sustancias tóxicas o manipulaciones.

•Aborto consentido: la mujer participa, pero pide a otra persona que le realice el aborto.

•Aborto sufrido: no se toma en cuenta la voluntad de la mujer para realizar el aborto. En este caso, se violan los derechos a la libertad y a la maternidad.

EL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DE FUERO COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA DE FUERO FEDERAL considera en su Título Decimonoveno: Delitos contra la vida y la integridad corporal, Capítulo VI al aborto como:

Artículo 329.- Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

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

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

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

I. Que no tenga mala fama;

II. Que haya logrado ocultar su embarazo, y

III. Que éste sea fruto de una unión ilegítima.

Faltando alguna de las circunstancias mencionadas, se le aplicará de uno a seis 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 embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.

Esto quiere decir (según Bello, 1992) que en México está permitido el aborto terapéutico (Art. 334) y el aborto por razones humanitarias (Art. 333), queda totalmente prohibido el aborto provocado por cualquier otro motivo.

Cabe mencionar que el aborto, considerado como delito por éste y otros códigos, data del año de 1931, lo cual demuestra que la legislación al respecto es por demás obsoleta. Es muy importante considerar que estas leyes fueron decretadas durante el gobierno de Pascual Ortiz Rubio y, que hasta la fecha, no han tenido modificación alguna, a pesar de ser evidentemente insostenibles, pues actualmente las condiciones de la población en general y sobretodo la posición social de la mujer es muy diferente a las mujeres de aquella época (Acosta, 1976).

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

El aborto inducido se practica en el mundo en diferentes condiciones, dependiendo de la permisividad o represión que la ley otorge a su conducta y de las posibilidades económicas de la abortante.

En nuestro país, el aborto inducido está penado por la ley, exceptuando algunos casos como son: la posibilidad de que el embarazo ponga en peligro la salud o vida de la embarazada, cuando el embarazo es producto de violación, cuando el aborto se debe a la imprudencia de la embarazada; sin considerar las causas económicas, sociales, psicológicas y disgenésicas que motivan a la mujer al aborto inducido y que se presentan con mayor frecuencia que las estipuladas por la ley.

A pesar de estar sancionado por la ley, el aborto inducido es practicado frecuentemente en la clandestinidad, en condiciones inadecuadas que atentan contra la salud y la vida de la mujer, lo que se refleja en la morbi mortalidad materna por complicaciones del aborto inducido clandestino.

Muchas de estas mujeres posteriormente llegan al servicio del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, SSA), con secuelas de aborto presentando graves lesiones físicas, infecciones, hemorragias, en ocasiones tan graves, que sólo llegan a morir en estas instituciones; además

del daño emocional que estas situaciones tan estresantes provocan.

La ley establece una sanción mayor para aquel aborto que sea efectuado por personal médico o personas capacitadas para hacerlo, lo que parece ilógico, dado que sus conocimientos arriesgan en forma mínima la salud y la vida de la mujer que aborta; a diferencia de la multitud de individuos no capacitados para ello y que sin importarles su incapacidad, realizan sin fin de abortos afectando trascendentalmente la vida de la embarazada.

Esta disposición ha servido para que los médicos se resistan a efectuar abortos, debido al riesgo que ello implica, de ello el aborto clandestino resulta una actividad muy lucrativa en nuestro país.

Debido al alto costo de un aborto provocado, las mujeres imposibilitadas para pagarlo acuden a gente inadecuada para practicarlo, lo que va en detrimento de su persona (generalmente en los países en que es penado).

Entre las entidades federativas que reglamentan en su **Código Penal** el aborto de la misma manera que el del **Distrito Federal**, se encuentran:

Aguascalientes, Baja California Norte y Sur, Campeche, Coahuila, Saltillo, Nuevo León, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa, Guanajuato, Hidalgo y Tamaulipas.

Los estados de **Michoacán, Estado de México, Morelos, Nayarit, Durango, Querétaro, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Guerrero** reglamentan de forma muy semejante al Distrito Federal, salvo por algunas variantes que son irrelevantes.

Los estados en que sí hay **diferencias significativas con respecto al Distrito Federal** son:

Chiapas: considera como atenuantes de la penalización del aborto la incapacidad económica de la embarazada, que tenga una familia numerosa y que el aborto se haya efectuado a fin de evitar taras hereditarias. La despenalización abarca a la mujer y al que efectúa el aborto, siempre que éste no la dañe, de manera tal que constituya un delito.

Chihuahua: excluye la sanción cuando el aborto obedezca a causas económicas graves y justificadas, así como las causas eugenésicas graves.

Puebla: contempla también las causas eugenésicas graves para permitir la práctica abortiva.

Yucatán: contempla la falta de recursos económicos como factor permisible, con el único requisito de que por lo menos tenga tres hijos.

Zacatecas: considera punible el aborto por causas sentimentales; la penalización es

menor si la mujer se autoinduce el aborto, ya que al intervenir un tercero la penalidad es mayor para ambos.

Sonora: contempla en un mismo artículo al aborto procurado, el consentido y el sufrido, e impone para la mujer embarazada y al que lo practica pena de uno a seis años de prisión y multa de cincuenta a dos mil pesos. No contempla el aborto por causas de honor, pero permite su práctica por causas terapéuticas.

Según Bello (1992), el problema del aborto puede ser enfocado desde diversos puntos de vista, entre ellos el aspecto legal es uno de los más determinantes para la manera en que una mujer o una pareja va a solucionar un embarazo no deseado.

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

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

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

La ley considera el aborto como un delito exclusivamente femenino, omitiendo al hombre copartícipe del embarazo; de acuerdo con **Leret (1977)**, en ninguno de los países que penalizan el aborto lo menciona, a excepción del **Código Penal de Bolivia (1972)**, en el capítulo II, "Delitos contra los deberes de asistencia familiar", en su **Art. 250** establece:

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

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

Es vitalmente importante citar los diversos estudios que comprueban la necesidad de

que se modifique la administración legal y sanitaria que en el problema del aborto se presenta actualmente, he aquí un ejemplo:

Bello en 1992 cita algunos de los estudios que han sido convocados por el mismo gobierno de México. Uno de ellos se inició en **1976**, bajo la presidencia del **Lic. Echeverría** en los últimos meses de su mandato; para lo cual se reunieron un amplio grupo interdisciplinario formado por veinte médicos especialistas en salud pública, ginecología, obstetricia, pediatría, psiquiatría y endocrinología, comunicación, antropólogos, seis estadígrafos y demógrafos, catorce psicólogos, trece abogados especialistas en derecho constitucional, penal, civil, internacional, administrativo y comparado; ocho economistas, tres periodistas; un filósofo, un sacerdote católico, un rabino judío y un ministro protestante, dos escritores y literatos; así como personal profesional de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, diez personas más invitados especiales del gobierno, a algunas sesiones, como los **Lic. Mario Moya Palencia** y **Antonio Carrillo Flores**.

Todos ellos se reunieron con el fin de estudiar, analizar e informar, al **Consejo Nacional de Población y al Gobierno Mexicano** sobre la magnitud, características, consecuencias y repercusiones de la práctica del aborto inducido (**publicado en la revista Proceso en los números 133 y 301, en el año de 1979**).

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

- La legislación penal sobre el aborto provocado o inducido ya no corresponde a las necesidades de la sociedad mexicana de hoy.
- Por tanto es necesario suprimir toda sanción a la mujer que por cualquier causa decida abortar.
- Suprimir toda sanción al personal calificado que lo practicare con la voluntad expresa de la mujer.
- Reglamentar en el Código Sanitario las prestaciones de servicios públicos y privados en materia de aborto a fin de garantizar el menor riesgo posible para la vida y salud de la mujer.
- Además otras dos consideraciones para sustentar la necesidad de la despenalización del aborto:
 - a) Se refiere a la dificultad que en la práctica legal se tiene para conformar un delito cuando se constituye en juicio.
 - b) Que la ley no considera la participación del varón, quien en ocasiones orilla a su

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

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

La información sobre la realización y el destino de este estudio, se encontró en la revista "**Proceso**", en los números 133 y 301 en mayo de 1979 y agosto de 1982 respectivamente (citado por Bello, 1992).

A nivel mundial las leyes respecto al aborto provocado van desde las más restrictivas hasta aquéllas que permiten el aborto por petición de la mujer embarazada.

Dalsace en 1971 opina que básicamente existen tres posiciones:

I. Se refiere a aquellos países que siguen una legislación restrictiva, basadas en la filosofía judeo-católica, consideran el aborto voluntario como un crimen y lo condenan en todo momento, la única excepción que consideran es cuando una mujer encinta padece cáncer uterino y, por lo tanto, debe realizarse una histerotomía, este acto no es reprobable ya que la interrupción del embarazo es resultado indirecto de la operación.

II. Los países que siguen la reglamentación de tipo moderada, permiten el aborto bajo ciertas condiciones cuando es necesario proteger la vida y / o salud de la mujer embarazada; para proteger la salud mental de la madre; cuando es probable que el feto padezca malformaciones físicas importantes o debilidad mental (debido a razones eugenésicas); si el embarazo es producto de violación, incesto o abuso sexual de menor; cuando la madre padece deficiencias físicas o psíquicas que la incapaciten para la educación y el mantenimiento de la criatura; cuando existen ya varios hijos y la situación económica es precaria. Las consideraciones que se consideran válidas para permitir el aborto se van ampliando según el grado de desarrollo de cada país.

III. Se refiere a aquellos países que siguen una legislación de tipo liberal, en donde se permite el aborto a petición de la mujer embarazada siempre y cuando su médico esté de acuerdo y no existan contraindicaciones para realizarlo.

En muchos países no se cumplen estrictamente las leyes sobre el aborto, en algunas jurisdicciones con leyes restrictivas, pueden realizarse abortos en clínicas privadas, sin que medie una concesión oficial, de manera clandestina, como sucede en **Corea, Taiwán y México**.

“Recíprocamente una ley que autorice el aborto a petición no garantiza que éste sea realmente accesible a todas las mujeres que deseen interrumpir su embarazo. La carencia de personal médico y de instalaciones, así como de los criterios conservadores de algunos de los médicos y administradores de hospitales, pueden restringir efectivamente tal acceso al aborto, en especial a las mujeres económica y socialmente desprotegidas, como sucede en algunas partes de **Austria, Francia, La República Federal Alemana, India, Italia, y los Estados Unidos**” (Tietze, 1983).

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

“La independencia de las repúblicas americanas no se ha consumado todavía. Mientras nuestros Códigos calcados de los españoles, no eliminan las normas copiadas de España, nuestra emancipación no será total” (Leret, 1975).

DISCIPLINA MÉDICA

“... nadie aborta porque le guste, en todo caso, siempre nos vemos obligadas a abortar; pues todas hubiéramos preferido no estar embarazadas”.
(Colectivo del Libro de la Salud de las Mujeres de Boston, 1982).

Durante el aborto, se extraen totalmente los contenidos del útero, es decir, el embrión o feto, la placenta y el tejido construido en el endometrio, dejando al útero en condiciones de no embarazo.

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

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

-
- a) Amenaza de aborto
 - b) Aborto en evolución
 - c) Aborto inminente
 - d) Aborto inevitable
 - e) Aborto consumado completo
 - f) Aborto consumado incompleto

De acuerdo con sus **FORMAS CLÍNICAS** los abortos se reconocen como:

- a) Aborto esporádico
- b) Aborto habitual o repetido
- c) Aborto infectado
- d) Aborto séptico
- e) Aborto temprano o de principio
- f) Aborto tardío
- g) Aborto diferido, retenido u óbito en útero
- h) Aborto inaparente o dudoso
- i) Aborto franco o demostrable
- j) Aborto complicado
- k) Aborto no complicado
- l) Aborto autoinducido
- m) Aborto inducido repetido

Nota: como podemos observar, se ha omitido la explicación de cada una de estas clasificaciones ya que se encuentran debidamente detalladas en el capítulo dos.

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

Los abortos realizados a menos de la doceava semana de gestación, (contando desde el primer día del último período menstrual, primer trimestre), son los más simples quirúrgica, administrativa y emocionalmente; ya que al aumentar el tiempo de gestación la operación se torna más difícil (**Federación Internacional de Planificación de Familia I.P.P.F. 1981, citado por Bello en 1992**).

Es un hecho que existe la posibilidad de realizar abortos entre la doceava y vigésimacuarta semana de gestación (segundo trimestre), aunque con mayor riesgo para la salud de la mujer.

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

Regulación menstrual

Primer trimestre

- Aspiración
- Dilatación y curetaje.

Segundo trimestre

- Infusión intraamniótica
- Histerotomía

La técnica de **regulación menstrual** se aplica muy tempranamente, de cuatro a seis semanas después del último período menstrual, es decir, justo en el momento en que se esperaba el siguiente período menstrual. El procedimiento consiste en introducir en el útero, a través del cérvix, una cánula de plástico flexible, la cual está conectada por uno de sus extremos a una bomba eléctrica o manual (**jeringa de Karmann**), que succiona suavemente el tejido adherido a las paredes del útero.

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

Entre las desventajas que se presenta es que muchas veces puede realizarse sin necesidad, debido a que el retraso menstrual no sea debido a un embarazo.

También puede ocurrir que exista retención de tejido fetal, dado que en este momento es muy pequeño, es difícil para el que lo realiza estar completamente seguro de que lo ha quitado, por lo que es aconsejable hacerse una prueba de embarazo una semana después. Está totalmente contraindicado en mujeres con sangre del grupo tipo Rh negativo.

La **técnica de aspiración**, se aplica entre la sexta y décima semana de gestación, el procedimiento es muy parecido al anterior, sin embargo antes de emplear esta técnica es preciso contar con análisis clínicos que determinen el estado de gravidez de la paciente. La técnica requiere de anestesia local (paracervical), así como de la dilatación gradual del cérvix para introducir una cánula de succión, la cual generalmente es de plástico flexible provista de dos orificios laterales, el extremo que se introduce en la cavidad uterina es redondo lo que disminuye el riesgo de perforaciones, el otro extremo se conecta a un sistema de bomba de vacío que succiona el contenido del útero. Este método es uno de los más seguros, rápidos y menos dolorosos para la mujer.

Los riesgos de perforaciones, hemorragias, infecciones o de abortos incompletos son

mínimos. En términos generales las complicaciones son el resultado de la edad de la gestación en que se practique el procedimiento y de la habilidad del operador.

A la técnica de **dilatación y curetaje** también se le denomina como legrado o raspado del útero, es posible efectuarla entre la sexta y doceava semana de gestación, requiere de hospitalización porque se aplica anestesia general, el cuello del útero se dilata gradualmente y se introduce una cureta con la que se raspan las paredes uterinas suavemente extrayendo los contenidos del útero.

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

El **aborto inducido por infusión intra-amniótica** solo se emplea en los abortos tardíos, los que corresponden al segundo trimestre, entre la 16a. y 24a. semana de gestación. La técnica consiste en inyectar una solución salina o de prostaglandina en el líquido amniótico, lo que provoca contracciones uterinas y la dilatación del cérvix, favoreciendo la salida de los contenidos del útero. Los riesgos y complicaciones que se pueden presentar son mayores que en los abortos tempranos, éstos pueden ser shock salino, hemorragias, laceraciones cervicales, infecciones, retención de placenta. Esta técnica está totalmente contraindicada en mujeres que han tenido problemas de hígado, riñones, fallas cardíacas, hipertensión, epilepsia, convulsiones o asma. Evidentemente requiere de hospitalización y de personal médico bien entrenado.

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

Frecuentemente el procedimiento de **histerotomía o microcesárea** se utiliza entre la 12a. y 24a. semana de gestación. Es una cirugía mayor que forzosamente tiene que realizarse en un hospital, los contenidos del útero son extraídos a través de una pequeña incisión abdominal, la cual generalmente se realiza debajo de la línea del vello púbico. Su costo es elevado ya que requiere de va-rios días de hospitalización. En la mayoría de los casos condiona a la paciente a que sus posteriores partos se resuelvan por cesárea.

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

Aunque es sabido que estas técnicas también se utilizan en países que como México, no cuentan con autorización legal para provocar abortos, lo cual propicia que se realicen clandestina y peligrosamente para la salud de la mujer y a un costo elevado, ya que los médicos que se atreven a realizar abortos saben de antemano que ponen en peligro el ejercicio de su profesión. Además de esto, el clandestinaje de los abortos genera otro tipo de discrimi-

nación social, pues sólo aquellas personas que estén en posibilidades de pagar un servicio médico privado, podrán interrumpir su embarazo sin poner en peligro su salud y su vida.

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

De acuerdo con el **Consejo Nacional de Población en 1982 (citado por Bello, 1992)**, los procedimientos más usados básicamente en México son:

- La ingestión de pociones y tés.
- Las automaniobras.
- Sondas intrauterinas.
- Caústicos vaginales.
- Fármacos orales
- Tallos de laminaria
- Hormonas
- Dilatación y legrado.
- Histerotomía o microcesárea.

La **ingestión de determinadas pociones y tés**, mencionadas con anterioridad, se emplean no sólo por las mujeres de bajos recursos, sino también por mujeres pertenecientes a las clases media y alta. Su eficacia como abortivos es muy escasa, ocasionando en cambio intoxicaciones que van desde leves hasta muy graves.

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

Las **sondas intrauterinas**, generalmente son colocadas por personal no calificado o por parteras tituladas o prácticas. Con este procedimiento se busca desencadenar el proceso expulsivo al permanecer la sonda en el interior del útero durante varias horas o días, sin embargo se sabe que su eficacia como abortivo es escasa y por lo general la mujer debe ser intervenida quirúrgicamente para completar el aborto acompañado de hemorragias y graves infecciones.

Otro de los métodos comúnmente recomendados por el personal no calificado es la **introducción de pastillas de permanganato de potasio a la vagina**, las cuales lejos de provocar el aborto tienen un efecto cáustico, lo cual amerita que la mujer tenga que ser intervenida quirúrgicamente, para reparar el daño causado en la vagina y útero, acompañando al

cuadro severas hemorragias, anemia aguda e inminencia de muerte.

Los **fármacos orales** comúnmente recomendados como abortivos, anteriormente mencionados, son de baja eficacia en dosis terapéuticas, pero de elevada en dosis tóxicas. Estos fármacos comprometen el funcionamiento del aparato circulatorio por lo que el riesgo de muerte es alto. Cuando por efecto de los fármacos el huevo se desprende, éste no siempre se expulsa, lo que favorece las complicaciones infecciosas o la hemorragia. Este método generalmente es recomendado por farmacéuticos o parteras.

Los **tallos de laminaria**, al ser introducidos al cérvix ocasionan que el útero se contraiga, desencadenando el aborto. Aplicados correctamente por personal adecuado y en condiciones de higiene idóneas (asepsia y antiseptia) se reducen las complicaciones y molestias.

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

Algunos dependientes de farmacia, partera y hasta médicos, recomiendan erróneamente la **administración intramuscular de hormonas** para desencadenar el aborto, sin embargo estas hormonas son totalmente ineficaces.

Respecto a las técnicas de **dilatación, legrado e histerotomía** deben de ser realizadas preferentemente por personal médico en un medio hospitalario, empleando anestesia, en condiciones de asepsia y antiseptia, y contando con un estudio clínico integral de la paciente.

Cuando se aconseja sobre aborto -**señala la Federación Internacional de Planificación Familiar (citado por Bello, 1992)**-, hay que informar a la mujer acerca de otras posibles opciones que tiene; continuar con el embarazo y tener la criatura para ella misma o darla en adopción, asegurándose de que su desición es bien informada, voluntaria y sin presión de ninguna clase.

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

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

Aquellas mujeres que han tenido un aborto incompleto como consecuencia de una

intervención legal, usualmente aceptan que se les oriente acerca de métodos anticonceptivos.

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

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

El desconocimiento por parte de los médicos o instituciones de salud de su posición legal frente al aborto, puede llevarlos a negarse a proporcionar un servicio médico por razones que no son médicas; el médico o la institución pueden ser demandados por negligencia (**Federación Internacional de Planificación Familiar, 1981**).

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

Especialistas en la materia coinciden en que los países donde se ha liberado el aborto existe una importante disminución en la tasa de mortalidad y morbilidad materna por esta causa. Mientras que en los países donde la legislación es restrictiva, se mantienen altas tasas de mortalidad y morbilidad materna debidas a los abortos ilegales. Por lo que concluyen que la liberación de las leyes sobre el aborto aportaría un beneficio positivo para la salud femenina y para resolver un problema social de gran magnitud e impacto como lo es el aborto.

DISCIPLINA SOCIAL

**“Tenemos el derecho a ser madres,
pero también de no serlo” .
Juana A. Alegría (1978)**

Elena Poniatowska, escritora y periodista, alguna vez escribió:

“Creo que dejar el problema del aborto sólo a la mujer es injusto. Debe enfrentarse socialmente y considerarse como un problema de la pareja porque hacen el amor un hombre y una mujer, y tienen un hijo un hombre y una mujer; dejarlo sólo a la mujer es contribuir a su opresión y me parece muy indignante tratarla como culpable: la mujer manchada, la matriz manchada” (citada por Acosta, 1976).

El control en el número de nacimientos, según **Thévenet (1978)**, no sólo es una necesidad de la pareja o de la mujer, en quien recae la mayor responsabilidad de la anticoncepción, sino que surge como una necesidad evidentemente socioeconómica.

Calandra (1973), menciona que en una sociedad donde el desarrollo y el progreso son limitados (países subdesarrollados) la anticoncepción es escasa, así como la práctica del aborto (la tasa de nacimientos es elevada). En cambio en países en vías de desarrollo, la tasa de fecundidad disminuye: el control natal se adjudica a la práctica frecuente del aborto; el uso de anticonceptivos por ende, es bajo. En el caso de los países desarrollados, la fecundidad disminuye debido a que la anticoncepción es el principal método de control natal.

La experiencia de los países que han despenalizado el aborto, indica, en un principio, una alta incidencia (probablemente porque surgen las cifras reales y no su incremento) que después de algunos años tiende a estabilizarse a un cierto nivel (**Natali, 1980, citado por Bello, 1992**).

En aquí donde el aborto no debe entenderse como un hecho aislado, sino como “uno más de los problemas derivados de la estructura socio-cultural, económico y político de nuestro país” (**Acosta, 1976**).

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

que no desea (Leal,1980).

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

En México todos los estudios (Leal, 1980) realizados al respecto del aborto coinciden en que la mayoría de las mujeres que abortan son casadas, con varios hijos y de nivel socio-económico bajo; las razones por las que interrumpen su embarazo son precisamente la mala situación socio-económica, el número excesivo de hijos, la desaveniencia conyugal o familiar, el temor a quedar desempleadas si el patrón se entera que están embarazadas, el hecho de que estén mal de salud y por tanto corra peligro su vida, o que el método anticonceptivo que estaba usando les falló (C.I.D.H.A.L., 1982, citado por Bello, 1992). El aborto es en la mayoría de los casos, una decisión tomada con plena consciencia de la responsabilidad que implica tener y educar otro hijo.

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

La prohibición del aborto afecta principalmente a las clases sociales medias e inferiores que tienen que recurrir a esta operación en forma clandestina, bajo condiciones insalubres, con gente poco capacitada en la mayoría de los casos, enfrentándose a malos tratos por parte de estas personas y pagando elevadas sumas de dinero.

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

Thévenet (1978) refiere el aborto como un problema social vinculado a la actitud que la sociedad tiene hacia la sexualidad, específicamente en México se manifiesta de manera muy sutil una doble moral sexual, pues mientras a los hombres no sólo se les permite sino que hasta se les alienta para que tengan relaciones sexuales fuera del matrimonio, a las mujeres sólo les son permitidas dentro del matrimonio, esta dualidad sexual trae como consecuencia que las mujeres que tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio sean calificadas negativamente por la sociedad, mientras que los hombres pueden fecundar a la mujer sin ocuparse de las consecuencias, lo que da lugar a madres solteras desamparadas, prostitución y abortos entre otros.

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

Frecuentemente los niños no deseados causan conflictos de índole moral, psíquica o social, económica y a veces de salud, traduciéndose esto en niños descuidados, mal nutridos, niños maltratados física y emocionalmente, incluso se llega al infanticidio, el abandono de bebés en la calle, o a que éstos sean regalados o vendidos a otras personas, así mismo la delincuencia o la prostitución infantil forman parte de las consecuencias de la prohibición legal del aborto.

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

Por su parte **Gotwald en 1983**, afirma que las ramificaciones éticas del aborto existen a dos niveles:

- a nivel sociedad, por medio de lo que se define y proscribire y permite en sentido legal,
- y
- a nivel del individuo, como parte de las decisiones individuales.

En las sociedades que prohíben el aborto, la mujer puede lograr un aborto y considerarlo un acto aceptable en lo moral; o bien, en las que lo permiten, la mujer tal vez decida que el aborto no se justifica en lo moral para ella misma.

La moralidad del aborto, según la juzga el sujeto, puede estar de acuerdo o no con la legalidad del acto.

El autor menciona por último que:

"...el aborto no es un nuevo método del control de la natalidad, ni tampoco se considera una práctica que se limite únicamente a las sociedades de adelanto tecnológico".

Gotwald, 1983

DISCIPLINA PSICOLÓGICA

"Me interesa menos el más allá, que el aquí y ahora, y creo que es menos criminal retirar un feto del útero de una mujer que torcer la vida entera de una joven que todavía no está preparada para la maternidad".

(Dr. Boyd Cooper, 1976)

Gotwald en 1983 menciona que son obvias las ventajas de no dar a luz un hijo no deseado. De hecho, la mayoría de las mujeres sienten gran alivio después del aborto, pues no deben ser madres en un momento en que hacerlo acarrearía consecuencias negativas para ellas mismas y sus hijos. Si no pudieran abortar, muchas tendrían que renunciar al hijo para darlo en adopción. Aquí también es obvia la angustia de renunciar al hijo que se ha llevado por nueve meses y preocuparse por el resto de su vida. Es entonces que el aborto sólo producirá consecuencias positivas para la salud mental de la mujer. Por otra parte, también debemos considerar el tabú que contra el aborto se tiene el cual está profundamente arraigado a nuestra tradición cultural y religiosa.

Aunque la mujer lo desee y sepa que es lo mejor no deja de sufrir ciertos sentimientos de culpa, depresión y pérdida. A veces, estas emociones son difíciles de tratar y pueden causar efectos a largo plazo. El autor propone que sólo hasta que hayan transcurrido varias generaciones de mujeres que practiquen el aborto en una sociedad en la cual sea aceptado el tabú contra el aborto dejará de ser un factor culpabilizante y hasta cierto punto traumatizante.

Asimismo, propone a las mujeres que desean pensar en el aborto como una posibilidad considerar los siguientes factores:

- 1- Si el embarazo ocurrió o no en forma voluntaria.
- 2- La importancia y validez de los motivos para desear el aborto.
- 3- Técnica que se usará durante el aborto, hasta qué grado puede considerarse una "suspensión de apoyo corporal pro vida" en vez de una franca "matanza".
- 4- El momento del embarazo.
- 5- Si el padre está de acuerdo o no con el aborto.
- 6- Si se han tomado en cuenta o no otras posibilidades, como la adopción.
- 7- Los puntos de vista religiosos de la mujer, etc.

La mayoría de las personas y también la mayoría de los médicos, creen que con el aborto, una vez efectuado y bien hecho, todo está terminado. Para **Francoise Dolto (1982)** esto es falso.

“... un aborto es siempre -lo sepa la mujer o no, lo sepa su mujer o no, lo sepa el médico o no- un acontecimiento muy importante para la mujer, en suceso que tiene un efecto dinámico inconsciente, estructurante o desestructurante de la vida simbólica de la mujer y del hombre responsable con ella de esta preñez interrumpida; y esto, según la manera en que se integre, como algo importante o no en la vida de ambos, en tanto constituye una experiencia plenamente responsable. No quiero decir con esto que el aborto debe sentirse como algo culpable. Pero más que todos los otros acontecimientos de la vida, más que todo otro acto en el sentido dinámico del término, la concepción de un ser viviente es fuente de una potencialidad que con el aborto se ve interrumpida.

El acto de abortar en todos los casos, hace a la mujer vivir una manera inconsciente de duelo, esta experiencia le ha permitido enfrentarse con cuestiones de la vida y de la muerte”.

Para ejemplificar aun más las consecuencias que pueden llevar a una mujer por el hecho de recurrir al aborto, la autora expone magistralmente el caso de una mujer y como la terapéutica adecuada puede resolver hasta las últimas consecuencias (desintegración familiar, repercusiones psicológicas en los hijos, etc).

Por su parte, el **Dr. Boyd Cooper en 1976** menciona que la violencia que se infringe la mujer a sí misma en el autoaborto satisface de alguna manera sus necesidades emocionales inestables. No es posible estimar cuántas de estas mujeres autoagredidas caen en esta clasificación, ya que la mayoría de ellas no recurren a un médico ni antes ni después del autoaborto. Es parte de su problema. No buscarán ayuda de nadie.

Típicamente retraída e introspectiva, una mujer así generalmente tiene un fuerte impulso de autodestrucción. La estructura de su personalidad incluye una autoimagen degradada (no hay que olvidar que en nuestro país la primer causa de mortalidad materna es el aborto). Se considera al aborto provocado o autoinducido como la “forma más peligrosa de tratar de terminar un embarazo”.

El turbulento período de decidir qué hacer con el niño por nacer, el clandestino planteamiento para librarse de él, el intento en sí, y la comprensión de que probablemente haya dañado su salud contribuyen a formar una sombra helada en su vida y, por supuesto en su respuesta sexual por el resto de su vida.

A ninguna mujer debería disuadirse de tener un aborto; sin embargo, es muy importante que entienda plenamente lo drástico de la medida que va a tomar.

Al hacer su decisión personal, deberá tener toda clase de oportunidades de explorar sus sentimientos antes de establecer el curso de acción. Si ella desea compartir su toma de decisión con su pareja o su mando, se le debe aconsejar que lo haga. Si legalmente es menor, se requiere desde luego, del consentimiento de sus padres.

Una mujer debería tener la oportunidad de ventilar sus sentimientos en presencia de una persona entrenada y objetiva, como su doctor o alguien del personal. Si puede hablar con más libertad con su consejero espiritual, o su psicoterapeuta o una trabajadora social, esta persona debería ser su consejera.

Lo importante es que todas las puertas estén abiertas para una paciente que pide un aborto hasta su consumación final. En los casos de pacientes juveniles, cuyos padres podrían presionarlas a deshacerse del bebé, cabe recalcar que después de una discusión abierta entre la chica, los padres y su médico, es la chica la que debe proporcionar su decisión al profesional de la salud. Ningún médico desearía extraer el niño de una mujer embarazada, que en el fondo de su corazón realmente desea tenerlo.

Cuando una mujer está embarazada y no desea conservar el embarazo, es importante para ella decidir una interrupción tan pronto como sea posible. El miniaborto y el legrado temprano, de primer trimestre (anteriormente descritos), son los procedimientos menos complicados en los sentidos tanto médico como psicológico. Si un embarazo es confirmado y no puede ser mantenido, debe ser interrumpido cuanto antes, cuando existe un mayor margen de seguridad y una posibilidad menor de daño permanente en el cuerpo. Es importante saber que mientras más tarde sea efectuada una inducción, más alta será la tasa de complicación (Lauersen y Whitney, 1978).

Sin embargo, existen mujeres solteras que permiten que el embarazo continúe demasiado tiempo, con la esperanza de casarse con el padre del niño, y quedan devastadas emocionalmente cuando él se niega. Otras más rechazan la posibilidad de que están embarazadas, indicando algunas veces un concepto débil de la realidad.

Es posible que la depresión psicológica que puede ocurrir después de una inducción tardía de aborto sea muy severa, en algunas ocasiones hasta suicida (Lauersen, 1978). Otras mujeres se sienten tan deprimidas, que requieren hospitalización incluso psiquiátrica. Esto debe ser reconocido por la familia y los padres, quienes deberán ayudar a cualquier mujer tanto como sea posible, después de la inducción. Las mujeres deben saber que esta depresión desaparecerá en la medida de sus posibilidades, y de preferencia con la recomendación del apoyo psicológico.

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

Maldonado,1992).

De acuerdo con el **Dr. Aray (1968)** el aborto tiene que dejar secuelas psicológicas en la mujer y en algunos hombres; si la madre, en base a la educación recibida, fundada en ciertas creencias religiosas, está segura de que ha cometido un homicidio y la ley, asimismo, se lo dice, ese convencimiento originará en ella graves perturbaciones psíquicas, a saber: así como hay una cicatriz uterina localizada, también en el aborto hay una cicatriz emocional que si bien puede no expresarse inmediatamente, lo hará con el correr del tiempo. El juicio de realidad de que se ha matado a un ser incrementa la culpa y la desesperanza de repararlo.

La culpa en un aborto se intensifica por varios motivos. Todo el cuadro del aborto está coloreado por la culpa que adquiere un carácter muy persecutorio.

Las investigaciones de **Grinberg (citado por Aray, 1968)** lo llevaron a postular que las emociones acompañantes de la culpa persecutoria serían el resentimiento, el temor, el dolor, los autorreproches, la desesperación y la desesperanza.

Algunos autores como **H. Rosen (citado por Aray, 1968)** han descritos suicidios después de abortos provocados.

Por su parte **Babikan, 1985 (citado por Bello, 1992)** refiere que la mayor parte de los estudios al respecto publicados después de 1967, destacan el hecho de que los abortos provocados en condiciones óptimas dentro de los centros médicos adecuados, producen pocas o ninguna secuela y que las mujeres que mostraban síntomas de enfermedad mental preaborto lo toleraban mal, mientras que las mujeres psiquiátricamente sanas toleraban bien la intervención y la recuperación.

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

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

adaptación social y de hostilidad hacia los demás” (Natali, S.1980, citado por Bello, 1992).

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

En muchos casos el embarazo en condiciones desfavorables a su culminación está expresando una perturbación neurótica o caracterológica. Suele ocurrir que las personalidades con rasgos psicopáticos, que tienen poca tolerancia a la frustración, utilicen las relaciones sexuales para descargar afectivamente angustias y conflictos. Estas personalidades frecuentemente establecen relaciones fugaces de las cuales resultan embarazos no deseados y en consecuencia abortos. El feto es vivido como un objeto persecutorio del que hay que desembarazarse.

De igual forma las tendencias a conductas maníacas, caracterizadas por la impulsividad en sus actividades y en el “olvido” de las inhibiciones, producen embarazos en condiciones que práctica y obligadamente llevan al aborto por razones externas. La mujer o el hombre se entregan a relaciones fugaces o irresponsables, sin tomar ninguna precaución anticonceptiva, como intento de revelarse a las prohibiciones Supereóicas, aunque en realidad conductas acompañadas de expresiones como “me vale madre”, “no pasa nada” y “pues ya ni modo”, sólo enmascaran un sometimiento masoquista al Superyo, buscando consecuentemente el autocastigo (Calandra, 1973).

También puede ocurrir que estos embarazos no deseados conscientemente, obedezcan a un deseo inconsciente de automutilación por identificación con el pre-hijo, (citado por Bello, 1992) engendrado; o que del temor inconsciente a la castración surja la necesidad de probar en la mujer su fertilidad y en el hombre su virilidad embarazando a su compañera aun en condiciones desfavorables a la consecución del embarazo.

Para Langer, M. (1983) Citado por Bello (1992) cualquier embarazo no deseado debe ser considerado un síntoma neurótico, en el que la mujer está somatizando su conflicto por medio del embarazo, pues al concebir en condiciones adversas al desarrollo de una posterior maternidad implica una tendencia interna destructiva.

Por otra parte, al preguntarnos qué pasa con el hombre en cuestión de aborto, vemos que generalmente se le ha excluido del tema legal, social y emocional, etiquetándolo como “insensible” a lo que el hombre ha reaccionado sintiéndose atacado y desplazado (Padilla, T. 1988, citado por Bello, 1992).

Sin embargo, no siempre el hombre es el ser vil que abandona, rechaza y agrede, tam-

bién es capaz de sentir ternura y comprometerse afectivamente.

La reacción del hombre ante la experiencia del aborto es un aspecto poco estudiado, pero recientemente se demostró que "muchos de ellos afrontan la decisión de abortar de manera abstracta e intelectualizada aunque más adelante tengan que vérselas con sentimientos de destrucción, ira y culpa (Masters, W. 1987, citado por Bello, 1992).

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

Hay mujeres solteras o casadas, que prefieren evitar que su compañero se entere de su embarazo y de su decisión de interrumpirlo, afrontando ellas solas todas las cuestiones referentes a la interrupción del embarazo, lo cual parece tener relación con el temor a verse desvalorizadas por su pareja (Deutsch, 1971 citado por Bello, 1992).

Se ha observado que en el aborto ocurre frecuentemente un tipo de culpa persecutoria, la mujer -señala Deutsch- siente que ya no es la misma, "ha destruido algo de sí misma". La respuesta emocional de cada miembro de la pareja va a depender de su situación familiar y social en ese momento; de la personalidad previa de cada uno, de sus sentimientos conscientes hacia el embarazo, hacia la pareja y hacia sí misma (o), de los motivos conscientes o inconscientes que los llevaron al embarazo y luego al aborto, del significado que éstos tuvieron para ellos, de las circunstancias en que se abortó y en el trato recibido durante éste (Calandra, 1973).

Cuando el hombre participa en la decisión de no continuar con el embarazo y acompaña emocionalmente a su pareja, al principio se siente triste y culpable por la pérdida, posteriormente responsabiliza proyectivamente a la mujer (culpa), y más tarde niega los sentimientos y afectos removidos por esta pérdida.

González, J. (1990) citado por Bello (1992), afirma que la mayoría de las parejas que se enfrentan a un aborto provocado tienden a la ruptura o se vuelven cómplices de un "asesinato" y perdura su relación en el círculo de la culpa.

La estabilidad del vínculo va a depender de la capacidad de ambos individuos de enfrentar la pérdida sin negarla, de elaborar el duelo adecuadamente y de los elementos de unión que posean. Mientras las angustias y culpas generadas permanezcan fuera de la conciencia, el aborto representa un peligro potencial a la estabilidad de cada miembro de la pareja y de la pareja misma. "La solución radica en tomar consciencia abriendo así el camino hacia la reparación" (Calandra, 1973).

Bello (1992) expone que la génesis del aborto debe buscarse en la relación temprana con los padres. Las mujeres con historias de aborto tienden a internalizar la imagen de un padre ausente física y/o emocionalmente pero idealizado, débil, de rasgos ligeramente

femeninos y seductor. Padres alcohólicos con tendencias maníacas o psicopáticas. Asimismo, los hombres cargan sentimientos de rabia e ira hacia el progenitor masculino, originados por abandonos tempranos, por sentirse no deseado, rechazado y frustrado por el padre (**citado a Langer (1983), Deutsch (1971), Aray (1968), Padilla (1988) y Calandra en 1973**).

La imagen materna corresponde a una figura débil, lejana emocionalmente, quien transmitió indiferencia y posiblemente angustia y tensión. La insuficiencia de la relación con la madre se vive como haber sido abortado por ella, lo que es revivido en la relación con el padre: existe la tendencia inconsciente de repetir con el feto lo sufrido en la relación con los padres (**Cueli, 1980**).

Bello (1992) expresa que sería muy importante ampliar la investigación sobre todos estos aspectos, de manera más exhaustiva, controlada y objetiva para confirmarlos o descartarlos.

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

En el duelo patológico el Yo se identifica con el objeto perdido y por ende no logra retirar la libido de éste, predomina la ambivalencia y la culpa persecutoria, transformándose el objeto perdido en persecutorio, impidiendo la reparación (**Grinberg, 1983, citado por Bello, 1992**).

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

En algunas mujeres el feto continúa vivo en la fantasía, aun después de muchos años de realizado el aborto. Fantasean que pudo haber vivido, que se llamaría de tal modo, que tendría tal edad, e incluso algunas depositan los sentimientos pertenecientes al hijo abortado sobre los hijos vivos (**Cueli, 1980**).

Sin embargo **Mailer, S. (1982) citado por Bello (1992)** difiere de la opinión: dice que "el aborto es un hecho que afecta emocionalmente a la mujer, quien lo incorpora a su vida como un acontecimiento más o menos doloroso pero que lo "traumático o patológico" del duelo por un aborto dependerá en gran medida de cómo se han vivido y elaborado (o no) las pérdidas anteriores; las pautas frente a una pérdida pueden tender a la elaboración, a la reparación, a la sublimación o pueden caer dentro del rango de compulsión a la repetición, negación o reparación maníaca".

El estudio de las actitudes siempre se ha visto rodeado por enfoques multidisciplinares, es por ello que considero necesario presentar aquí dichos enfoques y enmarcar sus conceptos:

DEFINICIONES GENERALES DE ACTITUD

- Predisposición motriz y mental a la acción.
- Tendencia reactiva específica o generalizada, que influye sobre la interpretación de nuevas situaciones y la respuesta frente a ésta.
- Totalidad de la vida interior (ideas, opiniones y disposiciones mentales) en contraste con pautas y hábitos manifiestos.
- Algunos autores consideran sinónimos actitud y opinión.
- Tendencia a la acción, esencialmente, una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa.
- Generalmente asociada a imágenes, ideas u objetos externos de la atención.
- Expresa una dirección, reacción favorable o desfavorable ante una situación u objeto.
- Hábito interno, en su mayor parte inconsciente, que se precisa mejor que las expresiones verbales (opiniones).
- Tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, para responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente, con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o a un grupo de personas.
- Representa un mecanismo individual el cual se ve influenciado por tópicos bio-sociales y socioculturales que se traducen en la conducta manifiesta del individuo.
- Debe tener un carácter de relativa pertenencia.

El término "Actitud" se ha definido a lo largo de la historia de diversas maneras, tratando de explicar diferentes conductas de la humanidad; dicho término ha sido ampliamente usado en la filosofía, en la sociología y en la psicología contemporánea, para indicar

la orientación selectiva y activa del hombre con relación a un problema o una situación; la noción de dicho tópico no está, hoy, libre de controversias, así, para Dewey (citado por Abbagnano, 1992) la actitud es sinónimo de hábito ("efecto humano influido por la actividad precedente y adquirida, que contiene determinado orden y sistematización") y de disposición ("predisposición, prontitud para elegir abiertamente cada vez que se presente la oportunidad").

Jasper (citado por Abbagnano, 1992) considera que las actitudes son disposiciones generales susceptibles de investigación objetiva; afirma que son las direcciones del sujeto o el proyecto de elecciones para enfrentar determinada situación.

Por otro lado Allport (1935), citado por Estrada M. en 1993, refiere varias definiciones de actitud:

•1. La actitud es un proceso mental individual que determina las respuestas actuales y las respuestas potenciales de cada persona en el mundo social; como siempre va dirigida a algún objeto, se puede decir que es un estado de la mente de un individuo respecto a un valor.

•2. La actitud es una preparación o disponibilidad para la respuesta.

•3. La actitud es un grado de afecto a favor o en contra de un objeto o valor.

•4. La actitud es la predisposición del individuo para estimar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto del mundo.

Dicho autor menciona cuatro condiciones comunes de las actitudes:

a) Acrecentamiento de la experiencia: se refiere a la integración de varias reacciones concretas de tipo semejante.

b) Individualización, diferenciación y segregación: las experiencias adicionales hacen que la actitud se vuelva más concreta y las distinguen de otras actitudes conexas.

c) Otra posible causa de formación de actitud es una experiencia dramática o traumática.

d) Puede también adoptarse una actitud ya formada imitando a los padres, maestros o compañeros de juego.

Lewin (1948), citado por Young (1967), sostiene que en la actitud existe lo que se halla presente y aferrado en su significado práctico y precursor, como un indicio de que se encuentre fuera de ella en un futuro.

En relación con lo anterior, Stevenson (1950), ha afirmado que cada palabra contiene

un "significado descriptivo" y un "significado emotivo". El primero se obtiene cuando la respuesta a un estímulo está constituida por un conjunto de procesos mentales cognoscitivos, y el segundo cuando la respuesta al estímulo es un determinado impulso a la acción. Por ello, denominó la actitud, como dicho impulso a la acción, el cual es clasificado como "emotivo" (citado por Young ,1967).

En dicho libro **Husserl (1950)**, habla de una actitud natural. Para él, ésta consiste en aceptar al mundo común en que se vive, formado por cosas, bienes, valores, ideas, personas, etc.; parte la actitud fenomenológica mediante una actitud radical que consiste en suspender la actitud natural, es decir, en vetar todo juicio acerca de la existencia del mundo y todo lo que hay en él. (citado por Young , 1967).

Las opiniones están muy relacionadas según **Kerlinger (1975)**, con las actitudes, pues lo que se considera cierto con respecto a un objeto o grupo desempeñará manifiestamente su parte en la determinación de la disposición para reaccionar de cierta manera; (en vez de hacerlo de una manera distinta) así la palabra actitud indicaría lo que una persona puede hacer, mientras que la palabra opinión indica lo que un individuo cree o considera cierto. (citado por Young , 1967).

Kolb (1977), define la actitud como una predisposición continua para reaccionar con un sentimiento o de una manera característica. Ésta se encuentra determinada por el estado emocional del individuo y puede adquirirse consciente o inconscientemente; por tanto puede integrarse a la estructura de la personalidad e influir en su funcionamiento (citado por Young ,1967).

Kaplan (1987), habla de la "actitud abstracta", en la cual el sujeto tiene dificultad para generalizar a partir de un único ejemplo, para formar conceptos, para captar las similitudes y diferencias entre conceptos, para distinguir las propiedades esenciales de las cosas y situaciones, para resolver problemas y para planear acciones. Además, su capacidad para calcular, razonar lógicamente y realizar juicios sensatos es más o menos limitada.

Por último, **Reich (1980)**, dice que para **Freud**, la adquisición de la moralidad, los valores y las actitudes forman parte integral del desarrollo del Superyo, dentro de la personalidad del niño a través de un proceso de identificación, que se da inicialmente con las figuras parentales.

COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

Mann (1976), considera que las actitudes tienen tres componentes:

1. Componente cognoscitivo: consiste en las percepciones del individuo, sus creencias y estereotipos, es decir, sus ideas acerca del objeto. El término opinión se usa muchas

veces como sinónimo de componente cognoscitivo de una actitud.

2. Componente afectivo: se refiere a los sentimientos de la persona en lo que respecta al objeto. Es con frecuencia el componente más enraizado y el más resistente al cambio.

3. Componente comportamental: consiste en la tendencia a actuar o reaccionar de determinada manera con respecto al objeto, se mide registrando lo que el individuo dice que hará o lo que en realidad hace.

La coherencia intercomponente de las actitudes se encuentra generalmente cuando el individuo tiene una actitud extrema, positiva o negativa, ya que los afectos fuertes se acompañan comúnmente de hábitos y respuestas firmemente establecidas en la conducta.

Si hay incoherencia entre los tres componentes, la persona mostrará una tendencia a modificar la actitud para restaurar el estado de congruencia. Se ha encontrado que el cambio en el componente afectivo de una actitud provoca un cambio coherente en el componente cognoscitivo.

Si en una conducta determinada hay poca orientación hacia la acción, es posible que no se dé coherencia entre las creencias, los sentimientos y la conducta real; por lo tanto, modificar la acción es más difícil que modificar las creencias, ya que los hábitos adquiridos son difíciles de cambiar. Debido a que las actitudes tienden a ser privadas mientras que la conducta es pública, está más sujeta a la presión social y será más resistente al cambio que las actitudes.

Conforme a lo anterior, **Lindgren (1976)** menciona que las actitudes no se pueden observar directamente, sino que deben de ser inferidas de la conducta, ya sea observando las respuestas de un individuo a los objetos, personas y otros acontecimientos o por sus apreciaciones y otras expresiones verbales o escritas, (**citado por Young, 1967**).

Por lo tanto, se considera que la medición de actitudes establece una comparación cuantitativa que indica la favorabilidad o la desfavorabilidad de un individuo hacia determinado tópico. Por otra parte, una actitud puede ser un indicio de indiferencia, ambivalencia o desconocimiento del tema.

El estudio de las actitudes siempre ha desempeñado un rol importante dentro de la psicología y fundamentalmente en la psicología social.

En su época, **Allport (1835)**, recopiló más de cien definiciones del término actitud, lo que coincide con el interés actual de los psicólogos sociales (**citado por Young, 1967**).

De hecho, en un artículo el autor hace la observación de que es más fácil medir las

actitudes que definir las; en su tiempo dió numerosas definiciones, de las cuales se presentan cinco:

- La actitud denota un estado neuropsíquico de disponibilidad para la actividad mental o física.

- Las actitudes son procesos mentales individuales que determinan tanto las respuestas actuales como las potenciales de cada persona en el mundo social. Como la actitud siempre se dirige hacia algún objeto, se puede definir como "un estado de la mente de un individuo respecto a un valor".

- Actitud ... es una preparación o disponibilidad para la respuesta.

- La actitud es un estado mental o neural de disponibilidad organizado según la experiencia y que ejerce influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que aquella se relaciona.

- La actitud ... es un "grado de afecto" a favor o en contra de un objeto o un valor.

Katz (1960), propuso otra definición que ha sido aceptada de manera general:

- La actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo... Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado, y los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el efecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos, (citado por Young, 1967).

Este interés en la investigación actitudinal no ha decaído y, por el contrario, cada año se encuentran documentos que aportan nuevos elementos para el enriquecimiento del área social.

Para **Muciño (1989)**, las características más comunes encontradas en las diversas definiciones sobre actitud son las siguientes:

"Una organización duradera de creencias y cogniciones, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto o situación definido (a) que predispone a reaccionar de una manera determinada en relación al objeto o situación".

Cuando los psicólogos sociales hablan de actitud, se refieren en general a un afecto o disponibilidad para responder de cierta manera frente a un objeto o fenómeno social. Generalmente la actitud está relacionada con algún componente valorativo: es decir, que con el afecto se está en pro o en contra de algo y con la disponibilidad se acepta o rechaza. Por consiguiente, las técnicas ideadas para medir las actitudes requieren, por lo general, que el individuo responda de manera positiva o negativa a un estímulo social (**Guttman, 1970**).

Según **Tarde (citado por Young, 1967)**, las actitudes pueden tener un carácter cuan-

titativo, obtener valores positivos o negativos y por lo tanto, ser medidos.

A. Waxweiler (sociólogo belga, citado por Young en 1967), concibe el término "aptitud" el cual posee una afinidad con la actitud:

- el sujeto está, en cualquier etapa, determinado en su conducta por su relación con los demás, por un conjunto de elementos llamados aptitudes sociales (disposiciones psíquicas, percepciones del exterior).

En Norteamérica, **W. I. Thomas y F. Znanieck (citados por Young, 1967)**, introdujeron el término de actitud:

- tipos de conducta que se dan en la realidad (funciones observables). Se define en función de los valores sociales: "proceso inconsciente que determina una actividad real o posible, por parte del individuo, en el mundo social".

La sociedad impone modelos de actitud en las diferentes esferas.

Las actitudes también son resultado del temperamento individual, los modelos sociales y sus propias definiciones impregnadas por su experiencia y reflexión (todo esto proporciona el carácter).

Durkheim (citado por Young, 1967) señala la actitud como la "encarnación individual de la representación colectiva". Al asumir lo colectivo lo individualizamos (marca personal), sinónimo: representación colectiva.

Sherif y Cantril (citados por Young, 1967), señalan la integración de la actitud hacia una teoría de la personalidad y de la formación del yo.

La actitud es adquirida (a través del contacto con los objetos); supone una reacción ante algún objeto (sociocultural, personal, material, etc.). Con esto se demuestra que debe existir una etapa perceptiva en la formación de las actitudes (Psicología de la percepción), por lo que, en síntesis, coincide en que existe una carga emocional y una fase perceptiva.

Leo Kanner (citado por Young, 1967) menciona que las actitudes:

- se expresan como reacciones afectivas ante un objeto.
- su significado depende de la forma en que se presente y de la impresión que le produzca.

- se desarrollan.
- se crean por las actitudes de los demás, las cuales se pueden modificar y determinan el desarrollo de la personalidad y de la conducta. Desde niños nos vemos influidos por las actitudes de padres, maestros, médicos, grupos, etc.

Una actitud se puede definir como la predisposición de una persona en favor o en con-

tra de un objeto (George, 1973).

Fishbein y Ajzen (1975), citados por Youngen 1967, sugirieron una definición más completa: actitud es "una predisposición aprendida que responde en una forma favorable o desfavorable respecto a un objeto determinado".

Según **Pick de Weiss (1980)** esta definición se refiere a tres características básicas: las actitudes se aprenden, predisponen a ciertos actos y estos actos pueden ser favorables o desfavorables en relación con el objeto. En consecuencia, una actitud es un concepto evaluativo, relacionado con un afecto. Se puede decir que una actitud es un concepto intrínseco que se refiere a un sentimiento, a algo interno que se puede o no expresar.

Nota: para los fines de la presente investigación he decidido tomar como referencia esta última definición ya que a mi parecer es la que más se asemeja a la intencionalidad y objetivos de la investigación.

ESTUDIOS SOBRE LA ACTITUD HACIA EL ABORTO PROVOCADO

Con respecto a lo anterior y de acuerdo con **Muciño (1989)**, las actitudes son fenómenos que no pueden ser observados de forma directa, sólo se pueden medir indirectamente a través de las opiniones dadas por las personas ante un objeto o situación determinada.

Por lo general, las investigaciones se han centrado en el segundo componente de la actitud: el afectivo, por medio de la construcción de escalas, cuestionarios o entrevistas, dependiendo de los recursos disponibles (humanos, económicos y tiempo para realizarlos).

De los trabajos que estudian las actitudes acerca del aborto provocado en nuestro país, se citarán algunos de los que se han tenido conocimiento.

Castro Oliveira (1971) entrevistó a 93 alumnos del cuarto año de medicina para observar si estaban a favor o en contra del aborto eugenésico, si eran partidarios de que se actualizara la legislación, si estaban a favor o en contra cuando la mujer es soltera, etc.

El mismo autor realizó otro estudio similar con la participación de 40 estudiantes de medicina (residentes), tratando de investigar cuestiones más profundas acerca de la participación y el papel que como madre cubría el estar embarazada.

El **Instituto de Estudios Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (1972)** realizó una encuesta para conocer las actitudes de 35 médicos respecto a la práctica del aborto a través del análisis de caso por medio de la lectura de un texto.

Reyes del Loro (1978) comparó la actitud hacia el aborto inducido en cuatro grupos de profesionales: psicólogos, epidemiólogos, ginecólogos y estudiantes de medicina del

octavo semestre.

La tesis de **Laric Delgadillo (1980)** investigó si existían diferencias significativas hacia el aborto inducido en 300 estudiantes de la Universidad Iberoamericana.

En estudios más recientes, como el de **Rossi Hernández (1987)**, se observó la reacción de la actitud del adolescente frente a la despenalización del aborto, para lo cual contó con 118 estudiantes preparatorianos.

Las investigaciones muestran en general la actitud de diversas poblaciones, de diferentes edades y con diversas ocupaciones, por lo cual es fundamental que exista una investigación de actitud hacia el aborto provocado, pero dirigida hacia las diferentes áreas que se ven involucradas ante la decisión de un aborto (razones médicas, legales, psicológicas y sociales). Con ello se podrá conocer ampliamente la opinión de 200 estudiantes de diversas instituciones, los cuales, en un futuro, aplicarán dicha actitud en su labor profesional, afectando determinadamente a la mujer que desee interrumpir un embarazo de forma voluntaria.

Tomando en cuenta lo anterior y considerando la importancia que tiene la actitud del futuro profesionista universitario, se recopiló un instrumento que permite medir su opinión hacia el aborto provocado. Y que da origen a la presente tesis de investigación.

6.1 Planteamiento y justificación del problema

Existen varias investigaciones que se han abocado a estudiar las actitudes hacia el aborto provocado en nuestro país, es por ello que la razón de la presente investigación se centró en poder entender mejor la necesidad de estudiar la actitud hacia el aborto desde diversas disciplinas.

Las investigaciones mostraron en general la actitud de diversas poblaciones, de diferentes edades y con diversas ocupaciones, es por lo tanto fundamental, que existiera una investigación de actitud hacia el aborto provocado, pero dirigida hacia las diferentes áreas que se vieran involucradas ante la decisión de un aborto (razones médicas, legales, psicológicas y sociales). Fue hasta entonces que se pudo conocer ampliamente la opinión de 200 estudiantes de diversas instituciones, los cuales, en un futuro, aplicarán dicha actitud en su labor profesional, afectando determinantemente a la mujer que desee interrumpir un embarazo de forma voluntaria.

Por todas estas razones, el planteamiento de la presente investigación consistió en saber si:

Existen diferencias en la actitud del profesional (humanista, legal, social y de salud pública) hacia la perspectiva del aborto.

6.2 Hipótesis

Hipótesis alterna:

H. alterna 1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a su actitud hacia el aborto provocado.

H. alterna 2: Las actitudes de los profesionales (psicólogos, médicos, abogados, filósofos, arquitectos) hacia el aborto provocado presentan diferencias estadísticamente significativas, de acuerdo con el instrumento aplicado.

Hipótesis nula:

H. nula 1: No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a su actitud hacia el aborto provocado.

H. nula 2: Las actitudes de los profesionales (psicólogos, médicos, abogados, filósofos, arquitectos) hacia el aborto provocado no presentan diferencias estadísticamente significativas, de acuerdo con el instrumento aplicado.

6.3 Variables

Variable independiente:

V. independiente 1: Sexo

V. independiente 2: disciplinas humanistas y sociales las cuales abarcan contextos psicológicos, legales, médicos y sociales.

Variable dependiente:

Actitud hacia el aborto provocado.

6.4 Sujetos y técnica de muestreo

La muestra comprendió a **200 sujetos, 100 mujeres y 100 hombres** distribuidos en cinco instituciones universitarias:

- Psicología
- Derecho
- Filosofía
- Arquitectura y
- Medicina.

**20 mujeres y 20 hombres
por cada una.**

En el caso de esta última, sólo se tomaron en cuenta a aquéllos estudiantes que se encontraban previos a su Internado Rotatorio de Pregrado en diversas instituciones de Salud Pública, ya que aun no contaban con una especialidad definitiva a nivel profesional.

Los estudiantes fueron canalizados del turno matutino.

Cada muestra obtenida se analizó y confrontó con los resultados de las demás muestras con la finalidad de obtener una generalización de la actitud hacia el aborto provocado a nivel multidisciplinario.

6.5 Tipo de estudio

Se llevó a cabo una investigación de tipo:

Exploratoria, resultante de la poca investigación actual y, con la intención de obtener información más completa acerca de las actitudes interdisciplinarias relacionadas con el aborto.

Comparativa, la cual tuvo como propósito medir el grado de relación entre la actitud y la disciplina profesional mediante un proceso de análisis.

6.6 Diseño

Para la comprobación de las hipótesis planteadas se recurrió a un diseño de investigación con cinco muestras independientes, donde cada una recabó la información de 40 sujetos de ambos sexos los cuales fueron asignados de manera aleatoria siguiendo las características mencionadas con anterioridad.

6.7 Instrumentos

El proceso de aplicación de los instrumentos se dividió en tres fases:

Uno. Se les presentó a los encuestados un cuestionario socioeconómico de 21 reactivos; algunas de las respuestas seleccionadas correspondieron más a su propia opinión mientras que otras necesitaron ser contestadas más ampliamente.

Todo esto con la finalidad de conocer la historia personal de cada uno (sexo, edad, escolaridad, ocupación actual, estado civil, nacionalidad, religión, ingresos, etc.).

Dos. A continuación se les presentó un cuestionario de actitud hacia el aborto provocado que comprendía 68 afirmaciones las cuales se contruyeron siguiendo el método de **Rangos Sumarizados de Rensis Likert**, ya que es el procedimiento más empleado por su fácil y rápida construcción, su sencillez en la calificación y sobre todo, porque representó un enfoque más popular en la elaboración de instrumentos con un alto índice de confiabilidad.

Dentro de las características de este tipo de escala aditiva se encontró que es una escala con un nivel de medición ordinal, ya que suministra información sobre el orden de las actitudes de las personas en un continuo. La escala presentó un enfoque centrado en el sujeto, esto quiere decir que su variación ante un estímulo (reactivo o afirmación) dependió directamente de sus diferencias individuales.

Cada una de las oraciones de dicho instrumento ofreció cinco opciones de respuesta:

Completamente de acuerdo	CA
De acuerdo	DA
Indeciso	I
En desacuerdo	ED
Completamente en desacuerdo	CD

A cada alternativa (dependiendo de si el reactivo era positivo o negativo) le correspondió una calificación de **5, 4, 3, 2 ó 1** respectivamente.

Por lo tanto se encontró que a mayor puntaje existió una mayor favorabilidad ante el fenómeno (aborto) y en consecuencia una discriminación entre una actitud positiva o desaprobatoria. Dicho instrumento pretendió obtener una visión amplia de la actitud hacia el aborto orientada en forma multidisciplinaria.

Los cuestionarios fueron una recopilación de la investigación que diversos autores realizaron con respecto a la actitud hacia el aborto:

Bello y Ocampo (1992) estudiaron los efectos psicológicos del aborto provocado y espontáneo en la relación de pareja. Se proporcionó la escala a 14 jueces; su confiabilidad se obtuvo a través de la prueba de Alfa de Cronbach, encontrando que su consistencia iba de .68 a .92. El análisis de resultados se obtuvo por medio del paquete estadístico SPSS.

Estrada Menocal C. y cols. (1993) investigaron si existían diferencias significativas en la actitud hacia el aborto en adolescentes de acuerdo al sexo. Elaboraron un instrumento formado por 42 afirmaciones, realizaron un estudio de piloteo con 60 sujetos y analizaron los reactivos con la prueba "t", quedando únicamente 30 reactivos validados que fueron los que conformaron el instrumento final.

Muciño Ruiz (1989) realizó un estudio de actitud hacia el aborto provocado para constatar si existían diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres de una unidad habitacional. El instrumento consistió en 56 afirmaciones, algunas se basaron en frases de otras escalas de actitud hacia el aborto mientras que otras se formularon por la información de libros y artículos. Los reactivos se proporcionaron a 10 jueces, de las 56 afirmaciones se aceptaron 22 que presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de contraste aplicados. Aplicándose el Alfa de Cronbach se obtuvo .93 mostrando que su escala era confiable.

Vergara Díaz (1979) estudió la comparación de algunas reacciones psicológicas en mujeres de aborto espontáneo y mujeres de parto a término. Utilizó para las variables paramétricas el análisis de reactivos, la prueba "t" de Student; para las no paramétricas empleó el avlor de Xi cuadrada y la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El instrumento consistió en 10 reactivos positivos y 10 negativos además de una entrevista estandarizada.

Tres. El proceso final comprendió una pequeña retroalimentación referente a las dudas e inquietudes ya fuera de ambos instrumentos o de su propia percepción sobre el aborto provocado.

6.8 Procedimiento

La técnica de muestreo seleccionada tiende a utilizarse mucho en estudios de opinión. De acuerdo con **Hernández, Fernández y Baptista (1991)**: "...cuando se construyen

muestras no probabilísticas, dependen en cierta medida del juicio del entrevistador (que por razones obvias estuvo a mi cargo).

Por lo tanto, la selección de los sujetos no se realizó aleatoriamente, se le dió una **intencionalidad** ya que se buscaron los elementos necesarios, seleccionando sólo los casos **específicos** de una población, dependiendo estos criterios de los fines de la investigación.

Se manejó una muestra por **cuota** debido a que se seleccionaron 200 sujetos distribuidos por su género en forma proporcional en cada una de las carreras.

Se tomaron 40 sujetos de cada facultad los cuales reunían las características requeridas mencionadas previamente.

Se les mencionó el tipo de estudio que se realizaba y se les invitó a participar.

Se procedieron a efectuar las tres fases de aplicación instrumental y una vez recabada la información de los sujetos en la dependencia correspondiente se procedieron a recopilar los datos de las muestras faltantes hasta conjuntar así las opiniones de toda la población.

Posteriormente, se procedió a la codificación, captura y calificación de cada uno de los instrumentos, necesario para el análisis estadístico. Se obtuvieron las características generales de la muestra y las actitudes hacia el aborto de forma institucional y multidisciplinaria, lo cual permitió aceptar o rechazar las hipótesis planteadas en la investigación.

6.9 Análisis estadístico de datos

El tipo de análisis estadístico que se utilizó y que permitió aceptar o rechazar las hipótesis se realizó con el paquete **SPSS para Windows®**, se llevaron a cabo varios análisis para detectar las posibles diferencias estadísticas significativas entre los cinco grupos, se realizó un análisis de varianza de una sola vía para aceptar o rechazar las hipótesis dependiendo del valor F obtenido, los grados de libertad (gl) y el nivel de significancia menor o igual a .05

Las gráficas explicativas y anexos se crearon con paquetería específica de plataforma **Macintosh®**, en este caso, **QuarkXPress™** versión 3.32 y **Excel** versión 5.0

DISEÑO DE INSTRUMENTOS

El **primer instrumento** consiste en un cuestionario sociodemográfico de 21 reactivos que indaga sobre algunos datos significativos de la vida personal del entrevistado. Este cuestionario proporciona los datos y características generales de la muestra.

Se creó con la intención de recopilar los datos sociodemográficos; se realizaron múltiples reactivos en los que se indagaban desde los datos básicos como edad, sexo, estado civil, religión, ocupación de ambos padres así como datos más específicos orientados a la línea de investigación: embarazos, abortos (razones, tipo, actitudes), etc.

El **segundo y último instrumento** se basa en un cuestionario de 68 reactivos, el cual pretende obtener una visión amplia de la actitud hacia el aborto dirigida a diversas disciplinas.

Dicho cuestionario fue elaborado como una recopilación que otros estudios hacia el aborto se habían realizado con anterioridad, se tomaron reactivos de las siguientes investigaciones:

•**Bello Maldonado y Ocampo Aguilar**

"Efectos psicológicos del aborto provocado o espontáneo en la relación de pareja".
Tesis de Lic., Fac. Psicología, 1993, UNAM.

•**Estrada Menocal y cols.**

"Diferencia en la actitud al aborto en adolescentes de acuerdo al sexo".
Trabajo inédito de investigación, Fac. Psicología, 1993, UIC.

•**Muciño Ruiz**

"Actitud hacia el aborto provocado en un grupo de hombres y mujeres de una unidad habitacional".
Tesis de Lic., Fac. Psicología, 1989, UNAM.

•**Vergara Díaz**

"Estudio comparativo de algunas reacciones en mujeres hospitalizadas que recurrieron al aborto...".
Tesis de lic., Fac. Psicología, 1979, UNAM.

El instrumento presenta una escala tipo Likert que consta de 63 reactivos en los que se utilizan cinco opciones de respuesta, los 5 reactivos restantes se presentan al final del instrumento y consisten en preguntas específicas con varias opciones de respuesta.

FACULTADES

La muestra aleatoria se consignó de cinco facultades de la UNAM: Medicina, Psicología, Derecho, Filosofía y Letras y Arquitectura.

SUJETOS

Con lo anterior se pretendió dar una intencionalidad a la investigación a nivel de varias disciplinas que fueron desde el aspecto biológico, legislativo, psicológico y sociocultural.

Para mostrar un nivel equitativo de sujetos se realizó el estudio a 200 sujetos (100 hombres 50% y 100 mujeres 50%) tomando 20 y 20 para cada carrera. La distribución de los instrumentos se realizó en condiciones óptimas: espacios sin posibilidad de ruido o distractores, sin límite de tiempo, con instrucciones adecuadas y material requerido para su realización y de forma aleatoria.

PROCESO DE DATOS ESTADÍSTICOS

Dicho proceso se llevó a cabo con el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales para Windows (Statistical Package of the Social Science), (Nie, Hull, Steinbreber y Jenkins, 1980)

Dentro del presente análisis se aplicaron diferentes procedimientos, se realizó un análisis de frecuencias absolutas obteniendo una media total promedio de 213.905, una mediana de 212.000, un modo de 217.000 con una desviación estándar de 31.961.

Para el análisis inferencial se aplicó:

- Prueba " t " de Student
- Análisis de varianza unidireccional (ANOVA Oneway)

Se empleó el ANOVA para confirmar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los profesionistas de varias disciplinas (V. independiente 2: disciplinas humanistas y sociales, las cuales abarcan contextos psicológicos, legales, médicos y sociales); dicho análisis permitió establecer las diferencias significativas entre las diferentes muestras:

Valores medios	
Medicina	204.58
Psicología	228.25
Derecho	208.08
Fil. y Letras	212.70
Arquitectura	215.93

obteniendo un valor F de 3.411, grados de libertad (gl) 4, 195 y un nivel de significancia de 0.01 lo cual permitió aceptar la H. alterna 2 de que:

“Las actitudes de los profesionales (psicólogos, médicos, abogados, filósofos, arquitectos) hacia el aborto provocado presentan diferencias estadísticamente significativas, de acuerdo con el instrumento aplicado”,

como más adelante veremos de forma detallada en la sección de gráficos.

Como consecuencia, la actitud de los universitarios (mujeres y hombres) de Medicina fue la que menor puntaje medio obtuvo, valor representado por debajo de la media total:

Medicina 204 < 213.91 Media total prom.

concluyendo que su actitud hacia el aborto provocado es más desfavorable que la del resto de las instituciones.

También las actitudes de los estudiantes de Derecho y Filosofía se encontraron por debajo del valor promedio:

Derecho 208.08

< 213.91

Filosofía 212.70

confirmando su actitud desfavorable hacia el objeto de estudio.

Únicamente los valores medios de Arquitectura y Psicología sobrepasaron el valor promedio:

Arquitectura 215.93

> 213.91

Psicología 228.25

confirmando más una actitud favorable que hacia el aborto provocado.

Una vez que hemos encontrado diferencias entre las instituciones necesitamos saber quienes fueron las que marcaron las diferencias estadísticas, para ello se empleó la prueba de Scheffé (Oneway) que dió como resultado una significancia al .05.

La facultad de Medicina con un valor medio de 204.57 y la de Psicología con 228.25 fueron las que mostraron dichas diferencias.

Paso siguiente se empleó la prueba “t” de Student para comprobar si existían diferencias de forma global en cuanto al sexo (V. **independiente 1**), concluyendo que en este punto no existieron diferencias ya que el valor “t” fue de 0.78, con un nivel de significancia de .434 que estadísticamente no es significativo, lo cual permitió aceptar la **H. nula 1** de que:

“No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a su actitud hacia el aborto provocado”.

Para comparar el sexo dentro de cada institución se utilizó la razón Z para más de 20 sujetos.

En **Medicina** se encontró que dicho valor era de un valor $Z = -.0406$ con un nivel de significancia de .9680 estableciendo que no existen diferencias entre sexos.

En **Psicología** tampoco fue significativa ya que el valor de Z fue de .7381 con un nivel de significancia de .7352.

En **Derecho** no existieron diferencias significativas, el valor de Z fue de .9467 y su nivel de significancia fue .9461

En **Filosofía y Letras** no es significativa la diferencia, su valor Z es .4525 y su significancia de .4400

Por último, en **Arquitectura** tampoco fue significativa la diferencia entre sexos ya que el valor Z fue .1826 mientras que la significancia únicamente alcanzó un puntaje de .1761

Paso siguiente se analizó sólo a los hombres entre facultades con la prueba U de Mann (Anova) obteniendo un valor de 150 con un nivel de significancia de .1761 el cual no pudo establecer diferencias significativas.

Por el contrario, la población femenina sí estableció diferencias significativas con el Anova (Oneway), obteniendo un valor F de 2.5883 y un nivel de significancia del .0416

Para saber qué muestra femenina marcó las mayores diferencias se empleó la prueba de Scheffé (Oneway) teniendo como resultado que las estudiantes de la Facultad de Medicina fueron las que establecieron las mayores diferencias al tomar la actitud más desfavorable de la muestra hacia el aborto provocado, mientras que las estudiantes de la Facultad de Psicología estuvieron de acuerdo con sus compañeros de carrera en tomar la actitud más favorable de toda la muestra.

Los valores obtenidos con una significancia del .05 fueron para cada facultad de :

Sólo mujeres:

Medicina	204.75
Psicología	230.15
Derecho	207.75
Fil. y Letras	209.95
Arquitectura	225.90

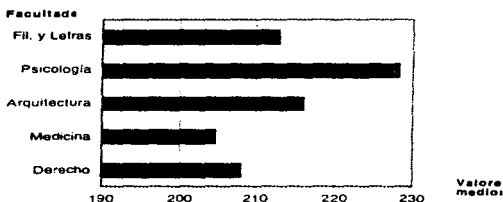
Podemos observar que dichos valores medios son muy parecidos por los obtenidos en cada facultad a nivel global. (estudiantes hombres y mujeres).

Comparación de los resultados entre facultades:

El presente recuadro muestra la comparación de resultados entre las cinco facultades que se expusieron a la investigación de campo.

Los valores medios de cada una se compararon del menor al mayor, encontrando que **Medicina** presentó el puntaje medio más bajo 204.58, seguido de **Derecho** con un puntaje ligeramente mayor 208.08, **Fil. y Letras** presentó una media de 212.70, **Arquitectura** registró un valor medio de 215.93, mientras que **Psicología** alcanzó el mayor puntaje de las cinco con un valor de 228.25

Comparación entre facultades



Media total
promedio
213.91

Actitud hacia el aborto provocado

Facultades	Medias obtenidas	valor F	gl	significancia
Medicina	204.6	3.411	4 , 195	0.01
Psicología	228.3	3.411	4 , 195	0.01
Derecho	208.08	3.411	4 , 195	0.01
Filosofía y Letras	212.71	3.411	4 , 195	0.01
Arquitectura	215.93	3.411	4 , 195	0.01

Debido al objeto de estudio (actitud hacia el aborto provocado) la investigación y sus resultados se procesaron a través del Anova, ya que éste demuestra que cinco grupos difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas (variabilidad inter-grupos e intragrupos).

La tabla anterior explica detalladamente que:

Las Facultades de **Medicina** y **Psicología** mostraron las medias obtenidas más bajas y altas respectivamente en relación a la media total 213.91

El valor F obtenido fue de 3.411, los grados de libertad fueron de 4 y 195 con un nivel de significancia del .01

CONCLUSIONES

El aborto es y será una situación que afecta de una u otra forma a la mujer que lo experimenta.

A lo largo de la historia la humanidad, y en especial las mujeres, se las han ingeniado para seguir fomentando su práctica pésele a quien le pese, es por ello imprescindible un cambio de actitud, que mejore en el ámbito social, moral, religioso, médico y psicológico.

Por esta razón los universitarios debemos tener conciencia de que el aborto necesita una solución favorable como el Sida, la desnutrición, la educación sexual, las conductas adictivas y demás situaciones que nos atañen como sociedad.

Con excepción de ciertos ámbitos, el aborto, en especial el provocado, se observa como algo indeseable, un acto de cobardía o de inmadurez.

La línea de investigación de esta tesis se creó por la necesidad de establecer qué actitud asumen los universitarios que están a punto de incursionar en el ámbito profesional. La hipótesis era que cada área involucrada en la decisión de un aborto es diferente, partiendo de la base teórica-conceptual de cada carrera.

Quizá, un tanto ilusorio, mi interés se centraba en que los universitarios razonaran más su actitud; los resultados, "desgraciadamente" reflejaron un componente de tipo emocional, como menciona Mann en 1976: "... se refiere a los sentimientos de la persona en lo que respecta al objeto y es con frecuencia el componente más enraizado y el más resistente al cambio".

Ojalá que este trabajo ayude a concientizar un poco más toda la esfera multidisciplinaria que gira en torno al aborto, que las diferencias de actitud se dirijan más hacia un componente cognoscitivo, comportamental y ¿por qué no? ayude a una futura legislación más flexible y razonada y que estudios como el convocado en 1976, bajo el mandato del Presidente Luis Echeverría, no terminen en el típico "carpetazo" que dió el Lic. José López Portillo.

Quiero aclarar que el despenalizar el aborto tiene sus consecuencias, no propongo una meta proaborto irresponsable, anheo una legislación que, dependiendo del caso, se pudiera ofrecer un aborto sin culpa, evitando secuelas y muertes innecesarias.

México quizá aún no está preparado para el adecuado estudio, difusión y despenalización del aborto, nosotros debemos iniciar dicho cambio y, en nuestras áreas profesionales, difundir el concepto de que el aborto no tiene únicamente un lado oscuro.

Es vital que se sepa todo lo que conlleva una relación de tipo heterosexual: su parte

satisfactoria y ciertos riesgos (enfermedades de transmisión sexual, embarazos, abortos, etc.).

Cuando pensamos en el aborto, desgraciadamente muchas palabras negativas vienen a nuestra mente: asesinato, crimen, pecado, homicidio, destrucción, egoísmo, libertinaje, etc; dicho rechazo obedece únicamente a cuestiones morales, religiosas, etc. Se niega toda su parte personal, psicológica, de salud, económica y social que básicamente son los factores más importantes.

Afortunadamente, México ya cuenta con órganos sociales, psicológicos, legales y de salud que se manifiestan a favor de la despenalización del aborto, dichas agrupaciones han y seguirán realizando enormes esfuerzos por concientizar a los demás y lograr modificar la legislación. Un paso gigantesco que podría cambiar la situación actual, un logro sin precedentes que educaría a la población, una sociedad que fomentara los cambios y actualizara las creencias enraizadas.

Dichos esfuerzos no prosperarán si el control que ejercen los grupos de poder siguen penalizando su realización, si lo ubican en función de sus intereses de clase y posición ideológica, si continúan manipulando las actitudes e ideologías de los demás a través de medios masivos de comunicación; papel que no les corresponde actuar ya que son los menos doctos en el tema, es el turno para los que han dedicado su trabajo al estudio del aborto a los que les toca actuar y difundir información de las alternativas que existen: no es nuestra tarea dar soluciones, pero sí informar las opciones a las que se tiene alcance y dar a elegir a la población cuál es la forma más consciente y **razonada** por la cual decidir. Se tiene que enfrentar el fanatismo religioso irracional de nuestra sociedad, modificar la apatía con que responden las instituciones ante el cambio.

Este fanatismo es el que continúa ubicando al aborto en una esfera puramente emocional y negativa. Mientras que al momento de apoyar económica, psicológica, social y moralmente a la mujer que decide continuar su embarazo, se lavan las manos.

Las instituciones que estigmatizan el aborto desaparecen, es entonces cuando la madre se queda sola y es responsable directa de la educación, mantenimiento y cuidado de su hijo (a).

Citando a Pérez Rubio (1997):

"... se emplea demasiada atención y energía en la defensa de las leyes existentes y poca atención al problema del niño no deseado; los derechos más fundamentales de niñas y niños son los de ser deseados, amados y rodeados de un comienzo **razonable** en este mundo".

(El aborto en un mundo cambiante. 1980)

México vive una tradición social que imprime dolor adicional ante el aborto; la maternidad es considerada como un evento altamente valorado, en consecuencia la mujer se vive y se ve como un crimen físico y moral frente al cual la sociedad impone un castigo a través de la censura y el rechazo (Arellano, 1989).

Las investigaciones de las que hasta hoy se tienen conocimiento sobre las respuestas que provoca el aborto son muy variadas, la mayor parte de los estudios se siguen realizando principalmente en los países donde penalmente no es perseguido. Sin embargo, hasta ahora, no existe un consenso general sobre el problema debido a las limitantes que cada grupo social antepone para su estudio.

Como se pudo confirmar en esta investigación, es en extremo complicado llegar a un acuerdo en común, el punto medio donde coincidan las actitudes de los profesionales involucrados.

El principal interés por seguir investigando consiste en abordar constantemente nuevas formas de contemplar al aborto y de ofrecer ayuda a las mujeres que lo realizan, manejar cuestiones que les atañen como son la relación de pareja, personalidad, mecanismos de afrontación, apoyo social, culpabilización, nuevas teorías psicológicas, tratamientos, etc.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En general, y a lo largo de todo el tiempo de elaboración de esta tesis, realmente no existieron muchas limitantes, más bien creo que las limitaciones fueron a nivel personal, no en el campo de la investigación.

El proyecto fue resultado de un arduo y constante trabajo, el acceso al campo y el diseño de la investigación fue muy interesante, enriquecedor y, sobretodo, gratificante al término del mismo.

Las limitantes con las que me encontré a lo largo de su construcción fueron principalmente de tipo burocrático por parte de algunos dirigentes e inclusive de algunos estudiantes.

El acceso a la población fue directo, sin embargo, el participar en una investigación con un tema tan controversial, no era una tarea sencilla a la que estuvieran abiertos los estudiantes, sobretodo la población masculina que parecía creerse excluyente de dicha situación.

Aunque parezca irrelevante, se necesita de una gran dosis de tolerancia y más específicamente de tolerancia a la frustración para acercarse a la muestra y lograr cumplir con los objetivos establecidos.

La falta de respeto y seriedad por parte de algunos dirigentes de las facultades, la informalidad de los estudiantes para contestar los instrumentos, la comunicación verbal entre ellos, etc. influyó en cierto modo, no logrando ser tan objetiva como lo hubiera deseado.

Debido a que los instrumentos de aplicación fueron una recopilación que por su misma naturaleza no podían ser reestructurados, surgieron algunas críticas en cuanto a la redacción de los mismos; situación que no podía modificar ya que se perdería su confiabilidad y validez.

Sería conveniente si es que alguien continuara con una investigación similar, revisar los reactivos y darles una mejor redacción, intencionalidad y claridad de conceptos para obtener una investigación mucho más completa y lograr un mejor acercamiento a la situación del aborto en México.

Esta investigación, de hecho, se ha tomado, en parte, como línea de investigación para otra tesis de licenciatura por parte de dos colegas de esta misma facultad; con la variante de que se está dirigiendo a la población adolescente.

Los datos que arrojó esta investigación pueden difundirse a manera de trípticos, publicaciones o en algún otro medio masivo de información; sería conveniente educar a la

población que fue sujeto del proyecto sobre los datos encontrados, los puntos de vista tan diferentes en que se pueden ver involucrados los futuros profesionistas, etc.

Una propuesta a retomar sería la de difundir principalmente la información que sobre el aborto se tiene actualmente, y ampliarla a otras poblaciones como lo son los adolescentes, las mujeres y hombres que han iniciado su vida sexual, las zonas donde existe mayor marginación ya sea material o ideológica etc

El campo de estudio, sobretodo en nuestro país, está restringido sólo a ciertos grupos, los estudios con los que se cuentan no son muy numerosos y el acceso a la población femenina que ha experimentado un aborto escasi nula. Otra línea de investigación psicológica sería la de establecer el tipo de personalidad o la situación que lleva a determinadas mujeres a recurrir al aborto.

El camino por recorrer en esta línea de investigación puede ser tan amplio como uno se lo proponga, las cifras con las que se cuentan van en aumento a cada momento, por ello es necesario que se continúe con la labor que me propuse plantear en esta tesis: cambiar las actitudes y despenalizar el aborto.

ANEXOS

Se ha solicitado su colaboración para realizar un proyecto de tesis de investigación, el cual tiene como propósito conocer qué opina acerca del **aborto provocado** (se interrumpe un embarazo de forma voluntaria), para lo cual se le presentarán dos formatos anónimos y sin límite de tiempo con algunas preguntas acerca de su historia personal y de su actitud hacia el aborto antes mencionado.

INSTRUCCIONES

En algunas preguntas se le pedirá que marque en el extremo derecho de la hoja, la respuesta que más se asemeje a su opinión, mientras que en otras preguntas necesitará contestar más ampliamente.

La información que usted brinde es absolutamente anónima y de ninguna manera se verá afectada (o); el beneficio será su aportación a la presente investigación y al conocimiento científico del fenómeno (aborto provocado) presente en la conducta humana.

; MUCHAS GRACIAS !

CUESTIONARIO 1

Fecha _____

1. Edad _____

2. Sexo

- 1 Femenino
- 2 Masculino

3. Estado civil

- 1 Soltera (o)
- 2 Casada (o)
- 3 Unión libre
- 4 Divorciada (o)
- 5 Viuda (o)
- 6 Madre soltera
- 7 Otro _____

4. Nacionalidad

- 1 Mexicana
- 2 Extranjera

5. Tiempo de residir en el D.F. (en años) _____

6. Religión

- 1 Católica
- 2 Protestante
- 3 Mormón
- 4 Judía
- 5 Otra _____

7. Estudios completos de...

Madre _____

Padre _____

- 1 Ninguno
- 2 Primaria
- 3 Secundaria
- 4 Preparatoria
- 5 Licenciatura
- 6 Otro _____

8. Ocupación actual de ...

Madre _____

Padre _____

1 Ama de casa

2 Obrera (o)

3 Empleada (o)

4 Profesionista

5 Estudiante

6 Otro _____

9. Tiene usted hijos?

1 Sí

2 No

10. Cuántas veces se ha embarazado?
(o su pareja)

11. Todos sus embarazos han llegado a término?

1 Sí

2 No

En el caso de que su respuesta haya sido No, pase a la siguiente pregunta...
En el caso de que su respuesta haya sido Sí, pase a la pregunta 18...

13. El embarazo que no llegó a su término fue
aproximadamente de ...

1 Menos de 3 meses

2 De 4 a 6 meses

3 De 7 meses

4 De 8 meses

14. Qué tipo de aborto experimentó?

1 Espontáneo

2 Provocado

3 Por decisión médica

15. Por qué razón tomó la decisión de
llevar a cabo el aborto?

1 Económica

2 Social

3 De salud

4 Violación

5 Situación personal

6 Otra _____

16. Deseaba que su embarazo llegara a término?

- 1 Sí
- 2 No

17. Qué número de embarazo era?

- 1 Primero
- 2 Segundo
- 3 Tercero
- 4 Cuarto
- 5 Otro _____

18. La casa donde vive es ...

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra _____

19. Cuáles de los siguientes servicios tiene en su hogar?

- 1 Agua
- 2 Agua-luz
- 3 Agua-luz-drenaje
- 4 Agua-luz-drenaje-servicio de limpia
- 5 Agua-luz-drenaje-servicio de limpia-teléfono

20. En general, cómo considera su salud?

- 1 Buena
- 2 Regular
- 3 Mala

21. Los ingresos económicos de su familia son ...

- 1 Suficientes
- 2 Insuficientes

El presente cuestionario se elaboró con el propósito de conocer su actitud hacia el **aborto provocado**. Se entiende por aborto provocado a la interrupción voluntaria de un embarazo por cualquier medio.

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de afirmaciones seguidas de una serie de iniciales en las cuales deberá marcar la respuesta que más se asemeje a su opinión:

Completamente de acuerdo	CA
De acuerdo	DA
Indeciso	I
En desacuerdo	ED
Completamente en desacuerdo	CD

Por ejemplo:

1. Me gusta mucho ir al cine.

CA DA I ED CD

Si está completamente de acuerdo con esta afirmación deberá tachar la inicial **CA**.

Le reiteramos que la información que proporcione es estrictamente confidencial, esperando que conteste de forma sincera y sin dejar preguntas sin contesta, para que los datos aquí recabados sean de utilidad para la presente investigación.

; MUCHAS GRACIAS!

CUESTIONARIO 2

Completamente de acuerdo	CA
De acuerdo	DA
Indeciso	I
En desacuerdo	ED
Completamente en desacuerdo	CD

1. La mujer por problemas personales puede abortar.

CA DA I ED CD

2. Hay peligro para la salud de la mujer si el aborto se realiza clandestinamente.

CD ED I DA CA

3. La mujer debe abortar si está incapacitada físicamente para atender al bebé.

CA DA I ED CD

4. Al abortar se atenta contra la familia.

CD ED I DA CA

5. El aborto es una manera de no afrontar la maternidad.

CA DA I ED CD

6. El aborto practicado sin higiene pone en peligro la vida de la mujer.

CD ED I DA CA

7. El aborto es un delito.

CA DA I ED CD

8. La iglesia católica debe autorizar el aborto.

CD ED I DA CA

9. El aborto es un pecado.

CA DA I ED CD

10. Por falta de cuidado del método anticonceptivo no se debe abortar.

CD ED I DA CA

11. El aborto debe permitirse si la mujer tiene menos de 18 años.

CA DA I ED CD

12. El aborto es una mala solución a un problema demográfico.

CD ED I DA CA

13. Sin importar el estado civil de la mujer el aborto debe aceptarse.

CA DA I ED CD

14. En condiciones higiénicas debe autorizarse el aborto.

CA DA I ED CD

15. La mujer debe abortar si la decisión es sólo del hombre.

CA DA I ED CD

16. Si la embarazada es menor de edad los padres deben permitir el aborto.

CD ED I DA CA

17. Es derecho de la mujer abortar si así lo desea.

CD ED I DA CA

18. Debe autorizarse el aborto si la mujer carece de recursos económicos.

CD ED I DA CA

19. La ley debe autorizar el aborto por cualquier motivo.

CA DA I ED CD

20. Abortar significa atentar contra la esperanza de vida.

CA DA I ED CD

21. El aborto provoca en la mujer alteraciones emocionales.

CA DA I ED CD

22. El aborto realizado por una "partera" debe prohibirse.

CD ED I DA CA

23. La decisión de abortar o no abortar debe tomarse en pareja.

CD ED I DA CA

24. La decisión de abortar o no abortar la debe tomar sólo la mujer.

CD ED I DA CA

25. Dios castiga a quien ha abortado negándole la oportunidad de volverse a embarazar.

CA DA I ED CD

26. El hombre que no apoya a la mujer que aborta, lo hace porque la quiere.

CD ED I DA CA

27. Para mí lo del aborto no tiene ninguna importancia.

CA DA I ED CD

28. Si en la religión de la mujer que aborta no se considerara el aborto como un pecado, ella no se sentiría culpable.

CD ED I DA CA

29. Por ningún motivo debe interrumpirse un embarazo.

CA DA I ED CD

30. El aborto es sólo responsabilidad de la mujer.

CD ED I DA CA

31. El hombre que apoya a su compañera cuando ésta decide abortar, lo hace porque no la quiere.

CA DA I ED CD

32. Un embarazo no deseado debe interrumpirse.

CD ED I DA CA

33. Abortar es pecado.

CA DA I ED CD

34. El aborto es responsabilidad del hombre y de la mujer.

CD ED I DA CA

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

CA DA I ED CD

36. Creo que una mujer que aborta será criticada por la sociedad.

CD ED I DA CA

37. El aborto significa que la mujer es incapaz de ser madre.

CA DA I ED CD

38. Al haber abortado, la pareja ha cometido un pecado y esto hace que no se lleven bien.

CA DA I ED CD

39. Creo que el hecho de que una mujer decida abortar sólo le acarreará el castigo de Dios.

CA DA I ED CD

40. La mujer debe abortar si está incapacitada físicamente para atender al bebé que va a nacer.

CA DA I ED CD

41. En caso de realizar un aborto debe hacerse con higiene.

CA DA I ED CD

42. Es adecuado permitir que las mujeres solteras aborten libremente.

CA DA I ED CD

43. La legalización del aborto disminuye los riesgos para la mujer.

CD ED I DA CA

44. Los matrimonios sin armonía podrían estar autorizados para abortar.

CD ED I DA CA

45. El ser humano puede decidir sobre la concepción de la vida.

CD ED I DA CA

46. Si la embarazada es menor de edad, los padres deben permitir el aborto.

CD ED I DA CA

47. La falta de apoyo de la pareja puede llevar a tomar la decisión del aborto.

CD ED I DA CA

48. Es correcto que la iglesia católica rechaze el aborto.

CD ED I DA CA

49. Las parejas que conciben un hijo deben casarse y tenerlo.

CA DA I ED CD

50. El acto de abortar va en contra de la naturaleza humana.

CA DA I ED CD

51. Las mujeres que abortan son insensibles.

CD ED I DA CA

52. Legalizar el aborto propicia la irresponsabilidad de la fecundación.

CD ED I DA CA

53. Las mujeres que abortan son inmorales.

CA DA I ED CD

54. Abortar es ir en contra de los mandatos divinos.

CA DA I ED CD

55. El uso adecuado de los métodos anticonceptivos evita la situación del aborto.

CD ED I DA CA

56. El aborto es una solución al problema demográfico.

CD ED I DA CA

57. Es indispensable abortar si la vida de la madre corre peligro.

CA DA I ED CD

58. Abortar significa atentar contra la vida.

CA DA I ED CD

59. Debe autorizarse el aborto si la pareja carece de recursos económicos.

CD ED I DA CA

60. Abortar es ofender al creador.

CD ED I DA CA

61. Las mujeres que abortan tienen influencias del mal.

CA DA I ED CD

62. El aborto es un delito.

CD ED I DA CA

63. La ley debe autorizar el aborto por cualquier motivo.

CA DA I ED CD

64. El aborto provocado para la mujer es ...

- 1 Un alivio ante un embarazo no deseado.
- 2 Experimentar culpa o remordimiento.
- 3 Indiferencia.
- 4 Otro _____

65. Cree usted que la mujer que decide abortar
puede contar con la ayuda para hacerlo?

- 1 Sí
- 2 No

66. El aborto provocado...

- 1 Debe practicarse libremente
- 2 Debe prohibirse
- 3 Debe ser un último recurso
- 4 No debe hacerse nunca

67. En la decisión de abortar,
la mujer debe ...

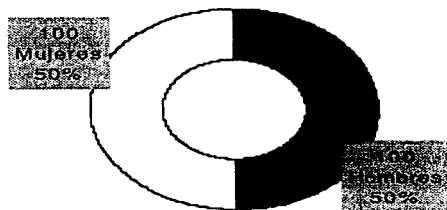
- 1 Tomar la decisión sola
- 2 Tomar la decisión con su pareja
- 3 Tomar la decisión con su familia

68. El aborto provocado es ...

- 1 Malo
- 2 Un crimen
- 3 Una solución ante un embarazo no deseado.
- 4 Un derecho de la mujer.

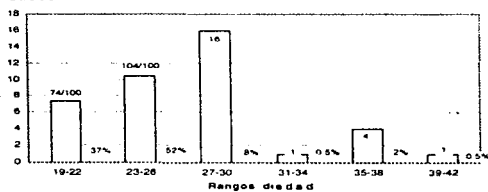
GRAFICOS

Sexo



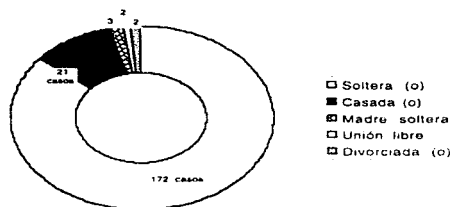
La muestra comprendió a 200 sujetos, 100 hombres y 100 mujeres, conjuntando el 100% de la población.

Edades



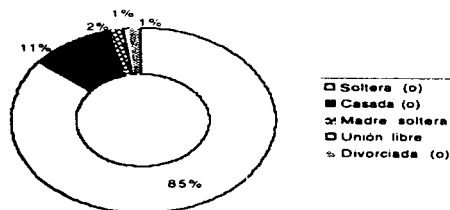
Sus edades variaban entre los 19 y 42 años, siendo el rango de edad más frecuente el de 23-26 años, con una muestra de 104 casos (52%).

Estado civil



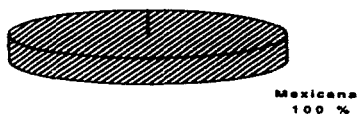
El estado civil preponderante de la muestra fue la soltería, con 172 casos, ocupando el 85% de los sujetos encuestados.

Porcentajes



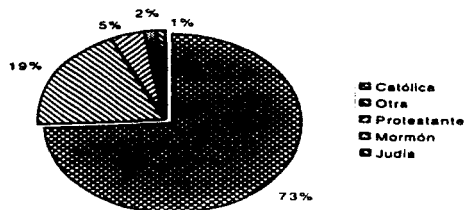
La población con mayor porcentaje fue la soltería, mientras que los casos de matrimonio, unión libre, divorcio, etc. fueron los de menor incidencia

Nacionalidad



La nacionalidad mexicana representó al 100% de los casos.

Religiones



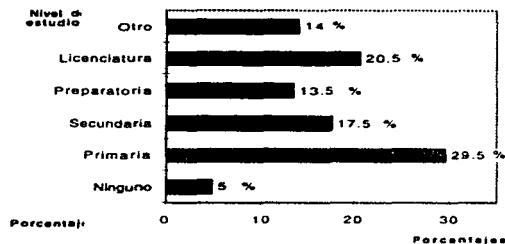
La religión católica fue la principal con 148 casos (73%), seguida de la opción otra religión con 38 casos (19%); protestante con 9 casos (5%), mormón con 3 casos (2%) y judía con 2 casos únicamente (1%).

Estudios - Madre

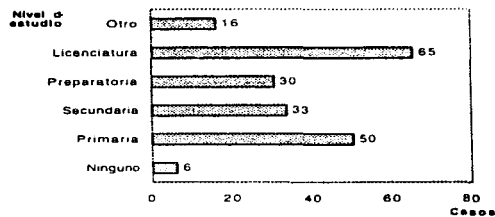


Al intentar indagar el nivel escolar familiar, que en este caso fue específicamente el de ambos padres, se encontró que predominantemente las madres de los encuestados: 59 (29.5%) sólo cuentan con la primaria terminada, seguida por la licenciatura con 41 (20.5%), secundaria con 35 (17.5%), otro (carreras técnicas) con 28 (14%), preparatoria con 27 (13.5%) y ninguno con 10 (5%).

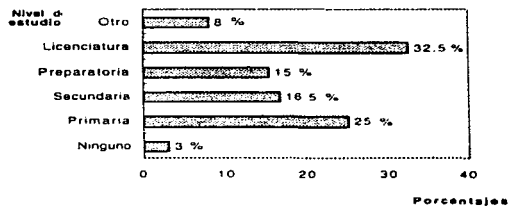
Porcentajes: Estudios - Madre



Estudios - Padre

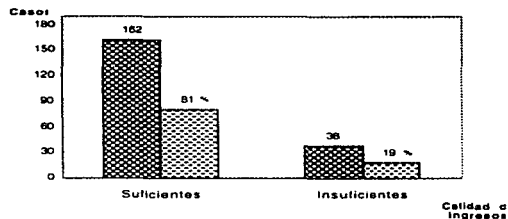


Porcentajes: Estudios - Padre

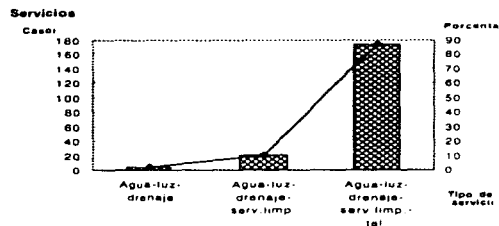


Por su parte, los padres de los encuestados mostraron los siguientes niveles escolares terminados: 65 con licenciatura (32.5%), 50 con primaria (25%), 33 con secundaria (16.5%), 30 con preparatoria (15%), 16 con otro (nivel técnico) con un 8% y 6 casos sin nivel escolar (3%).

Ingresos



Los ingresos a los que ascienden cada uno de los hogares de los sujetos encuestados se clasificaron en dos grupos: suficientes que contó con 162 casos (81%), mientras que los ingresos insuficientes abarcaron 38 casos (19%).



Los servicios con los que cuentan la mayoría (175 casos) son agua-luz-drenaje-serv. limpia y teléfono (87.5%), con servicios como agua-luz-drenaje y serv. de limpia se presentaron 21 casos (10.5%), servicios como agua-luz y drenaje sólo se aplicaron a 4 casos (2%).

Estado de salud



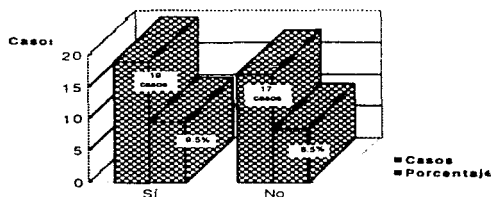
El estado de salud en general se consideró bueno en 185 casos (92.5%), solamente fue considerado regular en 15 casos (7.5%).

Con la intención de conocer más ampliamente si entre los encuestados existía una situación de aborto (no importando la causa) se diseñaron algunos reactivos para saber cómo y en qué condiciones sucedió, corroborando que la actitud de estos últimos influía en su forma de reaccionar ante el instrumento, confirmando que dicha actitud se aprende y predispone a ciertos actos los cuales pueden ser favorables o desfavorables en relación con el objeto de estudio (actitud hacia el aborto provocado) citado por Pick de Weiss en 1980.



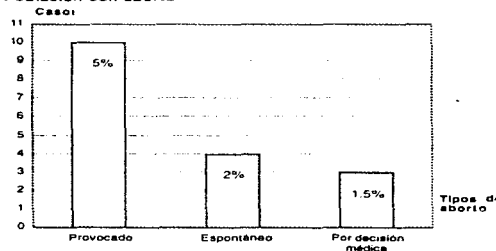
Se encontraron 36 casos con embarazos (mujeres encuestadas u hombres cuyas parejas se encontraran en esta situación) lo cual representó el 18% de toda la muestra ya que los 164 casos restantes nunca se encontraron en tal situación al momento de encuestarlos (82%).

Embarazos a término



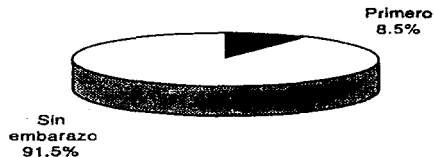
De estos 36 casos (18%) únicamente 19 llevaron a término su embarazo (9.5%), los 17 restantes no culminaron debido a una situación de aborto (8.5%).

Población con aborto



El tipo de aborto experimentado por dichas mujeres fue principalmente provocado con 10 casos (5%), seguido del espontáneo con 4 casos (2%) para concluir por decisión médica en 3 casos (1.5%).

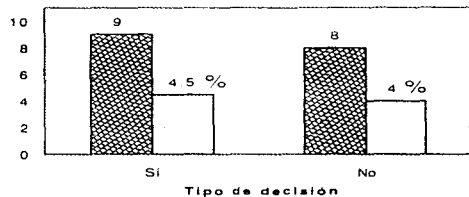
Aborto, número de embarazo



Con la intención de conocer qué número de embarazos fue al que se le practicó el aborto encontramos que efectivamente los 17 casos ocurrieron en el primer embarazo (8.5%).

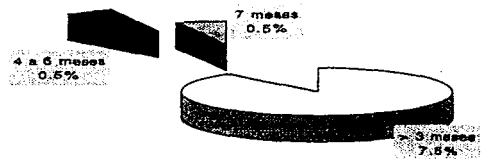
Si deseaba que su embarazo llegara a término

Caso:



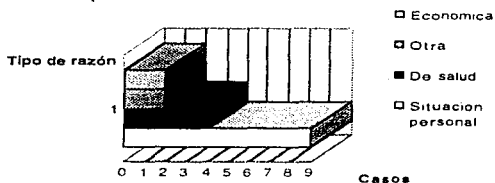
Les preguntamos si deseaban en ese momento que el embarazo llegara a su término; encontramos que 9 de ellas sí lo deseaban (4.5%), mientras que las 8 restantes no lo consideraron así desde el inicio del embarazo (4%).

Aborto: alrededor de...



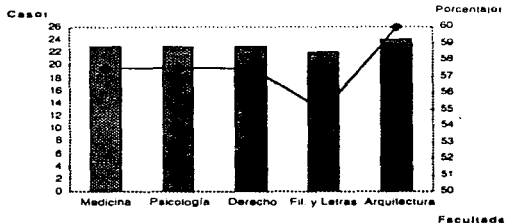
Al indagar en qué mes se llevó a cabo el aborto encontramos que la mayoría lo vivió previo a los 3 meses de embarazo (15 casos, 7.5%), mientras que sólo 1 caso lo presentó entre los 4-6 meses (0.5%), únicamente se presentó un caso de aborto a los 7 meses (0.5%).

Razones para abortar



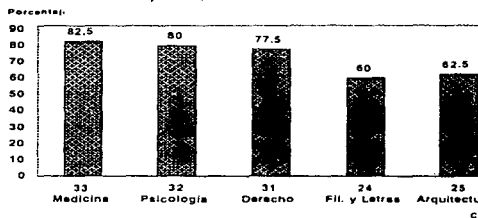
Las razones por las cuales se presentó la situación de aborto respondieron en 9 casos a una situación personal (4.5%), en 4 por salud de la madre (2%), en 2 por otro tipo de decisión (no especificada) con 1%, y por último 2 con una decisión económica (1%).

El aborto provocado para la mujer es un alivio ante un embarazo no deseado



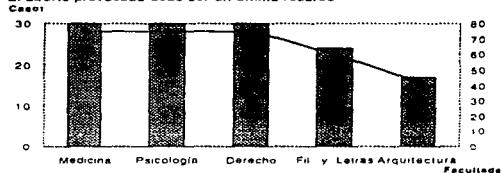
Los estudiantes de toda la muestra opinaron que el aborto puede ser considerado como un alivio ante un embarazo no deseado.

La mujer que decide abortar puede contar con ayuda para hacerlo

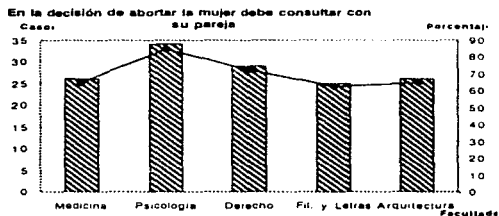


Opinan que la mujer que busca interrumpir su embarazo puede contar con la ayuda para hacerlo.

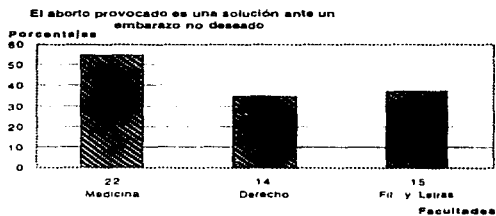
El aborto provocado debe ser un último recurso



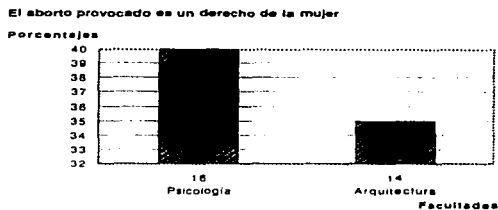
Crean que el aborto debe ser utilizado como un último recurso.



Quando una mujer decide abortar, consideran que es importante que primero lo consulte con su pareja.



La mayoría de los estudiantes de Medicina, Derecho y Filosofía y letras opinan que el aborto provocado puede ser una solución ante un embarazo no deseado.



Por su parte, los estudiantes de Psicología y Arquitectura consideran que el aborto provocado es un derecho de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

- ABBAGNANO, N. Diccionario de Filosofía, FCE, México, 1974.
- ACOSTA, M. El aborto en México, Archivo del Fondo 57, FCE, México, 1976.
- ALATORRE, J. Criterios para la evaluación de documentos psicológicos, Centro de documentación, Fac. Psicología, UNAM, 1994.
- ARAY, J. Aborto: estudio psicoanalítico, Hormé, Buenos Aires, 1968.
- ARELLANO, E. Entorno psicosocial que dificulta la elaboración de duelo en el aborto, Tesis Lic., Fac. Psicología, UNAM, 1989.
- ARIAS GALICIA Actitudes, opiniones y creencias.
- BAENA, G. Instrumentos de investigación, Editores Mexicanos Unidos, s.a., México, 1994.
- BATISTA, C. Tratamiento de las diferentes formas clínicas del aborto.
- BELLO M. y OCAMPO A. Efectos psicológicos del aborto provocado o espontáneo en la relación de pareja, Tesis Lic., Fac. Psicología, UNAM, 1992.
- BOUCHAN, V. Aborto inducido y su repercusión en la dinámica familiar, Tesis Lic., Fac. Medicina, UNAM, 1983.
- CALANDRA, D. Aborto: estudio clínico, psicológico, social y jurídico, Médica Panamericana, Buenos Aires, 1973.
- CASIODORO DE REINA, La Santa Biblia, Soc. Bíbl. Unid., México, 1960
- CÓDIGO CIVIL PARA EL D.F., Porrúa, México, 1982.
- CÓDIGO PENAL PARA EL D.F., Alf, s.a. de c.v., México, 1996.
- COOPER, B. Sexo sin lágrimas, V Siglos, s.a., México, 1976.
- CUELI, J. El problema del aborto en México, Porrúa, México, 1980.

-
- DALSACE, J. Por y contra el aborto, Granica, Buenos Aires, 1971.
- DAWES, R. Fundamentos y técnicas de medición de actitudes, Limusa, México, 1975.
- DE LILLE, L. El aborto: prepaternidad en la pareja, Tesis Maestría, UNAM, 1981.
- DEUTSCH, H. La psicología de la mujer, vol II, Losada, Buenos Aires, 1971.
- DOLTO, F. Sexualidad femenina, Paidós, México, 1982.
- DOWNIE, M. Métodos estadísticos aplicados, Harper & Row Publishers Inc., México, 1973.
- ECHEGOLLEN, A. Aborto y feticidio, Económica, Tesis Lic., Fac. Derecho, UNAM, 1952.
- EL MANUAL MERCK.
- ESPEJEL, E. Los afectos, su expresión masculina, I.I.P.C.S., México, 1988.
- ESTRADA MENOCA, G. Diferencia en la actitud hacia el aborto en adolescentes de acuerdo al sexo, Trabajo inédito, UIC, 1993.
- FUENTES, L. El aborto desde el punto de vista psicoanalítico, Tesis Lic., Fac. Psicología, UNAM, 1978.
- GIRALDO, O. Explorando las sexualidades humanas, Trillas, México, 1986.
- GONZÁLEZ, A. ¿Es conveniente legalizar el aborto?, Tesis Lic., Fac. Derecho, UNAM, 1978.
- GOTWALD, W. y GALE, G. Sexualidad, El Manual Moderno, México, 1983.
- HALL, E. El aborto en un mundo cambiante, Extemporáneos, México, 1980.
- HAVEMANN, E. Cómo practicaban el control de la natalidad nuestros antepasados, Revista Life, México, 1967.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. Metodología de la investigación, McGraw-Hill, México, 1991.
-

INSTRUCTIVO PARA LA TITULACIÓN EN LA LICENCIATURA, Fac. Psicología, México, UNAM, 1995.

JIMÉNEZ, J. ¿A qué se llama aborto?.

KAPLAN, H. Tratado de Psiquiatría, Salvat, México, 1989.

KERLINGER, F. Investigación del comportamiento, McGraw-Hill, México, 1988.

KOLB, C. Psiquiatría clínica moderna, La Prensa Médica Moderna, México, 1989.

LANGER, M. Maternidad y sexo, Paidós, Barcelona, 1983.

LAUERSEN, N. y WHITNEY, S. Este es tu cuerpo, Azteca, s.a., México, 1978.

LEAL, L. El problema del aborto en México, Miguel Ángel Porrúa, s.a., México, 1980.

LERET, G. Aborto, prejuicios y ley, Costa-Amic, México, 1977.

LINDGREN, H. Introducción a la psicología social, Trilla, México, 1976.

LÓPEZ, C. Aspectos psicosexuales del aborto, Salud Mental, México, 1982.

MAILER, S. Algunos efectos del aborto en la mujer, Tesis Maestría, Fac. Psicología, UNAM, 1982.

MALKA, P. El libro rojo del aborto, Costa-Amic, s.a., México, 1980.

MANN, L. Elementos de psicología social, Limusa, México, 1976.

MARINO, S. El aborto sufrido, Tesis Lic., Fac. Derecho, UNAM, 1960.

MARTÍNEZ, M. Aborto inducido, Tesis Lic., Fac. Medicina, UNAM, 1978.

MATEOS, M. BUENO, R. Actitudes y anticoncepción, Trillas, México, 1980.

MONTAÑES DEL OLMO, E. Polémica y realidad del aborto, Bolsillo mensajero, Bilbao, 1975.

MUCIÑO, V. Actitud hacia el aborto provocado en un grupo..., Tesis Lic., Fac. Psicología, UNAM, 1989.

- NORIEGA, E. El aborto: el derecho a la libre maternidad, Editores Mexicanos Unidos, México, 1983.
- PADILLA, T. Los afectos: su expresión masculina, México, I.I.P.C.S, 1988.
- PAPALIA, D. Desarrollo humano, McGraw-Hill, México, 1990
- PICK DE WEISS, S. Un estudio social-psicológico de la planificación familiar, Siglo XXI, México, 1979.
- Juventud más allá del éxtasis, Planeta, México, 1994.
- PÉREZ, D. Investigaciones en torno a los efectos psicológicos del aborto. Revisión actualizada 1988 - 1995., Tesina, Fac. Psicología, UNAM, 1997.
- REICH, B. Valores, actitudes y cambio de conducta, Continental, México, 1980.
- REYES DEL LORO, V. Estudio comparativo de actitudes hacia el aborto inducido..., Tesis Lic., Fac. Psicología, UNAM, 1978.
- REYES DEL TORO, A. Factores socioeconómicos y culturales que influyen en..., Tesis Lic., Fac. Medicina, UNAM, 1986.
- RIUS, E. Los agachados #149, Posada, México, 1974.
- ROEMER, R. Leyes del mundo, Extemporáneos, México, 1980.
- SIEGEL, S. Estadística no paramétrica, Trillas, México, 1970.
- SUMMERS, G. Medición de actitudes, Trillas, México, 1976.
- THÉVENET, E. El aborto en el Uruguay, Montevideo, Uruguay, 1978.
- TIETZE, C. Informe mundial sobre el aborto, Madrid, 1983.
- TORRES, M. Alternativas de solución a la problemática social del aborto provocado, Tesis Lic., Fac. Derecho, UNAM, 1987.
- TRUEBA, E. El aborto, Jus, México, 1980.
- VARIOS, Historia natural del aborto, vol XVII, Fac. Medicina, UNAM, 1974.
- VÁZQUEZ, G. El aborto: posible relación entre el desconocimiento y uso de anticonceptivos, Tesis Lic., Fac. Psicología, UNAM, 1994.

VERGARA, M. Estudio comparativo de algunas reacciones psicológicas en mujeres de aborto espontáneo y mujeres de parto a término, Tesis Li., Fac. Psicología, UNAM, 1979.

YOUNG, K. Psicología de las actitudes, Paidós, Buenos Aires, 1967.

ZÍNSER, O. Psicología experimental, McGraw-Hill, México, 1992.

ICONOGRAFÍA

- **ABORTO: ASUNTO PRIVADO (A private matter)**
Home Box Office (HBO)
Duración aproximada: 120 minutos
Estados Unidos, 1992
- **CARTA A TU HIJO**
Facultad de Psicología
Duración aproximada: 53 minutos
UNAM, México.
- **COSAS DE MUJERES**
Facultad de Psicología
Duración aproximada: 40 minutos
UNAM, México.
- **EL ABORTO**
Facultad de Psicología
Duración aproximada: 7 minutos
UNAM, México.
- **EL ABORTO**
Consejo Nacional de Población
Duración aproximada: 31 minutos
Biblioteca Nacional
UNAM, México.
- **SI LAS PAREDES HABLARAN (If these walls could talk)**
Initial Entertainment Group (IEG)
Duración aproximada: 120 minutos
Estados Unidos, 1996.