



U **NIVERSIDAD**
I **NSURGENTES**

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACION A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

"RASGOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DE
12 A 19 AÑOS QUE TUVIERON UN ABORTO
INDUCIDO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

C. WIDO SALAZAR VENTURA
C. NELYDA ZAMUDIO LEMUS

ASESOR: LIC. CLAUDIA MÓNICA RAMÍREZ HERNÁNDEZ

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Todo mi agradecimiento

A nuestra asesora de tesis.

Lic. Claudia Mónica Ramírez Hernández por su calidez, sugerencias y confianza.

A los revisores de tesis sinceramente muchas gracias a:

Fernando Carrillo Soto, Rebeca Oñate Galván y Maria Eugenia Patlan López.

A mis padres Benito y Laura.

Que me han apoyado incondicionalmente dentro de sus posibilidades, para finalizar otra etapa de mi vida, les agradezco mucho.

A mis hermanos Miriam y David.

Por su tan especial forma de ser me han hecho comprender que la vida no es fácil que viven una vida de sueños e ilusiones, que deben afrontar su realidad para no quedar en el camino y en algunas ocasiones el tiempo nos cobra nuestros errores.

Quiero agradecer muy especialmente a Nelyda.

Mi adorada flaca, que durante bastante tiempo tuvo la paciencia suficiente para apoyarme profundamente, por darme su comprensión, cariño y afecto.

Gracias por hacer de esos momentos que hemos compartido juntos un verdadero vivir, que de manera particular manifiesto mi amor y aprecio a mi compañera de tesis por ser el digno ejemplo de tolerancia, perseverancia y fortaleza.

Una dedicatoria muy especial.

A todos aquellos seres humanos que no dejaron nacer, que a pesar de que no son personas físicas viven en el recuerdo de alguien. El amor a un hijo es infinito e ilimitado

Gracias a alguien muy especial.

Que ha sido el pilar de este ambicioso proyecto que en algún momento decidimos abortar la misión de vida que nos habíamos forjado por ser un tema tabú, prohibido, difícil, complicado que nos enfrentamos día con día a la diversidad de pensamientos, sentimientos, sensaciones, puntos de vista y teorías múltiples con respecto al tema, de diferentes géneros, religiones, costumbres y culturas. Hoy

tiene cordura el tema, concuerda armónicamente con la realidad de la época que estamos viviendo, la redacción, el contenido deja entrever un mensaje, que hay eventos traumáticos que dejan recuerdos y secuelas a lo largo vida, que quedan guardados en la memoria de manera disfuncional, en un futuro podrían desencadenar un conflicto o duelo.

A Maria Teresa Verganza Madrigal.

Que me ha escuchado lunes tras lunes por algunos años, que me han hecho madurar, entender mi forma de ser y actuar, para poder afrontar la vida con decisión y convicción.

A Ivonne Parache Reyes e Irma Castellanos Parache.

Por brindar su valioso tiempo y cooperar en todo momento para afinar esta historia de vida urbana que se repite frecuentemente.

A Jorge Castellanos Sainz.

Por ilustrarnos con sus conocimientos, sabiduría y experiencia.

A Isabel.

Que ha luchado arduamente para vencer los obstáculos que impedían la realización de este proyecto llenándonos de energía, entusiasmo y afrontar que hay vida después de la muerte así como muerte después de la vida.

A Roxana

Que a pesar de que le asustaba lo desconocido fue capaz de hilar los mensajes mas allá de lo que ven los ojos y de lo que la mente cree, pero la realidad es siempre una verdad de la que no se puede escapar.

A todas aquellas personas.

Que de forma directa o indirectamente apoyaron y cooperaron en la realización y conclusión de este proyecto que en algún momento parecía un sueño inalcanzable les agradezco profundamente.

Sinceramente muchas gracias

Wido S. V.

Gracias a:

Dios y a la vida por permitirme crecer y llegar hasta este momento.

Una personita muy especial que me enseñó tantas cosas de la vida, en donde quiera que estés recuerda que **TE ADORO**.

Mi súper abuelita Por todo lo que me enseñaste, sobre todo por creer en mi, esto solo es el comienzo de aquellas pláticas. Q.E.P.D. **TE AMO**.

Mi papá Por apoyarme, guiarme y enseñarme a ser mejor cada día **TE QUIERO MUCHO**.

Tía Lidia No me alcanzaría la vida para pagarte todo lo que me has dado, lo que si es agradecerte y apoyarte en lo que este a mi alcance a pesar de tus aptitudes y comentarios que me hacen crecer día con día.

Chusz y Fer A pesar de que son un poco especiales se que están allí **LOS QUIERO**.

Ely y Ale Por esos momentos irrepetibles a mi vida y recordar lo maravilloso que es ser niño **LOS QUIERO**.

Mis tíos:

Fernando A pesar de la distancia se que estas allí echándole muchas ganas.

Pablo Por esa perspectiva que le da a la vida.

Nereyda El pasado no te lleva a nada, solo alimentar los rencores, la vida sigue y con el paso del tiempo el cuerpo reclama sin entender por que.

Martha Por escucharme en todos mis episodios.

Ivonne, Irma y Jorge Por su valioso tiempo, dedicación y guiarme para continuar con este proyecto que parecía no terminar **LOS QUIERO MUCHO**.

Yesenia Por su ayuda, apoyo y estar allí en los momentos más difíciles de mi vida gracias por todo amiga.

Flor y Belem Por su amistad y por alentarnos en los momentos complicados de cada una **LAS QUIERO.....EH bruja**.

Isabel y Roxana Por su enseñanza de poder ir más allá de lo que se cree.

Tere Por ayudarme a descubrirme y dejar ir lo que no me corresponde.

Wido Por compartir momentos tan hermosos y llenos de emociones y sobre todo por llevar acabo esta locura que parecía inalcanzable **¡lo logramos! TE AMO**.

Martha Enríquez Por esa escucha y alentarme a continuar.

Magdalena Por aquellas anécdotas y buenos ratos.

Diana y Estela Por todos aquellos momentos y lo que se puede compartir en el poco o mucho tiempo que nos damos para vernos.

Muchísimas gracias a:

Mónica Por su ayuda y dedicación para concluir este trabajo.

Rebeca, María Eugenia y Fernando Por sus valiosas aportaciones para mejorar este proyecto.

A todas aquellas personas que estuvieron detrás de este proyecto y a las que conocí y me alentaron a continuarlo creo que sin todo eso no lo hubiera logrado. Anita, Mauricio, Alejandra, Cecy, Cristina, Mari Cruz, Dr. Gallegos.

UN RETO UN LOGRO MÁS

NELYDA Z.

*EL SENTIDO DE LA VIDA ES QUE
NACIMOS SIN PEDIRLO Y
MORIMOS SIN QUERERLO*

ÍNDICE

PÁG.

Resumen

I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

Análisis de los antecedentes históricos de la práctica del aborto
inducido en la raza humana

1.1. Antecedentes históricos del aborto inducido.....	10
1.2. Métodos abortivos.....	19
1.3. Aspectos psicológicos en relación a la interrupción del embarazo.....	24

CAPÍTULO II

Iniciación de la actividad sexual en las adolescentes y el aborto

2.1. Causas por las que se inicia la vida sexual en la adolescencia.....	36
2.2. Consecuencias físicas de practicarse un aborto inducido en la etapa de la adolescencia.....	49
2.3. Aspectos sociales que llevan a las adolescentes a hacer uso de la práctica del aborto.....	52
2.4. Aspectos psicológicos del aborto.....	56
2.4.1. Estudio de las conductas en las adolescentes que interrumpieron el embarazo con relación a la pérdida.....	58
2.4.2. Manifestaciones de los rasgos depresivos causados por el aborto inducido.....	65
2.4.3. Consecuencias psicológicas de la práctica del aborto inducido.....	81

II. METODOLOGÍA	
2.1. Planteamiento del problema de investigación.....	90
2.2. Objetivos	
2.2.1. Objetivos Generales	
2.2.2. Objeto Específico	
2.3.	
Hipótesis.....	91
2.4. Tipo de variables y definiciones.....	92
2.4.1. Variable Independiente	
2.4.2. Variable Dependiente	
2.5. Definiciones conceptuales	
2.5.1. Definiciones operacionales	
2.6. Diseño de la investigación.....	100
2.6.1. Tipo de investigación	
2.7. Método.....	101
2.7.1. Muestra	
2.7.2. Muestreo	
2.7.2.1. Criterios de inclusión	
2.7.2.2. Criterios de exclusión	
2.7.3. Escenario	
2.7.4. Material	
2.7.5. Instrumentos.....	103
2.7.5.1. Cuestionario de Análisis Clínico CAQ	
2.7.5.2. Cuestionario de Conocimientos y Ejercicio de tu Sexualidad	
2.7.6. Procedimiento.....	108
III. RESULTADOS	110
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	139
V. CONCLUSIONES	150
ANEXOS	152
BIBLIOGRAFÍA	157

RESUMEN

Esta investigación buscó conocer si existen rasgos depresivos en adolescentes que tuvieron un aborto inducido Por medio del instrumento de investigación CAQ Cuestionario de Análisis Clínico, de Samuel E. Krug. La muestra estuvo formada por 50 adolescentes entre 12 y 19 años de nivel secundaria y media superior que tuvieron un aborto inducido. Los resultados obtenidos indicaron que sí existen rasgos depresivos en las adolescentes. Entre los resultados más relevantes se encontró que los Rasgos Depresivos más predominantes son: Depresión Suicida 72.2%, y Apatía- Retirada 71%, Hipocondriasis 69%, Culpabilidad-Resentimiento 67.8%, Depresión Ansiosa 65.6, Agitación 61.8% y Depresión Baja Energía 60.6%. Se concluye que las adolescentes encuestadas con respecto a las consecuencias del aborto inducido, presentan secuelas de aspecto psicológico y emocional, aumentando por la falta de conocimientos para buscar ayuda psicoterapéutica como se vio en el presente estudio.

La muerte es de la vida
igual que el nacer
como el andar está lo mismo
en alzar el pie que el volverlo a la tierra.
R. Tagore

CAPÍTULO I

Análisis de los antecedentes históricos de la práctica del aborto inducido en la raza humana

1.1. Antecedentes históricos del aborto inducido

No nos libramos de un dolor
mientras no lo conozcamos hasta el extremo.
M. Proust

En los anales de la historia de la humanidad han quedado registrados todos aquellos momentos que fueron cruciales para la supervivencia del hombre, desde lo más elemental como la búsqueda de alimento hasta algo más complejo como lo sería su propia reproducción, de aquí que su desarrollo corporal y el ejercicio de su sexualidad con fines reproductivos no sólo han sido documentados, sino que constituyen una pieza fundamental para la preservación de la especie humana.

Esta evolución del hombre, al igual que los avances científicos y tecnológicos que han experimentado las distintas sociedades a través del tiempo, han permitido determinar las edades más propicias para que sus miembros ejerzan su sexualidad. De tal manera que entre más desarrollada sea una sociedad, las edades de reproducción humana serán más tardías.

Sin embargo, en los albores del siglo XXI, las prácticas de la sexualidad a temprana edad se recrudecen, como en los inicios de la historia de la humanidad, con la diferencia de que después de dos mil años existe información suficiente acerca de la sexualidad de la especie humana, formas de ejercerla y métodos para evitar la reproducción no deseada.

Si bien es cierto que desde su nacimiento el ser humano está sexuado, como lo demuestran diversos estudios científicos, es durante la adolescencia cuando se hacen más evidentes los cambios corporales y es inevitable la experimentación de sensaciones eróticas, por lo que saber más acerca de la sexualidad se convierte en una actividad de indagación personal íntima, en primer instancia, para después dar paso a la búsqueda de información que explique la nueva etapa de crecimiento. Esta indagación se hace frecuentemente entre personas de la misma edad, por medio de pláticas, intercambio de revistas o materiales poco serios en su contenido, aunque también existe la posibilidad de abordar el tema con los padres, si es que existe una buena comunicación con ellos, y aquí la calidad de la orientación dependerá de su nivel educativo.

Con menor frecuencia, los adolescentes recurren a la educación escolar para aclarar sus dudas, ya que en el mejor de los casos obtendrán una explicación biológica del desarrollo corporal, misma que les enseñaron en el sexto año de primaria, con los típicos ritos sociales sustentados en el tabú de la sexualidad humana.

En la actualidad, la sociedad mexicana se enfrenta a problemas derivados de la sexualidad de los adolescentes en los niveles de secundaria y bachillerato, quienes ante el desconocimiento de su cuerpo y sus funciones, sumado a la ausencia de afecto en el que se desenvuelven en su núcleo familiar, suelen ejercer su sexualidad de manera irresponsable.

La sexualidad en la adolescencia se vuelve una realidad compleja, ya que se mezcla con el erotismo, la afectividad y la capacidad de reproducción, pero aunque es una

fuentes de placer y descarga de las tensiones, también brinda la oportunidad de comunicarse e intercambiar ternura, afecto y la posibilidad de concebir hijos de forma libre y responsable.

La adolescencia temprana se caracteriza por ser una etapa de cambios rápidos y difíciles. “El desarrollo físico y personal es sólo una parte de este proceso, durante el cual se afronta una amplia gama de requerimientos psicosociales; independización del adolescente respecto de sus padres, consolidación de las cualidades para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de principios éticos aplicables a la realidad, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual”. **(Mc Dougall, 1998, p. 241).**

Es precisamente durante la adolescencia cuando las repercusiones de una relación sexual sin protección causan serios estragos, pues las posibilidades de un embarazo no deseado son más altas. Esto, aunado al desconocimiento de que existen recursos de anticoncepción eficaces que no ponen en riesgo la salud de las mujeres, termina colocando a las adolescentes en la disyuntiva del aborto.

Ahora bien, el aborto puede considerarse tan antiguo como la humanidad. Era practicado como una medida para controlar el crecimiento poblacional, en situaciones incestuosas o cuando se creía que el feto presentaba alteraciones.

Al hacer un breve recorrido por las principales culturas al respecto encontramos que en Grecia y Roma el feto era considerado como parte integrante del cuerpo materno, de tal suerte que el aborto practicado en defensa de la mujer no era delito, salvo cuando estaba casada porque el marido ejercía un grado de propiedad sobre la mujer y su cuerpo.

Para Sócrates y Platón el aborto dependía de la voluntad de la madre, puesto que era dueña de los productos de su cuerpo, por lo que plantearon que la decisión de abortar podía considerarse como una medida eugenésica y demográfica.

Aristóteles (**citado en Quesada, 1972**) apoyaba la práctica del aborto sólo si la mujer tenía un número determinado de hijos y el incremento de éstos ponía a la familia y al Estado en riesgo de poderlos mantener económica y educativamente.

En Egipto prevalecía un respeto absoluto por la vida del que iba a nacer y, aunque se tiene poca evidencia escrita sobre el aborto, podemos deducir que ocasionalmente se llegó a practicar. Ejemplo de ello, era que si una mujer sentenciada a la pena de muerte estaba preñada, no era ejecutada hasta después del alumbramiento.

Los asirios empalaban en estacas a las mujeres que trataban de abortar. En tanto que El Talmud (**citado en Cerón, 2007**), obra que recoge leyes y tradiciones judías, enseña que el feto no es una persona y, por consiguiente, carece de derechos.

Por su parte, los aztecas utilizaron ciertas hierbas para facilitar la expulsión del feto, tanto en el aborto como en el parto, por lo que mediante la ingesta de infusiones eran provocadas las contracciones.

En la Edad Media, las sanguijuelas fueron utilizadas con supuestos fines terapéuticos, en especial, para tratar enfermedades ginecológicas derivadas de justificaciones dudosas y, por ende, de consecuencias previsiblemente desastrosas para la continuidad de la vida en el vientre materno.

Desde sus orígenes, el cristianismo se opuso al aborto, en gran medida por “el poco valor que le daban a la vida del feto y del infante en el mundo pagano”. (**Quesada, 1972, p. 42**).

San Agustín, quien vivió entre los años 354 y 430, afirmaba que el acto del aborto no se consideraba homicidio, porque aún no se podía decir que hubiera un alma viva en un cuerpo que carece de sensaciones, ya que todavía no se había formado la carne y no estaba dotada de sentidos.

En sí, San Agustín **(citado en Cerón, 2007)** consideraba que el aborto en etapas tempranas era permisible y que era pecado sólo si pretendía ocultar la fornicación y el placer.

Santo Tomás de Aquino **(citado en Cerón, 2007)** sostenía que el aborto no es pecado, sino fornicar. No obstante, fue él “quien comenzó a censurar el aborto, atribuyendo que desde las primeras semanas de la gestación el producto humano ya tiene alma”. **(Migoni, 1983, p. 2).**

Hacia el año 1500 y hasta el siglo XIX, se fue extendiendo la idea en la iglesia católica de que el alma racional podía existir desde el momento de la concepción, pero sería hasta el Concilio de Vienne, Francia que “la religión católica postuló la idea de que el aborto era homicidio sólo después de que el feto estuviese ya ‘formado’, aproximadamente hacia el final del primer trimestre”. **(Cerón, 2007, p. F1).** Sin embargo, fue hasta 1869 “cuando el papa Pío IX estipuló que el aborto significa eliminar una vida humana. Antes de esa fecha la Iglesia católica decía que el feto se convertía en un ser con alma hasta después de 40 días de la concepción si era varón y 80 días si era mujer”. **(Cerón, 2007, p. F1).**

“Entre las primeras tribus humanas de cazadores-recolectores no había prohibiciones contra el aborto” **(Cerón, 2007, p. F1).** En México, “la aceptación que las tribus han tenido y tienen sobre el aborto inducido son diversas, variando en cada grupo étnico tanto la actitud, las razones por las cuales se lleva a cabo cuando se presenta y los medios por los cuales se lo provocan”. **(Quesada, 1972, p. 45).**

Como podemos apreciar, las opiniones y posturas acerca del aborto son diversas y encontradas, por lo que a lo largo de la historia han surgido también grupos que lo reivindican o satanizan. Así, se creó el movimiento feminista latinoamericano que buscaba plantear un debate público para despenalizar el aborto.

El Movimiento Feminista, inspirado por los derechos civiles y los movimientos antiguerra, inició una lucha más férrea por los derechos de las mujeres. “El rápido y creciente movimiento de mujeres llevó el tabú relativo al aborto, al público. Furia, dolor y miedo estallaron en las demostraciones y exposiciones, cuando las mujeres con años de clandestinidad se levantaron frente a los extraños para hablar sobre sus abortos ilegales”. **(Pincus y Wolhandler, 2000, p. 434).**

Marchas, manifestaciones y cabildeos fueron acciones emprendidas por cientos de feministas para exigir el derecho de las mujeres a abortar. Los grupos de liberación civil y clérigos liberales las apoyaron.

Estas redes feministas apoyaron a las mujeres que decidían abortar mediante préstamos y referencias, además de que pugnaron por mantener los precios bajos. “Por cada mujer que llegaba a Nueva York, muchas otras vivían en comunidades aisladas y tenían recursos financieros limitados. Sin dinero ni movilidad, éstas no podían ser ayudadas tan fácilmente. El aborto ilegal era común todavía”. **(Pincus y Wolhandler, 2000, p. 434).**

Las principales argumentaciones del movimiento feminista en defensa del derecho al aborto, durante las décadas de los 70 y 80, iban desde la despenalización hasta la legalización total del aborto, para lo cual enarbolaron la bandera de la defensa de la autonomía del individuo sobre su cuerpo; su preocupación por la salud de la mujer y por las mujeres pobres, víctimas del aborto clandestino; así como de la extensión y democratización de los avances de la ciencia en la detección de las anomalías fetales y; específicamente, que el aborto fuera tratado como un asunto civil y no religioso.

Los esfuerzos de las feministas empezaron a dar sus frutos a lo largo de la década de los 70, pues en varios países se empezó a legalizar el aborto bajo ciertas circunstancias, como por violación, incesto, alto riesgo para la vida de la madre, etcétera.

En Estados Unidos, a finales de los 70 y principios de los 80, los centros de salud feministas “proveyeron abortos a bajo costo que enfatizaban la calidad del cuidado y mantuvieron el compromiso político en el movimiento de los derechos reproductivos. La competencia de otros proveedores de abortos locales, el hostigamiento de la Agencia de Impuestos, y una economía orientada con fines lucrativos, hizo su sobrevivencia difícil. Al inicio de los 90, sólo 20 de 30 de estos centros permanecieron abiertos”. **(Pincus y Wolhandler, 2000, p. 435).**

En México, el Movimiento Nacional de Mujeres presentó en 1976 la propuesta de reforma al Código Penal ante el Coordinador del Decenio de la Mujer en la Cámara de Diputados y en 1978 el Monumento a la Madre fue testigo mudo de una de las primeras manifestaciones organizada por un grupo de feministas que exigía la legalización del aborto. Un año después, vuelven a manifestarse en la Cámara de Diputados para entregar el anteproyecto de reformas al Código Penal, mismo que es defendido por el grupo parlamentario comunista.

Pero fue hasta 1987 cuando una de las entidades federativas cedió a dicha demanda: Yucatán, cuyo Congreso oficializó la despenalización del aborto en caso de violación, riesgo de vida de la madre, anomalías fetales o si la mujer había tenido algún accidente.

Aunque se había dado un paso adelante, la lucha continuaría y en 1989 “cerca de 300 mujeres intelectuales, artistas, científicas, políticas protestan públicamente por allanamientos policiales a clínicas de abortos, expresando que: ninguna mujer aborta por gusto”. **(Pincus y Wolhandler, 2000, p. 436).**

En 1990, el Congreso del Estado de Chiapas aprobaría la despenalización del aborto por razones de planificación familiar, sólo si lo decidiera la pareja, y para las madres solteras, no así quedaría en suspenso por presiones de la Iglesia católica y grupos Pro vida.

A nivel regional, durante la celebración del V Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe, efectuado en San Bernardo, Argentina del 18 al 24 de noviembre de 1990,

se declaró el 28 de septiembre como el *Día por el Derecho al Aborto de las Mujeres de América Latina y del Caribe*.

En 1991, el Foro Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto, realizado en Chiapas, tuvo como colofón la firma del Pacto por la Maternidad Voluntaria. Esta fue “una de las primeras acciones del movimiento feminista y de diversas organizaciones civiles en apoyo de las mujeres de Chiapas, luego de la vuelta atrás de la despenalización del aborto en ese estado”. **(Pincus y Wolhandler, 2000, p. 437).**

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), durante su segunda campaña en 1994, decidió cambiarle la denominación por Campaña por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, al considerar que muchos países estaban trabajando más por la despenalización que por la legalización, pues entendían la despenalización “como la inclusión de nuevas causas permitidas para practicar el aborto en los códigos penales respectivos o como la desaparición del delito del aborto y su tratamiento en las leyes de salud”. **(Pincus y Wolhandler, 2000, p. 437).**

Los trabajos del GIRE continuaron y conjuntamente con otras ONG mexicanas presentaron en el Parlamento de Mujeres, en marzo 1998, una serie de reformas legislativas referentes al aborto, como que “en los estados y D.F., en donde no existe, se incluya la causal de “peligro para la salud física y mental de la mujer” y “por motivos eugenésicos”; y que se establezca un procedimiento que facilite el derecho a abortar en los casos permitidos por la ley”. **(Pincus y Wolhandler, 2000, p. 438).**

Para el 28 de mayo de ese mismo año, *Día por la Salud de las Mujeres*, el GIRE publicaría en 6 diarios de circulación nacional un desplegado en el que explicaba que la penalización del aborto no lograba impedirlo, por lo que pedía modificar el Código Penal del Distrito Federal para incluir las causas antes mencionadas y adicionar la causal “por razones económicas”. Dos meses después, el Secretario de Salud se pronunciaría a favor de la iniciación de un debate sobre la despenalización del aborto.

En el año 2000 las leyes en materia de aborto se mantuvieron virtualmente sin modificaciones en relación a la penalización del aborto, en tanto que la jefa de gobierno del Distrito Federal, Rosario Robles, propuso una enmienda al Código Penal y al Código de Procedimiento Penal del Distrito Federal, con el propósito de reducir la pena por aborto delictivo y obligar a las autoridades de salud pública a facilitar el acceso al aborto por violación.

En enero del 2002, la Suprema Corte declaró la constitucionalidad de la ley y las reformas legales llevadas a cabo en dos jurisdicciones se enfocaron a garantizar, aún más, el derecho al aborto por violación. Un año después, en la ciudad de México fueron reformadas las leyes generales de salud para que se incluyera la obligación de las instituciones de salud pública de proveer abortos gratuitos en aquellos casos en que no se encontraran sanciones penales incluso la violación.

En el 2005, los funcionarios de la mayoría de los estados señalaron que no conservaban información específica sobre el número de mujeres que estaban en prisión por el delito de aborto, por lo que es probable que cada año sólo una pequeña porción de las cientos de miles de mujeres que se someten a abortos clandestinos en México terminen en prisión.

Actualmente, México es uno de los países en que el aborto inducido es considerado un acto ilegal, está sancionado por el nuevo **Código Penal para el Distrito Federal (2002)** y se sitúa en el Título Decimonoveno, Delitos contra la vida y la integridad de las personas; en el artículo 329, que a la letra dice: "el aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez" (**p. 84**), lo que permite interpretar que el objetivo de prohibir el aborto es proteger la vida y la integridad de la persona.

1.2. Métodos abortivos

En México, como en la gran mayoría de los países del mundo, se reconoce el derecho que todos los individuos tienen para decidir el número y el momento del nacimiento de sus hijos, acorde a sus propias decisiones y a sus convicciones sociales, éticas y religiosas. Además, se considera que el derecho de planificar su familia lo puede ejercer mediante el empleo de diferentes medidas anticonceptivas, ya sean naturales o artificiales, lo cual les permite, en menor o mayor grado, regular su fertilidad. Sin embargo, cuando no se toman las medidas precautorias necesarias, se llega al extremo de buscar alternativas como los métodos abortivos, algunos de ellos de alto riesgo, para interrumpir un embarazo no planeado.

Así, desde la antigüedad han existido distintas formas para interrumpir el embarazo y nuestro país, con su larga tradición en herbolaria, no ha sido la excepción, pues existe una gran variedad de plantas y hierbas que se siguen usando con fines abortivos como el bledo, la ruda, el toloache, el xoapatli, la gobernadora, el epazote y el barbasco, estas dos últimas más tóxicas que abortivas.

Los ungüentos también han sido muy socorridos, al facilitar la expulsión del feto, los mismos médicos reconocen su función oxitócica, ya que provocan contracciones con el propósito de desencadenar un aborto, lo cual aunado a la utilización de instrumental médico, sirven para dilatar el cuello de la matriz y el útero. Este tipo de prácticas las han llegado a realizar incluso mujeres de escasos recursos económicos, provocándose intoxicaciones o infecciones que van de leves a graves.

Los tallos de laminaria también han sido utilizados con frecuencia, ya que son pequeños cilindros de madera hidróscopica que al ser introducidos al cérvix aumentan su volumen con la humedad, ocasionando que el útero se contraiga y se desencadene el aborto, aunque aplicados adecuadamente y en condiciones higiénicas son efectivos.

Las automaniobras es otro de los métodos frecuentemente observado en mujeres pertenecientes a sectores campesinos, obreros o populares, quienes se introducen en la vagina y el útero objetos punzo cortantes. Las agujas de tejer son las más utilizadas, ya que las dirigen hacia el útero con la intención de romper el huevo, pero en su intento llegan a ocasionarse graves perforaciones en el útero e incluso en los intestinos, así como graves infecciones que pueden llevarlas hasta la muerte.

Una recopilación realizada por el **Consejo Nacional de Población (1982)** refiere que con el desarrollo de la ciencia y la tecnología se comenzaron a aplicar medicamentos por personal no calificado, como la introducción de pastillas de permanganato de potasio en la vagina, las cuales si bien provocaban el aborto también tenía serias consecuencias al ocasionar quemaduras en las paredes vaginales y directamente en el útero, así como severas hemorragias y anemia aguda. Esta práctica fue conocida como aborto cáustico, el cual ameritaba que la mujer fuera intervenida quirúrgicamente para reparar el daño causado, cuando se actuaba a tiempo, ya que de lo contrario era inminente la muerte.

La quinina, la apiolina, el cornezuelo de centeno o la ergotamina son los fármacos orales comúnmente utilizados para provocar la expulsión del producto en las primeras semanas de gestación. Su eficacia en dosis terapéuticas es baja, pero al elevarse su consumo suelen ser tóxicas. Estos fármacos comprometen el funcionamiento del aparato reproductor por lo que el riesgo de muerte es alto. Cuando por efecto de los medicamentos el cigoto se desprende, éste no siempre es expulsado, lo que favorece las complicaciones infecciosas o las hemorragias. Por lo general, dichos fármacos son recomendados por personal no calificado.

Otro método, aconsejado erróneamente por dependientes de farmacia, parteras y hasta médicos durante las primeras semanas de retraso menstrual, es la administración intramuscular de hormonas (estrógenos, progesterona, gonadotropina coriónica) para desencadenar el aborto. No obstante, estas hormonas suelen ser ineficaces.

Hoy por hoy, la dilatación, el legrado y la histerotomía son las mejores alternativas de aborto, cuando son realizadas por personal médico calificado, en un medio hospitalario adecuado y en las condiciones de asepsia y antisepsia apropiadas.

No así, la responsabilidad de la anticoncepción debería ser asumida por la pareja, para lo cual existen diversos métodos, baste decir que el hombre puede recurrir al coito interrumpido o retirada o al condón o preservativo; la mujer tiene más opciones como los anticonceptivos orales como la píldora, el cálculo del periodo fértil (método del ritmo), el dispositivo intrauterino (DIU), mismo que puede durar hasta cinco años, o recurrir a la anticoncepción de emergencia (AE), que permite evitar el embarazo dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual no protegida mediante la administración de dosis mayores de píldoras de anticoncepción de uso común.

Pese a esta gama de alternativas, las adolescentes reconocen que si la anticoncepción falla sólo tienen dos caminos: en el primero, aceptan continuar el embarazo; en el segundo, tienen que recurrir a algún procedimiento para interrumpirlo antes de que el feto adquiera la capacidad de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente, en este caso, el aborto se convierte en una medida extrema pero necesaria al momento en que se presenta un embarazo que no es posible continuar.

La realidad nos muestra que si bien es cierto que la solución más sencilla y fisiológica es aceptar la continuación del embarazo y el eventual nacimiento de un hijo no deseado, también es cierto que la mujer puede encontrarse ante situaciones especiales, por lo que en algunas sociedades se justifica el empleo de métodos para la interrupción del embarazo con un mínimo de riesgos.

Por su parte, “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”. **(Castro, 1997, p. 28)**.

Coromias (1961) refiere que la palabra aborto se deriva del latín "abortus", que significa privativa del nacimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la terminación de un embarazo antes de que el feto sea viable.

El aborto inducido o provocado, acorde a la recopilación hecha por **Bello y Ocampo (1992)**, se produce a consecuencia de la intervención médica, quirúrgica o de algún otro tipo, con el fin de interrumpir el embarazo. Este se realiza de manera voluntaria, tanto por parte de la adolescente como de la persona que lo efectúa.

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

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.

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

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.

Por razones sociales: es aquel que se realiza tomando en cuenta factores como la comunidad, la familia, económicos, de planificación familiar de ilegitimidad, etc.

Por razones personales: se efectúa a simple petición de la adolescente embarazada, sin que para ello tenga la necesidad de exponer sus razones. **(Bello y Ocampo, 1992, p. 16-17).**

Queda claro que el aborto no puede entenderse como un hecho aislado sino como un problema derivado de la estructura psicológica, sociocultural, económica y política de nuestro país. En términos psicológicos, vemos que con cierta frecuencia los niños no deseados causan conflictos de índole moral, psíquica, social, económica y, a veces, de salud, lo cual se traduce en menores descuidados, mal nutridos, maltratados física y emocionalmente, incluso se llega a infanticidios, al abandono de bebés en la calle o a la práctica de regalarlos o venderlos. Asimismo, la delincuencia o la prostitución infantil pueden llegar a formar parte de algunas de las consecuencias derivadas de la prohibición legal del aborto.

Permitir el aborto flexibilizando la ley podría significar, en primer instancia, respetar el derecho de la mujer a decidir si quiere o no ser madre, pero también podría significar la posibilidad de disminuir el número de nacimientos indeseados, de niños maltratados, explotados, utilizados para delinquir o prostituirse, además de que se reduciría la cifra de aquellos niños que quedan huérfanos y desamparados porque la madre murió al complicarse el aborto.

He creado un paraíso
lo miro
me miro en él y no lo comprendo
Ricardo Bernal

1.3. Aspectos psicológicos en relación a la interrupción del embarazo

Para **Gispert (2004)** la adolescencia es el periodo que transcurre desde la menarquía (aparición de la primera menstruación) en la mujer y la primera eyaculación consciente o inconsciente (poluciones nocturnas) en el varón, hasta alcanzar la madurez adulta.

Bajo este parámetro, en el cual profundizaremos en el siguiente capítulo, la adolescente es una persona recién salida de la infancia, con ilusiones propias del estadio que deja atrás, sin aparente malicia, que piensa en jugar y distraerse sin preocupaciones ni prevenciones de acontecimientos futuros y con responsabilidades acordes a su grupo de edad. De tal forma que, llegar a concebir su propio embarazo en esta etapa de la vida le representaría problemas físicos, psíquicos y sociales, por lo que sería encomiable superar las barreras socioculturales que impiden el control de su sexualidad.

En los adolescentes el ejercicio de su sexualidad no es permitido y es un tema prohibido, al menos en nuestra sociedad, a pesar del avasallador aumento del número de encuentros sexuales que tienen a su corta edad. “El impacto físico, mental y social del ejercicio de la sexualidad en los adolescentes, y especialmente sus consecuencias: angustia, sentimientos de culpa, embarazo no deseado, aborto, enfermedades sexualmente transmitidas, falta de acceso a la información, a servicio médico, etc. constituyen en ellos un problema mayor que en los adultos”. (**Gispert, 2004, p. XIII**).

De aquí los esfuerzos sociales por evitar embarazos en adolescentes que, sin tener una pareja estable, empiezan a tener una vida sexual activa como respuesta a su adquirida madurez orgánica y supuesta necesidad psicosocial. No es de extrañar que

médicamente todos los embarazos en este grupo de edad estén catalogados como de alto riesgo, desde la perspectiva mental se considera un fracaso y desde el punto de vista social representa un desastre de consecuencias negativas.

Para una adolescente un embarazo no deseado “representa el final repentino y doloroso de su calidad de adolescente, de su protección y del amparo dentro del seno familiar, dejando la niñez y entrando, sin estar preparada, a la categoría social de adulta”. **(Gispert, 2004, p. XVIII).**

Más aún, la patología bio-psico-social que representa el embarazo en edad no propicia para la gestación, incide en el incremento de madres solteras o con matrimonios prematuros, hijos no aceptados y esperados sin ilusión, o bien, se puede optar por el aborto inducido con todos los riesgos y desventajas que representa.

Cuando la adolescente está frente a un embarazo no deseado, tiene la obligación de recibir asesoramiento psicológico para buscar la opción más adecuada a su situación, como podría ser interrumpir o continuar el embarazo, así como manejar las reacciones emocionales que pudieran presentársele.

Aunque es frecuente que después de un aborto aparezcan sentimientos de culpa, tristeza y pérdida, para la psicóloga **Fernández, C. (citada por Bello y Ocampo, 1992)** los sentimientos de culpa no son inherentes a la experiencia del aborto, sino que estos están relacionados con la represión y las condiciones de clandestinidad en que está inmerso, así como por los condicionamientos sociales que imponen a la adolescente el oficio de ser madres, aún en contra de sus deseos, o a que la mujer se sienta culpable por pagarle al médico una cantidad de dinero que le sería muy útil a la familia. Así, los sentimientos de culpa estarían más relacionados con éstos factores que con la interrupción voluntaria del embarazo.

Bello y Ocampo (1992) señalan que de acuerdo a **la Federación Internacional de Planificación Familiar (1981)**, las mujeres que gozan de buena salud física y mental

antes del aborto no experimentan efectos adversos, por lo que su adaptación psicológica es tan buena o mejor que antes de practicarse el aborto. De aquí que para algunas mujeres la decisión de poner fin a un embarazo no deseado culmina en una sensación de alivio. Aún cuando en la sociedad en la que vivimos no es fácil para las adolescentes decidir libremente si desean o no ser madres.

Estudiosos como **Kolodny, Masters y Johnson (citados en Bello y Ocampo, 1992)** afirman que es extremadamente infrecuente que surjan problemas en la esfera psicosexual relacionados con el procedimiento médico del aborto; más bien, indican, que cuando los conflictos llegan a aparecer es debido a factores como la falta de apoyo y comprensión por parte del hombre responsable del embarazo, al temor de embarazos posteriores no deseados o a una situación de conflicto ante el hecho del embarazo.

Aunque advierten que existe la posibilidad de que 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 abortar, seguramente sufrirán más si se les obliga 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”. (**Bello y Ocampo, 1992, p. 65**).

Este rechazo se incrementa cuando nace el niño, debido a que el embarazo, el parto y el cuidado de los hijos requieren de una gran disposición física, mental y emocional, lo cual incide en el adecuado desarrollo bio-psico-social del menor; por el contrario, cuando los niños nacen en un medio en el que no son aceptados pueden presentar deficiencias de aprendizaje, problemas de adaptación social y de hostilidad, incluso, autoagresión.

Para **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 en sí y con el contexto social e histórico en el que se

desenvuelven. Por lo tanto, ante un aborto es importante analizar y valorar sus causas, pero también profundizar en las motivaciones conscientes e inconscientes que llevaron a esa pareja a buscar un embarazo cuyo desenlace es un aborto.

En muchos casos, el embarazo en condiciones desfavorables a su culminación está expresando una perturbación neurótica o caracterológica. Las personalidades psicopáticas, que tienen poca tolerancia a la frustración, utilizan sus relaciones sexuales para descargar activamente angustias y conflictos, frecuentemente establecen relaciones fugaces de las cuales resultan embarazos no deseados y abortos. “El feto es candidato a la expulsión, pues la tendencia evacuativa no se mitiga sino que exige nuevas proyecciones. El feto es ahora un objeto persecutorio del que hay que desembarazarse”. **(Calandra, D., Del Valle, E., Olivares, D., Regueira, C. y Mormandi, O., 1973, p. 236).**

Las tendencias a conductas maníacas, caracterizadas por la impulsividad en sus actividades y el olvido de las inhibiciones, producen embarazos en condiciones que práctica y obligadamente llevan al aborto por razones internas. La mujer o el hombre se entregan a relaciones fugaces e irresponsables, sin tomar ninguna precaución anticonceptiva, como intento de revelarse a las prohibiciones superyoicas, aunque en realidad éstas conductas son acompañadas de expresiones como, *no pasa nada*, sin embargo, “sólo enmascaran un sometimiento masoquista al super yo, buscando consecuentemente el autocastigo”. **(Calandra, et als., 1973, citado en Bello y Ocampo, 1992, p. 67).**

En la práctica psicoterapéutica se ha encontrado que existen parejas estables en las que se presenta uno o varios embarazos en contra de su voluntad, conscientes de postergar o espaciar el nacimiento de los hijos, parejas en las que repiten continuas fallas de los métodos anticonceptivos o que definitivamente no toleran su uso. En estos casos, se ha observado que existe, tanto en hombres como en mujeres, un conflicto entre su voluntad consciente de no procrear y su deseo inconsciente del embarazo, el cual puede ser tan fuerte que se impone a cualquier consideración externa, por lo que

es recomendable que la pareja sea consciente de su deseo de paternidad y lo asuma a pesar de los inconvenientes externos.

Aunque puede ocurrir que “los embarazos no deseados conscientemente, obedezcan a un deseo inconsciente de automutilación por identificación con el pre-hijo engendrado o que del temor inconsciente a la castración surja la necesidad de probar en la mujer su fertilidad y en el hombre su virilidad embarazando a su compañera aún en condiciones desfavorables a la consecución del embarazo”. **(Calandra, et als., 1973, citado en Bello y Ocampo, 1992, p. 68).**

Cualquier embarazo no deseado debe ser considerado un síntoma neurótico, según **Langer (1988)**, ya que la mujer somatiza su conflicto por medio del embarazo, pues el concebir en condiciones adversas al desarrollo de una posterior maternidad implica una tendencia interna destructiva.

Cabe destacar que en el proceso de embarazo y posterior decisión de interrumpirlo, por lo general la parte masculina es excluida, legal, social y emocionalmente. Al hombre, en estos casos, se le ha etiquetado como insensible, por lo que su reacción ha sido sentirse atacado y desplazado. Pese a que él no experimenta corporalmente el embarazo ni el aborto de su compañera, su participación emocional es significativa porque se manifiesta en ambos procesos, luego entonces el aborto es significativo para su compañera y para él mismo por los afectos que les despiertan. **(Padilla, 1988).**

Más aún, se considera significativa porque existe otro grupo de hombres que deciden comprometerse responsablemente con su compañera y, en consecuencia, ellos también experimentan angustia, inestabilidad y temor ante el embarazo imprevisto de su pareja. Esto demuestra que no siempre el hombre es el ser vil que abandona, rechaza y agrede, sino que además es capaz de sentir ternura y comprometerse afectivamente.

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

Independientemente de que exista comprensión entre la pareja y la decisión que de mutuo acuerdo haya sido tomada, su unión se ve alterada una vez realizado el aborto. A partir de éste, pareciera que entre ellos se interpone una culpa persecutoria por la muerte del pre-hijo. Se presume que la mujer siente que ya no es la misma, que ha destruido algo de sí misma, aunque en sí la respuesta emocional de cada miembro de la pareja dependerá de su situación familiar y social en ese momento; de la personalidad previa de cada uno; de sus sentimientos conscientes e inconscientes hacia el embarazo, la pareja y hacia sí misma (o); de los motivos conscientes o inconscientes que los llevaron al embarazo y posterior aborto; de los significados que ambos procesos tuvieron para ellos; de las circunstancias en que se abortó y el trato recibido durante su realización.

Autores como **Calandra (1973)**, **Langer y Padilla (1988)** coinciden en afirmar que la génesis del aborto debe buscarse en la relación temprana con los padres. Estos autores han encontrado que las mujeres con historias de aborto tienden a internalizar la imagen de un padre ausente física y/o emocionalmente pero idealizado, débil, de rasgos ligeramente femeninos y seductor, o bien, padres alcohólicos o con tendencias maníacas o psicóticas. Asimismo, los hombres cargan sentimientos de rabia e ira hacia su progenitor, originados por abandonos tempranos, por sentirse no deseados, rechazados y frustrados por el padre.

En contraparte, -indican estos mismos autores- la imagen materna corresponde a una figura débil, lejana emocionalmente, quien transmitió indiferencia y posiblemente angustia y tensión. Al no encontrar gratificación y seguridad en el vínculo con la madre, trataron de buscar una figura paterna fuerte y protectora con la cual identificarse, al no lograrlo surge una severa frustración y un intenso resentimiento conceptualizando la

imagen masculina como destructiva, sádica, explotadora y culpable de su situación, la cualidad insuficiente de estas relaciones tempranas, obstaculiza su desempeño en función sexual procreativa materna y paterna.

La insuficiente relación con la madre se vivencia, **asegura Cueli (1980), citado en Bello y Ocampo (1992)**, como haber sido abortado por ella, lo que es revivido en la relación con el padre y con los objetos sustitutos, por lo que existe la tendencia inconsciente de repetir en el feto lo sufrido en la relación con los padres.

Elaboración del duelo

Otra arista, no menos importante, del aborto es la relacionada con la elaboración del duelo, ya que además de enfrentarse a la clandestinidad, a la extorsión, al riesgo de enfermarse y morir, la mujer y la pareja se enfrentan a un conflicto psicológico, debido a la pérdida que supone todo aborto, pérdida no sólo del feto sino también de importantes partes del YO corporal y psicológico. **(Aray, 1968, citado en Bello y Ocampo, 1992).**

El duelo se define como dolor, lástima, aflicción o sentimiento, demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. **(Real Academia Española, 1992).**

Duelo proviene de la palabra latina *dolium* que significa dolor, o bien, desafío o combate entre dos. “Ambas acepciones pueden muy bien aplicarse tanto al dolor o sufrimiento provocado por la pérdida, como al enorme esfuerzo psíquico que implica recuperar el ligamento con la realidad y el combate librado por desligarse de los aspectos dolorosos provocados por la pérdida y finalmente por asimilar los aspectos positivos y bondadosos de la misma”. **(Grinberg, 1983, citado en Arellano, 1989, p. 43).**

La pérdida de un objeto cargado de significado emocional consciente o inconsciente, desencadena un proceso de duelo, asegura **Grinberg (1983)**, mismo que abarca dinámicamente la totalidad de la personalidad del individuo y se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, así como por la falta de interés en el mundo externo.

Para **Freud (1917)**, el duelo es un afecto normal ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente; la patria, la libertad, un ideal. En el proceso de duelo normal, el yo emprende una dolorosa lucha por retirar la energía libidinal del objeto perdido, esta lucha es paulatina y demanda un enorme gasto de tiempo y energía psíquica. Al final, el YO vuelve a quedar libre y dispuesto a establecer nuevos vínculos

con el mundo externo. El duelo está matizado por sentimientos ambivalentes hacia el objeto y la culpa generada por su pérdida.

“La persona puede reaccionar con angustia o depresión frente a una separación, o ante la pérdida de un objeto o recuerdo que contenga algo emocionalmente muy valorado, como puede ser, en este caso, la experiencia de abortar y lo que ello significa”. **(Arellano, 1989, p. 42).**

En el duelo normal opera con la culpa depresiva tendente a reparar la pérdida. En tanto que en el duelo patológico el yo se identifica con el objeto perdido y, por ende, no logra retirar la libido de éste, predomina la ambivalencia y la culpa persecutoria, transformándose el objeto perdido en persecutorio impidiendo la reparación. **(Grinberg, 1983, citado en Bello y Ocampo, 1992).**

Para **Vergara (1979)**, citado en **Castro (1997)**, 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 -expone- es un duelo patológico, una castración, ya que predominan defensas maníacas como la negación que evita el enfrentamiento con las profundas ansiedades persecutorias y depresivas.

El duelo por un aborto siempre será un duelo patológico con características propias que no se dan en ningún otro tipo de duelo, sostiene **Aray (1968)**, **citado en Bello y Ocampo (1992)**, por lo que es común que persista la ambivalencia vida o muerte para el feto. Esta situación genera una culpa persecutoria, por lo que es menester negar los afectos despertados por este acontecimiento e incluso prevalece la tendencia a negar el aborto mismo, lo cual es favorecido por la falta de visión del objeto y la anestesia en el legado.

Se ha observado que en algunas mujeres el feto continua vivo en la fantasía, aún después de muchos años de realizado el aborto. Fantasean que pudo haber vivido, que se llamaría de tal modo, que tendría tal edad y algunas llegan a depositar los

sentimientos pertenecientes al hijo abortado sobre los hijos vivos. **(Cueli, 1980, citado en Bello y Ocampo, 1992).**

No obstante, **Mailer (1982)** difiere de la opinión de **Aray (1968)** con respecto a las características del duelo por un aborto, ya que observó que el aborto es un hecho que afecta emocionalmente a la mujer, quien lo incorpora a su vida como un acontecimiento más o menos doloroso, pero que lo traumático o patológico del duelo por un aborto depende, en gran medida, en cómo se han vivido y elaborado (o no) pérdidas anteriores. Las pautas frente a una pérdida pueden tender a la elaboración, reparación, sublimación o pueden caer dentro del rango de compulsión a la repetición, negación o reparación maniaca.

Referencias

- 1) Aray, J. (1968). *Aborto: estudio psicoanalítico*, 98.
- 2) Arellano, E. (1989). *Entorno psicosocial que dificulta la elaboración de duelo en el aborto*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 42-43.
- 3) Bello, M. R. y Ocampo, M. A. (1992). *Efectos psicológicos del aborto provocado o espontáneo en la relación de pareja*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 14-75.
- 4) Calandra, D., Del Valle, E., Olivares, D., Regueira, C. y Mormandi, O. (1973). *Aborto. Estudio clínico, psicológico, social y jurídico*, 229-240.
- 5) Castro, Y. (1997). *La actitud de los estudiantes universitarios como futuros profesionistas ante el aborto provocado*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 28-32.
- 6) Cerón, R. (2007). *¿Es el embrión un ser humano?* El Universal, F1.
- 7) Consejo Nacional de Población (1982). *La educación de la sexualidad humana, Familia y sexualidad*, (2), 313-315.
- 8) Coromias, J. (1961). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, 14.
- 9) Cueli, J. (1980). *El aborto en el marginado psicológico*, 141-157.
- 10) Deutch, H. (1971). *La psicología de la mujer*, (2), 71.
- 11) Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*, 241.
- 12) Gispert, J. (2004). *Prevención del embarazo no deseado*, 2.
- 13) Grinberg, L. (1983). *Culpa y depresión*, 112.
- 14) Kolodny, R., Masters, W. y Johnson, V. (1985). *Tratado de medicina sexual*, 309.
- 15) Langer, M. (1988). *Maternidad y sexo: estudio psicoanalítico y psicosomático*, (2), 146.
- 16) Mailer, S. (1982). *Algunos efectos del aborto en la mujer*. Tesis de posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 98.

- 17) Migoni, A. (1983). *Algunos rasgos de personalidad observados en un grupo de mujeres que recurren a una institución por problemas de aborto*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- 18) Quesada, M. R. (1972). *El aborto inducido como medio de controlar la natalidad y su dimensión social en México*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 36-46.
- 19) Padilla, T. (1988). *Masculinidad y aborto*, 43-51.
- 20) Pincus, J. y Wolhandler, J. (2000). Si piensas que estás embarazada: información, recursos y alternativas. Consultado en *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, (1), 431-438.
- 21) Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la lengua española*, (21), 40.

La sociedad enferma no sólo puede contribuir a enfermar a los individuos por la inoculación de sentimientos de ansiedad, depresión y culpa sino que los amenaza también con su propia tendencia autodestructiva.
León Grinberg

CAPÍTULO II

Iniciación de la actividad sexual en las adolescentes y el aborto

Soy el espejo*
Quisiera ser ese espejo donde las cosas se miren
se reconozcan, adornen y traduzcan
(*Yo no lo quebré).
Ricardo Bernal

2.1. Causas por las que se inicia la vida sexual en la adolescencia

Mucho se ha hablado sobre la adolescencia por habersele calificado como una etapa crítica y, al mismo tiempo, básica para el desarrollo integral de la personalidad.

La **Real Academia Española (1992)** indica que etimológicamente el término adolescencia proviene del verbo latín *adoleceré* que significa crecer.

Litré (1975) da una definición centrada en los aspectos biológicos y dice que ésta es la edad que sucede a la infancia y que comienza con los primeros signos de la pubertad.

La adolescencia es una etapa de transición de la vida infantil a la adulta, en la cual se buscan las pautas de conducta que correspondan al nuevo funcionamiento del cuerpo y

a los requerimientos socioculturales del momento. El adolescente debe adaptarse al sistema socioeconómico, la sociedad le exige responsabilidad y productividad para que se prepare con seriedad para la vida adulta. Sin embargo, no le ofrece ningún status ni un rol bien definido; por una parte, se le sigue tratando como niño (a) y por la otra, se le exige un comportamiento de adulto. En ocasiones, se le niega independencia, mientras que en otras se le recrimina por falta de autonomía. La mayoría de las actividades adultas le son vedadas, pero al mismo tiempo se espera de él la responsabilidad y el desempeño de una persona madura.

Es en la adolescencia cuando se consolidan las transformaciones físicas, se construye su propia personalidad, es pues un tiempo de cambio, de descubrimientos, en el que su pensamiento, las emociones o los sentimientos están formándose y madurando. Se ponen en práctica las fantasías sexuales, los genitales se definen, algunos tienen sus primeras relaciones sexuales completas, lo que marca un límite difuso entre su comportamiento y el de los adultos.

La adolescencia se considera como una etapa de la vida caracterizada por periodos de inestabilidad e intensa emoción del despertar de la capacidad intelectual y sexual. En sí, podemos describirla como un periodo de tormentas e inevitable estrés, sufrimiento, pasión y rebeldía contra la autoridad de los adultos.

Freud (1917) citado en García (1997), la consideraba como la época de los grandes conflictos, ansiedad y tensión, pues pensaba que un adolescente que no experimentaba trastornos y confusión tendría problemas de desarrollo en el futuro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona **Gispert (2004)**, determinó aleatoriamente que “la adolescencia transcurre entre los 10 y los 20 años, iniciándose con la pubertad y finalizando con el completo desarrollo del crecimiento y su integración autónoma a la sociedad”. **(p. 9)**.

Para **Sultan (2000)**, la pubertad es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos, como el comienzo de la menarquía (primera menstruación) en las niñas y la primera eyaculación (polución nocturna) en los varones, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de características sexuales secundarias. Todo esto produce el alcance de la maduración sexual, marcado por tres etapas de la sexualidad del adolescente, mismas que describen rasgos generales de este desarrollo relacionadas con aspectos psicológicos y sociales, como se menciona a continuación:

Adolescencia Temprana (10-13 años), se caracteriza por el inicio de la maduración de los órganos sexuales que generan desequilibrio emocional y aparecen comportamientos agresivos relacionados con los impulsos sexuales. Los ahora adolescentes dejan de ser dóciles y se tornan rebeldes al concepto de autoridad, inician sus primeras masturbaciones, considerada una actividad normal para su desarrollo psicosexual, mismas que complementan con fantasías sexuales, las cuales ocasionalmente les producen remordimientos o sentimientos de culpa, también experimentan una extrema curiosidad por su cuerpo y pares, se acentúa la exploración del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad en donde lo físico predomina, acompañado de manifestaciones de coquetería y de ilusiones respecto al amor, muchas veces platónico.

Adolescencia Media (14-17 años), se caracteriza por la completa maduración de los órganos sexuales, narcisismo, manifestación pronunciada por resaltar su sexualidad a través del contacto físico, se interesan por el sexo opuesto y buscan entablar una relación física o emocional, en las que pueden presentarse experiencias homosexuales o relaciones heterosexuales no planificadas, negación de las consecuencias de la conducta sexual por sentimiento de invulnerabilidad, falta de información y educación sexual, relaciones intensas y noviazgos fugaces. Sienten la atracción sexual con un intenso deseo carnal, momento en el cual también deben tomar decisiones trascendentales para su vida como definir y cimentar su futuro laboral, profesional y social.

Adolescencia Tardía (mayores de 18 años), en esta etapa se ha dado la completa maduración física y sociolegal, llegan a tener logros definitivos en la maduración psicológica, conducta sexual más expresiva y pueden establecer relaciones íntimas estables con definición de su rol sexual, relaciones prematrimoniales o matrimonios precoces e inestables.

La sexualidad adolescente puede representarse con expresiones y experiencias vividas durante la infancia que llegaron a ser negativas tales como el maltrato físico, la desintegración familiar con ambiente conflictivo y que afectan el desarrollo normal de la personalidad del adolescente.

Durante la pubertad, asegura **Freud (1917), citado en Papalia y Wendkos (1995)** cuando los campos psicológicos vuelven a “despertar la *libido*, la energía básica que alimenta el deseo sexual. Los impulsos sexuales de la etapa fálica, que fueron reprimidos durante el periodo de latencia de la niñez intermedia, ahora se afirman de nuevo. Pero ahora esos impulsos están dirigidos a canales socialmente aprobados - relaciones heterosexuales con gente fuera de la familia-“. (p. 562).

Sin embargo, antes que los adolescentes puedan alcanzar la madurez sexual, tienen que liberarse de la dependencia de sus padres, la cual persiste por sentimientos sexuales no resueltos hacia el padre del sexo opuesto.

Con respecto a las amistades en la adolescencia, éstas suelen ser más cercanas e intensas que en otra época de la vida, ya que muchos adolescentes son más capaces de expresar sus pensamientos y sentimientos y compartirlos con sus amigos, al tiempo que pueden desarrollar la capacidad de considerar otros puntos de vista y comprender mejor a otras personas. Además, la intimidad y la confianza en las amistades más allegadas llenan el vacío creado cuando la gente joven comienza a separarse de sus padres en busca de su identidad. (**Papalia y Wendkos, 1995**).

Para **Erikson (1968)**, citado en **García (1997)**, el término identidad se refiere a la estabilidad necesaria de la propia persona para lograr la transición de la dependencia. Por lo tanto los embarazos prematuros representan también la dificultad para proseguir con la meta psicológica hacia la independencia y la identidad, por el contrario los adolescentes que se embarazan prematuramente desean preservar sus lazos de dependencia infantil. En realidad existe una lucha en estos aspectos sin que sea un conflicto.

El sentido de identidad también incluye un sistema de valores, con actitudes definidas frente a la importancia de la educación, las habilidades físicas o atléticas, la destreza manual, la sensibilidad artística, una orientación política general, la lealtad hacia los amigos y la familia. “El amor, en realidad, es una vía hacia la identidad en el esquema de Erikson. Al llegar a ser íntimo con otra persona y compartir los pensamientos y los sentimientos, el adolescente ofrece su propia tentativa de identidad, la ve reflejada en el ser amado y es capaz de clasificarse así mismo”. (**Papalia y Wendkos, 1995, p. 565**).

En la adolescencia compartir confidencias es una parte vital de la amistad, en especial entre chicas. A lo largo de su vida, las mujeres tienden a ser más íntimas con sus amigas y cuentan con su apoyo emocional, mientras que los chicos tienen más amigos y rara vez son tan íntimos. Las intimidades de los adolescentes difieren de la identidad madura, la cual implica compromiso y sacrificio. De acuerdo a los planteamientos de Erikson, “para los hombres la intimidad no puede tener lugar hasta después de que sea adquirida una identidad estable; pero una mujer pone su identidad a un lado cuando se prepara a definirse a través del hombre con el cual se casará. Las mujeres, entonces, adquieren identidad e intimidad al mismo tiempo”. (**Papalia y Wendkos, 1995, p. 565**).

Los adolescentes tienden a encontrar amigos bastantes parecidos a ellos, quienes se influyen mutuamente para llegar a ser similares. La semejanza en una amistad es importante en la adolescencia más que en etapas posteriores de la vida, probablemente porque están luchando para distinguirse de sus padres y como resultado necesitan del apoyo de gente con gustos en común.

De esta manera vemos como la amistad es un aspecto clave en la adolescencia, los amigos se convierten en la nueva “familia”, en ellos se deposita la afectividad, la comunicación íntima, la fidelidad total y el establecimiento de vínculos profundos, pues es en los amigos en quienes se halla la forma de encuentro consigo mismo y con los demás, en un plano de igualdad diferenciada. Esto es, al compartir las experiencias de los pares se desarrollan las propias.

El establecimiento de relaciones amistosas, las cuales son escogidas por los propios jóvenes, hace que empiecen a pertenecer a grupos específicos. Suelen aceptar y adaptarse a las normas, tanto explícitas como implícitas, de estos grupos por temor a recibir desaprobación de los demás integrantes, por lo que el sometimiento a las normas es producto de la necesidad que tienen, en estos momentos, de recibir aprobación social.

Es así como el grupo le permite una autovaloración, ya que son precisamente los amigos, quienes al aceptar o rechazar su forma de actuar, pensar y relacionarse lo van llevando a aprender lo que es normal en su medio. De aquí que no es de extrañar su necesidad de pertenecer a un grupo.

Rasgos fundamentales de la agrupación adolescente

Adhesión: Necesidad del adolescente de diferenciar su mundo de dudas, incertidumbre, nuevas sensaciones y diversas vivencias del mundo del adulto, que se le manifiesta como agresivo en la medida que parece tener respuesta para todo.

Dependencia: Nace de la afectividad, la elección libre de amigos y esto produce en el adolescente un sentimiento de necesidad e intimidad.

Aquí es de destacar la función de los medios masivos de comunicación, que se erigen como los principales promotores de contenidos sexuales, al difundir indiscriminadamente, en programas y cortes comerciales, información tendenciosa de

alto contenido sexual, conducente a exacerbar los estímulos eróticos, a lo que se suma la cada vez mayor circulación de literatura barata sobre el tema. A nivel individual, los adolescentes tendrían que elegir entre este atractivo y prometedor aluvión de imágenes y música sugerente o la escasa información sexual a la que pudieran tener acceso de manera adecuada y oportuna en la escuela o en su hogar. La decisión sería obvia, y no es que se trate de responsabilizar a los medios de comunicación de la sexualidad de los adolescentes, sino que el problema surge cuando este tipo de contenidos no está presidido de una cultura de cuidado y prevención.

De esta forma, publicidad, películas, algunos estilos de música que incluyen bailes eróticos, refuerzan y resaltan la actividad sexual en los adolescentes que se traducen en caricias, besos, manoseo y contacto genital, manifestaciones que satisfacen un número importante de necesidades, entre ellas, el placer físico. "Los adolescentes llegan a ser sexualmente activos para realzar la intimidad, buscar una nueva experiencia, probar su madurez, estar en armonía con el grupo de compañeros, encontrar alivio a las presiones e investigar los misterios del amor". **(Papalia y Wendkos, 1995, p. 579).**

Es así como nos explicamos el motivo por el cual los adolescentes tienen relaciones íntimas a edades cada vez más tempranas.

Luego entonces, la iniciación sexual entendida como la primera experiencia coital, presenta particulares características dentro de nuestra cultura, por lo que se convierte en una meta, en una experiencia que divide a la sexualidad en "infantil" y "adulta". Más allá de las motivaciones conscientes o inconscientes que intervienen en el proceso de decisión de ser sexual con uno/a u otro/a, es prácticamente universal que el acto de la penetración sea vivido como un suceso o momento relevante en la vida de cada individuo.

Algunos factores que influyen en el proceso de toma de decisión de un adolescente al momento de tener una relación sexual son:

- Factores evolutivos: Los adolescentes están físicamente maduros para tener una relación sexual mucho antes de estar preparados psicológica y socialmente para adoptar un comportamiento responsable y comprometido, en lo que a la relación de pareja se refiere.

- Normas sociales: La prohibición del sexo despierta la curiosidad del adolescente, lo que lo lleva a indagar más al respecto. En su búsqueda también se incluyen aquellas publicaciones poco serias y documentadas.

- Socialización: Es un proceso y un aspecto importante, diferente para hombres y mujeres. A los varones se les enseña a disfrutar el sexo y se les plantea una alta expectativa para luchar y presionar activamente para conseguir conquistas sexuales.

A las mujeres se les reprime acerca del placer sexual y simplemente se les enseña, de manera parcial, las funciones de sus órganos reproductores. A este proceso de socialización diferencial contribuyen todos los núcleos de la sociedad: desde la familia y la escuela, hasta los medios de comunicación.

- Familia: En la familia se habla poco de sexo, restringiendo el tema o evadiéndolo frecuentemente. Pocos padres explican a sus hijos temas como los métodos anticonceptivos de manera concreta, hay un ambiente de poca confianza para que el joven pregunte sobre temas sexuales ,ya que por lo general los padres se muestran ambivalentes y en desacuerdo con respecto al sexo prematrimonial.

- La influencia de los pares-iguales: En lo que concierne a la actitud y comportamiento sexual no es siempre positiva. La mayoría de los adolescentes obtienen información sexual de literatura poco confiable y, a lo que a métodos anticonceptivos se refiere suelen buscarla después de la primera relación sexual a través de amigos, con quienes intercambian gran cantidad de errores, ya que muchos de ellos también desconocen su uso y alcances.

- Medios de comunicación: Exitosas películas, novelas y series televisivas actualmente venden a los jóvenes "modelos a imitar", tales como: relaciones sexuales casuales, esporádicas; bajo el influjo del alcohol o drogas; con violencia, engaño, chantaje o irresponsables, carentes de valores o principios morales, con la expresión cada vez menor del amor romántico, del uso de anticonceptivos, de la precaución para evitar o cuidarse del contagio de enfermedades sexualmente transmisibles.

- Programas de educación sexual: La mayoría de ellos enfatizan su contenido en enseñanzas anatómicas y fisiológicas; menstruación y reproducción, etc. Estos temas así presentados no son realmente como les interesaría a los jóvenes. Ellos expresan el deseo de saber más e ir explorando temas poco tratados como el placer sexual, los sentimientos de culpa acerca de la relación, el amor, el miedo al sexo, el aborto, la delincuencia sexual, la prostitución, el sexo oral o anal, etc.

Por lo expuesto anteriormente, se asume que los adolescentes desconocen los pormenores que presupone la sexualidad y que la información que llegan a obtener acerca de los métodos anticonceptivos, así como de las enfermedades sexualmente transmisibles está distorsionada, por lo dudoso de sus fuentes, lo cual se traduce en un comportamiento irresponsable, ya que al momento de decidir si quiere o no tener relaciones coitales premaritales, le faltan argumentos informativos precisos y responsables para tomar la decisión más conveniente, lo que a la postre se convierte en embarazos no deseados o contagio de enfermedades.

Los factores que llevan a los adolescentes a satisfacer sus impulsos sexuales dentro de la sociedad mexicana se manifiestan a través de una doble moral, en la que es preferible mantener ignorantes a los jóvenes con un complejo aprendizaje de vida social, pero que envía mensajes sexuales implícitos, reduciendo toda actividad a la genitalidad, el resultado es que los adolescentes busquen una liberación sexual a cualquier precio.

La sexualidad en las adolescentes parece estar ligada a la reproducción, por lo que principal temor es el embarazo. El placer no se contempla, más que como una degradación de este acto preservatorio de la especie que, dicho sea de paso, es considerado como patrimonio exclusivo del varón. Para ellas, la relación de noviazgo se centra exclusivamente en la ternura y el romanticismo deserotizado y sublimado, las zonas corporales que se describen como parte del jugueteo de la pareja son aquellas que siempre están expuestas: las manos, el rostro, el cabello.

Entre las adolescentes es importante mantener una imagen pura y conservar el honor de la familia, por lo que renuncian a imaginar o desear un encuentro sexual, pero cuando lo llegan a tener es frecuente que les produzcan arrepentimiento y, ocasionalmente, sentimientos de culpa y fracaso hacia principios morales y familiares.

Para ambos géneros, existe una fuerte asociación entre el amor y la responsabilidad, así como entre el placer y el egoísmo. La iniciación sexual en las mujeres se relaciona más bien con la sumisión o con los deseos de su pareja, que al deseo propio.

La adolescente que suele estar integrada con su familia, es decir, que tiene una buena relación con sus padres, especialmente con la madre, y que comparte actividades y valores familiares tiene menor probabilidad de iniciar su vida sexual a temprana edad, mientras que las adolescentes con disfunciones familiares, con situaciones de alcoholismo, drogadicción, violencia y abuso al interior de este núcleo, pronto inician sus relaciones sexuales voluntarias o sin su consentimiento, para que a través de un supuesto placer, experimentar sensaciones contrarias al dolor que les produce su vida cotidiana, aunque el resultado pudiera no ser tan agradable o gratificante para su vida futura.

Aunque para muchas adolescentes el acto sexual es un mero incidente durante el noviazgo, ya que no buscan una relación sexual plena, terminan aceptándola de forma pasiva para demostrar su cariño o retener a su pareja. **Gispert (2004).**

Las principales causas por las que una adolescente inicia sus relaciones sexuales completas (coito), pueden ser:

- Por amor. La necesidad de amor y ternura lleva a la adolescente a buscar y encontrar quien la comprenda y alivie su soledad y acaso depresión, o con motivo de no perder al supuesto ser ideal encontrado, llevan al extremo la entrega, hasta ser total.
- Afirmación de personalidad. Sentirse adorada, entregarse en aras del amor... atreverse a lo que otras no se atreven por temor, puede ser superior a cualquier otra motivación; incluso demostrar su feminidad ante sus coetáneas o su grupo de pertenencia social.
- Condescendencia. Sucumben ante la exigencia de su pareja que desea la máxima prueba de amor, para así demostrar su infinita sumisión...
- Demostrar rechazo a tradiciones. Ante la sociedad y su organización, sus leyes, normas y reglamentos escritos o tácitos, representan una actitud muy propia de la edad adolescente, donde todo lo deseado es sistemáticamente negado por el adulto; implica rechazo a toda autoridad, especialmente a los padres, y al entregarse sexualmente proclama su rebelión.
- Imitación. Los medios de comunicación masivos: cine, teatro, televisión, revistas, libros de color rosa o tono más subido y la pornografía como clímax, exaltan los placeres sexuales e incluso alaban las ventajas de las relaciones sexuales...
- Embarazo... Algunas adolescentes lo buscan para retener a su pareja y acaso lograr un inestable matrimonio.

- Presión de grupo. Muchas adolescentes tienen relaciones sexuales completas por presión del grupo social de pertenencia, por imitación o curiosidad, por no saberse negar o por temor a represalias, suponiendo que de no realizarlo perderían respeto y la estima del grupo.
- Curiosidad. Hay mujeres que desean “entregarse” para sentirse amadas, pertenecientes al hombre, quizás no tanto para satisfacer necesidades físicas o psíquicas, sino más bien por curiosidad, conocer lo que tanto se proclama y alaba.
- Presión social. Para “resolver” situaciones económicas, presiones varoniles, engaños, estupro, pérdida de conciencia o autocrítica bajo el influjo de drogas, etc.
- Inercia Se inician caricias entre la pareja, estimulándose progresivamente zonas erógenas hasta que no pueden o no desean limitarse a ellas, pasando al coito. **(Gispert , 2004, p. 38-39).**

Una de las consecuencias del ejercicio irresponsable de la sexualidad es el embarazo, pues si bien la mayoría de las adolescentes no desean un embarazo cuando inician su vida sexual activa, al no concebirlo como una consecuencia del acto sexual, otras sí lo buscan para comprometer a su pareja y lograr así casarse, aunque este tipo de matrimonios estén condenados al fracaso.

En el caso de los varones que atraviesan por la adolescencia, la actividad sexual es la medida de masculinidad más evidente. Generalmente, se les enseña a ser sexualmente agresivos y a considerar la actividad sexual como un torneo en el cual ganar equivale a conseguir el coito. Si un adolescente no ha copulado en esta etapa, sus amigos, coetáneos y familiares pueden poner en duda su virilidad.

Si bien es cierto que los varones adolescentes son quienes promueven que las mujeres pierdan su virginidad, también lo es que ellas participan activamente con presiones sobre los muchachos y, para no quedar en ridículo frente al grupo, acceden a las peticiones sexuales del momento.

Para **Gispert (2004)**, la principal causa por la cual los adolescentes inician una vida sexual activa es por imitación y deseo de afirmar su masculinidad “sentirse hombre o mujer experimentado, poder presumir a sus compañeros y tener ascendencia sobre alguno del grupo por haber ya copulado”. **(p. 40)**.

2.2. Consecuencias físicas de practicarse un aborto inducido en la etapa de la adolescencia

La actividad sexual en los jóvenes es un acontecimiento más o menos casual, dependiendo el rol que se ejecute, pero en general es algo que sucede sin que tenga un significado romántico. Para los varones es visto como una forma de triunfo o conquista, mientras que para las mujeres parece ser una forma de obtener afecto, atención y aceptación.

Prácticamente, los adolescentes terminan escogiendo ejercer la actividad sexual como una forma de expresión de su intimidad y afecto; como una forma de gratificación, sin ataduras de ninguna clase, o para satisfacer sus necesidades básicas.

No obstante, cuando los adolescentes no toman las medidas preventivas necesarias durante sus encuentros sexuales, terminan enfrentándose a las consecuencias de un embarazo no deseado. Así, recurren al aborto provocado como una forma sencilla y fácil de resolver un problema inmediato, pero de serias afecciones a futuro. Suponen que deshacerse del hijo no deseado les permitirá continuar con su vida de manera normal y, por tratar de ocultar esta situación a sus familiares, en primera instancia, acuden a lugares poco confiables.

Es común que terminen en seudoclínicas establecidas, la mayor de las veces, de manera clandestina y que carecen de los medios salubres para la atención de este tipo de casos, pues la selección del lugar está determinada por la situación que se viva en ese momento a nivel personal y de pareja, a lo que se le suma también los aspectos social, económico y cultural.

Los abortos inducidos se clasifican en dos categorías: clandestinos y clínicos.

El aborto clandestino es practicado por personas inexpertas, que utilizan técnicas primitivas y dañinas para la salud. Existe una gama de métodos para abortar, desde la ingestión de sustancias abortivas, algunas de dudosa efectividad, hasta la introducción en el útero de sondas, agujas, pinzas o ganchos que matan al feto y provocan su expulsión, pero también causan infecciones, hemorragias y, en casos extremos, la muerte de la adolescente.

El aborto clínico es considerado como la terminación deliberada del embarazo por medio de un procedimiento practicado por personal médico debidamente entrenado, utilizando instrumentación adecuada y en aceptables condiciones higiénicas.

Al practicarse un aborto, las adolescentes pueden presentar complicaciones como infecciones, peligrosos coágulos intravasculares, laceración o perforación del útero, así como de las paredes de la matriz durante la dilatación y el legrado. En ocasiones, el desgarre llega a afectar la vejiga o intestinos, abscesos pélvicos, infecciones del tracto genital, trauma renal, embolias, trombosis, esterilidad, etc. Algunas de ellas, son más propensas a desarrollar cáncer de útero, de la matriz o, incluso, de mama.

Un aborto puede dejar secuelas físicas profundas, infecciones como la sífilis, toxoplasmosis, listeriosis, brucelosis, enfermedad de inclusión citomegálica y retención de restos placentarios, hemorragia, perforación uterina, pelviperitonitis, trauma sobre los órganos pelvicos, embolismos, neumonía, infarto pulmonar, panhipopituitarismo o síndrome de Asherman, infertilidad secundaria; todas ellas si no son atendidas de inmediato producen la muerte, en algunos casos es necesario practicar la histerectomía obligada en la mujer, es decir, la extirpación del útero. **(Castellanos, 2005)**.

También el aborto inducido puede afectar en embarazos posteriores, aumentando el riesgo de tener un parto prematuro; embarazos complicados, aborto espontáneo o bajo

peso del niño al nacer. Aunque, indudablemente, la consecuencia más grave es la muerte.

En el aborto inducido no sólo se presentan alteraciones físicas, como ya vimos, sino también emocionales, de las cuales se derivan la aparición de rasgos depresivos relacionados con situaciones de estrés y son vividas como un sentimiento de pérdida.

Así, los rasgos depresivos llegan a ser ocultos, latentes o enmascarados. La sintomatología prevalente es de apariencia somática o llegan a manifestar comportamientos anómalos como conductas autodestructivas, de riesgo, alcoholismo y otras toxicomanías, trastornos alimentarios, hipocondrías y fobias.

2.3. Aspectos sociales que llevan a las adolescentes a hacer uso de la práctica del aborto

En la parte social del presente estudio podemos observar que los cambios de la sociedad se basan principalmente en la fluctuación de la economía, lo que significa que ante la carencia de recursos económicos no se pueden satisfacer las necesidades básicas inmediatas, lo que lleva a los individuos en general a presentar actitudes de frustración, mismas que recaen en comportamientos de violencia y, en particular, en el ejercicio de la sexualidad de manera irresponsable, ya que la única alternativa de olvidar momentáneamente los problemas de la vida cotidiana es a través del desahogo de las necesidades sexuales.

Lo anterior implica que las circunstancias económicas influyan de manera indirecta en el ámbito psicoemocional durante la adolescencia, cuando el impacto de las privaciones económicas conjugadas con relaciones afectivas dañadas, se reflejan en el aumento del ejercicio de la sexualidad a corta edad y, por consiguiente, en el incremento de embarazos no deseados con la consecuente práctica de abortos inducidos.

La educación sexual debe proporcionarse en el seno familiar, hablar con los adolescentes de la sexualidad de manera natural, haciéndoles conocer las funciones, usos y cuidados de sus cuerpos sin falsos pudores.

La educación sexual que se imparte en las escuelas se ha enfocado a explicar someramente la fisiología y el funcionamiento de los órganos sexuales, dejando al garete la anticoncepción y el placer con responsabilidad. **(Del Río, 1993).**

Por lo mismo, podemos observar que los jóvenes en los niveles de educación media y media superior, desconocen la información básica respecto a su sexualidad, al uso de los métodos anticonceptivos, a las enfermedades de transmisión sexual y a las consecuencias de la procreación o de la interrupción del embarazo.

La idea de la responsabilidad y de las consecuencias que implica una relación sexual no forma parte del modo de pensar del adolescente. La actividad sexual responsable implica tomar la decisión y no ser atrapado por las circunstancias, hay que planear y reconocer que una relación sexual puede tener consecuencias de embarazo o enfermedad si no se toman las medidas de protección adecuadas como lo sería el sexo seguro. **(García, 1997).**

También es cierto que nos desarrollamos en una sociedad de doble moral: por un lado, genera información para el uso indiscriminado de la sexualidad y por otro, la restricción, represión y la imposición de falsos valores respecto al sexo.

Los adolescentes inician su vida sexual por curiosidad de explorar sus cuerpos dejándose llevar por sus emociones y sensaciones, dejan de lado la prevención y ésta es una de las razones por las que se embarazan, en ocasiones, en su primera relación íntima. Por ende, los embarazos no son planeados ni deseados, lo que ocasiona que los adolescentes intenten buscar alternativas como los clásicos matrimonios apresurados para ocultar un embarazo visible y evitar con ello un repudio o cuestionamiento social. **(Aray, 1968).**

En algunas ocasiones, la inmadurez de las adolescentes por mantener una relación prolongada con la pareja a la que le dieron todas las facilidades bajo el argumento de “la prueba de amor”, las lleva a quedar embarazadas y con ello se justifican y creen confirmar su feminidad inconsciente, identificando su necesidad por llamar la atención y manipular a las personas que las rodean.

Cuando una adolescente se deja llevar por sus impulsos y se embaraza, con la conciencia de haber cometido un error y sabe que eso pondría en riesgo su estabilidad en el plano familiar, social y profesional, el hecho le produce vergüenza y, por lo tanto, cree conveniente deshacerse del producto, por lo que su primer recurso es recurrir a la interrupción del embarazo.

Las adolescentes que tienen relaciones sexuales y no toman medidas preventivas o estas no tienen el efecto deseado, piensan que no es el momento oportuno para ser madres, jugar el rol maternal con todas sus implicaciones personales, de pareja y sociales, llegando a considerar que la única solución viable es el aborto.

Para las adolescentes, el embarazo no deseado y el aborto son vividos habitualmente como castigos divinos por el hecho de haber tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio. En otras circunstancias, lo viven como una venganza contra el medio que las rechaza, por eso es frecuente que las adolescentes que se desarrollan con una vida sexual activa, vivan con el temor de estar embarazadas, aún cuando no lo estén, o tomen medidas de precaución para no quedar encinta. **(Migoni, 1983)**.

La escasez de recursos económicos de la familia y, por consiguiente, del adolescente para enfrentar los requerimientos de un nuevo miembro, son motivos suficientes para contemplar y llevar a cabo la idea de interrumpir el embarazo, en ocasiones con altos riesgos para su salud.

Cuando se enfoca la atención en la realidad respecto a las causas del aborto, se encuentra que las adolescentes que abortan están lejos de ser mujeres malvadas y asesinas o féminas inconscientes sin ninguna moral.

Por el contrario, se trata de adolescentes inmaduras que desconocen la trascendencia del hecho, que prefieren recurrir a la interrupción del embarazo antes que ser rechazadas socialmente o cuestionadas bajo parámetros morales que las hagan ser el blanco de burlas y represalias. Cuando la adolescente se encuentra en una etapa de

racionalización del embarazo y sus consecuencias, y decide interrumpirlo, acude al aborto porque le preocupa el no poder atender a su hijo, no tener dinero para alimentarlo, educarlo y cuidarlo o el no sentirse emocionalmente lista para criar y educar a un hijo en ese momento; este acto está más cercano a la responsabilidad y a la realidad. **(Pérez, 1997)**.

Socialmente se piensa que las adolescentes son inconscientes al embarazarse y al tomar la decisión de abortar, si eso fuera cierto, pero con esa inconciencia se arriesgan a tener el producto y abandonarlo a su suerte. Consideramos que el abortar es una decisión difícil para la mayoría de las adolescentes, aunado a los altos índices de ansiedad que presentan, con el recrudecimiento de estados anímicos como la culpa, el remordimiento y el miedo que regularmente tienen que enfrentar solas.

Como me dan pena las abandonadas
que amaron creyendo ser también amadas,
y van por la vida llorando un cariño,
recordando un hombre y arrastrando un niño.
Julio Sesto

2.4. Aspectos psicológicos del aborto

Pese a que vivimos en un mundo donde la ciencia y la tecnología han avanzado a paso vertiginoso, el conocimiento del cuerpo humano y sus funciones todavía no son entendidos y mucho menos utilizados con responsabilidad por nuestra población joven.

En este sentido, aunque “el embarazo en cada persona, no en la generalidad, es frecuentemente una expresión de hostilidad tomada hacia sus padres, como señala Francis J. Kane al afirmar que las mujeres que parecen estar usando el embarazo como ataque a problemas narcisistas, como producto de minusvalía en su relación interpersonal”. **(Migoni, 1983, p. 74).**

En la última década, el incremento de embarazos no deseados que culminan en aborto se ha convertido en un problema de salud pública, debido a la falta de información e infraestructura para orientar a los jóvenes y, por consiguiente, atender las complicaciones físicas y psicoemocionales posteriores a la intervención quirúrgica que sufren las adolescentes para deshacerse del producto de la concepción.

El aborto inducido en mujeres adolescentes ha aumentado significativamente y se ha convertido en una práctica cotidiana, bien porque se cree que es una forma de planificación familiar o porque es la única manera de “esconder” las conductas equivocadas de la práctica de la sexualidad irresponsable.

Las consecuencias físicas y psicológicas del aborto inducido son muchas y muy variadas, en algunas jóvenes pueden incluso pasar desapercibidas momentáneamente,

pero en el transcurso de su vida llegan a presentar síntomas de rasgos depresivos, conductas agresivas e incluso el uso de sustancias tóxicas. Algunas otras, muestran rasgos tales como profunda depresión, dificultad de obediencia de reglamentos, problemas para controlar sus impulsos, rechazo a las normas sociales, síntomas de ansiedad y miedos irracionales. Para algunos grupos de adolescentes con conflictos emocionales y familiares, son motivos suficientes para que decidan abortar, principalmente cuando hay antecedentes de conflicto madre-hija. **(Migoni, 1983)**.

2.4.1. Estudio de las conductas en las adolescentes que interrumpieron el embarazo en relación a la pérdida

La muerte y la separación de algo o de alguien, son dos acontecimientos que producen la sensación de pérdida más importante que experimenta el ser humano. Las afectaciones relativas a las pérdidas influyen directamente en los niveles de conciencia, específicamente en el YO, que representa la identidad fundamental. Cuando la relación del YO es estrecha y directa con el objeto o el sujeto, la pérdida será más desconsoladora.

La pérdida absoluta y contundente es la muerte, mientras que un cambio radical en el cuerpo por enfermedad, accidente o evolución lo denominaríamos pérdida relativa o pasajera, ambas pueden superarse a través del conocimiento de los acontecimientos, tratamientos psicológicos o psiquiátricos, o bien, por la aceptación de lo sucedido.

El grado o tiempo de superación de la pérdida está estrechamente relacionado con el nivel de sensación de culpa que se tenga con el objeto o sujeto perdido, es decir, cada individuo tiene una historia personal y directa con éstos, de tal manera que tendrá que analizar las vivencias, interacción y vinculación en sus distintas etapas para lograr el equilibrio emocional interrumpido por la pérdida y asumir, en cada una de sus fases, el duelo particular que debe rendir a la pérdida.

Dentro del estudio que nos ocupa, analizaremos que la inducción al aborto realizado en la adolescencia produce la sensación de pérdida absoluta y relativa, mismas que pueden considerarse como pérdidas que causan un duelo agravado, porque abarca importantes partes de los niveles de conciencia, esto es, del EGO, ID y SUPEREGO.

El aborto puede confundirse al considerarlo como un símil de la castración y del filicidio. En la primera, si bien es cierto que se refiere a la extirpación de glándulas u órganos genitales, en términos emocionales o explicación psicológica, también es cierto que se produce un sentimiento de eliminación o pérdida de la maternidad como manifestaciones de la feminidad.

En la segunda, aún cuando la teoría utiliza el término filicidio para aquellos acontecimientos en los que se le priva de la vida a un hijo como la figura jurídica de homicidio, en los casos de aborto se considera al producto de la concepción por consanguinidad como hijo, cuando en realidad, biológicamente hablando, estamos refiriéndonos a un conjunto de células que necesariamente tendrán que desarrollarse, pasando del estadio de feto al de un ser humano en el momento del nacimiento y no antes.

Por consiguiente, si tomamos dichas figuras, aceptadas socialmente, para calificar al aborto, estamos enfrentándonos a un duelo con tendencias patológicas, ya que al perturbar el proceso de elaboración y superación del mismo, esas connotaciones culturales de castración y homicidio hacen que predominen las actitudes maniacas como defensa, acentuándose la negación del hecho, el cual permite a su vez la evasión, es decir, evita enfrentarse con los profundos sentimientos de dolor provocados y con ansiedades persecutorias y depresivas.

Durante los procesos terapéuticos se identifica a la paciente que ya ha recorrido el sufrimiento del duelo en privado y que ha decidido solicitar ayuda al especialista, pues el sentimiento de culpa ha retrasado su equilibrio emocional, el duelo por consiguiente ha pasado a una fase de patología y la negación se ha vuelto una fiel aliada. “La negación no es un simple mecanismo de rechazo o de engaño, sino una escotomización de la percepción de la realidad psíquica y de la realidad externa, que impide reconocer la importancia de lo sucedido y discriminar la intensidad de las emociones suscitadas”. **(Calandra, 1973, p. 245).**

La negación funciona por lapsos breves sobre la persona que tiene sentimientos de dolor y culpa, originados por la interrupción del embarazo, en la medida que éstos últimos aparecen, con frecuencia se van afectando otras áreas de la personalidad que pueden derivar en enfermedades emocionales de tipo crónico.

Los padecimientos emocionales o alteraciones de la conciencia que se reflejan en la personalidad, se manifiestan en ansiedad, enojo o cólera, depresión, desapego emocional y culpa, mismos que suelen ser característicos después del acontecimiento de separación o pérdida del objeto o sujeto con el que se estableció el vínculo afectivo.

Las respuestas emocionales a la pérdida que se origina cuando se interrumpe el embarazo son, por lo general, intensas y prolongadas. En la mayoría de los casos, se registran en la mujer que abortó, episodios de cólera y autoreproches de manera persistente, que al dominarla por tiempo prolongado la convierten en un ser incapaz de replantearse su vida a través de la búsqueda de soluciones, lo que la mantiene en una constante desorganización.

Es importante resaltar que en mujeres adolescentes que inician su vida sexual sin conocimientos específicos, al margen de la educación y con una carga moral rígida y socialmente cuestionada, los rasgos de desequilibrio emocional se harán evidentes al cambiar su ciclo de vida y pasar a la madurez. Ya que la personalidad característica de la adolescencia, suele confundirse con el comportamiento que se presenta al enfrentar los sentimientos de culpa como resultado de la provocación del aborto.

La exaltación de comportamientos propios de la adolescencia, relacionados con rasgos de tristeza, enojo y aislamiento que eventualmente llegan a derivar en depresión, se acentúan al tener que enfrentar los sentimientos derivados de la interrupción del embarazo, que combinados pueden ocasionar la presencia de patologías patológicas como la ansiedad, miedos excesivos, hipocondría y que posiblemente llevarán a la adolescente al consumo de alcohol o drogas.

Del cuestionario denominado *Conocimientos y ejercicio de tu sexualidad*, elaborado ex profeso por los autores de esta investigación, y aplicado a un grupo de adolescentes de 20 escuelas de educación media y media superior de la ciudad de México, se obtuvo información valiosa, ya que las respuestas de las adolescentes que manifestaron haberse sometido a un aborto, indican que posterior a la intervención quirúrgica no mostraron tener signos de aflicción o tristeza por la interrupción del embarazo, sino miedo a que sus familiares (padres, hermanos, abuelos o tíos) se enteraran. Los problemas emocionales respecto a la pérdida derivada del aborto, los identificaron meses después, ya que refirieron que las mantenía como en letargo un intenso dolor por el sentimiento de culpa, que las sumergía en un estado de duelo constante.

Es importante resaltar que el modo de aceptar o experimentar una pena tiene bastante en común con el sentir de otras personas, pero que cada historia revela la propia personalidad y la interacción que se tiene con la sociedad.

Para comprender las fases del duelo, se destacan comportamientos característicos tales como: arrebatos de enojo, angustia, llanto, tristeza, aislamiento, expresión verbal de pensamientos suicidas, imaginación o añoranza de haber vivido o interactuado con lo que vendría a representar la figura del hijo, inestabilidad anímica, falta de apetito, alteraciones del sueño, etc.

Algunos autores identifican la progresión natural de las fases del duelo de la siguiente manera:¹

Autor	Año	Fases del duelo
Lindemann	1944	1.- Shock/incrédulidad 2.- Aflicción aguda 3.- Reanudación de la vida diaria 4.- Disminución de la imagen de estar muerto
Ángel	1964	1.- Negación 2.- Aceptación creciente 3.- Restitución
Kübler-Ross	1969	1.- Negación 2.- Depresión 3.- Cólera 4.- Reajuste 5.- Aceptación
Horowitz	1976	1.- Protesta-negación 2.- Intrusión 3.- Obtención 4.- Conclusión
Schulz	1978	1.- Inicial 2.- Intermedia 3.- Recuperación
Davidson	1979	1.- Shock e insensibilidad 2.- Búsqueda y ansiedad 3.- Desorientación 4.- Reorganización
Bowlby	1980	1.- Embotamiento 2.- Anhelos y búsqueda 3.- Desorganización y desesperanza 4.- Reorganización
Backer, et. al.	1982	1.- Ansiedad 2.- Ira y culpabilidad 3.- Desorganización
Martocchio	1985	1.- Shock e incredulidad 2.- Anhelos y protesta 3.- Angustia, desorganización y desesperación 4.- Identificación 5.- Reorganización y restitución
Delisle-Lapierre	1984	1.- Crítica 2.- Crucial 3.- Creadora
Clark	1984	1.- Negación e incredulidad 2.- Aceptación creciente de la pérdida 3.- Restitución y recuperación
D'angélico	1990	1.- Shock/negación 2.- Ira/depresión 3.- Comprensión/aceptación

¹Bowlby, Brown & Stoudemire, Engel, Lindemann, Parkes and D'Angelico (2006)

Con frecuencia, el proceso de duelo es descrito como restaurativo, principalmente cursando con tres fases con semejantes inicios y finales. Este trabajo del duelo progresa, según **Bowlby, Brown & Stoudemire, Engel, Lindemann, Parkes and D'Angelico (2006)**, en un periodo que oscila entre seis meses y dos años.

Más defendida por **Murray Parkes (1980)** y **John Bowlby (1976)** es la interpretación del duelo como consecuencia de los apegos. El duelo es la consecuencia de nuestros apegos afectivos. El dolor del duelo forma parte de la vida exactamente igual que la alegría del amor y, de hecho, es el precio que pagamos por el amor, el costo de la complicación.

La intensidad del duelo no depende de la naturaleza de lo perdido, sino del valor que se le atribuye a dicho objeto o sujeto. Ello explica que una persona reaccione con menor intensidad ante la muerte de una persona cercana que ante la pérdida de un objeto aparentemente insignificante por el que se habían generado sentimientos afectivos, es decir, mayor inversión emotiva.

Creemos que es preciso admitir que la intensidad del duelo, el periodo del mismo y la posible recuperación, aceptación o sustitución de lo perdido, está intrínsecamente relacionado con la capacidad afectiva con la que se interactúa en el ámbito social, personal y de pareja.

Por lo general, se suele confundir la prolongación del dolor con la intensidad del amor o afecto manifestado. Sin embargo, resulta evidente que el alargamiento de tiempo con sentimientos de culpa, autoflagelación emocional y depresión por la interrupción del embarazo se relaciona con problemas de autoestima y de conocimiento personal de las propias responsabilidades no asumidas, sustituyendo el amor propio con lo que se pretende obtener emocionalmente del exterior.

Lo que nos lleva a sostener que para aceptar un periodo de duelo, independientemente de las causas que lo originaron, además de buscar alternativas de solución, se tiene

que manifestar en trabajos constantes sobre el reconocimiento de sí mismo, donde la autoestima se construya y fortalezca a partir de las propias acciones, sin esperar reconocimiento social.

Los recursos personales que pueden y deben explorarse como la capacidad de iniciativa, el sentido de la responsabilidad, la apertura para integrar lazos de amistad, la fuerza de voluntad, las actividades recreativas de interés particular, permiten al individuo canalizar sus energías, diversificar el uso del tiempo y del ambiente social en un clima de serenidad, tenacidad y eficacia para restaurar su integridad, dañada por la pérdida.

El pesar oculto, como un horno cerrado,
quema el corazón hasta reducirlo en cenizas.
Shakespeare

2.4.2. Manifestaciones de los rasgos depresivos causados por el aborto inducido

Como se ha expuesto con anterioridad, las reacciones emocionales de las adolescentes que se han sometido a un aborto inducido son diversas y varían de acuerdo a su historia personal y a factores sociales, económicos, morales, etc. Por ende, es común que vivan bajo mucho estrés y los episodios de la vida cotidiana en los que reaccionan con arranques de ira, sentimientos de culpa y reproches hacia su propia persona, por mencionar algunos, no los consideren ni por equivocación como una manifestación de los rasgos depresivos causados por el aborto al que se sometieron, por lo que aquí relacionaremos ciertos comportamientos propios de la adolescencia con los síntomas presentados por algunas adolescentes días después de haber abortado.

En este sentido, utilizaremos los datos derivados de los instrumentos de investigación. Cuestionario de Análisis Clínicos y *Conocimientos y ejercicio de tu sexualidad*, que elaboramos para tal efecto y aplicamos a una población de 250 adolescentes de 20 escuelas de nivel medio y medio superior del Distrito Federal, con una muestra de 50 bajo los criterios de inclusión.

Dentro de los comportamientos característicos en las adolescentes que interrumpieron su embarazo, encontramos los siguientes padecimientos como una constante en los días posteriores al aborto.

Cabe mencionar que los relacionamos según la frecuencia con la que se manifestaron las características de los síntomas explicados.

1.- Hipocondriasis

El rasgo esencial es una preocupación persistente por la posibilidad de tener uno o más trastornos físicos graves y progresivos.

Las adolescentes encuestadas manifestaron que continuamente se quejaban de dolores físicos, de leves a moderados, en distintas partes del cuerpo y que tenían una constante preocupación por su aspecto físico.

Describieron que algunas sensaciones y aspectos normales y habituales los interpretaban a menudo como anormales y perturbadores, es decir, una alteración estomacal la relacionaban directamente con la sensación de sentirse embarazadas. En estos casos, la atención suele estar centrada en uno o dos órganos o a las funciones de los aparatos reproductivo, digestivo y nervioso.

Cuando no existía la posibilidad de buscar ayuda o tener a alguien cercano en quien confiar, los síntomas se fueron acentuando por la fuerza de las emociones generadas, comenzando a somatizar la culpa con padecimientos físicos evidentes. Con frecuencia se generan síntomas ansiosos y depresivos que pueden justificar un padecimiento que arroje un diagnóstico adicional, como el caso del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR), utilizado por la Asociación Psiquiátrica Americana para clasificar, precisamente, los trastornos mentales.

A continuación expondremos los criterios para elaborar el diagnóstico del **DSM-IV-TR** que con mayor frecuencia se realiza para determinar el grado de afectación psicoemocional como resultado de la interrupción del embarazo.

- a) Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.

- b) La preocupación persistente por sentirse enferma o contagiada, a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas.
- c) La preocupación por sentirse enferma constantemente provoca aislamiento y consecuentemente un deterioro en sus relaciones familiares, sociales y personales.
- d) La duración del trastorno es de al menos seis meses.
- e) La preocupación se explica por la presencia de trastornos de ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo, angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo. **(DSM-IV-TR, 1995, p. 570).**

2.- Depresión Suicida

Criterios para diagnosticar el episodio depresivo mayor:

- a) Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa. Los síntomas deben ser:
 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto: por ejemplo, se siente triste o vacío a diario, o la observación realizada por otros: como el llanto. En los adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.

3. Pérdida o aumento importante de peso sin hacer régimen de dieta: por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes, o pérdida o aumento del apetito a diario.

4. Insomnio o hipersomnía.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores, observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido.

6. Fatiga o pérdida de energía.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas que pueden llegar a ser delirantes, no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o bien, indecisión al tener que resolver acontecimientos comunes del diario, por ejemplo, el uso de algún tipo de ropa.

9. Pensamientos recurrentes de muerte, no sólo temor a la muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico como tentativa o elaboración de un plan específico.

b) Los síntomas no cumplen los criterios para diagnosticar episodios de ansiedad o depresivos, comúnmente identificados como episodios mixtos.

c) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo con un deterioro familiar, social, personal e incluso laboral, si la adolescente ya desarrolla actividades productivas, y de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- d) Los síntomas manifestados no se encuentran en la escala de producción por efectos fisiológicos directos como lo sería el consumo de alguna sustancia o una enfermedad diagnosticada clínicamente, con las comprobaciones médico-científicas.
- e) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, esto es, después de la pérdida de un ser querido. Los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. **(DSM-IV-TR, 1995, p. 399).**

3.- Agitación o Síndrome Hipomaniaco

- a) Un periodo diferenciado durante el cual el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos cuatro días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
- b) Durante el periodo de alteración del estado de ánimo, han persistido tres o más de los siguientes síntomas y se ha registrado un aumento significativo.

1.- Autoestima exagerada o grandiosidad.

2.- Disminución de la necesidad de dormir, es decir, se siente descansado con sólo 3 horas de sueño.

3.- Más hablador de lo habitual o verborreico.

4.- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.

5.- Distracción frecuente. La atención se desvía demasiado fácil hacia estímulos banales o irrelevantes.

6.- Aumento de la actividad intencionada social, laboral, educativa y/o sexual, así como agitación psicomotora.

7.- Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves, por ejemplo, hacer compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas.

- c) El episodio depresivo o maníaco, está asociado a un cambio inequívoco del estado de ánimo que se representa en la realización de actividades que no son características de la adolescente cuando está asintomática.
- d) La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.
- e) El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.
- f) Los síntomas no son resultado de efectos fisiológicos directos a una sustancia ni a una enfermedad médica. **(DSM-IV-TR, 1995, p. 411-412).**

4.- Depresión Ansiosa

- a) Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos un mes.
- b) El estado de ánimo disfórico se acompaña, al menos durante un mes, de un mínimo de cuatro de los siguientes síntomas:

1.- Dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco o sin ningún pensamiento.

2.- Trastornos del sueño, dificultades para iniciar o mantener el sueño o sensación de insatisfacción al despertarse o de no haber descansado bien.

3.- Fatiga o falta de energía.

4.- Irritabilidad.

5.- Preocupaciones.

6.- Llanto fácil.

7.- Hipervigilancia.

8.- Anticipación del peligro.

9.- Desesperanza, permanente pesimismo ante el futuro.

10.- Baja autoestima o sentimientos de inutilidad.

c) Los síntomas relacionados anteriormente provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

d) Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

e) Se cumplen las tres condiciones siguientes:

1. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada.
2. En el momento actual no se cumplen los criterios de diagnóstico para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo.
3. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.
(DSM-IV-TR, 1995, p. 870).

5.- Depresión Baja Energía

- a) Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.
- b) Presencia de por lo menos dos de los tres síntomas siguientes:
 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi a diario, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.
 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar actividades que normalmente eran placenteras.
 3. Disminución de la energía o aumento de fatiga constante.
- c) Debe estar presente uno o más de los síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:
 1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.

2. Sentimientos no razonables de autoreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento, tanto subjetiva como objetiva.
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito, aumento o disminución, con el correspondiente cambio de peso. **(CIE-10, 2000, p. 98).**

6.- Culpabilidad-Resentimiento

- Defensividad marcada.
- Se finge estar bien.
- No reconocimiento de problemas.
- Sujeto tímido, inhibido, falta de involucramiento emocional.
- Se utiliza la negación.
- No dispuesto a pedir ayuda.

7.- Apatía-Retirada o Fobia Social

a) Presencia de cualquiera de los siguientes comportamientos:

1. Miedo marcado a ser el foco de atención o miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.

2. Evitar notablemente ser el centro de atención o de situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.

Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, encontrarse conocidos en público o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido, por ejemplo fiestas, reuniones de trabajo, clases.

b) Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida tienen que presentarse conjuntamente en una ocasión, al menos, desde el inicio del trastorno y uno de los síntomas siguientes:

1. Ruborización.

2. Miedo a vomitar.

3. Necesidad imperiosa, temor a orinar o defecar.

c) Malestar emocional significativo, ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación que el paciente reconoce excesivos o irracionales.

d) Los síntomas se limitan a las situaciones temidas o a la contemplación de las mismas.

e) Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los criterios “a” y “b” no se deben a ideas delirantes, alucinaciones u otros trastornos, como los trastornos mentales orgánicos, esquizofrenia, trastornos del humor (afectivos), trastorno obsesivo-compulsivo, ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura. **(CIE-10, 2000, p. 111-112).**

8.- Desviación Psicopática

a) Un patrón general de desprecio y violencia de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres o más de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.

2. Dishonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.

3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.

4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.

5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.

6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.

7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

- b) El sujeto tiene al menos 18 años.
- c) Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco. **(DSM-IV-TR, 1995, p. 789).**

9.- Esquizofrenia

- a) Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes o menos, si ha sido tratado con éxito:

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

NOTA: Sólo se requiere un síntoma del criterio "a" si las ideas delirantes son extrañas o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre sí.

- b) Disfunción social/laboral. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno, o cuando el inicio es en la infancia o en la adolescencia. Fracaso en cuanto a

alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral.

- c) Duración. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo de seis meses debe incluir, al menos un mes, de síntomas que cumplan el criterio “a”, o menos si se ha tratado con éxito y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales.

Durante los periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio “a” presentes de forma atenuada como creencias raras, experiencias perceptivas no habituales.

- d) Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo. El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:

1. No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa.

2. Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo residual.

- e) Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o de una enfermedad médica.

- f) Relación con un trastorno generalizado del desarrollo. Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas

delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes, o menos si se han tratado con éxito. **(DSM-IV-TR, 1995, p. 349-350).**

10.- Psicastenia o Obsesivo-Compulsivo

a) Se cumplen para las obsesiones y compulsiones:

Las obsesiones se definen del 1 al 4 por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsivos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien, intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente, no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento.

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que deben seguir estrictamente.

2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos. Sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales no están de forma realista con aquello que pretende neutralizar o prevenir o resultan claramente excesivos.

- b) En algún momento del curso del trastorno, la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.
- c) Las obsesiones o compulsiones provocan malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo, suponen más de una hora al día o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales, académicas o su vida social.
- d) Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
- e) El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica. **(DSM-IV-TR, 1995, p. 517-518).**

11.- Desajuste Psicológico o Trastorno Esquizoide de la Personalidad

a) Un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes puntos:

1. No desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.

2. Escoge casi siempre actividades solitarias.

3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.

4. Disfruta con pocas o ninguna actividad.

5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.

6. Se muestra indiferente a los halagos o a las críticas de los demás.

7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. **(DSM-IV-TR, 1995, p. 778-779)**

2.4.3. Consecuencias psicológicas de la práctica del aborto inducido

La actitud de la adolescente, su carácter, temperamento, problemática, aspiraciones y principalmente las alteraciones emocionales derivadas de la experiencia abortiva, estarán interferidas por un problema fundamental: descubrir y discernir la trama cultural que influye o determina el que en nuestra sociedad, tal y como esta conformada en la actualidad, la adolescente que aborta tenga pocas posibilidades de elaborar un duelo sano por haber incurrido en un acto que va en contra de la ley, de los valores y de las costumbres morales. **(Arellano, 1989)**.

La consecuencia de un aborto contemplado a la luz de la salud mental, es una pérdida, una depresión y un duelo, sano o patológico, dependiendo de cada adolescente y del entorno social en que esté inmersa, pero siempre un duelo.

En realidad cualquier pérdida puede ser el desencadenante de un duelo que incluye, generalmente en grado menos intenso, “la mayoría de los ingredientes anímicos y de conducta que están presentes en el duelo por la muerte de un ser: soledad, desamparo, impotencia, tristeza, aflicción, desánimo, aislamiento, depresión, hostilidad, culpa y resentimiento”. **(Sánchez, 2001, p. 20)**.

El DSM-IV habla del duelo en los siguientes términos. Esta categoría diagnóstica que puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. La duración y la expresión de un duelo “normal” varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales, como parte de una reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión. **(DSM-IV-TR, 1995)**.

El duelo no se acaba, siempre queda la pena de que no volvamos a ser los mismos que antes. “Acertaremos a invertir nuestra energía y afecto en nuevos roles, tareas, cosas o en otras personas para llenar el vacío dejado en nuestra vida por la pérdida”. **(Sánchez, 2001, p. 22)**.

Nuestra sociedad considera el duelo como una demostración de sentimientos de condolencia, aflicción y pena por parte de una persona significativa.

Autores como **Laplanche y Pontalis (1983)** definen al duelo como “el proceso intrapsíquico, consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto”. **(p. 435)**.

Bowlby, citado por Arellano (1989), advierte que la pérdida da origen no sólo a un intenso deseo de reunirse con lo perdido, sino también a un intenso sentimiento de ira por su alejamiento, que más tarde se manifestará en cierto grado de desapego, motivo por el cual no es de extrañar que dicho proceso resulte difícil de comprender y a la vez doloroso.

El aborto trae consigo un duelo que se hace más patológico mientras existan más perturbaciones en la personalidad previa a esta experiencia, es así como personalidades psicóticas, fronterizas, reaccionan con mayor patología frente a esta situación traumática. “La existencia de serias perturbaciones como consecuencia de esta experiencia se hace particularmente seria en las etapas tempranas y medias de la adolescencia, más allá de la conveniencia de la interrupción del embarazo”. **(Aray, 1968, p. 1)**.

El aborto provoca un impacto serio en la personalidad, se potencia cuando se agregan lesiones psicosomáticas en los genitales. “Es algo bien conocido que tal división artificial es inexistente en la realidad, porque tales complicaciones van siempre acompañadas de ansiedad, temores, angustia de castración, de muerte, de mutilación,

es decir, de un considerable estrés emocional por la participación de órganos tan altamente valorados narcisísticamente como son los genitales”. **(Aray, 1968, p. 2)**.

Las complicaciones, establece **Aray (1968)**, desencadenan o están acompañadas simultáneamente por duelos en el área del cuerpo, “sentimientos de culpa relacionados con el maltrato a que se ha expuesto a la adolescente y angustias relacionadas con toda el área de la procreación de la creatividad y de la esfera de la ilusión, ya que en los dominios del inconsciente, las consideraciones alrededor de la conveniencia o inconveniencia no son lo dominante, ahí es una pulsión, una necesidad que busca una satisfacción”. **(p. 3)**.

Por su parte, explica **Sánchez (2001)**, la depresión se desencadena en algunas personas como complicación del duelo, por lo que es frecuente la expresión de reacciones en términos de síntomas somáticos como ardor en la boca, trastornos gástricos, cefaleas, hipertensión, opresión en el pecho y otros. Por lo tanto, hay que decir que “el duelo puede ser considerado como una enfermedad cuando introduce factores de desequilibrio en uno o varios de los elementos de la persona (el somático, el mental, el social, el emotivo o el espiritual). El equilibrio o la armonía perdidos pueden ser recuperados por la persona misma o no. En este último caso, lo más sensato es buscar ayuda”. **(p. 25)**.

Las consideraciones acerca de la conveniencia: si hay circunstancias adecuadas para proseguir un embarazo, si el entorno que recibirá a ese nuevo ser facilitará suficientemente su desarrollo, si la edad de la procreación y la madurez parental les brindan la seguridad necesaria para aceptar la responsabilidad que significa traer a este mundo a un nuevo ser humano, pertenecen a las áreas del EGO y del SUPEREGO.

Es importante mencionar que en el duelo, el mundo aparece desierto y empobrecido ante los ojos del sujeto. En la melancolía la pérdida tiene un carácter más ideal que real, el deprimido sabe quien o que ha perdido, pero no lo que con él ha perdido. **(Arellano, 1989, p. 27)**.

Para **Karl Abraham, citado en Arellano (1989)**, existe una diferencia entre pesadumbre y depresión, al afirmar que la persona que vive en duelo está conscientemente preocupada por la pérdida de algo o alguien, mientras que en el depresivo, los sentimientos de pérdida lo tienen dominado junto con la culpa o baja autoestima. En la depresión existe hostilidad hacia sí mismo, ya sea real o imaginariamente, y está dirigida hacia la pérdida del objeto.

Nuestra sociedad le agrega un dolor adicional al que puede representar el aborto en sí, pues la maternidad se considera como un evento altamente mitificado, motivo por el que el aborto se vive como un crimen físico y moral, frente al cual la sociedad, de alguna manera, impone un castigo a través de la censura y el rechazo. Por lo general, el aborto aparenta representar un trauma y un síntoma de conflictos no resueltos, lo traumático y lo patológico del duelo por un aborto dependerá, en gran medida, de cómo se han vivido o elaborado pérdidas anteriores, de acuerdo al caso particular de cada adolescente y de las condiciones en que o por qué lo haya realizado.

El aborto es una pérdida, una depresión y un duelo patológico en algunas ocasiones. Sólo el cambio y la elaboración profunda de dicho duelo podrán ayudar a resolverlo. En el conflicto por el aborto suscitado en la(s) adolescente(s), el problema de ella (s) será incorporar, resolver y vincular este duelo de una manera sana y creativa con otros duelos y, al mismo tiempo, mantener un contacto lo suficientemente fuerte consigo misma y frente a la realidad. **(Arellano, 1989)**.

En la adolescencia los duelos por abortos inducidos tocan la estructura misma de la personalidad, la parte más auténtica del sí mismo y suelen desencadenar situaciones angustiosas en las adolescentes y su ambiente. Cuando el esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo aún no han logrado estructuraciones definitivas, la presencia de esta situación traumática se hace particularmente difícil para la elaboración de estos duelos, especialmente por la urgencia, la ignorancia y la dificultad de encontrar personas confiables que puedan ayudar a la elaboración del duelo. **(Aray, 1968)**.

“La pérdida de un objeto amoroso suscita las penas del duelo, estableciendo una brecha entre el apego y el desapego libidinal, ante el amor y el odio”. **(Fromm-Reichmann, 1973, p. 48)**.

Es importante señalar que en la depresión, la pérdida puede estar representada por una separación, decepción o una frustración, elementos que están presentes en todo aborto.

El duelo se experimenta por pérdidas que manifiesta u objetivamente, no parecen ser de tanta magnitud. La persona reacciona con angustia o depresión frente a una separación, ante la pérdida de un objeto o recuerdo que contenga algo emocionalmente muy valorado.

Freud distingue la semejanza entre el duelo y la melancolía que reside en la pérdida del objeto amado, siendo en la melancolía el sujeto mismo, su autoestima y autoconfianza.

El EGO llega a empobrecerse y estar vacío. En el duelo normal, por el contrario, no hay pérdida de la autoestima, debido a que no existe una relación ambivalente al menos en la aflicción normal hacia el difunto.

Si existieran sentimientos ambivalentes, el duelo resultaría en una organización patológica que Freud llamó "reproches obsesivos" o un "estado obsesivo de autodenigración", causado por el conflicto de la ambivalencia. Estos "reproches" se presentarían en forma de sentimientos de daño, abandono, desilusión y expectativas de desilusión y de castigo.

Al valorar la realidad y reconocer que el objeto amado ya no existe, se requiere que toda la libido sea retirada de su unión al objeto amado, lo cual, de hecho, demanda un gran esfuerzo, sólo así la persona estaría nuevamente libre para reinvertirla en otro sujeto.

Debido al rechazo a dejar el objeto amado, este proceso sólo puede ser realizado lentamente, poco a poco con el tiempo. Durante este periodo de *decathexis* (dejar ir), la persona pierde el interés por todas las cosas, no puede experimentar amor y le invade un sentimiento de desesperanza.

La pérdida en un aborto forzosamente está vinculado a la relación de pareja real e inconciente y también influye no solo en la pérdida del embarazo, sino en el estilo del vínculo afectivo con la pareja.

Freud (1917) menciona que la esencia de la melancolía puede ser comparada con el duelo afecto normal, enfatiza que el duelo es por lo general la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente. “La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una sensación de indiferencia por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio, esto se traduce en reproches y acusaciones de que la persona se hace objeto a sí misma y que en grado severo pueden llevarla a una delirante espera de castigo”. (p. 242).

Las mujeres sufren emocional y espiritualmente de lo que ya se ha identificado como el síndrome postaborto. Estos efectos del aborto incluyen sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis y de enfermedades psicopáticas, tendencia al suicidio, pesadillas en las que aparecen los restos del producto abortado, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiera nacido, etc.

Las mujeres que se practican abortos por razones psiquiátricas son precisamente las que corren mayor riesgo de problemas mentales una vez realizado el aborto.

En el caso de las mujeres que se practican un aborto por razones de violación, incesto, salud, etc., tienen más probabilidades de sufrir problemas emocionales y psiquiátricos graves, que las que lo hacen por razones de conveniencia.

El aborto, lejos de liberar a la mujer, la destruye y la esclaviza más aún. El aborto facilita la irresponsabilidad masculina y el machismo, ya que la mujer se convierte en un objeto sexual del hombre, quien sí ve en el embarazo un obstáculo para su preciada “libertad”, por lo que presiona y hasta chantajea a la mujer para que escoja la falsa solución del aborto.

Todos poseemos una personalidad distinta, también tenemos diferentes miedos y muy variadas formas de reaccionar ante sucesos angustiantes. Por lo mismo, todo duelo es único y no hay dos duelos iguales, es más, nuestra respuesta puede no ser la misma ante diferentes pérdidas. Por otra parte, y aunque se trate de estereotipos, los hombres y las mujeres presentamos tendencias diferentes a la hora de expresar y enfrentar el dolor por la muerte de un ser querido, aunque estos patrones de respuesta no son exclusivos, es decir, hay mujeres con tendencia a responder con estilos más masculinos y hombres con tendencias a responder con estilos femeninos, sí que suelen apreciarse estas tendencias, especialmente ante la pérdida de un hijo.

En los hombres se conoce un patrón de respuesta más o menos bien extendido y definido como el modelo *Macho Man*, caracterizado por controlar su expresión emocional para mantener la imagen pública de fuerza y dominio, es competidor, protector, “solucionador” de todos los problemas, regulador de sus emociones y autosuficiente.

El hecho de que apreciemos tendencias diferentes entre hombres y mujeres para afrontar las pérdidas es realmente afortunado, ya que esto nos da la opción de aprender unos de otros, de complementar, de aumentar nuestro arsenal para afrontar el dolor, en una palabra, de globalizar nuestras respuestas: si los hombres tienen estrategias que son útiles y que las mujeres no suelen usar, y las mujeres las suyas que los hombres tampoco usan, nuestra mejor elección ante una pérdida debe ser elegir, indudablemente, ambos tipos de respuestas.

Entender las diferencias es importante, especialmente en el caso de la muerte de un hijo, no es que el otro no sienta o que uno de ellos sienta más que el otro, la respuesta

correcta es que ambos puedan responder con estilos distintos y esto no significa que sientan diferente.

El dolor que causa la pérdida de un ser querido no envejece ni desaparece, se adormece, se hincha por tiempos o momentos y cambia de color. Es más, siempre conserva un color.

Es un dolor que en lugar de mejorar empeora y que, además, no tiene perspectiva de mejoría a corto plazo. También se dice que no es el paso del tiempo el que cura, sino lo que uno hace con y en ese tiempo. El tiempo en sí mismo no ayuda, no cura las heridas, es el tiempo en que se dedica al duelo, aquel en el que suceden las cosas.

Referencias

- 1) Aray, J. (1968). *Aborto: estudio psicoanalítico*, 4.
- 2) Arellano, E. (1989). *Entorno psicosocial que dificulta la elaboración de duelo en el aborto*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 3-43.
- 3) Bowlby, Brown & Stoudemire, Engel, Lindemann, Parkes and D'angélico (2006). El proceso de duelo. Extraído el 12 de junio del 2006, 5, desde <http://webpages.ull.es/users/almigar/duelo1.html>
- 4) Calandra, D., Del Valle, E., Olivares, D., Regueira, C. y Mormandi, O. (1973). *Aborto. Estudio clínico, psicológico, social y jurídico*, 245.
- 5) Castellanos, J. (2005). *Apuntes de medicina legal y forense*. Consultado en Jus Médica, 33.
- 6) CIE-10 (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*, 315.
- 7) Del Río, E. (1993). *De aborto, sexo y otros pecados*, 45.
- 8) DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- 9) Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*, (XIV), 242.

- 10) Fromm-Reichmann, F. (1973). *Psicoterapia intensiva en los maniaco depresivos*, 48.
- 11) García, E. (1997). *Psicología general*. 206-210.
- 12) Gispert, J. (2004). *Prevención del embarazo no deseado*, 9-40.
- 13) Laplanche y Pontalis. (1983). *Diccionario de psicoanálisis*. 435.
- 14) Littré, A. (1975). *Enciclopedia de la sexualidad*, 353.
- 15) Migoni, A. (1983). *Algunos rasgos de personalidad observados en un grupo de mujeres que recurren a una institución por problemas de aborto*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 74-76.
- 16) Papalia, D. y Wendkos, S. (1995). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. 562-579.
- 17) Pérez, D. (1997). *Investigación en torno a los efectos psicológicos del aborto, una revisión actualizada de los años 1988 a 1995 a nivel mundial*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 18.
- 18) Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la lengua española*, (21), 40.
- 19) Sánchez, E. (2001). *La relación de ayuda en el duelo*. 20-25.
- 20) Sultan, Ch. (2000). *Journal D'endocrinologie pediatrique*, 1.

II. METODOLOGÍA

2.1. Planteamiento del problema de investigación

¿Cuáles son los rasgos depresivos que presentan las adolescentes después del aborto inducido?

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivos Generales

- Medir los rasgos depresivos predominantes en las adolescentes que se practicaron un aborto inducido.
- Conocer los rasgos depresivos predominantes en las adolescentes que se practicaron un aborto inducido.
- Analizar los rasgos depresivos y suicidas predominantes en las adolescentes que se practicaron un aborto inducido.

2.2.2. Objetivo Específico

- Demostrar que la práctica de un aborto en la adolescencia genera depresión, sentimientos de culpa-resentimiento, ansiedad y apatía-retirada.

2.3. Hipótesis

H_i. 1.-Sí existen Rasgos Depresivos ante el aborto inducido.

H₀. 1.-No existen Rasgos Depresivos ante el aborto inducido.

H_i. 2.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentan Hipocondriasis.

H₀.2.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido no presentan Hipocondriasis.

H_i. 3.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentan Depresión Suicida.

H₀.3.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido no presentan Depresión Suicida.

H_i. 4.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentan síntomas de Agitación.

H₀. 4.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido no presentan síntomas de Agitación.

H_i. 5.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentan Depresión Ansiosa.

H₀.5.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido no presentan Depresión Ansiosa.

H_i. 6.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentan Depresión Baja Energía.

H₀.6.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido no presentan Depresión Baja Energía.

H_i. 7.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentan síntomas de Culpabilidad-Resentimiento.

H₀. 7.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido no presentan síntomas de Culpabilidad-Resentimiento.

H_i. 8.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentan Apatía -Retirada.

H₀.8.-Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido no presentaron Apatía-Retirada.

2.4. Tipo de variables y definiciones

2.4.1. Variable Independiente

VI: Aborto Inducido.

2.4.2. Variable Dependiente

VD: Rasgos Depresivos.

2.5. Definiciones Conceptuales

VI: Aborto Inducido.- Ocurre a causa de intervención farmacológica, quirúrgica o de algún otro tipo, con el fin de evitar la continuación del embarazo. Se realiza de manera voluntaria tanto por parte de la gestante como de la persona que lo efectúa. **(Calandra, 1973)**.

VD: Rasgos Depresivos.- Es una tendencia a conducirse de una manera predecible o regular. Se trata de una característica saliente de la propia personalidad. **(Bruno, 1986)**.

La Depresión.- Es un estado de ánimo caracterizado por tristeza, abatimiento, sensación de fracaso y desánimo. La persona se comporta con una disminución en la actividad física e intelectual, pudiendo ir acompañada de una serie de trastornos corporales, como fatiga, insomnio, falta de apetito, reducción de la libido y dolores de cabeza. **(Alarcón, 1999)**.

Hipocondriasis.- Trastorno psicológico caracterizado por dificultades para evitar la sensación de estar enfermo, aun cuando el individuo sabe que no padece ninguna enfermedad. También presenta manifestaciones hipocondríacas la sugestionabilidad de las personas a la idea de enfermar, ya sea por escuchar hablar de las enfermedades o por leerlas. **(Cosacov, 2004)**.

Depresión Suicida.- La correlación positiva entre el suicidio y depresión es muy alta. Son muchos los individuos con el ánimo bajo que se destruyen a ellos mismos, la propia sintomatología (tristeza, minusvaloración, pesimismo, culpabilidad) lleva a la pérdida del sentido de la vida y a la desesperanza, de este modo los impulsos auto destructivos que toda persona tiene larvados se pueden poner en primer plano, tienden a ser recurrentes en la enfermedad depresiva. **(Gradillas, 1998)**.

Agitación.- o (síndrome hipomaniaco) acto de moverse esencialmente, es una forma de expresión motriz mas o menos turbulenta y desordenada presentando aumento de energía y actividad que desemboca en actos desprovistos de plan reflexivo causada por impulsos instintivos afectivos, variables según las circunstancias patológicas en las que se observa, también es frecuente que el individuo se muestre mas sociable y hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, aumento de vigor sexual y disminución de las necesidades de sueño, pero sin llegar al extremo de interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social. **(CIE-10, 2000)**.

Depresión Ansiosa.- La persona se preocupa en demasía por asuntos generalmente triviales y la invade el presentimiento de que le va ocurrir algo malo a el o cualquiera de sus allegados. No hay correspondencia entre la intensidad, duración y frecuencia de la preocupación y la circunstancia temida, de este modo sufre una aprensión constante acerca de los acontecimientos de su vida diaria. **(Gradillas, 1998)**.

Depresión Baja Energía.- El rasgo principal es la queja de un aumento del cansancio tras realizar un esfuerzo mental, a menudo asociado con una disminución del rendimiento laboral o para afrontar con deficiencia las tareas cotidianas. La fatigabilidad mental suele describirse típicamente como la intrusión desagradable de asociaciones o recuerdos que distraen al individuo, dificultades para concentrarse y falta de rendimiento general del pensamiento.

Tiene sensaciones de debilidad y agotamiento corporal tras esfuerzos mínimos acompañado con una sensación de dolores, molestias musculares y de incapacidad

para relajarse. Con frecuencia tienen una variedad de otras sensaciones físicas desagradables. Tales como mareos, cefaleas tensionales o sensaciones de inestabilidad general. Suele haber preocupación por la disminución del bienestar físico y mental, irritabilidad anhedonia, el sueño a menudo está alterado pero también puede destacar la hipersomnia. **(CIE-10, 2000)**.

Culpabilidad - Resentimiento.- La culpa proviene de la idea de algo que hicimos o dijimos y que deseamos no haber hecho, de algo que pensamos que debimos haber dicho o hecho y no lo hicimos.

Resentimiento se define como el amargo y enraizado recuerdo de una injuria particular, de la cual desea uno satisfacerse. El sujeto resentido no puede dejar de recordar, no puede olvidar. Está abrumado por un pasado que no puede separar y mantener a distancia del consciente. Queda capturado en la atemporalidad, no pudiendo a su pesar, perdonar, permanecer retenido, detenido y entretenido en una actitud torturante: lavar el honor ofendido, saldar cuentas sin dar descanso por los agravios padecidos, a costa de un precio muy elevado: la hibernación de los afectos. **(Kancyper, 1991)**.

Apatía - Retirada.- en esta anomalía hay una pobreza de la afectividad en su conjunto. El individuo no experimenta apenas sentimientos y emociones. Es raro que sienta y exprese ansiedad, tristeza, rabia, entusiasmo etc. Situaciones comunes en la existencia (fiestas, entierros) no las vive emocionalmente con la intensidad de las otras personas y se muestra más bien indiferente ante los distintos acontecimientos de gran trascendencia personal. **(Gradillas, 1998)**.

2.5.1. Definiciones Operacionales

VI: Aborto Inducido: El aborto inducido se detectó mediante el *Cuestionario de Conocimientos y Ejercicio de tu Sexualidad* que se les proporcionó a las adolescentes en las escuelas de nivel medio y medio superior públicas de la ciudad de México. En el cual se identificó si en algún momento de su vida se habían sometido a un aborto

inducido, cuál fue el procedimiento al que recurrieron para interrumpir el embarazo y cuáles eran los síntomas que presentaron al respecto. (ANEXO 1)

VD: Rasgos Depresivos: En esta investigación se medirá la depresión mediante el Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) de Samuel E. Krug, para lo cual se aplicarán las siguientes escalas de rasgos depresivos: Hipocondriasis, Depresión Suicida, Agitación, Depresión Ansiosa, Depresión Baja Energía, Culpabilidad-Resentimiento, Apatía-Retirada. Paranoia, Desviación Psicopática, Esquizofrenia, Psicastenia Desajuste Psicológico (ANEXO 2)

D1, Hipocondriasis

Esta escala es una de las principales contribuciones al factor secundario de Depresión y existe algún indicio de que su importancia es ligeramente mayor entre las mujeres neuróticas y esquizofrénicas que suelen puntuar más alto.

La persona que puntúa alto es depresiva en el sentido de que le preocupa la alteración de las funciones de su cuerpo. De acuerdo con el contenido de los elementos que comprende esta escala, muchas de las quejas no son específicas y así, por ejemplo, esa persona cree que sus nervios están a punto de estallar, que está peor de salud que los demás, que se siente floja y tan cansada que apenas puede moverse, o que al oír hablar de una enfermedad empieza a pensar que ella tiene algo parecido. **(Krug, 2005, p. 37).**

D2, Depresión suicida

El contenido de los elementos de esta escala se centra en los pensamientos de autodestrucción. Las adolescentes que puntúan alto afirman estar hartas y a disgusto con la vida, que ésta les parece ya vacía, sin sentido ni propósito; les ronda el pensamiento de que la muerte es el final de todos sus problemas y que han llegado al final de su camino y prefieren detenerse.

Las puntuaciones son muy altas en personas diagnosticadas como depresivas o esquizofrénicas, pero no en las neurosis de ansiedad. También son altas, en relación con otras depresiones primarias, en los tipos de personalidad agresivo-pasiva y antisocial. **(Krug, 2005, p. 37).**

D3, Agitación

La correlación MMPI-CAQ sugiere una conexión entre las puntuaciones de esta escala y lo que originalmente se concibió como síndrome hipomaniaco (9.Ma).

Las adolescentes que puntúan alto afirman que les gustaría hacer cosas arriesgadas e intentar cosas nuevas, o que están a disgusto hasta que encuentran algo arriesgado que hacer y buscan la agitación. Debajo de estos deseos puede haber un anhelo de muerte asociado a esta dimensión, mismo que explicaría esta búsqueda inquieta de aventura y riesgo. **(Krug, 2005, p. 38).**

D4, Depresión ansiosa

Esta dimensión puede llegar a confundirse con la ansiedad, pero es diferente. La escala representa un aspecto de la depresión que puede ser profundamente perturbador y molesto.

Las adolescentes que puntúan alto se definen a sí misma como torpes y desmañadas al manejar objetos, sueñan mucho sobre cosas que les dan miedo, no se sienten seguras de sí, ni tranquilas y pocas veces dicen lo que piensan sobre lo que hacen los demás, sea bueno o malo. Estas personas están desorientadas y se sienten incapaces de enfrentarse a las exigencias inmediatas y están sometidas a pesadillas. **(Krug, 2005, p. 38).**

D5, Depresión baja energía

En alguna de las escalas primarias de la depresión influye la fatiga como un síntoma secundario, pero en esta escala de baja energía es el núcleo de este patrón. Es una de las tres contribuciones más importantes a la dimensión secundaria de Depresión.

Las adolescentes que puntúan alto se sienten tristes y de mal humor, se despiertan sin energías para comenzar el día, casi nunca duermen profundamente, a menudo la vida les parece vacía y solitaria, les entusiasma muy poco la vida y se sienten agotadas. **(Krug, 2005, p. 39).**

D6, Culpabilidad-resentimiento

Este es el aspecto de la depresión asociado al sentimiento de haber cometido lo imperdonable y la consecuente sensación de inutilidad o impotencia.

Las adolescentes que puntúan alto declaran que les perturban los sentimientos de culpabilidad, que a veces no pueden dormir pensando en las cosas que debieran haber hecho o en lo que va a pasar por los errores que han cometido o tienen pesadillas en las que están solas y abandonadas.

Las puntuaciones más altas se encuentran en adolescentes con problemas de conducta en relación con otros factores patológicos diagnosticados como agresivas pasivas, es de ahí de donde proviene el resentimiento. **(Krug, 2005, p. 39).**

D7, Apatía retirada

Esta dimensión se caracteriza por dos rasgos principales: la sensación de que la vida es bastante absurda y sin sentido como para preocuparse, y la tendencia a evitar el trato con los demás. Las adolescentes que puntúan alto se encuentran a gusto cuando están solas, sin los demás, y se sienten demasiado decaídas e inútiles como para querer hablar con la gente.

Además de ser una de las escalas que menos contribuyen al factor secundario de depresión, aporta un peso negativo al factor secundario de extraversión. **(Krug, 2005, p. 40).**

Pp, Desviación Psicopática

Las adolescentes que puntúan alto son, generalmente, menos inhibidas que el promedio de las personas, tanto con respecto al peligro o dolor físico como a las críticas de la sociedad.

Hay también un cierto grado de búsqueda de sensaciones o excitación, característica que comparte con D3 (Agitación) y con la que tiene una elevada correlación. Sin embargo, las características D3 parecen esencialmente limitadas a las de ese tipo de conducta impulsiva e hipomaniaca, mientras que Pp parece tener más implicaciones patológicas.

Estas personas tienen fuerza y energía para estar días sin dormir; a ellas no les importa ser el centro de atención, les encantan las discusiones y situaciones de emergencia. Hay naturalmente otros elementos con un contenido antisocial más considerable y que podrían presentar un cariz más problemático.

En el trabajo de **Krug y Laughlin (1977)**, la escala se incluye dentro del factor secundario de socialización, con un peso negativo. En este estudio hay también algunos indicios de que el sujeto Pp alto suele ser, en cierto modo, menos inteligente o, al menos, tener falta de concentración para contestar bien a los elementos de razonamiento de la escala, Pp en algunas ocasiones aparece elevada en sujetos con alto nivel cultural o profesional, lo cual podría considerarse como un cierto tipo de anestesia emocional.

Dado que la insensibilidad a la inhibición parece ser una característica esencial de esta escala, se podría esperar que Pp sea un buen índice diferencial entre las conductas desviadas en las que es esencial la actuación (acting-out) y aquellas otras de tipo neurótico y psicótico en las que predomina la retirada. **(Krug, 2005, p. 40).**

Sc, Esquizofrenia

Según las evaluaciones, las adolescentes que puntúan alto encuentran dificultades para expresar sus ideas, tienen impulsos extraños, creen que la gente no las comprende y la evitan por motivos que desconocen, por lo mismo no les dan la importancia que merecen. Tienen pérdidas de memoria, sentimientos de irrealidad y alucinaciones. En resumen, el contenido de los elementos de Sc es el más raro de todas las escalas del CAQ.

Tanto D7 como Sc incluyen retirada, pero la diferencia entre ellas está en que en D7 el sujeto se aleja de la gente o de la relación interpersonal, mientras que Sc implica un alejamiento más extremo de la realidad. **(Krug, 2005, p. 41).**

As, Psicastenia

Se caracteriza por el tipo obsesivo de conducta sobre la que las adolescentes declaran tener poco autocontrol. Estas conductas incluyen el contar cosas, tener ideas o palabras sin importancia que pasan por la cabeza y están rondando una y otra vez durante días o preocuparse una y otra vez por cosas sin importancia, pudiendo existir comportamientos fóbicos.

Las puntuaciones son frecuentemente elevadas en los casos diagnosticados como neuróticos del tipo obsesivo-compulsivo y en adictos. A nivel de dimensión secundaria, contribuyen de manera importante en el factor de Ansiedad, pero también al de Psicosis General. Su participación en el de Neuroticismo sólo es significativa en el grupo de mujeres. **(Krug, 2005, p. 41).**

Ps, Desajuste psicológico

Las adolescentes que puntúan alto piensan de sí mismas que no valen para nada. La desviación se da en el área de la autovaloración de la realidad, la adolescente se considera una persona sin éxito, un desastre y una desesperanza adquirida.

Esto sugiere el patrón de desesperanza adquirida a que alude A.T. Beck al tratar la depresión y, por tanto, no es sorprendente la importancia de esta escala en la dimensión secundaria de depresión. **(Krug, 2005, p. 42).**

2.6. Diseño de la investigación

Investigación no experimental → Descriptiva → Diseño Transversal.

(Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p. 60-62).

Diseño no experimental, ya que es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural para después analizarlo en donde al ser una investigación ex post-facto resulta imposible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o las condiciones, los sujetos son observados en su realidad.

2.6.1. Tipo de investigación

Es un estudio descriptivo que busca describir los rasgos depresivos de las adolescentes que han tenido un aborto inducido, a partir del cual se seleccionará una serie de datos para medir, de manera independiente, los conceptos o variables.

La investigación transversal o transeccional recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

2.7. Método

2.7.1. Muestra

Se les aplicó los cuestionarios a 50 adolescentes mujeres entre 12 y 19 años de edad que tuvieron un aborto inducido, pertenecientes a 20 escuelas de nivel medio y medio superior de la ciudad de México, tomando en cuenta los criterios de inclusión.

2.7.2. Muestreo

En la presente investigación se utilizó un muestreo incidental dirigido, es decir, “Las adolescentes se escogieron ya que se encontraban en el lugar donde se estaba haciendo la muestra y cumplen con los criterios de inclusión”. **(Kerlinger, 1985, citado en Montes de Oca, J. 2004).**

2.7.2.1. Criterios de inclusión

- 1.- Práctica de aborto inducido.
- 2.- Adolescentes de 12 a 19 años.
- 3.- Escuelas de educación media y media superior, públicas escolarizadas.
- 4.- Horarios matutino y vespertino.

2.7.2.2. Criterios de exclusión

- 1.- No haberse practicado un aborto inducido.
- 2.- Adolescentes menores de 12 y mayores de 19 años.
- 3.- Adolescentes que no cursaban el nivel medio y medio superior.
- 4.- Adolescentes que cursaban el nivel medio y medio superior, modalidad abierta.

2.7.3. Escenario

Se seleccionaron 20 escuelas de nivel medio y medio superior públicas del Distrito Federal, en cada una de ellas se utilizaron un salón de clases con 40 pupitres y cuatro ventanas, la iluminación era de luz blanca y estaba en condiciones higiénicas adecuadas para la aplicación de los cuestionarios.

2.7.4. Material

- Lápices y gomas.
- Cuestionarios de Análisis Clínico CAQ.
- Cuestionario de Conocimientos y Ejercicio de tu Sexualidad.

2.7.5. Instrumentos

2.7.5.1. Cuestionario de Análisis Clínico CAQ

Descripción general

Nombre original: Clinical Analysis Questionnaire.

Autor: Samuel. E. Krug.

Procedencia: IPAT (Institute for Personality and Ability Testing), Champaign, Illinois

Adaptación Española: Departamento de Tea Ediciones, S.A., Madrid, 1987.

Aplicación: Individual y Colectiva.

Perfil: Por medio de una plantilla que indica puntaje bajo 1-4 de 5-6 promedio y de 7-10 alto. Escala likert.

Duración: Variable, entre 30 y 45 minutos, aproximadamente.

Aplicación: Adolescentes y adultos (nivel básico: estudios primarios).

Significación: Evaluación de 12 variables clínicas de la personalidad. De las cuales 7 se consideran como rasgos depresivos

Este instrumento cuenta con un manual de interpretación, cuadernillo que consta de 144 reactivos y una hoja de respuestas. Cuenta con una planilla de calificación para las siguientes escalas:

- 1.- Hipocondriasis.
- 2.- Depresión Suicida.
- 3.- Agitación.
- 4.- Depresión Ansiosa.
- 5.- Depresión Baja Energía.
- 6.- Culpabilidad-Resentimiento.
- 7.- Apatía -Retirada
- 8.- Paranoia
- 9.- Desviación Psicopática.
- 10.- Esquizofrenia.
- 11.- Psicastenia.
- 12.- Desajuste Psicológico.

Fiabilidad

Los Test psicológicos deben poseer una razonable fiabilidad si se pretende que sean útiles, tanto cuando se emplean con fines de investigación como cuando se aplican con un propósito práctico. Existen varios tipos de fiabilidad y diferentes métodos de obtención (test, retest, consistencia interna o coeficiente alfa, etc.).

En los estudios originales (100 varones y 100 mujeres, estudiantes universitarios), y con un día de intervalo entre ambas aplicaciones, se obtienen en las escalas clínicas los índices mejores (con una mediana de 0.80) que los de las escalas normales.

En ese mismo estudio original se analizan las puntuaciones en dimensiones secundarias y se observa una elevada fiabilidad (mediana de 0.92). En las muestras experimentales se han obtenido los coeficientes alfa de Cronbach de las 12 escalas, así como los índices de atracción promedio de los 12 elementos de cada escala.

Así pues, dado ese grado de fiabilidad en el CAQ y, teniendo en cuenta el error típico de medida, (que hace que, a nivel de decatipo, espere tener un error aproximado de más de una unidad decatipo) los decatipos extremos pueden ser más fiables e indicativos de alejamiento de la normalidad, mientras que los de tipo medio exigen una mayor cautela para su interpretación. Por otra parte, como los datos en dimensiones secundarias son más fiables, es aconsejable su cálculo y utilización con un decimal, mientras que en los de las escalas primarias se emplea su valor entero.

Validez

La definición básica de un índice de validez es el grado en el que el instrumento mide lo que va a medir en el caso de un test de conocimientos o aptitudinal. Esa apreciación es fácil y se puede hacer directamente definiendo con claridad un criterio objetivo, pero no ocurre así cuando se trata de la medida de una característica de la personalidad.

Lo que pretende medir el CAQ, de acuerdo con las investigaciones previas, este instrumento fue concebido para medir 12 dimensiones o rasgos independientes que

resultaron de la rotación a estructura simple de un conjunto de cuestiones con contenidos normales y patológicos.

En los estudios factoriales originales se dividió cada escala en dos medidas del factor subyacente y se analizaron factorialmente los resultados de la muestra total de 810 sujetos (normales y casos clínicos), tomando como saturación crítica mínima la de 0,30. Este sistema de análisis factorial por paquetes arrojó una estructura muy satisfactoria concordante y en las cuatro submuestras tomadas del grupo total de análisis.

En los estudios la estructura factorial del CAQ está modulada por la muestra empleada de uno u otro sexo, o de uno u otro grupo de edad, estos índices tienen mayor cuantía en los grupos clínicos de ambos sexos, la correlación de cada escala con el factor general de desajuste que se define en el análisis conjunto del CAQ con el 16PF; los índices de D3 y Pp son bajos porque entregan su variabilidad a otras dimensiones de la personalidad normal.

Interpretación

Descripción resumida de las escalas del CAQ Para una mejor comprensión de los rasgos medidos con el CAQ, en la relación de las variables, se incluye la descripción de las personas (adjetivos en femenino) que se sitúan en los polos bajo y alto de las escalas:

Puntuaciones bajas (1-4)	Escala	Puntuaciones altas (7-10)
Hipocondriasis		
Contenta, su mente trabaja bien, no tiene temores de salud.	D1	Preocupada por la salud, desarreglos y funciones corporales.
Depresión suicida		
Satisfecha con la vida y sus aspectos, goza de la vida.	D2	Insatisfecha con la vida.
Agitación		
Evita peligros y situaciones de aventura, poca necesidad de excitación.	D3	Busca excitación, acepta riesgos, intenta nuevas cosas, incansable.
Depresión ansiosa		
Tiene calma en emergencias, confía en lo que la rodea sosegada.	D4	Sueños perturbadores, desmañada manejando cosas, tensa fácilmente perturbable.
Depresión baja energía		
Energética, muestra entusiasmo por el trabajo, duerme profundamente.	D5	Sentimientos de intranquilidad y preocupaciones, falta de energía para afrontar lo que llega.
Culpabilidad-resentimiento		
No perturbable por sentimientos de culpabilidad, puede dormir si deja sin hacer cosas importantes.	D6	Con sentimientos de culpabilidad, se acusa por todo lo que no le sale bien, se autocrítica.
Apatía-retirada		
Relajada, considerada y animosa con las personas.	D7	Evita contactos interpersonales, no se halla comfortable con otros.
Paranoia		
Confiada, no le afectan los celos o la envidia.	Pa	Cree que se le persigue, controla, espía, maltrata o se le envenena.
Desviación psicopática		
Sensata, evita implicarse en actos ilegales o transgredir las normas.	Pp	Complaciente ante la conducta antisocial propia o ajena, no le ofenden las críticas.
Esquizofrenia		
Evalúa con realidad a otros o a sí mismo, sin conducta regresiva.	Sc	Se aleja de la realidad, tiene impulsos repentinos o incontrolados.
Psicastenia		
No le molestan las ideas o pensamientos inoportunos o hábitos compulsivos.	As	Tiene ideas repetitivas o insistentes y hábitos compulsivos.
Desajuste psicológico		
Se considera tan capaz, confiable y agradable como la mayoría.	Ps	Tiene pensamientos de inferioridad o inutilidad, es tímida y pierde la cabeza fácilmente.

Descripción resumida de las escalas del CAQ. (Krug, 2005, p. 46)

La hoja de respuestas se interpretará cotejándola por medio de una plantilla de calificación, la cual dará la puntuaciones crudas que obtuvo en las 12 escalas las cuales se buscaran en las tablas estandarizadas llamadas baremos las que nos indicaran las puntuaciones altas de 7 a 10, promedio de 5 a 6 y bajas de 1 a 4, éstas serán obtenidas por el decapito en cada una de las escalas, basta entrar por la línea encabezada con las siglas de las mismas hasta encontrar la puntuación directa concreta del sujeto. **(Anexo 2)**

Dado que en la validación cruzada e interpretación de las escalas del CAQ se utilizaron las del MMPI conviene se recuerde el significado de estas ultimas: L, F y K son escalas de validación, y las siglas de las 10 escalas clínicas son: 1.Hs (Hipocondriasis), 2.D (Depresión), 3.Hy (Histeria), 4.Pd (Desviación Psicopática), 5.Mf (masculinidad-feminidad), 6.Pa (Paranoia), 7.Pt (Psicastenia), 8.Sc (esquizofrenia), 9.Ma (Hipomanía) y 0.Si (introversión). **(Krug, 2005, p.37)**.

2.7.5.2. Cuestionario de Conocimientos y Ejercicio de tu Sexualidad

Se utilizó el *Cuestionario de Conocimientos y Ejercicio de tu Sexualidad* que consta de diez reactivos en escala likert para seleccionar la muestra de 50 adolescentes que se hayan practicado un aborto inducido, que oscilen entre los 12 y 19 años, que cursen el nivel medio o medio superior y pertenezcan al turno matutino y vespertino. **(Anexo 1)**

2.7.6. Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó mediante la selección de diferentes escuelas de nivel medio y medio superior, para lo cual se solicitó la autorización correspondiente para la aplicación de los cuestionarios. Se seleccionaron a todas las adolescentes que se encontraron en estas instituciones, de los diferentes grados escolares y turnos. Para la aplicación del instrumento de investigación, se les invitó a las adolescentes mujeres que si deseaban colaborar en dos test que medían rasgos depresivos, conocimiento y ejercicio de su sexualidad. Se les comentó que actualmente estábamos realizando un proyecto de tesis, indicándoles que se pretendía conocer cuales eran los rasgos depresivos y de autocastigo emocional que presentaban las adolescentes después de un aborto inducido.

Posteriormente, se les indicó que pasaran al salón de clases, tomaron asiento en sus respectivas bancas, se les repartieron lápices y gomas. Una vez que las adolescentes se acomodaron, se les repartieron las hojas de respuestas y cuadernillos (anexos 1 y 2). Se les pidió que anotaran los datos que se les solicitaban en la parte superior de cada hoja de respuestas.

También se les dieron las indicaciones necesarias para que pudieran realizar los test satisfactoriamente, se les dijo que para cualquier duda o aclaración nos levantarán la mano y nosotros acudiríamos a sus lugares para auxiliarlas.

Conforme fueron concluyendo el cuestionario, se les recogieron de manera personal las hojas de respuesta y el cuadernillo, al igual que los lápices y gomas. Se les agradeció a todas por su cooperación, tiempo y la disponibilidad.

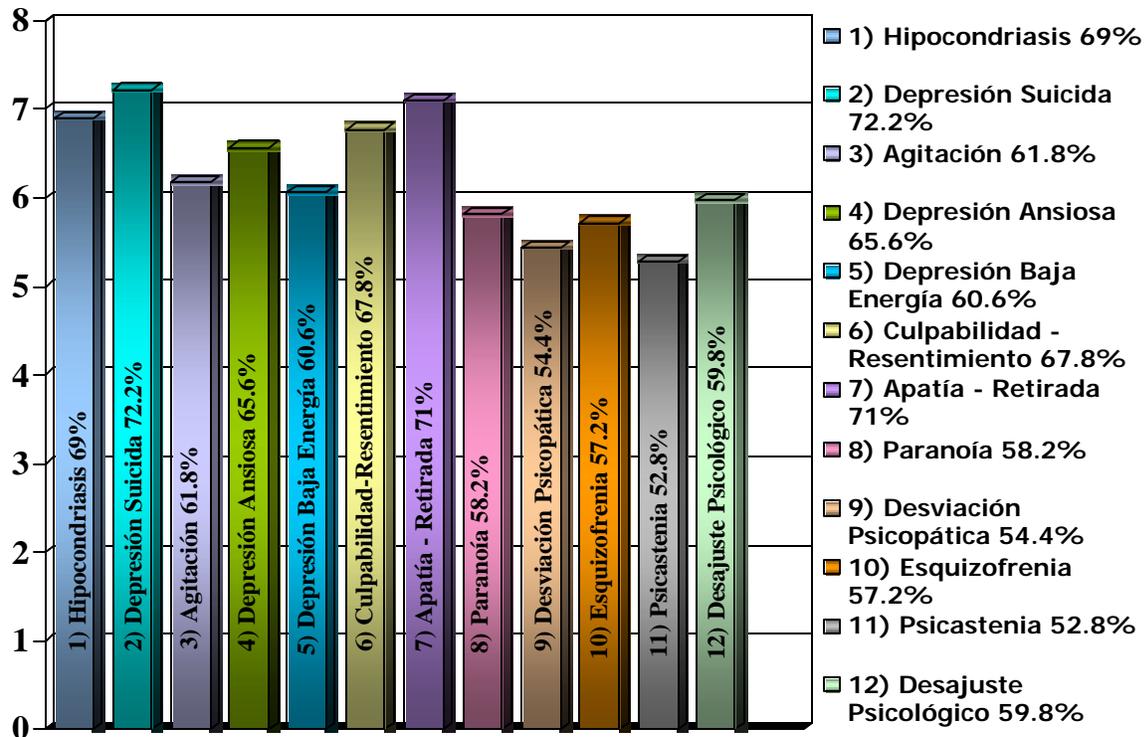
Referencias

- 1) Alarcón, V. P. (1999). *Diccionario de psicología individual*. 98.
- 2) Bruno, F. J. (1986). *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. 224.
- 3) Calandra, D., Del Valle, E., Olivares, D., Regueira, C. y Mormandi, O. (1973). *Aborto. Estudio clínico, psicológico, social y jurídico*. 91.
- 4) CIE-10, (2000). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 97,89,137.
- 5) Cosacov, E.(2004). *Diccionario de términos de psicología*. 123.
- 6) Gradillas, V. (1998). *Psicopatología descriptiva signos, síntomas y rasgos*. 165,189,270.
- 7) Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. 60-62.
- 8) Kancyper, L. (1991). *Resentimiento y remordimiento*. 17-19.
- 9) Krug, S.E. (2005). *Cuestionario de análisis clínico*. 37-46.
- 10) Montes de Oca, J. (2004). *El nivel de estrés en mujeres y hombres adultos empleados y desempleados*. Tesis de licenciatura, Psicología, Universidad Insurgentes, 137

III. RESULTADOS

Gráfica 1

Rasgos Depresivos presentes en las adolescentes encuestadas



Rasgos Depresivos que presentan las adolescentes encuestadas de 12 a 19 años que tuvieron un aborto inducido.

Como se observa en la Gráfica 1, los 7 rasgos depresivos que presentan las encuestadas con mayor frecuencia son Depresión Suicida 72.2%, y Apatía - Retirada 71%, Hipocondriasis 69%, Culpabilidad-Resentimiento 67.8%, Depresión Ansiosa 65.6, Agitación 61.8% y Depresión Baja Energía 60.6%.

En los rasgos depresivos siguientes se obtuvo una puntuación promedio en las adolescentes encuestadas que tuvieron un aborto inducido fueron Desajuste

Psicológico 59.8%, Paranoia 58.2%, Esquizofrenia 57.2%, Desviación psicopática 54.4% y Psicastenia 52.8%.

Cuadro 1

Rasgos Depresivos	Sumatoria	Media Aritmética	%
1. Depresión Suicida	361	7.22	72.2
2. Apatía Retirada	355	7.10	71.0
3. Hipocondriasis	345	6.90	69.0
4. Culpabilidad–Resentimiento	339	6.78	67.8
5. Depresión Ansiosa	328	6.56	65.6
6. Agitación	309	6.18	61.8
7. Depresión Baja E nergía	303	6.06	60.6
8. Desajuste Psicológico	299	5.98	59.8
9. Paranoia	291	5.82	58.2
10. Esquizofrenia	286	5.72	57.2
11. Desviación Psicopática	272	5.44	54.4
12. Psicastenia	264	5.28	52.8

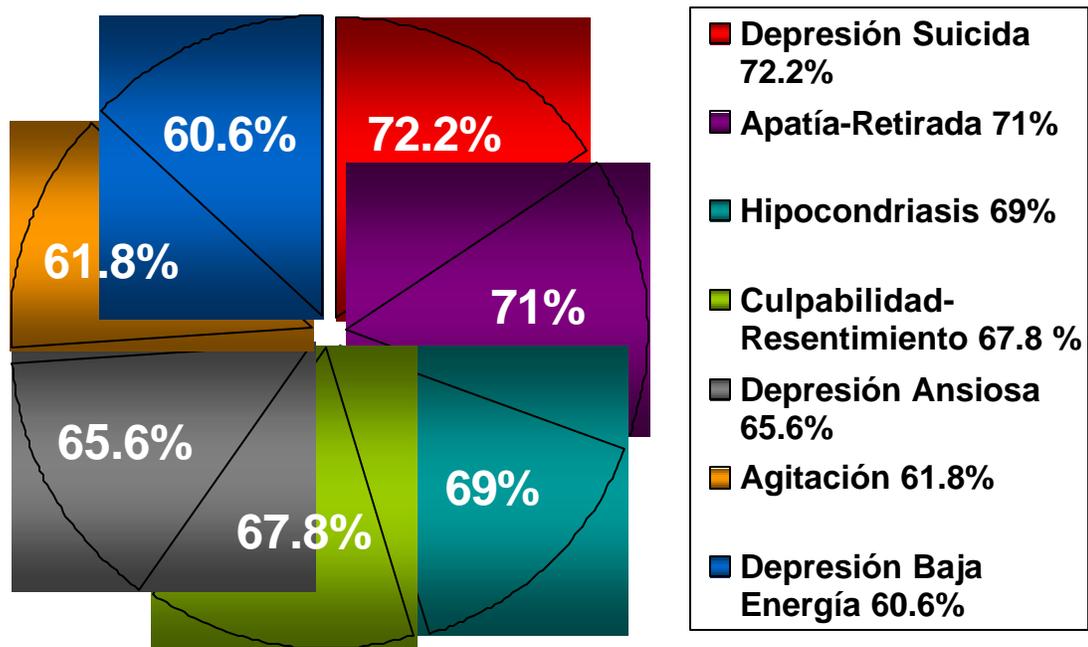
Rasgos Depresivos presentes en las adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron un aborto inducido.

En el cuadro se muestran los resultados obtenidos de los 12 rasgos depresivos analizados de manera independiente y con medición en puntuaciones estandarizadas altas 7-10, promedio 5-6 y bajas 1-4 que presentaron las adolescentes encuestadas, que manifestaron haber tenido un aborto inducido, lo cual prueba que hay una alteración emocional como resultado de la pérdida del producto.

Se encontró que si existen rasgos depresivos que son demostrables en las adolescentes que mencionaron haberse practicado un aborto inducido, por lo que se acepta/comprueba la hipótesis de investigación número1.

Gráfica 2

Rasgos Depresivos Predominantes en las adolescentes encuestadas



La Gráfica 2, demuestra que del total de las adolescentes encuestadas que refirieron haber tenido un aborto inducido, presentaron puntajes altos en 7 rasgos depresivos predominantes que establece el Cuestionario de Análisis Clínicos (CAQ): Depresión Suicida 72.2%, Apatía-retirada 71%, Hipocondriasis 69%, Culpabilidad-Resentimiento 67.8, Depresión Ansiosa 65.6%, Agitación 61.8% y Depresión Baja Energía 60.6%.

Del estudio anterior deducimos que las consecuencias emocionales estudiadas por los rasgos depresivos medidos, respecto de la práctica del aborto inducido en adolescentes, tienen consecuencias graves no sólo para la realización de sus actividades cotidianas, sino que además ponen en riesgo su propia vida.

Entre los rasgos depresivos que afectan las actividades cotidianas podemos referir la Apatía-Retirada, Agitación, Hipocondriasis, Culpabilidad-Resentimiento y la Depresión Baja Energía, mientras que los rasgos depresivos que pudieran poner en riesgo su vida

se demuestran a través de la Depresión Suicida y la Depresión Ansiosa. Luego entonces, se aceptan/comprueban las hipótesis de investigación 2-8.

Cuadro 2

Rasgos Depresivos predominantes en las adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron un aborto inducido.

Rasgos Predominantes	Sumatoria	Media Aritmética	%
1) Depresión Suicida	361	7.22	72.2
2) Apatía-Retirada	355	7.10	71.0
3) Hipocondriasis	345	6.90	69.0
4) Culpabilidad-Resentimiento	339	6.78	67.8
5) Depresión Ansiosa	328	6.56	65.6
6) Agitación	309	6.18	61.8
7) Depresión Baja Energía	303	6.06	60.6

Como se muestra en el Cuadro 2, los rasgos depresivos predominantes en adolescentes que se practicaron un aborto inducido, se presentan en orden de puntajes altos, calificados con la información proporcionada por las encuestadas:

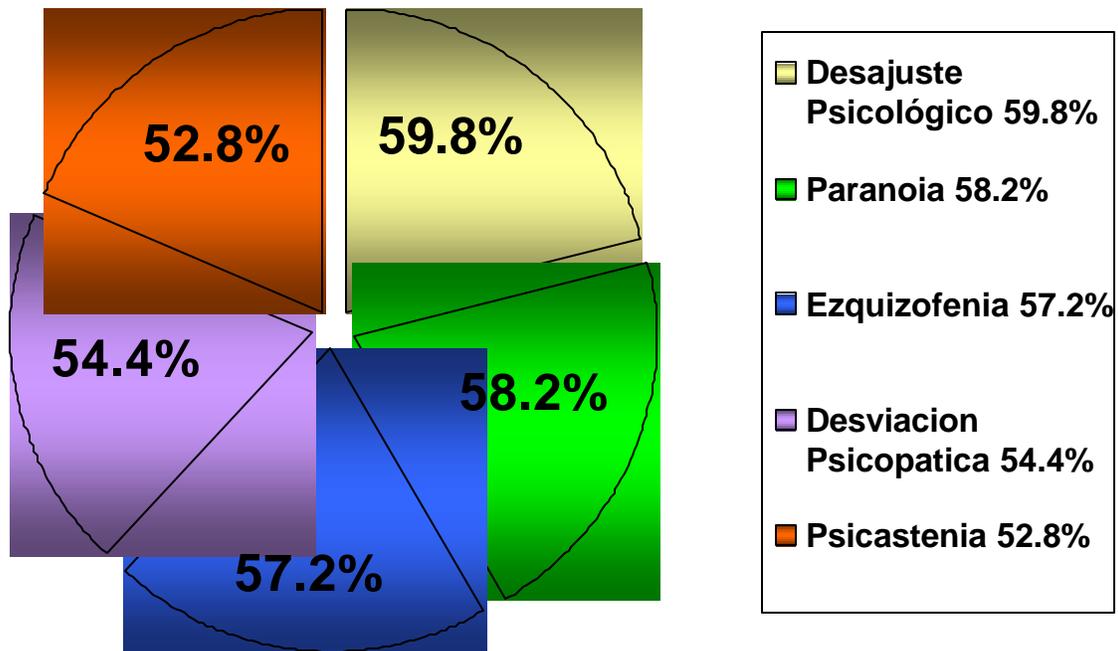
- 1.- Depresión Suicida, por lo que se acepta/comprueba la hipótesis de investigación tres.
- 2.- Apatía -Retirada, con lo que se acepta/comprueba la hipótesis de investigación ocho .
- 3.- Hipocondriasis, con lo que se acepta/comprueba la hipótesis de investigación dos.
- 4.- Culpabilidad–Resentimiento, con lo que se acepta/comprueba la hipótesis de investigación siete
- 5.- Depresión Ansiosa, con lo que se acepta/comprueba la hipótesis de investigación cinco.
- 6.- Agitación, con lo que se acepta/comprueba la hipótesis de investigación cuatro.
- 7.- Depresión Baja Energía, con lo que se acepta/comprueba la hipótesis de investigación Seis.

Cabe mencionar que los rasgos depresivos referidos en el cuadro número 2 presentaron puntuaciones altas con relación al promedio de las evaluaciones estandarizadas validadas por el Manual de Aplicación del Cuestionario de Análisis Clínicos (CAQ).

Con relación a las hipótesis nulas planteadas para la presente investigación se rechazan todas, ya que no hay resultados suficientes para validarlas.

Gráfica 3

Rasgos Depresivos menos predominantes en las adolescentes encuestadas



Respecto a los resultados obtenidos y reflejados en la Gráfica 3, se aprecia que los rasgos depresivos catalogados por la psiquiatría como trastornos patológicos, presentan puntuaciones promedio que serian normales en las adolescentes encuestadas y que refirieron haberse practicado un aborto inducido.

Lo anterior demuestra que aún cuando las escalas de calificación dadas por el Cuestionario de Análisis Clínicos (CAQ), presentan a los rasgos depresivos de referencia con puntajes bajos o altos, es indicador de que las adolescentes que refirieron haberse practicado un aborto inducido y que se encuentran en el rango de éstos rasgos depresivos necesitan de la psicoterapia.

La Gráfica 3, comprueba que un acontecimiento de pérdida del producto durante la gestación tiene implicaciones directas en la integridad (física, mental y emocional) de las adolescentes.

Cuadro 3

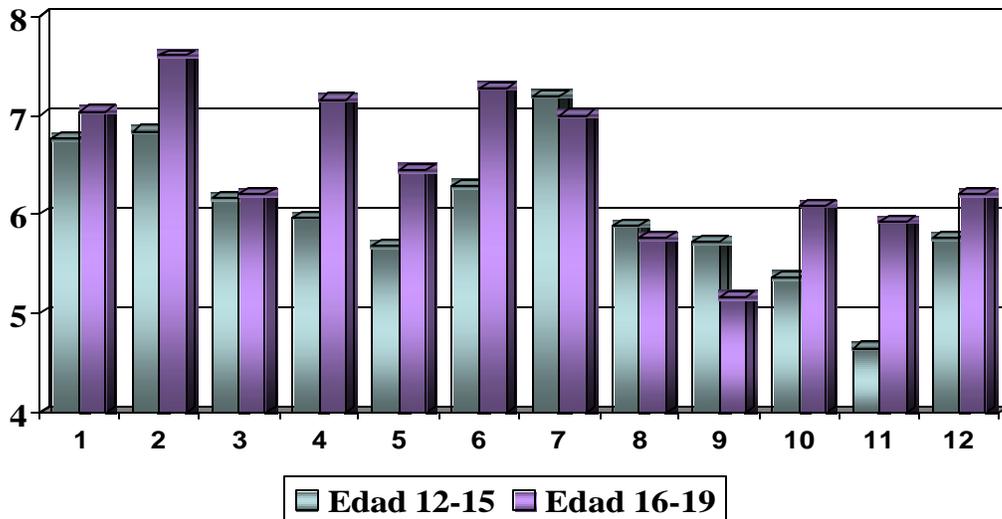
Rasgos Depresivos menos predominantes en las adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron un aborto inducido.

Rasgos Menos Predominantes	Sumatoria	Media Aritmética	%
1) Desajuste Psicológico	299	5.98	59.8
2) Paranoia	291	5.82	58.2
3) Esquizofrenia	286	5.72	57.2
4) Desviación Psicopática	272	5.44	54.4
5) Psicastenia	264	5.28	52.8

El Cuadro 3 comprueba que los rasgos depresivos que presentan menor frecuencia se consideran dentro del área de la salud mental como trastornos patológicos, lo que demuestra que las alteraciones emocionales reflejadas en las respuestas obtenidas de la aplicación del Cuestionario de Análisis Clínicos (CAQ), influyen directamente en la integridad de las adolescentes que se practicaron un aborto.

Gráfica 4

Rasgos Depresivos en las adolescentes encuestadas que se encuentran en los intervalos de 12 a 15 y de 16 a 19 años de edad



La Gráfica número 4, muestra una comparación de los cinco rasgos depresivos con el puntaje más alto indicados en las adolescentes encuestadas que refirieron haberse practicado un aborto inducido, por lo que se hace una distinción en dos grupos de edades, el primero en un intervalo de 12 a 15 años (Grupo 1) y el segundo de 16 a 19 años (Grupo 2).

Se observa en el gráfico de referencia que en el Grupo 1 se presentan puntuaciones altas en los rasgos de: Apatía Retirada 72%, Depresión Suicida 68.4%, Hipocondriasis 67.6%, Culpabilidad-Resentimiento 62.8% y Agitación 61.6%.

El Grupo 2 presenta porcentajes más elevados de los rasgos depresivos en: Depresión Suicida 76%, Culpabilidad-Resentimiento 72.8%, Depresión Ansiosa 71.6%, Hipocondriasis 70.4, Apatía Retirada 70%.

Lo que comparativamente nos evidencia que en el Grupo 1 las adolescentes tienden a la Apatía Retirada en un 0.2 por ciento más en la media aritmética que en el Grupo 2. Mientras que el Grupo 2, muestra que los rasgos depresivos con puntajes más altos respecto del Grupo 1 son: Depresión Suicida con una diferencia de 0.76 por ciento en la media aritmética, Hipocondriasis con el 0.28 diferencial en la media aritmética y la Culpabilidad Resentimiento con la diferencia del 1.0 de la media aritmética.

Lo anterior es un indicador de que las adolescentes que han vivido la pérdida del producto de la concepción de manera provocada, tienden al paso del tiempo y sin ayuda terapéutica a presentar agudización de los rasgos depresivos.

Cuadro 4

Rasgos Depresivos presentes en adolescentes con intervalos de 12 a 15 y de 16 a 19 años de edad que tuvieron un aborto inducido.

Edad 12-15 años	Grupo	1	Edad 16-19.años	Grupo	2
Rasgos	Media	%	Rasgos	Media	%
<i>Apatía Retirada</i>	7.2	72.0	<i>Depresión Suicida</i>	7.60	76.0
<i>Depresión Suicida</i>	6.84	68.4	<i>Culpabilidad - Resentimiento</i>	7.28	72.8
<i>Hipocondriasis</i>	6.76	67.6	<i>Depresión Ansiosa</i>	7.16	71.6
<i>Culpabilidad - Resentimiento</i>	6.28	62.8	<i>Hipocondriasis</i>	7.04	70.4
<i>Agitación</i>	6.16	61.6	<i>Apatía Retirada</i>	7.00	70.0
<i>Depresión Ansiosa</i>	5.96	59.6	<i>Depresión Baja Energía</i>	6.44	64.4
Paranoia	5.88	58.8	Agitación	6.20	62.0
Desajuste Psicológico	5.76	57.6	Desajuste Psicológico	6.20	62.0
Desviación Psicopática	5.72	57.2	Esquizofrenia	6.08	60.8
Depresión Baja Energía	5.68	56.8	Psicastenia	5.92	59.2
Esquizofrenia	5.36	53.6	Paranoia	5.76	57.6
Psicastenia	4.64	46.4	Desviación Psicopática	5.16	51.6

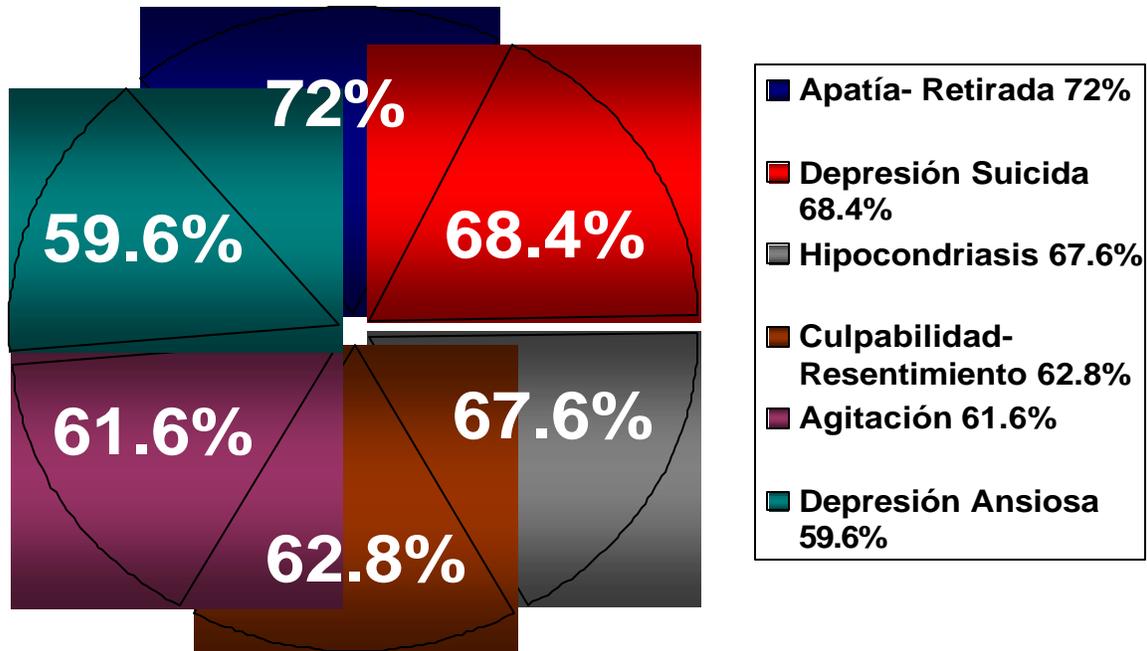
El Cuadro 4 indica la diferencia que se manifiesta ante la presencia de rasgos depresivos comparativamente con las edades de las adolescentes que se produjeron un aborto inducido, lo que significa que las secuelas producto de la pérdida de una vida en gestación tienen diferentes alteraciones emocionales de acuerdo a la edad de la adolescente.

Las adolescentes que se encuentran en el intervalo de edad de 16 a 19 años presentan porcentajes más altos en rasgos depresivos como: Depresión Suicida, Culpabilidad-

Resentimiento, Depresión Ansiosa, Hipocondriasis, Apatía Retirada y Depresión Baja Energía . En comparación al intervalo de edad entre 12 y 15 años, en el que los rasgos más predominantes son: Apatía Retirada, Depresión Suicida, Hipocondriasis, Culpabilidad-Resentimiento, Agitación y Depresión Ansiosa, entre los más representativos.

Gráfica 5

Rasgos Depresivos predominantes en las adolescentes encuestadas de 12 a 15 años de edad



La Gráfica 5 muestra los rasgos predominantes en las adolescentes de 12 a 15 años de edad, que se pueden clasificar como alteraciones emocionales de carácter neurótico.

- Apatía Retirada: 7.20 m.a.
- Depresión Suicida: 6.84 m.a.
- Hipocondriasis: 6.76 m.a
- Culpabilidad-Resentimiento: 6.28 m.a.
- Agitación: 6.16 m.a.
- Depresión Ansiosa: 5.96 m.a.

Cuadro 5

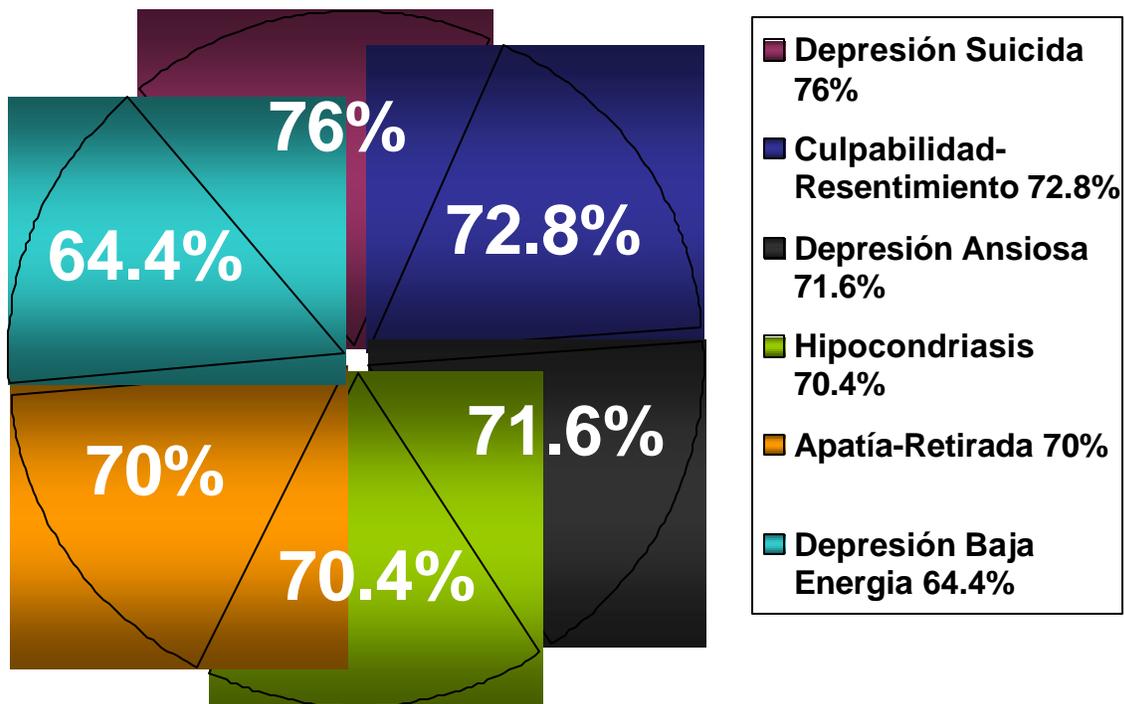
Rasgos Depresivos predominantes en adolescentes de 12 a 15 años que tuvieron un aborto inducido.

Rasgos Depresivos	Media Aritmética	%
1) Apatía Retirada	7.20	72.0
2) Depresión Suicida	6.84	68.4
3) Hipocondriasis	6.76	67.6
4) Culpabilidad-Resentimiento	6.28	62.8
5) Agitación	6.16	61.6
6) Depresión Ansiosa	5.96	59.6

Se muestran de manera descendente los rasgos depresivos predominantes en las adolescentes de 12 a 15 años de edad.

Gráfica 6

Rasgos Depresivos predominantes en las adolescentes encuestadas de 16 a 19 años de edad



La Gráfica 6 muestra los indicadores de los rasgos depresivos que refirieron presentar las adolescentes encuestadas a través del Cuestionario de Análisis Clínicos (CAQ) y que se encuentran en el intervalo de 16 a 19 años de edad, los rasgos depresivos se identificaron con puntajes altos en:

- Depresión Suicida: 7.6 m.a.
- Culpabilidad-Resentimiento: 7.28 m.a.
- Depresión Ansiosa: 7.16 m.a.
- Hipocondriasis: 7.04 m.a
- Apatía Retirada: 7 m.a.
- Depresión Baja Energía 6.44 m.a.

Cuadro 6

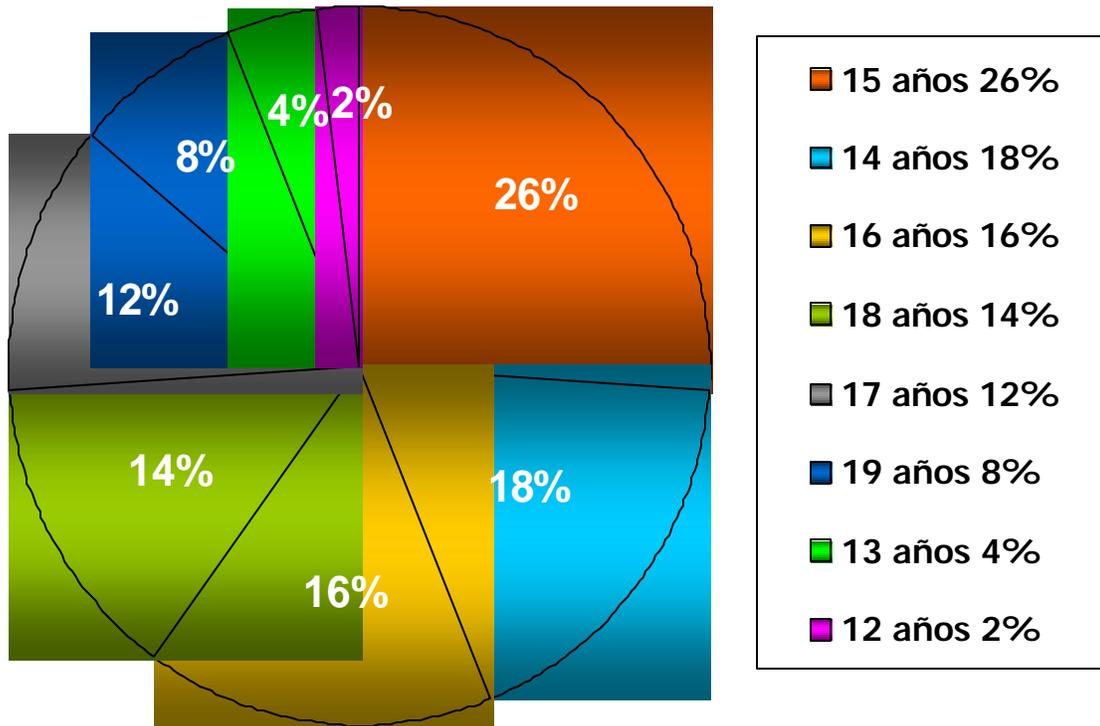
Rasgos Depresivos predominantes en adolescentes de 16 a 19 años que tuvieron un aborto inducido.

Rasgos Depresivos	Media Aritmética	%
1) Depresión Suicida	7.60	76.0
2) Culpabilidad-Resentimiento	7.28	72.8
3) Depresión Ansiosa	7.16	71.6
4) Hipocondriasis	7.04	70.4
5)Apatía Retirada	7.00	70.0
6) Depresión Baja Energía	6.44	64.4

El Cuadro 6 indica que el rasgo depresivo más predominante en las adolescentes encuestadas de 16 a 19 años de edad, es la Depresión Suicida con un 76%. Lo que demuestra que a mayor edad cronológica existe una manifestación pronunciada de los rasgos depresivos, por lo que podemos afirmar que las jóvenes a las que se les practicó un aborto inducido y que no cuentan con psicoterapia pueden reflejar acentuación de rasgos depresivos.

Gráfica 7

Edad en que las adolescentes refirieron que se provocaron un aborto inducido



En la Gráfica 7 se observa que las adolescentes de 15 años representan el mayor número jóvenes encuestadas que se practicaron el aborto inducido con un 26%, mientras que por orden descendente tenemos la siguiente frecuencia por edad:

Edad	Porcentaje
15	26%
14	18%
16	16%
18	14%
17	12%
19	8%
13	4%
12	2%

Cuadro 7

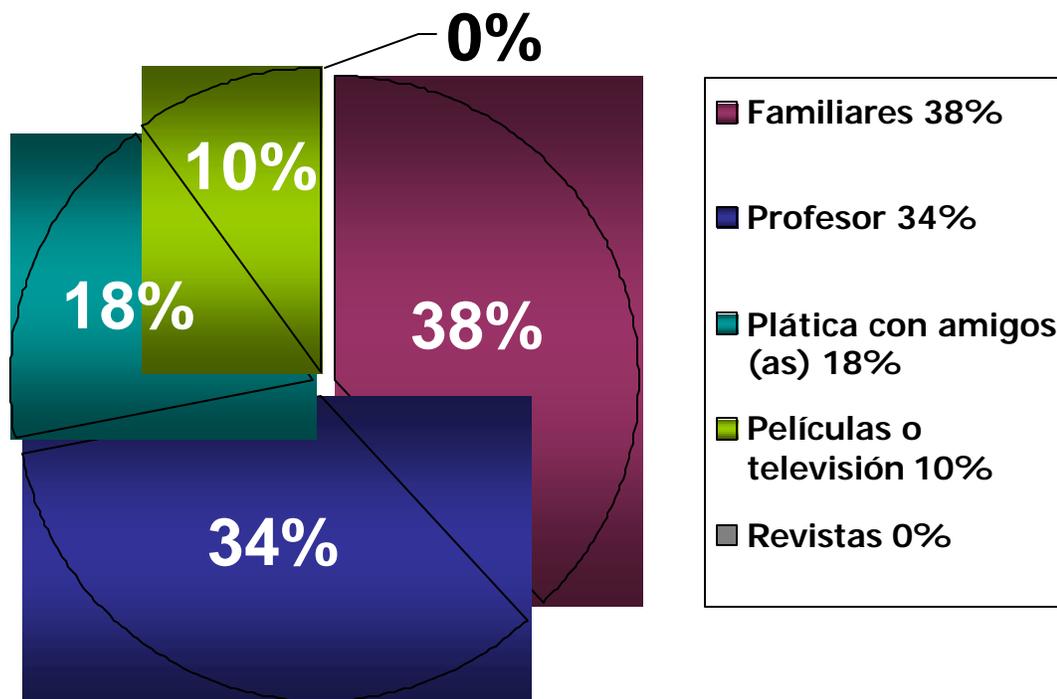
Edad en que las adolescentes encuestadas manifestaron haberse provocado un aborto inducido.

Edad	Adolescentes	%
15	13	26
14	9	18
16	8	16
18	7	14
17	6	12
19	4	8
13	2	4
12	1	2

Respecto al Cuadro 7, nos indica que de las adolescentes encuestadas algunas que refirieron haber iniciado su vida sexual a temprana edad, consintiendo la práctica del aborto a los 12 años, por lo que podemos decir que hombres y mujeres mantienen relaciones sexuales en la etapa de cambio de la infancia a la adolescencia temprana, media y tardía, de manera irresponsable, con información parcial del tema de la sexualidad y por consiguiente obtienen como resultado el embarazo no deseado, cuyo desenlace es la práctica del aborto.

Gráfica 8

El tema de sexualidad lo conociste por medio de:



La gráfica 8 corresponde a los resultados obtenidos por el *Cuestionario Conocimiento y Ejercicio de la Sexualidad*, e indica que las adolescentes obtienen información acerca de la sexualidad y de la reproducción a través de sus familiares, ninguna refirió si eran de sus ascendentes directos o por parte de sus colaterales, el resultado fue de 38% de un total de 100%, cuando la población encuestada fue de 250 personas.

Mientras que el 34% refirió que obtuvo información sobre el tema por sus profesores, el 18% la obtuvo por mantener pláticas o conversaciones del tema con amigas (os) y el 10% aseguró que tuvo conocimiento de la sexualidad y reproducción por la televisión, el cine y revistas.

Cuadro 8

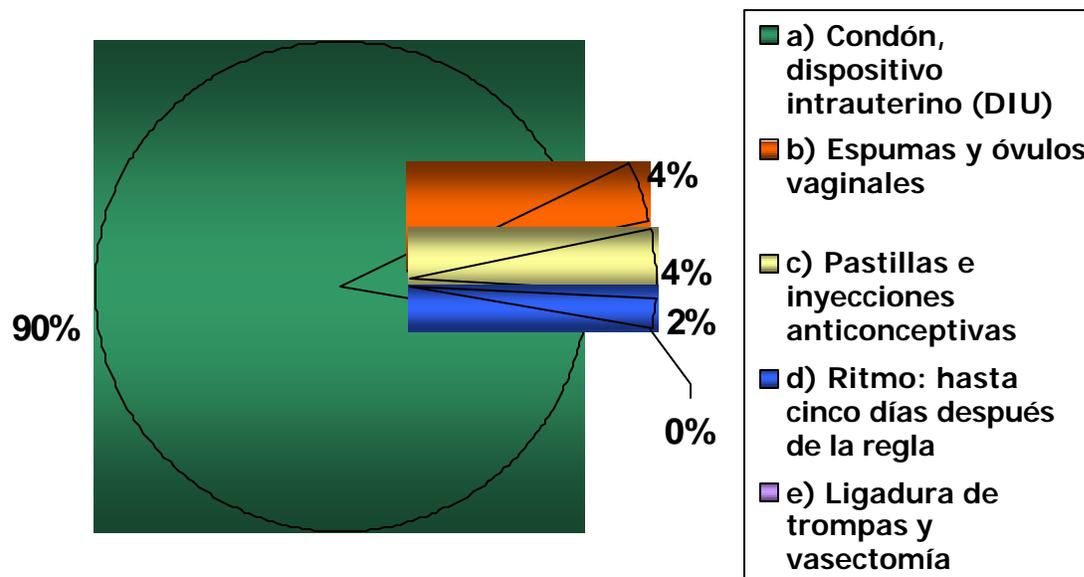
Referencia de obtención de información de temas de sexualidad y reproducción.

Opciones	Adolescentes	%
1) Familiares	19	38%
2) Profesores en la escuela	17	34%
3) Plática con amigas y amigos	9	18%
4) Películas o en televisión	5	10%
5) Revistas	0	0%

De las adolescentes encuestadas, 19 refirieron haber obtenido información de temas de sexualidad y reproducción por medio de sus familiares, 17 por profesores, 9 en conversaciones con amigos o conocidos y 5 a través de medios electrónicos de comunicación como la televisión y cine.

Gráfica 9

Conocimiento de los anticonceptivos entre la población de adolescentes encuestadas y que refirieron haberse practicado un aborto



Los resultados obtenidos con la aplicación del *Cuestionario de Conocimientos y Ejercicio de la Sexualidad* aplicado en una población general de 250 personas y con una muestra que cumple los criterios de inclusión que fue de 50 personas, para determinar conocimientos en temas de anticoncepción, el muestreo arrojó lo siguiente:

El 90% de las adolescentes encuestadas refirieron conocer el uso adecuado del condón, así como la función del dispositivo intrauterino DIU.

En contraposición, sólo una reducida cantidad de la población encuestada y que refirió haber tenido un aborto inducido conocía los demás métodos anticonceptivos como el de espumas y óvulos, pastillas e inyecciones con un 4%; el método del ritmo con un 2% y desconocieron en su totalidad el procedimiento de ligadura de trompas salpingoclasia y de la vasectomía.

Cuadro 9

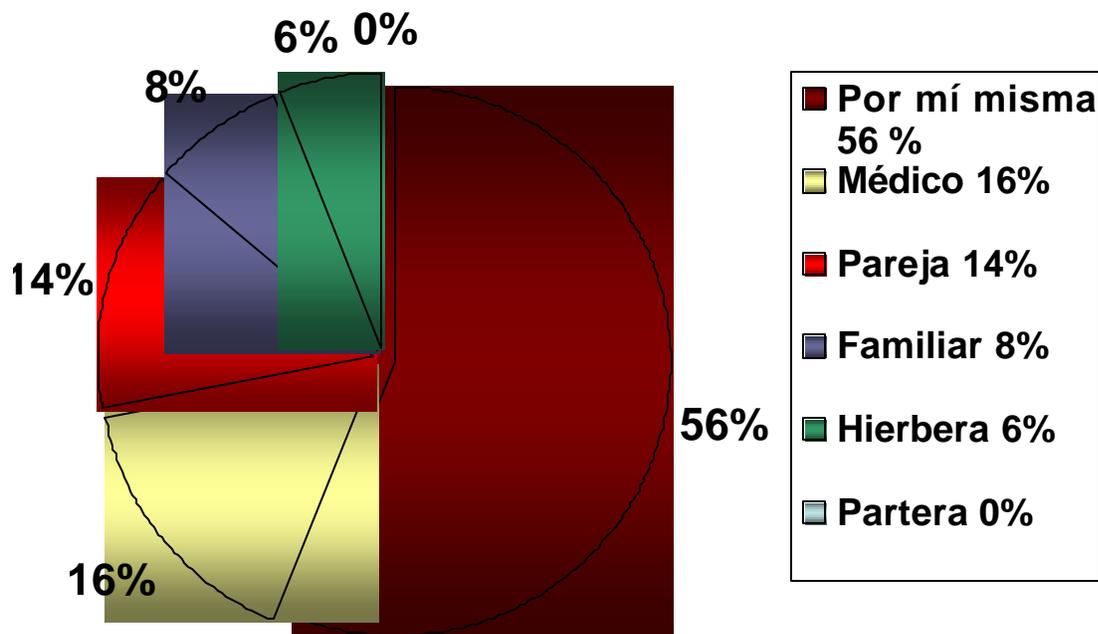
Los anticonceptivos a los que se refirió el *Cuestionario de Conocimientos y Ejercicio de la Sexualidad* fueron:

Opciones	Adolescentes	%
1) Condón, dispositivo intrauterino (DIU)	45	90%
2) Espumas y óvulos vaginales	2	4%
3) Pastillas e inyecciones anticonceptivas	2	4%
4) Ritmo: hasta cinco días después de la regla	1	2%
5) Ligadura de trompas y vasectomía	0	0%

Las adolescentes encuestadas manifestaron conocer los anticonceptivos como el condón y el dispositivo intrauterino en un 90% (45 respuestas en este sentido), no así la ligadura de trompas salpingoclasia y vasectomía con un porcentaje nulo y sin respuesta alguna.

Gráfica 10

Referencia del sujeto que realizó operativamente el aborto a las adolescentes encuestadas



La gráfica 10 refiere el porcentaje de las personas que realizaron materialmente la interrupción del embarazo, con los siguientes resultados:

El 56% manifestó haberse practicado el aborto por sí mismas a través de la ingesta de pastillas, tés o caídas provocadas, el 16% recurrió con un especialista en la medicina para que les practicara el legrado, el 14% manifestó que fue su pareja, mientras que el 8% restante indicó que algún miembro de su familia interrumpió el embarazo, el 6% recurrió a una vendedora de hierbas en el mercado.

Cuadro 10

Referencia manifiesta de las adolescentes que tuvieron un aborto inducido, de quien o quienes fueron los sujetos materiales de la interrupción del embarazo.

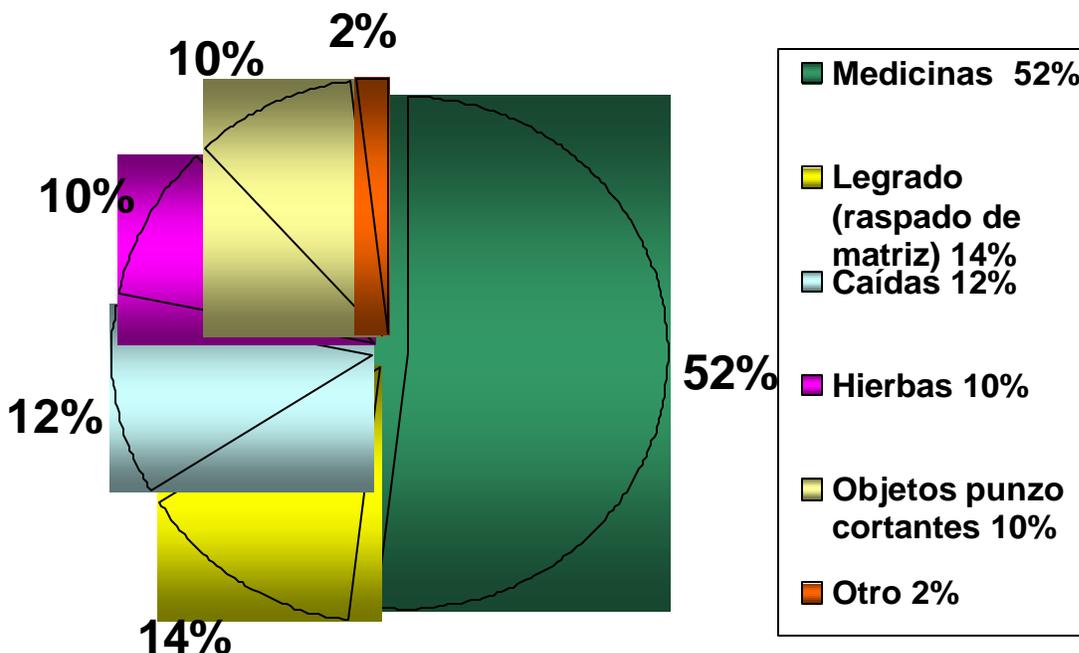
Opciones	Adolescentes	%
1) Por mí misma	28	56%
2) Médico	8	16%
3) Pareja	7	14%
4) Familiar	4	8%
5) Hierbera	3	6%
6) Partera	0	0%

El cuadro 10 refleja que el 56% de las adolescentes encuestadas provocaron la interrupción del embarazo por ellas mismas con cualquier medio a su alcance. En contraposición, sólo el 6% acudió con las comerciantes de hierbas del mercado para que les vendieran alguna pócima o té.

Lo anterior refleja que las adolescentes deciden abortar, ya que no se sienten capaces de aceptar la responsabilidad para ser madres a su corta edad y como resultado del ejercicio irresponsable de su sexualidad e incluso la falta de decisión para evitar que personas cercanas las coaccionen para interrumpir el embarazo.

Gráfica 11

Las adolescentes encuestadas que refirieron haber tenido un aborto inducido manifestaron hacer uso de:



Los métodos referidos por las adolescentes encuestadas como los más utilizados para el aborto fueron: la ingestión de pastillas con un 52%, el legrado con un 14%, por medio de una caída con 12%, a través de la ingestión de té preparados con hierbas un 10% y mediante la introducción en la vagina de objetos punzo cortantes como agujas y ganchos de tejer el otro 10%.

Cuadro 11

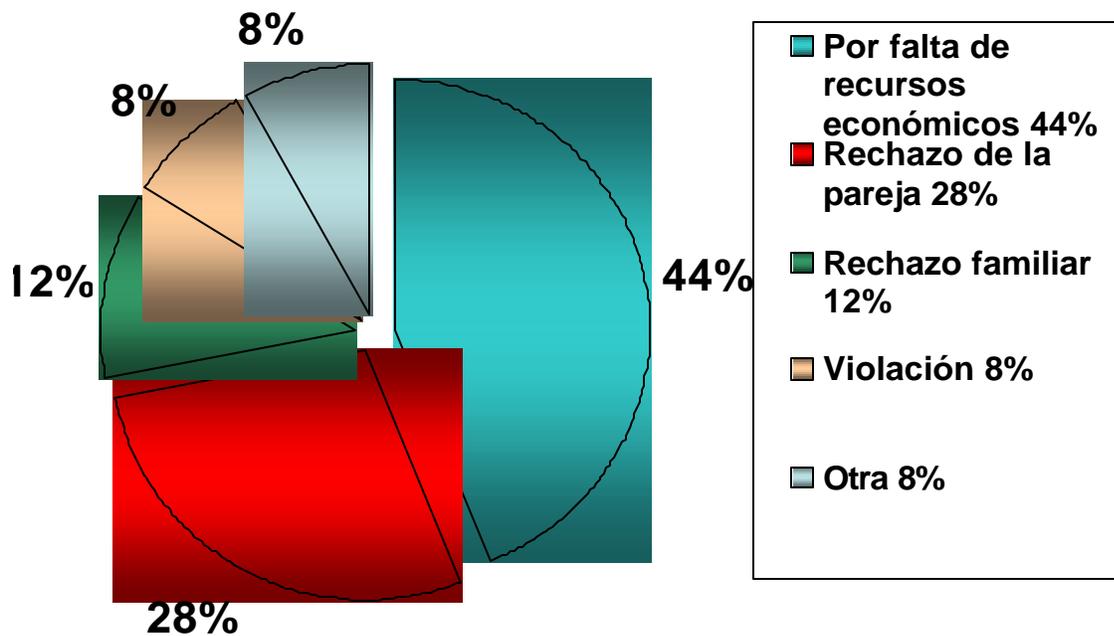
Las adolescentes encuestadas refirieron haber tenido un aborto inducido manifestaron hacer uso de:

Opciones	Adolescentes	%
1) Medicinas	26	52%
2) Legrado (raspado de matriz)	7	14%
3) Caídas	6	12%
4) Hierbas	5	10%
5) Objetos punzo cortantes	5	10%
6) Otro	1	2%

El Cuadro 11 refiere que las adolescentes encuestadas que abortaron recurrieron con mayor frecuencia a la ingesta de pastillas en un 52%, mientras que en menor recurrieron al uso de hierbas y a la introducción en la vagina de objetos punzo cortantes.

Gráfica 12

Motivos que expresaron las adolescentes encuestadas para llevar a cabo la interrupción del embarazo



La Gráfica 12 refleja que el 44% de las adolescentes encuestadas abortó por cuestiones económicas, el 28% por rechazo al embarazo por parte de la pareja, el 12% por rechazo de la familia al embarazo, el 8% refirió ser víctima de violación y el 8% indicó en la respuesta otra situación sin determinarla.

Cuadro 12

Motivos que expresaron las adolescentes encuestadas para llevar a cabo la interrupción del embarazo:

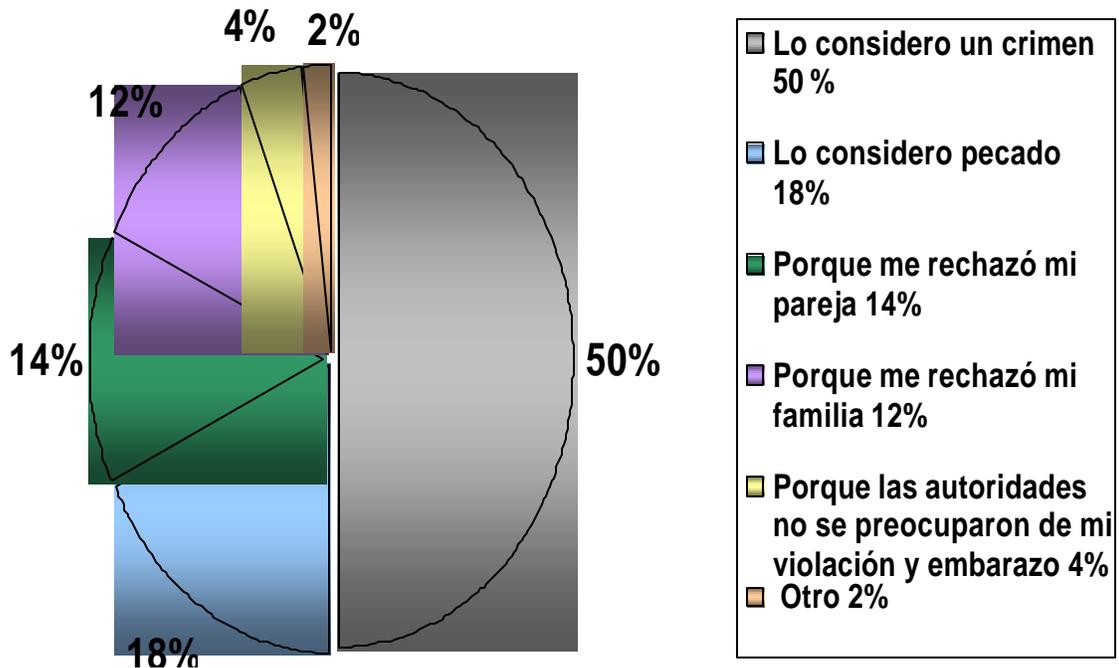
Opciones	Adolescentes	%
1) Falta de recursos económicos	22	44%
2) Rechazo por la pareja	14	28%
3) Rechazo familiar	6	12%
4) Violación	4	8%
5) Otra	4	8%

El Cuadro 12 indica que la causa que con mayor frecuencia motivó a las adolescentes encuestadas a practicarse un aborto fue por situaciones económicas difíciles para continuar con el embarazo, 22 de ella lo refirieron y representan el 44%. El menor porcentaje, 8%, tomaron la decisión como resultado del delito de violación.

Mientras que en la media porcentual se encuentra motivos de rechazo directo de la familia con el 28% y el de la pareja con el 12%.

Gráfica 13

Manifestaciones de las adolescentes encuestadas que tuvieron un aborto provocado en relación con la esfera emocional-sentimental



La gráfica 13 indica algunas de las manifestaciones que expresaron haber tenido las adolescentes que tuvieron un aborto inducido con respecto a su esfera emocional-sentimental y con las personas con las que conviven en su círculo más cercano: familiar y social.

El 50% de las adolescentes encuestadas manifestaron sentir culpa por la interrupción del embarazo, ya que consideran un crimen haber privado de la vida a su hijo. El 18% refirió sentir remordimiento, pues consideran un pecado quitarle la vida a un ser humano. El 14% dijeron sentir el rechazo por parte de su pareja, lo que hacía difícil la situación para continuar el embarazo de manera independiente. El 12% mencionó tener problemas con los familiares directos además de burlas y humillaciones, por lo que no tuvieron otra opción que recurrir a la interrupción del embarazo. El 4% aseguró haber

ser víctima de una violación. El 2% de las adolescentes encuestadas mencionaron sentirse culpables por circunstancias que no refirieron.

Cuadro 13

Manifestaciones de las adolescentes encuestadas que tuvieron un aborto provocado en relación con la esfera emocional-sentimental.

Opciones	Adolescentes	%
1) Lo considero un crimen	25	50%
2) Lo considero pecado	9	18%
3) Porque me rechazó mi pareja	7	14%
4) Porque me rechazó mi familia	6	12%
5) Porque las autoridades no se preocuparon De mi violación y embarazo	2	4%
6) Otro	1	2%

El Cuadro 13, indica que un 50% de las adolescentes encuestadas que representa a 25 personas de la muestra representativa, sentían culpa al considerar el aborto como un crimen, mientras que el 4% (2) mencionaron no tener otra opción al ser víctimas de violación y no haber recibido apoyo institucional.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La presente investigación buscó durante su desarrollo teórico y de campo, identificar la existencia de rasgos depresivos en adolescentes de 12 a 19 años que hubieran tenido un aborto inducido, fueron encuestadas con la prueba *Cuestionario de Análisis Clínicos CAQ* y con el *Cuestionario de Conocimientos y Ejercicio de tu Sexualidad*.

Con la aplicación del *Cuestionario de Análisis Clínicos CAQ*, se pudieron identificar y medir 12 Rasgos Depresivos que se obtuvieron de las respuestas obtenidas de las adolescentes encuestadas en un intervalo de edad de 12 a 19 años y que aceptaron haberse practicado un aborto inducido.

Los resultados se sistematizaron en la gráfica N° 1 que describe los rasgos depresivos como son: Hipocondriasis con 69%, Depresión Suicida 72.2%, Agitación 61.8%, Depresión Ansiosa 65.5%, Depresión Baja-Energía 60.6%, Culpabilidad-Resentimiento 67.8%, Apatía-Retirada 71%, Paranoia 58.2%, Desviación Psicopática 54.4%, Esquizofrenia 57.2%, Psicastenia 52.8%, Desajuste Psicológico 59.8%.

De acuerdo a los resultados obtenidos se alcanzó el Objetivo General que establece, Medir los rasgos depresivos predominantes en las adolescentes que se practicaron un aborto inducido.

Asimismo, se acepta/comprueba la Hi-1, que refiere: Si existen Rasgos Depresivos ante el aborto inducido.

También con la aplicación del instrumento de investigación de referencia CAQ, se alcanzaron los objetivos generales de conocer, analizar y comparar los Rasgos Depresivos predominantes que presentan las adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron un aborto inducido.

Se logro identificar y analizar que la mayoría de las adolescentes de 12 a 19 años presentaron Rasgos Depresivos, manifestándose por puntuaciones altas y bajas obtenidas por el instrumento CAQ.

Así mismo se puede demostrar que un aborto inducido genera sentimientos de culpa, remordimiento, ansiedad, apatía, sobre todo cuando paso un cierto tiempo, en ocasiones se puede presentar un auto-castigo que puede generar Rasgos Depresivos más severos

En el cuadro Número 2, se detallan los Rasgos Depresivos predominantes que presentan las adolescentes encuestadas y que manifestaron haber tenido un aborto inducido, entre los que se encuentran los siguientes: Depresión Suicida 72.2%, Apatía-Retirada 71%, Hipocondriasis 69%, Culpabilidad-Resentimiento 67.8%, Depresión Ansiosa 65.6%, Agitación 61.8%, y Depresión Baja Energía.

La gráfica Número 2, señala el rasgo depresivo de Hipocondriasis calificado en la media aritmética con el 6.9, con lo que se acepta/comprueba la H_1 -2, que buscó confirmar que: Las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentan Hipocondriasis.

Describieron que algunas sensaciones y aspectos normales y habituales los interpretan a menudo como anormales y perturbadores, es decir, una alteración estomacal la relacionaban directamente con la sensación de sentirse embarazadas. En estos casos, la atención suele estar centrada en uno o dos de los órganos y las funciones de los aparatos reproductivo, digestivo y nervioso.

Esto provoca un impacto serio en la personalidad, se potencia cuando se agregan lesiones psicosomáticas en los genitales."Es algo bien conocido que tal división artificial es inexistente en la realidad, por que tales complicaciones van siempre acompañadas de ansiedad, angustia de castración, de muerte, mutilación es decir, de una considerable estrés emocional por la participación de órganos tan altamente valorados narcisísticamente como son los genitales **(Aray, 1968, p.2)**.

Es frecuente la expresión de síntomas somáticos que podrían ser: ardor en la boca del estómago, trastornos gástricos, cefaleas, hipertensión, opresión en el pecho. “El duelo puede ser considerado como una enfermedad cuando se introducen factores de desequilibrio en uno o varios de los elementos de la persona”. **(Sánchez, 2001, p.25).**

Continuando con la Gráfica Número 2 se detallan los rasgos depresivos identificados y con presencia en las adolescentes encuestadas que dijeron haber tenido un aborto inducido. Se acepta/comprueba la Hi-3 que señala: las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentan depresión suicida. De acuerdo con el instrumento aplicado CAQ, se demuestra que la depresión suicida se presentó con puntajes altos calificados con 7.22 en una media aritmética.

La Depresión Suicida fue el rasgo depresivo con mayor puntaje obtenido en relación con los otros 11 rasgos identificados y calificados. Al haber una alteración en la conducta presentan comportamientos característicos tales como: arrebatos de enojo, angustia, llanto, tristeza, aislamiento, expresión verbal de pensamientos suicidas, imaginación o añoranza de haber vivido o interactuado con lo que vendría a representar la figura del “hijo”, inestabilidad anímica, falta de apetito, alteraciones del sueño, etc.

El aborto trae consigo un duelo que se hace más patológico mientras existan más perturbaciones en la personalidad previa a esta experiencia, es así como personalidades psicóticas, fronterizas, reaccionan con mayor patología frente a esta situación traumática. “La existencia de serias perturbaciones como consecuencia de esta experiencia se hace particularmente seria en las etapas tempranas y medias de la adolescencia, más allá de la conveniencia de la interrupción del embarazo”. **(Aray, 1968, p. 1).**

Se observa en el gráfico 2 en las adolescentes que presentaron un aborto inducido síntomas de agitación con una media de 61.8 indicando un puntaje alto por lo que se

acepta/comprueba la hipótesis, Hi-4, que las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentan síntomas de agitación.

Las tendencias a conductas maníacas caracterizadas por la impulsividad en sus actividades y el olvido de las inhibiciones, producen embarazos en condiciones que práctica y obligadamente llevan al aborto por razones internas. La mujer o el hombre se entregan a relaciones fugaces e irresponsables, sin tomar ninguna precaución anticonceptiva, como intento de revelarse a las prohibiciones superyoicas, aunque en realidad éstas conductas son acompañadas de expresiones como, *no pasa nada, sin embargo*, “sólo enmascaran un sometimiento masoquista al súper yo, buscando consecuentemente el autocastigo”. **(Calandra, et als., 1973, citado en Bello y Ocampo, 1992, p. 67).**

También se aprecia en el mismo gráfico que las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentaron Depresión Ansiosa con una media de 6.78, indicando un puntaje alto respecto de la escala promedio, por lo tanto se acepta/comprueba la hipótesis, Hi-5, que buscó demostrar que las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentarían ansiedad.

Cuando una adolescente se deja llevar por sus impulsos y se embaraza, con la conciencia de haber cometido un error y sabe que eso pondría en riesgo su estabilidad en el plano familiar, social y profesional, el hecho le produce vergüenza y por lo tanto, cree conveniente deshacerse del producto, por lo que su primer recurso es recurrir a la interrupción del embarazo.

Las respuestas emocionales a la pérdida que se origina cuando se interrumpe el embarazo son, por lo general, intensas y prolongadas. En la mayoría de los casos, se registran en la mujer que aborta, episodios de cólera y autoreproches de manera persistente, que al dominarla por tiempo prolongado la convierte en un ser incapaz de replantearse su vida a través de la búsqueda de soluciones, lo que la mantiene en una constante desorganización.

Los efectos del aborto incluyen sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis y de enfermedades psicopáticas, tendencia al suicidio.

Se consideran una persona poco valiosa y eso les genera que la culpa las acompañe todo el tiempo, claro pueden llegar a refugiarse en otras actividades creyendo que eso soluciona o simplemente evaden el tema del aborto.

Cuando en casa no lo saben te sientes el ser más despreciable del mundo y les va generando conflicto con las personas que compartían su tiempo la propia angustia provoca que en verdad que se den cuenta que fue lo que hiciste y vuelve aparecer la culpa es complicado que la separes y como se sienten descubiertas se inicia la agresión sin importar quien sea.

En la Hi-6 se logro identificar que las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentaron depresión baja energía con una media aritmética 6.06 que se considera elevado en comparación al estándar promedio por lo que se acepta/comprueba Hi-6.

El duelo es un afecto normal ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, la patria, la libertad, un ideal. En el proceso e duelo normal, el yo emprende una dolorosa lucha por retirar la energía libidinal del objeto perdido esta lucha es paulatina y demanda un enorme gasto de tiempo y energía psíquica. Al final, el YO vuelve a quedar libre y dispuesto a establecer nuevos vínculos con el mundo externo. El duelo está matizado por sentimientos ambivalentes hacia el objeto y la culpa generada por su pérdida. “La persona puede reaccionar con angustia o depresión frente a una separación, o ante la pérdida de un objeto o recuerdo que contenga algo emocionalmente muy valorado, como puede ser, en este caso, la experiencia de abortar y lo que ello significa “. **(Arellano, 1989, p. 42)**

La hipótesis, Hi-7, que buscó identificar en las adolescentes que tuvieron un aborto inducido la presencia de síntomas de culpa-resentimiento se acepta/comprueba. Hi-7 al

demostrar en la Gráfica Número 2 que la contempla con el puntaje de 6.78 en la media aritmética, que sigue considerándose con puntajes altos de acuerdo a la escala promedio de la propia prueba aplicada.

Después de un aborto aparecen o aparecen sentimientos de culpa, tristeza y pérdida, estos no son inherentes a la experiencia del aborto sino que estos están relacionados con la represión y las condiciones de clandestinidad en que está inmersa, así como por los condicionamientos sociales que imponen a la adolescente el oficio de ser madres, aún en contra de sus deseos.

Las adolescentes sienten la inquietud, curiosidad o deseo de practicar las relaciones sexuales, con frecuencia estos encuentros sexuales les producen arrepentimiento y ocasionalmente sentimientos de culpa y fracaso hacia principios morales y familiares.

Es frecuente que después de un aborto aparezcan sentimientos de culpa, tristeza y pérdida, generalmente la decisión de poner fin a un embarazo no deseado culmina con una sensación de alivio. Aun cuando en la sociedad que vivimos no es fácil para las adolescentes decidir libremente si desean o no ser madres.

Para concluir con la Gráfica número 2, esta muestra que la Apatía- Retirada se calificó con una media aritmética de 7.1, por lo que se acepta/comprueba la Hi-8., que buscó demostrar que las adolescentes que tuvieron un aborto inducido presentarían apatía-retirada.

La pérdida de un objeto cargado de significado emocional consciente o inconsciente, desencadena un proceso de duelo, mismo que abarca dinámicamente la totalidad de la personalidad del individuo y se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, así como por la falta de interés en el mundo externo.

Es importante señalar que los siete rasgos identificados y calificados que se presentan en la Gráfica número 2, presentaron puntuaciones mayores con respecto a la escala

promedio que establece la prueba aplicada CAQ, que es de 5 a 6 puntos, lo que indica teóricamente una normalidad en la conducta del sujeto estudiado, por lo que al ser elevadas por encima de ese rango, nos indican una desviación de la conducta por lo que se corrobora que si existen rasgos depresivos en las adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron un aborto inducido.

La Gráfica Número 3 indica los Rasgos Depresivos menos predominantes que se identificaron en las adolescentes encuestadas que refirieron haber tenido un aborto inducido, mismos que presentaron puntuaciones Promedio entre 5-6 que son: Desajuste Psicológico 59.8%, Paranoia 58.2%, Esquizofrenia 57.2%, Desviación Psicopática 54.4% y psicastenia 52.8. Se observa que los rasgos que denomina la ciencia médica como patológicos presentan una puntuación en la escala promedio, lo que no descarta la existencia de los mismos y demuestra la alteración en la conducta de los sujetos de la aplicación, mismos que están presentes reiteradamente en el proceso de duelo.

En la Gráfica número 4, se realizó una división por rango de edad, (12 a 15 años de edad, Grupo 1) y (16 a 19 años de edad, Grupo 2), y los rasgos depresivos que se presentan en cada uno de los grupos de clasificación hecha para su comparación.

Es importante mencionar que al hacer una comparación de los rasgos depresivos entre los Grupos 1 y 2, se demuestra que las adolescentes de 16 a 19 años (G2) presentan diferencias considerables al calificar con puntuaciones altas se tomaron los 6 rasgos mas significativos de cada grupo que son: Depresión Suicida 76%, Culpabilidad-Resentimiento 72.8%, Depresión Ansiosa 71.6%, Hipocondriasis 70.4%, Apatía-Retirada 70%, Depresión Baja-Energía 64.4%. Mientras que las adolescentes de 12 a 15 años (G1), presentaron 6 rasgos con puntuaciones altas: Apatía-Retirada 72%, Depresión Suicida 68.4%, Hipocondriasis 67.6%, Culpabilidad Resentimiento 62.8% Agitación 61.6%. y Depresión Ansiosa 56.6%.

Por lo que se puede demostrar que dentro del Grupo 2 la presencia de rasgos depresivos tienden a ser más elevados, la circunstancia que probablemente este

interrelacionada con la presencia de altos puntajes según la media aritmética es que las adolescentes después de haber tenido un aborto inducido, aunado a la falta de conocimientos al respecto y la situación económica en la que manifestaron vivir, son circunstancias que permiten que los rasgos depresivos se acentúen resultado de la ausencia de psicoterapia.

En la Gráfica número 5, se sistematizan los Rasgos Depresivos predominantes en adolescentes de 12 a 15 años, que refleja al rasgo depresivo con mayor presencia a la Apatía-retirada calificada con una media aritmética de 7.2, seguido por la Depresión Suicida con una media aritmética de 6.84, Hipocondriasis con una media aritmética de 6.76, Culpabilidad-Resentimiento con una media aritmética de 6.28, Agitación con una media aritmética de 6.16 y por ultimo Depresión Ansiosa con una media aritmética de 5.96.

En la Gráfica número 6, se muestran los Rasgos Depresivos predominantes en adolescentes de 16 a 19 años, que refleja las puntuaciones establecidas con la media aritmética siguiente: Depresión Suicida 7.6, Culpabilidad-Resentimiento 7.28, Depresión Ansiosa 7.16, Hipocondriasis 7.04, Apatía -Retirada 7.0 y Depresión Baja Energía 6.44.

En la Gráfica número 7, se establecen los parámetros de edad-aborto, respecto de la información proporcionada por las adolescentes encuestadas que tuvieron un aborto inducido, analizando que a los 15 años un 26% de la muestra aplicada se realizó el aborto, a los 14 años el 18%, a los 16 años el 16%, a los 17 años el 12%, a los 19 años el 8%, a los 13 años el 4%, a los 12 años el 2%.

La precocidad en las relaciones sexuales se presenta con mayor frecuencia debido a la influencia de situaciones externas tales como los medios de comunicación principalmente y a la cada vez mayor circulación de literatura barata sobre el tema, aunado al incremento de abusos sexuales infantiles.

La iniciación sexual entendida como la primera experiencia coital, presenta particulares características dentro de nuestra cultura, por lo que se convierte en una meta, una experiencia que divide a la sexualidad en "infantil" y "adulta". Más allá de las motivaciones conscientes o inconscientes que intervienen en el proceso de decisión de ser sexual con un/a otro/a, es prácticamente universal que el acto de la penetración sea vivido como el suceso o momento relevante.

Por lo que se puede apreciar las adolescentes cada vez inician su vida sexual a muy corta edad y la forma de ejercerla sin responsabilidad puede traer un embarazo no deseado, la adolescencia es una etapa de transición de la vida infantil a la vida adulta se inicia una pauta de conductas que corresponden al nuevo funcionamiento de su cuerpo, se consolidan las transformaciones físicas, se construye su propia personalidad es un tiempo de cambio de descubrimientos, se ponen en práctica las fantasías sexuales, los genitales se definen teniendo sus primeras relaciones sexuales que puede estar llena de riesgos, inestabilidad e incertidumbre.

La Gráfica número 8, indica la procedencia de información sobre sexualidad que recibieron las adolescentes encuestadas que tuvieron un aborto inducido, lo que refleja no sólo el desconocimiento del tema sino que influye directamente para el ejercicio de la sexualidad sin responsabilidad y por consiguiente los embarazos no deseados. Causas que podrían confirmar la presencia de rasgos depresivos después de provocar el aborto inducido.

La Gráfica número 8 ordena en relación a la cantidad de puntajes obtenidos a través de porcentajes la procedencia de la información sobre sexualidad obtenida por las adolescentes encuestadas, el 38% refirió que recibieron información de sus familiares, el 34% de profesores, el 18% de pláticas con amigos, el 10% por medio de la televisión y de películas. Los medios masivos de comunicación muestran una deficiente información con respecto a sexualidad y métodos de anticoncepción para evitar la reproducción del ser humano.

En la Gráfica número 9, se establece el análisis de los conocimientos sobre anticonceptivos que refirieron tener los sujetos de la muestra aplicada a través del *Cuestionario de Conocimientos y Ejercicio de la Sexualidad*, en donde se aprecia que las adolescentes manifiestan conocer el uso del condón y el dispositivo intrauterino DIU en un 90% en contraposición en un 0% de conocimiento de la cirugía conocida como ligadura de trompas (salpingoclasia) y la vasectomía. Cabe mencionar que las adolescentes conocen estos métodos pero no los utilizan en sus relaciones sexuales o el tan frecuente error humano lo que trae como consecuencia un embarazo no deseado así como diversas enfermedades venéreas.

El gráfico número 10, muestra la referencia del sujeto que realizó operativamente el aborto en las adolescentes encuestadas, lo que indica que el 56% se lo provocó a sí misma, el 16% acudió con un especialista en medicina para la práctica del legrado, el 14% manifestó que su pareja le provocó el aborto sin referir de que manera, el 8% restante indicó que algún miembro de su familia provocó el aborto y el 6% recurrió con una hierbera.

La Gráfica número 11 clasifica los métodos más utilizados por las adolescentes para provocar el aborto, el 52% uso la ingesta de pastillas o medicamentos no prescritos, 14% recurrieron al legrado, 12% se provocó una o varias caídas, 10% ingirió hierbas, otro 10% se lastimó vía vaginal con objetos punzo cortantes, 2% estableció otro método sin especificar. Lo anterior significa que las adolescentes no tuvieron apoyo para tener al hijo lo cual las llevó a interrumpir el embarazo en donde el método con mayor frecuencia al que tienen acceso las adolescentes es la ingesta de pastillas.

En la Gráfica número 12 se clasifican los motivos que expresaron las adolescentes encuestadas para llevar a cabo la interrupción del embarazo, el 44% refirió tomar la decisión del aborto por cuestiones económicas, el 28% refirieron que su pareja rechazó la situación del embarazo, el 12% manifestó tener problemas familiares de violencia y humillaciones, aunado a la presión y falta de apoyo para continuar con el embarazo, el 8% mencionó que fueron víctimas de violación, el 8% restante indicó otra situación sin especificar, de acuerdo a los criterios de la prueba aplicada.

En la Gráfica número 13, se organizó para referir la relación entre la interrupción del embarazo y la esfera emocional – sentimental de las adolescentes encuestadas, el 50% refirió sentirse culpable por considerar un crimen el aborto, el 18% refirió sentir remordimiento al considerar el aborto como un pecado por privar de la vida a un ser humano, 14% mencionó sentir rechazo de la pareja, el 12% refirió sentirse rechazada, avergonzada por la familia y el 4% expreso sentir falta de apoyo de las instituciones al haber sido víctimas de violación. Tienen más probabilidades de sufrir problemas emocionales y psiquiátricos graves que las que se lo han practicado por razones de conveniencia,

El 2% restante mencionó sentirse culpables por otra circunstancia, que no especificaron.

V. CONCLUSIONES

Del estudio realizado de manera teórica y de campo, podemos concluir que las adolescentes entre los 12 y 19 años comienzan su vida sexual activa a muy temprana edad, misma que está caracterizada por falta de información y en respuesta a una situación fisiobiológica carente de responsabilidad.

Por consiguiente, al verse inmersas en un embarazo no deseado, con todos los problemas que esto les implica, recurren a personas y métodos que ponen en riesgo no sólo la vida del producto de la gestación, sino que ellas mismas exponen sus propias vidas.

Como resultado de la toma de una decisión de la magnitud de interrumpir el embarazo, sumado a la falta de información o conocimientos de su sexualidad y vivir en un ambiente hostil económico y afectivo, las consecuencias emocionales son severas.

También es importante puntualizar que ninguno de los sujetos de la muestra había referido haber acudido a un especialista en Psicología para resolver el conflicto emocional experimentado después de la pérdida del producto de la gestación.

Por lo que se demuestra que es necesaria una psicoterapia para las adolescentes que tuvieron un aborto inducido, con la finalidad de restablecer su salud psicoemocional, con lo cual tendrían diversas oportunidades de entender el suceso del aborto, tomar con responsabilidad su vida y el ejercicio de su sexualidad y, primordialmente, no decidir utilizar el aborto como un medio de anticoncepción.

Es necesario que existan factores sociales que faciliten el proceso de niño a adulto que requiere el adolescente con base en una infraestructura que lo sostenga en el entretejido social, proporcionándoles actividades de tipo informativo, formativo, productivo y recreativo que les permita posponer la adquisición de compromisos considerados de la vida adulta como el matrimonio y la procreación.

La ausencia de profesionistas en Psicología, Orientación Sexual y Trabajo Social en la etapa de educación media y media superior hace que se incremente la práctica del aborto inducido por adolescentes carentes de información, medios económicos y afectivos, lo que trae consecuencias alarmantes para su salud física, mental y emocional.

Una vez que se ha realizado la interrupción del embarazo, sería adecuado que las adolescentes siguieran un tratamiento psicológico que les permita entender el significado de la pérdida del producto, ya que si se abstienen de tratar el tema lo único que lograrán serán mayores problemas a futuro.

Un adecuado proceso para la elaboración del duelo les permitirá a las adolescentes que atraviesan por la decisión voluntaria o no de haberse practicado un aborto, entender su vida sexual y afectiva a futuro y, por consiguiente, la práctica de su sexualidad de manera responsable.

Asimismo, identificarían cuáles son los rasgos depresivos que presentan las adolescentes después de haberse sometido a un aborto inducido y buscar alternativas de ayuda para superarlos.

El análisis demostró que todas las adolescentes encuestadas que refirieron haberse practicado un aborto presentaron rasgos depresivos.

Esta investigación concluye que las adolescentes entre 12 y 19 años que se practicaron un aborto inducido presentan los siguientes rasgos depresivos: Depresión Suicida 72.2%, Apatía-retirada 71%, Hipocondriasis 69%, Culpabilidad-Resentimiento 67.8, Depresión Ansiosa 6.56%, Agitación 61.8% y Depresión Baja Energía 60.6%.

ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTOS Y EJERCICIO DE TU SEXUALIDAD

Folio _____

Fecha: _____ Grado: _____ Religión: _____ Edad: _____ años.

Escuela: _____ Turno: M V

Este cuestionario es de carácter investigativo, por lo que los datos contenidos en él, serán guardados en secrecía (secreto)

Instrucciones: marca con una "X" la respuesta que consideras adecuada, para ti.

1.- El tema de salud reproductiva lo conociste por medio de:

- a) Revistas
- b) Plática con amigas y amigos
- c) Profesores en la escuela
- d) Familiares
- c) Películas o en la televisión

2.- Los anticonceptivos mecánicos son:

- a) Condón, dispositivo intrauterino (DIU)
- b) Espumas y óvulos vaginales
- c) Ligadura de trompas y vasectomía
- d) Ritmo: hasta cinco días después de la regla
- e) Patillas e inyecciones anticonceptivas

3.- El embarazo se inicia con:

- a) La ovulación
- b) La penetración del espermatozoide dentro del óvulo
- c) La nidación en la matriz del huevo fecundado

4.- ¿Te has embarazado?

Sí No

5.-¿ Has tenido algún aborto?

Sí No

6.- El aborto fue:

- a) Espontáneo (se produjo solo)
- b) Inducido (provocado por otra persona)

7.- El aborto fue producido por:

- a) Familiar
- b) Pareja
- c) Médico
- d) Partera
- e) Hierbera
- f) Por mí misma

8.- Para el aborto se usó:

- a) Medicinas
- b) Hierbas
- c) Botellas (succión)
- d) Objetos punzo cortantes (agujas, varas, ganchos de tejer, tapas de cosméticos)
- e) Caídas
- f) Legrado (raspado de matriz)
- g) Otro

9.- Aborté porque

- a) Hubo rechazo familiar
- b) Hubo rechazo por mi pareja
- c) Por falta de recursos económicos
- d) Porque fui violada
- e) Otra indícala _____

10.- El aborto me hizo sentir culpable porque

- a) Lo considero pecado
- b) Lo considero un crimen
- c) Porque las autoridades no se preocuparon de mi violación y embarazo
- d) Porque me rechazó mi familia
- e) Porque me rechazó mi pareja
- f) Porque lo deseaban mis otros hijos

COMENTARIOS:

B) Plantilla de corrección CAQ

N.º 139

CAQ

Plantilla de corrección

- Coloque esta plantilla sobre la Hoja de respuestas de modo que por los círculos de referencia aparezcan los asteriscos impresos en la Hoja.
- Obtenga la puntuación en cada escala (D1 a PS), comenzando por la izquierda y sumando los puntos obtenidos por el sujeto (señales que aparezcan por los círculos transparentes), hasta terminar en el margen derecho. Anote el resultado obtenido en la casilla existente a la misma altura en la Hoja.
- En todas las escalas hay respuestas valoradas con 2 ó 1 puntos.

Copyright © 1996 by TEA Ediciones, S. A. - Adaptación de N. Steinfeld y J. M. Prieto Zamora - Con permiso de SPAT (KAO, S. E. KRIJZ, Institute for Personality & Ability Testing), Copyright © 1970 - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita: TEA Ediciones, S. A., Fray Bernardino de Sahagún, 24, 28036 Madrid - Impr.: Aguirre Campaño, S.A. - 15.000 ejemplares - Impreso en papel M - 4.239-1996.

*

D1	1 0 0 2 2 0 0 1	2 0 0 1	1 0 0 2 2 0 0 1	1 0 0 2	1 0 0 2	1 0 0 2
D2	1 0 0 2	1 0 0 2 2 0 0 1	1 0 0 2 2 0 0 1	2 0 0 1	2 0 0 1	1 0 0 2
D3	1 0 0 2 2 0 0 1	1 0 0 2 2 0 0 1	1 0 0 2 2 0 0 1	2 0 0 1	1 0 0 2	1 0 0 2
D4	2 0 0 1	2 0 0 1	2 0 0 1	2 0 0 1	1 0 0 2	1 0 0 2
D5	1 0 0 2	1 0 0 2	1 0 0 2	1 0 0 2 2 0 0 1	1 0 0 2 2 0 0 1	2 0 0 1
D6	2 0 0 1	2 0 0 1	1 0 0 2 2 0 0 1	2 0 0 1	2 0 0 1	2 0 0 1
D7	1 0 0 2 2 0 0 1	2 0 0 1	2 0 0 1	2 0 0 1	1 0 0 2 2 0 0 1	1 0 0 2
PA	2 0 0 1	1 0 0 2 2 0 0 1	1 0 0 2	1 0 0 2	1 0 0 2	1 0 0 2
PS	1 0 0 2	1 0 0 2	1 0 0 2 2 0 0 1	2 0 0 1	2 0 0 1	1 0 0 2
SC	1 0 0 2 2 0 0 1	1 0 0 2	1 0 0 2 2 0 0 1	2 0 0 1	2 0 0 1	1 0 0 2
AS	1 0 0 2	1 0 0 2	1 0 0 2	1 0 0 2	1 0 0 2	1 0 0 2
PS	1 0 0 2	1 0 0 2	1 0 0 2 2 0 0 1	2 0 0 1	2 0 0 1	1 0 0 2

*

CONFIDENCIAL. Esta plantilla contiene la clave de la prueba. Guárdela de forma que no sea vista por otras personas.

C) Hoja de perfiles CAQ

CAQ
Hoja de perfil

Apellidos/Nombre _____

Edad _____

Sexo _____

Observaciones _____

Esc	PD	DE	Escala										Descripción
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
D1		Decatras bajas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Preocupado por la salud, los desastres y las funciones corporales
D2		Satisfecho de la vida y sus aspectos, goza de ella	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Insatisfecho de la vida, accoge pensamientos autodestructivos
D3		Evita situaciones con riesgos, poca necesidad de excitación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Incurable, busca excitación, acepta riesgos, intenta lo nuevo
D4		Sossegado, con calma sin emergencias, confía en el entorno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tenso, desahogado manejando algo, perturbado, sueños molestos
D5		Enérgico, muestra entusiasmo por el trabajo, sueño profundo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Preocupado, sin energía para actuar, sentimientos de inutilidad
D6		No perturbado por culpabilidad o dejar algo importante por hacer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Autocritico, se acusa de los errores, sentimientos de culpabilidad
D7		Rafajado, considerado y amigoso con las personas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Evita conflictos interpersonal, no se hace culpable con los demás
Pa		Confiado, no le afectan los celos o pensamientos de envidia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Cree que se le persiguen, esca, control o mertra
Pp		Sensato, evita implicarse en algo ilegal o romper las normas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No le clauder las críticas, acepta lo antisocial en el sistema o en otros
Sc		Evalúa con realidad a las personas, sin conductas regresivas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Con impulsos recurrentes o recurrentes, se aleja de la realidad
As		No le molestan ideas inoportunas o hábitos compulsivos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Le molestan ideas repetitivas, resistentes o hábitos compulsivos
Ps		Se considera tan apto, confiable y agradable como la mayoría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tímido, pierde su apiano, con pensamientos de inferioridad

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A., Knobel, M. (1988). La Adolescencia Normal. Edit. Paidós. México. Pág.163
- Alarcón Von, P. Claudio. (1999). Diccionario de Psicología Individual. Edit. Síntesis. España. Pág.461
- Aray, Julio. (1993). Aborto Estudio Psicoanalítico. Edit Hormé, Venezuela. Pág.395
- Arellano, Z. Everardo. (1989). Entorno Psicosocial que Dificulta la Elaboración del Duelo en el Aborto. Tesis UNAM, Facultad de Psicología, México. Pág.134
- Bello, Maldonado. Ma. del Rocío. y Ocampo, A. Ma. Ángeles. (1992). Efectos Psicológicos del Aborto Provocado. Tesis UNAM, Facultad de Psicología, México. Pág.268
- Bernal, Ricardo. (1997). Metafísica del Aborto. Edit. Ediciones del Ermitaño. México. Pág.263
- Bruno, Frank. J. (1986). Diccionario de Términos Psicológicos Fundamentales. Edit. Paidós. Barcelona. Pág.310
- Calandra, D. y Col. (1973). Aborto: Estudio Clínico Psicológico Social y Jurídico. Edit. Medica Panamericana. Buenos Aires. Pág.382
- Calderón, Guillermo. (1990). Depresión. Causas y Manifestaciones y Tratamiento. Edit. Trillas. México. Pág.243
- Castellanos, S. Jorge. (2005). Jus Médica. Apuntes de Medicina Legal y Forense. Gineco-obstetricia. México. Pág.40
- CIE-10. (2000). Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Edit. Médica Panamericana. España. Pág.315
- Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales. (2002). Edit. Sista. México. Pág.171
- Coromias, Juan. (1961). Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. Edit Gredos. Madrid. Pág.627
- Cosacov, Eduardo. (2004). Diccionario de Términos de Psicología. Edit. Brujas. Argentina. Pág.271
- Consejo Nacional de Población. La Educación de la Sexualidad Humana. (1982). Familia y Sexualidad. Tomo II. México. Pág.248

- Davidoff, Linda L. (1989). Introducción a la psicología. Edit McGraw-Hill. México. Pág.698
- De la Fuente, Ramón. (1959). Psicología Médica. Edit. Fondo de Cultura Económica. México. Pág. 444
- Del Río, Eduardo. (1993). De aborto sexo y otros pecados. Edit. Grijalbo. México. Pág.143
- Deutch, Helene. (1952). La Psicología de la Mujer. Vol. II. Edit Losada. Buenos Aires. Pág.357
- DSM-IV. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Edit. Masson.S.V. Pág.908
- Freud, Sigmund. (1984). Duelo y Melancolía. Obras Completas tomo XIV. Edit Amorrurtu Editores. Argentina. Pág.389
- Fromm-Reichmann, F. (1973). Psicoterapia Intensiva en los Maniaco Depresivos. Edit. Horme. Buenos Aires. Pág.215
- Gallotti, Alicia. (2000). Todos los Secretos de tu cuerpo Guía Sexual para Adolescentes. Edit. Juventud, S.A. Barcelona. Pág.156
- Gradillas, Vicente. (1998). Psicopatología Descriptiva Signos, Síntomas y Rasgos. Edit. Pirámide. Madrid. Pág.315
- Gisper, C. Jorge. (2004). Prevención del Embarazo No Deseado. Edit Alfil, México. Pág.281
- González, G. Eva. (1997). Psicología General. Edit. Publicaciones Culturales. México. Pág.262
- González, N. José de Jesús.,Romero, A. Javier., Tavira, Federico y Noriega. (1989). Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes. Edit. Trillas. México. Pág.190
- Grinberg, León. (1983). Culpa y Depresión. Edit. Alianza. Madrid. Pág.281
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. Edit. Mc Graw Hill. México. Pág. 501
- Kancyper, Luis. (1991). Resentimiento y Remordimiento. Edit. Paidós. Argentina. Pág.155
- Kaplan, Louise. (1986). Adolescencia el Adiós a la Infancia. Edit. Paidós. Buenos Aires. Pág. 242

- Krug, Samuel. (2005). Cuestionario de Análisis Clínico. Edit. TEA. Madrid. Pág.56
- Kolodny, R., Masters, W. & Johnson, V. (1983). Tratado de Medicina Sexual. Edit. Salvat. Barcelona. Pág.462
- Laplanche y Pontalis. (1983). Diccionario de Psicoanálisis. Edit. Labor. Barcelona. Pág.535
- Langer, Marie. (1988). Maternidad y Sexo. Edit. Paidós, Barcelona. Pág.253
- Leal, Luisa. (1980). El Problema del Aborto en México. Edit. Miguel Ángel Porrúa. México. Pág.180
- Lorraine, Sherr. (1992). Agonía, Muerte y Duelo. Edit. El Manual Moderno. México. Pág.273
- Mailer, S. Susan. (1982). Algunos Efectos del Aborto en la Mujer. Tesis de Maestría Facultad de Psicología UNAM, México. Pág.198
- Mc Dougall, Joyce. (1998). Las Mil y Una Caras Del Eros (La Sexualidad Humana en Busca de Soluciones). Edit. Paidós. Buenos Aires. Pág.321
- Migoni, Rodríguez Alicia. (1983). Algunos Rasgos de Personalidad Observados en un Grupo de Mujeres que Recurren a una Institución por Problemas de Aborto. Tesis UNAM, Facultad de Psicología. México. Pág.189
- O' Connor, Nancy. (1990). Déjalos Ir con Amor: La Aceptación del Duelo. Edit. Trillas. México. Pág.166.
- Ortiz, Adriana. (1994). Razones y Pasiones en Torno al Aborto. Edit. Edamex. México. Pág. 334
- Padilla, Teresa. (1988). Masculinidad y Aborto. Edit. IIPCS. México Pág.90
- Panfleto de Laboratorio Wyeth. (2003). México.
- Papalia, E. Dianne, Wendkos, O. Sally. (1995). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Edit. Mc Graw Hill. Bogota. Pág.672
- Pérez Rubio Deyanira. (1997). Investigación Entorno a los Efectos Psicológicos del Aborto. Tesis UNAM, Facultad de Psicología. México. Pág.88
- Publicaciones Médicas de la Federación Internacional de Planificación de la Familia. (1981). Manual de Planificación Familiar para Médicos. Edit. I.P.P.F. Inglaterra. Pág.100
- Quesada, Castillo Maria del Rocío. (1972). El Aborto Inducido como Medio de Controlar la Natalidad y su Dimensión Social en México. Tesis UNAM, Facultad de Psicología. México. Pág.102

- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Edit. Espasa Galpe. Edición vigésima Primera. Madrid. Pág.1513
- Sánchez, Ezequiel. (2001). La Relación de Ayuda en el Duelo. Edit. Sal Térrea Santander. España. Pág.112
- S/A. “El proceso de duelo”. En <http://webpages.ull.es/users/almigar/duelo1.htm>.; 12 de junio de 2006. Pág. 21
- Sherwert, H., Robert, J. Myron, H.& Arnol, W. (1976). Terminología Psiquiátrica y de la Clínica Psicológica. Edit. Trillas. México. Pág.197
- Sultan; Charles. Hôpital A. Villeneuve, Montpellier. En Journal D’Endocrinologie Pedriatique. 20 de Marzo 2000. Pág.50
- Thévenet, Eduardo. (1978). El Aborto en Uruguay. Edit. Montevideo. Uruguay. Pág.105
- Varios autores. (1975). Enciclopedia de la sexualidad. Edit. Fundamentos. Madrid. Pág.351