



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**“INTERVENCIÓN EN CRISIS EN SITUACIONES
DE ABORTO INDUCIDO”**

**TRABAJO FINAL DE
DIPLOMADO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

IRIS ARELY ANDARIO CERVANTES

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA
COMITÉ: LIC. FELICITAS DOMÍNGUEZ ABOYTE
MTRA. ALBA ESPERANZA GARCÍA LÓPEZ
MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA
MTRO. RICARDO VICTORICO RÍOS HDZ.



MÉXICO, D. F.

2009



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.



AGRADECIMIENTOS

La Universidad Nacional Autónoma de México, es la institución más sólida del país, y tengo el orgullo de ser egresada de uno de sus grandes campus que es la FES-Zaragoza, quien entre sus aulas y pupitres resguardan la parte más importante de mi vida académica.

Debo reconocer que en algún momento de la carrera creí que no lo lograría y que lo mejor sería desistir del camino... y... mírenme ahora...

No tengo palabras para demostrar todo lo que mi ser siente mientras escribo estas breves líneas, pero el motivo al parecer es bastante obvio ya que se encuentra en ésta página... y los agradecimientos no son muchos pero si son importantes y la primera es mi mamá, a quien en pocas palabras le debo íntegramente todo mi ser.

Ya entrada en estos menesteres, se encuentra una persona muy especial quien a decir de Pumba, es la mejor de mis mejores amigas y su nombre es: Jocelyn Campos Luna, es la persona que ha estado conmigo desde hace muchos años y a quien de entre tantas cosas de las que tengo que agradecer es el haberme impulsado a estudiar Psicología.

Posteriormente, quiero agradecer a mis diplomáticamente nombradas “4 fantásticas”, o sea mis amigas, a quienes no tengo que recordarles lo que hemos vivido, solo que a pesar de ser todas tan diferentes nos acoplamos fantásticamente y no tengo para ellas más que el mayor de mis agradecimientos, porque simplemente son maravillosas (aunque pareciéramos mueganos durante todos estos años).

En realidad, siempre quise decir algo así de trillado: “no quisiera omitir a nadie, y este párrafo corresponde a cada una de las personas que se han cruzado por mi camino, gracias por compartir un instante conmigo”. Obviamente no puedo dejar de mencionar a mis hermanos, que poco o mucho, pero siempre me han apoyado.

No podía dejar fuera al hombre más maravilloso que pude hacer conocido, una persona realmente especial, su nombre es Ángel no me cansaré de decirle a cada momento gracias, gracias de verdad por todo.

Y por último, pero no menos importante, es la personita más maravillosa del mundo Astrid, mi niña preciosa que me acompañó durante el proyecto “diplomado” y a quien siempre tendré presente a cada paso de mi vida y solo puedo decirle: que ¡cada uno de los desvelos se los voy a cobrar con creces y un poco más! precio que será cobrado con mil millones de sonrisas.



INTERVENCIÓN EN CRISIS EN SITUACIONES DE ABORTO INDUCIDO

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Resumen	5
Introducción	5

CAPÍTULO I

Intervención en crisis

Definición de crisis	8
Teoría de la crisis	9
El modelo de Intervención en Crisis	10
¿Para qué sirve la Intervención en Crisis?	11
El perfil o estructura del CASIC.....	12
Factores que desencadenan una crisis	13
Crisis evolutivas	14
• Crisis del desarrollo	14
Crisis circunstanciales	17

CAPÍTULO II La mujer...

En lo psicológico	19
En lo social	19
Ante la liberación femenina	21
En la libertad	22
La mujer ante el embarazo	22
• Las etapas del embarazo para la madre	23
• Factores de riesgo.....	25
• Aspectos psicológicos	25
• La crisis del embarazo	25
• Cuando es un embarazo inesperado	27
¿Qué es el aborto?	28
• Aborto espontáneo	28
• Aborto inducido	29



• Procedimientos para la inducción del aborto	29
• Consecuencias físicas y psicológicas del aborto	31
• Complicaciones tardías	32
• Aborto clandestino o de riesgo	32
• Consecuencias Sociales	34
• Repercusiones psicológicas	34
• Síndrome Post- Aborto (SPA)	35
○ Principales características del (SPA)	36
• ¿Por qué abortan las mujeres?	
○ Factores que intervienen para la decisión de abortar	41
El aborto en la historia	45
El aborto en el siglo XX	47
El aborto en México	49
La interrupción legal del embarazo en el DF	50

CAPÍTULO III

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Principales Influencias psicológicas	55
Principales conceptos teóricos	56
El ABC de la TRE	58
La naturaleza de la salud y las alteraciones psicológicas	60
Adquisición y perpetuación de la alteración psicológica	64
La teoría del cambio terapéutico	66
Estrategias de tratamiento en la TRE	68
Intervención en crisis en abortos inducidos por medio de Terapia Racional Emotiva.	69
Conclusiones	73
Referencias bibliográficas	75



INTERVENCIÓN EN CRISIS EN SITUACIONES DE ABORTO INDUCIDO

Resumen

El Aborto es un tema controversial en el mundo y a través del tiempo, que engloba tanto los derechos de la mujer y como los del feto, poniendo en evidencia riesgos que puede presentar la mujer a la que se le practica, las causas que la llevan a interrumpir el embarazo, como los daños psicológicos que puede provocar; el llamado “Síndrome Post Aborto”, aunque existen posturas que afirman no encontrar evidencia de éste, afirmando que sólo siente alivio al poder continuar sus planes. Después de un aborto, las personas involucradas, sufren cambios provocando en algunos casos, cuadros depresivos de los que hay que tener conocimiento para proporcionar así una alternativa de terapia como la que se muestra en el presente.

Introducción

A mediados del siglo XX, surge lo que se llama la “moderna Intervención en Crisis”, por la gran solicitud de terapia, tras estar expuestos a un acontecimiento fuerte que les provocó emociones y cambios en sus vidas que al no haber experimentado antes, desembocó en una Crisis.

Lo que se pretende con una Intervención en Crisis, es restablecer al sujeto a un estado de equilibrio anterior al de la crisis. Una Crisis, puede desencadenarse aparentemente por motivos poco relevantes, desde que se aprende a ser niños y con cada cambio de la vida hasta envejecer, ocurren un sin fin de acontecimientos que aprender, manejar e integrar, bien o mal, pero cuando ocurre algo inesperado o que se ha planeado, a pesar de haber pensado: -- si me ocurriera algo así, lo que yo haría...-- sin embargo, la mente se bloquea y no se sabe que recursos utilizar.

Cualquier tipo de situaciones afectan tanto a hombres como a mujeres, todos los niños hacen juegos sobre lo que quieren ser de grandes y experimentan en estos juegos lo que imaginan que harán cuando sean doctores, bomberos, policías, veterinarias, esposas, madres, sin embargo al crecer, todos esos juegos se convierten en decisiones importantes y tanto adolescentes como adultos tienen problemas al tomar cualquier decisión que afectará el resto de su vida.

Al nacer, cada persona está predestinada a pasar por diferentes etapas de desarrollo como por ejemplo gatear, aprender a hablar, interactuar con sus semejantes, construir una familia, etc., el clásico “nacer, crecer, reproducirse y morir” el ciclo que la mayoría de los seres vivos deben cumplir, sin embargo, a diferencia de cualquier otro ser vivo, el Ser Humano tiene la capacidad de elegir si desea cumplir con todo ese ciclo, en este caso, si desea reproducirse o en qué momento desea hacerlo, mediante los distintos métodos anticonceptivos que se difunden, con polémica, pero que gozan de una gran aceptación.

Cuando se piensa en el embarazo es de esperarse que se de bajo las mejores condiciones de amor en la pareja, disponibilidad económica y laboral, que se cuente con la edad adecuada, la posibilidad para brindar educación, con la



solidez de una pareja estable, con madurez y experiencia, con el apoyo de los padres, una carrera, un futuro asegurado, etc.

Una mujer (de cualquier edad) que alguna vez soñó con ser madre pero se encuentra en un momento “difícil” de su vida al encontrarse embarazada y no contar con el apoyo de sus seres queridos, el no querer truncar sus estudios, el ser muy joven o ya mayor, o por haber decidido no tener hijos; y al tener conocimiento de que puede interrumpir el embarazo, hará lo que esté a su alcance para lograrlo, desde métodos caseros, hierbas recomendaciones de vecinas o comadronas, o en el mejor de los casos, acudir a los servicios de salud si es que vive en el Distrito Federal y puede acceder al servicio para la Interrupción Legal del Embarazo.

Desde hace mucho tiempo, el comienzo de la vida de un ser humano ha estado en discusión, algunas personas dicen que empieza a partir de que el espermatozoide es implantado en el óvulo, muchas otras, que es cuando el sistema nervioso funciona correctamente, y otros muchos que a partir que sale del vientre de su madre después de haber cumplido la gestación correspondiente. Ésta discusión, se ha formado ya que la llegada de los hijos no siempre es bien aceptada, debido a las circunstancias en las que se ha dado el embarazo, (violación, abandono, el ya tener bastantes hijos, etc.) muchas mujeres han decidido interrumpirlo siendo por esto juzgadas, mal vistas, rechazadas, abandonadas, excomulgadas y tantas cosas más por haber tomado esa decisión.

No es que las mujeres quieran abortar solo por que sí, porque vean el aborto como un método anticonceptivo; para una mujer es muy difícil tomar esta decisión y cuando decide hacerlo, es que ya consideró todas sus opciones y posibilidades así como que ya pasó por sus propias creencias y prejuicios tanto morales como sociales y decidió aceptarlas, aunque no todas hayan sido favorables.

Con frecuencia, a pesar de la difusión, cuando se ejerce la sexualidad sin protección o cuando se ha decidido retrasar la reproducción utilizando algún método anticonceptivo y a pesar de eso se ha logrado una fecundación, y alguna de las expectativas que se tienen para los hijos se ve lejana, la pregunta es: ¿continuar con el embarazo o no?

Cuando una mujer considera cualquier método de interrupción, se encuentra muy probablemente envuelta en una crisis, debido a que es una situación a la que no sabe como afrontar, independientemente de que el embarazo provoca cambios biológicos que desestabilizan de algún modo su equilibrio tanto físico como emocional, y lo que quiere, tal vez no sea “deshacerse” de un hijo, sino lo que es indeseable es la condición de vida en la que se encuentra en ese momento. Sin embargo, también giran en su mente todos esos prejuicios sociales, familiares, religiosos con los que ha vivido hasta ese momento y elegir entre tener un hijo o no tenerlo, es considerado minuciosamente.

Una vez tomada la decisión de abortar, la mujer se somete al procedimiento que se encuentre más a la mano o al que le sea proporcionado. Después de un aborto, los principales síntomas, independientemente si es tranquilidad si es por



voluntad propia, o intranquilidad si fue por presiones externas, de tener un “problema” menos, son de carácter físico, es decir, náuseas si es que hubo anestesia, dolor abdominal, posible hemorragia, entre otros.

Cuando una mujer sufre un aborto natural es de esperarse que presente consecuencias psicológicas, sin embargo, en un aborto que ha sido provocado y a pesar de haber sido una decisión propia también es natural que se presenten los síntomas que conlleva un aborto, como son: el sentir dolor, tristeza, culpabilidad, vacío, porque un embarazo prepara el cuerpo de la mujer para otra etapa de nuestro ciclo; un aborto, interrumpe ésta etapa, provocando un desequilibrio en el organismo, así como en la estabilidad emocional de la mujer (Alva, 1999).

La posibilidad de que haya repercusiones psicológicas a corto o a largo plazo es probable, dependiendo de la situación emocional anterior al aborto, antecedentes depresivos por ejemplo, y es importante que si se llega a presentar el llamado “síndrome post-aborto”, conocer los síntomas para actuar con prudencia.

El Síndrome Post-Aborto, como es llamado por grupos como pro-vida, suele aparecer de manera tardía, pasados meses e incluso varios años desde que el aborto tuvo lugar; las manifestaciones más frecuentes son depresión, ansiedad, ira, vergüenza, rechazo de sí misma y gran sentimiento de culpa; que sin embargo, no afecta a todas las mujeres que han sufrido cualquier tipo de aborto, pero tampoco quiere decir que están exentas.

Estas alteraciones, afectan la vida cotidiana de la mujer y se concretan de múltiples formas, perjudicando e interfiriendo en sus relaciones interpersonales especialmente las conyugales o de pareja, su capacidad de trabajo o estudio, el interés por las cosas y por las otras personas, etc.

Actualmente con la despenalización del Aborto en el Distrito Federal las consecuencias psicológicas deben ser tomadas muy en cuenta para que cada mujer que decida interrumpir su embarazo, aumente a sus consideraciones el hecho de que esta situación puede repercutir en su salud emocional o que cuando tengan algún síntoma, atiendan de manera prudente y evitar así una crisis mayor.

En este trabajo, es considerada la Terapia Racional Emotiva, debido a que se ayuda a las personas a analizar de forma lógica y coherente cada verbalización con respecto a sus “males”, y concientizarlos de su situación actual para que puedan enfrentarla de la mejor manera posible.



CAPÍTULO I

Intervención en crisis

“El origen de la moderna intervención en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y sus colaboradores, tras el incendio del centro nocturno *Coconut Grove* en Boston, el 28 de noviembre de 1942. En lo que fue el más grande incendio de un solo edificio en la historia del país hasta entonces, 493 personas perecieron cuando las llamas cubrieron a la multitud concentrada en el *Coconut*. Lindemann y otros colaboradores del Hospital General de Massachusetts desempeñaron un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes aquellos que perdieron a un ser querido en el desastre. Su informe clínico (Lindemann 1944) acerca de los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas mediante las que, el doliente progresa en el camino de aceptar y resolver la pérdida. Lindemann llegó a creer en el clero y otros asistentes comunitarios podrían tener un papel determinante en la ayuda a la gente afligida durante el proceso de duelo, de modo que se previnieran dificultades psicológicas posteriores.” (Slaikeu, 1996 pp. 6-7).

Al haber cada vez más personas que solicitaban una terapia eficaz y en menor tiempo, se comenzaron a buscar formas de intervención breves para responder de manera inmediata para las situaciones de crisis emocionales, en donde lo principal sería ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que dio lugar a la crisis.

Definición de crisis

Una crisis es el “periodo crucial o momento decisivo en la vida de una persona que tiene consecuencias físicas y emocionales. Una crisis es un periodo limitado de desequilibrio psicológico precipitado por un cambio súbito y significativo en la situación vital del individuo. Este cambio da lugar a la necesidad de ajustes internos y al uso de los mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo” (Cohen, 1999 p. 22).

Ciertos eventos vitales en la vida de una persona, originan la pérdida de las modalidades habituales de conducta, como resultado de la confusión personal, la tensión y perturbación emocional que acompañan al estrés. (Cohen, 1999).

Los individuos darán diferente significado a un evento, dependiendo de:

- Su percepción de lo que ha ocurrido.
- Su experiencia anterior en eventos peligrosos.
- El éxito o fracaso al manejar sus repercusiones.

Así mismo, una crisis variará según la persona afectada, el enfrentar una crisis, incluye encontrar defensas y maneras apropiadas de dominar la sensación de aflicción durante un estado de conmoción y el proceso de reconstitución consisten en destinar recursos personales y sociales a conseguir un equilibrio y funcionamiento eficaces.



Para resolver una crisis, una persona puede intentar cambiar, disminuir o modificar un problema; devaluar un evento buscando satisfacción en otro sitio; o resignarse a lo que ha sucedido y luego tratar de controlar el estrés resultante.

“El individuo en crisis, puede considerarse como un sistema integral afectado por la acción recíproca de los cambios dinámicos, que, a su vez, están continuamente a merced de los mecanismos biopsíquicos naturales, cuya función es lograr un estado de estabilidad y equilibrio personal. Ésas son las entradas y salidas de información y energía en el sistema” (Cohen, 1999 p. 23)

Los cambios en los papeles personales y en las conductas usuales o previstas suelen producir, como consecuencia secundaria, problemas en las relaciones interpersonales. En la medida en que ocurren esos cambios, la persona, tiende a presentar nuevos estilos de conducta cuya finalidad es manejar el estrés y, por consiguiente, disminuir el malestar y el dolor.

Una crisis es la respuesta a eventos peligrosos o amenazantes, y es vivida como un estado doloroso y de intenso sufrimiento. Es por eso que tiende a movilizar reacciones para ayudar al sujeto a aliviar su malestar y a recuperar el equilibrio antes del inicio de la crisis. Si esto sucede, la crisis puede ser superada y además la persona aprende a emplear nuevas reacciones adaptativas que le pueden servir en el futuro. Además, es posible que al resolver la crisis, la persona madure a etapas superiores y se sienta con un mejor estado mental y emocional. Un estado de crisis, es un momento de trastorno y desorganización (emocional, cognitiva y conductual), caracterizado principalmente por una incapacidad de la persona para manejar situaciones particularmente conflictivas, donde debiera utilizar los métodos acostumbrados para la solución de problemas y lograr un estado de adaptación. (Slaikeu, 1996).

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en un momento vitalmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo y ha implicado un cambio radical en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan satisfactoriamente. El problema rebasa sus capacidades de resolución, por lo tanto, se encuentra en desequilibrio. Como resultado de todo esto, la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución. (Slaikeu, 1996).

En determinado momento de la vida de cualquier ser humano, se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos y trastornos mentales.

Teoría de la crisis

La teoría de la crisis se basa en los principios dados por Lindemann, Gerald Caplan, éste siendo el primero en darle importancia a las crisis vitales de los adultos, siendo su principal interés las transiciones entre cada etapa de la vida de



un ser humano; posteriormente fueron modificados por L. Rapaport, N. Parad, D. Kaplan, Jacobson, M. Strickler y P. Sifineos. (citados en Slaikeu, 1996).

Según la teoría de Intervención en Crisis, los patrones de procesos psicológicos, están en constante cambio desde que se nace hasta que se muere; son procesos con continuidad que al estudiarlos desde diferentes ángulos, puede llegar a comprenderse mejor. (Slaikeu, 1996).

El modelo de Intervención en Crisis

El modelo de intervención en crisis es planteado por Slaikeu, y retomado por autores de la terapia cognitiva conductual de urgencia: Ruiz Sánchez, Imbernón González y Cano Sánchez. Éste modelo, toma de la escuela psicoanalítica la idea de que existe un equilibrio que involucra varias fuerzas y que mantiene la homeostasis ante la presencia de un conflicto psíquico (Slaikeu, 1996).

De la escuela cognitiva fueron retomados conceptos con énfasis en áreas fuertes y potencial de crecimiento que posee cada individuo.

Erick Erickson propuso el concepto de que la crisis no solo contiene un potencial patológico sino que también es una oportunidad de crecimiento y desarrollo (Slaikeu, 1996).

Las aproximaciones teóricas de Lindemann, que se refieren al mantenimiento de la Salud mental y prevención de la desorganización emocional que se basan en un estudio sobre una comunidad, en donde se observaron las reacciones y disturbios emocionales subsecuentes a determinados eventos sociales en situación de desastre, permitieron desarrollar las técnicas de Intervención en Crisis (Ídem).

Lindemann y Caplan (citados en Slaikeu, 1996), precisaron los aspectos más importantes de la Salud mental: el estado del yo, la etapa de maduración en la que se encuentre y la cualidad de su estructura de personalidad. Así mismo, mencionan que para evaluar dichos aspectos del Yo, es necesario basarse en:

- 1.- La capacidad de la persona para tolerar el estrés y la ansiedad, sin perder el equilibrio.
- 2.- El grado que tiene la persona para reconocer la realidad y enfrentar los problemas.
- 3.- El repertorio de mecanismos que tiene la persona y que mantienen su equilibrio biopsicosocial.

Caplan dice que los elementos que componen la vida emocional de los seres humanos como pueden ser las demandas materiales, físicas y/o sociales tanto como las necesidades, instintos e impulsos de cada individuo, pueden ser evaluados para efectos de prevención en Salud Mental. Así como también deben considerarse determinantes de la conducta. (Slaikeu, 1996).



Estos puntos son situaciones críticas que suceden durante la vida de una persona y que tienen el potencial de mejorarla o empeorarla.

Una experiencia de crisis, es un periodo de alto riesgo para el paciente tanto como para su familia y es por ello, que se requiere de la ayuda que esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso (como los servicios telefónicos de 24 hrs. Sacerdotes, profesionales de la salud, tíos, padres, amigos, paramédicos, o quien se encuentre disponible en ese momento); esto es, porque se presupone que si un paciente tiene que esperar horas, días o semanas para recibir ayuda, aumenta el riesgo de suicidio u homicidio, así como que los pensamientos negativos, se impregnen fuertemente en la vida del paciente y posteriormente sea difícil la recuperación. (Slaikeu, 1996).

¿Para qué sirve la Intervención en Crisis?

La intervención en crisis, abarca desde la asistencia inmediata que usualmente, requiere sólo una sesión, en donde lo que se pretende es, ofrecer apoyo emocional, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos sociales de ayuda, y que debería ser proporcionada a las personas que lo necesiten justo en el momento y el lugar en que la crisis surge; hasta terapia psicológica, que va más allá de la restauración del afrontamiento inmediato y, se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la vida de la persona alterada. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro (Slaikeu, 1996).

La meta, es restablecer el equilibrio emocional y el objetivo es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo cual incluye el manejo adecuado de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema. Basándose en los 5 componentes de los Primeros Auxilios Psicológicos. (Ídem).

- 1. Realizar contacto psicológico:** empatía con los sentimientos y necesidades de una persona durante su crisis (cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica y reacciona ante el acontecimiento). El principal objetivo, es que la persona se sienta escuchada, comprendida y apoyada; disminuir la ansiedad y reducir el sentimiento de soledad durante la crisis.
- 2. Analizar las dimensiones del problema:** enfocándose en tres áreas: a) presente (lo que sucedió, cómo se siente, qué piensa y qué puede hacer al respecto), b) pasado inmediato (qué es lo que llevó a que se produjera la crisis: qué, quién, cómo, cuándo y dónde) y c) futuro inmediato (cuáles serían los riesgos ocasionados y cómo prepararse para las soluciones inmediatas).
- 3. Sondear posibles soluciones:** identificación de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, generar alternativas y posibilidades así como analizar obstáculos para la ejecución de un plan en particular.
- 4. Iniciar pasos concretos:** ayudar a la persona a ejecutar alguna acción



concreta (dar el mejor paso próximo, dada la situación). Tomando una actitud facilitadora o directiva, según las circunstancias, en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

5. Verificar el progreso: extraer información y establecer un procedimiento que permita verificar el progreso de ayuda. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro posterior, cara a cara o por teléfono o correo electrónico. Teniendo como objetivo completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los Primeros Auxilios Psicológicos.

Todo esto, con el fin de regresar el control de sus actos a la persona, así como la posibilidad de que reciba ayuda especializada por medio de la revisión de la estructura del CASIC

El perfil o estructura del CASIC

Conductual. Actividades y conductas manifiestas. Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta, comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de: actos suicidas, homicidas o de agresión. Habilidades para resolver conflictos o salir de situaciones de gran tensión. Gama de conductas agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).

Afectiva. Emociones sentidas con más frecuencia. Sentimientos acerca de su conducta afectada; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc; adecuación, distorsión o negación de los afectos a las circunstancias, si expresa u oculta sentimientos.

Somática. Funcionamiento físico general, salud, enfermedades relevantes actuales y pasadas. Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas. Influencia del consumo de sustancias y alimentos. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.

Interpersonal. Naturaleza de las relaciones con otras personas (asertiva o conflictiva) con respecto a la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo; identificación de síntoma sistémico; fortalezas y problemas interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; Habilidades sociales, papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)

Cognoscitiva. Manera de dormir y sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales distorsionadas del pasado o futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de éstos pensamientos: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera



irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida. Recuerdos, ideas e imágenes incomoda recurrentes.

Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos e imágenes conscientes y preconscientes) que aparecen en las situaciones donde hay una intensa alteración emocional y trastornos de conducta.

Factores que desencadenan una crisis

Hay momentos del ciclo vital relativamente estables a la par con otros donde nuevas exigencias demandan un periodo de transición entre los periodos o estadios del ciclo vital para adecuarse. Se necesita tiempo para desprenderse de una situación pasada y adaptarse a otra nueva; cambios que reflejan turbulencia emocional y psicológica y marcan un periodo de crisis: factores internos o externos que enfrentan a la estructura mental y emocional de la persona con exigencias que sobrepasan la capacidad de adecuarse a ellos y sobreviene una crisis. Se quiebra el orden previo, lo que antes servía para explicarla y resolverla resulta ineficaz, y a la vez, las nuevas alternativas nos llenan de temor y de desconfianza. Estamos en crisis.

En un sentido amplio se puede decir que la vida es un estado de crisis casi permanente apenas interrumpido por lapsos de relativa estabilidad

Una crisis va a aparecer en la vida de una persona cuando un determinado suceso amenaza con alterar su equilibrio personal, en sentido tanto favorable como adverso.

Desgraciadamente, una persona busca apoyo psicológico sólo en momentos de crisis, sin tomar en cuenta que la vida en sí, se desarrolla en situaciones conflictivas como pueden ser nacimientos, muertes, matrimonios, problemas económicos, delincuencia, es decir, el riesgo de romper nuestro equilibrio psicológico es constante.

Los eventos que pueden desencadenar una crisis, son muchas veces inesperados e incontrolables y golpean de manera intensa la sensación de seguridad y auto-confianza del individuo provocando intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno.

Otras situaciones que pueden afectar seriamente al individuo y que pueden desencadenar una crisis, dependiendo de la historia de cada persona, son: la pérdida del puesto de trabajo, divorcio, fracaso escolar...etc. las crisis, pueden ser de dos tipos, del desarrollo o circunstanciales.

La situación de crisis va a depender de los recursos adaptativos del sujeto, pudiendo aparecer, bien en una situación estresante durante la evolución del individuo "crisis evolutivas", o bien en otras en las que un suceso vital estresante las precipita "crisis accidentales" (Espil, 2007).



CRISIS EVOLUTIVAS.

Crisis del desarrollo:

Las crisis del desarrollo son más predecibles y se presentan cuando una persona pasa por etapas en su vida desde la niñez a la senectud. Presentan una conducta indiferenciada y marcan un trastorno en el área intelectual y afectiva (Espil, 2007).

- Crisis del nacimiento e infancia
- Crisis de la pubertad y adolescencia
- Crisis de la primera juventud
- Crisis de la edad media de la vida
- Crisis de la tercera edad

Crisis del nacimiento e infancia:

La crisis del nacimiento es la situación primera que el hombre al pasar de la protección uterina al medio. La evolución de la vida humana tiene como punto de partida ese estado inicial en que la vida psíquica está constituida por estados de origen cenestésico e impresiones producidas por estímulos externos, y la conducta es expresión del funcionamiento biológico y de la reacción a estos estados y estímulos (Espil, 2007).

En este momento del desarrollo y la vida afectiva está profundamente enraizada en los procesos biológicos: hambre, sed, sueño, descanso, actividad, excreción, sexualidad. A la vez necesita cariño, cuidado y respuesta a sus manifestaciones.

En esta etapa, globalmente crítica, es donde se suceden a su vez infinitas mini-crisis que van desencadenando el crecimiento.

La ansiedad, es un fenómeno básico y normal de aparición temprana. El niño vive además los estados de ansiedad de la madre. Los siente a través de su actitud, de su tensión muscular cuando lo tiene en brazos, etc.

Según la edad y las condiciones, son esenciales los cuidados físicos de los cuales depende su supervivencia, el amor y la ternura que son indispensables estímulos para la vida y el desarrollo.

La infancia es una etapa esencialmente crítica y decisiva para el desarrollo posterior del psiquismo. Según como se resuelva esta crisis se determinará la estructura de la personalidad.

La separación de la madre y la incorporación al ámbito social ponen en juego todo lo vivido y elaborado anteriormente.

La escolaridad es una etapa fundamental y crítica. No se trata solamente de



adquirir conocimientos sino, de encontrar el lugar donde se producirá el intercambio con sus pares (Espil 2007).

Crisis de la pubertad y de la primera adolescencia:

Este periodo entre la niñez y la adultez, supone por la celeridad y la profundidad de los cambios orgánicos y psicológicos, una etapa de crisis. A esta edad el sentimiento de no sentirse ni niño ni adulto es lo predominante.

Se dan en la pubertad cambios importantes e inevitables en el cuerpo, tales como la activación de ciertas hormonas necesarias para el desarrollo sexual, trayendo como consecuencia el desarrollo de las características sexuales primarias (los genitales) y secundarias (crecimiento del vello, cambio de voz, etc.). Cambios a los que se suman los del crecimiento en general.

El cuerpo cambia muy rápido; su mente aún infantil comienza a tener un cuerpo adulto, tiene una relación de dependencia necesaria con los padres, ellos deben hacer cosas que él no puede y el niño acepta esto, por lo general, de modo espontáneo. En el adolescente esta situación es dilemática ya que no puede mantener la dependencia infantil, pero tampoco puede sostener la independencia adulta, "para algunas cosas es chico y para otras es grande" (Espil 2007).

Se describe así una etapa necesaria y transitoria, ya que posteriormente el adolescente comenzara a funcionar con las características grupales, lo que le brindara una mayor estabilidad sostenida en la identificación con el grupo; seguirá así hasta reconstruir un mundo propio de valores y normas, hasta lograr la independencia (Ídem).

Crisis de la primera juventud:

La primera juventud o adultez temprana comienza alrededor de los veinte años y se extiende hasta alrededor de los cuarenta años, se caracteriza por ser la etapa en la que se concretarán o no, los proyectos de los años previos.

Base de importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida profesional y familiar. La vida del individuo gira en torno de dos polos fundamentales:

- El trabajo
- La familia (formación de la pareja, eventual matrimonio y la llegada de los hijos).

Es una fase en la que se hace especialmente presente la tensión entre la concepción de lo joven y lo viejo (Espil 2007).

Crisis de la edad media de la vida:

Se puede decir que desde los cuarenta y hasta los sesenta transcurre este periodo caracterizado por ser un periodo de máximo rendimiento y productividad.



Donde se adquiere experiencia, y con ella, se logra una mayor integración del conocimiento.

Hay cambios en diferentes ámbitos de la personalidad; estos cambios enfrentan a una crisis al final de la adultez media (Espil 2007).

- Los cambios ponen a prueba la madurez de la personalidad.
- Cambios biológicos y físicos:
- Aparecimiento de canas, calvicie, arrugas.
- Disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de reacción.
- Acumulación de tejido adiposo en determinados sectores del cuerpo.
- Se produce una reorganización o reestructuración de la identidad:
- Redefinición de la imagen corporal (arrugas, canas, calvicie, etc.)
- Redefinición de las relaciones con los padres, los hijos y la pareja
- Evaluación de los planes que se proyectaron desde la adolescencia
- Reconocimiento de que queda poco por vivir, lo que genera cuestionamientos acerca de lo que se ha hecho y lo que queda por hacer.

Estos cambios no implican una pérdida de las funciones, sino que estas disminuciones implican la generación de cambios en los hábitos de vida.

Se espera la aceptación de la nueva imagen física, que los cambios sean integrados a la personalidad.

En el ámbito laboral: se perciben limitaciones de los proyectos personales hacia atrás y hacia el futuro (-queda poco tiempo-). Se teme a la competencia de las generaciones nuevas. Al hacer la revisión, el adulto medio toma conciencia de cuáles son las metas que se realizaron y cuáles no. Qué proyectos me gustaría realizar. Llevar a cabo estos planes y proyectos.

Se redefinen las relaciones emocionales con:

- Padres: envejecimiento de ellos. Se produce un cambio de rol (los hijos toman el rol que antes correspondía a los padres). Significa aceptar que son débiles, vulnerables y que se pueden morir en cualquier momento. Aumenta el sentimiento de vulnerabilidad personal.
- Hijos: relación más horizontal y simétrica. El padre debe promover la autonomía y la independencia de los hijos. Funciones fundamentales: orientar y guiar, respetando la autonomía.

Enfrentar la posibilidad de ser superado por los hijos, asusta por la "pérdida del rol". También se sufre al saber que ya no se es la fuente de identificación de los hijos; ellos reconocen defectos y critican abiertamente. Lo más sano sería ser capaz de aceptar y sentirse gratificados por el proceso de autonomización de los hijos. Además, deben tolerar ser objeto de evaluación (Espil 2007).

- Pareja: se requiere un reordenamiento de la vida matrimonial, por el fenómeno del nido vacío. Ahora se pueden abordar temáticas que antes



no se podía por dedicación a los hijos.

Surgen conflictos que estaban latentes a lo largo de la vida de la pareja que no se habían resuelto por alguna razón. Pasar más tiempo juntos produce dificultades en la relación diaria, se requiere un sistema diferente que permita un acomodo real.

- En el ámbito sexual: el juego de seducción es diferente, el coito también. Se generan procesos de adaptación, ajuste a cambios biológicos normales.

Estos signos cambian la perspectiva del tiempo, aparece la conciencia de la muerte personal. Se genera una adaptación en la proyección de metas, haciendo un análisis de los proyectos pasados y futuros.

Crisis de la tercera edad:

En la vejez, que se desarrolla a partir de los sesenta años se manifiestan una serie de cambios en lo físico, psíquico, y social que dan lugar a la crisis de la vejez.

En lo físico los cambios son:

- Disminución de la capacidad de adaptación a los esfuerzos.
- Cambios a nivel del sistema nervioso central.
- Cambios a nivel sexual.

En lo social, la merma de vínculos e interacciones con compañeros al producirse la jubilación trae aparejados cambios en lo económico. Todo esto produce un fuerte impacto en lo psicológico creando un estado de disminución de la autoestima, con gran inseguridad y extrañeza en su identidad. Se establece así un estado de desconocimiento personal, y donde antes "todo lo podía y emprendía" ahora todo está cambiado; desde adentro y desde afuera de donde le devuelven una imagen desvalorizada porque ya no lo ven como antes. Ahora está debilitado (Espil 2007).

En lo psicológico es un momento en el cual las pérdidas, (fundamentalmente la de la juventud) ocupan la primera escena.

Además, en este periodo aparece el límite de la vida como más preciso. No es que se vaya a morir ya, sino que a partir de aquí puede pensar en cifrar en un número de años su existencia.

Crisis circunstanciales:

De acuerdo con Espil (2007), las crisis circunstanciales son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarcan una alteración psíquica y de la conducta ante pérdida o amenaza de pérdida de los



aportes básicos (físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados):

- Separación
- Perdidas
- Muerte
- Enfermedades corporales
- Desempleo
- Trabajo nuevo
- Fracaso económico
- Violaciones
- Incendios

La crisis circunstancial tiene cinco características:

Es **repentina**, **inesperada**, **urgente** (amenazan el bienestar físico o psicológico), **masiva** (muchas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo, desastres naturales por ejemplo), **de peligro y oportunidad** (la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona)

Las crisis son inherentes al desarrollo y se manifiestan en dos polos: positivo y negativo. La resolución de la crisis del lado positivo significará salud; mientras que si se da del lado negativo significará enfermedad y corresponde al trauma (Espil, 2007).

De acuerdo con Cohen (1999), las reacciones frente a estos eventos, dependen de las características de los sucesos, los recursos del individuo, la tarea requerida y las características del ambiente social. El resultado puede ser una dificultad temporal o un daño emocional severo, y depende de la presencia y persistencia de un factor estresante, como puede ser:

- Etapa de la vida.
- Recursos para reaccionar.
- Sistemas de apoyo.
- Oportunidad o capacidad para influir en el ambiente.
- Significado o simbolismo concedido a la vivencia.
- Interpretación de la situación.

Todo esto, permite reaccionar ante cada situación que se presenta a lo largo de la vida, bien o mal integrar cada etapa por la que se atraviesa y ocupar los recursos a la mano.

Cada individuo, tiene la capacidad de integrar situaciones a su vida de acuerdo a su posición como niño, como alumno, maestro, político, vendedor, adolescente, anciano, hombre o mujer, así como de su condición emocional en la que se encuentre, y de eso dependerá la integración de su medio a su personalidad y su modo de supervivencia.



CAPÍTULO II

LA MUJER...

En lo psicológico

La psicología femenina es muy compleja, y en ocasiones difícil de comprender, incluso para la mujer misma. Esto es debido en gran parte a la naturaleza física, en donde se encuentra implícita la maternidad, la cual ya sea que se ejerza o no, no excluirá la afectividad y caracterología que la definen tan acertadamente. Esto no significa, que la mujer se encuentre determinada a actuar en tal o cual forma, sino que existen ciertas características comunes a la gran mayoría de las mujeres (Alva, 1999).

“Un ser humano, hombre o mujer, para perfeccionarse o estar en la búsqueda de un perfeccionamiento constante, requiere en primera instancia de conocerse primero como persona, después como dama o varón y, finalmente, como ser individual que es: con qué virtudes, vicios o debilidades cuenta, qué intereses habilidades o actitudes tienen para irse aceptando como tal. Así, al reconocer su identidad puede compararse y a partir de este principio y sin descuidar el aspecto social asumir su superación personal” (Alva, 1999 p. 39).

En lo social

Al hablar de la mujer en la sociedad, es inevitable remontarnos al movimiento social más importante para las mujeres, el feminismo, la historia del feminismo se remonta al siglo XVII como respuesta a la difusión de la obra escrita por Christine de Pizan (en Gomariz, 1992) titulada La cité des Dames. Su publicación indujo el fenómeno conocido como la “Querelle des femmes” que recorrió Europa y Estados Unidos entre el periodo del Renacimiento y la Revolución Francesa. Dicho fenómeno también se veía influenciado por los escritos de Oympe de Gouges, proclamando los derechos de la ciudadanía en 1791 y de Mary Wollstonecraft, reivindicando los derechos generales de las mujeres (Gomariz, 1992).

En el siglo XIX se desarrolló en Europa y los Estados Unidos la idea de la emancipación de la mujer, encauzándose en un movimiento organizado. Las mujeres se esforzaron por todos los medios posibles (publicaciones, caricaturas, panfletos, manifestaciones y reuniones públicas) en defender sus reclamaciones: la emancipación política, social y económica (García, 2002).

Conforme avanzaba el siglo XIX se hace más patente la contradicción entre un sistema ideológico y político que segrega a las mujeres, y el peso que muchas de ellas van adquiriendo en esa sociedad.

Se puede decir que el movimiento feminista moderno tuvo su origen en 1848, en Seneca Falls, Estados Unidos, donde se celebró la primera Women’s Rights Convention para protestar contra la ausencia del derecho de voto para la mujer. Desde esta fecha el movimiento feminista moderno se concentró especialmente en la reivindicación del derecho electoral para la mujer (Beltrán, 2001).



El feminismo ha sido, como movimiento social, una de las manifestaciones históricas más significativas de la lucha por las mujeres para conseguir sus derechos. Aunque la movilización a favor del voto, haya sido uno de sus ejes más importantes, no pueden equipararse sufragismo y feminismo, ya que el feminismo tiene una base reivindicativa muy amplia que, a veces, contempla el voto, pero que también exige demandas sociales como la eliminación de la discriminación civil para las mujeres, el acceso a la educación, al trabajo remunerado, a la equidad laboral, la libertad de elección de la maternidad, etc.

El movimiento feminista mexicano nunca ha tenido una base social de apoyo, ni ha logrado movilizar a las masas por alguna de sus demandas de género, ya que surgió de la organización de un grupo de mujeres de la clase media, cuya posición en el espacio social, y el capital simbólico que se deriva de ésta, determinaron las demandas que se articularon como intereses estratégicos de género. Desde sus inicios ha tenido como meta establecer un movimiento autónomo e independiente de todo tipo de interés práctico. Partiendo de esta situación establece alianzas con otros actores sociales y políticos para compensar la ausencia de una base social amplia y la débil presencia en los espacios públicos. Una vez que abandona la lógica de la autoconciencia amplía su estrategia de alianzas al campo de la política y al académico, para preparar su lucha por el poder, cuya última finalidad será transformar a la sociedad patriarcal.

El proceso que se había gestado desde mediados de los ochenta hasta principios de los noventa a nivel local y nacional, se desarrolla a partir de mediados de los noventa a nivel transnacional. La meta principal consiste en la implementación de políticas de género que han sido reconocidas por los países miembros de las Naciones Unidas. Las organizaciones feministas mexicanas consuman entonces –dentro de este contexto– su transición de una oposición general frente al patriarcado y todas sus instituciones dentro del Estado y la sociedad hacia una política de la representación de intereses concretos a nivel local, nacional y transnacional.

Gracias a esto, hoy en día es indudable la incidencia del papel de la mujer en la vida social y política; se manifiestan cambios promovidos por los nuevos roles femeninos en el trabajo, en el estudio, y en espacios tradicionales como la familia. La mujer actual representa en género a la modernidad, el cambio, la liberalidad. Se conforma junto con la revolución urbana y las grandes transformaciones de la cultura contemporánea.

La mujer que se encontraba en casa para hacer tortillas a mano, mantener la comida caliente del marido mientras trabaja, estar para satisfacer deseos sexuales en el momento que él diga, atenerse a sus órdenes sin quejarse de golpes y aguantarse, tener un hijo tras otro cuidarlos y educarlos con miedo al marido está muy lejos de lo que es ahora, ahora tiene un papel social que cumplir, muy distinto al de hace tan sólo 20 o 30 años; ya que ha iniciado su participación social en dos grandes vertientes, una a favor de la liberación femenina y otra en cuanto a su dignificación como mujer (Alva, 1999).



La presencia de la mujer en el ámbito laboral es una clara muestra de la transformación que aquí se ha dado, Ya que a medida que la mujer toma poder en este rubro, la imagen del hombre proveedor de los bienes económicos dueño del espacio público, y la mujer encargada de los deberes del hogar encargada del espacio privado, ya no es tan común en estos días.

Dichos aspectos trascienden y se conjugan en el tiempo y sociedad actuales, llevándonos hacia un contraste ideológico que sin lugar a dudas marcan un notable cambio.

Ante la liberación femenina

Durante varios años, incluso siglos, algunas mujeres fueron consideradas objetos para sus esposos, no tenía voz ni voto para casi nada, sólo importaba que supieran hacer bien las labores domésticas, que tuvieran habilidad para tocar algún instrumento, o que hicieran manualidades de cualquier tipo. No podían estudiar, con que tuvieran conocimientos para hacer cuentas, lectura y escritura era suficiente, y al mismo tiempo era mal visto que trabajasen (Alva, 1999).

En medio de este panorama, unas cuantas mujeres iniciaron su lucha, primero buscando que se les considerara como ciudadanas y como sujetos con derecho para votar. Poco a poco pidieron más, solicitando empleos en trabajos destinados para hombres y pidiendo se les diera entrada en las aulas escolares.

El resultado fue positivo, y benéfico para la superación femenina; sin embargo, esta situación comenzó a complicarse cuando surge una competencia radical entre ambos sexos, así como un descuido total y absoluto de la familia, manifestado muchas veces en el deseo por evadirse y dejar las labores domésticas y educativas de los hijos, y/o por la falta de motivación para casarse o tener hijos, bajo el supuesto de que esta condición limita la libertad de la mujer.

En México la liberación femenina se presentó principalmente en el ámbito sexual, en el que se rompieron tabúes como los son las minifaldas y el pelo largo, existieron campañas como “la familia pequeña vive mejor” o la aceptación de métodos anticonceptivos y su implementación en el sector salud fueron un paso muy grande en la marcha de las mujeres hacia la liberación (Zapata, 2005).

Las ideas conservadoras como la sobrevaloración de la virginidad fueron en decremento debido a situaciones tales como la presencia de la píldora debido a situaciones como éstas las mujeres se dieron cuenta que el cuerpo no sólo sirve para reproducirse sino aprendieron a disfrutar su sexualidad.

La mujer actual no tiene mucho en común, con respecto a la vida cotidiana o aspiraciones, con su antepasada de siglos anteriores... su personalidad total resulta manipulada en buena parte por el consumo y modelada por aspectos culturales. Este modelar de la mujer, como señala Susanne Simon, puede ser tanto benéfico, como perjudicial para las mismas mujeres” (Alva, 1999 p. 42).

La “realización” de la mujer se considera reducida al ámbito laboral, provocando una fuerte presión social sobre la mujer que no logra el éxito



profesional o simplemente renuncia a él en aras de una satisfacción como madre y ama de casa. (Alva, 1999).

En la libertad

Si la libertad se asume como una “autodeterminación al bien”, que incluye la aceptación responsable de los actos que se deciden o realizan así como la búsqueda constante de aquello que perfecciona la naturaleza humana; sugiere entonces que la mujer tiene tres caminos para vivir una libertad de vida: el de la soltería, el de la vida conyugal y el de una vida religiosa. Sin olvidar que cada persona vale más que el rol que desempeña. Lo que hace necesario no descuidar el factor individual, personal, dándose un espacio personal, independientemente de ser hija, madre, esposa o empleada de alguien. Sin embargo, estos tres caminos buscan el desarrollo total de la mujer, ya que se considera que en ellos pueden vivirse todas las características y cualidades que la mujer posee; pero es importante vivirlas plenamente, con los compromisos y responsabilidades que éstos implican, sin tomar lo mejor de uno y otro, como en los casos de la llamada unión libre o soltería liberada. En estos casos se piensa que el no asumir un compromiso, se elige con mayor libertad, porque no existe esa atadura con el otro, porque sólo se analizará si la pareja se entiende o no sexualmente, dejando de lado el verdadero amor, donde primeramente se da un conocimiento, una aceptación y un querer total de la persona, superando el considerar la mera entrega física como prueba de amor (Alva, 1999).

Cada aspecto de la personalidad humana tiene un valor excepcional. El factor sexual, por supuesto, es igualmente valioso y a la vez delicado, tanto que si se daña o utiliza en todo el sentido de la palabra dañará la personalidad y la estima del individuo. El ser humano nace dependiente, requiere de vivir en comunidad, en una comunidad estable en donde se le ame exclusivamente, independientemente de sus aciertos y debilidades, porque sólo así se coadyuvará su educación (Ídem).

La libertad, implica muchas responsabilidades, el ser humano es dependiente por naturaleza, pero en muchas cosas es autosuficiente, después de haberse formado como individuo, es tiempo de tomar propias decisiones, cuando un ser humano empieza a tomar consciencia de sus actos se siente capaz, a pesar de ser un adolescente se siente apto para defenderse, para aventurarse, e incluso siendo adulto, esa libertad puede llevar a tomar decisiones erradas, al iniciar su vida sexual, muchas veces es con poca información sobre como evitar infecciones de transmisión sexual y de cómo evitar un embarazo, aún con la información necesaria, puede haber fallos en dónde en el menor de los males, surge un embarazo, en donde lo primero que ocurre sin enterarse conscientemente, son cambios en el organismo de una mujer.

La mujer ante el embarazo

Actualmente, la decisión de tener un hijo se ha convertido en algo completamente valorado y buscado en la mayoría de las parejas estables. Parece ser, que las parejas cada vez se encuentran más preparadas a la hora de decidir tener un hijo y cuando llega el momento se recibe con tranquilidad y alegría.



Generalmente las sensaciones son positivas ante la llegada de un hijo, pero sin duda será un proceso de grandes cambios en la mujer y en la relación de la pareja y con el entorno en general que provocará conflictos y malos entendidos.

La mujer pasa por una serie de cambios físicos y psicológicos que van a afectar a su percepción del mundo y de ella misma.

Los cambios emocionales y los altibajos de humor se dan, debido al cambio hormonal significativo y a determinados pensamientos negativos que rondarán por la mente de la mujer durante esos meses. Pensamientos sobre incapacidad de cuidar a un bebé, de hacerlo bien, miedos sobre las consecuencias de su conducta, expectativas negativas sobre la buena asimilación en la vida de la pareja (si es que la hay) y sobre todo en mujeres primerizas miedos ante el embarazo y parto ante posibles complicaciones o dificultades con el niño. Además se producirán cambios de vida social y laboral, dificultades económicas, renunciar a su carrera... aspectos muy comunes en la mente de una mujer embarazada.

La gestación o embarazo es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento de la anidación y termina con el parto. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) el embarazo inicia cuando termina la implantación, proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero 5 o 6 días después de la fertilización, posteriormente, el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra entre el día 12-16 después de la fertilización.

Desde el mismo momento de la concepción, la mujer experimenta transformaciones en su organismo y se empiezan a manifestar los primeros síntomas del embarazo.

Tal vez el primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares. Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo.

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2008), un embarazo normal dura alrededor de 280 días (aproximadamente 40 semanas), contando desde el primer día del último período menstrual. Sin embargo, el límite normal varía desde 259 hasta 294 días (37 a 42 semanas). Las 40 semanas del embarazo se dividen en tres trimestres de 12 a 13 semanas (o tres meses) cada uno.

Las etapas del embarazo para la madre

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in-vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores. (IMSS, 2008):



Primer trimestre

- Cesan los períodos menstruales.
- Las mamas se hacen más grandes y más sensibles.
- Quizá necesite orinar más a menudo.
- Tal vez se sienta muy cansada.
- Quizá sienta náuseas e incluso vomite.
- Tal vez tenga antojo de ciertos alimentos o pierda el apetito.
- Quizá tenga acidez o indigestión.
- Tal vez este constipada.
- Puede aumentar o perder algunos kilogramos (o libras).

Segundo trimestre

Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado.

- Aumenta el apetito; podrían aliviarse las náuseas y la fatiga.
- Empieza a expandirse el abdomen. Hacia el final de este trimestre, la parte superior del útero estará cerca de la caja torácica.
- La piel del abdomen y las mamas se estira, y quizá la sienta tensa y con picazón. Puede ser que vea estrías.
- Quizá haya dolorimiento en uno u otro lado del abdomen, conforme se estiran los ligamentos que sostienen el útero.
- Tal vez aparezca una línea de color oscuro, la línea negra, en medio de su estómago, desde el ombligo hasta el vello del pubis.
- Podría presentar placas de color pardo (cloasma, o la "máscara del embarazo") en la cara.
- Las areolas, la piel de color más oscuro que rodea a los pezones, podrían oscurecerse.
- Podría haber hinchazón de los pies y los tobillos.
- podría sentir su útero en la parte baja del abdomen.

Tercer trimestre

El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad —aproximadamente después de la semana 25— que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un nacimiento temprano natural o inducido.

- Puede sentir fuertemente los movimientos del bebé.
- Quizás tenga falta de aliento.
- Necesita orinar más a menudo conforme el bebé desciende e impone presión adicional sobre la vejiga.
- Podría gotear calostro (una leche previa, de color amarillo y acuosa) desde sus pezones.
- El ombligo podría sobresalir.
- Puede tener contracciones (endurecimiento del abdomen o dolor en el abdomen). Estas pueden indicar trabajo de parto falso o real



El desarrollo del feto varía mucho en los tres trimestres del embarazo. En el primer trimestre se forman sus órganos principales. En el segundo éstos se vuelven más complejos, mientras que en el tercero el feto aumenta de tamaño preparándose para nacer.

Este proceso origina enormes cambios físicos y psicológicos en la madre, sobre todo en el primer trimestre en donde la alteración de las hormonas es mayor, aunado a esto, la aparición de cansancio, sueño y náuseas.

Factores de riesgo

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo (es.wikipedia, 2008):

- Edad menor a 14 años o mayor a 35 años.
- Enfermedades anteriores o durante el embarazo: anemia, alcoholismo, diversas cardiopatías, diabetes, hipertensión, obesidad, diversas enfermedades infecciosas, afecciones renales o trastornos mentales.
- Embarazos múltiples.
- Problemas en un embarazo previo.
- Hijos anteriores con alguna malformación.
- Peso corporal menor de 45 kg o mayor a 90 kg (varia de acuerdo a talla)
- Talla menor a 140 cm.
- Riesgos alimenticios: los pescados con alto contenido de mercurio deben ser evitados, como el tiburón, pez espada, carita, blanquillo y algunos atunes. Otros pescados como camarones, salmón, bacalao y bagre, no deben ingerirse más de una vez por semana por tener un bajo contenido de mercurio.

Aspectos psicológicos

Durante el embarazo, la mujer presenta estados psicológicos que se ven considerablemente estimulados por la cantidad de cambios biológicos que enfrenta; por eso, requiere de ayuda y comprensión durante la gestación por parte de quienes la rodean.

Según Julia A. Sherman (citada en Alva 1999), la mujer embarazada muestra mayor interés corporal, es decir, le afecta ver transformado su cuerpo, tiene resentimientos, sensibilidad, labilidad emocional, cierto miedo al parto y a que el bebé no nazca bien, a veces presenta problemas emocionales, gran necesidad de comunicación oral, en ocasiones llora sin razón, sufre depresión y extrema irritabilidad, sin embargo, algunos de estos cambios emocionales tienen una base bioquímica y son parte de un embarazo normal.

La crisis del embarazo

El embarazo pone a la mujer cara a cara con la realidad, intensificando su percepción de la misma. El darse cuenta y hacerse cargo de la realidad es, tal vez, la característica más importante de la madurez, y el embarazo es una “crisis de



maduración”, en donde la gestación es considerada como crisis psicológica, un periodo de desequilibrio fisiológico y psicológico agudo que induce el crecimiento y maduración de la mujer. El aspecto de maduración es fácil de comprender si se considera como el cumplimiento de la tarea de desarrollo psicosocial correspondiente. Pero simultáneamente con la maduración, la mujer gestante experimenta una regresión a sus etapas tempranas de desarrollo y conducta. La regresión es parte normal y regular del embarazo y, en cierto sentido, desempeña una función de adaptación. La experiencia del embarazo saca a flote los conflictos del desarrollo infantil y puberal, en especial, los problemas relacionales con la madre, ya que el modelo que la embarazada tiene, es el de su propia madre. La gestante debe admitir, rechazar o modificar el modelo materno, y debe hacerlo en un tiempo relativamente corto (Salvatierra, 1989).

“Para Caplan, (1957) no se trata necesariamente de una crisis, sino de una susceptibilidad aumentada a crisis. Realmente, el periodo de gestación es relativamente prolongado, y las crisis o estreses se suceden a lo largo del mismo. Se ha señalado que cada trimestre de preñez tiene sus propias tareas psicosociales” (Salvatierra, 1989 p. 39).

La crisis de la gestación alcanza su final en el parto, de forma inevitable. Este carácter de inevitabilidad, que obliga a una “solución”, esté dispuesta o no la mujer, la crisis del embarazo es un disturbio temporalmente limitado por un hecho que, por sus características traumática y porque implica una división del Yo femenino, tienen tremendo impacto emocional (Salvatierra, 1989).

La experiencia del embarazo se acompaña de trastornos físicos, (náuseas, vértigo, cambio de apetito, disuria, etc.) que pueden causar inquietud. El mismo aumento de peso y deformación corporal puede motivar estrés. La gestación puede favorecer esas “microirritaciones” de la vida diaria, además de la necesidad de acudir con un médico o a los Servicios de Salud, de sufrir exploraciones y pruebas, de obtener ciertos papeles en la Seguridad Social, etc., que pueden incrementar la tensión crónica, sobre todo para la mujer que trabaja o tiene otros hijos pequeños (Ídem).

Es natural que las mujeres conozcan las probabilidades de desviación de la normalidad, de peligro y de daño, para ellas mismas y para su hijo, durante la gestación y el parto, que en muchas embarazadas puede causar ansiedad y miedo. Aunque en sí el embarazo puede causar estrés, debido a su doble aspecto como desafío y como amenaza.

Leifer (1977, citado en Salvatierra, 1989), encontró que pocas mujeres permanecen consistentemente tranquilas a lo largo del embarazo. Observó que las gestantes con gran deseo de hijo, muy ligadas emocionalmente al feto, tienden a enfocar su ansiedad sobre el niño, mientras que las que no tienen gran deseo, expresan ansiedad mixta acerca de ellas mismas y de su feto.

“Un embarazo aparece de forma insidiosa, con señales dudosas, e inicialmente su evolución futura es problemática. La actitud de la mujer es ambivalente, desea el embarazo y, a la vez, lo rechaza. Judith Bardwick (1972)



dice textualmente -cuando entrevisto a jóvenes embarazadas me quedo sorprendida e impresionada por la ambivalencia que sienten hacia el embarazo como tal. Una ve algunas veces un terror pánico hacia los cambios corporales y oye describir al feto como un parásito. La mayoría describen el embarazo como un periodo que debe ser tolerado, algo que requiere atención. Los términos usados generalmente son muy negativos, muchas veces ambivalentes, rara vez positivos. Y esto aunque no se trata de pacientes que busquen ayuda médica-. La psicóloga norteamericana añade que -es importante recordar que la feminidad biológica tiene componentes molestos, sangrientos y dolorosos, pero que, además de los miedos realistas, la tradición popular transmite ideas aterradoras-. Según Caplan (1957), un 80% de primigrávidas admiten sentimientos de frustración y ansiedad cuando supieron que estaban embarazadas. La ambivalencia ante la primera noticia, y en el curso del primer trimestre es muy común” (Salvatierra, 1989 p. 37).

El embarazo es una situación novedosa que en sí misma causa miedo, demostrándolo en cada conducta con frecuencia.

Lo importante a la hora de tener un hijo es aceptar que está en camino, con todo lo que conlleva. Durante el embarazo se tienen sentimientos contradictorios, momentos en que es muy deseado y momentos de arrepentimiento. Cambios que significan adaptación y aceptación.

Además del cambio físico y hormonal, la mujer necesitará el ánimo de su pareja, familia y amigos en general, que ayudarán a aliviar esos miedos y dudas.

Con el embarazo da comienzo una nueva vida, es decir algo que es en principio autónomo, delimitado en un complejísimo tejido de dependencias. Sin embargo, el embarazo tiene una historia: la de los padres. Esta historia puede ser satisfactoria o desgraciada, o puede ser simplemente una historia común, compartida por muchas otras experiencias similares, derivada de situaciones análogas. (Bronfman, 2000)

Es deseable que las circunstancias para enfrentar el embarazo como la edad, situación económica y emocional, además de que no se presente de sorpresa, sean adecuadas para sobrellevar todos estos cambios que en sí mismos e incluso siendo deseados son difíciles, pero ¿qué pasa cuando la red de apoyo es inexistente o no colabora?, la mujer se sentirá abandonada ante esta nueva situación y el enfrentarse sola a tanto cambio provocará mayores miedos y dudas, provocando que se contemple la posibilidad de interrumpir el embarazo.

Cuando es un embarazo inesperado

“Es tan valioso y significativo el acto de trascender la vida, la decisión de ser madre o padre que en muchas ocasiones, esa gran emoción nos impide analizar con serenidad una acción tan distinta como es la de abortar. Así como tener un hijo compromete los recursos y los márgenes de la realización personal, interrumpir un embarazo es también un acto de gran responsabilidad. Se trata de una resolución, cuando se decide justamente, que se origina a partir de que no se está en condiciones de traer un hijo al mundo ni se podrá apoyarlo por el resto de



su vida. Cuando no hay condiciones y por alguna razón ocurre un embarazo imprevisto, el aborto impide una maternidad no deseada y, en ocasiones, una paternidad impuesta. En tales casos, abortar es dar impulso a la continuación de un ciclo de vida favorable a la madre y también al padre es un acto de libre conciencia en que se reconoce que todo ser humano, sea la madre, el padre o el futuro ser en potencia, tiene derecho a tener una vida digna, una vida que exige un conjunto de condiciones” (Rodríguez, 2004 pp. 83-84).

Un embarazo involuntario o inesperado en ocasiones provoca problemas, muchos sentimientos complejos y contradictorios intervienen cuando se contempla la posibilidad del aborto. Y muchas mujeres recurre a este método para dar la solución de está a su alcance para ese problema, ya que en ocasiones, la verdadera problemática puede ser el miedo al compromiso, irresponsabilidad de la pareja, el desempleo, relaciones prematrimoniales, por ejemplo.

La decisión de interrumpir un embarazo es difícil para la mujer, y muy a menudo también para el hombre. Pensamientos acerca de si fue correcto o equivocado hacerlo acechan durante mucho tiempo, quizá durante toda la vida (Lennart, 1999).

El aborto no es una solución ideal porque siempre es preferible no llegar a estar embarazadas. Ninguna mujer aborta por gusto, del mismo modo que nadie se somete a una intervención quirúrgica, por pequeña y sencilla que sea, a no ser que con ella se evite un perjuicio mayor (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986).

¿Qué es el aborto?

“En sentido estricto la palabra “aborto” viene de las partículas: “ab y ortus”, que literalmente significan privación del nacimiento u origen, así, todo lo que nace antes de tiempo o se le extirpa del seno materno, se le considera como aborto... lo que no logra su debida madurez” (Alva, 1999 p. 55).

““Aborto es la interrupción de un embarazo durante el periodo de tiempo en que el feto aún no es viable” “Un feto se considera viable cuando es capaz de sobrevivir independientemente del cuerpo de la madre, y este momento se puede establecer en las 28 semanas del embarazo”” (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986 p. 9).

Actualmente, la viabilidad fetal es objeto de discusión en el mundo, principalmente por los avances en la tecnología y su capacidad para asegurar la supervivencia de fetos menores de 28 semanas, esto, claro con probabilidades de padecer minusvalías físicas o psíquicas.

El aborto puede ser espontáneo o voluntario y éste último puede ser a su vez, legal o ilegal.

Aborto espontáneo

“El aborto espontáneo es cuando un embrión un feto muere en el útero y el cuerpo lo expulsa. Después de 20 semanas de embarazo, un aborto espontáneo es conocido como un mal parto” (Rodríguez, 2004 p. 103).



Se produce por causas naturales se puede considerar como una sabia defensa del organismo que rechaza los embriones defectuosos. Sin embargo, existen abortos espontáneos por causas no naturales, como pueden ser los tóxicos ambientales, medicamentos, etc. (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986 p. 9).

Aborto inducido

“Es definido por multitud de términos. Desde el terrible “aborto criminal”, pasando por el “aborto provocado” también con resonancias punitivas hasta, quizás el más adecuado de “interrupción voluntaria del embarazo”. Este último sin embargo resulta demasiado complejo coloquialmente para muchas mujeres que se enfrentan al aborto sin saber cómo denominarlo” (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986 p. 10).

A través de la historia, el aborto inducido ha sido frecuente materia de controversia por sus implicaciones éticas, morales y sociales. Ha sido prohibido o limitado en sociedades diversas y permitido en otras, aunque los abortos continúan siendo comunes incluso donde la presión social y/o la ley se oponen a él. Los abortos en condiciones sanitarias inadecuadas son una causa mayor de mortalidad femenina, y representan, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un total aproximado de 70.000 muertes al año, es decir, alrededor del 13 por ciento del total de las muertes maternas. Este dato ha servido de argumento a favor de la despenalización del aborto, es decir, a favor de que el aborto deje de ser considerado un delito y se legisle con consideraciones específicas para casos específicos. e llama aborto inducido al que es provocado con la intención de eliminar el feto, con distintos fines, en distintos contextos sociales y legales, con o sin asistencia médica. Se estima que cada año 46 millones de mujeres alrededor del mundo recurren al aborto inducido para terminar con un embarazo no deseado. De ellos, al menos 20 millones se consideran abortos inseguros, es decir, abortos en los que la vida de la mujer suele estar en grave peligro. En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que en América Latina y en el Caribe se realizaron treinta abortos inseguros por cada mil mujeres de entre 15 y 49 años de edad, más del doble del promedio mundial de trece abortos por cada mil mujeres. Se estima que el aborto inseguro constituye la causa primordial de las 600.000 muertes maternas que se producen cada año. En América Latina y en el Caribe, de los 18 millones de embarazos que se producen cada año, 52 por ciento no son planeados y el 21 por ciento de ellos terminan en un aborto (es.wikipedia, 2008).

“La mayoría de los abortos inducidos son realizados durante el primer trimestre del embarazo. Después de la semana 20 o 22, cuando un producto no puede sobrevivir; la interrupción de un embarazo se considera médicamente como muerte fetal y no como aborto. El aborto puede ser peligroso si no se practica con personal capacitado y con equipo médico adecuado. Los métodos más seguros son los quirúrgicos y los que actúan por medicamentos aunque ninguno está exento de complicaciones” (Rodríguez, 2004 pág. 104).

Procedimientos para la inducción del aborto.

El aborto puede ser inducido de muchas maneras, esto depende del tiempo de desarrollo del embrión o feto, de la salud de la madre, del contexto



socioeconómico en el que se tome la decisión y se realice el acto, especialmente el acceso a los servicios médicos, y de los límites puestos por la legislación, entre muchos otros factores.

Aborto quirúrgico

De acuerdo con Rodríguez, (2004), el aborto quirúrgico es el más efectivo, ya que 99% de los procedimientos son exitosos, y pueden hacerse recurriendo a cuatro técnicas diferentes dependiendo del tiempo del embarazo:

- *Aspiración manual o entouterina (AMEU)*: puede practicarse desde el momento en que una mujer sospecha que está embarazada, hasta aproximadamente diez semanas después de su última regla. El cuello del útero se dilata y se vacía con una jeringa manual que aspira y al cerrar sus válvulas produce un vacío que hace posible la extracción del tejido a través de una cánula; éste método, dura aproximadamente diez minutos y, la perforación del útero es menos probable que en el legrado que usa instrumental metálico.

- *Legrado o curetaje*: con éste procedimiento, la abertura del cuello del útero se distiende gradualmente y se introducen en la abertura una serie de dilatadores progresivamente más gruesos. Como alternativa, se utilizan dilatadores absorbentes para estirar la abertura del cuello del útero. Aunque se pueden dar medicamentos para ayudar a dilatar y suavizar el cuello del útero, después que el útero se ha dilatado, un tubo, conectado a una máquina de succión, se introduce y el útero comienza a vaciarse suavemente. Para asegurar que se ha vaciado totalmente, se usa un gancho metálico angosto para raspar cuidadosamente las paredes del útero. Éste procedimiento se realiza entre la 6ª. y 14a semanas después de la última regla, toma aproximadamente diez minutos pero requiere hospitalización. Generalmente se usa un anestésico local que se inyecta dentro o cerca del cuello del útero.

- *Dilatación y evacuación (D y E)*: se utiliza en embarazos que tienen una duración de entre trece y 16 semanas. Requiere hospitalización y anestesia general, y debe ser realizado por personal médico altamente especializado. Suele apoyarse con medicamentos que alivien el dolor y prevengan infecciones. El feto y otros productos de la concepción se retiran del útero con aparatos quirúrgicos y con succión. Este procedimiento toma de diez a 20 minutos”.

- *Inducción*: para este procedimiento, se introduce un medicamento para comenzar las contracciones que expulsarán el feto, o se inyecta una solución de úrea o sal en el útero para iniciar las contracciones y causar el parto de un feto muerto. La inducción generalmente se hace en un hospital y requiere que la paciente pase la noche, o más tiempo, en el hospital. Este procedimiento actualmente es poco frecuente, ya que ha sido sustituido por el de dilatación y evacuación.

- *Aborto por medicamentos*: el aborto por medicamentos no requiere cirugía, se realiza generalmente dentro de los 49 días después del primer día de la última regla; un porcentaje pequeño de los abortos por medicamento no tiene éxito y es necesario recurrir a procedimientos quirúrgicos para poner fin al embarazo.



- *El método metotrexato con misoprostol o cytotec:* la mujer recibe una inyección de metotrexato, y aproximadamente cinco días después, ella misma introduce tabletas de misoprostol en la vagina. El embarazo deberá terminar en casa dentro de uno o dos días, aunque 15 o 20% de las mujeres que usan este procedimiento necesitan hasta cuatro semanas para terminar exitosamente sus embarazos. El preembrión y otros productos de la concepción serán expulsados a través de la vagina.

Consecuencias físicas y psicológicas del aborto

Factores que influyen en que un aborto sea peligroso

1. La duración o el tiempo de embarazo.
2. La preparación del personal que lleva a cabo la intervención.
3. Las condiciones sanitarias en que se realiza.
4. El método o la técnica completa.

Si la interrupción del embarazo se practica durante las primeras semanas de gestación, por personas preparadas y en las condiciones sanitarias adecuadas supone menos riesgos que el embarazo y el parto. Por el contrario el aborto clandestino es uno de los peligros más graves para la salud y la vida de las mujeres en todo el mundo. “El aborto en el primer trimestre del embarazo cuando hay suficientes garantías jurídicas y sanitarias se considera una de las intervenciones quirúrgicas más sencillas y seguras” (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986 p. 29).

Los problemas que se pueden presentar después de un aborto, de acuerdo con Rodríguez, (2004) pueden ser:

- Retención de tejido. Puede suceder que después de la intervención queden restos de tejido ovular en el interior del útero, y debe buscarse atención médica para remover el tejido, pues este es un medio ideal para crecimiento de las bacterias que provocan las infecciones.
- Infecciones. Ésta es una de las complicaciones más comunes y son causadas por la entrada en el útero de ciertas bacterias. Una infección no atendida puede provocar enfermedades serias, esterilidad e incluso la muerte.
- Hemorragia. Es normal que se presente sangrado después de la interrupción del embarazo. A menudo se presenta un sangrado escaso que aumenta poco a poco. Un sangrado moderado, similar a un periodo menstrual, puede prolongarse hasta seis semanas. Un sangrado más abundante que el de un periodo menstrual, o que persista más allá de tres o cuatro semanas necesita ser evaluado médicamente.
- Lesiones intraabdominales (perforación del útero y lesiones cervicales). Debido a que éstas son lesiones internas, la mujer no está en posibilidad de darse cuenta de ellas. La perforación del útero ocurre cuando un instrumento quirúrgico lo atraviesa. Las lesiones cervicales pueden presentarse como resultado de fuertes contracciones uterinas y deben saturarse para evitar problemas en embarazos posteriores.
- Reacciones tóxicas a las sustancias utilizadas para inducir el aborto. Si se han ingerido hierbas, medicamentos o drogas para provocar el aborto, se



pueden presentar serias complicaciones tóxicas. Es importante saber que la mayor parte de las drogas y preparados que se conocen como abortivos no proporcionan una interrupción del embarazo confiable, y con frecuencia pueden provocar intoxicación y hasta envenenamiento.

- Continuación del embarazo. En muy pocas ocasiones el embarazo puede continuar a pesar del intento de interrumpirlo. Esto se debe a que se ha removido sólo parte del tejido, por lo que es necesario repetir el procedimiento hasta eliminar todo el tejido ovular.

Complicaciones tardías

De acuerdo con Alva (1999), pasados dos o tres semanas del aborto o en presencia de otro embarazo:

- a) Probable esterilidad, debido a que las trompas del útero tienen una estructura frágil, la cual se desorganiza por la menor infección.
- b) Posibilidad de tener embarazos extrauterinos, puesto que después de un aborto las trompas de Falopio no están tapadas, solo detienen el óvulo.
- c) Puede darse una apertura permanente del cuello uterino; y puede no dar molestias en tiempo normal, pero en cada embarazo podría suceder que el cuello uterino fuera incapaz de retener al feto a los cuatro o cinco meses, o bien, se tendrían partos prematuros.
- d) Sinequias o adherencias entre las paredes uterinas puestas al vivo por el raspado (que en casi todos los métodos se tiene que efectuar para verificar que no quede ninguna partícula dentro de la matriz).
- e) Con la histerotomía, un próximo embarazo sería más peligroso que después de una cesárea en su tiempo, porque el útero debe cortarse en una zona peligrosa. Así también, pueden presentarse perforaciones uterinas, accidentes por administración de anestesia, hemorragias (cuando se parte la placenta en trozos).
- f) La utilización de drogas, como las prostaglandinas, sin intervención manual o instrumental, estimulan al útero al contraerse y a expulsar su contenido, afectando con esto a otras muchas vísceras además del útero; quizá produzcan la migración de un cálculo biliar, la perforación del apéndice o el infarto cardiaco.

Si se ha tenido un aborto espontáneo o la mujer se ha sometido a una intervención quirúrgica para interrumpir un embarazo, en los días subsecuentes se debe cuidar que no se presente fiebre, escalofríos, dolores musculares, cansancio, debilidad o letargo, dolor abdominal o pélvico, cólicos y/o dolor de espalda, sensibilidad a la presión en el abdomen, hemorragia prolongada o abundante, flujo vaginal fétido, demora (de seis semanas o más) en la reanudación de los periodos menstruales. En la presencia de cualquiera de éstos se debe asistir al médico inmediatamente.

Aborto clandestino o de riesgo.

El aborto en sí, es un procedimiento de riesgo, aún cuando se practique en las mejores condiciones, pueden ocurrir accidentes y provocar daños en la mujer, y si se practica en condiciones de poca higiene y/o experiencia, existe mayor riesgo;



“los estudiosos del tema reconocen las consecuencias adversas de los abortos inseguros. Entre tales consecuencias figuran la muerte de la mujer por uso de procedimientos peligrosos y graves. Como consecuencias se han observado secuelas físicas a largo plazo para la salud de la mujer como discapacidad, sangrado agudo, lesiones de los órganos internos e infertilidad. Puede haber reacciones tóxicas a los fármacos empleados, o también la consecuencia de la continuación del embarazo cuando falla el procedimiento” (Rodríguez, 2004 p. 85).

Entre las jóvenes, es común la necesidad de abortar en condiciones ilegales y peligrosas, ya que es lo que tienen más a la mano debido a que tienen mayor información de los lugares en donde se practican, que de las opciones a seguir. Las jóvenes más tienen en reconocer o aceptar un embarazo y demoran más en tomar la decisión para solicitar servicios de aborto, y cuanto más avanzado el embarazo, mayor es el riesgo, la probabilidad de complicaciones en el aborto, es muy elevada, si la mujer se provoca el aborto ella misma o acude a una persona sin capacitación que cuando acude con personas capacitadas.

Los posibles efectos de estas técnicas según Cifrián, Martínez y Serrano, 1986, son:

a) A nivel general:

- Los productos químicos ingeridos oralmente pueden causar vómitos y envenenamiento.
- En realidad, las complicaciones más graves son la hemorragia y la infección, que primero puede ser localizada, pero que en su evolución puede llegar a generalizarse.

b) A nivel local:

- Las sustancias químicas, causan quemaduras y hemorragias, pueden conducir a la formación de fístulas en la vejiga o en el recto.
- Los objetos punzantes ocasionan lesiones en vagina, cuello y útero, llegando en ocasiones a producir la perforación del útero y otros órganos.

Complicaciones más importantes:

1. Lesiones del cuello del útero
2. Hemorragia intensa
3. infección
4. Perforación

Cuando la sangre de la mujer tiene Rh negativo y su pareja positivo es preciso, aún en abortos de pocas semanas, poner una inyección de gammaglobulina para evitar que las defensas de la mujer fabriquen anticuerpos antiRh. Esos anticuerpos en embarazos normales atacarán al feto (si tiene un Rh distinto al de la madre) dañándole seriamente.

Un raspado demasiado intenso durante el legrado, puede hacer heridas en la pared del útero aunque no la perfora y en ocasiones la cicatrización de esas



heridas hace que las paredes interiores del útero se peguen. A esto técnicamente se le llama síndrome de Asherman y valuar a problemas de infertilidad posterior que pueden corregirse.

Diversas complicaciones pueden presentarse después de cualquier interrupción del embarazo (incluso cuando es realizada por una persona capacitada o cuando sucede de manera espontánea), pero sin duda el riesgo de presentarlas es mucho mayor cuando se trata de un aborto inducido y realizado en la clandestinidad.

Consecuencias Sociales

Dentro de este punto se encuentran implicadas las relaciones interpersonales del medio que rodea a la mujer que ha abortado, las cuales se encontrarán fuertemente comprometidas. Se pueden dar diversos casos, debido a que la persona como ser individual puede encontrarse en circunstancias por demás distintas y concretas, por ejemplo (Alva, 1999 pp. 74-75):

1. Entre los esposos o futuros esposos. Si se encuentran antes del matrimonio o no tienen pensado casarse, algunos jóvenes llegan a perder la confianza y estima por la joven que ha abortado (o viceversa, si él la indujo al aborto), reduciendo la posibilidad de matrimonio o credibilidad hacia la pareja. Si el aborto se practica dentro del matrimonio, puede haber hostilidad y/o desprecio si se ha ocultado al cónyuge o si se le ha obligado a realizarlo, o bien generar conflictos familiares.
2. La relación madre-hijo(s) puede verse deteriorada en cuanto a la autoridad, respeto, confianza, comunicación y valía.
3. El aborto, al convertirse en un hecho cotidiano, se convierte en la solución más fácil cuando los anticonceptivos fallan. Los medios de comunicación y otras instituciones parecen estar interesados en su promoción.
4. Problemas sociales ante la desintegración de las familias e inestabilidad psíquica de estas mujeres.

Repercusiones psicológicas

“Ninguna mujer considera el aborto como una experiencia agradable. La decisión la mayoría de las veces es difícil y a veces experimentan sentimientos de angustia, culpabilidad y confusión antes o después del aborto” (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986 p. 38).

La mayor parte de las mujeres se sienten aliviadas tras el aborto, si bien este alivio se ve empañado a causa de sentimientos de reproche por haber ocurrido en un embarazo no deseado y de culpabilidad por haber tenido que recurrir al aborto, sin embargo, la ansiedad suele disminuir tras el aborto, porque la alternativa del aborto es el parto, pero si los sentimientos no cesan, pueden suscitar en una pequeña proporción de mujeres una depresión que, cuando es grave, puede requerir asistencia en un servicio psiquiátrico, aunque generalmente las mujeres que aquejan afecciones psiquiátricas al cabo de un año de haber abortado habían sufrido ya episodios depresivos antes del embarazo; y esta depresión, es en relación y consecuencia de su estado mental previo y de las



circunstancias que originaron el embarazo no deseado, por ejemplo, cuando la mujer ha dudado mucho antes de optar por el aborto o cuando no se siente apoyada ni por su pareja ni por su familia, y la probabilidad de una reacción emocional adversa se acentúa en los abortos practicados en embarazos deseados a causa de una malformación fetal (OMS, 2000).

El punto de partida de la depresión postaborto se encuentra en la ambivalencia afectiva ante el hecho de la maternidad que está determinada por la propia historia de las mujeres y por el ambiente socio-cultural que nos rodea.

El aborto supone una situación de crisis en la que se pone en cuestión muchas cosas, lo que puede ser doloroso y difícil.

En las consecuencias psicológicas del aborto según Cifrián, Martínez y Serrano (1986), intervienen:

1. La opinión que la mujer tenga del aborto: si está convencida de que es un delito, los sentimientos de culpa pueden llegar a ser importantes. Si piensan que es un derecho esos sentimientos no tendrían por qué aparecer.
2. Las condiciones que rodean el hecho del aborto: la información, el apoyo por parte del entorno socio-familiar, la atención y seguridad de los profesionales que realizan el aborto, etc.
3. El deseo del embarazo: muchas mujeres abortan por razones económicas o por presiones de la familia, de la pareja o de la sociedad. Lo mismo cuando el aborto se realiza por causas médicas como una enfermedad.
4. La legalidad o ilegalidad del aborto: en los países en los que el aborto es legal y aceptado por la sociedad, las repercusiones negativas y los sentimientos de culpa son mínimos.

Síndrome Post- Aborto (SPA)

La realización de un aborto implica mucho más que una decisión bien o mal tomada, implica un cambio de vida emocional y físico total tanto para la mujer que se lo practica, como para quien la acompaña en este proceso y para quienes viven junto a ella, como es el caso de la pareja, hijos, familiares o amigos cercanos.

La mujer que elige abortar se encuentra en una situación muy distinta de la que sufre un aborto espontáneo. Nunca podrá saberse con exactitud todas las presiones internas y externas que dirigieron su acción y, por tanto, no se le podrá ni deberá juzgar. Sin embargo, a menudo dicha mujer inconsciente o conscientemente teme el juicio de sus seres queridos, de aquellos con quienes ella tenga relación, de Dios (aquellas que son creyentes) e incluso de ellas mismas, al grado de no poder soportar enfrentarse a sus sentimientos de culpa. El deseo de abortar no siempre es consciente ni debe ir acompañado de un conocimiento completo o profundo acerca de lo que el aborto implica o puede ocasionar. Si existiese algún conocimiento, siempre será más fuerte la angustia, el miedo y la desesperación, que el razonamiento que pueda hacerse para no abortar. "El periodo anterior al que la mujer aborta, es un tiempo de crisis personal. La gran



mayoría de las mujeres que abortan experimentan presiones externas, y las necesidades internas demandan una rápida solución a la situación de crisis que atraviesan” (Alva, 1999, p. 83).

Alva (1999), señala que, la mujer que abortó desarrolla cuatro tipos de mecanismos de defensa:

1. Racionalización: implica la búsqueda de razones lógicas, excusas o explicaciones que justifiquen el aborto.
2. Represión: forma de prevenir que la información inconsciente alcance un nivel consciente a través del recuerdo de los sentimientos dolorosos que rodean al aborto. En ocasiones la mujer puede abatir sentimientos dolorosos, así como detalles actuales de esta experiencia. Algunas incluso llegan a olvidar en el segundo o tercer aborto, que han tenido uno previo. La culpa y la represión pueden durar años e incluso décadas, hasta que un evento fuerza a la mujer a confrontar sus sentimientos no resueltos.
3. Compensación: luego de un aborto surgen deseos por compensar el error haciendo cosas buenas, como sobreinvolucrarse en actividades religiosas, trabajar activamente en un movimiento pro-vida, ser una “súper mamá”, entre otras actividades, poco después de haberse efectuado el aborto. Esto también puede desencadenarse en una actividad o trabajo muy duro para comprobar que el aborto fue realmente necesario, por ejemplo si la mujer sacrificó a su bebé por una carrera prometedora, ella se esforzará arduamente para hacer de ésta un gran suceso.
4. Formación reactiva: se buscará abatir o reprimir en una forma exagerada los sentimientos de culpa y pensamientos relacionados con el aborto, profesando con vehemencia exactamente lo contrario; como si al expresar lo contrario, la convicción se convirtiera en justificación, por ejemplo, la mujer puede volverse verbalmente defensora del aborto para convencer a otros, pero sobre todo a sí misma, de que hizo la elección correcta y está satisfecha con el resultado.

Principales características del Síndrome Post-Aborto.

- *Negación*

A través del proceso de la negación, la mujer se bloquea ante el lastimoso proceso de la muerte de su hijo, y rehúsa o niega toda responsabilidad ante el aborto. Esta negación suele ser el factor psicológico más importante del síndrome, se convierte en una barrera para la búsqueda de ayuda, en esta primera etapa el mal se profundiza porque se vive en la irrealidad. La mujer dirá, por ejemplo: “¡yo no tengo nada!”, “¡me siento perfectamente!”, “¡fue la mejor decisión!”, “¡fue mentira eso de que el aborto me perjudicaría!”, “si me sucediera otra vez, lo volvería a hacer”.

La negación se vuelve un estilo de vida en donde la mujer ya no se da cuenta de la causa de sus males, sino sólo recuerda sus síntomas (en el momento que éstos lleguen a presentarse). Piensa que si admite el trastorno que le provocó el aborto, va a tener que enfrentarlo sin la ayuda de sus familiares o amigos que la



acompañaron o encauzaron a practicarse el aborto; hacerlo significaría retractarse, rectificar el camino o culparlos por no haberla orientado.

La negación se manifiesta de distintas formas, según la persona y situación, por ejemplo, la mujer tratará de ocultar su malestar a ella misma y a los que la rodean. Habrá quien se jacte incluso de haberse practicado varios abortos y no sentirse mal de ninguna forma, al contrario, hará alarde de ser “madura” y “responsable”, o bien, por el contrario, quizá habrá quien diga que no se arrepiente en lo absoluto de lo que hizo, pero tratará de evadir siempre el tema.

- Evitar pensamientos o sentimientos acerca del aborto

Existe un profundo sentimiento de desesperanza, para ella, pensar acerca del aborto es remover sentimientos de culpa y de dolor que no le conducirán a nada. Debido a que el hecho de haber destruido intencionalmente a su hijo, resulta ser una experiencia extremadamente traumática, que va más allá de cualquier otra experiencia humana. Recordar o tratar de consentir algún sentimiento con respecto al aborto, se convierte en motivo de estrés que le quitará tranquilidad por el resto del día, semanas, meses o años.

- *Evitar situaciones y/o actividades que tengan o parezcan tener alguna relación con el aborto.*

Llega a romper relaciones o a distanciarse de las personas que tomaron parte en el aborto directa o indirectamente, o que tan sólo conocieron de su embarazo no deseado. La falta de confianza en el sexo opuesto, generada por la falta de apoyo en un momento tan difícil para ella, o haber sido inducida por el cónyuge o novio a practicarse el aborto, puede en general impedir el desarrollo de la intimidad o la comunicación profunda. Por la misma razón, las relaciones matrimoniales pueden verse afectadas.

- *Incapacidad (o memoria por bloques) para recordar aspectos acerca del aborto*

Esta incapacidad surge como un mecanismo de defensa inconsciente, es como una especie de amnesia. Al evitar situaciones o sentimientos que tengan relación con el aborto, reprimiendo o nulificando sus sentimientos.

Alva (1999), señala las siguientes manifestaciones como sentimientos reprimidos o nulos:

- ✓ **Aislamiento:** La mujer buscará aislarse del mundo que le rodea, porque creará que nadie la comprenderá o perdonará por lo que ha hecho. Incluso, buscará aislarse de ella misma y con ello evitar reflexionar o recordar en los momentos de soledad. Para que no haya nada ni nadie que le recuerde el aborto, que nadie sepa ni conozca nada acerca de su vida.
- ✓ **Incapacidad para tener sentimientos amorosos hacia otros: niños, pareja, familia:** Eso puede suceder porque los sentimientos asociados con el aborto son sumamente abrumadores, o porque la mujer necesita ser capaz de funcionar en su vida diaria y, de este modo, buscará dejar muchos



sentimientos no resueltos y derribarlos. En ocasiones piensan que ya no son capaces de dar ni querer a nadie, porque lo que han hecho las vuelve inmunes a cualquier sentimiento positivo. O bien, pueden sentirse defraudadas quien haya tenido algo que ver con su aborto; al no recibir ayuda ni apoyo o por haber sido presionada o inducida a abortar; desconfiará de cualquier cariño o sentimiento amoroso que se le brinde, y evitará o tendrá temor a sufrir daños futuros. Probablemente se volverá menos vulnerable y reprimirá sus emociones para enfrentar la vida dura que le espera.

- ✓ **Reviviendo el trauma:** El mal recuerdo que trae consigo ese momento tan doloroso, hará que reviva cada momento, sentimientos y daños que le ocasionó el aborto; estos son los padecimientos más angustiantes que vivirá la mujer, ya que además estarán revestidos de afecciones patológicas.
- ✓ **Fantasías:** Las fantasías son como las pesadillas, sin embargo, ocurren cuando se está despierto; en ocasiones, llegan a durar largos periodos. Pueden tenerse en cualquier momento y en repetidas ocasiones. Durante esas fantasías generalmente sufren un gran y real dolor, mientras que su cuerpo se encuentra agobiado por el sollozo. Regresan a la realidad deprimidas y exhaustas. Los sueños son angustiantes y recurrentes, siempre en relación con el aborto o con el niño no nacido, pueden ser sueños sobre niños recién nacidos o de fetos.
- ✓ **Visiones retrospectivas:** Se vuelve a vivir emocional o físicamente la experiencia del aborto, asociada a un suceso. Se manifiestan como sentimientos o actos repentinos relacionados con el aborto, como si éste fuera a suceder de nuevo; llegan incluso a revivir la experiencia, se tienen alucinaciones y episodios disociativos, incluyendo despertares repentinos y bruscos o como si se estuviera asfixiando.
- ✓ **Fobias:** Se dan todo tipo de aversiones y desórdenes compulsivos que pueden ser, temor a las enfermedades o a morir. Pueden manifestarse a través de limpieza compulsiva por un sentimiento de suciedad, hambre excesiva, anorexia, o bien, mediante reacciones de aniversario. Las reacciones de aniversario implican tener actitudes negativas desconcertantes justo en la fecha en que se abortó al bebé, estas reacciones son de intenso dolor y/o depresión. Las fobias, como otros daños psicológicos, son debido a que la mujer queda sensiblemente dañada, intranquila y propensa a cualquier miedo y angustia.
- ✓ **Angustia:** puede manifestarse ante situaciones que tienen alguna relación con el aborto como exámenes ginecológicos, relaciones sexuales, nacimientos, o algunos sonidos. Al igual que en las visiones retrospectivas; miedo extremo a dañar a sus hijos o a cualquier otra persona, porque piensan que si han sido capaces de abortar o de “matar” a alguien, serán capaces de hacer cualquier cosa.
- ✓ **Recelo hacia sus hijos vivos o abuso de infantes:** La actitud de la madre, para con los hijos previos al aborto, puede ser de sobreprotección: “son todo lo que tengo”, actitud que los sofoca psicológicamente. Para los hijos posteriores, la actitud de la madre puede ser de hostilidad y agresividad que configura un verdadero cuadro de maltrato hacia el menor.



Los niños pueden ser el centro de la ira y la frustración causada por el aborto.

- ✓ **El despertar de recuerdos reprimidos:** Los recuerdos se encuentran reprimidos por la constante negación del aborto, que la mujer lleva consigo de una manera consciente o inconsciente, o bien, por no querer recordar lo que le provocó tanto dolor, es por esto que el despertar de dichos recuerdos se dará principalmente en el sueño.
- ✓ **Desórdenes en el sueño** que se manifiestan mediante:
 - **Pesadillas.** La mujer puede soñar que trata desesperadamente de rescatar a un bebé (posiblemente el suyo) que se encuentra en inminente peligro de muerte. Quizá pueda verse, a sí misma, corriendo sin rumbo en la oscuridad, y sólo se percibe un bebé muriendo y cualquier tipo de rescate es en vano. Una vez que despierta se queda con un terrible sentimiento de pérdida, soledad y desesperación. Muchas mujeres sueñan que oyen llorar a sus bebés o tienen visiones de niños que representan a sus hijos muertos, y todo esto es por la intranquilidad en la que viven. Los recuerdos reprimidos las atormentan al dormir, y ni el cuerpo ni la mente se encuentran en estado de descanso.
 - **Insomnio.** Debido a la intranquilidad, puede haber insomnio o fantasías, visiones retrospectivas como sueños despiertos o simplemente incapacidad para conciliar el sueño.
- ✓ **Irritabilidad, explosiones de ira o coraje:** Siente amargura y odio contra los que participaron en el aborto, frustración por no haber sido comprendida ni ayudada. Se siente engañada, por no haber recibido información completa o por haber sido utilizada y luego presionada a practicarse un aborto. Y más adelante podrá sentir que las mismas personas que la impulsaron al aborto le dan la espalda, la responsabilizan y la culpan de sus actos.
- ✓ **Dificultad para concentrarse:** Por el hecho de estar pensando constantemente en el aborto, además de la depresión, el insomnio y la angustia que siente, le resulta muy difícil concentrarse para hacer algún trabajo, por otra parte, tiene sentimientos y pensamientos contradictorios ya que piensa que el aborto fue lo correcto, pero su fuero interno no la deja tranquila.
- ✓ **Sobresaltos ante cualquier estímulo:** Suceden en cualquier momento y se manifiestan con intranquilidad, miedos, preocupaciones, angustias, depresión, así como fobias y angustia constante.
- ✓ **Sentimientos de culpa (incapacidad para perdonarse):** Para proteger su estabilidad mental, muchas mujeres deben convencerse a sí mismas de la necesidad de abortar y reprimir cualquier sentimiento inicial de culpabilidad. El sentimiento de culpabilidad puede ser crónico o agudo, y es causado cuando la mujer somete sus propios deseos y valores a los deseos de otros está asociado con la codependencia y puede generalizar sus demás actitudes a un estado constante de sentimiento de culpa ante todo, no sólo a lo relacionado con su aborto, sino a cualquier otro problema por pequeño que sea y con esto, además, su autoestima irá decayendo constantemente.



- ✓ **Depresión:** Cambios de ánimos, falta de energía, interés, llanto frecuente, incapacidad para tomar decisiones claras o un sentimiento general de melancolía, debido a que la depresión continúa por mucho tiempo, puede llevar al suicidio. Muchas mujeres experimentan depresiones posparto, debido principalmente a la ausencia del bebé en su vientre; sin embargo, éstas no podrán compararse nunca con las depresiones posaborto, porque en este caso el bebé ha muerto. Hay depresión médica, cuando hay tristeza constante, la mujer es negativa acerca de ella misma y del futuro, algunas veces llega el suicidio y puede llevar a cambios de apetito y desórdenes del sueño.
- ✓ **Llanto frecuente:** Cuando se llora, se admite la frustración que se tiene en ese momento, finalmente se llega al punto de rendirse, es decir, cede al dolor. Sin embargo, el llanto parece ser una terrible señal de debilidad... y no puede haber muestras de debilidad y prefiere permanecer fuerte, aunque se esté sufriendo. Se tiene un miedo espantoso a llorar; miedo a que una vez que se deja escapar una pequeña emoción, ya no se podrá controlar. Es mucho mejor guardarlo todo por el miedo a externarlo.
- ✓ **Ansiedad:** La ansiedad se manifiesta a través del miedo al castigo o a merecer un castigo. Las mujeres con síntomas de ansiedad muestran conductas paranoicas o miedo a la muerte; lo manifiestan en un gran número de situaciones diversas; por ejemplo, miedo a tener un hijo que nazca muerto o con malformaciones.
- ✓ **Conductas autodestructivas:**
 - **Actitudes e intentos suicidas.** La mujer que ha abortado presenta, a menudo, pensamientos o deseos suicidas en los días del aniversario del aborto o de la fecha en que hubiera nacido el bebé.
 - **Abuso del alcohol, drogas, disfunción y promiscuidad sexual.** Mujeres que han tenido abortos, frecuentemente reportan su primer consumo fuerte de alcohol o drogas con la intención de aliviar el estrés que han tenido a causa del aborto. Así también, llegan a intoxicarse en un intento de vencer las pesadillas, el insomnio, o para reducir las reacciones de pesar o dolor, y para reprimir la experiencia del aborto en ellas mismas.
 - **Desórdenes alimentarios (anorexia, bulimia).** La mujer, como ser bio-psico-social, al abortar se ve afectada en estos tres ámbitos, por lo que tendrá la inclinación a este tipo de desórdenes que la llevarán a tratar de olvidar todas o algunas de las manifestaciones del síndrome.
 - **Pérdida de autoestima.** La pérdida de autoestima puede ser devastadora cuando la mujer lleva el peso de la culpabilidad y el remordimiento por la muerte de su hijo; por lo general va unida al arrepentimiento y vergüenza que la acompañan por mucho tiempo, ya que no encuentra la curación de su mal. La promiscuidad es también un indicio de la pérdida del autoestima.
 - **Disfunciones sexuales.** La frigidez es un problema muy común posterior al aborto, quizá porque se cree que al evitar las relaciones sexuales no habrá más abortos en su mente. En el varón, el shock posaborto puede resultar en impotencia. Todo esto porque el aborto



interrumpe el ciclo natural reproductivo de la mujer, y esto puede causar en ella confusión acerca de su identidad sexual. El miedo a la infertilidad es muy común, con esto muchas mujeres se sienten obligadas a probar su femineidad sexual, tanto que caen en la promiscuidad, hasta el punto de anhelar suplir los embarazos.

Cuando una mujer considera la posibilidad de abortar, piensa en muchas cosas, no es el hecho de abortar por que sí, la decisión es tomada de acuerdo con su situación, y a pesar de tener el conocimiento de las complicaciones que conlleva un aborto, sigue pensando en que el aborto es la mejor solución a su problema.

¿Por qué abortan las mujeres?

Factores que intervienen para la decisión de abortar

“Desde que comenzamos nuestra educación, los maestros nos repiten que “la base de la sociedad es la familia”, año con año repiten esta frase pero, desgraciadamente, el niño vive una realidad completamente distinta. Ya sea porque llega a su casa y se encuentra con que el padre golpea a la madre, o bien no conoce a su padre y vive en casa de sus abuelos, o simplemente algún compañero de clases vive una situación similar; problemas semejantes los ve a diario a través de la televisión, ya sea porque sus padres le permiten ver telenovelas o nunca están en casa para orientar a sus hijos en cuanto a lo que debe ser una familia. En la actualidad es creciente el número de madres solteras, de divorcios, o de personas que viven en unión libre; en pocas palabras, se vive la desintegración familiar y en ocasiones la ausencia total de familias” (Alva, 1999, p. 49).

El hombre, se siente muchas veces obligado a planificarlo todo, y otras a cambiarlo, simplemente porque sin cambios no hay estímulos, la sociedad, está ansiosa de alternativas nuevas, de consumir, probar de todo o desecharlo. En ese afán de cambio y “libertad” se ha llegado a los extremos; por encima del papel de madre, la mujer anhela realizarse profesionalmente y ser igual o mejor que el hombre. La libertad radica en que todo esté controlado, planeado y ordenado según el criterio propio, si no es así se es esclavo, y la maternidad, si no se planea con toda precisión, se considera como una especie de atadura (Alva, 1999).

En las últimas décadas, gran parte de la población mundial ha tenido a su alcance diversos métodos anticonceptivos eficaces, ya sea por conocerlos o para su utilización, aunque no están exentos de riesgos. Esto ha posibilitado el que cada vez más se pueda decidir el número de hijos y el momento más adecuado para tenerlos. Pero hasta los métodos más seguros llegan a fallar, incluso la Ligadura de Trompas y la Vasectomía tienen un porcentaje de fallos, además de que las personas que utilizan los métodos anticonceptivos tienen características diferentes, a las que no se les puede aplicar esquemáticamente cálculos teóricos. “A una adolescente, por ejemplo, que tiene que tomar la “píldora” a escondidas, de poco le sirve que su método sea muy seguro, ya que un olvido involuntario puede acabar su eficacia. Así mismo, pueden existir situaciones personales dependientes de la propia biología como intolerancia, vómitos o mezcla con otros medicamentos,



que pueden conducir a un embarazo inesperado.” (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986, p. 60)

Incluso, aunque los anticonceptivos fueran totalmente seguros, los seres humanos aún actuando responsablemente, pueden equivocarse. Pueden cambiar sus deseos en cortos espacios de tiempo, pueden sentir impulsos contradictorios y, lo que aún es más grave, pueden no tener información ni medios para evitar un embarazo.

No todo el mundo disfruta de un puesto de trabajo o de un buen nivel de estudios, no todos tienen las mismas posibilidades de sacar adelante un hijo, o dividir las responsabilidades como pareja, con lo que sí se cuenta, afortunadamente, es con el libre albedrío, que hace vivir y tomar decisiones con plena libertad. A pesar de esto, existe una gran cantidad de circunstancias que influyen en las decisiones de cada ser humano. La vida en sociedad, por ejemplo, en donde se tiene que vivir bajo ciertas normas, sumergida en una gran variedad de criterios, que influyen en las decisiones personales.

La situación económica, los modelos familiares imperantes, las creencias religiosas, las presiones del entorno social y el acceso o no a los servicios sociales y sanitarios influyen a la hora de decidir y planear un embarazo y por tanto, también a la hora de interrumpirlo”. “En estas condiciones se puede decir que las mujeres abortan porque los métodos anticonceptivos fallan o no siempre sirven, porque una parte importante de la población no puede conseguirlos y porque hasta los deseos más íntimos están marcados por condicionamientos económicos y sociales”. (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986, p. 61)

De acuerdo con Alva (1999), algunas de las principales tendencias que pueden modificar las actitudes y decisiones de muchas mujeres y hombres, pueden ser:

Causas económicas

Los factores que afectan principalmente de forma directa la decisión de la mujer, en el aspecto económico son:

- ✓ Falta de empleos para aquellas mujeres que se encuentran embarazadas, o la práctica de políticas en las empresas que consisten en despido o liquidación de la mujer que se llegue a embarazar, sea casada o no, en el tiempo que labore para dicha empresa, o la no contratación de mujeres con hijos o casadas, en determinados trabajos.
- ✓ Crisis económica personal o familiar que va desde tener un salario bajo y necesidad de sostener familia, hasta madres solteras, viudas o divorciadas que se encuentran solas con un salario que sólo alcanza para el alquiler de un cuarto y para su manutención, sin la posibilidad de pagar una guardería para su hijo; extremos socioeconómicos como pobreza y riqueza incentivan al aborto. la presencia de un nuevo hijo agrava la situación familiar cuando se es pobre, o bien, es posible que además de la pobreza exista gran desinformación acerca del aborto, y en el segundo caso, el hecho de



tenerlo todo puede insensibilizar a los padres acerca de lo que implica la paternidad.

- ✓ Falta de alojamiento, y riesgo de ser despedidas de sus trabajos ante el embarazo, ya sea por ser inmigrantes de los estados a la capital, por encontrarse solas o porque trabajan en alguna casa como empleadas domésticas o en fábricas.
- ✓ Aspiración a un nivel económico superior de vida, que se verá coartado con el nacimiento del bebé.

“La mujer que aborta no pertenece a un grupo social determinado, sino que mujeres de cualquier creencia, nivel económico, cultura o condición, pueden un día acudir a centros de Planificación Familiar, diciendo que no quieren seguir adelante con su embarazo. Otra cosa es el modo en que cada mujer lo viva, ya que el grado de culpabilidad ante un hecho impuesto o libremente elegido si viene marcado, entre otras cosas, por las ideas, aunque éstas también pueden cambiar según las circunstancias” (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986, p. 62).

Presiones sociales y familiares

La principal razón, y la más compleja, por la que las mujeres desean abortar es la de tipo social, debido a que su situación de pareja no parece ser la más favorable por ejemplo, son solteras, o viven en unión libre, los principales dilemas a los que se enfrentan social y familiarmente son:

- ✓ El “qué dirán”, si son madres solteras, si su embarazo fue resultado de una infidelidad conyugal, si han sobrepasado la cuota de la CONAPO de dos hijos, (que en realidad es lo que menos importa). o bien, si por esto dejan una carrera inconclusa o una prominente carrera profesional o laboral.
- ✓ La influencia de los programas antinaturalistas: -para qué traer a sufrir a un niño al mundo-.
- ✓ Miedo a decepcionar a los padres, por llevar un problema más, si la familia es ya disfuncional.

“Es muy común en las mujeres que enfrentan un embarazo no deseado, la coacción por parte de la pareja o de autoridades (familiares, intelectuales, laborales, legales, etc.), que insisten en el aborto como “la mejor solución” a los problemas. Esta presión se da en dos sentidos: el primero con una creencia sincera de que el “cuidado paternal” hacia la pareja, que se encuentra en un estado de no decidir, será agradecido posteriormente; el segundo no involucra tanto el amor hacia la mujer, sino la preocupación personal o el egoísmo, generalmente en los casos en que la familia o la pareja debe tomar la decisión.” (Alva, 1999, p. 91).

En cualquiera de los casos, la mujer que cede ante esas presiones sufre de manera especial, debido a que el aborto no es una elección libre, sino que sacrifica sus propios valores y deseos para complacer a los que están cerca; acarreado una pérdida de autoestima, pero cediendo, porque las presiones externas son superiores a ella. “Quizá la forma más fuerte de presión es la que ejercen los padres, familiares o el novio de la joven que se encuentra ante el dilema de abortar, cuando la intimidan diciéndole que se le quitará el apoyo o el cariño y se le



dejará totalmente sola. El argumento de -nos has defraudado- no tiene solidez cuando se trata de relaciones sexuales pre o extramaritales, pero se vuelve especialmente enérgico ante la presencia de un embarazo, porque representa una deshonra social evidente” (Ídem).

De acuerdo con Alba (1999), las causas de salud significativas son:

- ✓ Influencias gubernamentales del sector salud manifestadas por medio de campañas en pro frenar el crecimiento demográfico, promover que los recién casados aplacen el nacimiento del primogénito de uno a tres años, bajo el argumento de una mejor integración de la pareja; limitar el promedio de nacimientos por pareja, a dos hijos o menos; buscar un espaciamiento de tres o más años entre nacimiento y nacimiento; fomentar en las mujeres a que conciban solamente –por cuestiones de salud- después de los 20 y antes de los 35 años de edad. En las mujeres cercanas a la menopausia la presencia de un embarazo, constituye, por lo general, un grave conflicto debido a la probabilidad de tener un hijo subnormal, esto aumenta los temores y angustias ante un embarazo tardío.
- ✓ Para lograr lo anterior es necesario, según criterio institucional, fomentar el consumo y utilización de anticonceptivos y preservativos, también para la prevención del SIDA y enfermedades venereas, con carácter de urgencia.
- ✓ Consumo de medicamentos, exposición a rayos X o láser con el desconocimiento de que se está embarazada.
- ✓ Consumo de medicamentos o hierbas abortivas y un posterior arrepentimiento, que genera angustia, ya que si no se produce el aborto pueden dañar al bebé.
- ✓ Actualmente hay dos enfermedades cuyo tratamiento podría afectar al bebé, si no son manejadas adecuadamente. Los medicamentos utilizados para tratar problemas con la glándula tiroides y los empleados para controlar la epilepsia.
- ✓ Presencia de enfermedades en la madre como: rubéola, diabetes, lupus, SIDA, cáncer, alteraciones en la presión arterial, incompatibilidad sanguínea de los padres o cualquiera de tipo infeccioso, o presencia de alcoholismo y drogadicción.
- ✓ Posible presencia de enfermedades congénitas en el bebé, como deformaciones o deficiencias mentales.
- ✓ Embarazo como resultado de una violación, lo que genera en la madre rechazo hacia el bebé, resentimiento, odio y/o repugnancia, miedo a la sociedad y a la responsabilidad que implica la maternidad, depresión, y en ocasiones, sentimientos de culpa deseos de autodestrucción.

Los jóvenes de hoy en día no son ajenos a la creciente liberación de las conductas sexuales; ni al bombardeo de mensajes que promocionan la seducción y la iniciativa sexual. Lo peor es que se acompaña del oscurantismo del pasado; no es que se niegue el acceso a los anticonceptivos, sino que fomentan la vergüenza y el morbo por hacerlo sin olvidar la falta de información sexual.

Sin embargo, “Mientras existan embarazos indeseados habrá necesidad de recurrir al aborto y esa necesidad, no será, mal que nos pese, patrimonio de minorías” (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986, p. 61).



“En virtud del conjunto de controversias políticas y valoraciones culturales e institucionales acerca del aborto, algunas mujeres pueden experimentar sentimientos negativos o de culpa si consideran que hacerlo es pecaminoso y atenta contra la vida, y sobre todo en los países donde la práctica es ilegal y se considera un delito. Muchas otras sienten alivio o se sienten liberadas y en condiciones de impulsar su vida con fuerza renovada. Hay también quienes lo viven con confusión y ambivalencias y requieren ayuda profesional y psicológica. Líderes de movimientos conservadores han difundido la idea de un “trauma post-aborto” que produce depresión profunda; al respecto, es necesario saber que no hay estudios documentados que lo demuestren. Dicha depresión sólo ocurre en el menor de los casos, principalmente cuando el aborto se realiza contra la voluntad de la mujer, ya sea por presión familiar, del novio o por cuestiones económicas” (Rodríguez, 2004 p. 90).

Las consecuencias psicológicas del aborto dependen de la libertad y responsabilidad con la que las mujeres toman tal decisión, si se actúa por presiones externas se vive con resentimiento, pero cuando la decisión es firme, cuando parte del reconocimiento del deseo de la persona para optar con claridad por “el menor de los males” (maternidad impuesta o aborto), la mujer no experimenta daños psicológicos sino sentimientos de alivio y liberación, aún cuando la alternativa del aborto no sea agradable ni deseable en sí misma, pero si un recurso necesario (Rodríguez, 2004).

Para la mayoría de las mujeres, la decisión de tener un aborto es difícil. El Royal College of Psychiatrists, la principal organización profesional de psiquiatras del Reino Unido, afirma que el asunto de la relación entre aborto provocado y los efectos sobre la salud mental de la madre no está del todo resuelto. Existen algunos estudios que no encuentran consecuencias negativas, y otros que sí. Por tanto, como el aborto voluntario puede suponer un riesgo para la salud mental de las mujeres, recomienda que se asesore convenientemente sobre estos riesgos a quienes deseen abortar. La National Abortion Federation norteamericana sostiene que, científicamente, no existe evidencia de un estrés “post-aborto” a largo plazo, ni de depresión ni ansiedad ni de ninguna otra enfermedad psicológica, concluyendo que el mayor estrés es previo al proceso, e indicando que la gran mayoría de las mujeres afirman experimentar una posterior situación de alivio (es.wikipedia, 2008).

En general se piensa que el asesoramiento de la mujer antes y después del aborto reduce la frecuencia de las reacciones depresivas. Las mujeres aprecian ese tipo de ayuda, particularmente cuando se sienten ambivalentes ante la decisión de abortar o abrigan sentimientos de ansiedad, tristeza o culpabilidad (OMS, 2000).

El aborto en la historia

“Todos hemos oído alguna vez que la vida humana comienza en el mismo momento de la fecundación y que las leyes deben protegerla. Sin embargo, esta forma de pensar ni es compartida por todo el mundo, ni ha existido siempre. A lo largo de la historia de la humanidad las leyes han servido para proteger o afirmar



concepciones sociales, basadas en intereses demográficos, religiosos, económicos y culturales. Esto explica que las legislaciones sean diferentes de unos países a otros y cambiantes a través de los tiempos” (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986 p. 43).

El aborto es tan antiguo como la humanidad, así como las técnicas de aplicación, en escritos antiguos como el Código de Hamurabi, es plasmado el enorme poder del hombre sobre la mujer, que no tenía ninguna capacidad para tomar decisiones. Y la ley romana de “Las Doce Tablas” permitía matar a las hijas, mientras que preservaba la vida de los hijos varones, en escritos griegos y romanos son descritos a detalle instrumentos que servían para dilatar el cuello de la matriz o útero, así como las plantas utilizadas como brebajes y ungüentos abortivos, por ejemplo, Aristóteles defendía el aborto para limitar los nacimientos en las familias numerosas o humildes, para lo que recomendaba recetas a base de infusiones de trébol en vino blanco o instrumentos que se introducía en la vagina y el cuello del útero) impregnados con raíz de mandrágora o bayas de laurel. Hipócrates, haciendo honor a su reputación científica, demostraba conocer fórmulas abortivas pero enfatizaba sobre los riesgos para la salud que su uso implicaba (Cifrián, Martínez y Serrano).

Con la llegada del cristianismo la situación no fue mejor con respecto a la mujer, en cambio la postura frente al aborto cambió, al introducir el derecho de protección del “no nacido” debido a que la Iglesia ha considerado el aborto como homicidio condenándolo severamente.

“En el siglo II se encuentra el primer registro de leyes promulgadas por el Estado contra el aborto, decretando el exilio contra madres y condenando a los que administraban la pócima abortiva a ser enviados a ciertas islas, si eran nobles, o a trabajos en las minas de metal, si eran plebeyos” (es.wikipedia, 2008).

“Los aztecas utilizaron hierbas para facilitar la expulsión del feto, tanto en el aborto como en el parto. Entre ellas estaba el bledo, que tenía, lo que los médicos llamaban, función Oxitócica, es decir, poder para provocar contracciones” (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986, P. 12).

Algunos autores identifican los orígenes de la aspiración uterina actual en la edad media que eran utilizadas las sanguijuelas introducidas en el útero para las enfermedades ginecológicas, con vagas justificaciones y con consecuencias previsiblemente desastrosas

Tanto en Grecia como en Roma el feto era considerado como parte del cuerpo materno. El aborto que se hacía en defensa de la mujer no era considerado delito, a menos que estuviese casada. El matrimonio en Roma introducía elementos de penalización en relación al grado de propiedad que el marido ejercía sobre la mujer y su cuerpo “Según Cicerón la madre que se practicaba un aborto no era castigada si mediaba el consentimiento del marido” (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986 p. 44). Por otro lado, en Francia 1810 el código Napoleónico establecía de cinco a diez años de prisión para la mujer que abortaba, como para quien realizara el aborto.



La valoración ética del feto ha sido controversial, al menos desde los primeros testimonios escritos. Las civilizaciones griega y romana aceptaban la interrupción de los embarazos en sus primeras fases. Las nuevas culturas cristiana e islámica desaprobaron enérgicamente la destrucción del feto, al menos hasta fines del siglo XVII, eran tolerados, siempre y cuando fuesen tempranos, hacia las 16-18 semanas de gestación hasta que la madre percibía los primeros movimientos del feto. Las actitudes religiosas se hicieron más restrictivas durante el siglo XIX, en parte por la profesionalización de la medicina y la desaparición de los curanderos y, en parte, porque los conocimientos adquiridos no permitían afirmar que el feto se convirtiese en persona a una determinada edad gestacional. Las nuevas leyes no autorizaban a los médicos practicar el aborto para salvar la vida de la madre pero, la sociedad aceptaba que esos abortos eran éticos y legítimos (a excepción de grupos religiosos). Estas leyes sobre el aborto constituyen la base de la legislación restrictiva que aún perdura en muchos países en desarrollo, sobre todo en África y América Latina (OMS, 2000).

“La rigidez de la postura de la Iglesia ha variado a lo largo de su historia debido a la teoría de “la animación del feto”. Los fetos inanimados no tenían alma y unos fetos eran más inanimados que otros. Los fetos machos recibían el alma correspondiente cuarenta días después de la concepción, mientras que las hembras esperaban cuarenta días más. Esta distinción debida a San Agustín marcó la actitud de la Iglesia ante el aborto durante mucho tiempo. No era lo mismo el aborto de un feto sin alma que uno animado considerándose este segundo caso como un homicidio y no así el del primero que se sancionaba únicamente con penas leves (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986).

Durante mucho tiempo se pensó que los espermatozoides tenían vida propia, que eran el principio de la vida y residía en el varón, siendo la mujer el receptáculo, y cualquier método destinado a evitar esa situación, no se consideraba diferente a la interrupción de un embarazo.

En el momento que aparece el deseo de evitar los nacimientos sea por el motivo que fuere, (demográfico, socioeconómico, cultural o individual) surge de las necesidades de los diferentes pueblos y culturas, que se han sucedido a lo largo de la historia de la humanidad, formas más o menos encubiertas, más o menos efectivas o peligrosas de provocar el aborto. Todo esto, demuestra que el aborto no es un tema reciente, y puede considerarse tan antiguo como los embarazos, sobre todo si se tiene en cuenta que el conocimiento de la fisiología de la reproducción es patrimonio del siglo XX y que en las sociedades antiguas no existía una barrera drástica entre el aborto y la anticoncepción (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986).

El aborto en el siglo XX

Durante el siglo XX las sociedades industrializadas advirtieron los peligros del aborto ilegal y las dificultades que provocaban los nacimientos no deseados en las mujeres y sus familias. El primer país que admitió el aborto por razones sociales fue la URSS en 1920, aunque en 1936, introdujo ciertas cláusulas restrictivas. Tiempo después, varios países europeos promulgaron leyes y autorizaron a los médicos a practicar el aborto si peligraba la salud de la mujer. Tal



fue el caso de Islandia en 1935, Suecia en 1938 y Dinamarca en 1939. Esto, en caso de que un embarazo fuese considerado como amenaza para la salud o cuando las circunstancias sociales eran adversas. Sin embargo, salvo en la ley soviética de 1920, la decisión de practicar el aborto se dejaba en manos del médico o de un comité especial, pero no en las de la interesada. Muchas de esas leyes implicaban un proceso burocrático que retrasaba la intervención abortiva, por lo que algunos abortos se demoraban hasta el segundo trimestre. Además, algunas mujeres se veían obligadas a llevar el embarazo a término cuando se rechazaba su solicitud (OMS, 2000).

Los países de Europa oriental adoptaron la legislación soviética a fines de los años cuarenta. En cambio, el debate sobre el aborto no se planteó claramente en Europa occidental hasta la promulgación de la British Abortion Act de 1967, que entró en vigor el 27 de abril de 1968. Esta ley autorizaba solamente el aborto si dos médicos certificaban que éste era necesario para proteger la salud o la vida de la mujer o que había un riesgo grave de que el niño naciera con una minusvalía importante. El texto legal precisaba también que los médicos, al evaluar los riesgos para la salud o la vida de la mujer, deberían tener en cuenta el “entorno actual o previsible” de la mujer y los efectos del embarazo sobre la salud de los hijos. En virtud de esta ley podían también solicitar el aborto mujeres residentes en otros países. Más adelante, muchos países desarrollados promulgaron leyes por las que autorizaban el aborto a petición de la mujer hasta las 10 o 12 semanas de gestación. Casi todas las leyes autorizan también la interrupción hasta las 20 o 24 semanas si el feto sufre anomalías graves o si la mujer se encuentra en un estado grave susceptible de empeorar si prosiguiera el embarazo (Ídem).

Aunque en la primera mitad del siglo siguen imperando los principios heredados del siglo XIX, el siglo XX rescató el tema del aborto de las sombras y lo ha convertido en el centro de un debate en todo el mundo. La actitud social respecto al aborto ha cambiado por diferentes razones, entre las que se encuentran el descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, los progresos del conocimiento científico y médico, los cambios en la estructura familiar, y sobre todo la incorporación de las mujeres al mundo laboral y a todas las esferas de la vida pública. “El feminismo ha puesto de manifiesto el rechazo de las mujeres al papel tradicional que la sociedad les había asignado durante siglos y reclama la maternidad libre y responsable” (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986, p. 45).

Actualmente, una gran cantidad de países del mundo permiten el aborto libremente o bajo ciertas circunstancias. El tratamiento legislativo que se le ha dado al aborto varía de un país a otro, así algunos ordenamientos jurídicos consideran al aborto como un tipo de delito de gravedad inferior al infanticidio, aunque permiten su realización con ciertos requisitos y unos pocos sancionan el aborto de modo total y sin admitir excepción alguna, entre ellos, se encuentran: Chile, Filipinas, Somalia, Andorra y el Vaticano. Estos países que han decidido la penalización absoluta son hoy una minoría en la comunidad internacional. El principal argumento en estos países, es que se considera más importante el derecho a la vida, y que el feto debe ser protegido por el Estado, por encima del derecho a abortar de la mujer. A su vez, otros tantos no lo contemplan como delito



o declaran impune bajo ciertas condiciones, ya sea por motivos terapéuticos o quirúrgicos, eugenésicos, sentimentales, y por razones socioeconómicas. El hecho de que el aborto sea legal en algunos países, no significa que necesariamente el aborto sea más frecuente que en los que sí lo castigan; por el contrario, la legalidad del aborto, debe ser acompañado con una educación sexual masiva y un amplio acceso a métodos anticonceptivos, lo que favorece que ocurran pocos abortos (es.wikipedia, 2008).

El aborto en México

La situación actual en México, se encuentra de la siguiente manera. Casos en los que se permite la interrupción del embarazo en el País. De acuerdo con el Estudio de GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), (2007): Los Derechos Reproductivos en la Legislación.

Por violación	32 Estados
Acción imprudencial de la mujer	30
Por peligro de muerte	29
Malformaciones genéticas del producto	13
Cuando hay inseminación artificial no consentida	10
Riesgo grave para la salud de la mujer	11
Económicas, cuando la mujer tiene al menos 3 hijos	1 (Yucatán)
Por petición voluntaria	1 (D. F.)

- Según datos de GIRE (2007), en el Distrito Federal se concentraba 14 % del total de las muertes por aborto a nivel nacional, además de que en la capital, el aborto representa la tercera causa de muerte materna, mientras que a nivel nacional representa la quinta causa.
- A nivel nacional, 8 de cada 10 mujeres embarazadas no tenía deseos de tener un hijo al momento de embarazarse.
- Se estima que al año se realizan de 102 mil abortos inducidos (CONAPO en GIRE, 2007) a 553 mil 100 (Instituto Alan Guttmacher en GIRE, 2007).
- Estimaciones de GIRE indican que 1 millón 204 mil 548 mujeres están embarazadas en el País, de ellas sólo 117 mil 654 tenían deseos de embarazarse (menos del 15%), 144 mil 601 deseaban esperar más tiempo y 882 mil 293 dijeron que no querían embarazarse.
- Cada 45 días mueren en México 8 mujeres por abortos mal practicados, es decir, un deceso cada 9 días en promedio. La mayoría son mujeres pobres y jóvenes.
- Las razones que llevan a las mujeres a buscar un aborto inducido son:
 - ✓ Porque se embarazaron debido a una relación sexual forzada.
 - ✓ Porque no pueden alimentar a una criatura más.
 - ✓ Porque no tienen dinero ni trabajo.
 - ✓ Porque la pareja no quiere colaborar en el cuidado de la criatura.



- ✓ Porque son muy jóvenes o porque son mayores.
- ✓ Porque necesitan continuar con sus estudios.
- ✓ Porque han decidido dedicarse a su carrera o a su trabajo.
- ✓ Porque el infante puede nacer con malformaciones.
- ✓ Porque de continuar el embarazo ponen en riesgo su salud o su vida.

- Se calcula que, por año, mueren en el País aproximadamente 100 mujeres por abortos inseguros
- Entre los años 2002 y 2006, la Secretaría de Salud del DF realizó 66 interrupciones legales de embarazos (por violación y por razones de salud). (Fuente: Secretaría de Salud del DF obtenida de GIRE, 2007)
- Existen 1,204,548 mujeres embarazadas en el país. Solo 117,654 tenían deseos de embarazarse, es decir, menos del 15%. Del resto, 144,601 deseaban esperar más tiempo, 882,293 no querían embarazarse.
- Del total de embarazos no deseados, el 36.2% se presenta en mujeres menores de 20 años. (Fuente: Periódico Reforma, 10 de diciembre de 2006, a partir de datos del Instituto Nacional de Salud Pública. "Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006: resultados preliminares" en GIRE, 2007)
- El número de abortos inducidos en México es estimativo, pues al tratarse de un hecho muchas veces clandestino, hay subregistro.

La interrupción legal del embarazo en el DF

El aborto se puede clasificar en legal o ilegal dependiendo del país en el que se realice, si es aceptado, o de forma clandestina y al margen de la legalidad. Es un hecho que la legalidad constituye una condición necesaria para la práctica del aborto en condiciones favorables, tanto médicas como psicológicas; el concepto de aborto ilegal es sinónimo, para muchas mujeres de dolor miedo y enfermedad o incluso muerte (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986).

El pasado 24 de abril del 2007, las diputadas y los diputados del Distrito Federal aprobaron la despenalización del aborto en la ciudad de México.

La Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprueba la ley que despenaliza el aborto hasta la semana 12 de gestación. Esta ley incluye mecanismos para la impartición de servicios de salud adecuados y mejora los mecanismos para la protección a una maternidad libre, informada y responsable. A dos días de la aprobación de la despenalización del aborto en la ALDF, se publica en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el "*Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal*" con las modificaciones relacionadas al aborto y servicios de salud. La Secretaría de Salud del DF publica el 4 de mayo de 2007, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, los nuevos *Lineamientos Generales de Organización de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal*, reformando, adicionando y derogando diversos puntos de la Circular GDF/SSDF/01/06 publicada el 15 de noviembre de 2006. Estos *Lineamientos* reglamentan la



prestación de servicios para la interrupción del embarazo hasta la 12ª semana de acuerdo con lo publicado el 26 de abril en la Gaceta Oficial del DF (GIRE, 2007).

La nueva ley no obliga ni incita a ninguna mujer a practicarse un aborto; simplemente, diversifica las opciones para quienes se enfrentan ante el dilema de un embarazo no deseado. Amplía el ejercicio de una maternidad libre, informada y responsable y, por lo tanto, hace del Distrito Federal, una sociedad más democrática (Winocur, 2007).

Principales puntos aprobados:

- Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación.
- El embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.
- Se impondrá de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.
- Al que hiciere abortar a una mujer, con el consentimiento de ésta, se le impondrá de uno a tres años de prisión.
- Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada.
- La atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos.
- El gobierno promoverá permanentemente y de manera intensiva, políticas integrales tendientes a la promoción de la salud sexual, los derechos reproductivos, así como la maternidad y la paternidad responsables. Sus servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como propósito principal contribuir a la prevención de embarazos no planeados y no deseados, disminuir el riesgo reproductivo, evitar la propagación de las enfermedades de transmisión sexual y coadyuvar al pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas con una visión de género, de respeto a la diversidad sexual y de conformidad a las características particulares de los diversos grupos poblacionales, especialmente para las niñas y niños, adolescentes y jóvenes (GIRE, 2007).

De acuerdo a los lineamientos publicados en la gaceta del 4 de mayo del 2007, La Secretaría de Salud es la Institución responsable de garantizar la protección en materia de salud y el acceso de atención médica a la población residente en el Distrito Federal, con el propósito de mejorar y elevar su calidad de vida, mediante el otorgamiento de intervenciones médicas integrales, oportunas y de calidad en los siguientes hospitales. (Inmujer, 2007).



Hospitales del Gobierno del Distrito Federal

Hospital	Domicilio	Teléfono
Hospital de Especialidades Belisario Domínguez	Av. Tláhuac No. 4866 Esq. Zacatlán De Las Manzanas Col. San Lorenzo Tezonco Del. Iztapalapa.	58 50 00 00
Hospital General Balbuena	Calz. Cecilio Robelo Esq. Sur 103, Col. Aeronautica Militar Del. Venustiano Carranza	55 52 43 20
Hospital General Enrique Cabrera	Av. Prolongación 5 De Mayo 3170 Esq. Centenario Col. Ex Hda. de Tarango Del. Álvaro Obregón	No Tiene
Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores	Calle Del Carmen No. 42 Col. Centro Del. Cuauhtémoc	57 02 07 69 57 02 03 46
Hospital General Iztapalapa	Av. Ermita Iztapalapa No. 3018 Col. Citlali Del. Iztapalapa.	54 29 29 60 54 29 34 60
Hospital General Ticoman	Calle Plan De San Luis S/N Entre Miguel Bernard Y Calle Bandera Col. Ticoman Del. Gustavo A. Madero	57 54 33 44 57 54 30 12
Hospital General Milpa Alta	Carr. Milpa Alta Chalco Km. 2.5 Barrio Sta Cruz Del. Milpa Alta	58 54 06 49
Hospital Materno Infantil Cuajimalpa	Av. 16 De Septiembre S/N Col. Pueblo De Contadero Del. Cuajimalpa	58 12 32 69, 58 12 05 70
Hospital Materno Infantil Cuauhtepc	Av. Emiliano Zapata No. 17 Col. Cuauhtepc Barrio Bajo Del. Gustavo A. Madero	53 06 06 22
Hospital Materno Infantil Inguaran	Estaño No. 307 Col. Felipe Angeles Del. Venustiano Carranza	57 95 67 64
Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras	Av. Luis Cabrera No. 619 Col. San Jeronimo Lidice Del. Magdalena Contreras	56 83 51 08
Hospital Materno Infantil Tláhuac	Av. Tláhuac No. 231 Col. La Habana Del. Tláhuac	58 42 36 04
Hospital Materno Infantil Topilejo	Sta. Cruz No. 1 Col. Sn Miguel Topilejo Del. Tlalpan	58 48 04 69
Hospital Materno Infantil Xochimilco	Calz. Nativitas Esq. Prolongación 16 De Septiembre Col. Xaltocan Del. Xochimilco	56 76 49 93
Hospital Materno Infantil Nicolas M. Cedillo	Gustavo J. S/N Esq. Con Víctor Hernández Covarrubias Col. Francisco Villa Del. Azcapotzalco	

Los requisitos para realizarse la interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México son:

- El servicio será gratuito para las mujeres residentes del Distrito Federal siempre y cuando cumplan con los requisitos para entrar en el programa de gratuidad.
- Las mujeres que no sean residentes del Distrito Federal o sean extranjeras pagarán una cuota de recuperación (dicha cuota se determinará por medio de un estudio socio-económico).
- Tener menos de 12 semanas de embarazo.



- El hospital realizará un ultrasonido a la solicitante para determinar el número de semanas de gestación.
- Sólo se aceptarán ultrasonidos que puedan ser avalados por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, o que sean realizados por el hospital donde se realizará la interrupción legal del embarazo.
- Una identificación oficial (credencial del IFE)
- Comprobante de domicilio (recibo de luz, teléfono, predial, agua)
- Dirigirse primeramente al área de Trabajo Social.
- Firmar el documento donde conste que están informadas y que autorizan el procedimiento.
- Deberán acudir acompañadas de una persona mayor de edad con identificación oficial (IFE).
- En caso de que la solicitante sea menor de edad, se requiere de la autorización de su tutor o representante legal.
- El procedimiento tardará dependiendo de la capacidad de atención del hospital y de las semanas de gestación de la usuaria. (Todos los casos serán atendidos)

Para atención informativa y psicológica vía telefónica, se proporciona el número telefónico: 57 40 80 17, en donde atienden de lunes a viernes de 8 a 21 hrs. y sábado de 10 a 14 hrs. Esta línea, es atendida por psicólogos, y la información que es proporcionada, es básicamente la que pida la persona que marca para solicitarla, ya sean la ubicación de los hospitales, de acuerdo a su vivienda o los requisitos para la interrupción legal, si los psicólogos que atienden la llamada notan preocupación o angustia en la voz y creen necesaria la atención psicológica tratan de tranquilizarla dependiendo del grado de preocupación, que es determinado por quien atiende la llamada, ya que podría ser por miedo a ser juzgada por quien la escucha y al darle la dirección de los hospitales en donde se realiza la interrupción legal del embarazo, se le menciona que puede solicitar ayuda psicológica ya sea antes o después de la interrupción, de ahí su llamada es canalizada a servicios psicológicos de la misma secretaría de salud y el servicio es gratuito.

El aborto no es una práctica deseable, el hecho de que se formulen reformas no significa estar a favor, sino reconocer que su penalización no auxilia en su tratamiento y motiva una práctica que en la clandestinidad pone en riesgo la vida de las mujeres; es entender que el aborto como delito funciona como crítica, control y acusación social, legitima la subordinación de las mujeres, y su despenalización garantiza la vida y salud de las mujeres al fortalecer políticas públicas tendientes a disminuir el número de embarazos no deseados. En la historia de la legislación mexicana, nunca se ha equiparado el aborto con el homicidio porque nunca se ha considerado al cigoto, embrión o feto como persona humana. Pretender calificar a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo de homicidas negándoles el derecho a decidir sobre su sexualidad, y su cuerpo. Es negar la capacidad de las mujeres a elegir, a concebirlas como recipientes. Las reformas son para garantizar el derecho a la vida de las mujeres, que al practicarse abortos clandestinos pueden sufrir graves daños a su integridad e incluso perder la vida. La Constitución Mexicana, defiende la vida humana y ninguno de sus artículos define que la vida humana inicia al momento de la



concepción. Incluso los tratados internacional de Derechos Humanos establecen el derecho a la vida, sin especificar que es desde el momento de la concepción, excepto la Convención Americana de Derechos Humanos. Las reformas en materia de aborto garantizan el derecho a decidir de las mujeres. No se obliga a ninguna mujer a interrumpir su embarazo, se garantiza que tome una decisión en las mejores condiciones, y si decide interrumpir su embarazo se le brinda una atención médica en buenas condiciones, con profesionales capacitados (Inmujer, 2007).



CAPÍTULO III

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Principales Influencias psicológicas

Una de las principales influencias que tuvo Ellis, proviene de los filósofos griegos y romanos (Epiceto, Marco Aurelio); que apuntaban que las alteraciones psicológicas tenía una causa filosófica y restaban importancia a los factores psicoanalíticos y psicodinámicos. En esencia, afirmaba que las personas no se alteran por las cosas en sí, sino por su visión de las cosas.

Otra influencia importante fue la filosofía cristiana, a pesar de que la TRE esta en desacuerdo con la devoción religiosa: La teoría del valor humano de la TRE es semejante al punto de vista cristiano de condenar el pecado pero perdonar al pecador (Ellis, 1983a; Hauck, 1972; Powell, 1976). Debido a esta creencia y a su prejuicio contra cualquier forma de valoración humana, la TRE concuerda en muchos aspectos con la filosofía del humanismo ético (Russell, 1930, 1965), que niega el que los hombres sean dioses o demonios. Además tiene sus raíces en la filosofía existencial de Heidegger (1949) y Tillich (1977). En cuanto que considera que los humanos están en el centro de su universo (más no del universo) y tienen el poder de elegir poniendo especial atención al campo de las emociones. La TRE tiene una marcada apariencia humanística existencial (Ellis, 1973, en Dryden & Ellis, 1989)

También recibe influencia de la Semántica; Korzybski, (1933), subraya el poderoso efecto que el lenguaje tiene en el pensamiento, y el hecho de que los procesos emocionales son muy dependientes de la manera en que, como ser humano, se estructuran los pensamiento por medio del lenguaje que se emplea.

“La terapia Racional Emotiva (Ellis, 1957, 1962) se deriva directamente de una teoría que supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamiento. Los patrones de pensamiento que típicamente se manifiestan por sí mismos en cadenas de verbalizaciones preconscientes implícitas, surgen de suposiciones que comprende el sistema de creencias básico del individuo.

El enfoque de Ellis sobre la primacía del pensamiento preconsciente (así como el consciente) se encuentra en contraposición directa con el psicoanálisis clásico, que pone principal énfasis en lo inconsciente, aunque ambos enfoques destacan el papel fundamental del pensamiento primitivo, mágico o irracional en el desarrollo de la psicopatología” (Rimm y Masters 1984 p. 452).

Ellis desarrolló un enfoque cuya orientación lo alejaba de la adquisición de insight “histórico”, y hacia factores cognoscitivos de aquí y ahora que medían de forma directa entre las conductas de desadaptación y las emociones (Rimm y Masters 1984).



En la creación de la TRE, tuvieron influencia un gran número de psicólogos. Ellis tuvo una preparación analista en la escuela Karen Horney, quien en 1950, con su concepto sobre “la tiranía de los deberías”, influyó en el énfasis sobre la primacía del pensamiento evaluativo dogmático y absolutista en el desarrollo y mantenimiento de muchas de las alteraciones psicológicas.

Los trabajos de Adler también tuvieron importancia en el desarrollo de la TRE en varios aspectos; en 1927, Adler fue el primer terapeuta que realmente estudió los sentimientos de interioridad y al igual que la TRE, que también ha insistido en el tema de la auto-evaluación y la ansiedad que conlleva (Dryden & Ellis, 1989).

De la misma forma que Mier y su Psicología individual, la TRE se ocupa de los significados, valores, propósitos y metas de las personas: y toma de Mier el interés en la utilización de una enseñanza activo-directiva, la importancia de lo social, la apariencia humanística y balística, y el empleo de un tratamiento psicológico cognitivo-persuasivo (Ellis, 1981b) (Dryden & Ellis, 1989).

Aunque a la TRE se le llamó Psicoterapia Racional, utilizó métodos conductuales, así como técnicas cognitivas y emotivas en la práctica de la terapia.

La TRE a través de 30 años, ha tenido varias modalidades terapéuticas, que han sido practicadas por distintos tipos de profesionales, con una gran variedad de clientes, que sufren de una amplia gama de alteraciones psicológicas. Además de su utilización en psicoterapia y counseling, los principios Racional-Emotivos han sido aplicados a la educación, industria y comercio. Lo más reciente ha sido su aplicación a la educación pública en la forma de talleres.

Principales conceptos teóricos

La TRE se basa en un conjunto de suposiciones que giran en torno a la complejidad y fluidez de la existencia humana. Partiendo de este punto de vista sobre la naturaleza humana, la TRE se asienta en los siguientes conceptos teóricos.

Objetivos, propósitos y racionalidad

De acuerdo a la teoría de la TRE, los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida, y se esfuerzan por alcanzarlos. Se supone que en el establecimiento y persecución de estas metas y propósitos, las personas tienen mayor conciencia de que viven en un mundo social. Esto supone una contradicción con la filosofía del egoísmo donde los deseos de los demás no son respetados ni tenidos en cuenta. Si las personas tienden a ir directamente hacia sus metas lo racional en la teoría de la TRE es “lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos”, por el contrario lo irracional es lo que les frena (Dryden, 1984). Sin embargo, la racionalidad no puede definirse de forma absoluta, ya que es relativa por naturaleza.



Énfasis humanístico

La TRE no pretende ser puramente objetiva, científica o técnica, más bien, es una aproximación humanístico-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Es sobre todo racional y científica pero pone la racionalidad y la ciencia al servicio de los hombres con el fin de que vivan felices. Es hedonista, pero combina el hedonismo a largo plazo y a corto plazo, de tal forma que las personas puedan disfrutar del placer del presente y del futuro y puedan conseguir la máxima libertad y disciplina. Asume que ningún ser humano, por muy antisocial y horrible que nos parezca, puede catalogarse como condenable o subhumano. Pone un énfasis especial en la importancia de la capacidad de desear y de elegir en un momento dado, aunque también acepte la posibilidad de que algunas conductas estén en parte determinadas por lo biológico, social y otras fuerzas (Bandura, 1977; LUIS, 1973, 1984 a, citado por Dryden & Ellis, 1989).

La Interacción de los procesos psicológicos y la cognición

Desde los inicios de la TRE se mantiene la idea de que hay una interacción en los procesos psicológicos humanos. Las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada sino que se superponen significativamente, esto ocurre particularmente en el campo de las alteraciones psicológicas. Una de las mayores contribuciones de la TRE al campo de la terapia cognitivo-conductual es la distinción entre Creencias racionales e irracionales.

- Creencias racionales: son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial; y son racionales por dos aspectos: primero, porque son relativas, y segundo porque no implican el logro de objetivos y propósitos básicos. Y son el fundamento de los comportamientos funcionales.
- Creencias irracionales se diferencian de las racionales por dos características: en que **son absolutas** (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de “tengo que”, “debo”, etc.; y, en que **provocan emociones negativas** que interfieren en la persecución en la obtención de metas. Y están a la base de las conductas disfuncionales de aislamiento, demora, alcoholismo, y abuso de sustancias tóxicas.

Dos tendencias biológicas básicas

La TRE afirma que la tendencia natural de las personas a pensar de forma irracional influye notablemente en tal alteración. La teoría de que el pensamiento irracional esta determinado por factores biológicos se apoya en la evidencia de que todos los seres humanos tienen pensamientos retorcidos, incluso las personas que han sido educadas en la racionalidad. Potencialmente todos los seres humanos podrían convertir sus preferencias individuales y sociales en exigencias absolutistas e irracionales respecto a sí mismos, a los demás, y al mundo que les rodea.



Una segunda tendencia biológica básica, está destinada a ejercitar la capacidad de elección y a trabajar contra el pensamiento irracional. Aunque para la TRE los seres humanos tienen una tendencia biológica muy fuerte a pensar irracionalmente así como racionalmente, no existe ningún tipo de encadenamiento a sea tendencia, y pueden trascenderse sus efectos aunque no completamente.

Dos perturbaciones humanas fundamentales

Existen dos categorías principales de perturbaciones psicológicas:

- Perturbaciones del yo y perturbaciones incómodas (Ellis, 1979 a, 1980 a citado en Dryden & Ellis, 1989).

En las alteraciones del yo una persona se hace peticiones a sí misma, a otros, y al mundo, y si esas peticiones no se satisfacen en un pasado, presente o futuro, la persona puede llegar a perturbarse condenando su "sí mismo". La autocondena incluye:

- a) El proceso de dar una "reprimenda negativa a mi "self", y
 - b) clasificar a mi "self" como malo o infravalorarlo (Dryden, 1984 b citado por Dryden & Ellis, 1989). La alternativa racional y saludable a la autocondena es la autoaceptación, que implica el negarse a dar una reprimenda al "self", y reconocer los fallos.
- En las perturbaciones incómodas la persona de nuevo hace peticiones a sí mismo, a otros y al mundo, pero se trata de órdenes dogmáticas que crean bienestar y condiciones de vida cómodas que deben existir. Cuando estas peticiones no se satisfacen en el pasado, presente o futuro la persona se perturba. Tolerar el malestar con el fin de lograr nuestros objetivos y una felicidad a largo plazo es la alternativa racional y saludable a cualquier demanda de gratificación inmediata. Por lo tanto, para la TRE, la autoaceptación y un alto nivel de tolerancia a la frustración son los dos pilares básicos de un estilo de vida psicológicamente sano (Ellis, 1979d, citado por Dryden & Ellis, 1989).

El ABC de la TRE

La esencia de la TRE, se ve en el modelo de A-B-C-D-E (Ellis, 1971, citado en Rimm y Masters 1984) A se refiere a cierto suceso real y extenso al que el individuo se expone B se refiere a la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que utiliza como respuesta a "A". "C" simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de "B". "D" se define a los esfuerzos del terapeuta para modificar lo que ocurre en "B"; y "E" para las consecuencias emocionales y conductuales presumiblemente benéficas. La intervención del terapeuta "D" está integrado por esfuerzos directos para hacer que el cliente examine de una manera científicamente crítica la validez o racionalidad de las declaraciones hechas por sí mismo en el punto "B". En particular se ayuda al



cliente a efectuar una discriminación crítica entre aquellas declaraciones en “B” que son objetivamente verdaderas (Rimm y Masters 1984).

Acontecimientos desencadenantes o activadores “A” de las consecuencias “C” cognitivas, emocional y comportamentales

La teoría de la personalidad de la TRE y de las alteraciones de la personalidad comienza con los intentos de la gente de ver realizados sus objetivos, y enfrentarse a un conjunto de acontecimientos desencadenantes o activadores “A” que pueden ayudarles a conseguir esos objetivos o por el contrario obstaculizarlos. Los “A” que se encuentran, suelen ser acontecimientos presentes y comentos o las propias conductas, pensamientos o sentimientos de una persona a esos hechos, pero se hallan envueltos en recuerdos o pensamientos (conscientes o inconscientes) de experiencias pasadas. Los individuos están dispuestos a buscar y responder a estos “A” debido a 1) sus predisposiciones biológicas o genéticas; 2) su historia constitucional; 3) su aprendizaje social e interpersonal; y 4) sus patrones de comportamiento innatos y adquiridos (Ellis, 1976 a, 1979d, 1983 a citado en Dryden & Ellis, 1989).

Los acontecimientos activadores no existen en un estado puro; casi siempre interactúan unos con otros e incluyen parte de “B” y “C”, además las personas ponen algo de si mismas en los “A”.

Creencias “B” sobre los acontecimientos activadores

Según la teoría de la TRE, las personas tienen innumerables creencias “B” cogniciones, pensamientos o ideas sobre los acontecimientos activadores “A”; estas creencias ejercen una fuerte influencia en sus consecuencias “C” cognitivas, emocionales y comportamentales.

Las “B” pueden tomar diferentes formas, porque cada persona tiene cogniciones muy diferentes. Sin embargo, en la TRE el interés se centra en las Creencias racionales “rB”, responsables de las conductas de autoayuda y en las creencias irracionales “iB”, que conducen a comportamientos de autodestrucción.

Principales Creencias (B):

Observaciones no evaluativas: No van más allá de los datos de los que se disponen. Son “no evaluativos” porque no tienen ninguna relación con el objetivo. Cuando tales observaciones tienen alguna implicación respecto al objetivo, se convierten en evaluativos.

Inferencias No evaluativas: se les denomina inferencias, porque van más allá de los datos disponibles. Las inferencias son hipótesis que se extraen de observaciones, y pueden ser correctas o incorrectas; y son “no evaluativos” cuando no tienen relación con el objetivo deseado, y cuando sí la tienen, se convierten en evaluativos.



Evaluaciones preferenciales positivas: se denominan así porque:

- 1) son relativas, van implícitas en las cogniciones;
- 2) se refieren a lo que la persona evalúa como positivo.

Evaluaciones de Obligación positivas: Son absolutas y dogmáticas y se refieren a lo que la persona evalúa como positivo de forma devota. La TRE las clasifica como "irracionales" ya que inhiben e impiden que se consigan el resto de propósitos y objetivos básicos. Estas evaluaciones son todas absolutas y positivas. Las evaluaciones del "yo" y el mundo son positivas y totalmente exageradas.

Evaluaciones Preferenciales Negativas: éstas son:

- 1) relativas, no absolutas; y
- 2) se refieren a lo que la persona considera como negativo.

Evaluaciones de obligación negativas: son absolutas y dogmáticas; se refieren a lo que la persona considera como negativo de una forma devota.

Consecuencia "C" de los acontecimientos activadores "A" y de las creencias "B" sobre esos acontecimientos.

La "C", sigue de la interacción entre "A" y "B". utilizando una fórmula matemática: $A \times B = C$, pero esta fórmula es demasiado simple y se requiere de una más compleja para expresar la relación adecuadamente. "C" está casi siempre influida y afectada pero no exactamente derivada de "A", porque los seres humanos por naturaleza reaccionan a los estímulos dentro del medio. Y lo que es más, cuando "A" tiene mucho poder tiende a afectar profundamente a "C".

Cuando "C" es una alteración emocional, la causante más directa suele ser "B". pero, hay alteraciones emocionales que a veces pueden surgir de una "A" muy poderosa y también de factores del organismo que son independientes y pueden "causar" de hecho las consecuencias "C".

Cuando varias "A" fuertes y poco frecuentes contribuyen de forma significativa a las "C", o cuando factores fisiológicos "crean" "C", suelen ir acompañadas por "B" también.

Las "C" generalmente, consisten en sentimientos o conductas, aunque puede tratarse de pensamientos. Las "C" que siguen de "A" y "B" nunca son virtualmente puras sino que incluyen e interactúan inevitablemente con "A" y "B".

La naturaleza de la salud y las alteraciones psicológicas

Alteraciones psicológicas

La TRE, afirma que en el fondo de una alteración psicológica lo que existe es la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que se van percibiendo a lo largo de su vida.



Estas evaluaciones como: “debo”, “debiera”, “tengo que”, “es mi obligación”. Estas Creencias son consideradas por la teoría de la TRE, como irracionales, porque suelen (aunque no siempre) impedir y obstaculizar que las personas persigan sus metas y propósitos más importantes. Un “debo” de carácter absoluto no tiene porque conducir necesariamente a una alteración psicológica. La teoría de la TRE afirma que una filosofía absolutista normalmente conduce a una alteración, pero no que siempre ocurra así. Por eso, la TRE adopta una posición antiabsolutista, incluso respecto a la concepción de la naturaleza de la alteración humana.

La teoría de la TRE, dice que si las personas se adhieren a una filosofía de obligaciones, tenderán a llegar a conclusiones irracionales derivadas de los “debo y tengo que”. Estas derivaciones se clasifican como irracionales porque también sabotean los propósitos y las metas básicas de una persona. (Dryden & Ellis, 1989).

La primera derivación importante se la conoce como “tremendismo”, y ocurre cuando al percibir un suceso es valorado como malo en más del 100%, una conclusión exagerada y de carácter mágico que se deriva de la creencia: “Esto no puede ser tan malo como parece”.

La segunda derivación importante se la conoce como “no soportantis”, que significa creer que no se puede experimentar ninguna felicidad nunca, y bajo ningún tipo de condiciones, en el caso de que un acontecimiento que no “debe” pasar, ocurre o amenaza con ocurrir.

La tercera derivación importante, se le llama “condena”, y representa la tendencia humana de clasificarse a sí mismo o a otros como “subhumano” o “inservible” si él u otro hace algo que no “debe hacer” o no hace algo que “debiera hacer”.

La “condena” puede aplicarse también al mundo o a unas condiciones de vida que se consideran “miserables” por no dar a la persona lo que él o ella merecen.

La TRE ha podido constatar que los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados (Ellis, 1984 a, 1985 c, citado por Dryden & Ellis, 1989). En este sentido, la TRE está de acuerdo con los terapeutas cognitivos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Burns, 1980) en que tales distorsiones cognitivas son una manifestación de alteración psicológica. Sin embargo, tales distorsiones casi siempre proceden de los “debos y tengo que”. Algunas de las más frecuentes son:

1. Todo o Nada.
2. Salto a las conclusiones y non sequiturs negativos
3. Adivinar el futuro
4. Fijar la atención en lo negativo
5. Descalificar lo positivo
6. Siempre y Nunca
7. Minimización
8. Razonamiento emocional
9. Etiquetar y sobregeneralizar
10. Personalizar
11. Estafa
12. Perfeccionismo

Los clínicos de la TRE se centran especialmente en los “debiera”, “tengo que” y “debo”, que parecen ser el centro de las creencias irracionales que conducen a una persona a la alteración emocional. Estos clínicos mantienen la idea de que si no ayudan a los clientes a abandonar estas creencias centrales probablemente continuarán teniéndolas y crearán otras nuevas, derivadas de las primeras.

Salud psicológica

Si se supusiera que en el fondo de muchas alteraciones psicológicas yace una filosofía de necesidades perturbadoras, entonces, para la teoría de la TRE, el rasgo central de las personas psicológicamente sanas es una filosofía de relativismo o del “deseo”. Esta filosofía reconoce que los seres humanos tienen una gran variedad de deseos, preferencias, anhelos, etc., pero si no se convierten estos valores relativos en dogmas e imposiciones probablemente estas personas no adquirirán una alteración psicológica. Sin embargo una persona sana puede experimentar emociones negativas apropiadas: tristeza, desilusión, dolor, fastidio; cuando no ve cumplidos sus deseos. Se considera que estas emociones tienen una motivación constructiva, en el sentido de que ayudan a que las personas superen los obstáculos para conseguir sus metas, y ayudan a adaptarse positivamente cuando no se cumplen sus deseos (Dryden & Ellis, 1989).

La teoría racional-emotiva postula tres derivaciones principales de la filosofía del deseo que son consideradas racionales porque ayudan a que las personas alcancen sus metas, o a crear metas nuevas si las antiguas no pueden realizarse.

- La primera derivación importante, es conocida como “evaluar o analizar lo negativo”, y es la alternativa racional al “tremendismo”. En este caso, si una persona no consigue lo que quiere, reconoce que eso es malo. Pero no clasifica esta situación como horrible. En general, para una persona que vive la filosofía del deseo, cuanto más fuerte es su deseo, mayor será su desilusión si no consigue lo que quiere.
- La segunda derivación importante es conocida como “tolerancia” y es la alternativa racional a la “no-soportantitis”. La persona reconoce que ha sucedido o que puede suceder un acontecimiento indeseable y cree que estaba dentro de lo posible el que esto pasara, como así ha sido; sitúa el acontecimiento en un punto del continuo del mal; procura cambiar el acontecimiento indeseable, o acepta la “cruda” realidad si no se puede modificar, y empieza a perseguir activamente otras metas, aún en el caso de que no se pueda variar la situación.
- La tercera derivación importante, es la “aceptación”, y es la alternativa racional a la condena. La persona acepta que ella misma y los demás pueden fallar, que los seres humanos tienen limitaciones y son demasiado complejos como para poderlos clasificar. Además, se aceptan las condiciones de vida tal y como son. La gente que sigue una filosofía de aceptación reconoce plenamente que el mundo es muy complejo y funciona de acuerdo a unas leyes que a menudo se escapan al control de las personas. La aceptación no implica resignación; para la filosofía racional de la aceptación, una persona asume que todo lo que existe debe existir pero no tiene porque existir para siempre. Esto incita a la persona a que haga



intentos activos por cambiar la realidad, ya que el que se resigna a una situación no suele intentar modificarla.

La TRE, describe 13 criterios de salud psicológica:

1. *Interés en sí mismo*: Las personas sensatas y emocionalmente sanas, se interesan primero en sí mismas, y ubican sus intereses por lo menos un poco por encima de los intereses de los demás. Se sacrifican hasta cierto punto por aquellos a quienes quieren, pero sin que esto les anule.
2. *Interés social*: Es racional y positivo, la mayoría de las personas optan por vivir y divertirse en una comunidad y grupo social; si no actúan moralmente, protegen los derechos de los demás, y favorecen la vida en sociedad, es poco probable que lleguen a crear esa clase de mundo en el que ellos mismos puedan vivir cómoda y felizmente.
3. *Autodirección*: La gente sana asume la responsabilidad de su vida a la vez que coopera con los demás. Este tipo de personas no piden ni necesitan demasiada ayuda de los otros.
4. *Alta tolerancia a la frustración*: Los individuos racionales se otorgan a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse. Se abstienen de condenarse o de condenar a otros como personas, por un comportamiento inaceptable u ofensivo, incluso aunque les desagrade mucho su propia conducta o la de los demás.
5. *Flexibilidad*: La gente sana y madura suele ser de ideas flexibles, abierta al cambio, pluralista y no fanática cuando emite opiniones sobre los otros. No dictan reglas fijas y rígidas para sí mismos ni para los demás.
6. *Aceptación de la incertidumbre*: Las personas sanas aceptan la idea de que vivimos en un mundo de probabilidades y en continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta, vivir en este mundo de incertidumbre y probabilidades no es horrible.
7. *Comprometerse en ocupaciones creativas*: Para la mayoría de las personas resulta satisfactorio el implicarse en actividades fuera de sí mismos y tener algún interés creativo.
8. *Pensamiento científico*: Los individuos sanos tienden a ser más objetivos, científicos y racionales que los que tienen alguna alteración. Son capaces de tener sentimientos profundos y de actuar correctamente, pero también regulan sus acciones y emociones reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias según les lleven a conseguir metas a corto o largo plazo.
9. *Autoaceptación*: Las personas sanas se aceptan a sí mismas simplemente por el hecho de vivir y tener la capacidad de divertirse. Rechazan la idea de medir lo que valen por sus logros externos o por lo que los demás piensan. No intentan evaluarse ni ponerse a prueba.



10. *Arriesgarse*: La gente sana emocionalmente tiende a arriesgarse e, intentar hacer lo que pretenden, aunque exista la probabilidad de fracasar. Son aventureros pero no temerarios.
11. *Hedonismo de larga duración*: Las personas bien adaptadas aspiran a conseguir los placeres del presente y del futuro, pero no suelen sacrificar el mañana por el bienestar pasajero de un momento. Buscan la felicidad y evitan el dolor, pero saben que vivirán eternamente y es mejor pensar a la vez en el hoy y en el mañana, sin obsesionarse con las gratificaciones inmediatas.
12. *Antiutopía*: La gente sana acepta el hecho de que las utopías son inalcanzables y de que nunca conseguirán todo lo que quieren, ni podrán evitar todo el dolor. Piensan que es poco sensato esforzarse por alcanzar el placer, felicidad y perfección totales, o la total falta de ansiedad, depresión, descontento y hostilidad.
13. *La propia responsabilidad de sus alteraciones emocionales*: Los individuos sanos aceptan gran parte de responsabilidad que tienen en sus propias alteraciones, en vez de culpar de forma defensiva a los demás o a las condiciones sociales, por sus conductas, pensamientos y sentimientos autodestructores.

Distinción entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas

La teoría racional-emotiva explica que las personas pueden tener creencias racionales e irracionales al mismo tiempo. Los deseos pueden convertirse en exigencias con mucha facilidad. Es importante discriminar entre las Creencias racionales e irracionales ya que así, será más fácil distinguir entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas.

Las emociones negativas apropiadas van asociadas con las Creencias racionales, y las inapropiadas con las Creencias irracionales. A continuación, haremos una lista de las emociones negativas apropiadas:

Adquisición y perpetuación de la alteración psicológica

En la TRE, no hay una teoría con respecto a la adquisición de las alteraciones psicológicas. Se parte de la hipótesis de que los seres humanos tienen una tendencia innata a pensar y actuar irracionalmente, pero las teorías de la adquisición no sugieren necesariamente intervenciones terapéuticas.

La TRE sostiene que la tendencia humana a pensar irracionalmente tiene causas biológicas, pero también reconoce que las variables ambientales contribuyen a la alteración psicológica y a que la gente haga peticiones basadas en lo biológico (Ellis, 1976 a, 1979 d, citado en Dryden & Ellis, 1989).

La teoría racional-emotiva también afirma que las perturbaciones varían de unos individuos a otros. Algunas personas que se han criado con padres



sobrepreservadores o faltos de cariño salen relativamente ilesas de la situación, mientras que otras sufren daños emocionales a pesar de haber vivido en ambientes más saludables (Werner & Smith, 1982, citado en Dryden & Ellis, 1989).

Por lo tanto, la teoría TRE sobre la adquisición de alteraciones puede resumirse diciendo que como seres humanos no sufrimos una perturbación simplemente por nuestras experiencias; sino que llevamos nuestra habilidad de perturbación a nuestras experiencias.

Aunque la teoría racional-emotiva no tiene una explicación muy elaborada sobre la adquisición de la perturbación psicológica, sino que trata de explicar cómo se mantiene tal perturbación:

- Primero, los individuos tienden a mantener sus problemas psicológicos por sus propias teorías “ingenuas” sobre la naturaleza de estos problemas y a qué pueden atribuírsele, carecen de lo que la TRE denomina “TRE Insight no. 1”: en el que la perturbación psicológica está principalmente determinada por las Creencias absolutistas que posee la gente sobre acontecimientos vitales negativos. Y consideran que estas situaciones causan sus perturbaciones, cuando una persona plantea una hipótesis incorrecta sobre los principales determinantes de sus problemas, tratará de cambiar A en lugar de B.
- Segundo, la gente puede haber llegado al Insight n.º 1, pero carece del “TRE Insight no. 2: las personas se mantienen perturbadas redocrinándose en el presente con sus Creencias absolutistas. Al no darse cuenta de que sus problemas están determinados por sus Creencias, se distraen y perpetúan sus problemas buscando los antecedentes históricos de estas Creencias, en lugar de preocuparse por cambiarlos.
- Tercero, la gente puede tener los Insight no. 1 y 2, pero seguir manteniendo la perturbación porque carecen del “TRE Insight no. 3: en el que sólo la gente que trabaja ágilmente en el presente y en el futuro para pensar, sentir, y actuar en contra de sus Creencias irracionales son susceptibles de cambiarlas y hacer que disminuyan significativamente sus perturbaciones.

Las personas que tienen claros estos tres insights, podrán desafiar persistentemente y con fuerza a sus Creencias, en el plano cognitivo, emotivo y comportamental, con el fin de romper el círculo que mantiene la perturbación. El mero reconocimiento de que una Creencia es irracional suele ser insuficiente para producir el cambio (Ellis, 1979 d, citado en Dryden & Ellis, 1989).

La TRE sostiene que la principal razón por la que la gente perpetúa sus problemas psicológicos es porque se adhieren a una filosofía de baja tolerancia a la frustración (LFT) (Ellis, 1979 a, 1980 a, citado en Dryden & Ellis, 1989). Tales personas creen que deben estar cómodas y por ello no trabajan para producir el cambio porque ese trabajo significa experimentar incomodidad. Son hedonistas de corta duración porque están motivados para evitar la incomodidad a corto plazo, incluso aunque tengan que trabajar en contra de unos sentimientos que aunque



incómodos, son temporales y probablemente les ayudarían a conseguir sus metas a largo plazo.

Otra manifestación importante de LFT es la “ansiedad de la ansiedad”, donde los individuos piensan que no deben estar ansiosos y por lo tanto no exponerse a situaciones provocadoras de ansiedad porque podrían sentirse ansiosos si lo hicieran, una experiencia que calificarían como “horrible”. En consecuencia, perpetúan sus problemas y restringen demasiado sus vidas por evitar experimentar ansiedad. Estas personas han creado unas perturbaciones secundarias (y a veces terciarias) a partir de su perturbación original. Se preocupan con estos “problemas de problemas” y terminan encontrando muy difícil el volver sobre el problema original para intentar resolverlo.

La teoría de la TRE, respalda la visión freudiana sobre las defensas humanas cuando explica cómo la gente perpetúa sus problemas psicológicos (Freud, 1937, citado en Dryden & Ellis, 1989). Las personas mantienen sus problemas utilizando varios mecanismos de defensa cuya función es ayudar a negar la existencia de estos problemas o minimizar su severidad. La TRE afirma que estas defensas se usan para preservar las tendencias de auto-condena, y bajo estas circunstancias, las personas se denigrarían a sí mismas por tener unos problemas en el caso de que honestamente tomaran la responsabilidad de ellos. Además, estos mecanismos de defensa se emplean también para salvaguardar la ansiedad incómoda siempre que estas personas califiquen sus problemas como “demasiado duros para poder soportarlos” o “demasiado difíciles de superar”.

El fenómeno de “la profecía de autocumplimiento” nos ayuda a explicar por qué la gente perpetúa sus problemas psicológicos (Jones, 1977; Wachtel, 1977, citado en Dryden & Ellis, 1989). Los individuos actúan de acuerdo a sus evaluaciones y predicciones, de este modo eludían respuestas desde ellos mismos o desde otros, que más tarde interpretan de tal forma que confirma su hipótesis inicial.

La teoría de la TRE sostiene que las personas “tienden de forma natural a perpetuar sus problemas y poseen una fuerte tendencia innata a aferrarse a la autodestrucción y a sus hábitos, con lo cual se resisten al cambio (Dryden, 1984 c, citado en Dryden & Ellis, 1989).

La teoría del cambio terapéutico

La visión racional-emotiva de una persona es básicamente optimista, ya que, a pesar de que los humanos tienen una clara tendencia biológica a pensar irracionalmente, también poseen la capacidad de elegir trabajar para cambiar este pensamiento irracional y sus efectos autodestructores.

Existen varios niveles de cambio. La teoría racional-emotiva dice que los cambios más elegantes y duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que incluyen una reestructuración filosófica de Creencias irracionales. El cambio a este nivel puede ser específico o general.



El cambio filosófico específico significa que los individuos cambian sus exigencias absolutistas irracionales (los debo y debiera), por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta. El cambio filosófico general supone que la persona adopta una actitud no devota hacia los acontecimientos vitales en general.

Para efectuar un cambio filosófico tanto a nivel específico:

- Hay que darse cuenta de que las personas crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, en general tienen un papel secundario en el proceso de cambio.
- Reconocer por completo que ellas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones.
- Comprender que las alteraciones emocionales y conductuales provienen, la mayoría de las veces, de Creencias dogmáticas, absolutistas e irracionales.
- Detectar sus Creencias irracionales y las diferenciarlas de sus alternativas racionales.
- Refutar estas Creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.
- Trabajar para interiorizar nuevas Creencias racionales, empleando métodos de cambio cognitivos, emotivos y conductuales.
- Continuar el proceso de enfrentarse a las Creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de sus vidas.

Cuando una persona efectúa un cambio filosófico en B según el modelo ABC, suele ser capaz de corregir espontáneamente sus inferencias distorsionadas de la realidad, puede obtener beneficios de enfrentarse más directamente a estas inferencias distorsionadas, como siempre ha enfatizado la TRE (Ellis, 1962. 1971 a, 1973; Ellis & Harper, 1961 a.b) y Beck (Beck et al.. 1979), citados en Dryden & Ellis, (1989).

La TRE es un tipo de psicoterapia activa-directiva en la que los terapeutas son cuando llevan a sus clientes a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos y cuando les demuestran que pueden enfrentarse y cambiar sus acciones irracionales perturbadoras.

La TRE es por naturaleza relativa y está en contra de unas reglas terapéuticas dogmáticas y absolutas, reconoce que bajo ciertas condiciones es posible la cordialidad terapéutica durante un periodo de tiempo restringido (Ellis, 1985^a, citado en Dryden & Ellis, 1989).



La TRE es tan cognitiva, como emotiva y conductual, no se limita a evaluar las creencias irracionales de los clientes, sino también sus sentimientos inapropiados y sus conductas autocastigadoras.

Estrategias de tratamiento en la TRE

Existen dos formas de TRE: preferencial y general (Ellis, 1980c, citado en Dryden & Ellis, 1989).

- La TRE general es sinónimo de terapia cognitivo-conductual (CBT),
- La TRE preferencial es única en muchos sentidos, su propósito principal ambicioso: animar a que los clientes hagan un cambio filosófico profundo en las dos áreas fundamentales de perturbación del yo y de perturbación incómoda. Esto incluye ayudar a las personas, todo lo humanamente posible, a abandonar sus procesos de pensamiento perturbadores e irracionales y reemplazarlos por Pensamientos no absolutos y racionales.

En la TRE preferencial, los objetivos más importantes consisten en ayudar a esas personas a perseguir metas y propósitos básicos a largo plazo, y en demostrarles que esto se consigue aceptándose totalmente a ellos mismos y tolerando condiciones de vida incómodas e imposibles de cambiar procurando que obtengan las habilidades necesarias para prevenir el desarrollo de una perturbación futura. Se implementan estrategias que los animan a que consigan y mantengan este profundo cambio filosófico y se pretende que vean que:

1. Las perturbaciones conductuales y emocionales tienen antecedentes cognitivos, y estas cogniciones suelen tomar forma de evaluaciones devotas absolutistas.
2. Las personas tienen una cierta autodeterminación y pueden elegir trabajar para no perturbarlas. Se les debe demostrar que no son esclavos de sus procesos de pensamiento irracionales con base biológica.
3. Las personas pueden elegir y maximizar su libertad trabajando activamente para cambiar sus Creencias perturbadoras irracionales. Esto se consigue mejor empleando métodos cognitivos, emotivos y conductuales, pero de forma intensa (Ellis, 1979b, citado en Dryden & Ellis, 1989).

La TRE representa una forma importante de eclecticismo conocida como «eclecticismo teóricamente consistente» (Dryden, 1987, citado en Dryden & Ellis, 1989), en ella se toman técnicas de otros sistemas terapéuticos pero se hacen consistentes a la teoría RET. En concreto, los terapeutas RET se fijan en los efectos a corto y largo plazo de cada técnica terapéutica en particular, y no suelen emplear las que tienen beneficios inmediatos pero consecuencias dañinas a largo plazo. probablemente no existen las técnicas “puras”. Se han colocado en grupos en donde predomina un proceso psicológico.



La terapia termina cuando los clientes han progresado significativamente y manejan con habilidad las técnicas de auto-cambio de la TRE. Los clientes que terminan debieran ser capaces de:

- 1) reconocer que experimentan emociones negativas inapropiadas y que actúan de forma disfuncional, cuando realmente se comportan así;
- 2) detectar las Creencias irracionales que acompañan a esas experiencias;
- 3) discriminar sus Creencias irracionales de las alternativas racionales;
- 4) enfrentarse a esas Creencias irracionales; y
- 5) contrarrestadas usando métodos de auto- cambio cognitivos, emotivos y conductuales.

Intervención en crisis en abortos inducidos por medio de Terapia Racional Emotiva.

La Terapia Racional Emotiva, es tanto cognitiva, como emotiva y conductual, y no se limita a evaluar las creencias irracionales de los clientes, sino también sus sentimientos inapropiados y sus conductas autocastigadoras (Dryden & Ellis, 1989).

Con esta terapia, se pretende:

- Ayudar a la persona a reconocer primero la situación que la llevó a presentar sentimientos inadecuados.
- Reconocer y diferenciar sus conductas auto-castigadoras como compulsiones, adicciones, fobias.
- Evaluar y discutir creencias racionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a consecuencias no perturbadoras.
- Evaluar y discutir creencias irracionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a consecuencias perturbadoras.
- Determinar las Creencias irracionales que incluyen los absolutistas “debo” y las grandes exigencias a uno mismo, a otros, y al universo.
- Descubrir y discutir las Creencias irracionales que les llevan a la perturbación por estar perturbados

Una vez que se han evaluado adecuadamente los problemas de acuerdo con el modelo ABC y los clientes ven con claridad la unión entre sus Creencias irracionales y sus Consecuencias disfuncionales emocionales y conductuales, entramos en el estado de la Refutación. El propósito de ayudar a la persona a que hagan un insight intelectual sobre el hecho de que no hay ninguna evidencia que mantenga la existencia de sus exigencias absolutistas. Partiendo de que si continúan con sus preferencias absolutistas que no son satisfechas, los resultados serán “malos” y ellos serán infelices, mientras que si se satisfacen, llegarán a un buen resultado y se convertirán en gente deseable.

Partiendo del hecho de que una persona acude a terapia hasta que se encuentra en crisis, se sabe que se encuentra desesperada, que no sabe que hacer, y que muchas veces no cree conocer la causa que motiva la crisis.



Lo primero que se debe hacer, escuchar a la persona, cuales son los motivos que le condujeron a solicitar ayuda, si es incomprensible por el estado de stress o alteración emocional, se puede relajarlo un poco por medio de una ligera inducción al trance.

“Únicamente pidiendo que se ponga cómodo, cierre los ojos, respire profundamente por par de veces, que se concentre en la voz que lo está guiando, que el ruido al derredor se aleja cada vez más y que recuerde por ejemplo un juego que le agradaba cuando era niño, con quien jugaba, cómo se sentía, inducirle el pensamiento de que está bien, a gusto, feliz, que guarde ese momento para sí mismo, porque ahora hay que regresar al aquí y ahora, que vagamente comience a escuchar los ruidos a su alrededor, que sienta sus extremidades, vuelva a respirar profundamente un par de veces y que en el momento que desee abra los ojos”.

Esto, no debe demorarse más de 5 minutos, ya que se pretende un trance profundo, sino una ligera relajación.

Posteriormente se le pide a la paciente que diga el motivo por el cual asistió a esa terapia, quizá empiece a relatar síntomas como falta de concentración, irritabilidad, falta de deseo sexual, depresión, por ejemplo; y que a su juicio, no tienen motivo aparente, solo se siente desesperada (ya sea en su trabajo, escuela, hogar). Hay que tomar en cuenta que la mujer no va a llegar con un letrero de “he abortado” pero también que el terapeuta no es adivino y debe hacer una serie de preguntas para no inferir algo que aún no se ha dicho, pudiese preguntar por ejemplo, ¿desde hace cuanto comenzó a sentirse así?, o ¿a qué cree que se deban estas situaciones?. Una vez que la persona ha identificado el “evento activador (A)” (el aborto) se pretenden ubicar las conductas con las cuales se castiga por el acto, como pueden ser el simple hecho de pensar que merece sufrir por que ha hecho algo muy malo, obligarse a lograr las metas por las cuales decidió abortar, el que haya comenzado a beber o ingerir algún tipo de psicotrópico o un marcado miedo hacia la muerte por ejemplo, se debe explorar sobre el incidente de crisis, con atención particular sobre como se siente la persona acerca de los distintos momentos de crisis. por medio de la evaluación del funcionamiento CASIC mediante cuestiones como:

En lo Conductual:

- Cuáles actividades han sido las más afectadas
- Cuáles áreas no han sido afectadas
- Cuáles conductas se han incrementado, fortalecido o dañado
- Cuáles estrategias de afrontamiento se han intentado, y cual fue el relativo éxito o fracaso de cada uno

En lo Afectiva:

- Cómo se siente la persona con las secuelas que se han suscitado a partir de...
- Expresa libremente los sentimientos o los mantiene ocultos



- Los sentimientos expresados son los adecuados en el manejo de la persona

En lo Somático:

- Existen molestias físicas asociados con el incidente de crisis y si cree que sean una reactivación de problemas anteriores o es algo totalmente nuevo
- Cuáles son los efectos que ha notado sobre el funcionamiento del organismo
- Hay antecedentes de uso de drogas o sustancias que participan en el estado de crisis

En lo Interpersonal:

- Cuál es el impacto del aborto sobre el inmediato mundo social de su familia y los amigos
- Es posible hacer uso de la red y de los sistemas sociales de ayuda
- Cuál es la actitud que se adopta durante el tiempo de la crisis, por ejemplo, aislamiento, dependencia, etc.

En lo Cognoscitivo:

- Expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente de crisis
- Reflexiones o pensamientos introspectivos usuales
- Significado del incidente precipitante en la parcialidad y totalidad de la vida
- Presencia de los “debería”, tales como “yo debería haber sido capaz de manejar esto”
- Patrones ilógicos de pensamiento acerca de resultados inevitables
- Patrones usuales para hablarse a sí mismo
- El estado del dormir
- Imágenes de una fatalidad inminente

Posteriormente se buscan ocasiones en las que un evento activador no provoca ese tipo de sentimientos o conductas. Para después discutir las creencias irracionales que se generan después de un evento activador y que la arrastran a sentimientos perturbadores, por ejemplo, una mujer puede decir que decidió abortar porque quería superarse y tener una mejor calidad de vida, pero que a partir de ese momento sólo ha tenido descontentos y que nada de lo que se había propuesto se ve reflejado en su vida actual; a lo que el terapeuta puede responder con una pregunta como ¿Qué es lo que está haciendo para lograrlo?, o ¿Qué es lo que le impide lograrlo? O quizá solo responder con un “todavía no lo ha logrado”.

Una vez que se han identificado los sucesos activadores, las creencias irracionales y las conductas castigadoras, la paciente ya debería estar más tranquila consigo misma, sin embargo, se puede utilizar una técnica más, como puede ser la de la “silla vacía”.



La silla vacía, una de las técnicas de terapia Gestalt de Fritz Perls (1969), que se utiliza para ayudar a que los pacientes aclaren sentimientos, actitudes y creencias, y reconcilien sobre polaridades en conflicto. Se sienta al paciente en una silla frente a otra vacía. Se le alienta para que inicie el diálogo entre pensamientos, sentimientos en conflicto, etc., cambiando de silla por cada parte que se tome. Esta técnica también puede emplearse para aclarar la relación con otras personas. Al hacerlo, el paciente imagina a otra persona en la silla vacía y estimula el diálogo con ella, primero hablando para sí mismo, luego cambiando de silla y respondiendo por la persona imaginada. (Slaikeu, 1996)

Por ejemplo, si la mujer cree que asesinó a su hijo, podemos alentarla a que hable consigo las razones por las que abortó y que al cambiar de silla, se imagine cómo sería su hijo en esos momentos, la edad que tendría, el cabello, de que forma iría vestido, etc., y que le platique sus sentimientos hacia él o ella, así como por lo que hizo, exponga las razones y que imagine que le haría o diría su hijo en esos momentos, e incluso pedirle perdón si así lo desea; esto le generará un sentimiento de alivio por externar sus verdaderos sentimientos hacia su hijo y podrá comenzar a integrarlo a su vida de una manera más sana.

Otra forma de utilizar éste método, es la despersonalización, pidiéndole a la mujer que imagine que en la silla de enfrente se encuentra ella misma, con todos esos sentimientos y malestares que ha referido, y que desde su propia silla se dé un consejo, “qué le diría si fuese alguien más”, posteriormente, cambia de silla y se responde con respecto a lo que se dijo.

Dentro de una dimensión humana, es necesario entender que así como cada persona es única, cada caso se debe tratar de manera individual y evaluarse de la manera más adecuada posible, así como puede utilizarse la Terapia Racional Emotiva, pueden elegirse muchas otras e incluso talvez, si no se es detectado un desequilibrio post-aborto, pueden tratarse los síntomas que se presenten en el momento.

Los seres humanos a menudo intentamos defendernos de las amenazas a nuestro ego y a nuestra comodidad. Muchas de las conductas disfuncionales son defensivas sin embargo, con la Terapia Racional Emotiva, se pretende mostrar una total aceptación incondicional al cliente sin importar lo malo, tonto, o inmoral que pueda parecer, para crear un ambiente de confianza, sin que con esto, el paciente cree vínculos de amistad o dependencia. Como podría ser por ejemplo en el psicoanálisis que al prolongarse el tratamiento incluso por años, el paciente no sabe que hacer sin acudir a consulta.



Conclusiones

En virtud del conjunto de controversias políticas y valoraciones culturales e institucionales acerca del aborto, algunas mujeres pueden experimentar sentimientos negativos o de culpa si consideran que hacerlo es pecaminoso y atenta contra la vida, sobre todo en los países donde la práctica es ilegal y se considera un delito. Muchas otras sienten alivio o se sienten liberadas y en condiciones de impulsar su vida con fuerza renovada. Hay también quienes lo viven con confusión y ambivalencias y requieren de ayuda profesional y psicológica. Líderes de movimientos conservadores, han difundido la idea de un trauma post aborto, que produce depresión profunda, sin embargo, no hay estudios documentados que lo demuestren. Dicha depresión ocurre en el menor de los casos, y esto depende de su equilibrio psicológico anterior.

El hecho de que se hable del aborto como un último recurso, un mal menor o una imposición no quiere decir que sea un pecado, ni mucho menos un castigo. Es sólo un hecho inevitable, ligado a la capacidad biológica de la mujer para reproducir un nuevo ser dentro de su cuerpo. Si reflexionamos un poco, nos daremos cuenta de que esto puede, a veces, ocasionar un conflicto de intereses (Cifrián, Martínez y Serrano, 1986).

Las actitudes que una persona adopta en un momento determinado no siempre coinciden con su manera de pensar o actuar debido a la alta tensión en la que se encuentren. Incluso pueden variar cuando simplemente se trate de valorar lo que hacen los demás, por ejemplo, un hombre que considera que la única función de su mujer es darle hijos; o una pareja con varios hijos que saben que no pueden criar a otro pero lo desean; o una mujer estéril que haya visto frustrados sus deseos de maternidad, tendrán, muy probablemente, posturas diferentes ante el aborto. Y aún así, es posible que esas posturas cambiaran si las circunstancias personales fueran otras.

Las razones morales que justifiquen un aborto voluntario en los embarazos no deseados, pueden ser innumerables, sin embargo, la más común, tal vez sea la incapacidad moral y psicológica de la mujer para enfrentar un embarazo no deseado, y el aborto parece ser el único recurso para evitar la continuación de ese embarazo que no fue planeado, y muchas mujeres se culpabilizan por ello debido a la sociedad en la que vivimos, y sin pretender cambiar a la sociedad, lo que se busca en primera instancia, es no que las mujeres que se lo practiquen, no se sientan culpables y mucho menos se castiguen por ello.

El tema del aborto, seguirá creando polémica tal vez por mucho más tiempo, sin embargo, es un hecho que cada vez más mujeres recurren a esta práctica, tal vez no porque haya una muy buena difusión de información o que el contenido sea de gran calidad, quizá por el hecho de creer que solucionarán un problema con esta intervención; sean las que fueren las razones que motiven a una mujer a recurrir al aborto, es importante que los psicólogos



estemos informados y que aunque no haya evidencia concreta de un síndrome post aborto como tal, sean tomadas en cuenta las señales de alarma que pudiesen presentar, ya que cada persona es distinta y los síntomas son individuales, así como cada historia de vida, un aborto puede afectar de manera positiva o negativa a cualquier mujer y tratar de que este tipo de información sea difundida por profesionales de la salud, así como a la parte gubernamental que sea pertinente; dirigida a las mujeres que acuden por ejemplo a solicitar la Interrupción Legal del Embarazo en el Distrito Federal, no para espantarlas, ni para tratar de convencerlas de que no lo hagan, pero si para concientizarlas que esta decisión, (como cualquier otra importante en su vida), marcará su vida en un antes y un después, que no por tapar un agujero, descubran otro mayor y que estén alerta con su salud emocional.



BIBLIOGRAFÍA

- Alva L., M. (1999). **Y después del Aborto ¿qué? Ante una realidad irreversible... Una ventana de esperanza.** México: Trillas.
- Beltrán, E. (2001). **Feminismos. Debates Teóricos Contemporáneos.** Madrid: Alianza Editores.
- Bronfman, M. (2000). **Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil.** Argentina: Lulai.
- Cifrián, C., Martínez Ten, C., Serrano, I. (1986). **La cuestión del Aborto.** España: ICARIA ocho de marzo.
- Cohen, R., (1999) **Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores.** México: Manual moderno.
- Dryden, W., Ellis, A. (1989) **Práctica de la Terapia Racional Emotiva.** España: Biblioteca de Psicología de Desclee de Brower.
- es.wikipedia.org/wiki/Aborto_%28Derecho%29 **Aborto** modificada por última vez: abril 2008. Última visita abril 2008
- Espil, G. **Crisis**, www.monografias.com/trabajos1/mcrisis/mcrisis.shtml. Última visita: diciembre 2007
- **Estudio de Gire: Los Derechos Reproductivos en la Legislación.** www.gire.org.mx junio 2007, última visita diciembre 2007
- Galindo, J. (1995) **La cultura de género en México un apunte desde los años ochenta** Revista Gen-Eros No. 5 año 2. México.
- García, M. (2002) **Crítica Feminista, en Un Discurso de la Ausencia** México: Secretaría de Cultura/ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Gomáriz, E. (1992) **Los Estudios de Género y sus Fuentes Epistemológicas: periodización y perspectivas** en Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres, N° 17.
- Lennart, N., Lars, H. (1999). **Nacer, la gran aventura.** Edit. Salvat
- Organización Mundial de la Salud. **Métodos médicos de interrupción del embarazo. Informe de un grupo científico de la OMS.** OMS serie de informes Técnicos 871. España: OMS, 2000.
- Rimm, D. C. y Masters, J., C. (1984) **Terapia de la conducta.** México: Trillas.
- Rodríguez R., G. **El aborto.** (2004) México: Dirección General de divulgación de la ciencia UNAM colec. ¿Cómo ves?
- Salvatierra, V., M. (1989) **Psicología del embarazo y sus trastornos.** España: Editorial Martínez Roca-libros universitarios y profesionales. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie SALUD 2000
- Slaikeu, K. (1996) **Intervención en Crisis.** México: Manuel moderno.
- Winocur, Mariana **Boletín de prensa.** www.gire.org.mx, modificada por última vez: abril 2008 última visita abril 2008
- www.imss.gob.mx/mujer/embarazo, **Etapas del embarazo**, última visita marzo 2008
- www.inmujer.df.gob.mx/aborto/index.html **Interrupción legal del embarazo.** Revisado diciembre 2007
- Zapata, E. (2005) **Mujeres y el poder México:** Editorial Plaza y Valdés.